



LES DONNÉES PROBANTES :
POUR UNE PRATIQUE ÉCLAIRÉE, RESPONSABLE ET
RIGOUREUSE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

*Complément à l'Énoncé de politique sur la pratique fondée sur
les données probantes en psychologie*

Avril 2018

Table des matières

INTRODUCTION	3
L'EFFICACITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE	4
L'efficacité générale de la psychothérapie	4
L'efficacité comparée de la psychothérapie et des traitements psychopharmacologiques ...	5
Le nombre de séances.....	7
L'efficacité particulière de certaines approches	9
L'efficacité comparée et comparable des approches psychothérapeutiques	10
L'impact d'autres variables que la seule approche sur l'efficacité de la psychothérapie	11
LE CHOIX DU TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE	12
L'IMPORTANCE DE SE TENIR AU FAIT DE LA RECHERCHE	15
CONCLUSIONS	16
ANNEXE – LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES	19
BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES	23

INTRODUCTION

L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) a adopté en 2008 l'*Énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie (Énoncé de politique)*, que nous reproduisons en annexe de ce document. L'*Énoncé de politique*, toujours d'actualité, soutient d'emblée que :

« La pratique fondée sur les données probantes en psychologie (PFDP) intègre les meilleurs résultats de recherche disponibles et l'expertise clinique en tenant compte des caractéristiques des patients, de leur culture et de leurs préférences. »

Or, depuis 2008, les recherches en psychothérapie se sont multipliées et on dispose de nouvelles données, ce qui contribue à l'élargissement constant de l'éventail des approches reconnues efficaces ou, dit autrement, soutenues empiriquement. Toutefois, il arrive que les décisions en matière de choix de traitement reposent non pas sur la science, mais sur des échos de quelques données isolées, sorties de leur contexte, sur des interprétations plus ou moins erronées de conclusions de recherches, plutôt que sur des faits avérés ou sur une compréhension éclairée de la portée des recherches. C'est ainsi que des données servent par exemple à entretenir des croyances, ce qui nous éloigne non seulement de la science, mais surtout des besoins et de l'intérêt premier des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale.

L'*Énoncé de politique* donne comme directive générale d'intégrer les meilleurs résultats des recherches sans toutefois en faire état. Or, il peut être difficile de s'y retrouver et de tirer le meilleur enseignement possible de toutes les données probantes disponibles. Ce document sert donc de complément à l'*Énoncé de politique* et expose, dans de très grandes lignes, ce que dit la recherche à ce jour et ce qu'il est possible d'en comprendre ou d'en déduire. On y trouve également une liste de références qui peuvent servir à ceux qui désireraient approfondir certaines questions.

Ce document vise par ailleurs à rappeler, entre autres :

- l'efficacité et les bénéfices de la psychothérapie dans ses diverses modalités;
- le fait qu'il y a pluralité des approches psychothérapeutiques qui sont soutenues empiriquement;
- l'intérêt premier des personnes, dont la santé mentale est en jeu, et l'importance de respecter la diversité de leurs besoins et de leurs préférences.

Cependant, ce document ne prétend pas couvrir tous les enjeux scientifiques et professionnels que soulève la pratique de la psychothérapie. Il prend sa source essentiellement dans deux (2) importantes publications, soit :

- American Psychological Association (APA) (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102-109.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. Québec, Qc, 97 p.

L'EFFICACITÉ DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

L'efficacité générale de la psychothérapie

Eysenck, en 1952, soutenait que la psychothérapie ne serait pas plus efficace que le simple passage du temps. Cette affirmation, source de polémiques, a déclenché une série de recherches visant à démontrer l'efficacité de la psychothérapie au-delà de la seule récupération spontanée. À cet égard, Smith et Glass ont publié une première méta-analyse en 1977 concluant à l'efficacité de la psychothérapie. Depuis, les études, les recherches et les méta-analyses portant sur les interventions psychologiques incluant la psychothérapie abondent et confirment leur efficacité et leur rentabilité, leurs effets étant importants et constants pour la plupart des conditions cliniques, comme le rapportent par ailleurs l'APA (2013)¹ et l'INESSS (2017). Le relevé de littérature de l'APA permet également de constater que la psychothérapie :

- serait aussi efficace sur le terrain que dans le cadre d'essais cliniques² ;
- offerte en modalité individuelle, de couple, familiale ou de groupe, serait efficace pour un large éventail de problématiques, et ce, autant pour les enfants, les adolescents, les adultes que les personnes âgées³ ;

¹ Chorpita et coll., 2011; Smith, Glass et Miller, 1980; Wampold, 2001.

² Minami et coll., 2008; Minami et coll., 2009; Minami et Wampold, 2008; Nadort et coll., 2009; Wales, Palmer et Fairburn, 2009.

³ Alexopoulos et coll., 2011; American Group Psychotherapy Association, 2007; APA, 2004; Areán et coll., 2005a; Areán et coll., 2005b; Areán, Gum, Tang et Unutzer, 2007; Areán et coll., 2010; Arnold, 2008; Burlingame et coll., 2003; Carr, 2009a; Carr, 2009b; Chambless et coll., 1998; Cuijpers, van Straten et Smit, 2006; Gum, Areán et Bostrom, 2007; Horrell, 2008; Huey et Polo, 2008; Huey et Polo, 2010; Kazdin et coll., 2010; Kaslow et coll., 2012; Knight, 2004; Kusters et coll., 2006; Lambert et Archer, 2006; Norcross, 2011; Pavuluri, Birmaher et Naylor, 2005; Sexton, Alexander et Mease, 2003; Sexton, Robbins, Hollimon, Mease et Mayorga, 2003; Shadish et Baldwin, 2003; Stice, Shaw et Marti, 2006; Wampold, 2001; Weisz et Jensen, 2001.

- réduirait l'invalidité, la morbidité et la mortalité, améliorerait le fonctionnement au travail, diminuerait le temps d'hospitalisation psychiatrique et réduirait globalement l'utilisation des services médicaux et les coûts⁴ ;
- aurait des effets qui tendent à se maintenir dans le temps, les personnes signalant que ses bienfaits perdurent et qu'elles continuent de s'améliorer après le traitement⁵.
- intégrée dans les soins primaires et offerte précocement, réduirait les frais médicaux globaux en plus de permettre une meilleure utilisation des services appropriés pour les personnes en besoin⁶ ;
- offerte en modalité individuelle et de groupe, serait efficace pour des personnes souffrant de diverses formes d'invalidité, soit cognitive, intellectuelle, physique, visuelle, auditive et psychologique, et ce, pendant toute la durée de leur vie⁷ ;
- réduirait la dépression et améliorerait l'humeur de personnes souffrant de maladies aiguës ou chroniques comme l'arthrite, le cancer, le VIH/SIDA⁸ ;
- serait efficace auprès de populations de différentes ethnies, races, groupes minoritaires et groupes marginalisés, étant entendu l'importance de détenir des compétences multiculturelles et d'ajuster les traitements psychologiques aux besoins de ces populations⁹.

L'efficacité comparée de la psychothérapie et des traitements psychopharmacologiques

On peut lire dans le résumé du rapport de l'INESSS :

Au Québec, comme dans d'autres provinces canadiennes, on constate à l'heure actuelle que la majorité des personnes qui consultent un médecin pour des problèmes ou un trouble de santé mentale se voient prescrire un traitement pharmacologique. Les guides de pratique clinique recensés à l'échelle internationale recommandent pourtant le recours à des interventions psychologiques, dont la

⁴ Chiles, Lambert et Hatch, 2002; Cummings, O'Donahue et Ferguson, 2003; Dixon-Gordon, Turner et Chapman, 2011 ; Linehan et coll., 2006; Lazar et Gabbard, 1997; Pallak, Cummings, Dorken et Henke, 1995.

⁵ Abbass, Kisely et Kroenke, 2006; Anderson et Lambert, 1995; de Maat, de Jonghe, Schoevers et Dekker, 2009; Grant, Huh, Perivoliotis, Solar et Beck, 2012; Leichsenring et Rabung, 2008 ; Leichsenring, Rabung et Leibing, 2004 ; Shedler, 2010.

⁶ Alexander, Arnkoff et Glass, 2010; Felker et coll., 2004; Roy-Byrne et coll., 2003.

⁷ Glickman, 2009; Hibbard, Grober, Gordon et Aletta, 1990; Kurtz et Mueser 2008; Livneh et Sherwood, 2001; Lysaker, Glynn, Wilkniss et Silverstei, 2010; Olkin, 1999; Perlman et coll., 2010; Rice, Zitzelsberger, Porch et Ignagni, 2005; Radnitz, 2000; Vail et Xenakis, 2007.

⁸ Fisch, 2004; Himelhoch, Medoff et Oyenyiyi, 2007; Lin et coll., 2003.

⁹ Griner et Smith, 2006; Horrell, 2008; Huey et Polo, 2008 ; Huey et Polo, 2010; Miranda et coll., 2005; Miranda et coll., 2006; Vasquez, 2007; Whaley et Davis, 2007.

psychothérapie, dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs. De nombreuses études ont démontré que de telles interventions sont aussi efficaces que les médicaments pour traiter la plupart des problèmes et troubles mentaux courants, et ce, tant chez les enfants et les adolescents que chez les adultes de tout âge. (INESSS, 2017, p. i)

Les traitements psychopharmacologiques sont donc ceux qu'on offre en première instance et plus souvent en monothérapie, et ce, malgré ce que nous apprend la recherche et alors que cela va à l'encontre des préférences des personnes. Cela peut s'expliquer par le fait que la psychothérapie est difficilement accessible et, comme le suppose l'INESSS (2017, p. 4), par « le fait que la majorité des personnes avec des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux courants soient repérées et traitées par un omnipraticien ».

Or, on l'a vu précédemment, on ne peut dissocier l'efficacité d'un traitement des préférences de la personne à qui on l'offre et on ne peut affirmer que tous choisiraient les traitements psychopharmacologiques ni que ces derniers soient les moins coûteux ou les plus efficaces.

L'APA (2013) rapporte à ces égards que :

- bon nombre de personnes adhèreraient davantage à la psychothérapie qu'à la psychopharmacothérapie en raison notamment des effets secondaires de la médication;
- plusieurs personnes âgées préféreraient la psychothérapie aux antidépresseurs;
- la psychothérapie représenterait une option thérapeutique importante chez les personnes âgées qui sont plus vulnérables aux effets défavorables des médicaments psychiatriques;
- l'ampleur des effets de la psychothérapie excéderait ou serait comparable à celle de nombreux traitements pharmacologiques et de nombreuses interventions médicales pour une même affection;
- certains traitements médicaux comporteraient de nombreux effets indésirables et seraient relativement coûteux comparativement à la psychothérapie;
- les résultats de la psychothérapie auraient tendance à durer plus longtemps et seraient moins susceptibles de nécessiter des cycles de traitement additionnels que les traitements psychopharmacologiques;

- les personnes suivies en psychothérapie pour dépression ou anxiété acquerraient au terme du traitement diverses compétences utiles, compétences qui pourraient même s'améliorer par la suite¹⁰.

Toutefois, les recherches sur cette question sont nombreuses et complexes et les conclusions qu'on en tire ne se limitent pas à ce qui précède. Encore une fois, rien n'est absolu en matière de traitement. Voyons le résumé que propose l'INESSS sur la question :

[...] pour certains troubles mentaux et groupes d'âge, les interventions psychologiques et la pharmacothérapie sont d'efficacité comparable, alors que pour d'autres, les interventions psychologiques sont supérieures au traitement pharmacologique et vice-versa. De même, le traitement combiné s'est avéré d'efficacité supérieure à la pharmacothérapie et aux interventions psychologiques dispensées en monothérapie dans certains cas, mais d'efficacité comparable dans d'autres. (INESSS, 2017, p. 49)

Le nombre de séances

On convient qu'il peut être parfaitement légitime de vouloir réduire autant que possible le nombre de séances à offrir, considérant la volonté de favoriser l'accès au traitement au plus grand nombre et les limites sur le plan financier non seulement des bailleurs de fonds, mais aussi des personnes en besoin. Toutefois, l'INESSS (2017), citant Harnet et coll. (2010), rapporte que le nombre optimal de séances serait malheureusement trop souvent établi de façon arbitraire, sur la base de critères économiques plutôt que cliniques.

L'APA (2013) rapporte pour sa part que la psychothérapie aurait des effets positifs dans un temps relativement court pour la plupart des personnes¹¹. Mais il demeure que la durée de la psychothérapie aurait un impact sur les résultats obtenus, comme le dit l'INESSS (2017), s'appuyant ici aussi sur cette même étude de Harnet et coll. (2010), soit :

- que 50 % des personnes présentent des changements cliniques significatifs après 14 séances;

¹⁰ Barlow, 2004; Barlow, Gorman, Shear et Woods, 2000; Hollon, Stewart et Strunk, 2006; Imel, McKay, Malterer et Wampold, 2008; Mitte, 2005; Mitte, Noack, Steil et Hautzinger, 2005; Robinson, Berman et Neimeyer, 1990; Rosenthal, 1990; Shedler, 2010; Walkup et coll., 2008; Wampold, 2007; Wampold, 2010.

¹¹ Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen et Nielsen, 2009; Minami et coll., 2009; Stiles, Barkham, Connell et Mellor-Clark, 2008; Wampold et Brown, 2005.

- que 70 % des personnes qui se sont présentées pour traitement avec des troubles modérés ou plus sévères présentent des changements cliniques significatifs après 23 séances¹².

Il y a bien sûr d'autres études que celle précitée sur l'impact du nombre de séances sur l'efficacité de la psychothérapie et les seuils rapportés varient, parfois même de manière importante. Ce serait une erreur de s'appuyer sur de telles études pour appliquer de façon rigide un programme prévoyant un nombre fixe de séances. Procéder ainsi contribuerait au phénomène des « portes tournantes » puisque les personnes risquent « à la sortie » de nécessiter d'autres soins et de revenir consulter avec une problématique qui s'aggrave ou se complexifie. Il demeure donc que c'est l'évaluation systématique et continue de l'état mental de la personne et de sa réponse au traitement, plutôt que la durée de ce dernier, qui assure la qualité des soins et une réelle économie de coûts. Par conséquent, il faut que les programmes de traitement soient des programmes non pas administratifs (qui, par exemple, accorderaient plus d'importance à l'effectif dont on dispose pour offrir des services ou aux besoins et aux intérêts des fournisseurs), mais bien des programmes cliniques prenant en compte l'intérêt premier de la personne, ses besoins et ses préférences, de même que sa réponse au traitement. Cela signifie de laisser une ouverture pour hausser le nombre de séances au gré de l'évaluation continue que doit faire le psychothérapeute, si tant est que ce nombre ait été prédéterminé¹³.

Soulignons pour conclure sur cette question ce que l'INESSS rapporte d'un examen de la littérature qu'a fait Lazar (2014) :

[...] les contraintes de durée et de remboursement imposées pour la psychothérapie dans le traitement de ces troubles¹⁴ ne sont pas liées à l'absence de preuves de leur efficacité ou à leur rapport coût/efficacité, mais plutôt à l'application d'un double standard en santé mentale et en santé physique. (INESSS, 2017, p. 50)

Rappelons qu'en santé mentale, les personnes qui ne sont pas évaluées et traitées adéquatement, en temps opportun, risquent de voir leur condition s'aggraver ou devenir

¹² Lambert (2013) établit à 21 le nombre de séances pour 50 % des personnes et à 50 pour 75 % des personnes.

¹³ À ces égards, il y a matière à prendre une certaine distance par rapport à ce que pourraient proposer comme programmes des organismes subventionnaires. C'est du moins ce qu'on peut comprendre de ce commentaire que fait l'INESSS (2017) à la toute fin de son rapport : « Enfin, la plupart des données et statistiques rapportées sur le programme anglais IAPT et les programmes australiens ATAPS et Better Access ayant été produites par des instances gouvernementales subventionnaires ou par les organisations impliquées dans l'administration ou la dispensation des services de ces programmes, leur véracité et leur validité ne peuvent être assurées. » (p. 66)

¹⁴ L'auteur fait état des troubles de la personnalité antisociale, narcissique et état limite, du trouble psychotique, des troubles chroniques complexes, sévères et persistants et des troubles mentaux chroniques multiples.

chronique, sinon de développer un autre problème de santé, ce qui n'est pas sans conséquence sur les soins et services dont on a fait l'économie, mais qu'il faudra leur offrir ensuite de façon probablement plus importante.

Pourtant, le commissaire à la Santé et au Bien-être (CSBE, 2012) soutenait qu'au Québec la santé mentale n'était pas considérée par les décideurs comme un domaine prioritaire de santé publique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui a produit son *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, fait un constat similaire sur le plan mondial :

La santé mentale est importante, mais il reste à l'échelle mondiale un long chemin à parcourir pour lui donner toute sa place. Il convient d'inverser de nombreuses tendances fâcheuses – les services et les soins de santé mentale trop souvent négligés, les violations des droits humains ou la discrimination dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux ou de handicaps psychosociaux¹⁵.

L'efficacité particulière de certaines approches

Des études tentent de démontrer l'efficacité de traitements particuliers pour des troubles spécifiques à l'aide d'essais cliniques randomisés. C'est ainsi qu'on a pu, dans les années 1990, dresser une première liste de traitements reconnus efficaces. Cette liste faisait principalement état de traitements TCC, puisque la recherche portait très majoritairement sur ce type de traitement. Tous ne sont cependant pas au fait que ce corpus de recherche est en pleine évolution, et la liste initiale laisse sur certains une forte empreinte, alors que se succèdent à un rythme accéléré les publications rapportant l'efficacité de traitements issus de différents modèles théoriques. De plus, il arrive qu'on s'appuie sur ces études pour affirmer que les traitements soutenus empiriquement que présente la liste publiée et mise à jour seraient les seuls pouvant être considérés comme efficaces. On en conclut que les traitements qui ne s'y trouvent pas ne le seraient pas, alors qu'en réalité, c'est la démonstration de leur efficacité, par la recherche, qui n'est pas faite. L'INESSS explique pourquoi il faut se référer à cette liste avec modération et prudence :

Pour qu'une intervention ou modalité d'intervention soit privilégiée, il faut que sa supériorité ait été démontrée sur les autres interventions et modalités existantes. [...] Bien que les méta-analyses recensées ici rapportent quelques comparaisons directes entre certaines interventions, elles ne couvrent pas toutes les interventions et modalités existantes pour un trouble mental donné. Par conséquent, l'absence de

¹⁵ OMS, 2013.

résultat sur une intervention ne signifie pas que celle-ci n'est pas efficace, mais plutôt que son efficacité n'a pas été évaluée. De même, l'abondance de preuves en faveur de la thérapie cognitivo-comportementale, comparée à des conditions de contrôle (traitement usuel, liste d'attente, placebo ou traitement pharmacologique), ne permet pas de conclure à sa supériorité par rapport aux autres interventions psychologiques. (INESSS, 2017, p. 33)

Par ailleurs, ne retenir comme choix possible que ce que propose la recherche relativement aux traitements soutenus empiriquement risque d'être réducteur puisque, comme on le verra, il est important de tenir compte d'un ensemble de données, incluant celles issues de la recherche. De plus, cela aurait pour effet d'appauvrir l'offre de services psychothérapeutiques et de ne servir qu'une portion des personnes alors que d'autres pourraient profiter d'un traitement différent adapté à leurs besoins. Il y aurait lieu de corriger le tir lorsque, par exemple, en toute bonne foi, des médecins et d'autres professionnels, des assureurs, des programmes d'aide aux employés et certains organismes publics recommandent et parfois même exigent des traitements liés à une seule approche, ce qui, à tort, peut avoir pour effet de conférer de facto à ladite approche un certain caractère universel et court-circuite l'évaluation initiale rigoureuse que doit faire le professionnel mandaté à l'offre de psychothérapie¹⁶. Il est entendu par ailleurs que le professionnel qui juge préférable d'offrir un traitement autre que celui qui est soutenu empiriquement doit pouvoir justifier rigoureusement son choix sur la base des principes scientifiques et professionnels et des règles de l'art qui régissent sa pratique professionnelle. De plus, peu importe le choix du traitement, il demeure qu'il faut documenter au fur et à mesure l'impact de ce choix sur la personne traitée, et ce, pour s'assurer de sa pertinence.

L'efficacité comparée et comparable des approches psychothérapeutiques

L'APA (2013), sur la base de sa revue de littérature, fait état de la démonstration de l'efficacité d'une variété de traitements autant pour les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées, et ce, pour la plupart des troubles psychologiques. On relèverait, de plus, d'importants écarts entre les personnes traitées et celles qui ne le sont pas, observant des résultats plutôt semblables d'un type de traitement à l'autre. On rapporte enfin des façons

¹⁶ Le point sur lequel il y a lieu d'attirer l'attention est d'autant plus important que, comme l'affirme l'INESSS (2017), « [...] la vaste majorité des médecins de premier recours ne seraient pas adéquatement formés pour offrir des services psychologiques » (p. 4). Si cela s'avère pour un certain nombre de médecins, c'est d'autant plus vrai pour tous ceux qui n'ont aucune compétence en matière de santé en général.

d'améliorer l'approche psychothérapeutique, quelle qu'elle soit, en veillant à l'adaptation des interventions aux besoins particuliers des personnes¹⁷.

L'INESSS (2017, p. 39) abonde également dans ce sens : « Comme dans l'ensemble, les interventions psychologiques analysées dans le présent rapport se sont avérées d'efficacité comparable, ce choix repose essentiellement sur le jugement clinique des intervenants et des professionnels. »

L'impact d'autres variables que la seule approche sur l'efficacité de la psychothérapie

Prendre en compte les données probantes signifie qu'on doit considérer un ensemble de variables, pas seulement celles qui concernent le type de traitement ou le trouble mental que présente la personne.

C'est ainsi qu'il faut comprendre ce qu'affirme l'INESSS (2017), soit que :

- l'efficacité démontrée d'un traitement n'est pas plus déterminante que la capacité d'une personne à être traitée, capacité qui tient à plus que le diagnostic ou le trouble mental présenté¹⁸ (p. 31) ;
- cette efficacité est davantage influencée par certains troubles mentaux et groupes d'âge que par les modèles théoriques qui sous-tendent les traitements (p. 34) ;
- l'influence sur l'efficacité des facteurs communs aux différentes approches est tout aussi importante que celle des techniques spécifiques à l'une ou à l'autre de ces approches¹⁹ (p. 35).

L'APA (2013) soutient de son côté l'importance première de l'alliance psychothérapeutique, alliance consistant à établir et à maintenir un lien émotionnel fiable qui s'appuie sur une entente préalable et renouvelée relativement aux buts à atteindre et aux moyens que propose le traitement²⁰.

¹⁷ Beutler, 2009; Beutler et coll., 2003; Castonguay et Beutler, 2006; Lambert et Ogles, 2004; McMain et Pos, 2007; Miklowitz, 2008; Norcross, 2011; Shedler, 2010; Thomas et Zimmer-Gembeck, 2007; Verheul et Herbrink, 2007; Wampold, 2001.

¹⁸ APA (2013) confirme également qu'un bon nombre de facteurs ont une plus grande influence que les traitements et les troubles ou les diagnostics particuliers.

¹⁹ L'INESSS appuie cette affirmation sur Barth et coll., 2012.

²⁰ Cuijpers, van Straten, Andersson et van Oppen, 2008; Lambert, 2004; Karver, Handelsman et Bickman 2006; Norcross, 2011; Shirk et Karver, 2003; Wampold, 2007.

L'efficacité des traitements serait donc tributaire de multiples facteurs, et la recherche tente d'en mesurer l'impact. Tous ces facteurs ne doivent pas être mis en opposition, mais plutôt considérés dans leur ensemble, puisqu'ils entrent en interaction et qu'on ne pourrait que difficilement les isoler. Peu importe le poids des variables prises en considération, on ne peut négliger l'importance de l'une et de l'autre, l'influence de l'une ou de l'autre, de l'une sur l'autre, la véritable mesure de l'efficacité psychothérapeutique ne prenant tout son sens que dans l'étude complexe, dynamique et non linéaire des contributions du psychothérapeute, de celles de la personne, de la qualité de la relation établie et du type de traitement offert avec ses techniques ou ses modalités spécifiques.

LE CHOIX DU TRAITEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

On fait souvent référence au Québec à quelques modèles de soins, dont celui que préconise l'Australie en matière de psychothérapie. On y a implanté deux programmes complémentaires, le premier en 2001 et l'autre en 2006, et on a mis sur pied en 2014 une commission chargée de faire un retour sur l'organisation des soins et services en santé mentale. L'INESSS (2017) rapporte entre autres conclusions de cette commission qu'une approche de type « *one-size-fits-all* » ne peut permettre de répondre adéquatement aux besoins des personnes. On ne s'étonne donc pas que ladite commission recommande de recentrer la réforme, d'aligner les soins à offrir sur la personne et de financer ces soins en fonction des besoins de celle-ci²¹. A fortiori quand, comme le rapporte l'APA (2013), la préférence pour un traitement influence directement l'adhésion à ce traitement et qu'il y a des coûts importants liés à la non-observance comme à la cessation prématurée d'un traitement²².

Dans le même sens, l'INESSS soutient que :

La psychothérapie, telle que définie au Québec, est une option thérapeutique qui doit être retenue à la suite d'une évaluation initiale rigoureuse de la part du psychothérapeute. [...] Cette évaluation devrait tenir compte à la fois de la demande de la personne et de son historique thérapeutique, des facteurs biopsychosociaux et culturels qui la caractérisent, de ses ressources et de ses forces, de sa condition psychologique ainsi que des traitements actuels et antérieurs reçus. (INESSS, 2017, p. 32)

²¹ INESSS (2017), p. 46.

²² Deacon et Abramowitz, 2005; Paris, 2008; Patterson, 2008; Solomon, Keitner, Ryan, Kelley et Miller, 2008; Tournier et coll., 2009; Vocks et coll., 2010.

Voyons ce que dit le Guide explicatif du PL 21²³ de cette « évaluation initiale rigoureuse » :

Elle constitue un préalable et a pour but de déterminer la pertinence d'entreprendre une psychothérapie.

Peu importe l'approche psychothérapeutique choisie, cette évaluation tient compte notamment des éléments suivants :

- *la demande formulée par la personne et son histoire thérapeutique;*
- *les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la personne;*
- *l'utilisation et l'interprétation de différents tests, questionnaires et techniques, le cas échéant;*
- *les ressources et les forces du client;*
- *l'existence d'un diagnostic, notamment d'un trouble mental, et d'un traitement actuel ou antérieur.*

Une telle évaluation permet de cerner davantage la situation de la personne et le motif qui l'amène à consulter. Son résultat influence le choix de l'approche psychothérapeutique et des différents tests et techniques utilisés en lien avec cette approche. De plus, elle guide le psychothérapeute dans la décision d'entreprendre et de poursuivre le processus psychothérapeutique au regard des connaissances et des compétences dont il dispose pour traiter une personne aux prises avec un trouble ou un problème particulier. (Office des professions du Québec, 2013, p. 84-85)

L'APA (2013), pour sa part, détaillait ainsi les éléments dont il faut tenir compte dans le cadre de l'évaluation menant à une recommandation de psychothérapie : les caractéristiques de la personne, celles du clinicien, les facteurs contextuels, les conditions cliniques (ou diagnostiques) et le degré de l'atteinte (la variabilité de l'efficacité du traitement serait davantage liée au degré de sévérité de l'atteinte plutôt qu'aux conditions cliniques), le stade de développement et les facteurs reliés aux diversités humaines et culturelles, comme la race, l'ethnicité, le sexe, l'orientation sexuelle et le statut de handicapé²⁴.

Bref, ces études démontrent l'importance d'exercer son jugement professionnel afin de déterminer le meilleur traitement psychothérapeutique possible et, comme l'illustre la

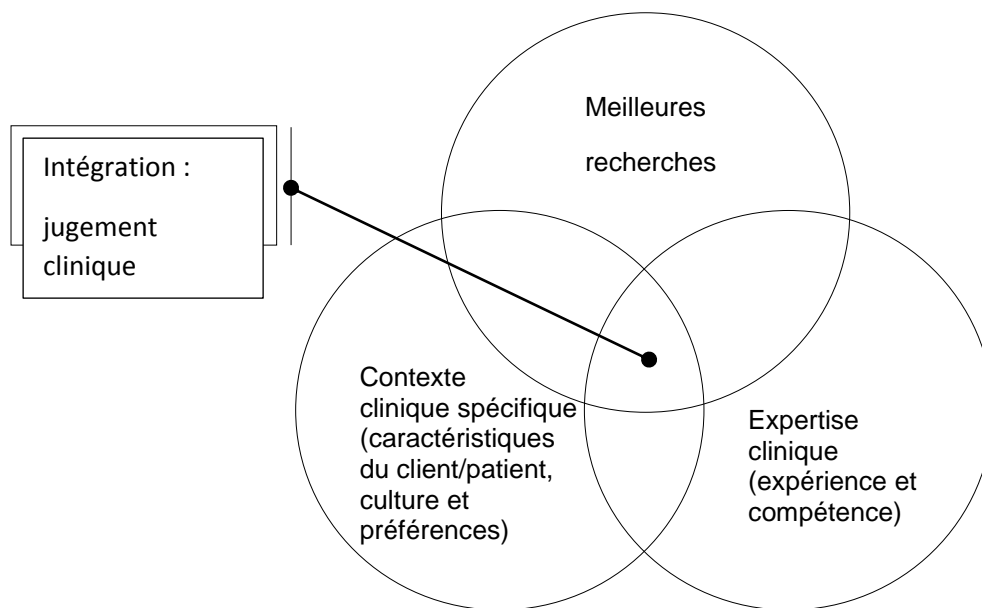
²³ Office des professions du Québec, 2013.

²⁴ Bernal, Jimenez-Chafey et Domenech Rodriguez, 2009 ; Beutler, 2009; Beutler et Malik, 2002a ; Beutler et Malik, 2002b; Curry et coll., 2006; Hinshaw, 2007 ; Kazdin, 2007 ; Kocsis et coll., 2009 ; Malik et Beutler, 2002; McBride, Atkison, Quilty et Bagby, 2006; Miklowitz et coll., 2009; Ollendick, Jarrett, Grills-Taquechel, Hovey et Wolffx, 2008 ; Wampold, 2001.

figure 1²⁵, intégrer les trois (3) composantes suivantes :

- les résultats de recherche les plus probants (étant entendu qu'on s'appuie sur un état des connaissances actualisé);
- l'expertise clinique (expérience et compétence);
- le contexte clinique spécifique (caractéristiques, culture et préférences de la personne qui consulte).

Figure 1



²⁵ Le choix du traitement doit se situer à l'intersection des trois (3) cercles, dans la zone de convergence, si tant est qu'il y en ait une. En effet, il se peut qu'il n'y ait pas intersection des trois (3) cercles, mais de deux (2) seulement, ce qui place le psychothérapeute devant l'impossibilité de tenir compte de l'une ou l'autre des trois (3) composantes, comme il se peut que les trois (3) cercles se superposent parfaitement ou à l'inverse qu'il n'y ait aucune zone de convergence. Norcross et coll. (2008), dans leur étude dont la figure 1 est issue, en donnent d'ailleurs différents exemples.

L'IMPORTANCE DE SE TENIR AU FAIT DE LA RECHERCHE

La pratique de la psychothérapie doit se faire de façon éclairée, et cette pratique ne saurait être responsable et rigoureuse si elle ne prenait pas en considération ce que propose la recherche. D'ailleurs, l'APA (2013) soutient l'importance de la recherche en matière de psychothérapie, considérant qu'elle permet d'élargir les connaissances sur :

- les facteurs qui ont un impact significatif sur l'efficacité de la psychothérapie²⁶ ;
- les effets multiples de la psychothérapie, l'importance des caractéristiques des personnes qui consultent et de celles des psychothérapeutes, les techniques et l'interaction entre toutes les variables qu'il faut considérer²⁷ ;
- les services à offrir aux populations vulnérables sur le plan socioéconomique et les approches et les modalités culturellement pertinentes et socialement proactives²⁸ ;
- les façons d'adapter la psychothérapie aux besoins de populations ayant encore peu de services²⁹.

Il s'agit donc de prendre en considération les données de la recherche. Pour ce faire, on peut se référer aux méta-analyses, puisqu'elles permettent de confirmer notamment si une approche est efficace. Toutefois, en raison même de ce que sont les méta-analyses, on ne peut véritablement se baser sur celles-ci pour choisir expressément une approche pour un patient donné, comme le souligne l'INESSS (2017, p. 9) : « La méta-analyse permet de dire si une intervention donnée est efficace ou non. Elle ne permet pas de spécifier pour qui, sous quelles conditions et dans quel contexte l'intervention est efficace. » Cela est d'autant plus vrai qu'actuellement, vu l'abondance des méta-analyses, on peut être tenté de s'appuyer sur des résumés de méta-analyses, résumés qui, en raison de leur nature, s'éloignent davantage des données premières des recherches.

L'exercice du jugement professionnel, pour y revenir, requiert entre autres de considérer que :

- la démonstration de l'efficacité d'une approche, quelle qu'elle soit, en fonction d'une condition, d'un trouble ou d'une maladie s'inspire d'un modèle dit médical qui, n'étant certainement pas sans intérêt, peut présenter certaines limites, plus particulièrement en santé mentale. En effet, ce n'est pas tant une condition, un trouble ou une maladie

²⁶ Gibbon et coll., 2010; Kazdin, 2008.

²⁷ Barlow, 2010; Dimidjian et Hollon, 2010; Duggan et Kane, 2010; Haldeman, 1994; Wilson, Grilo et Vitousek, 2007.

²⁸ Ali, Hawkins et Chambers, 2010; Belle et Doucet, 2003; Goodman, Glenn, Bohlig, Banyard et Borges, 2009; Smith, 2005 ; Smith, 2010; Smyth, Goodman et Glenn, 2006.

²⁹ Butler, O'Donovan et Shaw, 2010; Cabral et Smith, 2011; Gilman et coll., 2001; Smith, 2005; Sue et Lam, 2002.

qu'on traite, qu'une personne qui en est affectée, personne à qui on doit s'adresser dans sa globalité, qui ne peut être réduite aux seules caractéristiques de sa condition et avec laquelle il importe de créer une relation qui soit porteuse. La relation est une variable qui entre en jeu et les recherches sur cette variable sont tout aussi importantes que celles qui portent sur une approche ou une condition clinique;

- bien qu'il y ait une évolution dans le choix des critères d'exclusion et que les recherches soient de plus en plus inclusives, il se peut que les personnes qui composent les échantillons ne soient pas représentatives de la population en quête de services, ce qui, par conséquent, peut affecter sur le terrain le taux d'efficacité attribué à l'approche à l'étude;
- la portée des résultats nécessite d'être nuancée, puisque, si on n'offrait que l'approche ayant fait l'objet de la recherche, une approche par exemple jugée efficace pour 60 à 70 % des sujets qui sont demeurés impliqués jusqu'à la fin de ladite recherche (proportion réellement considérable), on laisserait tout de même 30 à 40 % de la population sans services efficaces (et encore davantage si on établit les proportions en fonction de l'échantillon de départ).

CONCLUSIONS

L'exercice de la psychothérapie ne peut être figé dans le temps. Il faut éviter de s'enfermer dans des pratiques sclérosées ou dogmatiques. Si on veut offrir les meilleurs traitements psychothérapeutiques possible, il faut se tenir au fait de l'évolution des connaissances, ce qui signifie devoir, entre autres, se référer à la science et aux données que génère la recherche. En psychothérapie, il faut adopter une posture scientifique, ce qui, par ailleurs, signifie plus que de s'en remettre aux seules données empiriques puisque, comme le rapporte l'INESSS en faisant état des limites de son rapport : « [...] l'expérience psychothérapeutique peut difficilement être captée par des essais cliniques randomisés et [...] la preuve scientifique est insuffisante pour guider le clinicien dans son choix de traitement » (2017, p. 66).

Toutefois, il y a lieu de préciser, en ce qui a trait aux différentes approches, que de dire qu'elles sont comparables sur le plan de l'efficacité ne signifie pas qu'elles soient pour autant équivalentes en tout point. En effet, les grands modèles théoriques tirent leur source de différents courants philosophiques, et chacun propose sa conception de l'être humain et de son fonctionnement psychologique et mental. Chacun des modèles élabore des manières d'être et de faire, certaines similaires, certaines différentes, et nécessite pour leur application des compétences personnelles et professionnelles parfois transversales, parfois spécifiques. Les personnes qui consultent, de même que les professionnels qui leur offrent des soins et services,

ont nécessairement des affinités avec l'un ou plus d'un de ces modèles, affinités dont on ne peut faire fi. C'est en raison de ces affinités :

- que les professionnels pourront intégrer avec plus ou moins d'aisance une approche donnée et créer sur cette base une relation thérapeutique qui soit porteuse;
- que les personnes traitées se sentiront à l'aise dans une relation qui se distingue des relations usuelles que dicte la bienséance et adhéreront d'autant aux propositions particulières de l'approche.

Enfin, intégrer une approche signifie énormément plus que de simplement utiliser des outils ou appliquer des techniques comme les protocoles l'exigent. Cela nécessite une solide formation, initiale et continue, comme le prévoit le *Règlement sur le permis de psychothérapeute*.

ANNEXE – LA PRATIQUE FONDÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES

Cette politique, mise de l'avant par l'American Psychological Association, a été traduite et adoptée par le Conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec en 2008

Énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie¹

L'énoncé suivant a été approuvé en tant que politique de l'American Psychological Association (APA) lors de la réunion de son Conseil des représentants en août 2005

La pratique fondée sur les données probantes en psychologie (PFDP) intègre les meilleurs résultats de recherche disponibles et l'expertise clinique en tenant compte des caractéristiques des patients², de leur culture et de leurs préférences. Cette définition de la PFDP est très proche de la définition de la pratique fondée sur les données probantes telle qu'adoptée par l'Institute of Medicine (2001, p. 147) et adaptée de Sackett et coll. (2000) : « La pratique fondée sur les données probantes intègre les meilleurs résultats de recherche et l'expertise clinique aux valeurs des patients. » La PFDP vise à promouvoir une pratique efficiente de la psychologie et à améliorer la santé publique par la mise en application des fondements empiriques de l'évaluation psychologique, de l'étude de cas, de la relation thérapeutique et de l'intervention.

Les meilleures données de la recherche

Par *meilleures données de la recherche*, on entend les résultats scientifiques liés aux méthodes d'intervention, à l'évaluation, aux problèmes cliniques et aux populations de patients (en laboratoire ou sur le terrain) de même que les résultats cliniquement significatifs de la recherche fondamentale en psychologie et dans les champs connexes. Un corpus important de données probantes, tiré d'une variété de concepts et de méthodologies de recherche, témoigne de l'efficacité des pratiques psychologiques. En général, les données probantes qui découlent de recherches cliniquement significatives sur les pratiques psychologiques devraient se fonder sur une documentation exhaustive, un échantillonnage représentatif, une validité statistique et clinique et s'appuyer sur un large ensemble de données. La validité des conclusions provenant de

¹ On trouvera une étude plus approfondie des questions suscitées par le présent énoncé de politique, y compris le fondement de celui-ci et de la documentation à l'appui, dans le « Report of the Presidential Task Force on Evidence-Based Practice » (Rapport du groupe de travail présidentiel sur la pratique fondée sur les données probantes), à : <http://www.apa.org/practice/ebpreport.pdf>.

² Pour assurer l'uniformité avec les analyses de la pratique fondée sur les données probantes qui sont effectuées dans d'autres domaines de la santé, nous utiliserons le terme *patient* pour désigner l'enfant, l'adolescent, l'adulte, la personne âgée, le couple, la famille, le groupe, l'organisation, la collectivité et les autres populations recevant des services psychologiques. Néanmoins, nous reconnaissons que dans de nombreuses situations, pour décrire les prestataires de services, des raisons importantes et valides militent pour l'utilisation des termes suivants : *client*, *bénéficiaire* ou *personne* au lieu de celui de *patient*.

recherches sur les méthodes d'intervention repose sur un continuum allant de l'observation clinique jusqu'à l'examen systématique des essais cliniques randomisés, tout en tenant compte des limites et lacunes des études et de leur applicabilité à un cas particulier (APA, 2002). Les politiques et les pratiques en matière de santé sont également guidées par la recherche faisant appel à des méthodologies variées dans les domaines de la santé publique, de l'épidémiologie, du développement humain, des relations sociales et de la neuroscience.

Les chercheurs et les praticiens doivent unir leurs efforts pour s'assurer que la recherche existante en matière de pratique de la psychologie soit à la fois pertinente sur le plan clinique et valide sur le plan interne. Il importe de ne pas tenir pour acquis que les interventions n'ayant pas fait l'objet d'essais cliniques comparatifs sont inefficaces. Cependant, les pratiques largement répandues en psychologie, de même que les innovations développées sur le terrain ou en laboratoire, doivent faire l'objet d'évaluations rigoureuses et les obstacles à la réalisation de telles recherches doivent être déterminés et pris en compte.

L'expertise clinique

L'expertise clinique des psychologues fait appel à un certain nombre de compétences favorisant l'atteinte de résultats thérapeutiques. Ces compétences incluent a) la réalisation d'évaluations et l'établissement de diagnostics, les études systématiques de cas et les plans de traitement; b) la prise de décisions cliniques, l'exécution de traitements et la surveillance des progrès des patients; c) l'expertise en communication interpersonnelle et le recours à celle-ci, y compris la formation d'alliances thérapeutiques; d) l'auto-analyse et l'acquisition d'habiletés professionnelles sur une base continue; e) l'évaluation des données probantes et le recours à celles-ci à la fois en psychologie fondamentale et appliquée; f) la connaissance de l'influence des différences contextuelles, culturelles et individuelles sur le traitement; g) la recherche des ressources disponibles (c.-à-d. consultation, services d'appoint ou services alternatifs), le cas échéant; h) l'élaboration de stratégies cliniques à partir de fondements pertinents. L'expertise repose sur la formation scientifique et clinique, les connaissances théoriques, l'expérience, la connaissance de soi, la mise à jour des recherches et un apprentissage et une formation continus.

L'expertise clinique sert à intégrer les meilleures données probantes de la recherche et les données cliniques (p.ex., les renseignements sur le patient obtenus en cours de traitement) tenant compte des caractéristiques et des préférences du patient, le but étant d'offrir des services ayant une forte probabilité d'atteindre les objectifs du traitement. Font partie intégrante de cette expertise clinique : la reconnaissance de ses propres limites en matière de connaissances et d'habiletés et l'attention portée aux heuristiques et aux préjugés — tant cognitifs qu'affectifs — susceptibles d'influer sur le jugement clinique. En outre, les psychologues doivent

savoir comment leurs propres caractéristiques, valeurs et contexte peuvent interagir avec ceux de leur patient.

Contexte, valeurs et caractéristiques du patient

Les services psychologiques présentent une meilleure efficacité lorsqu'ils s'adaptent à la personnalité, aux problèmes et aux forces spécifiques du patient, de même qu'à son contexte socioculturel et à ses préférences. On sait que les résultats thérapeutiques dépendent de nombreuses caractéristiques du patient, comme son statut fonctionnel, sa préparation au changement et son niveau de soutien social. Les autres caractéristiques importantes à prendre en compte lors de la formation et du maintien d'une relation thérapeutique et d'une intervention particulières sont les suivantes : a) les variations dans la façon de présenter les troubles ou les problèmes, l'étiologie, les symptômes ou syndromes concomitants ainsi que le comportement; b) l'âge chronologique, le stade de développement, l'historique du développement et le stade de la vie; c) les facteurs familiaux et socioculturels (c.-à-d. le genre, l'identité de genre, l'ethnicité, la race, la classe sociale, la religion, l'état de personne handicapée, la structure familiale et l'orientation sexuelle); d) le contexte de l'environnement (c.-à-d., le racisme institutionnel, l'inégalité dans la prestation des soins de santé) et les stressors (chômage, événements marquants de l'existence); e) les goûts personnels, les valeurs et les préférences en matière de traitement (objectifs, croyances, perceptions de l'existence et attentes par rapport au traitement). Certains traitements efficaces s'accompagnent d'interventions qui visent l'entourage du patient : parents, professeurs et soignants. La pratique fondée sur les données probantes ou PFDP se donne pour objectif majeur de maximiser les choix du patient parmi l'éventail d'interventions efficaces.

Les implications cliniques

Les décisions cliniques doivent être prises en collaboration avec le patient et en fonction des meilleures données pertinentes sur le plan clinique, tout en considérant les coûts projetés, les avantages probables, ainsi que les ressources et options offertes³. En fin de compte, il revient au psychologue traitant de décider de la meilleure intervention ou d'un traitement particulier. La participation d'un patient actif et informé s'avère généralement d'une importance cruciale pour le succès des services psychologiques. Les décisions en matière de traitement ne devraient jamais être prises par une personne sans formation qui ne connaît pas les détails d'un cas.

³ Dans le cas de certains patients (p. ex. les enfants et les adolescents), l'aiguillage vers d'autres services, le choix d'un thérapeute et d'un traitement et la décision de mettre fin au traitement sont souvent pris par d'autres (p. ex. les parents) plutôt que par la personne faisant l'objet du traitement. Dans pareils cas, l'intégration des données probantes et de la pratique est susceptible d'exiger un partage de l'information et des prises de décisions concertées.

Le psychologue traitant décide si les conclusions de la recherche s'appliquent à un patient en particulier. Dans le cas de certains patients, il faut parfois recourir à des prises de décisions et des interventions que la recherche existante n'aborde pas directement. L'application des données de la recherche à un patient en particulier met toujours en jeu des inférences probabilistes. Par conséquent, la PFDP exige un suivi constant des progrès du patient et un ajustement du traitement lorsque nécessaire.

L'APA encourage l'élaboration de politiques en matière de soins de santé qui entérinent cette philosophie de la pratique fondée sur les données probantes en psychologie.

Références bibliographiques

American Psychological Association, « Criteria for evaluating treatment guidelines », *American Psychologist*, 57, p. 1052 à 1059, 2002.

Institute of Medicine, *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*, Washington DC, National Academy Press, 2001.

Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. et R.B. Haynes, *Evidence based medicine : How to practice and teach EBM* (2^e éd.), Londres, Churchill Livingstone, 2000.

BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES

- Abbass, A., Kisely, S. et Kroenke, K. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265-274. DOI : 10.1159/000228247
- Alexopoulos G. S., Raue, P., Kiosses, D. N., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch C. et Areán, P. S. (2011). Problem solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: Effect on disability. *Archives of General Psychiatry*, 63, 33-41. DOI : 10.1001/archgenpsychiatry.2010.177
- Alexander, C. L., Arnkoff, D. B. et Glass, C. R. (2010). Bringing psychotherapy to primary care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 191-214. DOI : 10.1111/j.1468-2850.2010.01211.x
- Ali, A., Hawkins, R. L. et Chambers, D. A. (2010). Recovery from depression for clients transitioning out of poverty. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 26-33. DOI : 10.1111/j.1939-0025.2010.01004.x
- American Group Psychotherapy Association (AGPA) (2007). *Practice guidelines for group psychotherapy*. New York, NY : American Group Psychotherapy Association.
- American Psychological Association (APA) (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59, 236-260.
- American Psychological Association (APA), Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. DOI : 10.1037/0003-066X.61.4.271
- American Psychological Association (APA) (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102-109.
- Anderson, E. M. et Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514. DOI : 10.1016/0272-7358(95)00027-M
- Areán, P. A., Ayalon, L., Hunkeler, E. M., Tang, L., Unutzer, J., Lin, E.,... Hendrie, H. (2005a). Improving depression care in older minority primary care patients. *Medical Care*, 43, 381-390. DOI : 10.1097/01.mlr.0000156852.09920.b1
- Areán, P. A., Gum, A., McCulloch, C. E., Bostrom, A., Gallagher-Thompson, D. et Thompson, L. (2005b). Treatment of depression in low-income older adults. *Psychological Aging*, 20, 601-609. DOI : 10.1037/0882-7974.20.4.601

Areán, P. A., Gum, A. M., Tang, L. et Unutzer, J. (2007). Service use and outcomes among elderly persons with low incomes being treated for depression. *Psychiatric Services*, 58, 1057-1064. DOI : 10.1176/appi.ps.58.8.1057

Areán, P. A., Raue, P., Mackin, R. S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C. et Alexopoulos, G. S. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1391-1398. DOI : 10.1176/appi.ajp.2010.09091327

Arnold, M. (2008). Polypharmacy and older adults: A role for psychology and psychologists. *Professional Psychology Research and Practice*, 9(3), 283-289.

Baldwin, S. A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A. et Nielsen, S. L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 203-211. DOI : 10.1037/a0015235

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878. DOI : 10.1037/0003-066X.59.9.869

Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65, 13-20. DOI : 10.1037/a0015643

Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. et Woods, S. W. (2000). Cognitive behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-2536. DOI : 10.1001/jama.283.19.2529

Barth, R. P., Lee B. R., Lindsey, M. A., Collins, K. S., Strieder, F., Chorpita, B. F. et coll. (2012). Evidence-based practice at a crossroads: The timely emergence of common elements and common factors. *Research on Social Work Practice*, 22(1), 108-119.

Bedi, N., Chilvers, C., Churchill, R., Dewey, M., Duggan, C., Feilding, K. et coll. (2000). Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care: Partially randomized preference trial. *British Journal of Psychiatry*, 177, 312-318. DOI : 10.1192/bjp.177.4.312

Belle, D. et Doucet, J. (2003). Poverty, inequality, and discrimination. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 101-113. DOI : 10.1111/1471-6402.00090

Bernal, G., Jimenez-Chafey, M. I. et Domenech Rodriguez, M. M. (2009). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 361-368. DOI : 10.1037/a0016401

Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York, NY : Pergamon Press.

Beutler, L. E. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 301-317. DOI : 10.1111/j.1468-2850.2009.01168.x

Beutler, L. E. et Malik, M. L. (2002a) (dir.). *Rethinking the DSM* (3-16). Washington, DC : American Psychological Association.

Beutler, L. E. et Malik, M. L. (2002b). Diagnosis and treatment guidelines: The example of depression. Dans L. E. Beutler et M. L. Malik (dir.), *Rethinking the DSM* (251-278). Washington, DC : American Psychological Association.

Beutler, L. E., Malik, M. L., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H. et Nobel, S. (2003) Therapist variables. Dans M. J. Lambert (dir.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5^e éd., 227-306). New York, NY : John Wiley & Sons.

Burlingame, G. M., Fuhrman, A. et Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group dynamics: Theory, research & practice*, 2, 101-117. DOI : 10.1037/1089-2699.7.1.3

Butler, C., O'Donovan, A. et Shaw, E. (dir.) (2010). *Sex, sexuality, and therapeutic practice: A manual for therapists and trainers*. New York, NY : Routledge/Taylor & Francis.

Cabral, R. R. et Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 537-554. DOI : 10.1037/a0025266

Castonguay, L. G. et Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York, NY : Oxford University Press.

Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74. DOI : 10.1111/j.1467-6427.2008.00452.x

Carr, A. (2009b). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45. DOI : 10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S. et Daiuto, A. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16. DOI : 10.1037//0022-006X.66.1.53

Chiles, J. A., Lambert, M. J. et Hatch, A. L. (2002). Medical cost offset: A review of the impact of psychological interventions on medical utilization over the past three decades. Dans N. A. Cummings, W. T. O. Donohue et K. E. Ferguson (dir.), *The impact of medical cost offset on practice and research*. Reno, NV : Context Press.

Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J.,... Starace, N. (2011). Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of Indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 154-172. DOI : 10.1111/j.1468-2850.2011.01247.x

Code des professions. Règlement sur le permis de psychothérapeute. Accessible en ligne :
[http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26, % 20r.%20222.1/](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/C-26,%20r.%20222.1/)

Commissaire à la Santé et au Bien-être (2012a). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec. Accessible en ligne :
http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

Commissaire à la Santé et au Bien-être (2012b). *Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec : Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012*. Gouvernement du Québec. Accessible en ligne :
http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. et van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 76*, 909-922. DOI : 10.1037/a0013075

Cuijpers, P., van Straten, A., Hollon, S. D. et Andersson, G. (2010). The contribution of active medication to combined treatments of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 121*, 415-423. DOI : 10.1111/j.1600-0447.2009.01513.x

Cuijpers, P., van Straten, A. et Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 1139-1149. DOI : 10.1002/gps.1620

Cummings, N. A., O'Donahue, W. T. et Ferguson, K. E. (dir.) (2003). *Behavioral health in primary care: Beyond efficacy to effectiveness*. Cummings foundation for behavioral health: Health utilization and cost series (vol. 6). Reno, NV : Context Press.

Curry, J., Rohde, P., Simons, A., Silva, S., Vitiello, B., Kratochvil, C.,... March, J. (2006). Predictors and moderators of acute outcome in the treatment for adolescents with depression study (TADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*, 1427-1439. DOI : 10.1097/01.chi.0000240838.78984.e2

Deacon, B. J. et Abramowitz, J. S. (2005). Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy, 36*, 139-145. DOI : 10.1016/S0005-7894(05) 80062-0

de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R. et Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry, 17*, 1-23. DOI : 10.10880/16 073 220 902 742 476

Dimidjian, S. et Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65, 21-33. DOI : 10.1037/a0017299

Dixon-Gordon, K. L., Turner, B. J. et Chapman, A. L. (2011). *Psychotherapy for personality disorders. International Review of Psychiatry*, 23, 292-302. DOI : 10.3109/09540261.2011.586992

Duggan, C. et Kane, E. (2010). Developing a national institute of clinical excellence and health guideline for antisocial personality disorder. *Personality & Mental Health*, 4, 3-8. DOI : 10.1002/pmh.109

Felker, B. L., Barnes, R. F., Greenberg, D. M., Chancy, E. F., Shores, M. M., Gillespie-Gateley, L., Buike, M. K. et Morton, C. E. (2004). Preliminary outcomes from an integrated mental health primary care team. *Psychiatric Services*, 55, 442-444. DOI : 10.1176/appi.ps.55.4.442

Fisch, M. (2004). Treatment of depression in cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 32, 105-111. DOI : 10.1093/jncimonographs/lgh011

Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (edition révisée). Baltimore : The Johns Hopkins University Press.

Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., Vollm, B. A., Ferriter, M. et coll. (2010). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16, np. DOI : 10.1002/14651858.CD007668.pub2

Gilbody, S., Bower, P., Flethcer, J., Richards, D. et Sutton, A. J. (2006). Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer term outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 166, 2314-2321. DOI : 10.1001/archinte.166.21.2314

Gilman, S. E., Cochran, S. D., Mays, V. M., Hughes, M., Ostrow, D. et Kessler, R. C. (2001). Risk of psychiatric disorders in individuals reporting same-sexual partners in the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91, 933-939. DOI : 10.2105/AJPH.91.6.933

Glickman, N. S. (2009). Adapting best practices in CBT for deaf and hearing persons with language and learning challenges. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19, 354-384. DOI : 10.1037/a0017969

Goodman, L. A., Glenn, C., Bohlig, A., Banyard, V. et Borges, A. (2009). Feminist relational advocacy: Processes and outcomes from the perspective of low income women with depression. *The Counseling Psychologist*, 37, 848-876. DOI : 10.1177/0011000008326325

Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Solar, N. et Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69, 121-127. DOI : 10.1001/archgenpsychiatry.2011.129

Griner, D. et Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 43, 531-548. DOI : 10.1037/0033-3204.43.4.531

Gum, A. M., Areán, P. A. et Bostrom, A. (2007). A low-income depressed older adults with psychiatric comorbidity. Secondary analyses of response to psychotherapy and case management. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 124-130. DOI : 10.1002/gps.1702

Gum, A. M., Areán, P. A., Hunkeler, E., Tang, L., Katon, W., Hitchcock, P.,... Unützer, J. (2006). Depression treatment preferences in older primary care patients. *Gerontologist*, 46(1), 14-22. DOI : 10.1093/geront/46.1.14

Haldeman, D. C. (1994). The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 221-227. DOI : 10.1037//0022-006X.62.2.221

Harnett, P., O'Donovan, A., Lambert, M. J. (2010). The dose response relationship in psychotherapy: Implications for social policy. *Clinical Psychologist*, 14(2), 39-44.

Henggeler, S. W. et Schaeffer, C. M. (2010). Treating serious emotional and behavioural problems using multisystemic therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31, 149-164. DOI : 10.1375/anft.31.2.149

Hibbard, M., Grober, S., Gordon, W. et Aletta, E. (1990). Modification of cognitive psychotherapy for the treatment of post-stroke depression. *The Behavior Therapist*, 13(1), 15-17.

Himelhoch, S., Medoff, D. R. et Oyeniyi, G. (2007). Efficacy of group psychotherapy to reduce depressive symptoms among HIV-infected individuals: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, 21, 732-739. DOI : 10.1089/apc.2007.0012

Hollon, S. D., Stewart, M. O. et Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315. DOI : 10.1146/annurev.psych.57.102904.190044

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P. et Hinshaw, S. P. (2007). Moderators and mediators of treatment outcome for youth with ADHD: Understanding for whom and how interventions work. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 91-100. DOI : 10.1016/j.ambp.2006.04.012

Horrell, S. C. V. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with adult ethnic minority clients: A review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 160-168. DOI : 10.1037/0735-7028.39.2.160

Huey, S. J. J^r et Polo, A. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 262-301. DOI : 10.1080/15374410701820174

Huey, S. J. J^r et Polo, A. J. (2010). Assessing the effects of evidence-based psychotherapies with ethnic minority youths. Dans J. B. Weisz et A. E. Kazdin (dir.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2^e éd., 451-465). New York, NY : Guilford.

Imel, Z. E., McKay, K. M., Malterer, M. B. et Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders, 110*, 197-206. DOI : 10.1016/j.jad.2008.03.018

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. Québec, Qc : INESSS, 97 p.

Karver, M. S., Handelsman, J. B. et Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*, 50-65. DOI : 10.1016/j.cpr.2005.09.001

Kaslow, N. J., Broth, M. R., Smith, C. O. et Collins, M. H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*, 82-100. DOI : 10.1111/j.1752-0606.2011.00257.x

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27. DOI : 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice. *American Psychologist, 63*, 146-159. DOI : 10.1037/0003-066X.63.3.146

Kazdin, A. E., Hoagwood, K., Weisz, J. R., Hood, K., Kratochwill, T. R., Vargas, L. A. et Banez, G. A. (2010). A meta-systems approach to evidence-based practice for children and adults. *American Psychologist, 65*, 85-97. DOI : 10.1037/a0017784

Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3^e édition). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.

Kocsis, J. H., Leon, A. C., Markowitz, J. C., Manber, R., Arnow, B., Klein, D. N. et Thase, M. E. (2009). Patient preference as a moderator of outcome for chronic forms of major depressive disorder treated with nefazodone, cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, or their combination. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*, 354-361. DOI : 10.4088/JCP.08m04371

Kosters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C. et Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 10*, 146-163. DOI : 10.1037/1089-2699.10.2.146

Kurtz, M. M. et Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 491-504. DOI : 10.1037/0022-006X.76.3.491

Lambert, M. J. (dir.) (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^e édition). New York, NY : John Wiley & Sons.

Lambert, M. J. (dir.) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (4^e édition). New York, NY : John Wiley & Sons.

Lambert, M. J. (dir.). (2012) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (6e édition.)New York, NY : John Wiley & Sons.

Lambert, M. J. et Archer, A. (2006). Research findings on the effects of psychotherapy and their implications for practice. Dans C. D. Goodheart, A. E. Kazdin et R J. Sternberg (dir.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet* (111-130). Washington, DC : American Psychological Association.

Lambert, J. J. et Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (dir.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5^e édition, 139-193). New York, NY : John Wiley & Sons.

Lazar, S. G. et Gabbard, G. O. (1997). The cost-effectiveness of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 307-314. DOI : 9 292 445.

Lazar, S. G. (2014). The cost-effectiveness of psychotherapy for the major psychiatric diagnoses. *Psychodyn Psychiatry*, 42(3), 423-457.

Leichsenring, F. et Rabung, S. (2008). Effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 200, 1551-1565. DOI : 10.1001/jama.300.13.1551

Leichsenring, F., Rabung, S. et Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216. DOI : 10.1001/jama.290.18.2428

Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Tang, L., Williams, J. W., Kroenke, K.,... Unützer, J. (2003). Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 290(18), 2428-2429. DOI : 10.1001/jama.290.18.2428

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L.,... Lindenboim, M. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766. DOI : 10.1001/archpsyc.63.7.757

Livesley, W. J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 131-148. DOI : 10.1080/09638230601182086

Livneh, H. et Sherwood, A. (2001). Application of personality theories and counseling strategies to clients with physical disabilities. *Journal of Counseling & Development*, 69, 528-538. DOI : 10.1002/j.1556-6676.1991.tb02636.x

Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Bandura, A., Ritter, P.,... Holman, H. R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care*, 37, 5-14. DOI : 10.1097/00005650-199901000-00003

Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B. et Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422. DOI : 406AB7E4BD67CD847C23

Lysaker, H., Glynn, S. M., Wilkniss, S. M. et Silverstein, S. M. (2010). Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychological Services*, 7, 75-91. DOI : 10:1037/a0019115

Malik, M. L. et Beutler, L. E. (2002). The emergence of dissatisfaction with the DSM. Dans L. E. Beutler et M. L. Malik (dir.), *Rethinking the DSM* (3-16). Washington, DC : American Psychological Association.

McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C. et Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1041-1054. DOI : 10.1037/0022-006X.74.6.1041

McMain, S. et Pos, A. E. (2007). Advances in psychotherapy of personality disorders: A research update. *Current Psychiatry Reports*, 9, 46-52. DOI : 10.1007/s11920-007-0009-7

Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1408-1419. DOI : 10.1176/appi.ajp.2008.08040488

Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., George, E. L., Taylor, D. O., Schneck, C. D., Sullivan, A. E.,... Birmaher, B. (2009). Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 643-651. DOI : 10.1097/CHI.0b013e3181a0ab9d

Minami, T., Davies, D., Tierney, S. C., Bettmann, J., McAward, S. M., Averill, L. A.,... Wampold, B. E. (2009). Preliminary evidence on the effectiveness of psychological treatments delivered at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 309-320. DOI : 10.1037/a0015398

Minami, T. et Wampold, B. E. (2008). Adult psychotherapy in the real world. Dans W. B. Walsh (dir.), *Biennial Review of Counseling Psychology*, vol. 1, 27-45, New York, NY : Taylor and Francis.

Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Hamilton, E., Brown, G. S. et Kircher, J. (2008). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 116-124. DOI : 10.1037/0022-006X.76.1.116

Miranda, J., Bernal, G., Lau, A., Kohn L., Hwang, W. C. et LaFromboise, T., (2005). State of the science on psychosocial interventions for ethnic minorities. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 113-142. DOI : 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143822

Miranda, J., Green, B. L., Krupnick, J. L., Chung, J., Siddique, J., Beslin, T. et Revicki, D. (2006). One-year outcome of a randomized clinical trial treating depression in low-income minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 99-111. DOI : 10.1037/0022-006X.74.1.99

Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785-795. DOI : 10.1037/0033-2909.131.5.785

Mitte, K., Noack, P., Steil, R. et Hautzinger, M. (2005). A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, 141-150. DOI : 10.1097/01.jcp.0000155821.74832.f9

Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P.,... van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research & Therapy*, 47(11), 961-973. DOI : 10.1016/j.brat.2009.07.013

Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. Dans J. K. Zeig et W. M. Munion (dir.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (218-220). San Francisco, CA : Jossey-Bass.

Norcross, J. C. (dir.) (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2^e édition). New York, NY : Oxford University Press.

Office des professions du Québec (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif*. Accessible en ligne : https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

Olkin, R. (1999). *What psychotherapists should know about disability*. New York, NY : Guilford.

Ollendick, T. H., Jarrett, M. A., Grills-Taquechel, A. E., Hovey, L. D. et Wolff, J. C. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 1447-1471. DOI : 10.1016/j.cpr.2008.09.003

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. Accessible en ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=4617C79DBC63A1FD214592BFD45E461F?sequence=1

Pallak, M. S., Cummings, N. A., Dörken, H. et Henke, C. J. (1995). Effect of mental health treatment on medical costs. *Mind/Body Medicine*, 1, 7-12.

Paris, J. (2008). Clinical trials of treatment for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 517-526. DOI : 10.1016/j.psc.2008.03.013

Patterson, T. L. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100, 108-199. DOI : 10.1016/j.schres.2007.12.468

Pavuluri, M. N., Birmaher, B. et Naylor, M. W. (2005). Pediatric bipolar disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 846-871. DOI : 10.1097/01.chi.0000170554.23422.c1

Perlman, L. M., Cohen, J. L., Altieri, M. J., Brennan, J. A., Brown, S. R., Mainka, J. B. et Diroff, C. R. (2010). A multidimensional wellness group therapy program for veterans with comorbid psychiatric and medical conditions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 120-127. DOI : 10.1037/a0018800

Pyne, J. M., Rost, K. M., Farahati, F., Tripathi, S., Smith, J., Williams, D. K., Fortney, J. et Coyne, J. C. (2005). One size fits some: The impact of patient treatment attitudes on the cost-effectiveness of a depression primary-care intervention. *Psychological Medicine*, 35, 839-854. DOI : 4376A5EC9718E4D852BA

Radnitz, C. L. (dir.) (2000). *Cognitive-behavioral interventions for persons with disabilities*. Northvale, NJ : Jason Aronson inc.

Rice, C., Zitzelsberger, H., Porch, W. et Ignagni, E. (2005). Creating community across disability and difference. *Canadian Woman Studies/Cahiers de la Femme*, 24, 187-193.

Roberts, M. C. (dir.) (2003). *Handbook of pediatric psychology* (3^e édition). New York, NY : Guilford.

Robinson, L. A., Berman, J. S. et Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 20-49. DOI : 10.1037//0033-2909.108.1.30

Rosenthal, R. (1990). How are we doing in soft psychology? *American Psychologist*, 45, 775-777. DOI : 10.1037//0003-066X.45.6.775

Roy-Byrne, P. P., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., Stein, M. B., Katon, W., Sullivan, G., Means-Christensen, A. et Bystritsky, A. (2003). Moving treatment research from clinical trials to the real world. *Psychiatric Services*, 54, 327-332. DOI : 10.1176/appi.ps.54.3.327

Sexton, T. L., Alexander, J. F. et Mease, A. L. (2003). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. Dans M. J. Lambert (dir.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5^e édition, 590-646). New York, NY : John Wiley & Sons.

Sexton, T. L., Robbins, M. S., Hollimon, A. S., Mease, A. L. et Mayorga, C. C. (2003). Efficacy, effectiveness, and change mechanisms in couple and family therapy. Dans T. L. Sexton, G. R. Weeks et M. S. Robbins (dir.), *Handbook of family therapy* (229-261). New York, NY : Brunner-Routledge.

Shadish, W. R et Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570. DOI : 10.1111/j.1752-0606.2003.tb01694.x

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109. DOI : 10.1037/a0018378

Shirk, S. R. et Karver, A. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464. DOI : 10.1037/0022-006X.71.3.452

Smith, L. (2005). Psychotherapy, classicism, and the poor: Conspicuous by their absence. *American Psychologist*, 60, 687-696. DOI : 10.1037/0003-066X.60.7.687

Smith, L. (2010). *Psychology, poverty, and the end of social exclusion: Putting our practice to work*. New York, NY : Teachers College Press.

Smith, M. L., Glass, G. V. et Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD : Johns Hopkins University Press.

Smyth, K. F., Goodman, L. et Glenn, C. (2006). The full-frame approach: A new response to marginalized women left behind by specialized services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 489-502. DOI : 10.1037/0002-9432.76.4.489

Solomon, D. A., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Kelley, J. et Miller, I. W. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: Family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disorders*, 10, 798-805. DOI : 10.1016/j.jad.2006.05.036

Stice, E., Shaw, H. et Marti, C. N. (2006). A meta-analytic review of obesity prevention programs for children and adolescents: The skinny on interventions that work. *Psychological Bulletin*, 132, 667-691. DOI : 10.1037/0033-2909.132.5.667

Stiles, W. B., Barkham, M., Connell, J. et Mellor-Clark, J. (2008). Responsive regulation of treatment duration in routine practice in United Kingdom primary care settings: Replication in a larger sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 298-305. DOI : 10.1037/0022-006X.76.2.298

Sue, S. et Lam, A. G. (2002). Cultural and demographic diversity. Dans J. C. Norcross (dir.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (401-421). New York, NY : Oxford University Press.

- Thomas, R. et Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). Behavioural outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and trip P-Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475-495. DOI : 10.1007/s10802-007-9104-9
- Tournier, M., Moride, Y., Crott, R., duFort, G. G. et Ducruet, T. (2009). Economic impact of non-persistence to antidepressant therapy in the Quebec community-dwelling elderly population. *Journal of Affective Disorders*, 115, 160-166. DOI : 10.1016/j.jad.2008.07.004
- Vail, S. et Xenakis, N. (2007). Empowering women with chronic, physical disabilities: A pedagogical/experiential group model. *Social Work in Health Care*, 46, 67-86. DOI : 10.1300/J010v46n01_05
- Vasquez, M. J. T. (2007). Cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based analysis. *American Psychologist*, 62, 878-886. DOI : 10.1037/0003-066X.62.8.878
- Verheul, R. et Herbrink, M. (2007). The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry*, 19, 25-38. DOI : 10.1080/09540260601095399
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S. J., Kersting, A. et Hertpertz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 205-217. DOI : 10.1002/eat.20696
- Wales, J. A., Palmer, R. L. et Fairburn, C. G. (2009). Can treatment trial samples be representative? *Behaviour Research & Therapy*, 47, 893-896. DOI : 10.1016/j.brat.2009.06.019
- Walker, C. E. et Roberts, M. D. (dir.) (2001). *Handbook of clinical child psychology* (3^e édition). New York, NY : John Wiley & Sons.
- Walkup, J. T., Albano, L. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T.,... Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *The New England Journal of Medicine*, 359, 2753-2766. DOI : 10.1056/NEJMoa0804633
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873. DOI : 10.1037/0003-066X.62.8.857
- Wampold, B. E. (2010). *The basic of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Wampold, B. E. et Brown, G. S. (2005). Estimating therapist variability: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923. DOI : 0.1037/0022-006X.73.5.914

Weisz, J. R. et Jensen, A. L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10 (suppl. 1), S12-S18. DOI : 10.1007/s007870170003

Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A. et Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*, 60, 628-648. DOI : 10.1037/0003-066X.60.6.628

Whaley, A. L. et Davis, K. E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: A complementary perspective. *American Psychologist*, 62, 563-574. DOI : 10.1037/0003-066X.62.6.563

Wilson, G. T., Grilo, C. M. et Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62, 199-216. DOI : 10.1037/0003-066X.62.3.199