

Pourquoi les psychothérapies inefficaces semblent fonctionner : Une taxonomie des causes de la fausse efficacité thérapeutique

Perspectives de la science psychologique
2014, Vol. 9(4) 355-387
© L'auteur (les auteurs) 2014
Réimpressions et autorisations :
sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI
: 10.1177/1745691614535216
pps.sagepub.com



Scott O. Lilienfeld¹, Lorie A. Ritschel^{2,3}, Steven Jay Lynn⁴,
Robin L. Cautin⁵ et Robert D. Latzman⁶

¹Département de psychologie, Université Emory ; ²Département de psychiatrie, Université de Caroline du Nord à Chapel Hill ; ³33C Institute, Cary, NC ; ⁴Département de psychologie, Université Binghamton ; ⁵Département de psychologie, Manhattanville College ; et ⁶Département de psychologie, Université d'État de Géorgie

Résumé

Les 40 dernières années ont généré de nombreuses connaissances sur les erreurs de raisonnement humain. On peut dire que la pratique à supposer qu'ils peuvent se fier à des observations cliniques informelles pour déduire si les traitements sont efficaces. Nous délimitons quatre grands obstacles cognitifs sous-jacents à l'évaluation précise de l'amélioration des psychothérapies : le réalisme naïf, le biais de confirmation, la causalité illusoire et l'illusion de contrôle. Nous décrivons ensuite 26 causes d'efficacité thérapeutique trompeuse (ETCS), organisées en une taxonomie de trois catégories générales : (a) la perception du changement son absence réelle, (b) les mauvaises interprétations du changement réel du client découlant de facteurs extra-thérapeutiques, et (c) des interprétations erronées du changement réel de client découlant de facteurs de traitement non spécifiques. Ces erreurs d'inférence peuvent amener les cliniciens, les clients et les chercheurs à penser à tort que des psychothérapies inutiles ou même nuisibles sont efficaces. Nous (a) d'examiner comment les garanties méthodologiques aident à contrôler les différents CSTE, (b) de définir des orientations fructueuses pour la recherche sur les CSTE, et (c) d'examiner les implications des CSTE pour la pratique clinique quotidienne. Une meilleure appréciation des problèmes d'inférence posés par les CSTE peut réduire l'écart entre la science et la pratique et favoriser une meilleure appréciation de la nécessité des garanties méthodologiques offertes par une pratique fondée sur des données probantes.

Mots-clés

psychothérapie, efficacité, écart entre science et pratique, biais de confirmation, corrélation illusoire, rémission spontanée, effet placebo, régression à la moyenne, efficacité, efficacité

Une cliente cliniquement déprimée suit une psychothérapie ; deux mois plus tard, elle ne présente plus de symptômes graves. Son état s'est-il amélioré grâce au traitement ?

La bonne réponse est "Nous ne savons pas". D'une part, de nombreuses données démontrent que les psychothérapies scientifiquement soutenues peuvent atténuer de nombreuses difficultés de santé mentale (Barlow, 2004), de sorte que l'amélioration du client pourrait bien découler, au moins en partie, de l'intervention. D'autre part, comme le savent la plupart des professionnels de la santé mentale, nous ne pouvons pas tirer de conclusions valables sur l'efficacité d'un traitement en l'absence de garanties méthodologiques contre les erreurs d'inférence, telles que des mesures de résultats bien validées, des groupes de contrôle randomisés et des observations en aveugle (Gambrell, 2012). Pourtant, même les cliniciens et les chercheurs les plus expérimentés peuvent facilement être victimes de

l'erreur consistant à conclure qu'un traitement a fonctionné alors que les preuves de cette conclusion sont insuffisantes. Ils peuvent commettre cette erreur lorsqu'ils évaluent l'efficacité d'un traitement pour un client donné, l'efficacité d'une école ou d'une modalité de psychothérapie spécifique, ou les deux.

Cette erreur de raisonnement se retrouve également dans les recherches publiées. Dans de nombreux articles, les auteurs ont démontré l'efficacité d'un traitement par l'amélioration de la qualité de vie des clients après une intervention, même en l'absence de différences par rapport à un groupe témoin sans traitement (par exemple

Auteur correspondant :

Scott O. Lilienfeld, Département de psychologie, salle 473, Emory University, 36 Eagle Row, Atlanta, GA 30322
Courrier électronique : slilien@emory.edu

Leins et al., 2007). Par exemple, dans une étude sur le traitement psychologique de patients ambulatoires souffrant de dépression grave, une équipe de recherche a réparti au hasard les participants pour qu'ils reçoivent soit une thérapie cognitivo-comportementale soit une thérapie interpersonnelle et a constaté une amélioration globalement équivalente dans les deux groupes. Malgré l'absence de condition de non-traitement ou de contrôle par placebo, les auteurs ont conclu que "les deux thérapies sont aussi efficaces l'une que l'autre pour la dépression" (Luty et al., 2007, p. 496 ; voir aussi p. 500). Plus récemment, dans une étude randomisée comparant la thérapie psychanalytique à la thérapie cognitivo-comportementale pour la boulimie - qui ne comportait pas non plus de condition de contrôle - les auteurs ont conclu que "les deux traitements avaient des effets substantiels sur la psychopathologie des troubles alimentaires globaux et sur la psychopathologie générale" (Poulsen et al., 2014, p. 114).

Dans cet article, nous expliquons pourquoi l'erreur consistant à déduire qu'un traitement est efficace sur la base de preuves inadéquates est répandue, compréhensible et problématique pour l'inférence clinique. Nous soutenons qu'un certain nombre de professionnels de la santé mentale ne sont pas suffisamment conscients des multiples raisons pour lesquelles des traitements inefficaces ou même nocifs peuvent sembler efficaces à l'œil nu. En raison de cette reconnaissance insuffisante, certains cliniciens et chercheurs peuvent rejeter ou minimiser la nécessité d'une pratique fondée sur des preuves (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes et Richardson, 1996 ; Straus et al., 2010).

Pratique fondée sur des preuves et causes de l'efficacité thérapeutique fallacieuse

La pratique fondée sur des données probantes est un triple cadre pour la pratique clinique qui est souvent conceptualisée comme un tabouret à trois pattes. Ces jambes comprennent (a) les résultats de la recherche concernant l'efficacité et l'efficacité des psychothérapies, (b) l'expertise clinique et (c) les valeurs et préférences des clients (Norcross, Beutler et Levant, 2007 ; printemps 2007). La pratique fondée sur des données probantes n'est pas synonyme de thérapies empiriques, qui ne sont qu'un ensemble d'opérationnalisations du volet recherche du tabouret de la pratique fondée sur des données probantes (Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2005). Les EST sont des interventions dont l'efficacité a été démontrée par rapport à l'absence de traitement (ou à un traitement alternatif) pour des troubles spécifiques dans des modèles répliqués de manière indépendante (a) entre sujets contrôlés ou (b) dans des modèles contrôlés à sujet unique, c'est-à-dire ceux dans lesquels les participants servent de contrôle propre (Barlow, Hayes, & Nelson, 1984 ; Chambless & Hollon, 1998). Bien que le statut scientifique des technologies douces soit controversé (pour des points de vue divers, voir Beutler, 2004 ; Castelnovo, 2010 ; Chambless & Ollendick, 2001 ; Herbert, 2003 ; et Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004), l'acceptation de la nécessité d'un volet recherche de la pratique fondée sur des données probantes ne dépend pas de l'accord avec les critères ou les listes spécifiques de technologies douces, comme celles proposées

par la Division 12 (Société de psychologie clinique) de l'Association américaine de psychologie (voir <http://www.div12.org/empirically-supported-treatments/>).

Le volet recherche, qui est la composante de la pratique fondée sur les preuves la plus pertinente pour nos arguments, les groupes de contrôle des taux d'incorporation, les plans intra-sujet, l'aveuglement, la randomisation et d'autres remparts méthodologiques contre les erreurs d'inférence. D'une manière qui n'a souvent pas été suffisamment appréciée ou articulée, ces garanties de recherche sont souvent non intuitives. Vu sous cet angle, le fossé science-pratique tant décrié (Baker, McFall et Shoham, 2008 ; Lilienfeld, Lynn et Lohr, 2003 ; Tavris, 2003) et la résistance à la pratique fondée sur les preuves qui l'accompagne souvent (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin et Lutzman, 2013) ne sont pas entièrement surprenants.

Bien que le fossé entre la science et la pratique ait de multiples sources (pour des discussions, voir Lilienfeld et al., 2013 ; Shafran et al., 2009 ; Ritschel, 2005 ; et Stewart, Chambless, & Baron, 2011), nous nous concentrons ici sur un facteur clé : la myriade de raisons pour lesquelles les individus peuvent être amenés à conclure que la psychothérapie est efficace même lorsqu'elle ne l'est pas. Nous appelons ces sources d'erreurs inférentielles les *causes d'efficacité thérapeutique fallacieuse* (ETS). En raison d'une reconnaissance insuffisante des CSTE, les psychologues peuvent supposer qu'ils peuvent s'appuyer sur des observations cliniques informelles de l'évolution du client pendant et après le traitement pour évaluer l'efficacité des interventions.

Nous ne prétendons pas que les observations cliniques informelles sur l'amélioration des clients ne sont jamais exactes ; elles le sont souvent. Nous ne prétendons pas non plus que ces observations sont inutiles ou doivent être ignorées, car elles sont parfois des signes utiles de changement de traitement. Comme nous l'avons déjà indiqué, des preuves substantielles attestent de l'efficacité et de l'efficacité d'une large gamme de psychothérapies pour de nombreux troubles mentaux, notamment les troubles de l'humeur, de l'anxiété, du sommeil, de la sexualité et de l'alimentation, ainsi que certains troubles de la personnalité, tels que le trouble de la personnalité limite (Roth & Fonagy, 2005 ; Wampold, 2001 ; Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton, 1995). Par conséquent, les conclusions des cliniciens concernant l'amélioration des clients pendant et après le traitement psychologique sont certainement correctes dans de nombreux cas. En outre, la littérature sur la cognition sociale démontre que de nombreuses formes de pensée intuitive, telles que le processus heuristique, sont souvent adaptatives dans le monde réel (Gigerenzer & Gaissmaier, 2011).

En même temps, l'histoire de la médecine et de la psychologie démontre que les déductions subjectives de changement de traitement, aussi convaincantes soient-elles, sont souvent erronées (Garb, 1998 ; Grove & Meehl, 1996). Notre message principal est qu'en raison des ECTS, les observations cliniques non systématiques du changement du client sont rarement des guides dignes de confiance pour déduire l'efficacité du traitement.

Objectifs de l'article

De nombreux articles ont examiné l'ampleur et les sources du fossé entre la science et la pratique (par exemple, Baker et al., 2008 ; McHugh & Barlow, 2010 ; Stewart et al., 2011). Nous n'avons pas l'intention de rechaper ce terrain très fréquenté ici. Au contraire, à la lumière des développements relativement récents concernant (a) les implications des heuristiques et des biais pour la pratique clinique (par exemple, Crumlish & Kelly, 2009 ; Kahneman, 2011 ; Stanovich & West, 2008), (b) les effets iatrogènes (c'est-à-dire psychologiquement nocifs) dans la psychothérapie (par exemple, les effets de la maladie d'Alzheimer), (c) les effets de la maladie d'Alzheimer sur la santé des patients (par exemple, la maladie d'Alzheimer), (d) les effets de la maladie d'Alzheimer sur la santé des patients (par exemple, la maladie d'Alzheimer), Bootzin & Bailey, 2005 ; Dimidjian & Hollon, 2010 ; Lilienfeld, 2007), et (e) les défis à la diffusion de la pratique fondée sur l'évidence (Lilienfeld et al., 2013 ; Stewart et al., 2011), nous abordons la question plus spécifique et largement négligée de savoir quels types d'erreurs inférentielles en psychothérapie rendent l'impératif d'une pratique fondée sur l'évidence.

Le mouvement vers une pratique fondée sur des données probantes a été controversé dans de nombreux milieux, en partie parce que certains auteurs ont contesté le principe selon lequel les données probantes issues d'essais contrôlés randomisés, d'expériences contrôlées sur un seul sujet et d'autres modèles de recherche systématique devraient se voir accorder une plus grande priorité que l'expérience clinique lors du choix des traitements. En effet, certains chercheurs ont proposé que les "preuves fondées sur la pratique", à savoir la pratique thérapeutique éclairée par des observations cliniques réfléchies, se voient accorder un poids à peu près égal à la pratique traditionnelle fondée sur des preuves (Barkham, Hardy et Mellor-Clark, 2010 ; Green et Latchford, 2012 ; Stricker, 2003). Par exemple, Chwalisz (2003) a fait pression pour élargir la définition de la preuve afin d'englober les observations cliniques et le consensus clinique (voir également Hoshmand & Polkinghorne, 1992). De même, tout en reconnaissant que les "connaissances pratiques" (c'est-à-dire les connaissances acquises à partir d'observations cliniques de ce qui fonctionne et ne fonctionne pas dans un traitement) sont faillibles, Bohart (2005) a soutenu qu'elles sont "fondées sur des preuves" (p. 46) et devraient être valorisées comme une source légitime d'inférences pour l'efficacité thérapeutique.

Nous considérons ces affirmations avec une ambivalence certaine. D'une part, les observations cliniques peuvent parfois (a) guider utilement les choix des thérapeutes en matière d'interventions pendant le traitement, (b) servir de tremplin pour le développement de nouveaux modèles de traitement, et (c) informer sur la faisabilité et la transportabilité d'interventions scientifiquement fondées dans le monde réel. D'autre part, pour des raisons que nous allons expliquer, la proposition selon laquelle les observations fondées sur la pratique devraient se voir accorder un poids comparable aux résultats des essais cliniques contrôlés dans la sélection des traitements sous-estime les dangers inférentiels découlant des ETSC. Dans ce contexte, nos objectifs sont triples. Premièrement, nous voulons démontrer que l'appréciation inadéquate des menaces inférentielles posées par les ESTC est en partie un sous-produit des processus cognitifs naturels qui font qu'il est difficile pour les cliniciens, les clients et les chercheurs

de percevoir et d'évaluer avec précision les changements thérapeutiques. En outre, nous définissons quatre grands obstacles à la pensée scientifique - le réalisme naïf, le préjugé de confirmation, la prudence illusoire et l'illusion de contrôle - qui sous-tendent de nombreux ou la plupart des CSTE. La distinction entre ces obstacles cognitifs globaux et les ETSC spécifiques eux-mêmes n'est peut-être pas tout à fait nette. Néanmoins, nous pensons que ces obstacles généraux posent les bases cognitives d'erreurs plus spécifiques dans l'interprétation de l'existence ou de la signification des changements de traitement.

Ensuite, nous présentons une taxonomie de 26 CSTE, répartis en trois catégories, qui peuvent contribuer à l'apparition de l'efficacité thérapeutique en son absence objective. Ces trois catégories de CSTE comprennent des influences qui génèrent (a) la perception du changement du client en son absence réelle, (b) des interprétations erronées du changement réel du client découlant de facteurs extra-thérapeutiques, et (c) des interprétations erronées du changement réel du client découlant de facteurs de traitement non spécifiques. Certains CSTE opèrent au niveau des clients individuels, d'autres au niveau de groupes de clients, et d'autres encore aux deux niveaux. Plusieurs auteurs de la littérature médicale ont fourni des listes partielles d'artefacts qui peuvent faire paraître efficaces des traitements médicaux inefficaces (par exemple, Beyerstein, 1997 ; Hall, 2011 ; Hartman, 2009 ; Kienle & Kiene, 1997), mais aucune liste comparable n'existe pour les psychothérapies ; les auteurs précédents n'ont pas non plus fourni de taxonomie de ces artefacts.

Troisièmement, nous décrivons comment des méthodes de recherche spécifiques aident à contrôler, sans nécessairement éliminer, les CSTE en tant que sources de conclusions erronées dans le traitement. Bien que ces méthodes de recherche ne soient nullement nouvelles, à notre connaissance, leur rôle dans l'élimination des différents CSTE n'a pas été explicitement défini. Nous discutons également de la manière dont certains CSTE continuent à poser des problèmes non résolus aux chercheurs en psychothérapie et nous indiquons des domaines fructueux pour la poursuite des recherches sur les CSTE et les méthodes permettant d'atténuer leur influence. À cet égard, notre analyse a une valeur heuristique en ce sens qu'elle met en évidence les lacunes à combler dans la méthodologie de psychothérapie existante pour réduire les CSTE. Tout aussi important, nous discutons de la manière dont une meilleure appréciation des TSTC peut informer la pratique clinique quotidienne. En prenant en considération de manière réfléchie les explications des changements de clientèle au-delà de l'amélioration due à la thérapie elle-même, les ETSC peuvent aider les cliniciens à devenir de meilleurs scientifiques cliniques. Enfin, nous démontrons que notre discussion sur les CSTE a des implications importantes pour les modèles de formation clinique.

Obstacles cognitifs majeurs à l'évaluation du changement thérapeutique

Nous estimons que la principale raison pour laquelle certains professionnels de la santé mentale n'apprécient peut-être pas suffisamment les problèmes posés par les CSTE est que la pensée scientifique

n'est pas naturelle pour l'espèce humaine (McCauley, 2011 ; Wolpert, 1992). Une telle réflexion doit être apprise et pratiquée avec assiduité, car elle nous oblige souvent à remettre en question nos intuitions de bon sens, comme notre capacité à percevoir des relations causales significatives en leur absence (Bloom & Weisberg, 2007 ; Cromer, 1993). La plupart des erreurs de jugement découlant des ETCS reflètent probablement des perceptions et des interprétations rapides et intuitivement plausibles qui ne tiennent pas suffisamment compte des explications alternatives du changement de client.

Un signe révélateur de la nature contre-intuitive de la pensée scientifique est l'histoire du concept de groupe de conspiration. Contrairement à ce que de nombreux psychologues pourraient supposer, ce concept est un développement relativement récent dans l'histoire des sciences (Bull, 1959 ; Dehue, 2000 ; Gehan & Lemak, 1994). Des exemples d'essais contrôlés de médicaments n'ont fait surface qu'au 18^e siècle, le premier ayant été mené par James Lind, qui en 1747 a divisé en plusieurs groupes les marins atteints du scorbut à bord d'un navire britannique, et a constaté que seuls ceux qui recevaient du jus d'agrumes s'amélioraient (Manzi, 2012). Pourtant, même la découverte de Lind s'est apparemment heurtée à une certaine résistance, car la marine britannique a attendu un demi-siècle avant de stocker du jus de citron sur ses navires (Bull, 1959). Ce n'est que lorsque Coover et Angell (1907) ont défendu le rôle des groupes non traités dans l'évaluation des programmes de formation en psychologie de l'éducation qu'une exposition formelle du concept de groupe témoin en sciences sociales est apparue sur papier. La notion de groupe de contrôle aléatoire est encore plus récente, puisqu'elle est apparue dans la littérature publiée dans les années 1920 (Dehue, 2005). En outre, ce n'est que dans les années 1950 que des auteurs de renom (par exemple, Eysenck, 1952 ; Meehl, 1955) ont commencé à réclamer des essais contrôlés randomisés de psychothérapie (Cautin, 2008).

Comme indiqué précédemment, nous soutenons que quatre grands obstacles cognitifs sous-tendent un grand nombre ou la plupart des ETSC, que nous considérons comme des instanciations spécifiques de ces obstacles dans le contexte de la psychothérapie. Nous exposons ensuite ces obstacles, suivis d'une brève discussion sur leurs implications pour la perception de l'efficacité par les thérapeutes.

Réalisme naïf

Le réalisme naïf (Ross & Ward, 1996 ; Segall, Campbell, & Herskovits, 1966) est un concept importé de la philosophie en psychologie. Appelé également réalisme du *bon sens* ou *réalisme direct*, le réalisme naïf est l'hypothèse omniprésente selon laquelle le monde est précisément tel que nous le voyons. Une pléthore de phrases de la vie quotidienne attestent de la puissance du réalisme naïf dans notre pensée : "Voir, c'est croire", "Je l'ai vu de mes propres yeux", "Je le croirai quand je le verrai" et "Ce que vous voyez, c'est ce que vous obtenez". Dans le même ordre d'idées, Kahneman (2011) a appelé "WYSIATI" un principe fondamental de l'intuition : Ce que vous voyez est tout ce qu'il y a, une hypothèse

qui s'accorde avec un réalisme naïf. Cette heuristique (raccourci mental) nous amène à nous concentrer sur ce qui est le plus évident dans notre environnement tout en ignorant les informations de fond plus subtiles.

Le réalisme naïf est erroné parce que le monde n'est pas exactement comme nous le percevons, un point illustré de façon frappante par les illusions visuelles (Chabris & Simons, 2010) et consacré par la distinction psychologique consacrée entre sensation et perception (Coren, 2003). Ce que nous percevons est limité par la réalité extérieure, mais il est également influencé par nos attentes, nos préjugés et nos interprétations ("apperceptions" ; Morgan & Murray, 1935). Dans une large mesure, "croire, c'est voir" autant que l'inverse (Gilovich, 1991).

Le réalisme naïf a des implications importantes pour l'évaluation des résultats d'une psychothérapie. Il peut amener les cliniciens, les chercheurs et d'autres à supposer qu'ils peuvent se fier à leurs jugements intuitifs - "j'ai vu le changement de mes propres yeux" - pour déduire qu'une intervention est efficace (Ghaemi, 2009 ; Lilienfeld, Lohr et Olatunji, 2008). En conséquence, ces personnes peuvent (a) mal percevoir le changement lorsqu'il ne se produit pas, (b) mal l'interpréter lorsqu'il se produit, ou (c) les deux.

Un exemple de cette confiance excessive dans le réalisme naïf nous vient d'Arnold Shapiro, producteur du documentaire *Scared Straight ! qui a remporté un Oscar en 1978*, qui a répondu aux critiques scientifiques des interventions de *Scared Straight !* Ces interventions tentent d'effrayer les adolescents à haut risque de criminalité pour les sortir de leur carrière criminelle en les amenant en prison et en les présentant aux détenus. Shapiro a défendu les programmes *Scared Straight* en insistant sur le fait que "je vois les choses [le changement qui suit les programmes *Scared Straight*] de mes propres yeux, je suis là pour chacun de ces tournages" (Harrison, 2011, p. 2). Cependant, des données provenant d'études contrôlées suggèrent que *Scared Straight* n'est pas seulement inefficace mais probablement nuisible, dans la mesure où il produit un risque accru de comportement antisocial (Petrosino, Turpin-Petrosino, & Buehler, 2005). Dans un autre exemple, Healy (2002) a écrit dans un article, sous-titré "Evidence-Based Psychiatry", que "Lorsque les traitements fonctionnent, la maladie traitée disparaît, et nous n'avons pas besoin d'essais contrôlés randomisés pour voir cela se produire" (p. 1). Pourtant, la maladie traitée peut disparaître pour une multitude de raisons autres que l'intervention. L'implication de Contra Healy, les essais contrôlés randomisés et autres plans rigoureux sont en effet nécessaires pour exclure les hypothèses rivales de changement observé.

Le réalisme naïf nous rappelle aussi un principe facilement oublié : Le changement qui suit la thérapie n'est pas équivalent au changement dû à la thérapie, une erreur logique connue sous le nom de sophisme *post hoc, ergo propter hoc* (après cela, donc à cause de cela) (Finocchiaro, 1981). Inversement, cette erreur peut également conduire les individus à assimiler la détérioration consécutive à un traitement à la détérioration en raison du traitement

(Lilienfeld, 2007), surestimant ainsi les effets iatrogènes de certaines interventions. L'erreur *post hoc, ergo propter hoc*, souligne le fait que les études pré-post des interventions sont problématiques (T. D. Wilson, 2011). Heureusement, comme nous le découvrirons, il existe de multiples façons de compenser les limites des études pré-post. Les enquêtes utilisant de tels modèles sont particulièrement suspects lorsque les données "pré" proviennent d'évaluations rétrospectives. Par exemple, l'étude très médiatisée de *Consumer Reports* (Seligman, 1995) sur 4 100 abonnés à des magazines ayant participé à une psychothérapie a révélé que la plupart d'entre eux avaient le sentiment d'avoir été aidés par celle-ci. Pourtant, comme l'ont souligné de nombreux critiques (par exemple, Jacobson & Christensen, 1996 ; Mintz, Drake, & Crits-Christoph, 1996), ces données sont difficiles à interpréter, car l'étude a négligé de contrôler de nombreuses constatations potentielles qui auraient pu conduire à une amélioration même sans thérapie.

L'histoire de la médecine offre un puissant avertissement sur les dangers du réalisme naïf (Bigby, 1998). La plupart des spécialistes de la médecine s'accordent à dire que l'histoire des traitements physiques administrés avant 1890 environ équivaut essentiellement à l'histoire de l'effet placebo. Outre les médicaments inefficaces, des interventions telles que l'hémorragie, la formation d'ampoules, les purges et les sangsues étaient couramment prescrites et présumées bénéfiques sur la base d'observations cliniques informelles (Grove & Meehl, 1996 ; voir Belofsky, 2013, pour une revue des pratiques médicales bizarres mais largement acceptées à travers les âges). Aujourd'hui encore, la médecine a sa part d'interventions inefficaces. Une récente méta-analyse a estimé que 40 % des procédures médicales largement utilisées (par exemple, l'abaissement intensif du glucose dans le diabète de type 2, l'induction d'une hypothermie pour les anévrismes intracrâniens) sont inutiles ou nuisibles (Prasad et al., 2012).

De même, l'histoire de la psychiatrie est remplie d'une litanie d'interventions inutiles ou nuisibles, dont beaucoup ont été approuvées par les experts de l'époque, mais qui nous semblent aujourd'hui inhumaines. Des "traitements" tels que les chaises tournantes, les chaises tranquillisantes et l'eau froide étaient omniprésents dans la psychiatrie américaine des débuts. Autre exemple, l'insulinothérapie du coma, introduite par Manfred Sakel en 1933, a été largement utilisée pour traiter la schizophrénie tout au long des années 1930 et 1940. Cette procédure consistait à administrer des doses d'insuline de plus en plus élevées pour induire un état d'hypoglycémie, suivi d'un coma et parfois de convulsions. Les premiers rapports cliniques décrivaient des résultats encourageants. Malgré les taux élevés de morbidité et de mortalité, l'insulinothérapie s'est rapidement répandue en Europe, aux États-Unis, au Japon et en Australie (James, 1992). Cette vague a été interrompue sans cérémonie par un article de Bourne (1953) paru dans le *Lancet*, qui concluait qu'il n'y avait aucune preuve de l'efficacité de l'insulinothérapie dans le coma. Comme Jones (2000) l'a noté, de nombreux psychiatres ont publié

des réfutations à l'article de Bourne : Leur ton a été caractérisé par des remarques telles que "c'est l'expérience clinique qui compte ici, malgré tous les chiffres contraires" (p. 148). À la fin des années 1950, la thérapie du coma à l'insuline avait été pratiquement abandonnée (Shapiro & Shapiro, 1997).

La lobotomie préfrontale, qui a valu à la neurochirurgie portugaise Egas Moniz, prix Nobel de médecine ou de physiologie en 1949, son principal développement chez l'homme, en est un autre exemple éloquent. Un praticien de cette technique a insisté sur le fait que "je suis un observateur sensible, et ma conclusion est qu'une grande majorité de mes patients vont mieux et non plus mal après mon traitement" (voir Dawes, 1994, p. 48), une opinion reprise par nombre de ses contemporains (Diefenbach, Diefenbach, Baumeister, & West, 1999). Des recherches ultérieures ont toutefois révélé que la lobotomie était essentiellement sans valeur et qu'elle était associée à de nombreux effets secondaires psychologiques et neurologiques désastreux (Valenstein, 1986).

Biais de confirmation

Un deuxième obstacle cognitif à l'appréciation de la nécessité de contrôles dans la recherche en psychothérapie est le biais de confirmation. Le biais de confirmation est la tendance profondément ancrée et exercée de façon complète à rechercher des preuves conformes à ses hypothèses et à nier, rejeter ou déformer des preuves qui ne le sont pas (Lilienfeld, Ammirati et Landfield, 2009 ; Nickerson, 1998). Bien que le biais de confirmation soit un phénomène cognitif, il peut être alimenté par le désir de trouver des preuves à l'appui de nos croyances, une propension appelée "raisonnement motivé" (Kunda, 1990). Parce que les cliniciens veulent que leurs clients s'améliorent, ils peuvent être amenés à percevoir le changement en son absence.

Le biais de confirmation peut favoriser une propension à la *corrélation illusoire* (à ne pas confondre avec la causation illusoire ; voir la section suivante), qui est la perception d'une association statistique en son absence (Chapman & Chapman, 1967 ; Hamilton & Gifford, 1976). Plus précisément, le biais de confirmation peut *prédisposer les cliniciens à s'occuper des "succès" et à oublier les "échecs"* (Garb, Lilienfeld, & Fowler, 2008 ; Gilovich, 1991) et donc à surestimer la mesure dans laquelle leurs interventions sont associées à une amélioration ultérieure. Imaginez un thérapeute qui s'engage de temps en temps dans des tactiques de confrontation avec un client. Même si ces tactiques sont inefficaces pour le problème présenté par son client, le thérapeute peut assister et se souvenir des séances au cours desquelles le client faisait des paris et négliger et oublier les séances au cours desquelles le client ne faisait pas mieux ou faisait moins bien. En conséquence, le thérapeute peut conclure que son recours à la confrontation a été systématiquement suivi d'une amélioration de la situation du client, même si ce n'était pas le cas. En revanche, si le thérapeute surveillait systématiquement les symptômes de ses clients, cette conclusion erronée serait vraisemblablement moins probable.

Causes illicites

Le philosophe écossais David Hume (1748) a soutenu que les humains sont enclins à percevoir des relations de cause à effet en leur absence. Deux siècles plus tard, Michotte (1945) a soutenu que notre propension à percevoir des relations causales entre les événements, même ceux qui sont sans rapport de cause à effet, nous vient aussi naturellement que notre propension à percevoir la couleur. Les recherches sur la *causalité illusoire*, ou la propension à percevoir une fausse relation causale entre deux variables associées, confirment ces affirmations.

Les preuves de laboratoire d'une causalité illusoire remontent au moins aux travaux de Koffka (1935), qui a montré à des observateurs deux points de lumière dans une chambre noire. Lorsque les points s'éloignaient l'un de l'autre, les observateurs avaient tendance à attribuer la causalité au point sur lequel ils se trouvaient, même s'il était fixe. Les conclusions de Koffka suggèrent que nous sommes plus susceptibles d'attacher une signification causale à l'objet de notre attention tout en ignorant les preuves concurrentes. Des recherches ultérieures ont démontré que la causalité illusoire s'étend aux interactions sociales. Lorsque les observateurs sont positionnés physiquement de manière à s'occuper principalement d'un partenaire dans une conversation à deux, ils le considèrent comme plus influent sur le plan interpersonnel que l'autre partenaire (Taylor & Fiske, 1975 ; voir aussi McArthur & Solomon, 1978).

Il y a deux notions potentielles, non mutuellement exclusives, qui expliquent les causes illusives (McArthur, 1980). La première est perceptuelle : les individus ont tendance à attribuer la causalité au stimulus le plus vif et le plus important dans leur champ visuel et à accorder moins d'importance causale à ce qui se trouve dans l'arrière-plan visuel (Lassiter, Geers, Munhall, Ploutz-Snyder et Breitenbecher, 2002). Le second est cognitif : Les individus se souviennent de plus d'informations sur les stimuli qui sont importantes dans leurs avant-plans visuels que dans leurs arrière-plans visuels (Taylor & Fiske, 1978). À l'aide d'une heuristique de disponibilité, par laquelle nous évaluons la probabilité d'un événement en utilisant son accessibilité en mémoire (Tversky & Kahneman, 1974), nous en arrivons à considérer les premiers stimuli comme plus influents.

En raison d'une causalité illusoire, les thérapeutes, les chercheurs, les clients et les observateurs externes peuvent conclure qu'un traitement a exercé un effet causal sur le client alors que ce n'est pas le cas (Sloman, 2005). L'amélioration du client au cours des séances de thérapie est clairement visible pour le clinicien, alors que les explications concurrentes de cette amélioration (par exemple, les événements survenant au client en dehors des séances, les effets placebo, les changements des biais cognitifs au cours du traitement) le sont rarement. En conséquence, ces explications peuvent se voir attribuer un poids moindre.

Illusion de contrôle

Une erreur connexe est l'*illusion de contrôle*, ou la propension à surestimer notre capacité à influencer les événements (Langer,

1975). Par exemple, lorsque de l'argent est en jeu, la plupart des gens préfèrent choisir un billet de loterie ou lancer un dé eux-mêmes plutôt que de laisser ces actions à d'autres, même si les résultats dans tous les scénarios ne dépassent pas le hasard. Cette illusion peut prédisposer les thérapeutes à croire qu'ils ont plus de pouvoir causal sur les résultats des clients qu'ils n'en ont. L'illusion de contrôle est particulièrement probable lorsque l'individu en question (a) est personnellement impliqué dans les comportements, (b) connaît la situation en question,

(c) est conscient du résultat souhaité, et (d) a déjà réussi à s'acquitter de cette tâche (Thompson, 1999). La plupart ou la totalité de ces critères s'appliquent vraisemblablement au psychothérapeute modal. En effet, lorsque les interventions sont suivies d'une amélioration, les prestataires de traitement peuvent conclure qu'ils sont les agents causaux actifs alors qu'ils ne le sont pas (Matute, Yarritu et Vadillo, 2011).

Implications des entraves cognitives pour la perception que les cliniciens ont d'eux-mêmes et pour leurs prévisions

Ces quatre grands obstacles cognitifs peuvent aider à expliquer pourquoi certains thérapeutes surestiment les résultats positifs de leurs clients. À cet égard, ils ne semblent pas se différencier des professionnels de nombreux autres domaines, notamment des professeurs d'université (Cross, 1977), des médecins (Hodges, Regehr et Martin, 2001) et des experts politiques (Tetlock, 2005), qui ont tous tendance à avoir une vision trop charitable de leur efficacité (Dunning, Heath et Suls, 2004). Sur un échantillon de 129 thérapeutes en pratique privée (26,4% de psychologues), le clinicien moyen s'est classé au 80ème percentile de tous les thérapeutes en termes d'efficacité et de compétences ; 25% des répondants se sont placés au 90ème percentile. Aucun ne s'est classé en dessous de la moyenne. En outre, le thérapeute type de l'échantillon a estimé le taux de détérioration de la situation de ses clients à 3,7 % (Walfish, McAlister, O'Donnell et Lambert, 2012). En fait, de nombreuses études ont indiqué qu'environ 10 % des clients voient leur état se détériorer à la suite d'une psychothérapie (Boisvert & Faust, 2002 ; Lilienfeld, 2007).

D'autres preuves concordent avec ces résultats. Dans un échantillon de 49 psychothérapeutes dans des centres de conseil universitaires, les cliniciens ont nettement surestimé leur taux de résultats positifs chez les clients (91 %) par rapport à leur taux de résultats positifs réels (40 %), comme le montre une mesure standardisée des symptômes. En outre, bien que les thérapeutes aient prédit que seuls 3 des 550 clients (0,5 %) de leur clientèle collective allaient se détériorer, les données sur les résultats ont révélé que 40 (7,3 %) l'ont fait (Hannan et al., 2005). Pris ensemble, ces résultats suggèrent que de nombreux psychothérapeutes, voire la plupart, perçoivent une amélioration chez leurs clients en leur absence et ne perçoivent pas de détérioration en leur présence.

Résumé

En résumé, quatre grands biais cognitifs - réalisme naïf, biais de confirmation, causalité illusoire et illusion de contrôle - contribuent probablement à la difficulté d'évaluer avec précision les changements en psychothérapie, ainsi qu'à une appréciation insuffisante des différences inférentielles posées par les TSTC, que nous considérons comme des instanciations plus spécifiques de ces quatre grands biais dans le domaine de la psychothérapie. Ces biais généraux peuvent également contribuer à une confiance excessive des cliniciens, à une négligence involontaire des résultats négatifs pour les clients et à une confiance excessive dans l'expérience clinique non guidée (voir également Groopman, 2007).

Les causes de l'efficacité thérapeutique fallacieuse : Une liste et une taxonomie

Comme indiqué précédemment, nous faisons référence aux multiples façons dont les gens peuvent être amenés à croire qu'un traitement fonctionne alors qu'il n'est pas à l'origine d'une *fausse efficacité thérapeutique* (CSTE). Nous décrivons ensuite brièvement 26 CSTE qui peuvent tromper les individus en leur faisant croire que des psychothérapies inefficaces ou même nocives sont efficaces. Nous considérons cette liste de CSTE comme provisoire et sujette à amélioration en attendant des recherches plus approfondies. C'est pourquoi, à des fins de précaution, nous adoptons une approche de "scission" plutôt que de "regroupement" (voir Mayr, 1981, pour une discussion sur la dichotomie scission-rapprochement dans la classification) à l'égard des ETSC, en choisissant de les subdiviser en catégories distinctes lorsque des recherches le justifient. L'avantage d'une approche de scission est que certains ETSC peuvent ensuite être combinés en catégories plus larges si l'on démontre qu'ils ne sont que des variantes d'une même erreur de déduction.

En distinguant les EEAC, nous nous séparons des auteurs qui ont placé la plupart ou la totalité des EEAC sous la rubrique générale des effets placebo (par exemple, Offit, 2010 ; Shapiro & Shapiro, 1997). Par exemple, Novella (2008, 2010) a défini les effets placebo comme "incluant tout ce qui n'est pas une réponse physiologique à un traitement biologiquement actif" (p. 33) et l'a opérationnalisé comme "l'effet du traitement mesuré dans le volet placebo d'un essai clinique" (p. 33). Sous les effets placebo, Novella a inclus des artefacts tels que la régression à la moyenne, les biais des observateurs, les caractéristiques de la demande et les effets de l'espérance. Cette conceptualisation expansive présente deux inconvénients. Premièrement, elle confond la réponse à un placebo (la réponse au placebo) avec la réponse à un placebo (l'effet placebo) et se heurte ainsi à l'erreur *post hoc, ergo propter hoc* (Ernst & Resch, 1995 ; Kirsch, 2013). De nombreux changements symptomatiques qui se produisent dans le groupe placebo d'une étude peuvent provenir de variables autres que le placebo lui-même. Deuxièmement, cette conceptualisation est trop

inclusive, car elle ne fait pas de distinction entre une myriade de sources d'efficacité thérapeutique erronée.

Nous ne prétendons pas que notre liste soit exhaustive, mais elle constitue un point de départ utile pour conceptualiser les nombreux défis auxquels sont confrontés les cliniciens, les chercheurs et les clients lorsqu'ils évaluent l'efficacité d'une psychothérapie. Bien que tous les CSTE que nous décrivons aient fait l'objet de recherches sur les perceptions du changement à la suite d'interventions ou de manipulations expérimentales, plusieurs de ces CSTE (par exemple, le biais de changement de réponse) n'ont pas, à notre connaissance, été étudiés en ce qui concerne la psychothérapie en tant que telle. Néanmoins, il n'y a pas de raison a priori pour que ces derniers CSTE ne puissent pas produire l'illusion de changement à la suite d'un traitement psychologique également.

Vue d'ensemble de la taxonomie des CSTE

Nous divisons notre proposition de CSTE en trois catégories générales (voir tableau 1). Les distinctions entre ces catégories sont conceptuelles, et non empiriques. Premièrement, certains CSTE, que nous appelons **CSTE de catégorie 1**, peuvent amener les individus, y compris les cliniciens, les chercheurs et d'autres observateurs, à mal percevoir le changement en son absence réelle. Dans ces cas, les clients ne changent pas, bien que les individus perçoivent également à tort qu'ils changent. Le problème des ETCS de catégorie 1 est souligné par une récente citation de l'éminent psychiatre Robert Spitzer, qui, neuf ans plus tôt (Spitzer, 2003), avait approuvé l'efficacité des "thérapies de conversion" pour l'homosexualité sur la base des améliorations signalées par les clients. Dans une rétractation largement médiatisée de ses conclusions, Spitzer (2012) a reconnu qu'il n'y avait aucun moyen de déterminer si ces perceptions du changement étaient fondées. Comme Spitzer l'a dit à un journaliste (Carey, 2012, p. B1), "Je savais que c'était un problème, un gros problème, et que je ne pouvais pas y répondre. Comment savez-vous que quelqu'un a vraiment changé ?"

Les CSTE de la catégorie 1 sont très hétérogènes, car certains (par exemple, les CSTE numéros 1 à 4 ; voir section suivante) exercent probablement leurs premiers effets principalement sur la perception du changement par les clients, tandis que d'autres (par exemple, les CSTE numéros 7 à 9 et 11) exercent probablement leurs premiers effets principalement sur la perception du changement par les cliniciens. D'autres encore (par exemple, les numéros 10 et 13 de la CSTE) exercent probablement leurs effets initiaux sur la perception du changement tant par les clients que par les cliniciens. Néanmoins, étant donné que la psychothérapie est un processus d'influence bidirectionnelle entre le client et le clinicien (Marmar, 1990), la plupart ou la totalité des ETSC de catégorie 1 peuvent éventuellement en venir à tromper à la fois le bénéficiaire et le fournisseur du traitement. Il est donc peu probable que ces distinctions soient nettes, et elles devront être corroborées empiriquement et éventuellement révisées.

Les CSTE de catégorie 2 peuvent conduire les individus, dans la plupart des cas à la fois les cliniciens et les clients, à attribuer à tort à un client un réel changement, découlant

Tableau 1. Causes de la fausse efficacité thérapeutique et garanties de la recherche contre celles-ci

CSTE	Description	Sécurité des recherches
CSTE de catégorie 1 : Perception erronée du changement de client en son absence		
Tous les CSTE de catégorie 1 : Indicateurs de résultats bien validés		
1.	Effets placebo illicites	Amélioration perçue en l'absence de une réelle amélioration (aucune supplémentaire)
2.	Avantages des soins palliatifs	Meilleure perception des signes et symptômes sans qu'il y ait d'améliorations tangibles (aucune supplémentaire)
3.	Confusion entre perspicacité et amélioration	Erreur de compréhension apparente de son problème par rapport à l'amélioration de ce problème (aucune supplémentaire)
4.	Réécriture rétrospective du fonctionnement avant traitement	Croyance que l'on s'est amélioré en raison d'une tendance à se souvenir que le prétraitement a fonctionné comme pire qu'elle ne l'était Mesures du fonctionnement du prétraitement à
5.	Biais lié à l'évolution des réponses matière de respect	Changement de la norme d'évaluation d'une personne en à une dimension de résultat comme conséquence du traitement Mesures de fonctionnement du prétraitement
6.	Réduction des biais cognitifs	Diminution des biais cognitifs liés au prétraitement le signalement des symptômes Mesures des biais cognitifs tout au long du traitement
7.	Caractéristiques de la demande	Tendance des clients à signaler une amélioration en accord avec ce qu'ils croient être les hypothèses du thérapeute ou du chercheur Mesures de résultats à faible réactivité
8.	Erreur de bureau du thérapeute	Confusion du comportement du client en séance présentation avec amélioration en dehors de la session Rapports d'amélioration collatérale hors session
9.	Artefacts de test-retest	Tendance des scores sur les mesures de psychopathologie aux refuser de manière fallacieuse leur deuxième administration Mesures de résultats qui ne contiennent pas de structure d'exclusion
10.	Résultats inconnus dans les conditions de contrôle	Manque d'information sur ce qui aurait s'est produite si le traitement n'avait pas été administré Comparaison du traitement avec une condition témoin
11.	Attrition sélective	Tendance des clients qui abandonnent la thérapie à s'améliorer moins que les autres clients Analyses des intentions de traitement. Mesures des différences de prétraitement entre les personnes ayant terminé le traitement et celles qui l'ont abandonné
12.	Biais de conformité	Tendance à l'observance du traitement par le client les recommandations à confondre avec les variables qui prédisent une amélioration Mesures de conformité au traitement (par exemple, achèvement des devoirs). Examen de la conformité à la condition de contrôle
13.	Une attention sélective aux résultats des clients	Tendance des individus à "choisir" involontairement les variables de résultat sur lesquelles les clients s'améliorent Aveuglement des observateurs. Prévisions explicites a priori concernant les résultats des clients
14.	Mémoire sélective pour les résultats des clients	Tendance des individus à se souvenir de préférence des signes d'amélioration par rapport à ceux d'absence d'amélioration ou d'aggravation Aveuglement des observateurs
15.	Interprétation sélective des résultats des clients	Tendance des individus à interpréter des changements ambigus dans les signes ou les symptômes comme des indications d'amélioration Aveuglement des observateurs
CSTE de catégorie 2 : Interprétations erronées du changement réel de client résultant de facteurs extra-thérapeutiques		
Tous les CSTE de catégorie 2 : Randomisation vers les conditions de traitement		
16.	Rémission spontanée	Tendance de certains états psychologiques à s'améliorer par eux-mêmes (aucune supplémentaire)
17.	Histoire	Événements largement partagés qui se sont produits en dehors du traitement Mesures répétées tout au long du traitement. Suivi des événements de la vie en dehors du traitement
18.	La nature cyclique de certains troubles	Tendance à la hausse de certains états psychologiques Suivi à long terme et baisse
19.	Nature autolimitante des épisodes de troubles	Tendance des personnes souffrant de troubles psychologiques à s'améliorer une fois que les épisodes ont suivi leur cours naturel Suivi à long terme

Tableau 1. (suite)

CSTE	Description	Sécurité des recherches	
20.	Régression vers la moyenne	Tendance des scores extrêmes à devenir moins extrêmes sur les nouveaux tests	Utilisation de mesures de pré et post-test avec une grande fiabilité. Minimiser l'utilisation de modèles de groupes extrêmes. Estimation et contrôle de l'erreur de mesure (aucune supplémentaire)
21.	Maturation	Amélioration résultant d'une croissance psychologique naturelle	
22.	Interférence de traitement multiple	Tendance des personnes qui obtiennent un traitement à en obtenir d'autres en même temps	Utilisation de traitements d'appoint comme covariables dans les analyses
23.	Erreurs de diagnostic initiales	Erreurs dans le diagnostic d'une affection, entraînant des conclusions erronées sur l'amélioration	Utilisation de mesures de diagnostic bien validées et de diagnosticiens bien formés. Élimination des causes médicales des signes et symptômes psychologiques Tous les CSTE de catégorie 3 : Groupes de contrôle des facteurs communs
CSTE de catégorie 3 : Interprétation erronée du changement réel de client découlant de facteurs de traitement non spécifiques			
24.	Effets placebo	Amélioration découlant de l'attente d'une amélioration	Inclusion des mesures des médiateurs proposés. Mesure des attentes
25.	Effets de nouveauté	Amélioration due à l'enthousiasme suscité par les perspectives de bénéficier d'une nouvelle intervention	Inclusion des mesures des médiateurs proposés. Mesure des attentes
26.	Justification de l'effort d'énergie et d'efforts,	Clients qui investissent beaucoup de temps, et les ressources d'une intervention ressentent souvent un besoin psychologique de justifier cet engagement	Inclusion des mesures des médiateurs proposés

Remarque : les CSTE de chaque catégorie ont une sauvegarde en commun et ensuite, généralement, des sauvegardes spécifiques supplémentaires.

de facteurs extra-thérapeutiques plutôt que du traitement actif en tant que tel. Ces facteurs comprennent les événements de la vie qui se produisent en dehors du traitement et les changements dans l'état psychologique du client qui sont causalement indépendants du traitement. Dans le cas des ETSC de catégorie 2, les clients s'améliorent, mais leur amélioration n'a aucun rapport avec les effets spécifiques ou non spécifiques du traitement. L'intervention est plutôt accessoire par rapport au changement du client.

Les ETSC de catégorie 3 peuvent conduire les individus, là encore généralement les cliniciens et les clients, à attribuer à tort le changement réel du client découlant d'effets non spécifiques du traitement (par exemple, la fourniture d'espoir) aux effets spécifiques de ce traitement (voir Wampold, 2001). Dans le cas des CSTE de catégorie 3, les clients s'améliorent, comme ils le font dans les CSTE de catégorie 2. Dans les ETCS de catégorie 3, cependant, ce changement est la conséquence de facteurs communs partagés avec la plupart ou tous les traitements psychologiques efficaces ; l'amélioration n'est pas ou peu attribuable au traitement spécifique. Les CSTE de catégorie 3 sont facilement négligés car ils sont fortement corrélés à la prestation du traitement. En conséquence de ces CSTE, les cliniciens et les chercheurs peuvent conclure que leurs mécanismes hypothétiques d'efficacité thérapeutique sont corroborés alors qu'ils ne le sont pas, car ces mécanismes (par exemple, les effets placebo) sont partagés par la plupart, voire la totalité, des traitements efficaces.

Le fait de considérer les CSTE de la catégorie 3 comme des artefacts ou comme des agents actifs de changement thérapeutique dépend en grande partie des hypothèses que l'on formule sur les mécanismes d'amélioration. Si l'on croit qu'une psychothérapie donnée fonctionne grâce à des processus spécifiques qui ne sont pas partagés avec d'autres traitements, les CSTE de la catégorie 3 sont mieux considérés comme des artefacts qui peuvent prédisposer à des conclusions erronées concernant les causes du changement. En revanche, si l'on croit qu'une psychothérapie donnée fonctionne grâce à des facteurs communs qui sont partagés avec la plupart ou l'ensemble des interventions efficaces (par exemple, Frank & Frank, 1961 ; Wampold, 2001), alors les sources de changement comprenant les CSTE de catégorie 3 sont mieux considérées comme des causes d'amélioration valables en soi. En effet, l'intérêt de longue date pour l'intégration des psychothérapies reflète en grande partie le désir d'identifier les mécanismes transversaux qui fonctionnent dans de nombreux traitements (Goldfried, 2010). Par conséquent, nous mettons en garde les lecteurs contre le fait de considérer les ETCS de catégorie 3 comme des influences étrangères à minimiser ou à éliminer automatiquement dans la recherche, car du point de vue des chercheurs qui plaident pour la primauté des facteurs communs dans la psychothérapie, de telles influences jouent un rôle essentiel dans l'efficacité du traitement (par exemple, Messer & Wampold, 2002).

Une quatrième catégorie d'erreurs d'inférence que nous n'abordons pas explicitement comprend les inférences erronées concernant les mécanismes de changement dans une psychothérapie donnée. En conséquence de cette catégorie d'erreurs, les chercheurs et les

les thérapeutes peuvent conclure qu'un traitement fonctionne par un mécanisme spécifique X alors qu'il fonctionne en fait par un mécanisme spécifique Y (voir Kazdin, 2007). Dans ce cas, les améliorations cliniques sont dues à des mécanismes spécifiques du traitement, mais pas aux mécanismes spécifiques proposés par les promoteurs du traitement. Par exemple, les chercheurs continuent de débattre de la question de savoir si la thérapie cognitivo-comportementale fonctionne en modifiant les cognitions, comme le prétendent la plupart de ses partisans (Hofmann, 2008), ou en utilisant des mécanismes alternatifs, tels que l'augmentation des activités de renforcement ou l'extinction des pensées et des émotions inadaptées (Jacobson & Christensen, 1996 ; Longmore & Worrell, 2007). Étant donné que les erreurs d'inférence de cette quatrième classe impliquent une inférence erronée concernant la ou les causes spécifiques de l'efficacité du traitement plutôt qu'une inférence erronée de l'efficacité du traitement, nous ne les considérons pas comme des ETCS. À cet égard, ces erreurs diffèrent des EEAC de la catégorie 3, qui impliquent l'erreur d'attribuer une efficacité spécifique à un traitement qui ne contient pas de principes actifs spécifiques.

CSTE de catégorie 1 : Perception erronée du changement de client en son absence réelle

1. **Effets placebo illusoire.** Les effets placebo illusoire surviennent lorsque les attentes d'amélioration conduisent les clients à croire qu'un attribut ou une condition s'améliore en l'absence de véritables changements sur des mesures de résultats spécifiques (Wechsler et al., 2011). Les effets placebo illusoire diffèrent des effets placebo en ce sens que les premiers n'impliquent pas de véritable changement (les individus ont donc l'illusion de s'être améliorés alors que ce n'est pas le cas), alors que les seconds le font.

Dans une étude intelligente (Greenwald, Spangenberg, Pratkanis, & Eskenazi, 1991), des expérimentateurs ont échangé des bandes audio contenant des messages subliminaux de sorte que les personnes qui pensaient écouter des bandes audio destinées à améliorer la mémoire écoutaient en fait des bandes audio destinées à améliorer l'estime de soi, et vice versa. Les participants sont repartis en croyant que leur mémoire ou leur estime de soi, selon le cas, s'était améliorée en réponse à la cassette qu'ils croyaient avoir entendue plutôt qu'en réponse à la cassette qu'ils avaient effectivement entendue. En fait, sur des tests objectifs de mémoire et d'estime de soi, toutes les cassettes étaient inefficaces. L'effet placebo illusoire démontre que les attentes et les théories implicites peuvent amener les gens à percevoir, ou du moins à signaler, des changements imaginaires dans leurs comportements, leurs pensées et leurs sentiments (voir également Nisbett & Wilson, 1977).

2. **Avantages palliatifs.** La psychothérapie permet parfois aux clients de se sentir mieux face à leurs difficultés, mais n'a que peu ou pas d'effet sur ces dernières (Beyerstein, 1997). Faisant écho à ce point, Albert Ellis (2003) a souligné l'importance de **distinguer "se sentir mieux" de "devenir mieux" dans la psychothérapie**. Par exemple, un client antisocial peut

entrer en thérapie en détresse à cause de ses problèmes conjugaux répétés et quitter la thérapie en détresse, mais avec un risque réel d'infidélité future. Comme l'a fait observer Alpert (2012), **"les séances de thérapie peuvent fonctionner comme des rendez-vous dans un spa : Elles peuvent être relaxantes mais n'aident pas nécessairement à résoudre les problèmes"** (p. SR5).

On peut légitimement affirmer que les changements palliatifs peuvent eux-mêmes être thérapeutiques dans certains cas, surtout si la détresse liée au comportement est un objectif de traitement. Mais surtout pour les clients dont les comportements engendrent une détresse interpersonnelle pour d'autres individus, comme ceux qui souffrent de troubles narcissiques ou antisociaux de la personnalité (American Psychiatric Association, 2013), les comportements problématiques eux-mêmes sont souvent au centre de l'intervention. Dans ces cas-là, le soulagement de la détresse du client peut en fait être contre-thérapeutique. Par exemple, certains auteurs ont fait valoir que le traitement psychologique aggrave souvent la situation des psychopathes (Rice, Harris et Cormier, 1992), bien que les recherches étayant cette affirmation soient, il est vrai, équivoques (D'Silva, Duggan et McCarthy, 2004).

3. **Confondre perspicacité et amélioration.** Certains clients peuvent acquérir une meilleure compréhension de leurs difficultés au cours de la thérapie. Bien que cette connaissance ne soit pas liée à l'amélioration des résultats objectifs du traitement, les clients peuvent croire qu'ils ont fait des progrès simplement parce qu'ils peuvent maintenant conceptualiser et verbaliser leurs problèmes de manière plus riche et plus détaillée. Dans cet exemple, la perspicacité n'est pas liée à l'amélioration et constitue donc un CSTE. Si, toutefois, l'acquisition de la perspicacité en soi était un objectif thérapeutique, alors l'acquisition de la perspicacité (même en l'absence de changement des signes et symptômes) ne constituerait pas un CSTE.

Il y a ici deux questions distinctes, qui portent toutes deux sur la véracité de la perspicacité par opposition à son utilité clinique. Tout d'abord, les connaissances obtenues en psychothérapie peuvent parfois être illusoire, reflétant des histoires causales subjectives mais erronées (Taleb, 2007). Dans la mesure où les humains sont des êtres qui "font du sens" (Bruner, 1990), la perspicacité peut parfois s'avérer utile pour construire un cadre dans lequel ils peuvent mieux se comprendre eux-mêmes et comprendre les autres. En effet, certaines idées précieuses acquises au cours d'un traitement peuvent améliorer l'humeur ou le comportement des clients, du moins à court terme, en leur donnant le sentiment de comprendre et de maîtriser leurs problèmes (voir Jopling, 2001, pour une discussion sur les "idées placebo" dans les traitements), mais d'autres peuvent être thérapeutiquement inertes ou nocives (Jopling, 2008).

Deuxièmement, même si les connaissances acquises dans le cadre d'une thérapie sont véridiques, elles peuvent ne pas garantir ni même faciliter l'amélioration. Par exemple, un client ayant une phobie spécifique des chiens peut en venir à reconnaître que ses craintes ont été suscitées par une attaque de chien effrayante et qu'il est maintenant

renforcer négativement ces craintes en évitant les chiens. Pourtant, s'il ne veut pas affronter ses peurs pendant la thérapie en s'exposant systématiquement in vivo aux chiens, il est peu probable que ses symptômes s'atténuent (Wachtel, 1987). De même, la perspicacité n'est pas toujours nécessaire pour s'améliorer (Bloom, 1994). Dans une étude sur le traitement psychanalytique, la moitié des 42 patients ont été considérés comme mieux adaptés à la fin de la thérapie, bien que peu d'entre eux aient été jugés plus perspicaces dans leurs "conflits fondamentaux" (Bachrach, Galatzer-Levy, Skolnikoff et Waldron, 1991).

4. Réécriture rétrospective du fonctionnement du prétraitement. Dans certains cas, les clients peuvent se persuader qu'ils se sont améliorés en se rappelant à tort que leur niveau de fonctionnement initial était pire qu'il ne l'était (Ross, 1989). Ces souvenirs biaisés peuvent provenir des attentes implicites des clients en matière de changement pendant la thérapie. Dans une étude, les chercheurs ont assigné au hasard des étudiants universitaires soit à un cours de techniques d'étude conçu pour améliorer leurs notes, soit à une condition de contrôle sans intervention et ont mesuré leurs techniques d'étude et leurs notes avant et après l'intervention. Le cours de techniques d'étude était apparemment inutile, car il ne permettait pas d'améliorer les notes des étudiants. Pourtant, les étudiants de la condition expérimentale ont perçu l'intervention comme efficace, parce qu'ils se souvenaient mal de leurs capacités d'étude initiales, qu'ils jugeaient pires qu'elles ne l'étaient (Conway & Ross, 1984). De même, il semble qu'au moins une partie des changements généralement attribués à la "croissance post-traumatique" - l'amélioration psychologique consécutive à un traumatisme - soit en fait due à la dérogation des individus à leurs propres prétraumatismes (Frazier et al., 2009 ; McFarland & Alvaro, 2000). Une réécriture rétrospective du fonctionnement antérieur au traitement peut parfois se produire pendant la psychothérapie, en particulier lorsque les clients nourrissent de fortes attentes d'amélioration.

Une telle réécriture rétrospective peut se produire même lorsqu'on demande aux individus d'évaluer leurs traits de personnalité de longue date. Dans une élégante série d'études, A. E. Wilson et Ross (2001) ont constaté que les individus décrivaient souvent leur moi actuel plus favorablement que leur moi passé, en grande partie parce qu'ils dérogeaient à leur moi passé. Cette tendance était particulièrement prononcée lorsque les participants se souciaient des traits jugés. Ces résultats concordent avec les données longitudinales qui montrent que les corrélations entre les changements réels et perçus des traits de personnalité sont modestes (Robins, Nofle, Trzsniewski et Roberts, 2005). Une étude menée auprès de 290 étudiants sous-diplômés pendant quatre ans a révélé que les participants surestimaient rétrospectivement la mesure dans laquelle ils étaient devenus plus extravertis au fil du temps, ce qui est conforme au discours culturel selon lequel les étudiants deviennent plus extravertis et plus compétents sur le plan social à l'université (Robins, Fraley, Roberts et Trzsniewski, 2001). Ces résultats suggèrent que les auto-évaluations rétrospectives des

Les changements dans une thérapie à long terme peuvent être suspects, surtout et la nature du changement (Ross, 1989).

5. Biais de décalage des réponses. Un phénomène connexe, le *biais de décalage des réponses*, se produit lorsqu'une intervention amène les individus à changer "leur norme d'évaluation en ce qui concerne la dimension mesurée" (G. S. Howard, 1980, p. 93 ; voir aussi Bray, Maxwell et Howard, 1984 ; G. S. Howard et Dailey, 1979). Ce changement, qui est particulièrement préoccupant pour les chercheurs ou les cliniciens utilisant des mesures d'auto-évaluation, peut se produire lorsqu'une intervention amène les clients à un changement commémoratif, ce que le CSTE reflète une altération de l'"échelle implicite" de mesure d'un trait (McLeod, 2001). Le biais de changement de réponse peut amener les individus à sous-estimer ou à surestimer les effets d'une intervention psychologique, selon la direction du changement.

Par exemple, un conjoint excessivement critique envers lui-même peut suivre une thérapie de couple en se disant qu'il est responsable des problèmes de son mariage ; sur la base de l'auto-évaluation et des entretiens, il se considère au départ comme narcissique et enclin à la colère. Au cours de la thérapie, elle peut se rendre compte que son mari abusif et autoritaire est responsable de leurs conflits conjugaux et que son niveau d'égoïsme et de ressentiment n'est pas plus élevé que celui qu'éprouverait une personne moyenne dans une situation aussi éprouvante. Même si le niveau de ces deux traits problématiques n'a pas changé au cours du traitement, ses scores sur les mesures standardisées peuvent baisser du pré-test au post-test, ce qui conduit le thérapeute (et souvent la cliente elle-même) à conclure à tort que le traitement a fait baisser son égoïsme et son hostilité. Dans un sens, le traitement a eu un impact sur la conceptualisation des traits de la cliente, mais pas sur ces traits eux-mêmes. ¹

6. Réduction des biais cognitifs. Un traitement efficace de la dépression et d'autres affections similaires peut atténuer certains biais cognitifs, tels que ceux liés à l'autocritique et à la perception du niveau de déficience d'une personne (Whisman, Miller, Norman et Keitner, 1991). Bien que la réduction de ces distorsions soit souvent un traitement légitime en soi, elle peut donner l'impression fallacieuse d'une amélioration par rapport à d'autres mesures. Par exemple, la dépression est souvent marquée par une surdéclaration des caractéristiques de la psychopathologie associée. Par conséquent, une intervention qui diminue l'intensité des biais cognitifs souvent associés à la dépression (par exemple, la magnification de ses faiblesses) peut entraîner une diminution de la gravité déclarée des problèmes concomitants (par exemple, l'adaptation sociale), même lorsque ces problèmes sont restés

objectivement inchangé (Morgado, Smith, LeCrubier et Widlocher, 1991).

7. *Caractéristiques de la demande.* Les caractéristiques de la demande se produisent lorsque les clients ou les participants à une recherche adaptent leur comportement, y compris leur comportement déclaré, en fonction de ce qu'ils croient être les hypothèses des thérapeutes ou des chercheurs (Orne, 1962). La justification du traitement fournie par les cliniciens peut transmettre de puissantes caractéristiques de la demande aux patients concernant le traitement et ainsi façonner leurs attributions, leurs attentes, leurs émotions et leurs actions (Addis & Carpenter, 2000 ; McReynolds & Tori, 1972). Dans une étude, les participants informés que les pensées précèdent l'affect en réponse à des images (c'est-à-dire un raisonnement de thérapie cognitive) étaient plus susceptibles de rapporter des pensées en premier par rapport aux participants informés qui affectent les pensées précèdent. Les différences entre les deux justifications étaient particulièrement apparentes en réponse à des images très excitantes (Kanter, Kohlenberg et Loftus, 2004) et ont été maintenues lors d'un suivi d'une semaine (Busch, Kanter, Sedivy et Leonard, 2007).

De plus, les clients sont souvent motivés pour dire à leurs thérapeutes ce qu'ils croient que ceux-ci veulent entendre ; ils peuvent également être motivés pour se persuader qu'ils se sont améliorés. Hathaway (1948) parle de l'effet "bonjour-bonsoir" comme étant la propension des clients à se présenter comme pires qu'ils ne l'étaient au début du traitement et meilleurs qu'ils ne le sont en réalité à la fin du traitement. En conséquence de ce phénomène, les thérapeutes et autres observateurs peuvent conclure que l'amélioration du client s'est produite en son absence.

De même, les chercheurs en hypnose ont identifié un "effet de retenue" lorsque les participants sont testés successivement dans des conditions de non-hypnose et d'hypnose. L'une des exigences implicites de l'hypnose est de se comporter comme un "bon" sujet hypnotique devrait le faire, ou du moins comme ce rôle est compris par le participant (Orne, 1962). L'effet de retenue peut survenir lorsque les participants ne sont pas hypnotisés pendant un essai initial de base mais savent qu'ils le seront lors de l'essai suivant. Dans ce cas, ils peuvent délibérément "se retenir" de répondre pleinement lorsqu'ils ne sont pas hypnotisés pour démontrer des gains lors de l'essai d'hypnose ultérieur, se présentant ainsi comme de bons sujets hypnotiques (Braffman & Kirsch, 1999; Zamansky, Scharf, & Brightbill, 1964).

8. *L'erreur de bureau du thérapeute.* Ce que nous appelons l'erreur de bureau du thérapeute est l'erreur qui consiste à confondre la présentation comportementale du client en séance avec l'amélioration en dehors de la séance. Le comportement des clients dans l'enceinte du cabinet du thérapeute peut ne pas refléter leur comportement ou leur fonctionnement en dehors du traitement (Holmes, 1971 ; Magaret, 1950). Cette erreur peut parfois conduire les clients à sous-estimer l'efficacité du traitement, comme lorsque

Les clients qui fonctionnent correctement utilisent les séances de psychothérapie comme des occasions d'exprimer leurs émotions négatives refoulées (voir Nichols & Efran, 1985).

Dans d'autres cas, cependant, l'erreur de bureau du thérapeute peut contribuer à surestimer l'efficacité du traitement. Par exemple, les clients souffrant de troubles d'anxiété sociale (phobie sociale) impliquant une appréhension de rejet interpersonnel et qui sont initialement anxieux lors du traitement peuvent devenir plus à l'aise avec le thérapeute au fil du temps, laissant au thérapeute (et peut-être aux clients eux-mêmes) l'impression trompeuse qu'ils connaissent une amélioration des symptômes d'anxiété sociale. Pourtant, ces clients peuvent simplement faire preuve d'une discrimination par stimulation, en apprenant à répondre moins anxieusement au psychothérapeute ou à d'autres personnes qui leur accordent une acceptation inconditionnelle, mais pas aux personnes qu'ils trouvent les plus menaçantes. En effet, les études sur la thérapie comportementale pour les troubles anxieux indiquent parfois un gradient de généralisation des stimuli entre le cabinet du thérapeute et le monde extérieur, reflétant des améliorations marquées dans le premier cadre, suivies de diminutions à la fin du traitement (Gruber, 1971 ; voir Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo et Linehan, 2006, pour une discussion des stratégies de généralisation dans le monde réel dans la thérapie comportementale dialectique). Ces résultats soulignent la nécessité de veiller à ce que les comportements anxiogènes du client soient traités dans des contextes réels pendant le traitement.

L'erreur de bureau du thérapeute peut poser un problème particulier pour les thérapies psychanalytiques, qui reposent largement sur le transfert thérapeute-client comme moteur du changement. À bien des égards, on peut conceptualiser les transferts comme le reflet d'attentes interpersonnelles (Westen, 1998). En conséquence, si les clients ne généralisent pas leurs réactions positives de transfert vers le thérapeute, leurs améliorations à long terme peuvent être limitées (Holmes, 1971).

9. *Retester les artefacts.* L'artefact de retest (Loranger, Lenzenweger, Gartner, & Susman, 1991) est la tendance des scores des indices de psychopathologie à décliner spontanément lors de leur deuxième administration. Cet artefact est particulièrement probable dans le cas de mesures caractérisées par une structure d'omission, comme de nombreux entretiens structurés et semi-structurés. Les clients peuvent se rendre compte que s'ils répondent "non" à de nombreuses questions, ils vivront une expérience beaucoup plus brève et moins pénible sur le plan émotionnel que s'ils y répondent "oui", ce qui génère une fausse apparence d'amélioration. Dans d'autres cas, les clients peuvent nier davantage de symptômes lors de la deuxième évaluation s'ils apprennent que les questions concernent des comportements sensibles, comme la consommation de drogue ou des activités antisociales. En effet, il semble que cet artefact puisse être particulièrement prononcé pour les mesures de caractéristiques socialement indésirables (Jorm, Duncan-Jones, & Scott, 1989). Bien que l'artefact test-retest n'ait pas reçu l'attention de recherche qu'il mérite, les données suggèrent

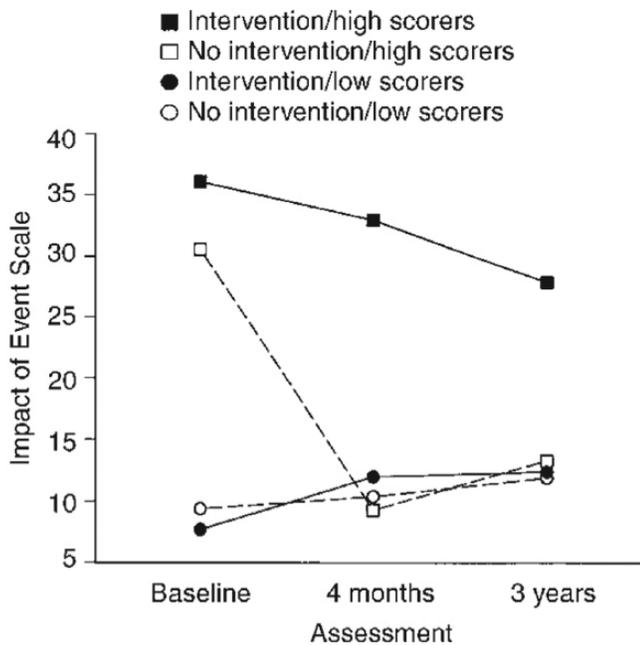


Fig. 1. Les effets du débriefing sur le stress lié à un incident critique sur les symptômes de stress post-traumatique chez les victimes d'accidents de la route. Notez la différence frappante dans les trajectoires entre les personnes ayant obtenu un score élevé qui ont bénéficié de l'intervention et celles qui ne l'ont pas reçue. Les deux groupes se sont améliorés, mais le groupe qui a reçu l'intervention se serait davantage amélioré s'il n'avait reçu aucune intervention. Tiré de Mayou et al. (2000). Reproduit avec autorisation.

qu'elle peut constituer une menace plus importante pour la validité des évaluations à court terme que pour les évaluations à long terme des caractéristiques des troubles de la personnalité (Lenzenweger, 1999 ; Samuel et al., 2011).

10. **Résultats inconnus dans les conditions de contrôle.** Une raison largement méconnue des conclusions erronées sur l'efficacité thérapeutique est l'absence d'information concernant le "contrefactuel hypothétique" (Dawes, 1994) : **notre incapacité à savoir ce qui se serait produit si nous n'étions pas intervenus.** Parce que les cliniciens dans des contextes de pratique courante ne savent pas nécessairement comment leurs clients se seraient comportés dans un état de contrôle, ils ne peuvent pas évaluer dans quelle mesure l'amélioration qu'ils ont observée aurait pu se produire en l'absence de traitement ou en présence d'un traitement alternatif. Les clients sont certainement soumis à la même limitation épistémologique. Un exemple illustratif provient de la recherche sur le débriefing du stress lié à un incident critique (CISD), qui est largement utilisé pour réduire le risque de symptômes de stress post-traumatique chez les victimes exposées à un traumatisme. Des recherches contrôlées démontrent que le CISD est inefficace et peut-être même iatrogène (Litz, Gray, Bryant, & Adler, 2002 ; McNally, Bryant, & Ehlers, 2003). Pourtant, de nombreuses personnes qui ont subi la CISD sont convaincues qu'elle était efficace (Carlier, Voerman et Gersons, 2000). Une étude de Mayou, Ehlers, et Hobbs (2000) offre des aperçus intrigants de ce paradoxe. Ces

ont évalué le résultat sur trois ans de 61 patients victimes d'accidents de la route ; certains avaient été choisis au hasard pour recevoir un traitement de la maladie et d'autres pour ne pas recevoir d'intervention. Entre autres mesures, les participants ont rempli l'échelle d'impact des événements (IES ; M. J. Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), une mesure indexée des symptômes de stress post-traumatique. Comme le montre la figure 1, les participants à l'IES qui ont obtenu un score élevé et qui ont reçu le CISD se sont améliorés entre le début du traitement et le suivi après trois ans. Cependant, il est remarquable de constater que les participants ayant obtenu un score élevé et n'ayant bénéficié d'aucune intervention se sont encore améliorés. Ces résultats suggèrent que la DSIC peut entraver les processus naturels de guérison (McNally et al., 2003). Elles nous aident également à comprendre pourquoi tant de personnes sont persuadées de l'efficacité de la SCDD alors qu'elle ne l'est pas. Plus précisément, les personnes exposées aux traumatismes qui reçoivent la SCDD s'améliorent, mais pas grâce au traitement. En revanche, elles se seraient probablement améliorées encore plus si elles n'avaient reçu aucun traitement.

11. **Attrition sélective.** Ce CSTE diffère des autres que nous avons décrits en ce qu'il fonctionne non pas au niveau des clients individuels mais **au niveau de tous les clients d'un clinicien.** L'attrition sélective fait référence au fait que les clients qui abandonnent la thérapie ne constituent pas un sous-échantillon aléatoire de l'ensemble des clients. **Les recherches montrent que les clients qui ne s'améliorent pas sont particulièrement susceptibles de quitter la psychothérapie** (Garfield, 1994 ; Tehrani, Krussel, Borg, & Munk-Jørgensen, 1996 ; voir également Swift & Greenberg, 2012). **En conséquence, les thérapeutes peuvent conclure à tort que leurs traitements sont efficaces simplement parce que leurs clients restants sont ceux qui ont connu une amélioration.** L'un des problèmes qui a longtemps entravé l'évaluation des Alcooliques Anonymes et des interventions similaires en 12 étapes pour les troubles liés à la toxicomanie est le taux élevé d'abandon des clients de cette intervention, souvent proche de 40 % après un an (Kelly & Moos, 2003). Les clients qui continuent à suivre ces traitements après plusieurs années se portent généralement mieux qu'au début, mais ils ne sont pas représentatifs des clients qui se sont inscrits au départ. **Les clients qui ont abandonné peuvent ne pas avoir été aidés ou peuvent même avoir été lésés par l'intervention.**

12. Biais de *conformité*. Un problème connexe de biais de sélection peut se poser même chez les clients qui restent en traitement. Le biais d'observance se produit lorsque les différences entre les clients en matière d'adhésion aux recommandations de traitement sont confondues avec des variables qui prédisent les résultats, telles que la motivation à s'améliorer ou la conscience (Grodstein, Clarkson et Manson, 2003 ; Petitti, 1994). Un cas bien connu de ce biais est celui du Coronary Drug Project des années 1970, qui a examiné les effets du clofibrate, un médicament qui réduit le cholestérol, sur les maladies cardiaques (Coronary Drug Project Research Group,

1975). Lorsque les enquêteurs n'ont détecté aucun effet significatif du clofibrate par rapport au placebo sur les sorties cardiovasculaires, ils ont effectué des analyses internes sur des utilisateurs réguliers et irréguliers de clofibrate. Ils ont alors constaté que seuls 15% des utilisateurs réguliers de clofibrate (ceux qui avaient pris 80% ou plus de leurs pilules) étaient morts d'un arrêt cardiaque, contre 25% des utilisateurs irréguliers, ce qui semble suggérer un effet positif du médicament. Pourtant, lorsque les chercheurs ont comparé les utilisateurs réguliers et irréguliers du placebo, les résultats étaient pratiquement identiques (Dawes, 2001 ; Taubes, 2007). On peut supposer qu'une troisième variable, telle que la conscience de la santé, explique à la fois (a) l'adhésion plus diligente aux recommandations des médecins et (b) de meilleurs résultats cardiovasculaires.

Les recherches sur la thérapie cognitivo-comportementale révèlent que les clients qui se conforment aux devoirs d'exercice affichent de meilleurs résultats de traitement que ceux qui ne le font pas (Mausbach, Moore, Roesch, Cardenas et Patterson, 2010). De même, des données suggèrent que les clients qui pratiquent régulièrement la méditation dans le cadre d'études sur la formation à la méditation fondée sur la compassion obtiennent de meilleurs résultats que ceux qui ne le font pas (Pace et al., 2009). En raison du biais de conformité, les psychothérapeutes imprudents peuvent remarquer que certains de leurs clients se conforment plus que d'autres aux interventions prescrites, constater que les anciens clients obtiennent des résultats de traitement supérieurs et conclure que ces interventions ont été efficaces. Pourtant, les différences individuelles dans l'observance du traitement par les clients peuvent n'être qu'un indicateur d'une autre variable, telle que la motivation au traitement ou la résilience émotionnelle, qui à son tour est liée à une meilleure santé psychologique.² Les analyses modératrices, qui examinent si les interventions sont particulièrement bénéfiques pour certains clients (Kazdin, 2007 ; Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002), peuvent être utiles à cet égard, car les niveaux de conformité peuvent être traités comme des modérateurs continus des résultats.

13. **Attention sélective aux résultats des clients.** Le biais de confirmation (Nickerson, 1998), la corrélation illusoire (Chapman & Chapman, 1967) et les erreurs cognitives connexes peuvent conduire les cliniciens à s'intéresser de manière sélective à certaines variables de résultats tout en ignorant ou en minimisant d'autres. En particulier, les psychothérapeutes peuvent involontairement "sélectionner" les variables de résultats sur lesquelles les clients s'améliorent. Par exemple, en raison de l'occultation du diagnostic (Garb, 1998), les thérapeutes peuvent se concentrer indûment sur l'amélioration apparente des signes et symptômes dramatiques du client, tels que les caractéristiques psychologiques ou les comportements agressifs, tout en négligeant l'absence d'amélioration ou la détérioration des signes et symptômes moins évidents, tels que l'humeur dépressive, l'anxiété ou la colère (Zimmerman & Mattia, 1999). Comme contre-séquence, ils peuvent conclure que les clients se sont améliorés alors qu'ils n'ont montré aucun changement dans de multiples domaines cliniquement importants. Les clients peuvent être victimes de

la même erreur : Ils peuvent s'engager dans une "surveillance sélective des symptômes" (Pennebaker & Skelton, 1981), en se concentrant sur les symptômes qu'ils s'attendent à changer tout en négligeant ou en négligeant les autres.

14. **Mémoire sélective pour les résultats des clients.** Les dernières décennies de recherche psychologique ne laissent guère de doute sur la faillibilité de la mémoire (Loftus, 1993 ; Lynn & Nash, 1994) et sur le fait que la plupart d'entre nous se souviennent de préférence d'informations conformes à nos intuitions et à nos désirs (Walker, Skowronski, & Thompson, 2003). En conséquence, les cliniciens peuvent être plus enclins à se souvenir des signes et symptômes positifs que négatifs de leurs clients pendant et après le traitement, ce qui peut entraîner une surestimation de l'efficacité du traitement.³

15. **Interprétation sélective des résultats des clients.** Le biais de confirmation et les erreurs cognitives similaires peuvent prédisposer à une interprétation sélective des difficultés des clients pendant et après le traitement. Plus les variables de résultats évaluées par les cliniciens sont ambiguës, plus le risque de biais dans leur évaluation est grand (Markin & Kivlighan, 2007 ; Westen & Weinberger, 2005). Par conséquent, les cliniciens qui sont motivés pour percevoir une amélioration chez leurs clients peuvent présenter des symptômes ambigus (par exemple, une colère accrue envers un conjoint lors d'une thérapie conjugale, une augmentation de la charge émotionnelle des souvenirs d'enfance douloureux) comme preuve de la réussite du traitement.

CSTE de catégorie 2 : Interprétations erronées des changements réels de la clientèle dus à des facteurs extra-thérapeutiques

16. **Rémission spontanée.** La rémission spontanée fait référence à la tendance des troubles à se résoudre d'eux-mêmes (Beyerstein, 1997). Les premiers rapports d'Eysenck (1952) sur les taux de rémission spontanée de 70 % ou plus chez les patients psychiatriques étaient presque certainement surestimés (Rachman, 1973). Néanmoins, des données ultérieures indiquent des taux de rémission spontanée non confidentiels dans des échantillons de patients ambulatoires (Chadwell & Howell, 1979 ; Lambert, 1976). Par exemple, Posternak et Zimmerman (2000) ont rapporté un taux de rémission spontanée de 52 % chez les patients souffrant de troubles dépressifs majeurs. Les taux de rémission spontanée chez les enfants et les adolescents présentant une psychopathologie, y compris des problèmes de comportement, approchent ou dépassent 40 % (Harrington, Whittaker, Shoebridge, & Campbell, 1998 ; Jacobson & Christensen, 1996 ; McCullough, 2000).

Plus les personnes restent longtemps en thérapie, plus les facteurs extra-thérapeutiques, notamment les processus de guérison naturels, l'adaptation, le soutien social et les expériences positives dans la vie quotidienne, ont la possibilité de contribuer à l'amélioration observée ou perçue (Jacobson & Christensen, 1996). En outre, lorsque de fréquentes rémissions spontanées coïncident avec l'administration de

Les interventions, le client et le clinicien peuvent être victimes d'une causalité illusoire, en venant à croire que les interventions produisent les rémissions spontanées (Blanco, Barberia, & Matute, 2014).

La rémission spontanée peut être en partie expliquée par ce qu'Alexander et French (1946) ont appelé "l'expérience émotionnelle correctrice", un événement affectif positif qui atténue l'impact négatif des premiers événements négatifs de la vie (Bridges, 2006). Bien qu'Alexander et French aient souligné le rôle des expériences émotionnelles correctrices dans la psychothérapie, de tels événements (par exemple, trouver un partenaire aimant à la suite d'une relation abusive) se produisent certainement aussi dans la vie de tous les jours. Selon les termes de la psychanalyste Karen Horney (1945), "la vie elle-même reste un psychothérapeute très efficace" (p. 240).

17. *L'histoire*. Un facteur extrathérapeutique connexe qui peut contribuer à la conclusion erronée d'un effet thérapeutique est ce que Campbell et Stanley (1963) ont appelé *histoire* : des événements largement partagés qui se produisent en dehors du cadre du traitement. Un client qui subit de graves stress dans sa vie en raison d'une mauvaise économie ou d'un désastre naturel récent peut voir sa situation s'améliorer lorsque l'impact de ces événements sur sa vie financière et personnelle (et celle de ses amis et de ses proches) s'est dissipé. Le clinicien peut attribuer à tort l'amélioration pendant la thérapie au traitement lui-même plutôt qu'aux changements salubres dans la vie quotidienne du client.

18. *La nature cyclique de certains troubles*. Un autre facteur extra-thérapeutique qui peut être lié à une amélioration à court terme est la nature cyclique de nombreux troubles (Beyerstein, 1997). Par opposition à la rémission spontanée, qui désigne une amélioration substantielle ou la disparition d'une condition en soi, ce STCE désigne un passage transitoire à la phase bénigne d'une affection caractérisée par une évolution récurrente. Comme de nombreuses maladies, telles que la sclérose en plaques, l'arthrite et les problèmes gastro-intestinaux, de nombreux troubles psychologiques ont leurs "hauts et leurs bas". Dans les troubles qui sont cycliques, les gens s'améliorent souvent, de manière périodique ou à long terme, sans intervention. Par exemple, dans les troubles cyclothymiques et bipolaires, qui se caractérisent par une labilité affective, interpersonnelle et comportementale, un traitement inefficace mis en œuvre sur longue période aura amplement l'occasion de s'accommoder des hauts et des bas qui se seraient probablement produits en regard d'un traitement moins efficace. En conséquence, les cliniciens peuvent déduire que la thérapie est responsable de l'amélioration lorsque des changements positifs sont plutôt induits par des fluctuations dans l'évolution naturelle de la maladie. L'une des raisons probables de la popularité des traitements non validés et marginaux des troubles du spectre autistique, tels que la sécrétine (une hormone polypeptidique synthétisée à partir des intestins de porcs) et la thérapie d'intégration sensori-motrice, est le fait que les symptômes corollaires

de cet état (par exemple, l'agressivité, le comportement d'automutilation, les difficultés d'interaction sociale) s'amplifient et s'atténuent souvent sur de courtes périodes (Romanczyk, Arnstein, Soorya et Gillis, 2003), ce qui amène les observateurs à confondre les changements de comportement à court terme avec les effets bénéfiques des traitements.

19. *Nature autolimitante des épisodes de troubles*. Comme les exacerbations aiguës de nombreux troubles physiques, les épisodes de certains troubles psychologiques ont tendance à s'auto-limiter. Un traitement peut sembler exercer un effet bénéfique sur un épisode de trouble qui a suivi son cours naturel (Beyerstein, 1997). Par exemple, la durée médiane d'un épisode dépressif est d'environ 13 semaines (Solo mon et al., 2010), et certains épisodes non traités se remettent ou s'améliorent considérablement sans aucune intervention (Kirsch & Sapirstein, 1998). Dans d'autres cas, certains troubles eux-mêmes peuvent être de courte durée. Par exemple, les troubles psychiatriques de courte durée induits par la drogue, tels que l'intoxication par les amphétamines ou le délire de sevrage alcoolique (American Psychiatric Association, 2013), perdent de leur intensité une fois que les effets physiologiques actifs de la substance (ou les effets d'attraction de la substance) se sont atténués.

20. *Régression vers la moyenne*. C'est un fait statistique que les scores extrêmes ont tendance à devenir moins extrêmes lors d'un nouveau test, un phénomène connu sous le nom de *régression vers la moyenne* (Kruger, Savitsky, & Gilovich, 1999). Par nécessité mathématique, la régression vers la moyenne se produit lorsque la corrélation entre les résultats du pré-test et du post-test est inférieure à l'unité (Salsburg, 2001) ; cette régression est généralement prononcée lorsque les mesures sont peu fiables. Si un patient se présente à la thérapie comme étant gravement déprimé, les chances sont raisonnablement élevées qu'il soit moins déprimé (ou du moins qu'il signale des niveaux de dépression traitement).

La régression vers la moyenne est une question particulièrement épineuse pour évaluer l'efficacité de la psychothérapie dans le monde réel, car la plupart des patients entrent en traitement lorsque leurs symptômes sont les plus extrêmes et donc lorsque les effets de régression sont maximisés (Gilovich, 1991). De même, les enfants et les adolescents antisociaux peuvent ne pas être orientés vers un traitement avant que leur comportement ne devienne insupportable pour les enseignants ou les parents (Costello & Janiszewski, 1990). Certains auteurs ont émis l'hypothèse que la majeure partie de la variance généralement attribuée aux effets placebo dans les essais cliniques de médicaments est en fait due à des effets de régression (McDonald, Mazzuca et McCabe, 1983). De plus, les effets de régression peuvent parfois être interprétés à tort comme une rémission spontanée (Campbell & Kenny, 1999).

Les résultats de cette étude sont particulièrement problématiques, car ils montrent que les humains sont enclins à faire des prédictions non régressives (Dawes, 1986 ; Nisbett & Ross, 1980). En d'autres termes, nous ne compensons pas suffisamment la régression vers la moyenne lorsque

prédire le comportement du moment A au moment B. Peut-être en raison de l'heuristique de la représentativité, un raccourci mental caractérisé par l'hypothèse que "le semblable va avec le semblable" (Tversky & Kahneman, 1974), nous nous attendons à ce que le comportement aux moments A et B soit similaire. Par conséquent, chaque fois que nous détectons une différence entre le comportement du temps A et celui du temps B, nous avons tendance à attribuer ce changement à des facteurs étrangers fallacieux, tels que les effets du traitement, plutôt qu'à la régression statistique (une erreur connue sous le nom de sophisme de régression ; Kahneman, 1965). Comme l'ont fait remarquer Campbell et Kenny (1999), "il semble probable que la régression vers la moyenne amène les gens à croire en l'efficacité des régimes scientifiquement injustifiés. . . . Beaucoup de charlatans ont bien vécu de la régression vers " (p. 48).

21. La *maturation*. Une source de conclusions erronées sur l'efficacité thérapeutique, en particulier chez les enfants et les adolescents, est la maturation : amélioration due à une croissance psychologique naturelle (Cook & Campbell, 1979). Par exemple, les enfants et les jeunes adolescents présentant des niveaux élevés de ce qui semble être certaines caractéristiques pré-psychopathologiques, telles qu'un mauvais contrôle des impulsions, une faible tolérance à la frustration et un comportement de défi, peuvent s'améliorer d'eux-mêmes parce que les niveaux de ces caractéristiques diminuent souvent avec le temps, surtout lorsqu'ils apparaissent tôt (Edens, Skeem, Cruise et Cauffman, 2001). Une telle maturation peut induire les cliniciens en erreur et les amener à conclure que leur traitement est responsable de la diminution des niveaux de ces problèmes et d'autres problèmes d'extériorisation. La croissance psychologique peut être une source de conclusions thérapeutiques exemple, certains patients souffrant de trouble de la personnalité limite peuvent s'améliorer sur de longues périodes sans traitement (Shea et al., 2009).

22. *Interférences de traitement multiples*. Lorsque les clients cherchent un traitement, ils obtiennent souvent d'autres interventions simultanément (Kendall, Butcher, & Holmbeck, 1999), une confusion connue sous le nom d'*interférence de traitement multiple ou de biais de co-intervention*. Certaines de ces interventions d'appoint peuvent être des traitements formels, tels que des antidépresseurs ou une thérapie conjugale. D'autres peuvent être des "traitements" informels, tels que l'exercice physique, qui s'est généralement avéré efficace pour soulager la dépression (Fremont & Craighead, 1987 ; Penedo & Dahn, 2005), ou le fait de se confier à des amis ou des personnalités religieuses de confiance. L'interférence de traitements multiples rend difficile, voire impossible, d'attribuer de façon concluante le changement de client au principe actif de l'intervention choisie.

23. *Erreur de diagnostic initial*. Même les diagnosticiens les mieux formés sont faillibles (Beyerstein, 1997 ; Garb, 1998 ; Groopman, 2007). Par exemple, les personnes relativement normales

Les facteurs de stress temporaires de la vie sont parfois diagnostiqués à tort comme psychopathologiques ; lorsqu'ils sont examinés plus tard, ils se sont améliorés, mais pas nécessairement grâce au traitement. Il peut en être de même pour les clients souffrant de troubles médicaux aigus qui sont diagnostiqués à tort comme des troubles psychiatriques. Par exemple, la porphyrie aiguë intermittente a été qualifiée de "grand imitateur" (Morrison, 1997, p. 155) et est parfois confondue avec le trouble bipolaire et d'autres affections émotionnelles cycliques. Si cette affection se résorbe d'elle-même, ce qui arrive parfois (Loftus & Arnold, 1991), un clinicien imprudent peut conclure à tort qu'un traitement ciblé pour un épisode maniaque était bénéfique.

CSTE de catégorie 3 : Interprétations erronées des changements réels de la clientèle résultant de facteurs de traitement non spécifiques

24. *Effets placebo*. L'effet placebo omniprésent a été défini de multiples façons, mais il est traditionnellement considéré comme une amélioration résultant de la simple attente d'une amélioration (Beecher, 1955 ; S. Horowitz, 2012 ; Steer & Ritschel, 2010). En insufflant l'espoir et la conviction que l'on peut s'élever au-dessus des défis de la vie, pratiquement tout traitement crédible peut être au moins quelque peu utile pour combattre la démoralisation (Frank & Frank, 1961), qui est une composante centrale de nombreux troubles psychologiques (Tellegen et al., 2003). Il est vrai que l'importation du concept de placebo dans le domaine de la psychothérapie est très complexe étant donné qu'au moins une partie de l'efficacité du traitement psychologique découle probablement des attentes d'amélioration (Kirsch, 2005 ; Lambert, 2005). Néanmoins, comme ces attentes recourent probablement la plupart ou la totalité des psychothérapies efficaces, elles peuvent amener les cliniciens et les chercheurs à conclure que les ingrédients spécifiques d'un traitement sont efficaces lorsqu'ils sont inertes.

Dans le cas des médicaments, certaines recherches suggèrent que jusqu'à 80 % des effets des antidépresseurs sur la dépression clinique, surtout lorsqu'elle est légère ou modérée, peuvent être attribués aux effets du placebo (Kirsch, 2005 ; Kirsch & Sapirstein, 1998 ; mais voir Coyne, 2012 ; Klein, 1998, pour des opinions divergentes). Les placebos exercent généralement leurs effets les plus puissants sur des rapports subjectifs, tels que la dépression, la douleur et la nausée, plutôt que sur des indices largement objectifs, tels que les tests de cancer, de maladies cardiaques ou d'autres maladies organiques (Hróbjartsson & Gotzsche, 2001).

Les effets placebo semblent également jouer un rôle important dans l'efficacité de la psychothérapie. Les estimations des effets placebo dans la psychothérapie, généralement obtenues en comparant les résultats des traitements des groupes de contrôle attention-placebo avec ceux des groupes de contrôle sur liste d'attente, sont de l'ordre de $d = 0,40$, soit environ la moitié de la taille de l'effet typique produit par les thérapies actives (Grissom, 1996 ; Lambert, 2005 ; Lambert & Ogles, 2004). En outre, les méta-analyses

indiquent que l'efficacité estimée de la psychothérapie est considérablement plus faible lorsqu'elle est comparée à un groupe témoin d'attention-placebo qu'à un groupe témoin de liste d'attente (Baskin, Tierney, Minami, & Wampold, 2003 ; Bowers & Clum, 1988), ce qui suggère qu'une partie de la puissance du traitement psychologique découle des effets non spécifiques des attentes.

Cependant, il est difficile de déterminer l'ampleur exacte des effets du placebo dans la psychothérapie, et on peut dire que c'est impossible étant donné l'absence d'un traitement psychologique parfait analogue à un placebo sous forme de pilule (Kirsch, 2005). En outre, même les conditions de contrôle conçues pour être des placebos actifs peuvent ne pas contrôler totalement les effets des attentes, car ces placebos sont souvent moins plausibles que les interventions actives contre lesquelles ils sont mis en cause (Boot, Simons, Stohart, & Stutts, 2013).

Les effets placebo ne doivent pas être confondus avec d'autres effets non spécifiques du traitement (Kienle & Kiene, 1997 ; cf. Novella, 2010), tels que ceux de l'empathie et du soutien (Nathan, Stuart, & Dolan, 2003). Le rôle causal de ces facteurs non spécifiques est controversé. D'une part, l'alliance thérapeutique est modestement et positivement associée (r moyen = 0,22) à une amélioration thérapeutique (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007 ; Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). Cette constatation a conduit certains chercheurs à affirmer que l'alliance thérapeutique est un agent causal dans le changement psychothérapeutique. D'autre part, relativement peu d'études sur les résultats des thérapies tiennent compte de la relation temporelle entre l'alliance et l'amélioration, ce qui empêche de tirer des conclusions relativement claires sur la causalité (Kazdin, 2007). Plusieurs études qui ont intégré des évaluations de l'alliance thérapeutique et de la modification des symptômes à plusieurs moments thérapeutiques suggèrent qu'une alliance positive suit généralement la modification des symptômes, et non l'inverse (DeRubeis, Brotman et Gibbons, 2005 ; DeRubeis et Feeley, 1990) ; mais d'autres études sont arrivées à des conclusions différentes (Horvath, Del Re, Flückiger et Symonds, 2011 ; Norcross et Lambert, 2006). À la lumière de ces preuves mitigées, nous ne classons pas ces facteurs non spécifiques dans la catégorie des ETCS.

25. *Effets de nouveauté.* Les clients peuvent voir leur état s'améliorer, surtout au début du traitement, parce qu'ils sont enthousiasmés par perspective de bénéficier d'une nouvelle intervention (Fraenkel & Wallen, 1993 ; Marino & Lilienfeld, 2007). Les effets de nouveauté se chevauchent probablement avec les effets placebo dans certains cas, mais les premiers agissent généralement en grande partie ou exclusivement au début du traitement.

Les données sur les résultats de la psychothérapie suggèrent qu'environ 15 % des patients s'améliorent entre le premier appel téléphonique du clinicien et la première séance (K. I. Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986). Au moins une partie de cette amélioration est probablement due à l'anticipation de la réception d'un nouveau traitement. De plus, pour de nombreuses affections,

y compris la dépression majeure et les troubles alimentaires, peut-être 60 à 80 % de l'amélioration clinique se produit dès la quatrième séance (Ilardi & Craighead, 1999 ; G. T. Wilson, 1999 ; mais voir Tang & DuRubeis, 1999). Une grande partie du changement précoce en psychothérapie peut également refléter les réactions des clients à une nouvelle intervention qui offre la promesse d'un changement, bien qu'une partie puisse également provenir d'un placebo ou d'effets de régression. Les effets de nouveauté peuvent expliquer en partie les résultats de la méta-analyse selon lesquels l'ampleur de l'effet de l'efficacité de certains médicaments psychotropes, y compris les antipsychotiques et les antidépresseurs de deuxième génération, a été la plus élevée peu après leur introduction, pour ensuite se dissiper avec le temps (Lehrer, 2010 ; Leucht, Arbter, Engel, Kissling et Davis, 2009), bien que d'autres facteurs (par exemple, l'inscription de patients de plus en plus légers dans les études sur les médicaments, le biais de publication) puissent également être en jeu.

26. *Justification de l'effort.* Comme les clients consacrent souvent beaucoup de temps, d'énergie, d'efforts et d'argent au traitement, ils peuvent ressentir le besoin de justifier cet investissement. Ils peuvent le faire en se persuadant que la thérapie est bénéfique, un phénomène appelé justification de l'effort (Cooper, 1980 ; Cooper & Axsom, 1982). Dans une étude, des étudiants présentant des symptômes de phobie des serpents ont vu leur état s'améliorer de manière égale lorsqu'ils ont suivi une thérapie d'exposition et lorsqu'ils ont effectué des exercices physiques exigeants (par exemple, courir rapidement sur place). Ce dernier "traitement" nécessitait un effort considérable et a probablement conduit à la nécessité de rationaliser cet effort (Axsom & Cooper, 1985). La justification de l'effort peut être un problème d'interprétation particulièrement difficile pour les thérapies axées sur la perspicacité à long terme, en particulier celles qui durent des décennies, en raison de l'énorme investissement financier, temporel et émotionnel qu'elles impliquent.

Résumé

Ces 26 CSTE constituent un tremplin utile pour examiner pourquoi certains traitements (ou ingrédients de traitement) inertes ou nocifs peuvent sembler efficaces. Notre liste n'est toutefois qu'un point de départ, car les CSTE ne constituent presque certainement qu'un ensemble de sources permettant de tirer des conclusions erronées sur l'efficacité des traitements. Parmi les autres sources, on peut citer le fait que les cliniciens sont souvent extrêmement occupés et sont donc obligés de prendre des décisions rapides dans des environnements complexes et riches en informations. En outre, comme nous l'avons déjà dit, une autre source d'inférences erronées est constituée par des hypothèses incorrectes concernant les mécanismes spécifiques d'un traitement. Nous encourageons les recherches supplémentaires sur d'autres CSTE potentiels, ainsi que sur les processus communs qui peuvent sous-tendre des CSTE superficiellement différents.

Comme de nombreuses hypothèses concurrentes en psychologie (Huck & Sandler, 1979), les CSTE sont facilement négligées car elles sont non intuitives. En outre, elles sont moins évidentes du point de vue de la perception que l'impact facilement observable de l'activité du client.

et sont donc susceptibles de revenir dans le contexte causal (Lilienfeld et al., 2008). En conséquence, certains cliniciens peuvent supposer à tort qu'ils peuvent se passer de la partie recherche de la pratique fondée sur les preuves et la remplacer par une observation clinique informelle.

Les méthodes de recherche comme garde-fous contre les causes d'une efficacité thérapeutique fallacieuse

Un point clé qui n'est pas suffisamment souligné dans l'enseignement de la psychologie clinique et des disciplines connexes est que des modèles de recherche systématique, y compris des modèles entre sujets et des modèles à sujet unique, sont nécessaires pour miniaturiser les CSTE en tant qu'hypothèses rivales pour l'amélioration des clients (Lilienfeld et al., 2008 ; T. D. Wilson, 2011). À de nombreux égards, l'existence des ETSC constitue la raison d'être la plus puissante de la pratique fondée sur des données probantes, bien qu'à notre connaissance, ce point crucial n'ait jamais été abordé de manière explicite (mais voir Lilienfeld et al., 2013 ; et Stewart et al., 2011, pour des discussions sur les sources de résistance à la pratique fondée sur des données probantes).

Plus précisément, sans essais contrôlés randomisés, études quasi-expérimentales bien contrôlées, plans systématiques à sujet unique et autres méthodes de recherche comme garanties partielles contre les ETSC, il n'y a aucun moyen de déterminer si le changement de client est dû à l'intervention plutôt qu'à une foule de facteurs étrangers. Les essais contrôlés randomisés ne sont pas des "étalons-or" stricts, car ils n'éliminent pas toutes les sources d'erreur potentielles (Wachtel, 2010). Néanmoins, des analyses de la littérature médicale suggèrent que les plans de traitement basés sur l'assignation aléatoire ont tendance à donner des résultats plus reproductibles que ceux basés sur des plans quasi-expérimentaux ou naturalistes (Ioannidis, 2005), probablement au moins en partie parce que les premiers aident à éliminer plus de CSTE comme explications rivales de l'amélioration.

En raison de leur contrôle supérieur sur les ETSC, les essais contrôlés randomisés et les modèles rigoureux à sujet unique occupent à juste titre les échelons les plus élevés de la certitude de la preuve dans la hiérarchie des pratiques fondées sur la preuve (Ghaemi, 2009). Néanmoins, les modèles situés plus bas dans cette hiérarchie, tels que les méthodes quasi-expérimentales et naturalistes, peuvent également jouer un rôle précieux dans l'inférence de la recherche, car ils contribuent à protéger les chercheurs contre certaines ETSC (Wachtel, 2010). En outre, ces modèles sont souvent indispensables dans les premières phases de développement d'un traitement, car ils permettent aux chercheurs de recueillir des données préliminaires qui peuvent orienter le développement de nouvelles interventions. À leur tour, ces interventions, si elles sont mises en œuvre de façon réaliste et si elles sont prometteuses sur le plan empirique, peuvent être testées ultérieurement dans le cadre d'essais contrôlés plus rigoureux.

Dans la section suivante, nous décrivons comment les procédures méthodologiques largement utilisées dans la recherche sur les résultats des psychothérapies contribuent à éliminer ou à réduire les TSTC. Notre

L'exposé est instructif plutôt qu'exhaustif ; nous nous concentrons uniquement sur les garanties les plus cruciales pour la recherche et les CSTE les plus importants (voir à nouveau le tableau 1 pour ces garanties et les garanties méthodologiques supplémentaires contre les CSTE).

Protection contre les CSTE de catégorie 1

Des indicateurs de résultats bien validés . Des indicateurs de résultats bien validés et largement objectifs permettent d'écarter tous les CSTE de la catégorie 1, car ces CSTE peuvent engendrer une fausse apparence de changement en son absence. Par exemple, des indicateurs de dépression ou d'anxiété bien validés permettent d'exclure, sans les éliminer, les effets placebo et les effets palliatifs lors d'essais contrôlés de troubles dépressifs et anxieux majeurs. Pour constituer une protection efficace contre les ETSC de catégorie 1, des indicateurs de sortie bien validés doivent être sensibles non seulement aux symptômes du client, mais aussi à ses déficiences. Ces indicateurs sont également utiles pour se prémunir contre les ETSC de catégorie 1 dans les essais contrôlés sur un seul sujet. En revanche, les caractéristiques de la demande peuvent être particulièrement difficiles à exclure en tant que sources d'inférence clinique erronée. Néanmoins, les mesures de résultats qui sont peu réactives (Weiss & Weisz, 1990), telles que les données comportementales d'extrasession ou les observations comportementales discrètes, sont au moins partiellement des antidotes contre ce CSTE. Les rapports collatéraux provenant d'informateurs extérieurs (par exemple, des amis, des proches), qui peuvent fournir une "validation sociale" (Kazdin, 1977), peuvent être utilisés pour exclure la confusion entre perspicacité et amélioration, la réécriture rétrospective du fonctionnement avant traitement, le biais de changement de réponse, l'erreur de bureau du thérapeute et d'autres CSTE similaires. Plus précisément, ces rapports peuvent aider les cliniciens et les enquêteurs à exclure l'hypothèse selon laquelle le changement de symptômes perçu par le client est (a) limité aux comportements au cours des séances de thérapie, (b) illusoire, ou (c) les deux.

Mesures de prétraitement. La collecte de mesures de l'état psychologique du client au moment du prétraitement est particulièrement utile pour exclure un CSTE de catégorie 1 spécifique, à savoir la réécriture prospective du fonctionnement du prétraitement. De manière spécifique, de telles mesures peuvent contribuer à exclure l'hypothèse selon laquelle les clients se souviennent simplement à tort que leur adaptation initiale a été pire qu'elle ne l'a été en réalité, ce qui conduit à de fausses conclusions d'amélioration. Si ces mesures ne reposent pas exclusivement sur les évaluations des clients, elles peuvent également contribuer à éliminer les biais liés au changement de réponse en tant qu'explication d'une amélioration apparente.

Aveuglement des observateurs. Les observations à l'aveugle dans les essais cliniques contrôlent partiellement plusieurs autres CSTE de catégorie 1, en particulier ceux qui découlent d'un biais de confirmation et d'une corrélation illusoire (c'est-à-dire l'attention sélective, la mémoire et l'interprétation des résultats du client). Lorsque les évaluateurs externes sont totalement aveugles, ils ne peuvent pas

percevoir, se rappeler ou interpréter de manière subtile et sélective les changements ambigus des symptômes en fonction de l'attribution du traitement. Par exemple, les observateurs aveugles d'un essai contrôlé randomisé de thérapie cognitivo-comportementale par rapport à un contrôle sur liste d'attente pour un trouble d'anxiété généralisée sont moins susceptibles d'obtenir de manière différenciée ou de sélectionner des indicateurs d'amélioration (par exemple, des rapports d'inquiétude moins fréquents) de la condition de traitement.

Néanmoins, ces CSTE de catégorie 1 peuvent être difficiles à éliminer entièrement. Comme les études sur les résultats des thérapies ne peuvent pas être strictement en double aveugle (c'est-à-dire que les clients et les cliniciens savent qui reçoit le traitement), le biais de confirmation peut encore affecter les évaluations de l'amélioration par les clients et les cliniciens. En outre, même l'aveuglement des observateurs externes dans les essais de psychothérapie est rarement infaillible, car ces évaluateurs peuvent souvent supposer que le traitement est attribué à des niveaux supérieurs à ceux de l'opportunité (Carroll, Rounsaville et Nich, 1994). L'évaluation des violations potentielles de l'aveuglement en demandant aux évaluateurs de deviner les conditions de traitement et en utilisant cette variable comme covariable dans les analyses peut être une garantie utile contre la perception, la mémoire et l'interprétation sélectives des changements du client. Néanmoins, de telles analyses de covariables peuvent sous-estimer les différences de traitement (en particulier lorsqu'elles sont basées sur des suppositions faites à la fin du traitement), parce que les suppositions au-dessus de la chance peuvent provenir d'observations précises des évaluateurs sur l'amélioration différentielle des conditions (Carroll et al., 1994 ; Rickels, Lipman, Fisher, Park, & Uhlenhuth, 1970).

Analyses des intentions de traitement. Les analyses de l'intention de traiter (ITT) (Hollis & Campbell, 1999) permettent d'exclure un élément clé de la catégorie 1 du CSTE, à savoir l'attrition sélective. En examinant les résultats de tous les participants inscrits aux essais cliniques, y compris les abandons, les analyses ITT minimisent les inférences erronées d'amélioration découlant du fait que les clients qui quittent le traitement prématurément sont souvent peu représentatifs de ceux qui se sont inscrits initialement (Tehrani et al., 1996). Contrairement aux clients qui restent en traitement, ceux qui abandonnent le traitement ont tendance à être moins fonctionnels et plus perturbés psychologiquement (Swift & Greenberg, 2012), bien que dans une minorité de cas, il s'agisse de clients qui se sont améliorés et ne se considèrent plus comme ayant besoin de traitement (Baekeland & Lundwall, 1975 ; Tehrani et al., 1996). En raison des biais de sélection introduits par l'abandon des clients, les analyses ITT permettent d'éviter les erreurs d'estimation - et généralement la surestimation - des effets du traitement.

Protection contre les CSTE de catégorie 2

Randomisation vers les conditions de traitement. La randomisation en fonction des conditions de traitement permet de traiter les erreurs d'inférence générées par les CSTE de catégorie 2, qui produisent des changements dus à des facteurs extérieurs au traitement. Pour être clair, une randomisation bien exécutée

Les essais contrôlés n'éliminent pas les CSTE de catégorie 2, qui surviennent encore dans ces enquêtes et peuvent tromper les observateurs en l'absence de groupes contrôlés randomisés. Néanmoins, le processus de randomisation contribue à exclure les CSTE de catégorie 2 en tant qu'explications rivales de l'efficacité du traitement, car ces CSTE sont tout aussi probables dans les groupes expérimentaux et les groupes témoins importants. Étant donné la loi des grands nombres, ces CSTE ne devraient plus tenir compte des différences entre groupes dans les essais contrôlés randomisés, à condition que les essais cliniques soient suffisamment puissants (Hsu, 1989). Par exemple, dans un essai contrôlé randomisé, une rémission spontanée, des antécédents, une régression vers la moyenne, une maturation et une interférence multiple de traitement se produisent fréquemment chez les individus affectés à la fois à des conditions de traitement et de non-traitement (ou de traitement alternatif). Néanmoins, une randomisation appropriée garantit que ces CSTE tendent à être égalisés dans les groupes de traitement actif et de comparaison.

Mesures répétées. Dans les expériences entre sujets et les expériences contrôlées sur un seul sujet, des mesures répétées tout au long du traitement peuvent aider à éliminer les antécédents et autres influences extra-thérapeutiques comme sources d'amélioration de la thérapie (Laurenceau, Hayes et Feldman, 2007). Si l'on observe des changements dans le traitement à plusieurs moments plutôt qu'à un seul moment après un événement extrathérapeutique (par exemple, le début d'une relation amoureuse), la probabilité que de tels événements - plutôt que l'intervention thérapeutique - contribuent à l'amélioration est réduite au minimum (ces observations sont également utiles pour écarter les effets de nouveauté, un CSTE de catégorie 3). Dans le contexte des plans à sujet unique, les plans à base multiple, en particulier ceux dans lesquels l'intervention est appliquée à différents comportements dans une séquence temporelle, peuvent aider à exclure l'histoire et d'autres facteurs extra-thérapeutiques comme explications rivales du changement de durée du traitement (Engel & Schutt, 2012 ; Nock, Michel, & Photos, 2007). Si l'on observe constamment des changements dans les différents comportements à différents moments, la probabilité que des facteurs extra-thérapeutiques expliquent l'amélioration est réduite au minimum. Enfin, des mesures de suivi à long terme peuvent être utiles pour exclure les TSTC résultant de la nature cyclique et autolimitante de certains troubles, car ces évaluations peuvent garantir que les améliorations des signes et symptômes ne sont pas transitoires.

Minimiser et estimer l'erreur de mesure L'utilisation d'indicateurs avant et après traitement avec une grande fiabilité permettra de minimiser la régression vers la moyenne, car ce phénomène statistique est plus probable lorsque les mesures contiennent des quantités importantes d'erreurs de mesure non systématiques (aléatoires). En particulier dans les études de traitement quasi-expérimentales, les chercheurs doivent faire preuve de circonspection dans leur utilisation des plans de groupes extrêmes (dans lesquels les participants sont sélectionnés sur la base d'un taux de prétraitement très élevé

), car ces modèles sont particulièrement susceptibles de produire des niveaux élevés d'effets de régression. Les chercheurs peuvent également estimer, et contrôler statistiquement, les effets de régression dans les études sur les résultats des traitements (voir Barnett, van der Pols, & Dobson, 2005, pour une discussion).

Protection contre les CSTE de la catégorie 3

Groupes de contrôle des facteurs communs. Les contrôles systématiques des facteurs thérapeutiques communs aident à contrôler les ECST de type 3, qui impliquent une mauvaise attribution du changement du client à des ingrédients thérapeutiques spécifiques lorsque les facteurs communs (par exemple, les attentes d'amélioration) sont réellement en jeu. Par exemple, comme observé précédemment, les groupes de contrôle attention-placebo (Paul, 1966) peuvent minimiser les attentes de changement pour expliquer les différences de résultats entre les groupes. Néanmoins, il est peu probable que les groupes de contrôle attention-placebo éliminent entièrement les menaces posées par les ETSC de catégorie 3, car même les conditions de contrôle des facteurs communs bien construites sont rarement aussi plausibles que les conditions de traitement actif (Baskin et al., 2003 ; Boot et al., 2013 ; O'Leary & Borkovec, 1978). Étant donné la difficulté et peut-être l'impossibilité d'assimiler les conditions de contrôle des facteurs communs aux conditions de traitement actif sur les attentes de changement, l'espoir et la crédibilité du traitement, les chercheurs et les cliniciens devraient idéalement mesurer ces facteurs à différents points du traitement (dans le cas des effets de nouveauté, au début du traitement). Ces variables peuvent être traitées comme des covariables dans les analyses, en gardant à nouveau à l'esprit que ces contrôles statistiques peuvent sous-estimer les effets du traitement si les attentes et la crédibilité du traitement contribuent en partie à l'efficacité du traitement.

Inclusion des mesures des médiateurs proposés. La démonstration qu'un médiateur proposé pour le résultat d'un traitement compte statistiquement pour l'amélioration du client soutient, bien que cela ne prouve pas, l'affirmation que ce médiateur est le mécanisme sous-jacent du changement (voir Kazdin & Nock, 2003, pour les conditions dans lesquelles la médiation offre des preuves particulièrement convaincantes pour les mécanismes de changement). À cet égard, les tests de médiation peuvent être utiles pour exclure les CSTE de catégorie 3. Plus précisément, les résultats concordants selon lesquels une psychothérapie donnée semble fonctionner par l'intermédiaire d'un médiateur hypothétique qui est largement spécifique à cette intervention (par exemple, changements dans les cognitions mal adaptées, désamorçage cognitif, augmentation de la réintégration sociale) minimisent la probabilité que cette intervention fonctionne exclusivement par l'intermédiaire de mécanismes communs partagés par la plupart ou la totalité des traitements, tels que les effets placebo.

Résumé

Les techniques méthodologiques de recherche sur les résultats des psychothérapies aident à contrôler les CSTE, et certaines méthodes

sont particulièrement adaptés à l'exclusion de différents CSTE. La nécessité de réduire au minimum les CSTE en utilisant des modèles de recherche inter-sujets et sin-sujets offre la justification la plus convaincante pour une pratique fondée sur des preuves. Notre discussion met également en évidence d'importantes lacunes dans la méthodologie pour atténuer l'influence des CSTE ainsi que des orientations fructueuses pour la recherche future. Comme il ressort de notre analyse, les ETSC de catégorie 3 sont particulièrement difficiles à éliminer en tant que sources d'amélioration erronées, car il est souvent difficile, voire impossible, de mettre sur un pied d'égalité le traitement actif et les conditions de contrôle de l'attention-placebo sur les attentes et la crédibilité du traitement. Par conséquent, l'une des principales orientations de la recherche future en psychothérapie sera le développement CSTE de catégorie 1, en particulier l'attention sélective, la mémoire et l'interprétation des résultats des clients, sont difficiles à éradiquer, notamment en ce qui concerne les rapports d'amélioration des clients et des cliniciens. L'élaboration de mesures largement objectives et moins sensibles à ces biais et à d'autres biais d'observation est donc une orientation importante pour la recherche future sur les résultats des psychothérapies. Dans le cas de toutes les catégories de CSTE, les chercheurs sont bien avisés de tenir compte de la maxime méthodologique selon laquelle si l'on ne peut pas éliminer une source d'erreur, il faut tenter d'en être sûr. Par exemple, en évaluant systématiquement les attentes pendant le traitement, les chercheurs peuvent s'efforcer d'écartier des hypothèses rivales concernant l'amélioration du client et ainsi tirer des conclusions plus valables concernant les effets du traitement.

Conclusions et orientations futures

Le fossé souvent déploré entre la science et la pratique en psychologie clinique est dans une large mesure un choc d'épistémologies (McHugh, 1994). Ce schisme reflète notamment des différences d'opinion profondes concernant la place de la recherche contrôlée par rapport à l'intuition dans la prise de décision clinique (Lilienfeld et al., 2013 ; Tavris, 2003). Notre thèse centrale est que le fossé entre la science et la pratique et la réticence de certains psychologues - cliniciens et chercheurs - à adopter des pratiques fondées sur des données probantes reflètent rarement un mépris délibéré des données probantes en tant que telles. Au contraire, cette réticence provient en grande partie d'une croyance erronée selon laquelle les preuves fournies par des observations cliniques informelles de changements chez les clients ont tendance à être aussi fiables que les preuves fournies par les garanties méthodologiques qui constituent le volet recherche de la pratique fondée sur les preuves (printemps 2007). Vu sous cet angle, le fossé entre la science et la pratique n'est pas fondamentalement un désaccord sur l'importance des preuves dans la détermination de l'efficacité thérapeutique : Il s'agit d'un

des divergences d'opinion sur les types de preuves à privilégier dans la prise de décision clinique.

Implications pour le rôle de l'intuition dans la prise de décision clinique

Les intuitions cliniques et les observations informelles jouent un rôle inestimable dans la psychothérapie, en particulier dans la formulation d'hypothèses (Chambless, sous presse). Par exemple, l'étincelle qui a déclenché la théorie fondamentale d'Aaron Beck concernant la thérapie cognitivo-comportementale est née de ses observations d'un client qui semblait anxieux pendant les séances. Après que Beck, qui a reçu une formation en psychanalyse, lui ait fait comprendre que son anxiété reflétait un malaise face à des pulsions sexuelles inconscientes, elle lui a répondu poliment qu'elle se sentait nerveuse parce qu'elle craignait de l'ennuyer. Cette expérience a inspiré à Beck l'exploration des pensées et des hypothèses non déclarées de ses clients, ce qui a abouti à l'élaboration de ce qu'il a initialement appelé la *thérapie cognitive* (Smith, 2009). De plus, les impressions cliniques de changement en cours de traitement sont parfois exactes et doivent être considérées comme des repères faillibles mais potentiellement informatifs, à corroborer par une écoute plus systématique. En même temps, notre analyse rappelle que les observations cliniques sont souvent mal adaptées pour détecter et évaluer les sources d'amélioration du traitement. Les données que nous avons examinées montrent que

(a) tout au long de l'histoire, les traitements de santé mentale inefficaces et nocifs ont été régulièrement perçus comme efficaces ; (b) les psychothérapeutes surestiment souvent de façon substantielle les taux de résultats positifs chez leurs clients (Hannan et al., 2005) ; et (c) de nombreuses sources peuvent contribuer à donner une impression erronée d'efficacité thérapeutique en son absence.

Une réponse possible à nos arguments est que les CSTE sont moins un obstacle pour les thérapeutes psychologues très expérimentés, qui peuvent progressivement apprendre à distinguer les déductions précises des inexactitudes sur l'efficacité du traitement. Néanmoins, les recherches menées dans de multiples domaines révèlent que les conditions d'acquisition d'une expertise intuitive sont très limitées. **L'expertise intuitive a tendance à n'apparaître que dans les "environnements à haute validité", c'est-à-dire ceux dans lesquels le retour d'information est relativement objectif, cohérent et immédiat (Dawes, 1994 ; Kahneman & Klein, 2009 ; Tracey, Wampold, Lichtenberg, & Goodyear, 2014). Aucune de ces conditions ne s'applique à la psychothérapie typique, un "environnement de faible validité" dans lequel la rétroaction aux cliniciens est souvent ambiguë (par exemple, détecter si un client est moins anxieux que lors de la séance précédente peut être difficile, et détecter si ce changement est dû à l'intervention elle-même l'est encore plus), incohérente (par exemple, un client peut sembler amélioré lors d'une séance mais pas lors de la séance suivante), et retardée (par exemple, les cliniciens peuvent**

doivent attendre des semaines ou des mois avant de découvrir si un client s'est amélioré à la suite d'une intervention). Par conséquent, la littérature sur les effets de l'expertise ne donne guère de raisons d'espérer que la précision des intuitions concernant l'efficacité thérapeutique s'améliore avec l'expérience. Les recherches sur la relation entre la quantité d'expérience thérapeutique et la précision des jugements cliniques offrent peu (Spengler et al., 2009) ou pratiquement pas (Garb, 1998, 2005) de raisons supplémentaires d'être optimiste.

Implications pour la hiérarchisation des sources de preuves

Ces points ont des implications notables pour la pondération des trois piliers de la pratique fondée sur les preuves : les données de recherche, l'expertise clinique et les préférences et valeurs des clients (printemps 2007). Bien que certains auteurs affirment ou laissent entendre que ces trois volets devraient se voir accorder un poids à peu près égal dans la prise de décision clinique (par exemple, American Psychological Association Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), notre analyse suggère que cette approche œcuménique est peut-être malavisée. Comme nous l'avons vu, la recherche contrôlée sur l'efficacité d'un traitement est mieux adaptée que le jugement clinique non guidé pour exclure les explications rivales de l'homme sur l'amélioration, une constatation qui concorde avec la reproductibilité supérieure des résultats médicaux issus d'essais contrôlés randomisés par rapport aux essais contrôlés moins rigoureux (Ioannidis, 2005). Par conséquent, lorsque les données sur les résultats d'un traitement bien reproduit sont en conflit avec les impressions cliniques d'amélioration, nous devrions généralement nous en tenir aux premières (Baker et al., 2008).

Implications pour la pratique clinique quotidienne

Nos arguments font ressortir des suggestions utiles pour la pratique clinique quotidienne également (voir tableau 1). En raison de la catégorie

1 CSTE, les cliniciens peuvent être amenés à conclure qu'il y a eu changement de client alors que ce n'est pas le cas. Un correctif sous-utilisé à ce problème est l'administration périodique de mesures de résultats, comme le Outcome Questionnaire-45 (Lambert, Lunnen, Umphress, Hansen, & Burlingame, 1994), tout au long du traitement. Ces mesures peuvent alerter les cliniciens sur les cas où ils perçoivent à tort une amélioration en son absence ou négligent une détérioration. Certains CSTE de catégorie 1, notamment ceux qui résultent d'un biais de confirmation de la part du clinicien et du client, peuvent être réduits au minimum par la collecte systématique de données auprès d'informateurs extérieurs. Dans certains cas, comme dans le traitement des troubles anxieux, ces CSTE peuvent également être réduits au minimum en recueillant des données psychophysiques et logiques (par exemple, la réponse autonome à des événements provoquant l'anxiété) au cours du traitement.

Bien qu'il soit difficile d'exclure de nombreux ETSC de catégories 2 et 3 dans la pratique clinique quotidienne, les cliniciens peuvent souvent améliorer la précision de leurs conclusions sur l'efficacité des traitements en se renseignant systématiquement sur ces ETSC. Par exemple, en surveillant l'utilisation par les clients d'"interventions" informelles d'appoint, telles que l'exercice, les remèdes à base de plantes et la confiance en des amis précieux, les cliniciens peuvent devenir plus conscients de l'interférence de traitements multiples comme explication potentielle des changements dans l'état clinique de leurs clients.

Notre analyse rappelle également aux cliniciens la possibilité que certaines caractéristiques des clients puissent servir de modérateurs à certains CSTE, affectant ainsi leur probabilité. Par exemple, comme indiqué précédemment, les personnes souffrant de dépression peuvent être particulièrement sujettes à une surdéclaration des symptômes et donc à la fausse apparence d'une amélioration des symptômes d'appoint après le traitement (Morgado et al., 1991). De même, étant donné que les personnes présentant des niveaux élevés d'émotivité négative, en particulier l'anxiété de trait, sont enclines à s'intéresser de manière sélective aux symptômes psycho-logiques (Suls & Howren, 2012), les cliniciens doivent être attentifs à la possibilité que la diminution de l'émotivité négative au cours du traitement puisse prédisposer à de fausses déductions quant à la diminution d'autres symptômes psychologiques. En outre, bien que les efforts visant à identifier une "personnalité sujette aux placebos" aient rencontré un succès mitigé, certains éléments laissent à penser que les optimistes sont plus susceptibles que les pessimistes de répondre à des attentes positives (Geers, Helfer, Koskab, Weiland et Landry, 2005) et peuvent donc être particulièrement enclins à engendrer certains ETCS, notamment des effets placebo et de nouveauté.

Implications pour l'enseignement et la formation en psychologie clinique

Notre analyse implique que les CSTE et les garde-fous de la recherche contre eux que nous avons délimités devraient être mis en avant dans l'éducation et la formation de tous les psychologues et autres professionnels de la santé mentale potentiels, ainsi que dans la formation continue des professionnels de la santé mentale actuels. Bien que nous ne connaissions pas de données fiables sur la fréquence à laquelle les CSTE sont abordés dans les cours de troisième cycle des professions de la santé mentale, il y a lieu de croire que cette couverture est souvent minimale. La plupart des manuels de psychothérapie standard (par exemple, Corsini & Wedding, 2010 ; Koocher, Norcross, & Hill, 2005 ; Meyer & Deitsch, 1996) accordent peu d'attention au problème global des ETSC ou aux ETSC spécifiques elles-mêmes, telles que les effets placebo, la remise spontanée et la régression vers la moyenne. De plus, à notre connaissance, aucun cours de formation continue approuvé par l'American Psychological Association n'a jamais été axé sur les CSTE.

À notre avis, les problèmes d'inférence posés par les CSTE et, tout aussi important, les moyens par lesquels les gardes de la recherche les compensent, devraient être des composantes obligatoires de la formation de tous les professionnels de la santé mentale. Exposer les étudiants à la longue et sordide histoire des traitements échoués mais largement adoptés en psychologie et en psychologie psychologique peut être particulièrement utile en tant que dispositif didactique. En outre, une réflexion approfondie sur les ETSC devrait être intégrée systématiquement dans la supervision clinique et les présentations de cas. Par exemple, lors de l'examen de l'amélioration du client au cours du traitement, les superviseurs devraient encourager les stagiaires à examiner attentivement (a) les explications rivales de cette amélioration autres que, ou en plus de, l'intervention elle-même, (b) les biais cognitifs qui peuvent conduire à de fausses déductions à cet égard, et (c) les garanties contre les déductions erronées concernant l'existence et les sources d'amélioration. Néanmoins, comme on ne sait pas si l'enseignement dans les CSTE améliore les résultats thérapeutiques, nous demandons que des recherches soient menées sur cette question. Malgré l'absence de telles preuves, l'enseignement des CSTE peut diminuer la résistance à la pratique fondée sur des preuves parmi les cliniciens futurs et actuels, car ces connaissances fournissent une justification convaincante pour s'appuyer sur des modèles de recherche pour évaluer l'efficacité et l'efficacité thérapeutiques (Lilienfeld et al., 2013).

Nos arguments ont également des implications pour les modèles de formation en psychologie clinique. Par exemple, le modèle local du clinicien scientifique (Stricker & Trierweiler, 1995), adopté par de nombreux programmes de formation professionnelle et universitaire (Psy.D.) ou par la plupart d'entre eux, encourage les cliniciens à travailler comme des scientifiques dans le laboratoire miniature du cadre clinique, en observant attentivement les comportements des clients en réponse aux interventions, en formulant des hypothèses à leur sujet et en testant ces hypothèses par des interventions supplémentaires. En principe, il s'agit là d'objectifs louables. Néanmoins, les CSTE soulèvent des défis largement méconnus pour la mise en œuvre du modèle du clinicien scientifique local, car ils rendent difficile de tirer des conclusions raisonnablement claires concernant l'efficacité du traitement pour les clients individuels. Par conséquent, bien que la science clinique locale ("idiographique") ait certainement ses mérites, elle ne peut pas se substituer à la science clinique nomothétique dérivée des essais contrôlés randomisés, des modèles à sujet unique et d'autres méthodes de recherche systématique.

En même temps, la science clinique idiographique n'est pas une impasse, les cliniciens ne doivent donc pas désespérer. Bien que les cliniciens opérant dans le contexte de clients individuels ne puissent pas exclure de nombreuses autres explications pour l'amélioration des clients, en particulier les ETSC de catégorie 3, ils peuvent néanmoins évaluer les changements des clients à travers le prisme des ETSC. De cette manière, ils peuvent être plus attentifs aux explications alternatives du changement. Par exemple, comme indiqué précédemment, les cliniciens peuvent surveiller systématiquement les changements des clients au cours des séances, ce qui leur permet

pour minimiser les effets placebo illusoire ; ils peuvent demander des informations aux informateurs concernant le comportement des clients en dehors des séances afin de minimiser les erreurs de bureau du thérapeute ; ils peuvent s'occuper avec diligence de tous les résultats pertinents pour le client afin d'éviter de choisir par inadvertance des signes et symptômes ; ils peuvent être attentifs au fait que les améliorations du client au fil du temps peuvent refléter une régression vers la moyenne, l'historique et d'autres artefacts ; ils peuvent s'occuper des caractéristiques potentielles du client qui peuvent modérer la probabilité de survenue d'ESTC ; et ainsi de suite. À cet égard, ils peuvent adopter un état d'esprit scientifique tout en gardant à l'esprit que les diverses sources d'erreur inférentielle ne peuvent être complètement éliminées. Par conséquent, le modèle du clinicien scientifique local, bien qu'il ne remplace pas de manière adéquate les modèles de formation des scientifiques praticiens ou des cliniciens scientifiques (voir Baker et al., 2008), est un rappel utile du fait que les cliniciens doivent continuellement opérer en tant que "détectives" qui s'efforcent d'identifier les sources potentielles d'amélioration concurrentes et qui (a) minimisent ces sources lorsqu'ils le peuvent et (b) les gardent à l'esprit en tant que contraintes inférentielles lorsqu'ils ne le peuvent pas.

Limites de notre analyse

Notre analyse est limitée à trois égards au moins. Premièrement, notre examen laisse sans réponse la question de savoir dans quelle mesure chacun des 26 CSTE que nous avons identifiés contribue à des déductions erronées dans la pratique clinique réelle. Comme dans de nombreux domaines de la psychologie, il faut distinguer le "peut" du "fait" dans les discussions sur la causalité (McCall, 1977). **Le fait qu'un CSTE puisse conduire à des conclusions erronées sur l'efficacité d'une thérapie ne nous dit pas à quelle fréquence il le fait. Des recherches examinant la connaissance et la sous-estimation des CSTE par les thérapeutes, tant dans l'abstrait que dans la pratique, constitueraient un point de départ utile pour aborder cette question.**

Deuxièmement, nous nous sommes concentrés uniquement sur les erreurs inférentielles qui s'appliquent à la pratique clinique quotidienne. Nous n'avons pas examiné les nombreuses décisions méthodologiques qui peuvent générer des déductions erronées sur l'efficacité des traitements dans les études de recherche de toutes sortes. Par exemple, l'effet de tiroir (Rosenthal, 1979), qui est le biais contre la soumission de résultats négatifs pour publication, et le biais de compte-rendu des résultats (Chan & Altman, 2005), qui est la propension à sélectionner des données sur des mesures dépendantes qui donnent des résultats positifs, peuvent conduire à des surestimations de l'efficacité du traitement. Des données récentes soulèvent également la possibilité d'une prévalence discutablement élevée de "*p-hacking*", c'est-à-dire l'analyse de données ou l'examen répété de données déjà collectées jusqu'à ce que les niveaux alpha tombent juste en dessous de 0,05 (Masicampo & Lalande, 2012). En ce qui concerne plus directement la pratique clinique, certains chercheurs affirment également que l'utilisation de groupes témoins sur liste d'attente contribue à surestimer l'efficacité de la psychothérapie, car les clients de ces groupes peuvent voir leur état se détériorer en attendant le traitement, éprouver du "ressentiment

démoralisation" (Cook & Campbell, 1979) comme conséquence du fait de ne pas recevoir le traitement accordé aux autres individuels, ou les deux. Néanmoins, les preuves de cette affirmation sont mitigées (par exemple, S. A. Elliott & Brown, 2002). D'autres auteurs encore affirment que les conditions de "traitement habituel", qui servent souvent de groupes de contrôle dans la conception des résultats des psychothérapies, sont mieux conçues comme des conditions d'"intention d'échouer", définies (peut-être de manière tendancieuse) comme des "pseudo-traitements conçus spécifiquement comme des groupes de contrôle pour prouver la supériorité du traitement préféré du chercheur et qui n'ont aucune justification théorique ou sont délivrés par des étudiants diplômés qui savent qu'ils administrent un traitement qui n'est pas censé fonctionner" (Westen & Bradley, 2005, p. 267). Si ces critiques sont fondées, certains modèles de résultats psychothérapeutiques standard peuvent surestimer l'efficacité des traitements bénéfiques ou générer la conclusion erronée selon laquelle les traitements inefficaces sont efficaces.

Troisièmement, certains lecteurs pourraient prétendre que nos principaux arguments sont rendus sans objet par le verdict du Dodo Bird, du nom du Dodo Bird dans *les Aventures d'Alice au pays des merveilles* de Lewis Carroll, qui a proclamé que "Tout le monde a gagné et tout le monde doit avoir des prix". Ce verdict postule que toutes les psychothérapies sont (a) efficaces et (b) équivalentes dans leur efficacité, à la fois globalement et pour tous les troubles (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Shedler, 2010; Wampold et al., 1997). Si le verdict du Dodo Bird est correct, le raisonnement se poursuit, les CSTE sont peu ou pas du tout préoccupants car tous les traitements sont efficaces, et fonctionnent aussi bien (voir Stewart et al., 2011).

Néanmoins, le verdict du Dodo Bird a toujours fait référence à une équivalence approximative de l'efficacité des différentes écoles de thérapie (par exemple, psychodynamique, cognitive et comportementale) plutôt qu'à une équivalence précise de l'efficacité de tous les traitements spécifiques (par exemple, Smith, Glass, & Miller, 1980). De plus, l'affirmation selon laquelle toutes les thérapies sont d'une efficacité égale, soit globalement (une hypothèse des effets principaux), soit pour toutes les conditions (une hypothèse interactionnelle), est difficile à soutenir (Lilienfeld, 2014 ; mais voir Wampold, 2001, pour une perspective plus optimiste sur le verdict de Dodo Bird). Par exemple, des données bien reproduites indiquent que les thérapies basées sur l'exposition sont plus efficaces que d'autres traitements pour au moins certains troubles liés à l'anxiété (par exemple, le trouble obsessionnel compulsif) et que les thérapies comportementales sont plus efficaces que les thérapies non comportementales pour les problèmes de comportement des enfants et des adolescents (Chambless & Ollendick, 2001 ; Hunsley & Di Giulio, 2002). Une méta-analyse de Tolin (2010) a également révélé que les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales sont plus efficaces que les autres thérapies pour les troubles de l'anxiété et de l'humeur. Le verdict de Dodo Bird est également remis en question par les conclusions selon lesquelles au moins certaines interventions, telles que la SCDD, sont au mieux inefficaces et peut-être nuisibles (Lilienfeld, 2007 ; McNally et al., 2003). Même Bruce

Wampold, un des principaux partisans du verdict du Dodo Bird, reconnaît que cette conclusion ne s'applique qu'aux thérapies "de bonne foi", c'est-à-dire celles qui sont basées sur des principes psychologiques solides, dispensées par des psychothérapeutes bien formés et présentées explicitement dans des manuels ou d'autres publications (Wampold & DeFife, 2010).

En outre, notre discussion sur les CSTE concerne non seulement les "écoles" de psychothérapie mais aussi les techniques thérapeutiques spécifiques, dont beaucoup transcendent les diverses modalités de traitement. En d'autres termes, de nombreux CSTE peuvent prédisposer à de fausses déductions concernant l'efficacité de techniques spécifiques délivrées au cours d'une séance de thérapie, telles qu'une interprétation de la déclaration d'un client, un conseil donné à un client ou un exercice de jeu de rôle entre le client et le clinicien. Par conséquent, même en mettant de côté le verdict contesté de Dodo Bird, les problèmes d'inférence posés par les CSTE dans le contexte de la psychothérapie demeurent.

Réflexions finales

Les défis posés par les CSTE ne sont pas des motifs de pessimisme, et encore moins de nihilisme, chez les scientifiques cliniciens dans la pratique ou les milieux de recherche, car les erreurs d'inférence qui leur sont associées sont dans une certaine mesure surmontables. Néanmoins, les CSTE soulignent le besoin pressant d'inculquer l'humilité aux cliniciens, aux chercheurs et aux étudiants (McFall, 1991). Nous sommes tous enclins à négliger les CSTE, non par manque d'intelligence, mais en raison des limites inhérentes au traitement de l'information humaine (Kahneman, 2011). En conséquence, tous les professionnels de la santé mentale et les consommateurs devraient être sceptiques quant aux proclamations confiantes de percées thérapeutiques en l'absence de données rigoureuses sur les résultats (Dawes, 1994 ; Lilienfeld et al., 2003). Les CSTE sont de puissants rappels que, bien que nos intuitions soient parfois exactes, elles peuvent être trompeuses. Lors de l'évaluation de l'efficacité d'un traitement, nos intuitions peuvent ne pas tenir compte de nombreuses hypothèses rivales de changement qui sont difficiles ou impossibles à détecter sans l'aide de garanties de recherche bien affinées. En conséquence, les CSTE mettent en évidence les limites inhérentes à nos connaissances appliquées au client individuel et devraient nous inciter à être attentifs à nos propensions à l'excès de confiance. La science, qui est une approche systématique visant à réduire l'incertitude de nos déductions (McFall & Treat, 1999 ; O'Donohue & Lilienfeld, 2007), est en fin de compte notre meilleure prédiction pour ne pas être trompé par des preuves inadéquates.

Remerciements

Les auteurs remercient Sean Carey et Ben Johnson pour leur aide précieuse dans la compilation des références.

Déclaration d'intérêts conflictuels

Les auteurs ont déclaré qu'ils n'avaient aucun conflit d'intérêt en ce qui concerne leur qualité d'auteur ou la publication de cet article.

Notes

1. Notez que dans un cas où la détresse de la cliente concernant son égocentrisme et son hostilité était elle-même un objectif du traitement, le biais de changement de réponse ne serait pas considéré comme un CSTE.
2. Une erreur cognitive connexe est le *sous-ensemble des erreurs* (Dawes, 2001). Un traitement ne peut pas différer dans ses effets de ceux d'un traitement de contrôle ; pourtant, sur une base post hoc, les enquêteurs peuvent identifier un sous-ensemble de clients au sein du groupe de traitement qui ont montré des résultats positifs, les amenant à conclure que le traitement était efficace pour ce sous-ensemble. Cependant, s'il n'y avait pas de différence moyenne entre le groupe de traitement et le groupe de contrôle, mathématiquement, les individus du groupe de traitement en dehors du sous-ensemble doivent avoir vu leur état s'aggraver à la suite de l'intervention.
3. Néanmoins, en particulier chez les clients souffrant d'anxiété et de dépression, les biais de mémoire peuvent aller dans le sens opposé, les prédisposant à se souvenir de manière sélective d'informations menaçantes ou tristes (Coles & Heimberg, 2002 ; R. Elliott, Rubinsztein, Sahakian, & Dolan, 2002).

Références

- Addis, M. E., & Carpenter, K. M. (2000). The treatment rationale in cognitive-behavioral therapy : Mécanismes psychologiques et directives cliniques. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 313-326.
- Alexander, F. F., & French, T. M. (1946). *Thérapie psychanalytique : Principes et application*. Oxford, Angleterre : Ronald Press.
- Alpert, J. (2012, 22 avril). En thérapie pour toujours ? Assez, déjà. *The New York Times*, p. SR5.
- Association américaine de psychiatrie. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Task Force on Evidence- Based Practice de l'American Psychological Association. (2006). *Rapport du groupe de travail présidentiel 2005 sur la pratique fondée sur des données probantes*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Axson, D., & Cooper, J. (1985). Dissonance cognitive et psychothérapie : Le rôle de la justification de l'effort dans l'incitation à la perte de poids. *Journal of Experimental Social Psychology*, 21, 149-160. doi:10.1016/0022-1031(85)90012-5
- Bachrach, H. M., Galatzer-Levy, R., Skolnikoff, A., & Waldron, S. (1991). Sur l'efficacité de la psychanalyse. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 871-916.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Abandon du traitement : A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2008). The current status and future of clinical psychology : Towards a scientifically principled approach. *Psychological Science in the Public Interest*, 9, 67-103.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Démêler la corrélation alliance-résultat : Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852. doi:10.1037/0022-006X.75.6.842
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Mellor-Clark, J. (2010). *Developing and delivering practice-based evidence*. Chichester, Angleterre : Wiley.

- Barlow, D. H. (2004). Traitements psychologiques. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Barlow, D. H., Hayes, S. C. et Nelson, R. O. (1984). *The scientist-practitioner : Recherche et responsabilité dans les milieux cliniques et éducatifs*. New York, NY : Pergamon.
- Barnett, A. G., van der Pols, J. C., & Dobson, A. J. (2005). Régression à la moyenne : Ce que c'est et comment y faire face. *International Journal of Epidemiology*, 34, 215-220.
- Baskin, T. W., Tierney, S., Minami, T. et Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy : A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 973-979. doi:10.1037/0022-006X.71.6.973
- Beecher, H. K. (1955). Le puissant placebo. *Journal of the American Medical Association*, 159, 1602-1606.
- Belofsky, N. (2013). *Etrange médecine : Une histoire choquante de pratiques médicales réelles à travers les âges*. New York, NY : Penguin Books.
- Beutler, L. E. (2004). Le mouvement des traitements soutenus empiriquement : La réponse d'un scientifique-praticien. *Psychologie clinique : Science and Practice*, 11, 225-229.
- Beyerstein, B. L. (1997). Pourquoi les fausses thérapies semblent fonctionner. *Skeptical Inquirer*, 21, 29-34.
- Bigby, M. (1998). La médecine factuelle en bref. *Archives de dermatologie*, 123, 1609-1618.
- Blanco, F., Barberia, I. et Matute, H. (2014). L'absence d'effets secondaires d'un traitement inefficace facilite le développement d'une croyance en son efficacité. *PLoS ONE*, 9(1), e84084. Bloom, P. B. (1994). La perspicacité est-elle nécessaire à la réussite d'un traitement ? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 172-174.
- Bloom, P., & Weisberg, D. (2007, 18 mai). Les origines de l'enfance de la résistance des adultes à la science. *Science*, 316, 996-997. doi:10.1126/science.1133398
- Bohart, A. C. (2005). Une psychothérapie fondée sur des données probantes signifie qu'elle est fondée sur des données probantes et non sur des faits. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 39-53.
- Boisvert, C. M., & Faust, D. (2002). Les symptômes iatrogènes en psychothérapie : Une exploration théorique de l'impact potentiel des étiquettes, du langage et des systèmes de croyance. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 244-259.
- Boot, W. R., Simons, D. J., Stothart, C. et Stutts, C. (2013). Le problème omniprésent des placebos en psychologie : pourquoi les groupes de contrôle actifs ne sont-ils pas suffisants pour exclure les effets des placebos. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 445-454.
- Bootzin, R. R., & Bailey, M. T. (2005). Understanding placebo, nocebo, and iatrogenic treatment effects. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 871-880.
- Bourne, H. (1953). Le mythe de l'insuline. *Lancet*, 262, 964-968. doi:10.1016/S0140-6736(53)91232-X
- Bowers, T. G., & Clum, G. A. (1988). Contribution relative des effets des traitements spécifiques et non spécifiques : Méta-analyse de la recherche sur la thérapie comportementale contrôlée par placebo. *Psychological Bulletin*, 103, 315-323.
- Braffman, W., & Kirsch, I. (1999). Imaginative suggestibility and hypnotizability : Une analyse empirique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 578-587. doi:10.1037/0022-3514.77.3.578
- Bray, J. H., Maxwell, S. E. et Howard, G. S. (1984). Méthodes d'analyse avec biais de décalage des réponses. Les méthodes éducatives et *Mesure psychologique*, 44, 781-804. doi:10.1177/00131644844444002
- Bridges, M. R. (2006). Activation de l'expérience émotionnelle corrective. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 551-568. doi:10.1002/jclp.20248
- Bruner, J. S. (1990). *Actes de sens*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Bull, J. P. (1959). L'évolution historique des essais cliniques de théranostic. *Journal of Chronic Diseases*, 10, 218-248.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Sedivy, S. K. et Leonard, J. L. (2007). A follow-up analogue study on the effectiveness of the cognitive rationale. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 805-815.
- Campbell, D. T., & Kenny, D. A. (1999). *Une introduction aux artefacts de régression*. New York, NY : Guilford Press.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). Plans expérimentaux et quasi-expérimentaux pour la recherche sur l'enseignement. Dans N. L. Gage (Ed.), *Handbook of research on teaching* (pp. 171- 246). Chicago, IL : Rand McNally.
- Carey, B. (2012, 18 mai). Le géant de la psychiatrie est désolé d'avoir soutenu la "cure" gay. *The New York Times*. Disponible <http://www.nytimes.com>
- Carlier, I. E., Voerman, A. E., & Gersons, B. R. (2000). The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 87-98. doi:10.1348/000711200160327
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., & Nich, C. (1994). Blind man's bluff : Efficacité et signification des procédures de psychothérapie et de pharmacothérapie en aveugle dans un essai clinique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 276- 280. doi:10.1037/0022-006X.62.2.276
- Castellnuovo, G. (2010). Les traitements soutenus psychologie basée sur les preuves ou l'évidence dans les environnements cliniques ? *Frontiers in Psychology*, 1, 27-38.
- Cautin, R. L. (2008). David Shakow et la recherche sur la schizophrénie à l'hôpital d'État de Worcester : Les racines du modèle scientifique-praticien. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 44, 219-237. doi:10.1002/jhbs.20312
- Chabris, C., & Simons, D. (2010). *Le gorille invisible : et d'autres façons dont nos intuitions nous trompent*. New York, NY : Crown.
- Chadwell, B. H., & Howell, R. J. (1979). Note de recherche : une mesure d'auto-évaluation de la rémission spontanée et du résultat de la psychothérapie. *Journal of Community Psychology*, 7, 69-71. doi:10.1002/1520-6629(197901)7:1<69::AID-JCOP2290070113>3.0.CO;2-6
- Chambless, D. L. (sous presse). Pouvons-nous parler ? Favoriser les échanges entre scientifiques et praticiens. *Thérapie comportementale*.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Définition des thérapies soutenues empiriquement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions : Controverses et preuves. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chan, A., & Altman, D. G. (2005). Identifying outcome reporting. *British Medical Journal*, 330, 753-759. doi:10.1136/bmj.38356.424606.8F

- Chapman, L. J., & Chapman, J. P. (1967). Genèse d'observations psychodiagnostiques populaires mais erronées. *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 193-204. doi:10.1037/h0024670
- Chwalisz, K. (2003). Pratique fondée sur des données probantes : Un cadre pour la formation des scientifiques et des praticiens du XXI^e siècle. *Counseling Psychologist, 31*, 497-528.
- Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2002). Memory biases in the anxiety disorders : Current status. *Clinical Psychology Review, 22*, 587-627. doi:10.1016/S0272-7358(01)00113-1
- Conway, M., & Ross, M. (1984). Obtenir ce que vous voulez en révisant ce que vous aviez. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 738-748. doi:10.1037/0022-3514.47.4.738
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-expérimentation : Conception et analyse pour les études de terrain*. Skokie, IL : Rand McNally.
- Cooper, J. (1980). Réduire les craintes et augmenter l'affirmation de soi : Le rôle de la réduction des dissonances. *Journal of Experimental Social Psychology, 16*, 199-213. doi:10.1016/0022-1031(80)90064-5
- Cooper, J., & Axson, D. (1982). La justification de l'effort dans la psychothérapie. Dans G. Weary & H. Mirrels (Eds.), *Integrations of clinical and social psychology* (pp. 98-121). New York, NY : Oxford University Press.
- Coover, J. E., & Angell, F. (1907). Effet de l'exercice physique spécial sur la pratique générale. *American Journal of Psychology, 18*, 328-340. doi:10.2307/1412596
- Coren, S. (2003). Sensation et perception. Dans D. K. Freedheim (Ed.), *Handbook of psychology : History of psychology* (Vol. 1, pp. 85-108). Hoboken, NJ : Wiley.
- Groupe de recherche sur le projet de médicament coronarien. (1975). Clofibrate et niacine dans les maladies coronariennes. *Journal of the American Medical Association, 231*, 360-381.
- Corsini, R. J., & Wedding, D. (2010). *Psychothérapies actuelles*. Pacific Grove, CA : Wadsworth.
- Costello, E. J., & Janiszewski, S. (1990). Qui se fait soigner ? Facteurs associés à l'orientation des enfants souffrant de troubles psychiques. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 81*, 523-529.
- Coyne, J. (2012). Les guerres des antidépresseurs, une suite : Comment les médias déforment les résultats et nuisent aux patients. *PLOS Blogs*. Consulté sur <http://blogs.plos.org/mindthebrain/tag/placebo-washout/>
- Cromer, A. (1993). *Un sens peu commun : La nature hérétique de la science*. New York, NY : Oxford University Press.
- Cross, K. P. (1977). On ne peut pas, mais l'enseignement universitaire sera-t-il amélioré ? *New Directions for Higher Education, 1977*(17), 1-15.
- Crumlish, N., & Kelly, B. D. (2009). Comment les psychiatres pensent. *Advances in Psychiatric Treatment, 15*, 72-79.
- Dawes, R. M. (1986). Representative thinking in clinical judgment. *Clinical Psychology Review, 6*, 425-441. doi:10.1016/0272-7358(86)90030-9
- Dawes, R. M. (1994). *House of cards : Psychologie et psychothérapie fondées sur le mythe*. New York, NY : Free Press.
- Dawes, R. M. (2001). *L'irrationalité au quotidien : comment les pseudo-scientifiques, les fous et le reste d'entre nous ne parviennent pas systématiquement à penser de manière rationnelle*. Boulder, CO : Westview Press.
- Dehue, T. (2000). Des essais de tromperie aux réactifs de contrôle : L'introduction du groupe de contrôle il y a environ un siècle. *Psychologue américain, 55*, 264-268. doi:10.1037/0003-066X.55.2.264
- Dehue, T. (2005). Histoire du groupe de contrôle. Dans B. Everitt & D. Howell (Eds.), *Encyclopédie des statistiques dans les sciences du comportement* (pp. 829-836). Chichester, Angleterre : Wiley.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). Une analyse conceptuelle et méthodologique de l'argument de la non spécificité. *Psychologie clinique : Science and Practice, 12*, 174-183. doi:10.1093/clipsy/bpi022
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Déterminants du changement *Thérapie cognitive et recherche, 14*, 469-482. doi:10.1007/BF01172968
- Diefenbach, G. J., Diefenbach, D., Baumeister, A. et West, M. (1999). Portrait de la lobotomie dans la presse populaire : 1935- 1960. *Journal of the History of the Neurosciences, 8*, 60-69. doi:10.1076/jhin.8.1.60.1766
- Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). Comment savoir si la psychothérapie est nocive ? *American Psychologist, 65*, 21-33.
- D'Silva, K., Duggan, C. et McCarthy, L. (2004). Le traitement aggrave-t-il vraiment la situation des psychopathes ? Un examen des preuves. *Journal of Personality Disorders, 18*, 163-177. doi:10.1521/jedi.18.2.163.32775
- Dunning, D., Heath, C., & Suls, J. M. (2004). Flawed self-evaluation : Implications pour la santé, l'éducation et le lieu de travail. *Psychological Science in the Public Interest, 5*, 69-106. doi:10.1111/j.1529-1006.2004.00018.x
- Edens, J. F., Skeem, J. L., Cruise, K. R., & Cauffman, E. (2001). Évaluation de la "psychopathie juvénile" et de son association avec la violence : A critical review (Évaluation de la "psychopathie juvénile" et de son association avec la violence : examen critique). *Behavioral Sciences & the Law, 19*, 53-80. doi: 10.1002/bsl.425
- Elliott, R., Rubinsztein, J. S., Sahakian, B. J., & Dolan, R. J. (2002). The neural basis of mood-congruent processing biases in depression. *Archives of General Psychiatry, 59*, 597-604. doi:10.1001/archpsyc.59.7.597
- Elliott, S. A., & Brown, J. L. (2002). Que faisons-nous pour les contrôles des listes d'attente ? *Recherche et thérapie comportementales, 40*, 1047-1052. doi:10.1016/S0005-7967(01)00082-1
- Ellis, A. (2003). Aider les gens à se sentir mieux plutôt que simplement se sentir mieux. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 21*, 169-182.
- Engel, R. J., & Schutt, R. K. (2012). *La pratique de la recherche dans le travail social*. New York, NY : Sage.
- Ernst, E., & Resch, K. L. (1995). Concept d'effets placebo réels et perçus. *British Medical Journal, 311*, 551-553.
- Eysenck, H. J. (1952). Les effets de la psychothérapie : An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324. doi:10.1037/h0063633
- Finocchiaro, M. (1981). Les erreurs et l'évaluation du raisonnement. *American Philosophical Quarterly, 18*, 13-22.
- Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (1993). *How to design and evaluate research in education* (2e éd.). New York, NY : McGraw-Hill.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1961). *Persuasion et guérison*. Baltimore, MD : Johns Hopkins University Press.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P. et Tashiro, T. (2009). La croissance post-traumatique déclarée par l'intéressé reflète-t-elle un véritable changement positif ? *Psychological Science, 20*, 912-919.

- Fremont, J., & Craighead, L. W. (1987). Exercice aérobique et thérapie cognitive dans le traitement des humeurs dysphoriques. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 241-251. doi:10.1007/BF01183268
- Gambrill, E. (2012). *Critical thinking in clinical practice : Améliorer la qualité des jugements et des décisions*. Hoboken, NJ : Wiley.
- Garb, H. N. (1998). *L'étude du clinicien : Recherche sur le jugement et évaluation psychologique*. Washington, DC : American Psychological Association. doi:10.1037/10299-002
- Garb, H. N. (2005). Jugement clinique et prise de décision. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67-89.
- Garb, H. N., Lilienfeld, S. O., & Fowler, K. A. (2008). Évaluation psychologique et jugement clinique. Dans J. E. Maddux & B. A. Winstead (Eds.), *Psychopathology : Foundations for a contemporary understanding* (2e éd., pp. 103-124). New York, NY : Routledge.
- Garfield, S. (1994). Recherche sur les variables du client dans la psychothérapie. Dans A. E. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4e éd., pp. 190-228). Oxford, Angleterre : Wiley.
- Geers, A. L., Weiland, P. E., Kosbab, K., Landry, S. J., & Helfer, S. G. (2005). L'activation des objectifs, les attentes et l'effet placebo. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 143-159.
- Gehan, E. A., & Lemak, N. A. (1994). *Statistiques dans la recherche médicale : Développements dans les essais cliniques*. New York, NY : Plenum.
- Ghaemi, S. N. (2009). *Un guide du clinicien sur les statistiques et l'épidémiologie en santé mentale : Measuring truth and uncertainty*. Cambridge, Angleterre : Cambridge University Press.
- Gigerenzer, G., & Gaissmaier, W. (2011). Heuristic decision making. *Annual Review of Psychology*, 62, 451-482.
- Gilovich, T. (1991). *Comment nous savons ce qui n'est pas le cas : La faillibilité de la raison humaine dans la vie quotidienne*. New York, NY : Free Press.
- Goldfried, M. R. (2010). The future of psychotherapy integration : Comblent le fossé entre la recherche et la pratique. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20, 386-396.
- Green, D., & Latchford, G. (2012). Preuves fondées sur la pratique. Dans D. Green & G. Latchford (Eds.), *Maximising the benefits of psychotherapy : A practice-based evidence approach* (pp. 87-108). Chichester, Royaume-Uni : Wiley-Blackwell.
- Greenwald, A. G., Spangenberg, E. R., Pratkanis, A. R., & Eskenazi, J. (1991). Tests en double aveugle de bandes audio subliminales d'auto-assistance. *Psychological Science*, 2, 119-122. doi:10.1111/j.1467-9280.1991.tb00112.x
- Grissom, R. J. (1996). Le nombre magique $.7 \pm .2$: Méta-méta-analyse de la probabilité d'un résultat supérieur chez des fils de comparaison impliquant une thérapie, un placebo et un contrôle. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 973-982.
- Grodstein, F., Clarkson, T. B., & Manson, J. E. (2003). Understanding the divergent data on postmenopausal hormone therapy. *New England Journal of Medicine*, 348, 645-650.
- Groopman, J. (2007). *Comment les médecins pensent*. Boston, MA : Houghton Mifflin.
- Grove, W. M., & Meehl, P. E. (1996). Efficacité comparative des procédures de prédiction informelles (subjectives, impressionnistes) et formelles (mécaniques, algorithmiques) : La controverse clinique-statistique. *Psychologie, politique publique et droit*, 2, 293-323. doi:10.1037/1076-8971.2.2.293
- Gruber, R. P. (1971). Thérapie comportementale : Problèmes de généralisation. *Thérapie comportementale*, 2, 361-368. doi:10.1016/S0005-7894(71)80070-9
- Hall, H. (2011). Médecine factuelle, science de la fée des dents et médecine de Cendrillon. *Sceptique*, 17(1), 4-5.
- Hamilton, D. L., & Gifford, R. K. (1976). Corrélation illusoire dans la perception interpersonnelle : Une base cognitive de jugements stéréotypés. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12, 392-407. doi:10.1016/S0022-1031(76)80006-6
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S., Smart, D. W., Shimokawa, K. et Sutton, S. W. (2005). Un test de laboratoire et des algorithmes pour identifier les clients à risque d'échec du traitement. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163. doi:10.1002/jclp.20108
- Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P. et Campbell, F. (1998). Revue systématique de l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans le cadre des troubles dépressifs de l'enfance et de l'adolescence. *British Medical Journal*, 316, 1559-1563.
- Harrison, S. (2011, 15 août). Le producteur de "Beyond scared straight" partage les secrets de la série à succès de A&E. *Channel Guide MAGAZINE*. Disponible sur <http://www.channelguidemagblog.com>
- Hartman, S. E. (2009). Pourquoi les thérapies inefficaces semblent-elles utiles ? Un bref examen. *Chiropractie et ostéopathie*, 17, 1-7. doi:10.1186/1746-1340-17-10
- Hathaway, S. R. (1948). Quelques considérations relatives au conseil non directif en tant que thérapie. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 226-231. doi:10.1002/1097-4679(194807)4:3<226::AID-JCLP2270040303>3.0.CO;2-V
- Healy, D. (2002). *Essais contrôlés RANDOMISES : Evidence biased psychiatry*. Consultésurhealy0802.php
- Herbert, J. D. (2003). La science et la pratique des traitements soutenus empiriquement. *Behavior Modification*, 27, 412-430.
- Hodges, B., Regehr, G. et Martin, D. (2001). Difficultés à reconnaître sa propre incompétence : Les médecins novices qui ne sont pas qualifiés et qui n'en ont pas conscience. *Médecine universitaire*, 76(Suppl. 10), S87-S89.
- Hofmann, S. G. (2008). Processus cognitifs lors de l'acquisition de la peur et de l'extinction chez les animaux et les humains : Implications for exposure therapy of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 28, 199-210.
- Hollis, S., & Campbell, F. (1999). Qu'entend-on par intention de traiter l'analyse ? Enquête sur les essais contrôlés randomisés publiés. *British Medical Journal*, 319, 670-674. doi:10.1136/bmj.319.7211.670
- Holmes, D. S. (1971). Round Robin therapy : Une technique pour mettre en œuvre les effets de la psychothérapie. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 324-331. doi:10.1037/h0031968
- Horney, K. (1945). *Nos conflits intérieurs*. Oxford, Angleterre : W.W. Norton.
- Horowitz, M. J., Wilner, N. et Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale : Une mesure du stress subjectif. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Horowitz, S. (2012). Nouvelles perspectives sur l'effet placebo : implications pour la recherche et la pratique clinique. *Alternative and Complementary Therapies*, 18, 130-135.

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. et Symonds, D. (2011). Alliance dans la psychothérapie individuelle. *Psychotherapy, 48*, 9-16.
- Hoshmand, L. T., & Polkinghorne, D. E. (1992). Redéfinir la relation science-pratique et la formation professionnelle. *American Psychologist, 47*, 55-66.
- Howard, G. S. (1980). Response-shift bias : Un problème dans l'évaluation des interventions avec des auto-rapports pré/post. *Evaluation Review, 4*, 93-106. doi:10.1177/0193841X8000400105
- Howard, G. S., & Dailey, P. R. (1979). Response-shift bias : Une source de contamination des mesures d'autodéclaration. *Journal of Applied Psychology, 64*, 144-150. doi:10.1037/0021-9010.64.2.144
- Howard, K. I., Kopta, S., Krause, M. S. et Orlinsky, D. E. (1986). La relation dose-effet dans la psychothérapie. *American Psychologist, 41*, 159-164. doi:10.1037/0003-066X.41.2.159
- Hróbjartsson, A., & Gotzsche, P. C. (2001). Le placebo est-il sans effet ? Une analyse des essais cliniques comparant le placebo à l'absence de traitement. *New England Journal of Medicine, 344*, 1594-1602. doi:10.1056/NEJM200105243442106
- Hsu, L. M. (1989). Random sampling, randomization, and equivalence of contrasted groups in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 131-137. doi:10.1037/0022-006X.57.1.131
- Huck, S. W., & Sandler, H. M. (1979). *Hypothèses rivales : Interprétations alternatives des conclusions basées sur des données*. New York, NY : Harper & Row.
- Hume, D. (1748). *Enquête sur la compréhension humaine*. Londres, Angleterre : P. F. Collier & Son.
- Hunsley, J., & Di Giulio, G. (2002). Dodo, phénix ou légende urbaine ? La question de la psychothérapie équivalente. *Revue scientifique des pratiques en matière de santé mentale : Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work, 1*, 11-22. Ilardi, S. S., & Craighead, W. (1999). Rapid early response, cognitive modification, and non specific factors in cognitive behavior therapy for depression : Une réponse à Tang et DeRubeis. *Psychologie clinique : Science and Practice, 6*, 295-299.
- Ioannidis, J. A. (2005). Effets contradictoires et initialement plus forts dans des recherches cliniques très citées. *Journal of the American Medical Association, 294*, 218-228. doi:10.1001/jama.294.2.218
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy : How well can clinical trials do the job ? *American Psychologist, 51*, 1031-1039. doi:10.1037/0003-066X.51.10.1031
- James, F. E. (1992). Le traitement à l'insuline en psychiatrie. *History of Psychiatry, 3*, 221-235.
- Jones, K. (2000). Insulin coma therapy in schizophrenia. *Journal of the Royal Society of Medicine, 93*, 147-149.
- Jopling, D. A. (2001). Placebo insight : La rationalité de la psychothérapie orientée vers l'insight. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 19-36. doi:10.1002/1097-4679(200101)57:1<19::AID-JCLP4>3.0.CO;2-Z
- Jopling, D. A. (2008). *Cures parlantes et effets placebo*. Oxford, Angleterre : Oxford University Press.
- Jorm, A. F., Duncan-Jones, P. P., & Scott, R. R. (1989). Une analyse de l'artefact de re-test dans des études longitudinales de
- les symptômes et la personnalité. *Médecine psychologique, 19*, 487-493. doi:10.1017/S0033291700012514
- Kahneman, D. (1965). Contrôle de l'association parasite et de la fiabilité de la variable contrôlée. *Psychological Bulletin, 64*, 326-329. doi:10.1037/h0022529
- Kahneman, D. (2011). *Penser, vite et lentement*. New York, NY : Farrar, Straus et Giroux.
- Kahneman, D., & Klein, G. (2009). Conditions d'une expertise intuitive : L'absence de désaccord. *Psychologue américain, 64*, 515-526. doi:10.1037/a0016755
- Kanter, J. W., Kohlenberg, R. J., & Loftus, E. F. (2004). Caractéristiques de la demande expérimentale et psychothérapeutique et justification de la thérapie cognitive : An analogue study. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 229-239.
- Kazdin, A. E. (1977). Évaluation de l'importance clinique ou appliquée du changement de comportement par la validation sociale. *Modification du comportement, 1*, 427-452. doi:10.1177/014544557714001
- Kazdin, A. E. (2007). Évaluation systématique pour améliorer la qualité des soins aux patients : From hope to hopeful. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 3*(4), 37-49.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Délimitation des mécanismes de changement dans la thérapie des enfants et des adolescents : Questions méthodologiques et recommandations de recherche. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 1116-1129.
- Kelly, J. F., & Moos, R. (2003). Abandon des groupes d'entraide en 12 étapes : Prévalence, prédicteurs, et contre-indications du traitement. *Journal of Substance Abuse Treatment, 24*, 241-250. doi:10.1016/S0740-5472(03)00021-7
- Kendall, P. C., Butcher, J. N., & Holmbeck, G. N. (1999). *Handbook of research methods in clinical psychology* (2e éd.). Hoboken, NJ : Wiley.
- Kienle, G. S., & Kiene, H. (1997). Le puissant effet placebo : Réalité ou fiction ? *Journal of Clinical Epidemiology, 50*, 1311-1318.
- Kirsch, I. (2005). Psychothérapie placebo : Synonyme ou oxymoron ? *Journal of Clinical Psychology, 61*, 791-803.
- Kirsch, I. (2013). L'effet placebo revisité : Leçons tirées à ce jour. *Complementary Therapies in Medicine, 21*, 102-104.
- Kirsch, I., & Sapirstein, G. (1998). Écouter du Prozac mais entendre un placebo : Une méta-analyse de la médication antidépressive. *Prevention & Treatment, 1*(2), Article 0002a. doi:10.1037/1522-3736.1.1.12a
- Klein, D. F. (1998). Écouter la méta-analyse mais entendre les préjugés. *Prévention et traitement, 1*(2), article 6c. doi:10.1037/1522-3736.1.1.16c
- Koffka, K. K. (1935). *Principes de la psychologie de la Gestalt*. Oxford, Angleterre : Harcourt, Brace.
- Koocher, G. P., Norcross, J. C., & Hill, S. S. (Eds.). (2005). *Psychologists' desk reference* (2e éd.). New York, NY : Oxford University Press.
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G. et Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry, 59*, 877-883.
- Kruger, J., Savitsky, K., & Gilovich, T. (1999). Superstition et effet de régression. *Skeptical Inquirer, 23*, 24-29.
- Kunda, Z. (1990). Le cas raisonnement motivé. *Bulletin psychologique, 108*, 480-498. doi:10.1037/0033-2909.108.3.480

- Lambert, M. J. (1976). Rémission spontanée dans les troubles névrotiques de l'adulte : Une révision et un résumé. *Psychological Bulletin*, *83*, 107-118.
- Lambert, M. J. (2005). Réponse précoce en psychothérapie : Preuve supplémentaire de l'importance des facteurs communs plutôt que des "effets placebo". *Journal of Clinical Psychology*, *61*, 855-869.
- Lambert, M. J., Lunnen, K., Umphress, V., Hansen, N., & Burlingame, G. M. (1994). *Manuel d'administration et notation pour le questionnaire sur les résultats (OQ-45.1)*. Salt Lake City, UT : IHC Center for Behavioral Healthcare Efficacy.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). L'efficacité et l'effectivité de la psychothérapie. Dans M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5e éd., pp. 139-193). New York, NY : Wiley.
- Langer, E. J. (1975). L'illusion du contrôle. *Journal of Personality and Social Psychology*, *32*, 311-328. doi:10.1037/0022-3514.32.2.311
- Lassiter, G., Geers, A. L., Munhall, P., Ploutz-Snyder, R. J., & Breitenbecher, D. L. (2002). Illusory causation : Pourquoi elle se produit. *Psychological Science*, *13*, 299-305. doi:10.1111/j.0956-7976.2002.x
- Laurenceau, J. P., Hayes, A. M., & Feldman, G. C. (2007). Quelques questions méthodologiques et statistiques dans l'étude des processus de changement en psychothérapie. *Clinical Psychology Review*, *27*, 682-695.
- Lehrer, J. (2010, 25 février). La dépression est à la hausse. *The New York Times*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.nytimes.com>
- Leins, U., Goth, G., Hinterberger, T., Klinger, C., Rumpf, N. & Strehl, U. (2007). Neurofeedback pour les enfants atteints de TDAH : A comparison of SCP and Theta/Beta protocols. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, *32*, 73-88.
- Lenzenweger, M. F. (1999). Stabilité et changement des caractéristiques des troubles personnels : L'étude longitudinale des troubles de la personnalité. *Archives de psychiatrie générale*, *56*, 1009-1015. doi:10.1001/archpsyc.56.11.1009
- Leucht, S. S., Arbter, D. D., Engel, R. R., Kissling, W. W., & Davis, J. M. (2009). Quelle est l'efficacité des médicaments antipsychotiques de deuxième génération ? Une méta-analyse des essais contrôlés par placebo. *Molecular Psychiatry*, *14*, 429-447. doi:10.1038/sj.mp.4002136
- Lilienfeld, S. O. (2007). Les traitements psychologiques qui causent des dommages. *Perspectives sur la science psychologique*, *2*, 53-70. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x
- Lilienfeld, S. O. (2014). Le verdict du Dodo Bird : situation en 2014. *Thérapeute du comportement*, *37*, 91-95.
- Lilienfeld, S. O., Ammirati, R., & Landfield, K. (2009). Donner de l'avilissement : La recherche psychologique sur correction des erreurs cognitives peut-elle promouvoir le bien-être humain ? *Perspectives on Psychological Science*, *4*, 390-398. doi:10.1111/j.1745-6924.2009.01144.x
- Lilienfeld, S. O., Lohr, J. M., & Olatunji, B. O. (2008). Encourager les étudiants à réfléchir de manière critique à la psychothérapie : Surmonter le réalisme naïf. Dans D. S. Dunn, J. S. Halonen, & R. A. Smith (Eds.), *Teaching critical thinking in psychology : A handbook of best practices* (pp. 267-271). Chichester, Royaume-Uni : Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9781444305173.ch26
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., & Lohr, J. M. (2003). *Science et pseudo-science en psychologie clinique*. New York, NY : Guilford Press.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Pourquoi de nombreux psychologues cliniciens sont résistants à la pratique fondée sur les preuves : Causes profondes et remèdes constructifs. *Clinical Psychology Review*, *33*, 883-890.
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., & Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma : Current status and future directions. *Psychologie clinique : Science and Practice*, *9*, 112-134. doi:10.1093/clipsy/9.2.112
- Loftus, E. F. (1993). La réalité des souvenirs refoulés. *Psychologue américain*, *48*, 518-537. doi:10.1037/0003-066X.48.5.518
- Loftus, L. S., & Arnold, W. N. (1991). La maladie de Vincent van Gogh : Porphyrie aiguë intermittente ? *British Medical Journal*, *303*, 1589-1591.
- Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Faut-il remettre en cause les pensées dans la thérapie cognitive du comportement ? *Clinical Psychology Review*, *27*, 173-187.
- Loranger, A. W., Lenzenweger, M. F., Gartner, A. F., & Susman, V. L. (1991). Artefacts de l'état des traits et diagnostic des troubles de la sonalité. *Archives de psychiatrie générale*, *48*, 720-728. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810320044007
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Études comparatives des psychothérapies : Est-il vrai que "tout le monde a gagné et tout le monde doit avoir des prix" ? *Archives de psychiatrie générale*, *32*, 995-1008. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004
- Luty, S. E., Carter, J. D., McKenzie, J. M., Rae, A. M., Frampton, C. M., Mulder, R. T., & Joyce, P. R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 496-502.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mécanismes de changement dans la thérapie comportementale dialectique : Observations théoriques et empiriques. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 459-480. doi:10.1002/jclp.20243
- Lynn, S. J., & Nash, M. R. (1994). La vérité dans la mémoire : Ramifications for psychotherapy and hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *36*(3), 194-208.
- Magaret, A. (1950). Généralisation dans une psychothérapie réussie. *Journal of Consulting Psychology*, *14*, 64-70. doi:10.1037/h0053633
- Manzi, J. (2012). *Incontrôlé : L'étonnante récompense des tâtonnements dans les affaires, la politique et la société*. New York, NY : Basic Books.
- Marino, L., & Lilienfeld, S. O. (2007). Dolphin-assisted therapy : Plus de données erronées et plus de conclusions erronées. *ANTHROZOÏS*, *20*, 239-249. doi:10.2752/089279307X224782
- Markin, R. D., & Kivlighan, D. (2007). Biais dans les évaluations des psychothérapeutes concernant le transfert et la perspicacité des clients. *Psychothérapie : Théorie, recherche, pratique, formation*, *44*, 300-315. doi:10.1037/0033-3204.44.3.300
- Marmar, C. R. (1990). Recherche sur le processus de psychothérapie : Progrès, dilemmes et orientations futures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 265-272.
- Masicampo, E. J., & Lalande, D. R. (2012). Une prévalence particulière de valeurs p juste en dessous de 0,05. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *65*, 2271-2279.

- Matute, H., Yarritu, I., & Vadillo, M. A. (2011). Illusions de causalité au cœur de la pseudo-science. *British Journal of Psychology*, *102*, 392-405.
- Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V. et Patterson, T. L. (2010). La relation entre le respect du travail à domicile et les résultats de la thérapie : Une méta-analyse actualisée. *Cognitive Therapy and Research*, *34*, 429-438. doi:10.1007/s10608-010-9297-z
- Mayou, R. A., Ehlers, A. A., & Hobbs, M. M. (2000). Débriefing psychologique pour les victimes d'accidents de la route : Trois ans de suivi d'un essai contrôlé randomisé. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 589-593. doi:10.1192/bjp.176.6.589
- Mayr, E. (1981, 30 octobre). Classification biologique : Vers une synthèse de méthodologies opposées. *Science*, *214*, 510-516.
- McArthur, L. Z. (1980). Causalité illusoire et corrélation illusoire : Deux récits épistémologiques. *Bulletin de personnalité et de psychologie sociale*, *6*, 507-519. doi:10.1177/014616728064003
- McArthur, L. Z., & Solomon, L. K. (1978). Perceptions d'une rencontre agressive en fonction de la saillance de la victime et de l'excitation du percepteur. *Journal of Personality and Social Psychology*, *36*, 1278-1290. doi:10.1037/0022-3514.36.11.1278
- McCall, R. B. (1977). Les défis d'une science du développement - la psychologie mentale. *Développement de l'enfant*, *48*, 333-344. doi:10.2307/1128626
- McCaughey, R. (2011). *Pourquoi la religion est naturelle et la science ne l'est pas*. Oxford, Angleterre : Oxford University Press.
- McCullough, J. P. (2000). *Traitement de la dépression chronique : Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York, NY : Guilford Press.
- McDonald, C. J., Mazzuca, S. A. et McCabe, G. P. (1983). Dans quelle mesure l'"effet" du placebo est-il réellement une régression statistique ? *Statistics in Medicine*, *2*, 417-427.
- McFall, R. M. (1991). Manifeste pour une science de la psychologie clinique. *The Clinical Psychologist*, *44*(6), 75-88.
- McFall, R. M., & Treat, T. A. (1999). Quantifier la valeur informative des évaluations cliniques avec la théorie de la détection des signaux. *Annual Review of Psychology*, *50*, 215-241. doi:10.1146/annurev.psych.50.1.215
- McFarland, C., & Alvaro, C. (2000). L'impact de la motivation sur les comparaisons temporelles : Faire face aux événements traumatisants en percevant la croissance personnelle. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 327-343.
- McHugh, P. M. (1994). Psychothérapie de travers. *American Scholar*, *63* ans, 17-30 ans.
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). La diffusion et la mise en œuvre de traitements psychologiques fondés sur des données probantes : A review of current efforts. *American Psychologist*, *65*, 73-84.
- McLeod, J. (2001). Une réalité créée administrativement : Certains problèmes liés à l'utilisation du questionnaire d'auto-évaluation sont liés à l'adaptation dans le cadre de la recherche sur les résultats du conseil/psychothérapie. *Counselling & Psychotherapy Research*, *1*, 215-226.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Une intervention psychologique précoce favorise-t-elle la guérison du stress post-traumatique ? *Psychological Science in the Public Interest*, *4*, 45-79. doi:10.1111/1529-1006.01421
- McReynolds, W. T., & Tori, C. (1972). Une autre évaluation des effets placebo de l'attention et des caractéristiques de la demande dans les études de désensibilisation systématique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *38*, 261-264.
- Meehl, P. E. (1955). Psychothérapie. *Revue annuelle de psychologie*, *63*, 57-378. doi:10.1146/annurev.ps.06.020155.002041
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Regardons les choses en face : Les facteurs communs sont plus puissants que les ingrédients spécifiques d'une thérapie. *Psychologie clinique : Science and Practice*, *9*, 21-25.
- Meyer, R. G., & Deitsch, S. E. (1996). *The clinician's handbook (Manuel du clinicien) : Integrated diagnostics, assessment, and intervention in adult and adolescent psychopathology* (4e éd.). Needham Heights, MA : Allyn & Bacon.
- Michotte, A. (1945). *La perception de la causalité*. New York, NY : Basic Books.
- Mintz, J., Drake, R. E., & Crits-Christoph, P. (1996). Efficacité et efficacité de la psychothérapie : Deux *American Psychologist*, *51*, 1084-1085. doi:10.1037/0003-066X.51.10.1084
- Morgado, A., Smith, M., Lecrubier, Y. et Widlocher, D. (1991). Les sujets dépressifs déclarent involontairement une mauvaise adaptation sociale qu'ils réévaluent une fois rétablis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *179*, 614-619.
- Morgan, C. D., & Murray, H. A. (1935). Une méthode d'investigation des fantasmes : The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology and Psychiatry*, *34*, 289-306.
- Morrison, J. R. (1997). *Lorsque des problèmes psychologiques masquent des troubles médicaux : Un guide pour les psychothérapeutes*. New York, NY : Guilford Press.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P., & Dolan, S. L. (2003). Recherche sur l'efficacité et l'efficacité des psychothérapies : Entre Scylla et Charybde ? Dans A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (3e éd., pp. 505-546). Washington, DC : American Psychological Association.
- Nichols, M. P., & Efran, J. S. (1985). Catharsis in psychother-
Psychothérapie : Theory, Research, Practice, Training, *22*, 46-58.
- Nickerson, R. S. (1998). Biais de confirmation : Un phénomène omniprésent sous de nombreuses formes. *Review of General Psychology*, *2*, 175-220. doi:10.1037/1089-2680.2.2.175
- Nisbett, R. E., & Ross, L. (1980). *L'inférence humaine : Stratégies et lacunes du jugement social*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). En dire plus que ce que l'on peut savoir : Rapports verbaux sur les processus mentaux. *Psychological Review*, *84*, 231-259.
- Nock, M. K., Michel, B. D., & Photos, V. I. (2007). Modèles de recherche à cas unique. Dans D. McKay (Ed.), *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology* (pp. 337- 350). New York, NY : Sage.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (2007). *Evidence-based practices in mental health*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2006). The therapy relation- ship. Dans J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health : Débat et dialogue sur les questions fondamentales* (pp. 208-218). Washington, DC : American Psychological Association.

- Novella, S. E. (2008). L'effet placebo. *Médecine basée sur la science*. Consulté sur <http://www.sciencebasedmedicine.org/index.php/the-placebo-effect/>
- Novella, S. E. (2010). Le pauvre placebo incompris. *Skeptical Inquirer*, 34(6), 33-34.
- O'Donohue, W., & Lilienfeld, S. O. (2007). La dimension épistémologique et éthique de la science clinique. Dans T. A. Treat, R. R. Bootzin, & T. B. Baker (Eds.), *Psychological clinical science : Papers in honor of Richard M. McFall* (pp. 29-52). New York, NY : Psychology Press.
- Offit, P. A. (2010). *Les faux prophètes de l'autisme : La mauvaise science, la médecine à risque et la recherche d'un remède*. New York, NY : Columbia University Press.
- O'Leary, K., & Borkovec, T. D. (1978). Conceptual, methodological, and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. *American Psychologist*, 33, 821-830. doi:10.1037/0003-066X.33.9.821
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Cinquante ans de recherche sur les résultats des processus de psychothérapie : Continuité et changement. Dans M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5e éd., pp. 307-390). New York, NY : Wiley.
- Orne, M. T. (1962). Sur la psychologie sociale de l'expérience psychologique-cal : Avec une référence particulière aux caractéristiques de la demande et à leurs implications. *American Psychologist*, 17, 776-783. doi:10.1037/h0043424
- Pace, T. W., Negi, L., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., . . . Raison, C. L. (2009). Effet de la médiation de compassion sur les réponses neuroendocriniennes, immunitaires et comportementales innées au stress psychosocial. *Psychoneuroendocrinologie*, 34, 87-98. doi:10.1016/j.psyneuen.2008.08.011
- Paul, G. L. (1966). *Insight vs. DESENSIBILISATION en psychothérapie ; une expérience de réduction de l'anxiété*. Stanford, CA : Stanford University Press.
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercice et bien-être : Un examen des avantages pour la santé mentale et physique associés à l'activité physique. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 189-193. doi:10.1097/00001504-200503000-00013
- Pennebaker, J. W., & Skelton, J. A. (1981). Surveillance sélective des sensations physiques. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 213-223. doi:10.1037/0022-3514.41.2.213
- Petitti, D. B. (1994). *Méta-analyse, analyse décisionnelle et analyse coût-efficacité*. New York, NY : Oxford University Press.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., & Buehler, J. (2005). Scared Straight et autres programmes de sensibilisation des jeunes pour la pré-délinquance juvénile. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 4, 48-54.
- Posternak, M. A., & Zimmerman, M. (2000). Short-term spontaneous improvement in depressed outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 799-804.
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., & Fairburn, C. G. (2014). Un essai contrôlé randomisé de psychothérapie psychanalytique ou de thérapie cognitivo-comportementale pour la boulimie. *American Journal of Psychiatry*, 171, 109-116.
- Prasad, V., Cifu, A., & Ioannidis, J. P. (2012). Inversion des pratiques médicales établies. *Journal of the American Medical Association*, 307, 37-38.
- Rachman, S. J. (1973). Les effets des traitements psychologiques. Dans H. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology* (pp. 805-819). New York, NY : Basic Books.
- Rice, M. E., Harris, G. T., & Cormier, C. A. (1992). Evaluation d'une communauté thérapeutique de sécurité maximale pour les psychopathes et autres délinquants souffrant de troubles mentaux. *Law and Human Behavior*, 16, 399-412. doi:10.1007/BF02352266
- Rickels, K., Lipman, R. S., Fisher, S., Park, L. C., & Uhlenhuth, E. H. (1970). Un essai clinique en double aveugle est-il vraiment en double aveugle ? Un rapport sur les suppositions des médecins concernant les médicaments. *Psychopharmacologia*, 16, 329-336.
- Ritschel, L. A. (2005). Réconcilier la brèche : améliorer la formation des diplômés en psychologie clinique au XXIe siècle. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1111-1114. doi:10.1002/jclp.20147
- Robins, R. W., Fraley, R., Roberts, B. W., & Trziesniewski, K. H. (2001). Une étude longitudinale sur le changement de personnalité chez les jeunes adultes. *Journal of Personality*, 69, 617-640. doi:10.1111/1467-6494.694157
- Robins, R. W., Nofhle, E. E., Trziesniewski, K. H., & Roberts, B. W. (2005). Les gens savent-ils comment leur personnalité a changé ? Corrélatés des changements de personnalité perçus et réels au cours de la jeune vie adulte. *Journal of Personality*, 73, 489-521. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00317.x
- Romanczyk, R. G., Arnstein, L., Soorya, L. V., & Gillis, J. (2003). La myriade de traitements controversés pour l'autisme : A critical evaluation of efficacy. Dans S. O. Lilienfeld, S. Lynn, & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 363-395). New York, NY : Guilford Press.
- Rosenthal, R. (1979). Le problème du tirage de fichiers et la tolérance pour les résultats nuls. *Psychological Bulletin*, 86, 638-641. doi:10.1037/0033-2909.86.3.638
- Ross, L., & Ward, A. (1996). Le réalisme naïf dans la vie quotidienne : implications pour les conflits sociaux et les malentendus. Dans E. S. Reed, E. Turiel, & T. Brown (Eds.), *Values and knowledge* (pp. 103-135). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Ross, M. (1989). Relation entre les théories implicites et la construction d'histoires personnelles. *Psychological Review*, 96, 341-357. doi:10.1037/0033-295X.96.2.341
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *Qu'est-ce qui marche pour qui ? Une revue critique de la recherche en psychothérapie*. New York, NY : Guilford Press.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine : Ce qu'elle est et ce qu'elle n'est pas. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Salsburg, D. (2001). *La dame dégustant du thé : Comment la statistique a REVOLUTIONNÉ LA science au 20e siècle*. New York, NY : W.H. Freeman.
- Samuel, D. B., Hopwood, C. J., Ansell, E. B., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Markowitz, J. C., . . . Grilo, C. M. (2011). Comparaison de la stabilité temporelle de l'auto-évaluation et du trouble de la personnalité évalué par l'interview. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 670-680. doi:10.1037/a0022647
- Segall, M. H., Campbell, D. T., & Herskovits, M. J. (1966). *L'influence de la culture sur la perception visuelle*. Oxford, Angleterre : Bobbs-Merrill.
- Seligman, M. P. (1995). L'efficacité de la psychothérapie : L'étude de Consumer Reports. *American Psychologist*, 50, 965-974. doi:10.1037/0003-066X.50.12.965

- Shafraan, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., & Wilson, G. T. (2009). Mind the gap : Améliorer la diffusion des TCC. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 902-909.
- Shapiro, A. K., & Shapiro, E. (1997). Le placebo : beaucoup de bruit pour rien ? Dans A. Harrington (Ed.), *The placebo effect : An interdisciplinary exploration* (pp. 12-36). Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Shea, M., Edelen, M. O., Pinto, A. A., Yen, S. S., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., & . . . Morey, L. C. (2009). Amélioration âge. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *119*, 143-148. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01274.x
- Shedler, J. (2010). L'efficacité de la psychothérapie psychodynamique. *American Psychologist*, *65*, 98-109. doi:10.1037/a0018378
- Sloman, S. (2005). *Modèles de causalité : Comment les gens pensent au monde et à ses alternatives*. New York, NY : Oxford University Press.
- Smith, D. B. (2009, septembre). Le médecin est là. *The American Scholar*, *78*(4). Disponible à l'adresse suivante : <http://theamericanscholar.org>
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *Les bienfaits de la psychothérapie*. Baltimore, MD : Johns Hopkins University Press.
- Solomon, D. A., Leon, A. C., Coryell, W. H., Endicott, J., Li, C., Fiedorowicz, J. G., . . . Keller, M. B. (2010). Longitudinal course of bipolar I disorder : Durée des épisodes d'humeur. *Archives de psychiatrie générale*, *67*, 339-347. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.15
- Spengler, P. M., White, M. J., Égisdóttir, S., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S. et Rush, J. D. (2009). Le projet de méta-analyse du jugement clinique : Effects of expérience on judgment accuracy. *The Counseling Psychologist*, *37*, 350-399.
- Spitzer, R. L. (2003). Certains gays et lesbiennes peuvent-ils changer d'orientation sexuelle ? 200 participants ont déclaré être passés d'une orientation homosexuelle à une orientation hétérosexuelle. *Archives du comportement sexuel*, *32*, 403-417. doi:10.1023/A:1025647527010
- Spitzer, R. L. (2012). Spitzer réévalue son étude de 2003 sur la thérapie réparatrice de l'homosexualité. *Archives du comportement sexuel*, *41*, 747. doi:10.1007/s10508-012-9966-y
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology : Ce que c'est, pourquoi c'est important : Ce qu'il faut savoir. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 611-631. doi:10.1002/jclp.20373
- Stanovich, K. E., & West, R. F. (2008). On the relative independence of thinking biases and cognitive ability. *Journal of Personality and Social Psychology*, *94*, 672-695.
- Steer, R. Y., & Ritschel, L. A. (2010). Placebo. Dans I. Weiner & W. E. Craighead (Eds.), *Encyclopédie Corsini de psychologie* (pp. 1252-1254). New York, NY : Wiley.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2007). La recherche en psychothérapie permet-elle d'éclairer les décisions de traitement en pratique privée ? *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 267-281. doi:10.1002/jclp.20347
- Stewart, R. E., Chambless, D. L., & Baron, J. (2011). Obstacles théoriques et pratiques à la volonté des praticiens de chercher formation aux traitements empiriques. *Journal of Clinical Psychology*, *68*, 8-23.
- Straus, S. E., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O. et Shepperd, S. (2010). Suivi de l'utilisation des connaissances et évaluation des résultats. *Journal de l'Association médicale canadienne*, *182*, e94-e98. doi:10.1503/cmaj.081335
- Stricker, G. (2003). Les nombreux visages de l'auto-divulgateur. *Journal of Clinical Psychology*, *59*, 623-630.
- Stricker, G., & Trierweiler, S. J. (1995). The local clinical scientist : Un pont entre la science et la pratique. *American Psychologist*, *50*, 995-1002. doi:10.1037/0003-066X.50.12.995
- Suls, J., & Howren, M. B. (2012). Understanding the physical-symptom experience : Les contributions distinctives de l'anxiété et de la dépression. *Current Directions in Psychological Science*, *21*, 129-134.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Interruption prématurée de la psychothérapie pour adultes : A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*, 547-559. doi:10.1037/a0028226
- Taleb, N. N. (2007). *Le cygne noir : L'impact du très improbable*. New York, NY : Random House.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 894-904.
- Taubes, G. (2007, 16 septembre). Savons-nous vraiment ce qui nous rend en bonne santé ? *The New York Times*. Disponible auprès de <http://www.dcsience.net>
- Tavris, C. (2003). L'écart grandissant entre les scientifiques et les praticiens. Dans S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. ix-xviii). New York, NY : Guilford Press.
- Taylor, S. E., & Fiske, S. T. (1975). Point de vue et perceptions de la causalité. *Journal of Personality and Social Psychology*, *32*, 439-445. doi:10.1037/h0077095
- Taylor, S. E., & Fiske, S. T. (1978). Saillance, attention et attrition : Phénomènes du haut de la tête. Dans L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 11, pp. 249-288). New York, NY : Academic Press.
- Tehrani, E. E., Krussel, J. J., Borg, L. L., & Munk-Jørgensen, P. (1996). Abandon d'un traitement psychiatrique : Une étude prospective d'une cohorte de première admission. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *94*, 266-271. doi:10.1111/j.1600-0447.1996.tb09859.x
- Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., McNulty, J. L., Arbisi, P. A., Graham, J. R., & Kaemmer, B. (2003). *MMPI-2 Restructured Clinical (RC) scales : Development, validation, and interpretation*. Minneapolis : University of Minnesota Press.
- Tetlock, P. E. (2005). *Expertise politique : Quelle est sa qualité ? Comment pouvons-nous le savoir ?* Princeton, NJ : Princeton University Press.
- Thompson, S. C. (1999). Illusions de contrôle : comment nous surestimons notre influence personnelle. *Current Directions in Psychological Science*, *8*, 187-190. doi:10.1111/1467-8721.00044
- Tolin, D. F. (2010). La thérapie cognitivo-comportementale est-elle plus efficace que les autres thérapies ? Une revue méta-analytique. *Clinical Psychology Review*, *30*, 710-720. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003

- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise en psychothérapie : Un objectif insaisissable ? *Psychologue américain*, 69, 218-229.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974, 27 septembre). Jugement dans l'incertitude : Heuristique et préjugés. *Science*, 185, 1124-1131. doi:10.1126/science.185.4157.1124
- Valenstein, E. S. (1986). *Des cures grandes et désespérées : L'essor et le déclin de la psychochirurgie et d'autres traitements radicaux des maladies mentales*. New York, NY : Basic Books.
- Wachtel, P. L. (1987). *Action et perspicacité*. New York, NY : Guilford Press.
- Wachtel, P. L. (2010). Au-delà des "EST" : Hypothèses problématiques dans la poursuite d'une pratique fondée sur des preuves. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 251-263.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. et Lambert, M. J. (2012). Une enquête sur les préjugés d'auto-évaluation des prestataires de soins de santé masculins. *Rapports psychologiques*, 110, 639-644. doi:10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644
- Walker, W., Skowronski, J. J., & Thompson, C. P. (2003). La vie est agréable - et la mémoire aide à la garder ainsi ! *Review of General Psychology*, 7, 203-210. doi:10.1037/1089-2680.7.2.203
- Wampold, B. E. (2001). *Le grand débat sur la psychothérapie : modèles, méthodes et résultats*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Wampold, B. E., & DeFife, J. (2010, 6 février). Comment fonctionne la psychothérapie. *Psychology Today*. Consulté sur <http://www.psychologytoday.com/blog/the-shrink-tank/201002/how-psychotherapy-works>
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. et Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies : Empiriquement, "toutes doivent avoir un prix". *Psychological Bulletin*, 122, 203-215. doi:10.1037/0033-2909.122.3.203
- Wechsler, M. E., Kelley, J. M., Boyd, I. O., Dutilleul, S., Marigowda, G., Kirsch, I., . . . Kaptchuk, T. J. (2011). Albutérol ou placebo actif, acupuncture simulée ou aucune intervention dans l'asthme. *New England Journal of Medicine*, 365, 119-126.
- Weiss, B., & Weisz, J. R. (1990). The impact of methodological factors on child psychotherapy outcome research : Une méta-analyse pour les chercheurs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 639-670. doi:10.1007/BF01342752
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited : A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-458.
- Westen, D. (1988). Transfert et traitement de l'information. *Clinical Psychology Review*, 8, 161-179.
- Westen, D., & Bradley, R. (2005). Complexité soutenue empiriquement : Rethinking evidence-based practice in psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 266-271. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00378.x
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies : Hypothèses, résultats et rapports des essais cliniques contrôlés. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663. doi:10.1037/0033-2909.130.4.631
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2005). EBPEST : Réponse aux critères - Christoph et al. (2005) et Weisz et al. (2005). *Psychological Bulletin*, 131, 427-433.
- Westen, D., & Weinberger, J. (2005). Eloge du jugement clinique : L'héritage oublié de Meehl. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1257-1276. doi:10.1002/jclp.20181
- Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H., & Keitner, G. I. (1991). Thérapie cognitive avec des patients hospitalisés déprimés : Effets spécifiques sur les cognitions dysfonctionnelles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 282-288.
- Wilson, A. E., & Ross, M. (2001). Du chump au champion : L'évaluation par les gens de leur vie passée et présente. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 572-584. doi:10.1037/0022-3514.80.4.572
- Wilson, G. T. (1999). Rapid response to cognitive behavior therapy. *Psychologie clinique : Science and Practice*, 6, 289-292.
- Wilson, T. D. (2011). *Redirect : The surprising new science of psychological change*. Boston, MA : Little, Brown.
- Wolpert, L. (1992). *La nature non naturelle de la science*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Zamansky, H. S., Scharf, B., & Brightbill, R. (1964). The effect of expectancy for hypnosis on prehypnotic performance. *Journal of Personality*, 32, 236-248. doi:10.1111/j.1467-6494.1964.tb01338.x
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Le syndrome de stress post-traumatique est-il sous-diagnostiqué dans les établissements cliniques de routine ? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 420-428.