Annexes

ANNEXE 1

Guide de bonnes pratiques du *Department of Health* au Royaume-Uni

L'élaboration du guide de bonnes pratiques a été menée par le *British Psychological Society Center for Outcomes Research and Effectiveness* avec le concours de nombreuses organisations. Les troubles pris en considération sont : la dépression y compris la dépression du post-partum ; les troubles anxieux ; les troubles du comportement alimentaires ; les troubles de la personnalité et des troubles somatiques. Ne sont pas abordés, la schizophrénie et les troubles spécifiques de l'enfant et de l'adolescent. Deux sources principales de données ont été utilisées : les revues Cohrane et les revues « de bonne qualité » de 1990 à 1998. Pour établir le niveau de preuve, le groupe fait référence à la méthode adaptée de Eccles et coll. (1998).

Catégories d'évidence

Catégories	Niveau de preuve
Ia	preuve établie d'après des études méta-analytiques et randomisées
Ib	preuve établie d'après au moins une étude contrôlée
IIa	preuve établie d'après au moins une étude contrôlée sans randomisation
IIb	preuve établie d'après au moins un autre type d'études quasi-expérimentales
III	preuve établie d'après des études descriptives comme les études comparatives, des études corrélationnelles et des études cas-témoins
IV	preuves venant des opinions des experts ou de comités d'experts ou de l'expérience clinique ou d'une autorité respectée ou des deux

Force des recommandations

Grades	Catégories
Force A	directement basée sur la catégorie I
Force B	directement basée sur la catégorie II de preuves ou extrapolée de la catégorie I
Force C	directement basée sur la catégorie III de preuves ou extrapolée de la catégorie II
Force D	directement basée sur la catégorie IV de preuves ou extrapolée de la catégorie III de preuves

Principales recommandations

Recommandations	Grades	Catégories
La psychothérapie peut être considérée comme une option de traitement	B	II/I
Les troubles mentaux sévères et complexes devraient recevoir secondairement un avis de spécialiste	D	IV
L'efficacité de tous les types de thérapies dépend du patient et du thérapeute formant une bonne relation de travail	B	II

Recommandations	Grades	Catégories
Des thérapies de moins de 8 séances ne sont pas efficaces de manière optimale pour les troubles modérés à sévères	B	I
Souvent 16 séances ou plus sont nécessaires pour le soulagement des symptômes et de plus longues thérapies sont requises pour accomplir les derniers changements dans le fonctionnement social et personnel	C	III
Les phobies spécifiques et le trouble panique simple (sans symptômes d'agoraphobie) peuvent répondre aux interventions brèves	B	I
L'âge, le sexe la classe sociale et le groupe ethnique sont généralement des facteurs peu importants dans le choix de la thérapie et ne peuvent conditionner l'accès aux thérapies	C	II
L'identité ethnique et culturelle des patients doivent être respectées en les référants à des thérapeutes de sensiblité culturelles compatibles	D	IV
La préférence du patient peut influencer le choix du traitement, particulièrement là où aucune données validées n'indiquent un choix clair pour un type de thérapie	D	IV
Le talent et l'expérience du thérapeute doivent être pris en considération. Les problèmes les plus complexes et ceux pour lesquels les patients sont peu motivés nécessitent la plus grande compétence des thérapeutes	D	IV
L'intérêt pour l'auto-exploration et la capacité à tolérer des frustrations dans les relations avec autrui sont particulièrement importants pour le succès des thérapies interprétatives (psycho-analytiques et psychodynamique) comparées aux thérapies de soutien	C	III
Les patients qui ont des difficultés d'ajustement aux événements de vie, maladie, incapacité, handicap ou pertes (incluant naissance et deuil) peuvent bénéficier de thérapies brèves telle que le *counselling*	B	II/I ext
Quand un trouble postraumatique est identifié, une psychothérapie est indiquée ; les meilleures preuves d'efficacité ont été obtenues pour les méthodes cognitivo-comportementales	A	I
Les troubles dépressifs peuvent être traités efficacement par psychothérapie avec les meilleures preuves pour la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie interpersonnelle et certains résultats validés pour des thérapies structurées incluant les thérapies psychodynamiques	A	I
Les troubles anxieux avec des symptômes d'anxiété marqués (trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, phobie spécifique et trouble anxieux généralisé) peuvent bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale	A	I
La boulimie peut être traitée par psychothérapie ; la meilleure preuve d'efficacité est obtenue avec la thérapie interpersonnelle et la thérapie cognitivo-comportementale	A	I
Une psychothérapie individuelle pour l'anorexie peut être bénéfique ; sans supériorité clairement établie d'efficacité d'un type particulier de thérapie	B	II
Un diagnostic comorbide de trouble de la personnalité peut rendre le traitement plus difficile et moins efficace ; les indications de trouble de la personnalité incluent une histoire pénale, de sévères problèmes relationnels et des problèmes complexes récurrents	D	III
Des psychothérapies structurées conduites par des praticiens de talent peuvent contribuer au traitement à long terme des troubles de la personnalité	C	II
Les thérapies cognitives peuvent être considérées comme un traitement pour la fatigue chronique et les plaintes somatiques	B	I

Recommandations	Grades	Catégories
Les interventions psychologiques devraient être considérées comme traitement pour d'autres plaintes d'origine somatique avec une composante psychologique tel que le syndrôme du colon irritable et les plaintes gynécologiques	C	II
Un *debriefing* de routine juste après un événement traumatique ne peut probablement pas aider à la prévention d'un trouble post-traumatique et n'est pas recommandé	A	I
Une thérapie de soutien n'est pas recommandée comme intervention principale pour les troubles mentaux sévères et les troubles de la personnalité	D	IV

BIBLIOGRAPHIE

DEPARTMENT OF HEALTH. Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence based clinical practice guideline. 2001, 63p. Disponible sur internet à l'adresse : www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline/treatment.pdf

ECCLES M, CLARKE J, LIVINGSTONE M, FREEMANTLE N, MASON J. North of England evidence based guidelines development project : guideline for the primary care management of dementia. *BMJ* 1998, **317** : 802-808. Erratum in : *BMJ* 1998, **317** : 1151

Annexe 2

Travaux de l'*American Psychological Association*

A la suite d'une *Task Force* de l'*American Psychological Association* faisant le point de la recherche sur les psychothérapies pour les troubles mentaux de l'adulte (*American Psychological Association*, 1995 ; Chambless et coll., 1996 ; Chambless et coll., 1998), une *Task Force* similaire a été mise en place par l'*American Psychological Association*, à la fin des années 1990, pour expertiser les données existantes sur l'efficacité des interventions psychosociales dans les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Des critères, adaptés de ceux élaborés par Chambless et coll., pour l'adulte, ont été proposés pour définir deux niveaux d'évidence empirique.

La *Task Force* de l'*American Psychological Association* a examiné, pour chaque catégorie diagnostique chez l'enfant et l'adolescent, plusieurs centaines de travaux publiés, et a expertisé ceux présentant une puissance statistique adéquate, leur appliquant les critères d'évidence empirique qu'elle avait définis. Les résultats de l'analyse des experts américains ont été publiés, et sont repris dans les articles de synthèse de Hibbs (2001) et de Weisz et Jensen (2001).

Les tableaux qui suivent présentent les traitements identifiés comme « d'efficacité établie » ou « probablement efficaces » dans les catégories diagnostiques suivantes : dépression (Kaslow et Thompson, 1998), peurs et anxiété (Ollendick et King, 1998), trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (ADHD) (Pelham et coll., 1998), problèmes et troubles des conduites (Brestan et Eyberg, 1998).

L'*American Psychological Association* conclut aussi que les problèmes et troubles de l'enfant et de l'adolescent pour lesquels des traitements d'efficacité empiriquement démontrée font encore défaut sont nombreux, citant notamment : l'anorexie mentale, l'état de stress post-traumatique, le trouble bipolaire, le TOC, le trouble panique, l'abus et la dépendance aux substances.

Critères pour définir deux niveaux d'évidence empirique pour l'évaluation des interventions psychosociales chez l'enfant et l'adolescent selon l'*American Psychological Association* (Lonigan et coll., 1998)

Critères pour les interventions « d'efficacité bien établie »
Au moins deux essais inter-groupe, bien conduits, par des investigateurs différents, démontrant l'efficacité d'un traitement de l'une de deux manières : le traitement est supérieur à un placebo ou à un traitement alternatif /ou le traitement est équivalent à un traitement d'efficacité déjà établie, avec une puissance statistique suffisante (N > = 30 par groupe) **Ou** large série (ex. n > 9) d'études de cas unique utilisant un bon plan expérimental et comparant l'intervention à un autre traitement **Et** manuels de traitements utilisés pour les interventions, de préférence **Et** les caractéristiques de l'échantillon d'étude sont clairement spécifiées
Critères pour les interventions « probablement efficaces »
Deux études montrant que l'intervention est plus efficace qu'une condition contrôle de non-traitement (ex. liste d'attente) **Ou** deux études inter-groupe conduites selon les mêmes critères que pour les traitements bien établis, mais par le même investigateur **Ou** petite série (ex. n > 3) d'études de cas unique* utilisant un bon plan expérimental et comparant l'intervention à un autre traitement **Et** manuels de traitements utilisés pour les interventions **Et** les caractéristiques de l'échantillon d'étude sont clairement spécifiées

* Le terme « cas unique » se réfère à un plan expérimental dans lequel le traitement est alternativement appliqué et interrompu, soit à un individu, soit à un groupe d'individus.

Efficacité des psychothérapies dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent (Kaslow et Thompson, 1998)

Traitements probablement efficaces	
TCC pour les enfants de 9 à 12 ans Traitement de groupe incluant l'apprentissage d'habiletés telles que : auto-contrôle, interaction sociale, relaxation musculaire profonde, anticipation d'activités agréables, identification et modification des cognitions négatives et irréalistes	Stark et coll., 1987 et 1991
Adolescent coping with depression course Traitement de groupe, proche du précédent	Lewinsohn et coll., 1990 et 1997
Autres TCC pour les enfants : TCC, relaxation et *self modeling* *Control enhancement training* primaire et secondaire	 Kahn et coll., 1990 Weisz et coll., 1997
Autres TCC pour les adolescents : TCC qui peut être associée à la relaxation, groupe de thérapie de soutien	 Brent et coll., 1997 Fine et coll., 1991 Reynolds et Coats, 1986

Efficacité des psychothérapies dans les phobies et les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent (Ollendick et King, 1998)

Traitements pour les peurs et les phobies	
Traitements d'efficacité bien établie	
Modeling de participation L'enfant est incité à s'engager dans les activités anxiogènes avec un modèle dont les actions servent de médiateur au cours de l'exposition. Efficacité supérieure à celles des techniques du modèle filmé ou du modèle *in vivo*, et de la désensibilisation systématique *in vitro*	Bandura et coll., 1969 Blanchard, 1970 Lewis, 1974 Murphy et Bootzin, 1973 Ritter, 1968
Modèle fondé sur les principes du conditionnement opérant : *reinforced practice* Efficacité supérieure à celle de l'apprentissage des *verbal coping skills* et de la technique du modèle *in vivo*, tous deux pourtant considérés comme des traitements probablement efficaces	Leitenberg et Callahan, 1973 Menzies et Clarke, 1993 Ober et Terwillinger, 1970 Sheslow et coll., 1983
Traitements probablement efficaces	
Désensibilisation en imagination : l'enfant est exposé progressivement, en imagination, à un nombre croissant de stimuli anxiogènes en présence d'autres stimuli qui produisent des réponses incompatibles avec la peur, comme la relaxation, à un rythme qui permet que la réponse à la relaxation soit plus forte que la réponse à la peur, inhibant ainsi cette dernière	Barabasz, 1973 Kondas, 1967 Mann et Rosenthal, 1969 Miller et coll., 1972
Désensibilisation *in vivo :* idem, *in vivo*	Kuroda, 1969 Ultee et coll, 1982
Technique du modèle *in vivo :* apprentissage par observation (*vicarious conditioning*). Les réponses d'évitement sont amenées à extinction si l'enfant regarde un modèle qui accomplit le comportement anxiogène (ex. approcher et caresser un chien) sans que surviennent les conséquences redoutées	Bandura et coll., 1967 Mann et Rosenthal,1969
Technique du modèle filmé : idem	Bandura et Menlove, 1968 Hill et coll., 1968
TCC pour les phobies simples : traitement des phobies par la modification des cognitions de l'enfant concernant les objets redoutés, avec souvent une composante additionnelle de renforcement (déclarations positives sur l'enfant et ses compétences)	Graziano et Mooney, 1980 Kafner et coll., 1975
Traitements pour les troubles anxieux	
Traitements probablement efficaces	
TCC *Coping Cat* : traitement individuel de 16 séances pour les 9-13 ans présentant un trouble anxieux généralisé, une anxiété de séparation ou une phobie sociale, par étapes (F-E-A-R) : identifier les symptômes physiques de la peur ; identifier les cognitions associées aux catastrophes redoutées ; apprendre les actions et attitudes qui peuvent aider ; coter la réussite et récompenser l'effort	Kendall, 1994 Kendall et Southam-Gerow, 1996 Kendall et coll., 1997
TCC + thérapie familiale Thérapie familiale = entraînement à la gestion de l'anxiété	Barett et coll., 1996 Dadds et coll., 1992

Efficacité des psychothérapies dans les problèmes et troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent (Brestan et Eyberg, 1998)

Traitements d'efficacité bien établie	
Formation comportementale des parents basée sur le livre *Living with Children* de Patterson et Gullion (1968), et proche de l'apprentissage parental utilisé dans le ADHD. Vise à faire face aux conduites pathologiques de l'enfant par l'apprentissage d'habiletés telles que : adopter des règles consistantes, établir des conséquences claires pour les bonnes et mauvaises conduites, procédures d'isolement des contingences de renforcement Efficacité démontrée pour les enfants mais pas pour les adolescents	Alexander et Parsons, 1973 Bernal et coll., 1980 Firestone et coll., 1980 Wiltz et Patterson, 1974
Formation des parents par l'observation de modèles sur vidéo (Webster-Stratton, 1996a) Vise à apprendre à communiquer, établir des limites, faire face aux conduites pathologiques, résoudre les problèmes dans les interactions avec un enfant non compliant	Spaccarelli et coll., 1992 Webster-Stratton, 1984, 1990 et 1994 Webster-Stratton et coll., 1988
Traitements probablement efficaces	
Formation au contrôle de la colère par l'inoculation du stress. Fondé sur l'idée que c'est souvent la colère qui génère les conduites pathologiques Traitement de groupe avec inoculation du stress et apprentissage du contrôle de la colère	Feindler et coll., 1984 Schlichter et Horan, 1981
Thérapie de développement de stratégies d'adaptation à la colère Programme structuré et manuélisé utilisant des stratégies de résolution de problèmes, de contrôle de la colère, et discour intérieur *(self-talk)* pour réduire la colère	Lochman et coll., 1984 et 1989
Entraînement à l'assertivité Enseigné aux enfants avec comportements perturbateurs des manières socialement acceptables d'exprimer leurs besoins et leurs émotions	Huey et Rank, 1984
Programme de prévention de la délinquance Débute au jardin d'enfants, et associe une formation comportementale des parents à un apprentissage prosocial (entraînement aux habiletés de résolution de problèmes et aux habiletés sociales) pour des groupes d'enfants à risque	Tremblay et coll., 1995 Vitaro et Tremblay, 1994
Thérapie multisystémique Combine les techniques comportementales, cognitives et systémiques pour agir sur les multiples systèmes de vie du jeune délinquant (famille, école, groupe de pairs) Cette approche thérapeutique centrée sur l'environnement a fait preuve d'une efficacité notable pour réduire les taux de délinquance et d'arrestations, et améliorer le fonctionnement scolaire et familial	Borduin et coll., 1995 Henggeler et coll., 1986, 1992 et 1993
Thérapie centrée sur l'interaction parent-enfant pour des enfants d'âge pré-scolaire Vise à entraîner les parents à interagir positivement avec l'enfant afin de consolider la relation, et à leur apprendre des méthodes pour contrôler les comportements d'opposition de l'enfant (isolement des contingences de renforcement)	Eyberg et coll., 1995 McNeil et coll., 1991 Zangwill, 1983
Programme d'apprentissage parental Proche du précédent	Peed et coll., 1977 Wells et Egan, 1988
Entraînement aux habilités de résolution de problèmes Vise à appliquer des étapes systématiques pour la résolution de problèmes dans des situations simples et émotionnellement neutres (définir le problème, générer des solutions alternatives, évaluer les alternatives, etc.), puis appliquer celles-ci dans les situations externalisées	Kazdin et coll., 1987a, 1987b, 1989

« Thérapie rationnelle émotive (RET) » principes d' « appréciation rationnelle » ; correction des cognitions morales irrationnelles	Block, 1978
Isolement des contingences de renforcement avec un siège qui déclenche un signal L'utilisation d'une sonnerie, activée lorsque l'enfant quitte la place qui lui a été assignée sans autorisation, permet un monitoring plus efficace et la réduction des comportements perturbateurs	Hamilton et MacQuiddy, 1984

Efficacité des psychothérapies dans le trouble hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) de l'enfant et de l'adolescent (Pelham et coll., 1998)

Traitements d'efficacité bien établie	
Formation comportementale des parents : techniques variées visent à l'apprentissage de concepts comportementaux tels que récompense, punition, isolement des contingences de renforcement ; méthodes comportementales pour contrôler les conduites pathologiques ; méthodes éducatives Exemple de traitement : plusieurs rencontres individuelles avec un thérapeute, puis lecture d'un livre sur les méthodes de gestion des conduites pathologiques, puis quelques séances de groupe avec d'autres parents	Gittelman et coll., 1980 Horn et coll., 1990 Pelham et coll., 1988 Firestone et coll., 1981 et 1986 Ialongo et coll., 1993
Techniques de modification du comportement en classe Techniques variées développées : analyse fonctionnelle des conduites problématiques, des antécédents, et formulation de conduites de remplacement appropriées ; contrats sur le comportement en classe postulant les conséquences des bonnes et mauvaises conduites ; monitoring en classe (au début toutes les demi-heures) des bonnes et mauvaises conduites ; renforcement par les parents des appréciations positives des professeurs	Gittelman et coll., 1980 Pelham et coll., 1988 + 21 études de cas unique et observations intra-groupe
Traitements probablement efficaces	
Formation comportementale des parents : techniques variées développées par les auteurs	Anastopoulos et coll, 1993 Dubey et coll., 1983 Pisterman et coll., 1989, 1992a et 1992b
Techniques de modification du comportement en classe	O'Leary et coll., 1976

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER J, PARSONS B. Short-term Behavioral intervention with delinquent families : impact on family process and recidivism. *J Abnorm Psychol* 1973, **81 :** 219-225

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Task Force on Psychological Intervention Guidelines. Template for developing guidelines : Interventions for Mental Disorders and Psychosocial Aspects of Physical Disorders. Washington DC, 1995

ANASTOPOULOS AD, SHELTON TL, DUPAUL GL GUEVREMONT DC. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder. Its impact on parent functioning. *J Abnorm Child Psychol* 1993, **21 :** 581-596

BANDURA A, BLANCHARD EB, RITTER B. Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *J Person Soc Psychol* 1969, **13** : 173-199

BANDURA A, GRUSEC JE, MENLOVE FL. Vicarious extinction of avoidance behavior. *J Person Soc Psychol* 1967, **5** : 16-23

BANDURA A, MENLOVE FL. Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *J Person Soc Psychol* 1968, **8 :** 99-108

BARABASZ AF. Group desensitization of test anxiety in elementary school. *J Psychol* 1973, **83** : 295-301

BARRETT P, DADDS M, RAPEE R. Family treatment of childhood anxiety : a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 333-342

BERNAL ME, KLINNERT MD, SCHULTZ LA. Outcome evaluation of behavioral parent training and client-centered parent counseling for children with conduct problems. *J Applied Behavior Analysis* 1980,**13** : 677-691

BLANCHARD EB. Relative contributions of modeling, informational influences, and physical contact in extinction of phobic behavior. *J Abnorm Psychol* 1970, **76** : 55-61

BLOCK J. Effects of a rational-emotive mental health program on poorly achieving disruptive high school students. *J Counseling Psychol* 1978, **25** : 61-65

BORDUIN C, MANN B, CONE L, HENGGELER S, FUCCI B et coll. Multisystemic treatment of serious juvenile offenders : Long-term prevention of criminality and violence. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 569-578

BRENT DA, HOLDER D, KOLKO D, BIRMAHER B, BAUGHER M et coll. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 877-885

BRESTAN EV, EYBERG SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents : 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *J Clin Child Psychol* 1998, **27 (2)** : 180-189

CHAMBLESS D, SANDERSON W, SHOHAM V, JOHNSON S, POPE K et coll. An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist* 1996, **49** : 5-18

CHAMBLESS DL, BAKER MJ, BAUCOM DH, EUTLER LE, CALHOUN KS et coll. Update on Empirically Validated Therapies II. *The Clinical Psychologist* 1998, **51 :** 3-15

DADDS MR, HEARD PM, RAPEE RM The role of family intervention in the treatment of child anxiety disorders : Some preliminary findings. *Behav Change* 1992, **9** : 171-177

DUBEY DR, O'LEARY SG, KAUFMAN KF. Training parents of hyperactive children in child management : A comparative outcome study. *J Abnornal Child Psychol* 1983, **11** : 229-246

EYBERG SM, BOGGS S, ALGINA J. Parent-child interaction therapy : a psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin* 1995, **31** : 83-91

FEINDLER DL, MARRIOTT SAA, IWATA M. Group anger control training for junior high school delinquents. *Cognit Ther Res* 1984, **8** : 299-311

FINE S, FORTH A, GILBERT M, HALEY G. Group therapy for adolescent depressive disorder : a comparison of social skills and therapeutic support. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 79-85

FIRESTONE P, CROWE D, GOODMAN JT, MCGRATH P. Vicissitudes of follow-up studies : Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *Am J Orthopsychiatry* 1986, **56 :** 184-194

FIRESTONE P, KELLY MJ, FIKE S. Are fathers necessary in parent training groups ? *J Clinical Child Psychol* 1980, **9** : 44-47

FIRESTONE P, KELLY MJ, GOODMAN JT, DAVEY J Differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981, **20** : 135-147

GITTELEMAN R, ABIKOFF H, POLLACK E, KLEIN DF, KATZ S, MATTES J. A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. *In* : Hyperactive Children : The Social Ecology of Identification and Treatment.

WHALEN CK, HENKER B eds, New York Academic 1980 : 221-243

GRAZIANO AM, MOONEY KC. Family self-control instruction for children's nighttime fear reduction. *J Consult Clin Psychol* 1980, **48** : 206-213

HAMILTON SB, MACQUIDDY SL. Self-administered behavioral parent training : Enhancement of treatment efficacy using a time-out signal seat. *J Clinical Child Psychol* 1984, **13** : 61-69

HENGGELER SW, RODICK JD, BOURDIN CM, HANSON CL, WATSON SM, UREY JR. Multisystemic treatment of juvenile offenders : Effects on adolescent behavior and family interaction. *Developmental Psychol* 1986, **22** : 132-141

HENGGELER SW, MELTON GB, SMITH LA. Family preservation using Multisystemic Therapy : An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *J Consult Clin Psychol* 1992, **60** : 953-961

HENGGELER SW, MELTON GB, SMITH LA, SCHOENWALD SK, HANLEY JH. Family preservation using multisystemic treatment : Long-term follow-up to a clinical trial with serious jevenile offenders. J Child Fam Studies 1993, **2** : 283-293

HIBBS ED. Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001, **10 (**suppl 1) : 3-11

HILL JH, LIEBER RM, MOTT DEW. Vicarious extinction of avoidance behavior through films : an initial test. *Psychological reports* 1968, **22 :** 192

HORN WF, IALONGO N, GREENBERG G, PACKARD T, SMITH-WINBERRY C. Additive effects of behavioral parent training and self control therapy with ADHD children. *J Clinical Child Psychol* 1990, **19 :** 98-110

HUEY WC, RANK RC. Effects of counselor and peer-led group assertiveness training on black adolescent aggression. *J Counseling Psychol* 1984, **31** : 95-98

IALONGO NS, HORN WF, PASCOE JM, GREENBERG G, PACKARD T et coll. The effects of a multimodal internvention with attention-deficit hyperactivity disorder children : A 9-month follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 **32** : 182-189

KAFNER FH, KAROLY P, NEWMAN A. Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related bal cues. *J Consult Clin Psychology* 1975, **43** : 251-258

KAHN J, KEHLE T, JENSON W, CLARK E. Comparison of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle school students. *School Psychological Review* 1990, **19** : 196-211

KASLOW NJ, THOMPSON MP. Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *J Clinical Child Psychol* 1998, **27** : 146-155

KAZDIN AE, BASS D, SIEGEL TC, THOMAS C. Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 522-535

KAZDIN AE, ESVELT-DAWSON K, FRENCH NH, UNIS AS. Effects of parent management training and problem-solving skills training combined in the treatment of antisocial child behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987a, **26** : 416-424

KAZDIN AE, ESVELT-DAWSON K, FRENCH NH, UNIS AS. Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *J Consult Clin Psychol* 1987b, **55** : 76-85

KENDALL PC. Treating anxiety disorders in children : results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 100-110

KENDALL PC, SOUTHAM-GEROW MA. Long-term follow-up of a cognitive-behavior therapy for anxiety-disordered youth. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 724-730

KENDALL PC, FLANNERY-SCHROEDER E, PANICHELLI-MINDEL SM, SOUTHAM-GEROW M, HENIN A, WARMAN M. Therapy for youths with anxiety disorders : a second randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 366-380

KONDAS O. Reduction of examination anxiety and « stage fright » by group desensitization and relaxation. *Behav Res Ther* 1967, **5 :** 275-281

KURODA J. Elimination of children's fears of animals by the method of experimental desensitization : an application of learning theory to child psychology. *Psychologia* 1969, **12 :** 161-165

LEITENBERG H, CALLAHAN EJ. Reinforced practice and reduction of different kinds of fears in adults and children. *Behav Res Ther* 1973, **11** : 19-30

LEWINSOHN PM, CLARKE GN, HOPS H, ANDREWS J. Cognitive-behavioural treatment for depressed adolescents. *Behav Ther* 1990, **21** : 385-401

LEWINSOHN P, CLARKE GN, ROWHDE P, HOPS H, SEELEY J. A course in coping : a cognitive-behavioral approach to treatment of adolescent depression. *In* : Psychosocial treatments for child and adolescent disorders. HIBBS ED, JENSEN PS eds, American Psychiatric Association, Washington DC 1997 : 109-135

LEWIS S. A comparison of behavior therapy techniques in the reduction of fearful avoidance behavior. *Behav Ther* 1974, **5** : 648-655

LOCHMAN JE, BURCH PR, CURRY JF, LAMPRON LB. Treatment and generalization effects of cognitive-behavioral and goal-setting interventions with aggressive boys. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 915-916

LOCHMAN JE, LAMPRON LB, GEMMER TC, HARRIS SR. Teacher consultation and cognitive-behavioral interventions with aggressive boys. *Psychol Schools* 1989, **26** : 179-188

LONIGAN CJ, ELBERT JC, BENNETT JOHNSON S. Empirically supported psychosocial interventions for children *J Clin Child Psychol* 1998, **27** : 138-145

MANN J, ROSENTHAL TL.Vicarious and direct counter-conditioning of test anxiety through individual and group desensitization. *Behav Res Ther* 1969, **7 :** 359-367

MCNEIL CB, EYBERG S, EISENSTADT TH, NEWCOMB K, FUNDERBURK BW. Parent-child interaction therapy with behavior problem children : Generalization of treatment effects to the school setting. *J Clinical Child Psychol* 1991, **20** : 140-151

MENZIES RG, CLARKE JC. A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia. *Behav Res Ther* 1993, **31 :** 9-15

MILLER LC, BARRETT CL, HAMPE E, NOBLE H. Comparison of reciprocal inhibition, psychotherapy, and waiting list control for phobic children. *J Abnorm Psychol* 1972, **79** : 269-279

MURPHY CM, BOOTZIN RR. Active and passive participation in the contact desensitization of snake fear in children. *Behav Ther* 1973, **4** : 203-211

O'LEARY KD, PELHAM WE, ROSENBAUM A, PRICE G. Behavioral treatment of hyperkinetic children : An experimental evaluation of its usefulness. *Clin Pediatrics* 1976, **15** : 510-515

OBER M, TERWILLINGER RF. Pilot study on the effectiveness of systematic desensitization with neurologically impaired children with phobic disorders. *J Consult Clin Psychol* 1970, **34** : 314-318

OLLENDICK TH, KING NJ. Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders : current status. *J Clinical Child Psychol* 1998, **2** : 156-167

PATTERSON GR, GULLION ME. Living with children : new methods for parents and teachers. Champaign, IL, Research press, 1968

PEED S, ROBERTS M, FOREHAND R. Evaluation of the effectiveness of a standardized parent training program in altering the interaction of mothers and their noncompliant children. *Behav Modification* 1977, **1** : 323-350

PELHAM WE, SCHMEDLER RW, BENDER ME, MILLER J, NILSSON D et coll. The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of hyperactivity : A therapy outcome study. *In* : Attention deficit disorders. BLOOMINGDALE L ed, Pergamon, London 1988, **3** : 29-48

PELHAM WE, WHEELER T, CHRONIS A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *J Clinical Child Psychol* 1998, **27** : 190-205

PISTERMAN S, MCGRATH P, FIRESTONE P, GOODMAN JT, WEBSTER I, MALLORY R. Outcome of parent-mediated treatment of preschoolers and ADD with hyperactivity. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 628-635

PISTERMAN S, FIRESTONE P, MCGRATH P, GOODMAN JT, WEBSTER I, MALLORY R, GOFFIN B. The effects of parent training on parenting stress and sense of competence. *Can J Behav Science* 1992a, **24** : 41-58

PISTERMAN S, FIRESTONE P, MCGRATH P, GOODMAN JT, WEBSTER I, MALLORY R, GOFFIN B. The role of parent training in treatment of preschoolers with ADD-H. *Am J Orthopsychiatry* 1992b, **62** : 397-408

REYNOLDS W, COATS KI. A comparison of cognitive-behavior therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1986, **54 :** 653-660

RITTER B. The group desensitization of children's snake phobias using vicarious and contact desensitization procedures. *Behav Res Ther* 1968, **6** : 1-6

SCHLICHTER KJ, HORAN JJ. Effects of stress inoculation on the anger and aggression management skills of institutionalized juvenile delinquents. *Cognit Ther Res* 1981, **5** : 359-365

SHESLOW DV, BONDY AS, NELSON RO. A comparison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children's fear of the dark. *Child Fam Behav Ther* 1983, **4** : 33-45

SPACCARELLI S, CODER S, PENMAN D. Problem-solving skills training as a supplement to behavioral parent training. *Cognitive Therapy and Research* 1992, **16** : 1-18

STARK KD, REYNOLDS WM, KASLOW NJ. A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *J Abnorm Child Psychol* 1987, **15** : 91-113

STARK K, ROUSE L, LIVINGSTON R.Treatment of depression during childhood and adolescence : cognitive-behavioral procedures for the individual and family. *In* : KENDALL P. ed, Child Psychotherapy. Guilford, New York 1991 : 165-206

TREMBLAY RE, PAGANI-KURTZ L, MASSE LC, VITARO F, PHIL R. A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys : its impact through mid-adolescence. *J Consult Clin Psychol* 1995, **63** : 560-568

ULTEE CA, GRIFFIOEN D, SCHELLEKENS J. The reduction of anxiety in children : a comparison of the effects of « systematic desensitization in vitro » and « systematic desensitization in vivo ». *Behav Res Ther* 1982, **20 :** 61-67

VITARO F, TREMBLAY RE. Impact of a prevention program on aggressive children's friendships and social adjustment. *J Abnorm Child Psychol* 1994, **22** : 457-475

WEBSTER-STRATTON C. Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 666-678

WEBSTER-STRATTON C. Enhancing the effectiveness of self-administered video-tape parent training for families with conduct-problem children. *J Abnorm Child Psychol* 1990, **18 :** 479-492

WEBSTER-STRATTON C. Advancing videotape parent training : a comparison study. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 583-593

WEBSTER-STRATTON C, KOLPACOFF M, HOLINSWORTH T. Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children comparison with two cost effective treatments and control group. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56 :** 558-566

WEISZ J, THURBER C, SWEENEY L, PROFFITT V, LEGAGNOUX G. Brief treatment of mild to moderate child depression using primary and secondary control enhancement training. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 703-707

WEISZ JR, JENSEN AL. Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts : Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2001, **10** : 1/12-1/18

WELLS KC, EGAN J. Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder : Comparative treatment outcome. *Compr Psychiatry* 1988, **29** : 138-146

WILTZ NA, PATTERSON GR. An evaluation of parent training procedures designed to alter inappropriate aggressive behavior of boys. *Behav Ther* 1974, **5** :215-221

ZANGWILL WM. An evaluation of a parent training program. *Child Fam Behav Ther* 1983, **5** : 1-6

ANNEXE 3

Travaux français sous l'égide de l'Anaes

Plusieurs travaux réalisés sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) sont accompagnés de propositions (recommandations ou conférences de consensus) concernant les modalités de traitement psychothérapeutiques, qui sont reprises ci-dessous pour leur conclusions principales. Les textes intégraux des recommandations pour la pratique clinique et des conférences de consensus sont disponibles sur le site internet : www.anaes.fr

CONFÉRENCE DE CONSENSUS « STRATÉGIES THÉRAPEUTIQUES À LONG TERME DANS LES PSYCHOSES SCHIZOPHRÉNIQUES »

Cette conférence de consensus réalisée en 1994 devait répondre à plusieurs questions dont la suivante : Quelle est la place des stratégies thérapeutiques non médicamenteuses actuellement appliquées et évaluées et leurs interactions ?

La première recommandation concernant cette question est que l'association de neuroleptiques à une des méthodes psychothérapiques présentées lors de la conférence de consensus est toujours plus efficace que l'usage de l'un ou de l'autre traitement seul. Aucune étude n'a mis en évidence la supériorité d'une méthode psychothérapique sur une autre. Ces méthodes ne sont pas exclusives l'une de l'autre.

Résumé du texte long de la conférence de consensus concernant les différents types de thérapie

Place des psychothérapies individuelles

Le jury recommande que ces psychothérapies soient effectuées par des praticiens ayant une formation particulière, une grande expérience, une disponibilité, une constance, une qualification et un engagement à très long terme.

Concernant la place des psychothérapies d'inspiration psychanalytique, si on peut affirmer que la cure psychanalytique classique n'est pas habituellement utilisée en institution, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique s'avèrent pertinentes lorsqu'elles s'exercent en collaboration avec un psychiatre chimiothérapeute ouvert au travail d'équipe. Malgré les difficultés méthodologiques, il faut souhaiter que les psychanalystes participent à des études d'évaluation comparatives.

Concernant la place des psychothérapies comportementales et cognitives, l'évaluation de ces méthodes est facilitée par leur aspect codifié et formalisé. Des cibles comportementales peuvent être isolées. Les résultats sont ainsi quantifiables. Cependant ces techniques trouvent plus facilement leurs indications dans d'autres pathologies. Leur adéquation à la personnalité des sujets souffrant de schizophrénie soulève de nombreuses interrogations qui font recommander que des études soient engagées sur ce point.

Place des approches familiales

Il est recommandé d'offrir aux patients et à leur famille une information la plus complète et la plus objective possible afin de développer autour de la personne souffrant de schizophrénie un véritable partenariat thérapeutique.

Place des psychothérapies de groupe

L'évaluation de ce type de thérapie se heurte à des obstacles méthodologiques. Compte tenu de leur large diffusion il paraît souhaitable de recommander l'approfondissement des recherches et des études visant à préciser les références, les méthodes et les résultats de ces formes de prise en charge.

CONFÉRENCE DE CONSENSUS SUR LES TROUBLES DÉPRESSIFS CHEZ L'ENFANT

Une conférence de consensus a été organisée en 1995 sur les troubles dépressifs chez l'enfant. L'une des questions portait sur les soins (comment soigner les troubles dépressifs chez l'enfant ?).

Extraits du texte court de la conférence de consensus concernant les différents types de thérapie

Il importe que l'enfant déprimé soit précocement reconnu comme tel, mais il ne saurait pour autant tirer profit d'un activisme thérapeutique inconsidéré. En pratique, le rôle des médecins généralistes et des pédiatres est important aussi bien au plan diagnostique que thérapeutique et en particulier pour les enfants traversant un moment dépressif. A l'inverse, tout affect dépressif durable, résistant à cette première approche, justifie le recours au pédopsychiatre. Le traitement peut être psychothérapique individuel ou familial, voire de groupe et/ou chimiothérapique.

- Les indications de **psychothérapie d'inspiration psychanalytique** concernent préférentiellement les dépressions survenant dans un contexte névrotique. Les cures se déroulent à raison d'une ou deux séances par semaine pendant une durée rarement inférieure à deux ans.

De même la plupart des dépressions réactionnelles sont accessibles à un abord psychothérapique de courte durée prenant la forme de consultations. Par contre les indications sont plus délicates à poser pour les enfants déprimés souffrant de troubles plus graves de la personnalité. La formation et l'expérience du psychothérapeute sont là déterminantes. Le psychodrame et les psychothérapies de groupe trouvent leurs indications dans les dépressions de l'enfant quand une relation duelle ne peut s'établir.

- Une **thérapie familiale** formalisée est indiquée quand les parents, plus éprouvés que l'enfant lui-même, se montrent inaptes à réagir de manière adéquate à ses difficultés. Son objectif est d'aider la famille à retrouver les qualités auto-curatrices qui sont naturellement les siennes.

- Les **thérapies comportementales et cognitives** sont quant à elles centrées sur des objectifs précis, et planifiées dans une perspective de changement. Elles sont très peu développées chez les enfants de moins de 12 ans.

- L'usage du **traitement chimiothérapique** est très limité chez l'enfant et la prescription doit suivre des règles précises.

RECOMMANDATIONS CONCERNANT « DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE DU TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ DE L'ADULTE »

Les recommandations sont classées en grade A, B ou C. En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel au sein du groupe de travail et du groupe de lecture. Dans la question

« quels sont les moyens de la prise en charge ? » le groupe de travail a pris en considération les psychothérapies décrites dans le tableau ci-dessous.

Extraits du texte des recommandations concernant les différents types de thérapie (2001)

Thérapies cognitivo-comportementales

Parmi les psychothérapies structurées, les thérapies cognitivo-comportementales ont été les plus étudiées dans le trouble anxieux généralisé (TAG). Les thérapies cognitivo-comportementales produisent un effet significatif avec maintien du gain thérapeutique 6 mois après la thérapie (grade A). Cet effet est plus fréquent en thérapie individuelle versus la thérapie de groupe (grade A). Compte tenu de la difficulté d'accès aux thérapies cognitivo-comportementales, un livret de type « stresspac » (grade C) ou une cassette audio contenant le programme de thérapie peut être proposé comme alternative.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont aussi efficaces que les traitements médicamenteux (grade A) et représentent une alternative aux traitements médicamenteux, en particulier aux benzodiazépines (majoritairement évaluées dans ce cadre) dont elles pourraient faciliter le sevrage (grade B). Sous thérapie cognitivo-comportementale, une réduction significative de la consommation de psychotrope est observée.

Thérapie analytique

En dépit de la quasi-absence d'étude comparative de la psychothérapie analytique dans le TAG, l'expérience clinique suggère que certains patients ayant une anxiété handicapante peuvent être significativement améliorés par la psychothérapie analytique en particulier lorsqu'il existe des troubles de la personnalité.

Thérapie non directive de Rogers

Cette technique s'est avérée moins efficace que les thérapies cognitivo-comportementales (grade B).

Techniques alternatives

L'acupuncture et surtout sa combinaison à la thérapie comportementale se sont avérées efficaces (grade C).

CONFÉRENCE DE CONSENSUS « MODALITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT DU SUJET ALCOOLODÉPENDANT APRÈS SEVRAGE »

Dans cette conférence de consensus (2001), le jury a formulé des recommandations concernant les psychothérapies.

Extraits du texte long de la conférence de consensus concernant les différents types de thérapie

Psychothérapies d'inspiration analytique

S'il existe un accord professionnel pour considérer que les psychothérapies d'inspiration psychodynamique (PIP) sont un outil thérapeutique, le jury considère qu'elles doivent soumettre leurs résultats à une évaluation semblable aux autres techniques pour être recommandées.

Thérapies cognitives et comportementales

Ces techniques doivent être utilisées par un personnel formé spécifiquement pour l'alcoolodépendance. Il serait utile de favoriser la mise en place de formations aux thérapies comportementales et cognitives afin d'améliorer l'accessibilité de ces thérapies qui ont fait l'objet d'évaluations positives.

Groupe de parole

Bien qu'existe un accord professionnel favorable aux groupes de parole, le jury ne dispose d'aucun élément d'évaluation pour encourager ou décourager ce type d'intervention.

Mouvements d'entraide

La rencontre avec un mouvement d'entraide doit être proposée aux patients alcoolodépendants. Les membres des associations qui interviennent dans les établissements de soins, d'enseignement, d'hébergement doivent recevoir une formation en alcoologie. Leurs sensibilités religieuses, laiques, humanitaires, sociales, idéologiques, si elles existent, doivent être facilement identifiables par les patients et les professionnels. L'intégration des mouvements d'entraide dans le tissu socio-sanitaire de proximité, leur ouverture aux professionnels doivent contribuer à prévenir toute dérive sectaire.

Thérapie conjugale et familiale

Une prise en charge psychothérapique de groupe, conjugale ou familiale a démontré son efficacité.

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE EN AMBULATOIRE D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF ISOLÉ : RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Ces recommandations sont limitées à la prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, en dehors de pathologies organiques ou psychiatriques, notamment maniaques, antérieures ou coexistantes, ou survenant à des âges ou dans des situations spécifiques (dépression de l'enfance, de l'adolescence, du post-partum, de la ménopause, dépressions saisonnières…). Les moyens thérapeutiques évoqués sont les anti-dépresseurs, et les psychothérapies (2002).

Extraits des recommandations concernant les stratégies thérapeutiques en ambulatoire

En première intention :

Dans l'épisode dépressif léger à modéré, les antidépresseurs et les psychothérapies sont efficaces (grade A pour les antidépresseurs, grade B pour les psychothérapies cognitivo-comportementales, grade C pour les autres psychothérapies, accord professionnel pour la psychanalyse). L'association antidépresseurs-psychothérapie n'a pas fait la preuve d'une plus grande efficacité que la psychothérapie seule dans ces formes légères à modérées (grade C).

En cas d'épisode dépressif léger, une psychothérapie est proposée en première intention, en fonction de l'accessibilité de ce type de traitement et des préférences du patient (accord professionnel), sinon, les antidépresseurs peuvent être proposés.

En cas d'épisode dépressif modéré, les antidépresseurs sont proposés en première intention (accord professionnel), l'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée en cas de difficultés psychosociales ayant un retentissement marqué sur la vie du patient (accord professionnel). Dans l'épisode dépressif sévère, les antidépresseurs sont indispensables (grade A). L'association antidépresseurs-psychothérapie peut être proposée (grade C). Les antidépresseurs peuvent être associés aux neuroleptiques dans les formes psychotiques (accord professionnel).

BIBLIOGRAPHIE

ANAES. Conférence de consensus « Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques » 1994

ANAES. Conférence de consensus « Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir. Devenir » 1995

ANAES. Conférence de consensus « Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique » 2001

ANAES. Conférence de consensus « Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage » 2001

ANAES. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire d'un épisode dépressif isolé. Recommandations pour la pratique clinique, 2002

Les textes intégraux des recommandations pour la pratique clinique et des conférences de consensus sont disponible sur le site internet : www.anaes.fr