

En réponse à...

Puskas, D. (2013). La résistance à la psychanalyse. *Revue de Psychoéducation*, 42 (2), 435-436

Éric Coulombe et Serge Larivée

Volume 42, numéro 2, 2013

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1061598ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1061598ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (imprimé)

2371-6053 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Coulombe, É. & Larivée, S. (2013). En réponse à... / Puskas, D. (2013). La résistance à la psychanalyse. *Revue de Psychoéducation*, 42 (2), 435-436. *Revue de psychoéducation*, 42(2), 437-474. <https://doi.org/10.7202/1061598ar>

En réponse à...

Puskas, D. (2013). La résistance à la psychanalyse. *Revue de Psychoéducation*, 42 (2), 435-436.

Les psychanalystes résistent à l'analyse

Nous ne sommes pas surpris que Daniel Puskas ait réagi à notre article « La psychanalyse ne résiste pas à l'analyse » (Larivée & Coulombe, 2013). Déjà, à la fin des années 1990, Puskas (1997) avait répondu à l'un de nous qui doutait alors sérieusement de la pertinence de la psychanalyse dans le cadre de la pratique psychoéducative (Larivée, 1996, 1997). Comme la science progresse par correction d'erreurs, il est éminemment important de publier les textes de quiconque croit avoir décelé des erreurs dans une publication scientifique. L'objectif de notre réponse est à notre tour de voir d'une part si Puskas a bel et bien décelé des erreurs dans notre texte et, d'autre part, si sa propre réponse n'en contient pas. Nous sommes conscients qu'un texte aussi long n'en favorise guère la lecture. Mais démontrer s'avère toujours plus long que simplement affirmer.

Puskas a décidé de répondre en évoquant d'autres données plutôt que de montrer que celles que nous avons avancées n'étaient pas fondées. Sans reprendre ici l'ensemble des objections que nous avons soulevées, plusieurs d'entre elles remettent sérieusement en question le caractère scientifique de la psychanalyse. Aidé, entre autres outils, de l'ouvrage de Borch-Jacobsen (2011a, 2011b), notre article montre par exemple :

1. qu'aucun des 31 patients présentés dans celui-ci ne fut guéri par la procédure soi-disant thérapeutique inventée par Freud, à l'exception de trois, dont le traitement s'apparente à l'approche cognitivo-comportementale (pp. 191 – 196);
2. que Freud n'a traité, à quelques exceptions près, que des patients immensément fortunés, affichant un bien plus grand attrait pour leur portefeuille que pour leur véritable bien-être. Lorsque ces mêmes patients autrichiens se trouvèrent ruinés à la fin de la première guerre mondiale, il refusa de les reprendre en traitement pour se tourner du côté des patients suisses, européens et surtout américains qui, eux, n'avaient pas été désargentés par le premier grand conflit mondial du vingtième siècle (p. 188);
3. que tout au long de l'élaboration de la psychanalyse, Freud procéda selon une méthode complètement inverse à la démarche scientifique. Il imaginait d'abord ses théories, spéculait sur l'étiologie des troubles auxquels il s'intéressait en dehors de son cabinet, pour ensuite sélectionner les faits cliniques corroborant sa théorie, au cours des séances avec ses patients. Ce n'étaient donc pas les faits cliniques qui entraînaient une modification

du cadre théorique, mais bien la modification *a priori* du cadre théorique qui sélectionnait les faits cliniques compatibles avec la théorie du moment (p. 189);

4. que non seulement sa méthode s'opposait fondamentalement à la véritable démarche scientifique, mais qu'il généralisait ses théories à partir de cas uniques et de preuves anecdotiques, une entorse flagrante à toute logique théorique (p. 189);
5. que, ce faisant, Freud ne pouvait forcément aboutir à aucun autre résultat que l'échec. Nous savons aujourd'hui, grâce à la publication intégrale, non censurée, en 1985, de sa correspondance avec Fliess, que le créateur de la psychanalyse arriva lui-même à la conclusion, dès 1897, que sa méthode ne fonctionnait pas, en invoquant pour premier motif son incapacité à rendre une seule analyse à terme (p. 191);
6. qu'avant de se rendre à l'évidence et d'avouer à son ami Fliess l'inefficacité de sa procédure thérapeutique, Freud avait néanmoins déjà annoncé publiquement des succès thérapeutiques qu'il savait pertinemment ne pas avoir récolté, un comportement indigne du véritable homme de science. (p. 191 – 192);
7. qu'il métamorphosa en succès thérapeutique des cas flagrants d'échec, notamment ceux de Sergius Pankejeff, l'Homme aux loups (p. 192), et de Bertha Pappenheim, Anna O. (pp. 201 – 205) ou qu'il inventa carrément des guérisons, les fameux dix-huit cas de son premier exposé de la théorie de la séduction en 1896, devant l'éminent parterre de la Société de neurologie et de psychiatrie de Vienne (p. 218);
8. par ailleurs, que dire des quelques exemples modernes que nous avons décrits à partir des écrits des Lacan, Dolto et Bettelheim? N'y a-t-il pas également un véritable problème éthique lorsqu'à l'occasion de procès, les rapports d'expertise de certains psychanalystes peuvent faire condamner un individu sur la base de mauvais jeux de mots dont nous avons fait état dans notre texte (p.215). Le contenu de l'encadré 5 – *L'envers du dessin* du même texte (p.215-216,) fourni par le psychoéducateur Gilles Bergeron, devrait également sonner l'alarme quant à la pertinence des interprétations psychanalytiques dans la compréhension du comportement.

L'adage « Qui ne dit mot consent » doit-il s'appliquer ici au silence de Puskas ? Si, comme certains de ses confrères objectent, ce que nos propos relèvent ne sont que de malheureuses exceptions, pourquoi ne sont-elles pas dénoncées ? Or, Puskas ne réfute aucun point de notre argumentation. Il ne consacre pas une seule ligne à toute la recherche historique qui, tout au long du 20^{ième} siècle, a démontré, documents à l'appui, que la naissance et le développement de la psychanalyse sont loin de s'être déroulés de la façon dont Freud, puis ses séides, l'ont raconté. Il préfère assimiler notre argumentation au manichéisme et adopter plutôt l'attitude du croyant. Il se ferme alors les yeux au profit de la légende freudienne inventée de toute pièce et diffusée en tant qu'histoire officielle du mouvement psychanalytique, incluant le mythe de la proverbiale honnêteté de Freud.

Puskas balaie tout bonnement du revers de la main ces faits embarrassants. Silence sur les premières années de la psychanalyse, exit toutes les questions gênantes qu'elles suscitent forcément : mieux vaut habilement rediriger l'attention sur le crédo officiel, afin d'éviter la conclusion qu'elles nous obligent à tirer : la psychanalyse n'est qu'une formidable supercherie.

Son argumentation vise essentiellement à couper la psychanalyse de ces racines antiscientifiques et frauduleuses afin de nous faire croire qu'elle se serait aujourd'hui métamorphosée en une discipline scientifiquement fondée et en une pratique solidement établie. Pour ce faire, Puskas fait appel à trois arguments : **a)** avec la Loi 21, la psychothérapie devient, au Québec, un acte réservé, avec des exigences préalables et des formations continues sous la responsabilité de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ); **b)** la psychanalyse forme même une division au sein de l'Association Américaine de Psychologie (APA), organisation professionnelle qu'il qualifie de scientifique; **c)** la psychanalyse fait l'objet de recherches académiques dans les universités occidentales et cite des études scientifiques prouvant son efficacité. **Examinons ces trois arguments.**

a) La Loi 21

En réponse à notre article, Puskas fait d'abord référence à la récente Loi 21 visant à considérer la psychothérapie comme un acte réservé avec des exigences de formation préalable et de formation continue. Effectivement, depuis juin 2012, la psychothérapie est une activité réservée et c'est l'OPQ qui est responsable de la délivrance du permis de psychothérapeute. L'OPQ reconnaît quatre orientations théoriques d'intervention : l'orientation cognitive-comportementale, l'orientation existentielle-humaniste (que Puskas appelle le modèle humaniste), l'orientation systémique-interactionnelle (dans laquelle Puskas amalgame le modèle systémique et les théories de la communication) et l'orientation psychodynamique-analytique (que Puskas appelle psychanalyse). Soulignons au passage que l'OPQ n'a pas appelé cette dernière orientation « psychanalytique » même s'il reconnaît que l'orientation psychodynamique-analytique est « fortement influencée par la psychanalyse » (OPQ, 2012a, p.16).

Nous ne doutons pas des efforts de l'OPQ pour que les psychothérapeutes utilisent des approches dont les bases empiriques sont solides. À cet égard, l'OPQ (2012b) produit depuis peu le *Cahier recherche et pratique*, dont l'objectif est de « présenter des synthèses, des connaissances scientifiques en psychologie et de faciliter le transfert des connaissances vers le champ de la pratique ». En 2012 (vol. 2, no 2), l'éditeur, Martin Drapeau, a préparé un numéro en vue de souligner « l'importance du suivi en continu en psychothérapie » (p. 5). Pour ce faire, il a demandé à dix auteurs qui ont mis au point un instrument largement utilisé de suivi en continu de le présenter de façon succincte (voir le Tableau 1 pour la liste). La présentation de chaque instrument suit le même schéma. On y retrouve, entre autres éléments, la mesure en tant que telle, l'originalité de l'outil, les traductions disponibles, les domaines évalués (les populations cibles), les procédures d'utilisation et ses propriétés psychométriques (analyses factorielles, coefficients de fiabilité et de validité).

Tableau 1. Instruments du suivi en continu en psychothérapie et domaines évalués

Instruments	Domaines évalués
<ul style="list-style-type: none"> Le système CelestHealth (CHS-MH) 	<p>a) le bien-être (détresse, satisfaction à l'égard de la vie, motivation); b) les symptômes psychologiques (dépression, anxiété, trouble panique, sautes d'humeur associées au trouble bipolaire, troubles alimentaires, alcoolisme et toxicomanie, tendance suicidaire, risqué de violence); c) le fonctionnement social (rendement au travail et à l'école, relations intimes, relations sociales, gout de vivre) (p.8).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Clinical Outcomes in Routine Evaluation (CORE-OM) 	<p>Évaluation de certains paramètres intrapersonnels et interpersonnels ainsi que l'évaluation du bien-être, des problèmes/symptômes, du fonctionnement et du risque (p.13).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-24) 	<p>Instrument conçu pour évaluer une vaste gamme de traitements et de services englobants de nombreuses orientations théoriques. Les résultats sont calculés pour l'ensemble du BASIS-24 ainsi que pour six sous-échelles: la dépression et le fonctionnement, les relations interpersonnelles, la psychose, la toxicomanie, la labilité émotionnelle et l'autodestruction (p.17).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Integra/COMPASS Tracking Assesment System (Integra/COMPASS) 	<p>Évaluation du bien-être subjectif (remoralisation) incluant les symptômes d'anxiété et de dépression, le trouble obsessionnel-compulsif, les symptômes physiques, les problèmes d'ajustement et le trouble de stress post-traumatique. Évaluation du fonctionnement social incluant les problèmes touchant la vie quotidienne, la vie sociale, le travail, l'intimité et l'épanouissement personnel (p.22).</p>
<ul style="list-style-type: none"> L'Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) 	<p>La moitié des items de l'OQ-45 mesure les principaux symptômes d'anxiété et de dépression appelés également détresse symptomatique ou inconfort subjectif. Un quart des items évalue la détresse dans les relations interpersonnelles avec les proches. L'autre quart des items évalue le fonctionnement dans les rôles sociaux, comme le travail, l'école, le foyer, les loisirs ainsi que la présence de toxicomanie, de pensées suicidaires et de colère (p.25).</p>
<ul style="list-style-type: none"> L'Outcome Rating Scale (ORS) et la Session Rating Scale (SRS) 	<p>L'ORS est conçu pour évaluer le fonctionnement individuel, interpersonnel et social du client. Pour sa part, le SRS mesure trois aspects de l'alliance: 1. la qualité de la relation thérapeutique; 2. le degré d'entente entre le client et le clinicien concernant les objectifs; et 3. l'entente entre le client et le clinicien concernant les méthodes et l'approche thérapeutique (p.29).</p>

-
- Le Polaris-MH

Les domaines évalués par Polaris-MH, qui sont transthéoriques, correspondent aux trois phases de progrès thérapeutique: bien-être subjectif (remoralisation), symptômes (remédiation) et invalidité fonctionnelle (réhabilitation). Le bien-être subjectif fait l'objet d'une échelle unique. L'échelle évaluant les symptômes comporte sept sous-échelles; chaque sous-échelle correspond à un trouble couramment traité en clinique externe (dépression, anxiété, trouble de stress post-traumatique, trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif, phobie, somatisation). L'échelle évaluant l'invalidité fonctionnelle est un indice composite tiré de trois sous-échelles (aspect social, professionnel, personnel) (p.34).
 - Le Psychological Outcome Profiles (PSYCHLOPS)

Trois domaines sont inclus dans PSYCHLOPS: le problème (2 questions); le fonctionnement (1 question); et le bien-être (1 question). Les domaines problèmes, fonctionnements et bien-être sont dérivés d'un modèle transthéorique qui décrit une séquence empirique de causalité; les troubles psychologiques déclenchent des déficits dans la capacité fonctionnelle, lesquels engendrent à leur tour une diminution du bien-être. En plus de son applicabilité à une vaste gamme de troubles mentaux, cette mesure convient à diverses approches psychothérapeutiques et peut donc être utilisée avant, pendant et après tout type d'intervention psychologique (p.39).
 - Le Schwartz Outcome Scale-10 (SOS-10)

Le SOS-10 est une mesure de la santé psychologique et du bien-être. La santé psychologique est perçue comme un principal construit englobant la satisfaction à l'égard de la vie, l'efficacité interpersonnelle, l'autoappréciation positive, l'optimisme et l'absence de symptômes psychiatriques (p.42).
 - Le Treatment Outcome Package (TOP)

Le TOP est athéorique et évalue 12 domaines cliniques et fonctionnels qui incluent notamment (en fonction de la version choisie adaptée à l'âge): la qualité de vie; la toxicomanie; la dépression; la panique et l'anxiété; la psychose; la manie; le comportement suicidaire; la violence; le travail et l'école; la dysfonction sociale; le fonctionnement sexuel; les troubles du sommeil; les troubles alimentaires; le trouble du comportement; l'agression sexuelle; l'anxiété de séparation; les troubles déficitaires de l'attention (TDAH); l'affirmation de soi; le contrôle de la vessie; et les forces psychologiques (p.45).
-

On aura compris ici qu'au plan éthique, l'utilisation de ces instruments par les psychothérapeutes a une grande pertinence du fait qu'elle concerne au premier chef l'efficacité des diverses approches non pas à la fin, mais en cours du traitement. À cet égard, Drapeau (OPQ, 2012b) pose très bien le problème lorsqu'il affirme que les instruments proposés permettent « de répondre à la question qui ultimement, compte le plus : la thérapie que je propose ici et maintenant, de telle ou telle façon, aide-elle mon patient ? » (p.5).

Plusieurs de ces instruments sont qualifiés de transthéoriques. Autrement dit, tout psychothérapeute, quelle que soit son allégeance théorique peut les utiliser. La question est évidemment de savoir quels thérapeutes les utilisent réellement ! Compte tenu de l'aversion pour les mesures quantifiables d'un grand nombre de psychanalystes, nous sommes probablement en droit de douter qu'ils s'en servent. Par exemple, lorsque le psychanalyste Case (in Shevrin, 1995) affirme d'une part que seule la méthode psychanalytique donne accès au fonctionnement intrapsychique et, d'autre part, que seuls le psychanalyste et l'analyse sont habilités à juger de la réussite ou de l'échec de la thérapie sans autre contrôle externe, il se situe en dehors de la science. On retrouve la même position chez les psychanalystes français des années soixante-dix. Lagache (1974, p. 217) affirme que « la psychanalyse est une science exacte au moins pour parties, isolées ou unifiées, de ses résultats, l'apparence d'inexactitude venant principalement de l'énormité du matériel à traiter, de la surestimation et de la sous-estimation du fantastique ». Que fait Lagache ? Auto-proclamer la scientificité de la psychanalyse à partir d'une description du fonctionnement interne de la cure analytique (Bouveresse, 1992). Par ailleurs, alors que les scientifiques s'efforcent de rendre opérationnelles leurs hypothèses de manière à les rendre réfutables, les psychanalystes ont recours à des hypothèses *ad hoc* susceptibles de confirmer leur théorie quels que soient les faits. Par exemple, on peut contester la valeur heuristique d'une théorie qui permet de prédire à la fois qu'une réaction agressive peut être soit dirigée contre l'agent de frustration, soit déplacée sur un tiers, soit retournée contre soi-même ou inhibée et transformée en indifférence, sinon en dévouement, parce qu'elle est nécessairement compatible avec toutes les observations. Une théorie qui a réponse à tout n'explique rien (Bouveresse-Quillot & Quillot, 1995).

Pourtant, les dix mesures présentées brièvement dans le tableau 1 sont recommandées par l'OPQ dont les psychologues d'allégeance psychanalytiques font dûment partie.

b) L'APA, organisation scientifique, reconnaît la psychanalyse et du coup la valide.

Puskas présente l'APA comme un ordre professionnel au caractère scientifique et en conclut que la reconnaissance de la psychanalyse par cet organisme lui accorde *ipso facto* un statut scientifique. Peut-être ignore-t-il qu'un important schisme divisa l'APA en 1988, conséquence d'une longue mais constante redistribution des effectifs au sein de cette association professionnelle, à partir des années 1950, qui allait changer graduellement sa vocation scientifique ? Pour comprendre l'origine de la scission et les raisons l'ayant provoquée, il est nécessaire de revenir brièvement sur l'histoire du développement de la psychologie clinique aux États-Unis.

Dans ce pays, l'évaluation psychologique et la psychothérapie furent longtemps considérées des spécialités médicales, de sorte qu'avant la Seconde Guerre mondiale, seule une poignée de psychologues s'étaient engagés dans ce qu'on appelle aujourd'hui la "pratique". À la fin du conflit, les soldats américains rentrèrent au pays affligés de problèmes psychologiques jugés suffisamment sévères pour requérir leur hospitalisation, mais le nombre de psychiatres des hôpitaux administratifs de vétérans ne suffisait pas à la demande. Feu E. Lowell Kelly, de l'Université du Michigan, proposa alors de permettre aux psychologues de traiter les vétérans hospitalisés sous la supervision des psychiatres. Il pensait que la formation approfondie en recherche des psychologues, une compétence manquant aux psychiatres, apporterait une expertise unique et différente de celle de la médecine traditionnelle. Le lobbying de Kelly porta fruit. Le domaine de la psychologie clinique était né.

Élu président de l'Association américaine de psychologie en 1956, Kelly s'inquiéta, au fil des ans, de l'abandon de sa conception, alors même que la profession explosait en nombre. Les programmes de deuxième et de troisième cycle pullulèrent, tous demandant à un comité de l'APA de les "accréditer". En 1971, l'APA prit une décision capitale. Puisque la preuve scientifique démontrait que l'apprentissage de la théorie et de la pratique ne débouchait pas automatiquement sur l'efficacité du psychothérapeute, l'association approuva un nouveau diplôme, le doctorat de psychologie sans formation en recherche, le Psy. D. L'approbation de ce diplôme se fit à titre conditionnel, en attendant l'évaluation des programmes et des diplômés, mais on assista plutôt à sa croissance rapide. Les programmes Psy. D. se multiplièrent du jour au lendemain à la grandeur du pays. Des études démontrant de plus en plus que la formation théorique et en recherche n'avait aucun lien avec l'efficacité du thérapeute (Atkins, & Christensen, 2001; Dawes, Faust, & Meehl, 1989), il apparut aux yeux de la profession que transgresser la pratique fondée sur la recherche — pour favoriser "l'art" de la psychothérapie — était la voie à suivre. Du coup, les individus possédant un Psy.D. devinrent les égaux des Ph.D. au sein de la profession, grâce à une phrase insérée dans la plupart des lois d'accréditation des États, requérant un doctorat Ph.D. d'un programme reconnu de l'APA « ou une formation équivalente ». La "bataille" l'opposant à l'Association médicale américaine et à l'Association américaine de psychiatrie, afin de permettre aux psychologues de devenir les principaux pourvoyeurs de services en santé mentale, s'avéra grandement fructueuse pour l'APA. On perdit ainsi de vue l'objectif de départ, que l'impétrant d'un Psy.D. et aujourd'hui d'un Ph.D. des écoles professionnelles devait agir principalement à titre de thérapeute. Ces impétrants ont aujourd'hui la même influence que les docteurs formés en recherche sur les politiques professionnels et publiques (Dawes 1994, pp. 14 – 16).

La redistribution croissante des effectifs, au début des années cinquante, amorça ainsi le schisme au sein de l'Association américaine de psychologie, lorsque l'arrivée constante des cliniciens, puis des nouveaux cliniciens sans formation en recherche mais possédant le titre de docteur en psychologie, permit à ce groupe de surclasser graduellement le nombre de docteurs qualifiés en recherche, de sorte que « les groupes d'expérimentateurs ou, plus généralement, les chercheurs universitaires se sentirent comme le chien de race pure ballotté par l'énorme queue abâtardie de la psychologie professionnelle et appliquée » (Koch & Leary, 1985, p.30).

Ce renversement de la majorité des membres de l'APA provoqua une rupture progressive de l'engagement envers une pratique de la psychologie fondée sur la recherche scientifique, qui se solda en octobre 1988 par la démission des psychologues vouant leur carrière à la science et par la fondation d'une nouvelle organisation professionnelle, l'APS, d'abord nommée *American Psychological Society*, puis *Association for Psychological Science* en 2006, afin de mettre plus d'accent sur sa mission scientifique et de mieux refléter son membership international.

Relire les événements entourant cette période trouble de l'histoire de l'APA fait clairement saisir l'unanimité de la critique adressée à son endroit : soit à quel point elle s'était obstinément éloignée de la science pour servir uniquement les intérêts des cliniciens surnuméraires. Les exemples de lettre de démission d'importants membres de ses comités administratifs à cette époque (voir Encadré 1) soulignent en toute franchise la brutale réalité de la mainmise des cliniciens sur la principale association professionnelle de psychologie des États-Unis et de la domination de leur pratique scientifiquement infondée.

Encadré 1. Extraits des lettres de démission de l'APA, en 1989, de trois psychologues membres de ses comités de direction.

- « Ce que l'APA n'a pas réussi à accomplir — et y a lamentablement échoué à mon avis — est de garantir une pratique professionnelle basée sur la connaissance scientifique disponible. Au contraire, la pratique se justifie principalement par ce qu'on appelle le “jugement clinique”; il se base sur “l'expérience” — en dépit des études bien documentées démontrant la faiblesse des inférences basées sur l'expérience, en absence d'une solide base théorique; cette pratique est jugée éthiquement neutre – en dépit des effets secondaires potentiels sur le client (le Code d'éthique exige une formation, non l'application lucide de la connaissance) [...] Plutôt que d'exiger l'application des découvertes de la recherche, l'APA a concentré ses efforts à accroître le pouvoir, le statut et les revenus des cliniciens. Son lobbying, couronné de succès, pour obtenir un remboursement d'assurance fondé sur une “liberté de choix”, fut suivi du lobbying pour l'octroi de “privilèges” d'admission dans les institutions psychiatriques et de nos jours un groupe important de psychologues presse l'APA d'obtenir un “droit de prescrire” (et les violations du Code d'éthique les plus sévèrement punies sont celles touchant au statut “supérieur” du psychologue sur le client, et non sur la pratique ignorant la preuve scientifique) ».

Traduit¹ de Dawes, R. (janvier 1989). Letter of resignation from APA. *APS Observer*, 2 (1), pp. 14 – 15. - Robyn Dawes, Membre du Comité éthique de l'APA de 1985 à 1987. Membre de l'APA pendant 25 ans.

¹ La note « traduit » signifie que le texte a, à chaque fois, été traduit par Éric Coulombe.

- « En dépit de vos efforts très appréciés pour raffermir et accroître les activités de l'Association dans le domaine scientifique, le fait est que l'APA n'est désormais plus une société principalement scientifique. L'adoption de la motion spéciale visant l'avancement de la psychologie professionnelle achevait de transformer l'APA en une corporation professionnelle et l'exode des psychologues qui s'identifient d'abord au domaine de la recherche fondamentale et appliquée est maintenant devenu inévitable ».

Traduit de Brewer, M. B. (juillet 1989). Letter of resignation from APA; *APS Observer*, 2 (4), p. 18. - Marilyn B. Brewer, Membre du conseil d'administration de l'APA de 1989 à 1990. Membre de l'APA pendant 20 ans.

- « Après mûre réflexion sur le futur de la psychologie organisée, je suis arrivée à la conclusion que l'avenir de la psychologie scientifique et appliquée ne réside plus au sein de l'APA. En dépit de vos efforts appréciés pour raviver le secteur scientifique de l'APA, les cliniciens ont malheureusement noyauté cette organisation, surtout par leurs intérêts de pratique privée et leur lutte pour leur survie économique, dans un climat public de plus en plus hostile. Je ne peux simplement plus continuer à servir une organisation qui se préoccupe principalement de protéger les cliniciens en pratique privée de la compétition générée par les autres fournisseurs de services de santé.

Vous le savez, la psychologie organisée doit défendre l'enseignement, la recherche et les multiples applications de la psychologie dans l'intérêt public tout autant que dans celui de la psychologie, considérée comme un service en santé mentale. Les psychologues qui défendent l'enseignement académique, la recherche, les applications scientifiques de la psychologie dans l'intérêt public sont surpassés en nombre par ceux qui représentent les services en santé mentale pour des raisons que B. F. Skinner décrivait admirablement dans une récente allocution, lors d'un congrès des directeurs de plusieurs sociétés de psychologie : "Il y a plusieurs années, E.G. Boring prédisait que l'avenir de l'APA dépendrait des membres qui, composant finalement une très grande majorité, puisque plus de postes professionnels seraient disponibles pour eux dans la société américaine, parviendraient à contrôler leurs propres intérêts et aspirations et à s'assurer que le volet scientifique de l'Association continue à occuper une place importante. Je ne pense pas qu'ils y soient parvenus et un nouveau départ devient donc nécessaire. La *Société américaine de psychologie* m'apparaît logiquement l'étape suivante pour l'avancement de la psychologie en tant que science". B.F. Skinner, 18 janvier 1989.

Pendant plus de 20 ans, les psychologues universitaires, les chercheurs et les psychologues travaillant en psychologie appliquée et dans l'intérêt

public ont demandé à l'APA de se restructurer afin qu'elle protège ses minorités. Malheureusement, ainsi que le notait Skinner, les cliniciens, numériquement supérieurs, n'ont pas eu la sagesse de préserver et de protéger les bases de leur pratique. Aussi longtemps que les cliniciens seront déterminés à dominer politiquement tout le programme de l'APA, autant par leur nombre que financièrement, ils dénatureront ses objectifs initiaux et ceux pour lesquels j'ai travaillé, à divers postes, depuis plus de 25 ans. Je suis extraordinairement triste d'arriver à la décision de démissionner du conseil d'administration.

Vous n'ignorez pas que j'ai travaillé très dur pour éviter ce schisme douloureux, mais il semble le résultat inévitable du refus répété des cliniciens d'allouer une autonomie et d'accorder une place aux intérêts des autres psychologues. Ils n'ont tout simplement pas crû que nous, les académiciens suffisants et apolitiques, arriverions à nous organiser. Et bien, c'est chose faite et nous prospérons à l'extérieur de l'APA ».

Traduit de Scarr, S. (juillet 1989); Letter of resignation from APA; *APS Observer*, 2 (4), p. 18. - Sandra Scarr, Membre du conseil d'administration de l'APA de 1988 à 1990. Membre de l'APA pendant 25 ans.

La petite histoire de cette période trouble nous apprend que les demandes répétées de restructuration de l'APA par les psychologues chercheurs et universitaires débouchèrent sur un plan de réforme de l'Association. Mais soumis à un vote des membres lors du Congrès annuel de l'APA à New York en 1988, vote qui connut la plus forte participation de l'histoire de l'APA, le plan fut battu par 57 % des voix contre 43 %. Lors de cette même assemblée, Stanley Graham, l'un des concepteurs du plan de réforme et clinicien de pratique privée, fut élu président de l'APA après qu'il eut viré sa veste et désavoué le plan en plein milieu de campagne, lorsqu'il devint clair que l'aile professionnelle de l'APA allait s'y opposer. Ce vote sonnait le glas de l'orientation scientifique de l'organisation.

Dans un article de 2007 du *APS Observer*, consacré au vingt ans de la fondation de l'APS, Sandra Scarr rappelait le mur que frappa les revendications des chercheurs se consacrant à la science de la psychologie, lors du Congrès annuel de l'APA de 1988 :

En 1988, Marilyn Brewer et moi-même étions membres du conseil d'administration de l'Association américaine de psychologie – les deux dernières universitaires à défendre les intérêts de la recherche dans une mer de directeurs déterminés à faire avancer la pratique de la psychologie. En compagnie des représentants des divisions universitaires sur le conseil de l'APA, nous nous sommes battu pour que l'APA, dominée par les cliniciens, accorde une autonomie aux psychologues universitaires/chercheurs. Nos

efforts échouèrent. Lors d'une rencontre décisive du Conseil, au début de 1988, 37 membres des divisions universitaires et de recherche se réunirent secrètement et jetèrent les bases de ce qui allait devenir la *Société américaine de psychologie*. Charles Kiesler fut élu le premier président et, peu de temps après, Alan Kraut accepta d'en devenir le premier directeur exécutif.

La nouvelle APS n'avait ni argent, ni journaux, ni aucun endroit où se réunir. En nous séparant de l'APA, nous laissons derrière tous nos biens et contributions à l'APA depuis sa fondation, 100 ans plus tôt. La décision de voler de nos propres ailes fut très difficile à prendre, même pour les plus impliqués d'entre nous. Il fallut un certain temps aux autres universitaires, qui n'étaient pas témoins, en première ligne, du carnage opéré à l'APA, pour accepter et appuyer l'APS en joignant ses rangs. Dès le début, le conseil d'administration de l'APS décida d'ignorer l'APA, d'éviter les disputes. Il accepta également de travailler avec l'APA dans la mesure du possible, bien que peu d'occasions se soient présentées dans les premières années (traduit de Scarr 2007).

De son côté, l'APA, outrée de la dissidence des universitaires, réagit tel des croyants devant des hérétiques. À peine 24 heures après la création officielle de l'APS, au Congrès de l'APA, une motion présentée à la réunion du Conseil d'administration déclarait l'APS "inamicale" pour les intérêts de l'APA. L'acceptation de cette motion aurait garanti qu'aucun des cinq nouveaux directeurs de l'APS ne puissent siéger à quelle que position que soit dans l'organigramme de l'APA. La motion ne fut rejetée que par un vote de 64 voix contre 54, sans qu'aucune offre de coopération n'accompagne toutefois le rejet. Dès le lendemain, la motion fut ramenée sur le tapis du Conseil de l'APA par Patricia Bricklin, en raison de la fructueuse et vigoureuse campagne initiale de recrutement de l'APS, sur le plancher de la convention. La motion ne fut cette fois rejetée qu'à 61 voix contre 54. Les règles de la convention stipulant que la séance du Conseil d'administration devait être ajournée à 13h ce jour-là, l'APA passa le reste de la session du Conseil à débattre de la pertinence de tenir un nouveau vote sur la motion anti-APS, sans parvenir à un consensus. Ainsi, le Conseil d'administration de l'APA passa la majorité des deux jours de son congrès à tenter de faire adopter une motion anti-APS, en se voyant finalement incapable d'aboutir à aucun résultat. Milton Hakel, l'un des nouveaux officiers de l'APS et cible de la motion, conclut la saga en déclarant que « les leaders de l'APA semblent se préoccuper de la loyauté envers leur institution. Mais il existe une loyauté bien supérieure, celle envers la psychologie » (APA considers, defeats, reconsiders and tables anti-APS resolution, *APS Observer*, volume 1, no 1, octobre 1988, pp. 2 – 3).

Vingt ans plus tard, on pourrait croire que les structures de l'APA ont évolué au point d'autoriser Puskas à affirmer qu'elle serait aujourd'hui devenue une organisation professionnelle de nature scientifique. Pourtant, les points de vue émis par plusieurs observateurs et critiques du domaine de la psychologie au cours des décennies 1990 et 2000 ne permettent pas de tirer cette conclusion. Le florilège de citations présenté dans l'encadré 2 nous fait comprendre que l'hégémonie

antiscientifique de plusieurs membres de l'APA en fait encore une organisation peu encline à une pratique clinique basée sur les données de la recherche scientifique, depuis le schisme de 1988.

Encadré 2. Citations d'auteurs montrant que l'APA, et plus largement la psychologie clinique en tant que profession, ne souscrivent pas toujours à une pratique basée sur des données probantes.

- [...] les croissance et professionnalisation rapides de mon domaine, la psychologie, l'ont mené à abandonner un engagement pris à l'aube de cet essor. Il s'agissait d'établir une profession en santé mentale basée sur les résultats de la recherche, qui utiliserait, dans la mesure du possible, des techniques et des principes bien fondés. Du moins, les psychothérapeutes professionnels avertiraient-ils clairement leurs clients, et la société dans son ensemble, qu'ils exerceraient leur profession en absence d'une connaissance scientifique pertinente, lorsque celle-ci ferait défaut. Ce que personne n'avait imaginé, c'est qu'une banque de recherches et de principes bien établis serait disponible pour informer la profession, mais qu'elle ne s'en servirait pas. Pire encore, qu'une trop grande partie de la pratique professionnelle en psychologie se développerait et se gagnerait une reconnaissance en épousant des principes que l'on sait faux et en utilisant des techniques que l'on sait infondées.

Au lieu de se fier, dans leur pratique, à une connaissance basée sur la recherche, trop de professionnels de la santé mentale se fient à une "intuition clinique aiguisée". Pourtant, il existe amplement d'évidences qu'une telle intuition ne fonctionne pas dans ces professions. (En fait, elle n'est souvent pas différente de l'intuition des gens sans formation). Quarante ans plus tôt, on pouvait excuser les professionnels de croire au pouvoir de leur propre jugement intuitif, parce qu'à cette époque, il n'existait pratiquement aucune preuve de sa précision. Ce n'est désormais plus le cas. Aujourd'hui, il existe plusieurs preuves sur cette précision et toutes sont négatives.

(Traduit de Dawes, 1994, p. vii – viii)

- Non seulement n'existe-t-il aucun corpus de connaissances scientifiques soutenant la psychiatrie ou le travail social, mais ce qui devrait servir à instruire ces professions — la science de la psychologie — n'est pas réellement enseignée, même aux psychologues. En réalité, l'Association américaine de psychologie a abandonné sa responsabilité de garantir une pratique de la psychologie basée sur la psychologie scientifique. Là réside la cause fondamentale du schisme qui se produisit en 1988 en psychologie, lorsque des psychologues, profondément inquiets pour l'intégrité de la psychologie scientifique, se désaffilièrent de l'Association américaine de psychologie afin de fonder la Société

américaine de psychologie. Cette mesure draconienne visait à protester contre la domination de l'optique non scientifique de certains cliniciens au sein de l'APA. [...] Malheureusement, le schisme, la mise en garde et les critiques de l'APS, comptant aujourd'hui plus de 16,000 membres qui se consacrent à la psychologie scientifique, n'ont entraîné aucun changement. Les préoccupations économiques et les points de vue non scientifiques des cliniciens continuent de dominer au sein de l'APA. [...] On ne peut désormais plus s'y fier pour représenter honnêtement et objectivement la psychologie scientifique.

(Traduit de Wakefield & Underwager, 1994, p. 347 – 352)

- Le public et le système de justice ignorent que la psychologie qui exerce son emprise au parlement et dans les tribunaux est dépourvue de tout fondement scientifique [...]. La rupture entre clinicien/praticien d'un côté et chercheur/expérimentateur de l'autre s'observe également à travers les différentes subdivisions de la psychologie, soit la psychologie clinique académique, la psychologie professionnelle, la psychiatrie, le counseling, le travail social en psychiatrie et les soins infirmiers en psychiatrie. Dans chacune de ces subdivisions, la majorité des praticiens sont des cliniciens n'ayant aucune formation et expérience en recherche scientifique; seule une minorité est en fait qualifiée et travaille activement en science. [...] Dans ces domaines, ne subsiste même pas l'espoir rhétorique que les futurs travailleurs connaîtront les grandes lignes de la recherche en psychologie et de la théorie de la psychologie. [...] La psychologie est un embryon de science. Même avec la meilleure volonté au monde, elle ne peut remplir les exigences et satisfaire aux espoirs placés en elle, même par les patients dans le besoin, encore moins par les systèmes législatif et de justice de ce pays. [...] La coterie de la psychologie a permis aux doctrines et à la pratique de la psychologie clinique de s'intégrer à nos lois et de s'infiltrer dans nos tribunaux, sachant fort bien qu'elles n'étaient ni vérifiées, ni vérifiables, qu'elles sont profondément antiscientifiques et même factuellement fausses, règle générale. [...] Ce qui est nouveau, c'est l'extraordinaire profondeur et l'étendue de l'acceptation des principes et de la pratique de la psychologie clinique en tant que *science* par les plus vieilles institutions de notre société — les tribunaux, la police, les juges et les jury, les législateurs et les politiciens. Notre système de justice s'est fait dire que la psychologie clinique était une discipline *scientifique*, que ses théories et ses méthodes étaient celles d'une science mûre, et notre système de justice l'a cru. Étant donné l'état déplorable de la "science" de la psychologie clinique, voilà une réalité franchement incroyable.

(Traduit de Hagen, 1997, p.11 – 18)

- La psychologie est devenue un gros business. Il n'est tout simplement plus exact d'en parler comme d'une science et il est assurément trompeur de la qualifier de profession. Le faire entretient la fausse impression que tous les psychologues sont compétents, sérieux, guérisseurs attentionnés qui mettent continuellement leur désir de soulager la souffrance des autres au-dessus de leurs intérêts commerciaux. Ce serait généraliser que de dire qu'il n'existe aucun psychologue présentant ces qualités admirables. Ces individus existent réellement. Ils sont cependant difficiles à trouver au milieu des nombreux ouvriers qui chargent un tarif horaire pour leur compassion et qui apposent un prix à leur croyance sans fondement. D'une façon générale, la psychologie n'est ni une science, ni une profession, mais plutôt une industrie centrée sur ses propres intérêts et animée par des motivations financières.

Ce livre parle de l'industrie — de l'entreprise qui change les gens en victimes ayant besoin de services psychologiques. Durant les dernières années, j'ai ressenti l'obligation éthique de non seulement me dissocier personnellement de cette industrie, mais aussi de m'élever contre elle et de prendre toutes les mesures possibles pour restreindre son influence. Il ne m'est désormais plus possible d'ignorer la régurgitation des "faits", "interprétations", "solutions" psychologiques et d'éviter de faire face à l'ampleur de leur influence pernicieuse. D'une certaine façon, ce livre est mon excuse pour toutes ces décennies où je me suis "mordue les lèvres". Il faut regarder froidement et sérieusement les effets nuisibles que les psychologues ont eu sur les gens et sur la société.

(Traduit de Dineen, 1998, p. 13)

- Le mouvement du souvenir retrouvé révéla au grand jour à quel point la psychologie expérimentale s'était éloignée de la psychologie clinique. Après la seconde guerre mondiale, les deux mondes essayèrent de conclure une alliance : le modèle "scientifique-clinicien" gouvernerait la formation des psychologues cliniciens, ces derniers se fiant aux découvertes les plus pertinentes de la recherche en psychologie pour diagnostiquer et traiter les clients. [...] Mais à l'instar des Dix commandements, le modèle scientifique-clinicien fut plus facile à prêcher qu'à respecter. Les tensions inhérentes entre les deux groupes s'amplifièrent, et dès le début des années 1990, chercheurs et cliniciens parlaient ouvertement du "fossé scientifique-clinicien" (Persons, 1991).

De nos jours, toutefois, parler de "fossé" reviendrait à parler de "fossé" israélo-arabe au Moyen-Orient. Il s'agit plutôt d'une guerre, impliquant des croyances profondément enracinées, des passions politiques, des opinions sur la nature humaine et sur la nature de la connaissance et — comme toute guerre le fait ultimement — de l'argent, un territoire et un moyen de subsistance. Tous ceux qui ont contesté l'exac- titude

des souvenirs retrouvés d'abus sexuel ou qui ont publiquement remis en question l'une ou l'autre des thérapies populaires mais invalides (par exemple l'EMDR, la communication facilitée, la séance de verbalisation ou la "renaissance") ou les tests projectifs (par exemple les taches d'encre de Rorschach) connaissent la nature enflammée de telles critiques et les invectives avec lesquelles elles seront accueillies.

(Traduit de Tavis, 2003, p. xiv – xv)

- D'innombrables façons, l'industrie de la psychologie populaire façonne le paysage mondial du début du 21^{ème} siècle.

Pourtant, dans une étonnante proportion, la plupart des affirmations de la psychologie que nous croyons vraies ne le sont pas. Bien que l'information diffusée par la psychologie populaire soit facilement accessible, grâce aux livres en librairie ou du bout des doigts sur la toile, elle est dominée par les mythes et les idées fausses. De fait, dans le monde frénétique, surchargé d'information d'aujourd'hui, *l'information erronée* de la psychologie circule autant que l'information exacte. Malheureusement, peu de livres utiles sont disponibles pour nous aider dans la difficile tâche de distinguer les faits de la fiction en psychologie populaire. Conséquemment, nous nous trouvons souvent à la merci de gourous de la débrouillardise, d'animateurs télé d'émissions d'infovariétés et d'experts radiophoniques auto-proclamés de la santé mentale, dont plusieurs dispensent des conseils amalgamant indistinctement les vérités, les demi-vérités et les flagrants mensonges.

(Traduit de Lilienfeld, Lynn, Ruscio, & Beyerstein, 2010, p. XIII)

Cet état déplorable de la pratique non scientifique de la psychologie soutenue par les ordres professionnels, une triste réalité méconnue de la population en général, ne va pas sans conséquence dramatique pour le développement de la psychologie clinique. L'abandon de la démarche scientifique a entraîné une telle croissance chaotique de la profession, une arborisation si exubérante de ses concepts et de ses méthodes qu'il l'a transformée en un véritable zoo intellectuel où une théorie et son contraire peuvent coexister sans que personne ne s'en surprenne.

À cet égard, dans leur étude longitudinale à propos de l'espace occupé par les pseudosciences dans les librairies du Québec, Larivée, Sénéchal, Miranda et Vaugon (2013, voir le présent numéro, pp. 395) ont pu constater que les ouvrages de psychologie considérés comme sérieux côtoyaient allègrement les ouvrages de psychologie populaire, de paranormal, d'ésotérisme et de psychanalyse. Un tel constat n'aide sûrement guère les citoyens à considérer la psychologie avec sérieux.

La popularité du paranormal n'est malheureusement pas ou peu dénoncée par les psychologues qui prônent la démarche scientifique, ce qui contribue au fait que les citoyens aient quelque difficulté à percevoir positivement le rôle des psychologues. Ainsi, Penn, Schoen et Berland Associates (2008) ont interviewé 1 000 adultes à travers les États-Unis pour connaître leur perception de la psychologie. Les résultats sont mitigés. Parmi ceux-ci, certains sont peu flatteurs pour la psychologie. Ainsi, seuls 30 % des répondants considèrent que la psychologie est fondée sur la recherche scientifique, alors que 41 % sont d'avis que la recherche en psychologie est moins rigoureuse que la recherche en médecine et 31 %, que la recherche en économie. Qui plus est, parmi un ensemble de professions (psychologues, psychiatres, avocats, hommes d'affaires, prêtres, etc.) susceptibles d'aider à réduire le nombre de divorces, à peine 22 % des répondants considèrent qu'il est préférable de faire appel à un psychologue.

Lilienfeld (2012) a également montré que la présence d'un grand nombre de livres de psychologie dans les mêmes rayons que les livres de pseudosciences (croissance personnelle, psychologie populaire, etc.) joue sur le scepticisme de la population à l'égard de la psychologie. L'échec de la psychologie à s'autoréguler se manifeste aussi du fait que les psychologues utilisent des traitements non validés empiriquement pour soigner divers troubles psychiques. Cette situation découle probablement de la définition très large des approches acceptables et acceptées que les membres des ordres professionnels de psychologues peuvent utiliser. Ce faisant, certains psychologues peuvent en toute impunité traiter leurs clients à l'aide d'approches non validées ou qui relèvent carrément de l'univers magique ou paranormal. Aux États-Unis, il se publie chaque année approximativement 3 500 ouvrages de croissance personnelle (*self-help books*) dont à peine 5 % relèvent d'une approche scientifique. C'est dire à quel point les pseudosciences ont le champ libre (Arkowitz & Lilienfeld, 2006).

Lilienfeld (2012) note en outre que les promoteurs les plus en vue de la psychologie ne viennent pas du monde de la recherche, mais de celui de l'intervention, ce qui bien sûr n'est pas mauvais en soi. Notons toutefois que leurs interventions s'inscrivent de plain-pied dans le créneau des ouvrages de la psychologie populaire. À cet égard, il est tout de même curieux que le « D^r Phil » (D^r Phillip McGraw), dont les propos s'éloignent quelquefois de la réalité scientifique, ait été invité en 2006 par l'American Psychological Association (APA) à titre du meilleur représentant de la psychologie auprès du public (Lilienfeld, 2012). Sauf erreur, l'APA n'a pas réagi à l'émission du 25 mai 2012, lorsque le D^r Phil accueillit, dans le cadre de sa populaire émission de télévision, quatre invités en vue de tester leur prétendu pouvoir psychique et une personne sceptique à propos des dits pouvoirs. Donnant d'abord la parole à ce dernier, le D^r Phil lui demanda par la suite de prendre place dans l'assistance, consacrant le reste de l'émission aux « psychiques ». Les trois premiers ne démontrèrent absolument rien, se contentant de faire leur autopromotion. Le dernier invité se présenta comme un scientifique, mais s'avéra être aussi un ardent croyant dans les pouvoirs psychiques. Au total, sous prétexte de tester avec ouverture d'esprit les pouvoirs psychiques de ces invités, le D^r Phil se contenta tout simplement de leur donner la parole, abandonnant même tout doute raisonnable. Résultat : alors qu'au début de l'émission, 78 % des gens présents affirmaient croire aux pouvoirs psychiques, à la fin de l'émission,

84 % y croyaient (Bryan, 2012; Frazier, 2012). Est-il nécessaire de rappeler que le célèbre Dr Phil a un doctorat (Ph. D) en psychologie? Compte tenu de l'impact du Dr Phil aux États-Unis, il n'est donc guère surprenant que le public considère la psychologie comme une profession aidante par n'importe quel moyen et non comme une discipline scientifique.

Dans cette perspective, Lee Sechrest, professeur émérite de psychologie à l'Université de l'Arizona, posait un regard extrêmement critique sur les aspects pseudoscientifiques de la psychologie clinique, à l'époque de la scission de l'APA. L'entrevue qu'il accordait au journal *APS Observer* (Hayes, 1989) soulignait au crayon rouge les multiples lacunes de la profession (voir Encadré 3).

Encadré 3. Entrevue de Lee Sechrest accordé à l'APS Observer

Lee Sechrest n'est pas un homme traditionnel; ses opinions détonnent et agacent souvent. Il est intéressant, intelligent et... non-conformiste. Ex-président de la division 12 (clinique) de l'APA, il s'oppose à l'octroi de la licence et à la pratique privée en psychologie. Chercheur en psychologie appliquée, il a contribué à élargir le champ d'intérêt des travailleurs de ce domaine et remet en question l'idée que les psychologues soient des "experts" dès qu'une question concerne le comportement humain [...].

Vous vous inquiétez de la trajectoire suivie par la psychologie. Et pourtant, chaque année, on forme toujours plus de psychologues, la plupart dans les domaines de la psychologie appliquée.

L'un des problèmes fondamentaux, je pense, est que l'on ne remet pas un diplôme à des milliers de psychologues. Nous attribuons plutôt des diplômes à des milliers de cliniciens qui n'ont qu'une connaissance accessoire du domaine de la psychologie.

La pratique semble en grande partie enracinée dans toutes sortes de notions sur le comportement qui n'ont aucun fondement scientifique, quel qu'il soit. Plusieurs de ces idées sont vieilles de près d'un siècle. Freud, par exemple. Et en dépit d'efforts colossaux, elles n'ont jamais été validées scientifiquement. De sorte que, chaque année, nous n'attribuons pas des milliers de diplômes à de véritables psychologues [...].

À un certain moment, on semblait grandement insister sur la nécessité de se limiter à des instruments fiables et valides avant de formuler des jugements. De nos jours, on voit les dirigeants de la psychologie défendre le "jugement clinique" dans les pages de Science.

Oui. On a vraiment perdu quelque chose de vue. Nous avons oublié la promesse que nous avons faite d'être une profession fondée sur la science. Nous avons jeté cette promesse par-dessus bord et nous nous

sommes noyés dans notre prétention, scientifiquement infondée, d'être des experts. Une partie du problème, c'est que nous n'avons jamais réellement développé un bon système de surveillance nous permettant de nous assurer de la qualité de la prestation des psychologues. En raison de l'idée de la pratique indépendante – c'est-à-dire que les psychologues peuvent exercer sur la base de leurs croyances et non de la science – nous avons tout simplement permis aux cliniciens de pratiquer selon leur bon vouloir. Sans personne pour leur demander de rendre des comptes.

Le témoignage au tribunal est un exemple de ce qui s'est produit. Nous avons investi ce lieu en tant que profession. Au début, les psychologues parlaient de sujets sur lesquels ils étaient réellement compétents : mesurer le fonctionnement de l'intelligence, décrire une déficience cognitive ou comportementale, et ainsi de suite. Aujourd'hui, les psychologues se disent "experts" sur tout ce qui se définit de "psychologique". Ce n'est pas toujours vrai. Ce n'est pas parce que toutes sortes de choses sont en partie psychologique par essence – le comportement, les croyances, les attitudes et ainsi de suite – que ça signifie que l'on puisse se prétendre expert sur n'importe lequel de ces sujets, sans avoir à produire une base scientifique de connaissance [...].

Il existe évidemment des données indiquant que la psychothérapie produit quelque effet, au sens large.

Je ne pense pas que les données montrant qu'il existe en général certains avantages à la psychothérapie, justifient qu'on la pratique à grande échelle, pour toutes sortes de maux avec toutes sortes de gens. Les données montrent simplement qu'il existe un phénomène. On tient quelque chose. Nous avons un espoir. Mais ça ne justifie pas son utilisation à grande échelle [...] Nous devons aider les psychologues à réaliser que le domaine comporte des limitations et limiter leur pratique et leurs déclarations aux questions pour lesquelles il existe une compétence démontrée et des données suffisantes.

Mais le problème n'est-il pas plus large? Même si les cliniciens s'en tiennent aux données, que dire de la base théorique de la psychologie? N'est-elle pas davantage qu'une simple collection de données?

Une partie du problème, c'est que la psychologie n'a pas encore atteint le statut de science cumulative. Ce qu'elle développe d'une époque à l'autre ne se rajoute pas aux connaissances du passé. Il s'agit plutôt d'un mouvement latéral vers un autre champ d'intérêt.

Prenez les textes d'introduction à la psychologie d'il y a 15, 20, 25 ans. Une grande partie de l'information qui s'y trouve est toujours valide et

correcte, mais on l'ignore aujourd'hui. Elle n'a pas été incorporée à des concepts plus larges, on l'a tout simplement abandonnée. Par exemple, plus personne ne parle du niveau d'adaptation. Il s'agissait pourtant d'un sujet palpitant autrefois. Les principes s'appliquent toujours, mais on est simplement passé à autre chose. On s'occupe aujourd'hui de questions différentes. Ce n'est pas une véritable science cumulative [...] Prenez un bon concept parfaitement explicatif. Je vous en donne un : le renforcement intermittent. C'est comme si cette idée n'avait jamais existé. Si vous posez une question sur le renforcement partiel à un théoricien cognitif actuel, il vous regardera avec incrédulité.

Je ne dis pas que la psychologie fonctionne selon des modes. Le problème est plus profond. L'une des choses qui manquent, c'est une grande théorie unificatrice. Les physiiciens n'en ont pas non plus, mais ils savent où se situe le manque. De notre côté, nous avons laissé tomber les grandes théories. Nos théories sont de nos jours réduites et se limitent à des phénomènes restreints. Vous pouvez avoir aujourd'hui une théorie psychologique totalement incohérente avec plusieurs autres secteurs de la discipline et personne ne s'y objectera.

(Traduit de Hayes, 1989, p. 8 – 10)

Lorsqu'en 1992 l'APA demanda à Koch de produire un rapport sur l'état de la psychologie après un siècle d'existence, sa lucidité n'était guère de nature à réjouir la profession, puisqu'il appuyait le jugement dévastateur de Sechrest livré à peine trois ans plus tôt :

Après cent ans de croissance exubérante, la psychologie est parvenue à un tel état de morcellement et de ramification qu'il empêche deux individus de s'entendre sur sa "structure". Pourrait-on même y discerner une vraie structure qu'il serait douteux que toutes ses sous-structures puissent faire l'objet d'une seule étude ayant une chance d'être complétée avant l'aube du troisième siècle de la psychologie. Ou pour prendre une autre métaphore, la psychologie actuelle ressemble davantage à l'image insaisissable d'un casse-tête pêle-mêle, mais qui ne contient aucune image. [...] Le fait que l'Association américaine de psychologie se compose actuellement de quarante-deux divisions spécialisées fait à peine entrevoir l'incohérence de la psychologie contemporaine : chacune des divisions est en réalité une division de divisions, un assortiment hétéroclite de sous-groupes dont les membres font et croient des choses bien différentes. Au terme de son premier siècle, la psychologie est marquée par une diversité de concepts, de méthodes et de professions si luxuriantes que l'étiquette de "psychologue" fournit très peu d'information (Traduit de Koch & Leary, 1985, p. 2-29).

Quinze ans plus tard, le triste constat de la pratique tous azimuts, scientifiquement inadéquate, des cliniciens revenait pour une énième fois sous la plume d'un autre chercheur, Timothy Baker, qui a consacré sa carrière de chercheur au problème de dépendance à la nicotine et au tabac, s'intéressant principalement aux facteurs motivationnels des dépendances. Ex-rédacteur en chef du *Journal of Abnormal Psychology*, il fut également récipiendaire du prix James McKeen Cattell attribué par l'APS. En 2008, il écrivait :

L'échec des psychologues cliniciens à faire une différence significative sur la santé mentale et publique s'enracine dans leur profonde ambivalence à propos du rôle de la science et dans leur manque de formation scientifique adéquate, ce qui les conduit à valoriser leur expérience clinique davantage que la preuve scientifique, à utiliser des méthodes basées sur le jugement, ayant une valeur psychométrique discutable, et à délaissier les interventions pour lesquelles la preuve de l'efficacité est la meilleure. La psychologie clinique ressemble à la médecine à un certain point de son histoire, lorsque les médecins opéraient en grande partie d'une manière préscientifique. Avant la réforme scientifique de la médecine, au début des années 1900, le médecin typique partageait les attitudes de nombreux psychologues cliniciens d'aujourd'hui, notamment accorder plus de valeur à l'expérience personnelle qu'à la recherche scientifique. On réforma la médecine surtout grâce à l'Association médicale américaine qui, guidée par des principes, s'efforça d'accroître le fondement scientifique de la formation dispensée dans les facultés de médecine. Une preuve substantielle démontre que plusieurs programmes de troisième cycle de formation en psychologie clinique, particulièrement les programmes PsyD et à but lucratif, ne maintiennent pas de hauts standards d'admission, ont un ratio élevé d'étudiants, minimisent l'importance de la science durant la formation et forment des étudiants qui n'appliquent pas la connaissance scientifique et n'en génèrent pas non plus (Traduit de Baker, McFall, & Shoham, 2008, p. 67).

Si le lecteur doute toujours du caractère non scientifique de la psychologie clinique et de l'APA, voici des propos de Lilienfeld (2010) sur le site *Psychotherapy Brown Bag* :

Existe-t-il un écart entre la preuve scientifique sur les techniques psychologiques les plus efficaces et l'emploi de ces techniques dans la pratique clinique quotidienne ? [...]

Avec la récente publication d'une étude minutieuse, controversée, capitale et dont on a beaucoup parlé, par Timothy Baker, Richard McFall et Varda Shoham (2009), l'ampleur du fossé entre recherche et pratique clinique [...] est apparue avec une évidence nouvelle. Le principal message de l'étude de Baker *et al.* est que la formation, les stages et la pratique de la psychologie

s'apparentent à la situation pré-scientifique de la formation médicale, celle d'avant le rapport Flexner de 1910 qui réorganisa radicalement la formation dans les facultés de médecine [...]

Alors, comment le domaine, et plus particulièrement l'APA, réagirent-ils à la monographie de Baker *et al.* (2009) et aux données du sondage qui démontraient l'existence d'un large fossé entre la recherche et la pratique parmi ses membres? De manière décevante, l'APA répondit surtout en se serrant les coudes. Steven Breckler (2010), Directeur exécutif du Conseil d'administration scientifique de l'APA, écrit que « les cliniciens se fient à la science » estimant que « l'affirmation de Baker *et al.*, selon laquelle les cliniciens évitent la science au profit de l'expérience clinique n'est guère fondée » (notez que les propos de Breckler simplifient toutefois à l'extrême la position de Baker *et al.*, puisqu'ils n'appliquaient pas cette description à l'ensemble des cliniciens). En réponse à un article de *Newsweek* sur l'étude de Baker *et al.*, Katherine Nordal (2009), directrice de la pratique professionnelle de l'APA, écrit qu'il « n'est certes pas clair et qu'il n'existe pas de preuves solides pour étayer » l'affirmation selon laquelle plusieurs, sinon la plupart des cliniciens, n'apprennent pas ou n'utilisent pas de traitements efficaces. Elle ajoutait : « L'Association américaine de psychologie possède un code d'éthique pour ses membres, qui stipule que les psychologues doivent baser leurs jugements cliniques sur une connaissance scientifique et professionnelle. Les psychologues accrédités exercent à l'intérieur des limites de leur expertise, telle que fixées par les réglementations d'état et nos principes éthiques ». Ces affirmations de Nordal sont incroyables, puisqu'elles n'informent pas le lecteur que l'APA n'exige pratiquement jamais le respect de cette règle de son code d'éthique et qu'elle sanctionne rarement, sinon jamais, les cliniciens qui pratiquent de manière non scientifique (Traduit de Lilienfeld, 2 février 2010).

Ces multiples faits, exprimés par des acteurs de premier rang du domaine de la psychologie, témoignent du fossé séparant aujourd'hui la psychologie clinique de la psychologie scientifique et contredisent ainsi le deuxième argument de Puskas :

1. l'APA, une organisation noyautée par les cliniciens et au service de leurs intérêts professionnels, n'est plus, depuis au moins les années 1970, une organisation scientifique et rien n'indique que depuis le schisme de 1988 elle se soit amendée à ce chapitre. Sachant que l'Ordre des psychologues du Québec autorise ses membres à pratiquer par exemple la psychanalyse, la reprogrammation par mouvements oculaires (EMDR) et la programmation neuro-linguistique, on ne peut que conclure qu'il loge à la même enseigne.
2. Ce manque de rigueur scientifique fait de la psychologie clinique une branche fourre-tout de la psychologie, qui permet la production buissonnante de théories contradictoires coexistant en tout illogisme.

De toute évidence, l'APS, contrairement à l'APA, a fait le choix de promouvoir une psychologie scientifique. Sans surprise, elle ne compte aucune division de psychanalyse.

c) Des études scientifiques, fruit de la recherche en psychanalyse, démontrent aujourd'hui l'efficacité de la méthode.

En appui de son troisième argument, Puskas propose cinq études "scientifiques" qui prouveraient l'efficacité de la psychanalyse. Il précise toutefois que « si vous n'aviez qu'un seul article à lire, c'est surtout l'article de Jonathan Shedler, *The efficacy of psychodynamic psychotherapy*, qu'il faudrait consulter ». Nous suivrons donc d'abord son conseil, puis nous examinerons deux autres de ses recommandations de lecture : Abbass, Kisely et Kroenke (2009) et Leichsensenring, Rabung et Leibing (2004).

Les tous premiers mots de l'article de Shedler entonnent le refrain mille fois entendu de l'appartenance de la thérapie psychodynamique à la science : « La preuve empirique soutient l'efficacité de la thérapie psychodynamique (*Empirical evidence supports the efficacy of psychodynamic therapy*) ». Or, l'un des premiers critères de scientificité (ou de toute logique discursive, en l'occurrence) consiste à définir clairement les termes. À quoi correspond, au juste, l'expression "psychothérapie psychodynamique"? Désigne-t-elle une technique de psychothérapie bien définie, dont la méthode clairement décrite permettrait de bien délimiter le cadre de l'évaluation scientifique? À en croire Shedler, nullement. À la section *Distinctive Features of Psychodynamic Technique*, il lève le voile sur le flou entourant la pratique :

La psychothérapie psychodynamique ou psychanalytique fait référence à une gamme de traitements inspirés des concepts et des méthodes psychanalytiques, requérant des sessions moins fréquentes, et qui peuvent être considérablement écourtés par rapport à la psychanalyse véritable (Lilienfeld, 2 février 2010).

La gamme des traitements regroupés sous l'expression "psychothérapie psychodynamique" partage néanmoins des caractéristiques communes, ajoute-t-il ensuite :

Sept caractéristiques, issues de l'étude empirique d'enregistrements et de transcriptions de véritables sessions, distinguent incontestablement la thérapie psychodynamique des autres thérapies (notez que les caractéristiques énumérées ci-dessous ne concernent que la procédure et la technique et non les principes sous-jacents qui guident ces techniques; pour une discussion des concepts et des principes, voir Gabbard, 2004; McWilliams, 2004; Shedler, 2006a) (traduit de Sheldler, 2010, p. 98-99).

Nous reviendrons sur les caractéristiques communes un peu plus loin. Pour l'instant, ajoutons que, sur ce point, Shedler affiche une indéniable constance, puisqu'il exprimait déjà ailleurs en 2002 son incapacité à définir précisément ce qu'est la psychanalyse, tout en lui collant l'épithète de science :

Le terme psychanalyse réfère à tout un tas de choses : une collection variée de techniques thérapeutiques, un large éventail de théories et de modèles, une riche collection de concepts diagnostiques et une certaine attitude envers la vie mentale qui n'épouse aucune technique ou modèle spécifique (Gabbard 2000; Schafer 1983). Certains aspects de la psychanalyse se comprennent mieux en tant qu'herméneutique. Assurément, l'écoute analytique, ou le processus par lequel nous discernons les aspects reniés de la vie mentale à travers les communications manifestes des patients, est en grande partie herméneutique. Mais d'autres aspects de la psychanalyse se classent sous les catégories de l'interrogation empirique et de la proposition causale. Les théories qui guident implicitement ou explicitement l'écoute analytique comportent plusieurs propositions causales. Nous utilisons des méthodes herméneutiques lorsqu'elles facilitent la compréhension et des méthodes empiriques lorsque c'est la recherche empirique qui le fait (Traduit de Shedler, 2002, p. 431).

Constatons, de toute évidence, l'hétérogénéité des procédures derrière l'expression "psychothérapie psychodynamique" et la difficulté qu'elle impose à l'évaluation scientifique de son efficacité : la preuve empirique soutenant le pouvoir thérapeutique de la thérapie psychodynamique, selon la déclaration initiale de l'auteur, fut-elle recueillie de l'ensemble des diverses techniques, d'un sous-groupe de cette population ou des sept caractéristiques communes ? Bien que le caractère scientifique du propos eut exigé la clarification de ce point, l'auteur ne l'aborde nulle part dans son article...

Poursuivant sa définition de la "psychothérapie psychodynamique", Shedler (2010) écrit :

Les sessions se tiennent, règle générale, une à deux fois par semaine et le traitement peut se limiter dans le temps ou être d'une durée indéterminée (p. 98).

Cette seconde partie de la définition est pour le moins surprenante. Comment arrive-t-on en effet à mesurer l'efficacité d'une procédure thérapeutique si, dans certains cas, il est impossible de déterminer le moment où elle prend fin ? Ce qui renvoie à la suggestion de l'OPQ d'utiliser des instruments de suivi en continu lors des psychothérapies (voir Tableau 1).

La surprise se poursuit. Dans l'extrait déjà cité, il décrit la thérapie psychodynamique comme « une gamme de traitements inspirés des concepts et des méthodes psychanalytiques, requérant des sessions moins fréquentes, et qui

peuvent être considérablement écourtés par rapport à la psychanalyse véritable » (p. 98). L'auteur nous fait clairement comprendre que la thérapie psychodynamique se distingue aujourd'hui de la psychanalyse véritable. Pourtant, que dit la note de bas de page associée à cette citation ? « J'utilise les termes psychanalytique et psychodynamique de façon interchangeable (*I use the terms psychoanalytic and psychodynamic interchangeably*) » (p. 98). Le lecteur n'est-il pas en droit ici de se demander si finalement une psychothérapie psychodynamique correspond à la psychanalyse classique ? Remarquons au passage que la confusion est entretenue par l'OPQ (2012). S'il s'agit d'une évolution par rapport à la psychanalyse d'origine, alors il serait de toute évidence requis, pour la clarté du propos, de ne pas interchanger un terme pour l'autre. Cette note de bas de page apparaît encore plus incompréhensible lorsqu'au paragraphe suivant, l'auteur laisse de nouveau entendre que la "psychothérapie psychodynamique" a évolué et se différencie de la psychanalyse des premiers jours :

Les manuels scolaires associent trop souvent les thérapies psychanalytiques ou psychodynamiques à certaines des spéculations plus saugrenues et obscures émises par Sigmund Freud il y a environ un siècle, et ne présentent que rarement les principaux concepts tels qu'ils sont compris et utilisés de nos jours. Ces présentations, jointes aux descriptions caricaturales dans les médias, ont contribué à la mauvaise compréhension généralisée du traitement psychodynamique [...]. (Traduit de Shedler, 2010, p. 98).

Sept caractéristiques communes

Abordons maintenant six des sept caractéristiques communes énumérées par Shedler (2010, p. 99-100), afin de vérifier si, effectivement, la psychothérapie psychodynamique se démarque de la psychanalyse classique :

- Accent mis sur l'affectivité et l'expression des émotions (*Focus on affect and expression of emotion*).

La thérapie psychodynamique encourage l'exploration et la discussion de la gamme entière des émotions du patient. Le thérapeute aide le patient à décrire et à mettre des mots sur des sentiments, même contradictoires, des sentiments troublants ou menaçants et des sentiments dont le patient peut ne pas initialement être en mesure de connaître ou de reconnaître [...].

Outre le problème de la suggestibilité, clairement souligné dans la définition de la première caractéristique, soulevant inévitablement l'épineuse question de la difficulté d'évaluer objectivement l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique, question à laquelle Shedler évite soigneusement de répondre, sommes-nous vraiment sur un autre terrain que celui défriché initialement par Freud, lorsque ce dernier écrivait :

[Le patient] doit être amené à se souvenir de certaines expériences et des émotions qui leurs sont associées et qu'il a oublié pour le moment [...] [La] relation du transfert [...] est spécialement prévue pour favoriser la reproduction des émotions connexes [...] (Traduit de Freud, *Collected Papers*, 1959, V, p. 359) ?

- Explorer les tentatives d'évitement des pensées et des sentiments pénibles (Exploration of attempts to avoid distressing thoughts and feelings).

Les gens s'efforcent, consciemment et inconsciemment, d'esquiver les aspects troublants de leur vécu. Ce comportement d'évitement (la défense et la résistance, dans le jargon théorique) peut prendre des formes banales, telles rater une séance, arriver en retard ou se montrer évasif.

Ramener le concept de la résistance sur le tapis et prétendre ensuite se situer loin « des spéculations plus saugrenues et obscures émises par Sigmund Freud il y a environ un siècle », est pour le moins surprenant. À cet égard, le D^r Coyne Campbell, psychiatre américain, parmi les premiers défroqués de la psychanalyse, évoquait exactement la même réalité lorsqu'il parlait de sa propre psychanalyse, typiquement freudienne celle-là, entreprise 80 ans plus tôt :

De toute façon, les constructions ou les interprétations foisonnent, que le patient arrive en retard, trop tôt ou pile à l'heure. Toutes les perspectives doivent être analysées. Arriver en retard ou trop tôt sont des indices de la résistance. [...] Cette règle, elle aussi, dévoile très bien l'attitude obsessionnelle des analystes à l'égard de leur technique, tout autant que leur cupidité. Ne pas respecter un rendez-vous est qualifié de "résistance", (Traduit de Campbell, 1957, p. 84, 88).

De plus, nous aurions apprécié ici quelques références appuyant le concept de résistance.

- Identification de tendances profondes et de thèmes récurrents (Identification of recurring themes and patterns).

Dans d'autres cas, le patient peut ignorer ses tendances profondes jusqu'à ce que le thérapeute l'aide à les reconnaître et les comprendre.

Cette troisième caractéristique commune soulève de nouveau l'embarrassant problème de la suggestibilité en thérapie et de la difficulté résultante de pouvoir évaluer objectivement l'efficacité de la procédure thérapeutique. Non seulement fait-elle obstacle à l'évaluation de l'efficacité réelle de la thérapie, mais elle peut accentuer les problèmes du patient, nous le savons aujourd'hui, en l'égarant dans un passé faux et étranger à sa situation présente ou en l'éloignant de la réalité.

- Discussion à propos des expériences passées (centrée sur le développement) (Discussion of past experience; developmental focus).

La quatrième caractéristique commune touche, elle aussi, au problème de l'enfermement du patient dans son passé, en monopolisant : 1) son attention sur de possibles faux événements de cette époque, dont il ne peut normalement se rappeler s'ils datent de la première enfance en raison de l'amnésie infantile, mais ancrés dans sa mémoire grâce à la suggestibilité; 2) en monopolisant ensuite son attention sur de vrais événements du passé, mais dont le souvenir est altéré par le passage du temps; 3) finalement, en le déconnectant de la situation présente en monopolisant son attention sur le passé. On connaissait parfaitement une partie de ces difficultés du temps de Freud :

On constate une sérieuse omission à travers tout l'oeuvre de Freud et de ses disciples. Le moment présent et la situation actuelle sont totalement négligés, comme s'ils n'avaient presque aucune influence étiologique. Pour Freud et ses disciples, toute cause découle entièrement de la première époque de la vie. Le reste n'a que peu de signification (Traduit de Myerson, 1939, p. 639).

Comme le disait Wertham, les analystes "font vivre une double vie à leurs patients — l'une couchée sur le divan, l'autre debout durant la vie quotidienne — et sont incapables de réunir les deux existences de façon constructive". Les patients ne mènent qu'une seule vie, et la thérapie analytique, ne mettant jamais l'accent sur les problèmes actuels, doit être qualifiée de traitement déconnecté de la réalité (Traduit de Salter, 1952, p. 141).

On peut également se référer entre autres travaux à ceux de Loftus et Ketchman (2012) pour se faire une idée du pouvoir de la psychothérapie, surtout d'inspiration psychanalytique, d'implanter de faux souvenirs dans la tête des gens.

- Accent mis sur la relation thérapeutique (Focus on the therapy relationship)

Sous cette expression, l'auteur évoque sans le dire le fameux concept du transfert, sans lequel la thérapie psychanalytique deviendrait impossible. Est-il besoin d'épiloguer longuement sur la dépendance que doit créer l'analyste pour parvenir à inoculer ses croyances? Nous laissons le soin au lecteur de déterminer l'estime à son intelligence que Shedler lui témoigne lorsqu'il ressuscite le concept du transfert tout en prétendant se situer loin « des spéculations plus saugrenues et obscures émises par Sigmund Freud il y a environ un siècle ».

- Exploration de la vie imaginaire (Exploration of fantasy life)

Au contraire des thérapies où le thérapeute peut structurer les séances ou suivre un programme prédéterminé, la thérapie psychodynamique encourage les patients à parler librement de tout ce qui leur vient en tête.

Voici que surgissent les fameuses associations libres, procédure éminemment freudienne s'il en est une et que nous savons ne pas être totalement libres, en fin de compte, en raison justement de la fameuse suggestibilité, intrinsèque à la thérapie psychanalytique, qui influence fortement les propos du patient. Shedler réalise-t-il seulement que les caractéristiques communes 1 et 3, où se dévoile le problème de la suggestibilité, contredisent la caractéristique 7 ? Au cœur même des aspects communs à la gamme de traitements qualifiée de psychothérapie psychodynamique réside une ineptie.

Force est de constater que, contrairement à ce que prétend Shedler en introduction de son texte, la psychothérapie psychodynamique dont il parle ne se distingue guère de la procédure inventée par Freud. Il importe d'en prendre conscience, car si Shedler prétend démontrer l'efficacité thérapeutique d'une gamme de traitements en fin de compte très similaires à la psychanalyse classique, comment explique-t-il alors la conclusion de son article (l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique soutenue par la preuve scientifique) au regard de toutes les études antérieures ayant conclu à l'inefficacité thérapeutique de la psychanalyse authentique. Notons à cet égard celle, jamais publiée, de l'Association américaine de psychanalyse, celle de R. P. Knight en 1941, celle d'Eysenck et la conclusion de Freud lui-même dès 1897. Examinons chacune d'elles :

- En ce qui concerne la déclaration de l'Association américaine de psychanalyse, celle-ci vient d'Anthony Storr qui a révélé cette information dans *Psychoanalysis observed* (Rycroft, Gorer, Storr, Wren-Lewis, & Lomas, 1966), information reprise par Gellner (1996) :

« Les commentaires d'Anthony Storr, qui exerce l'analyse jungienne, dans un sympathique et très incisif essai sur « le concept de la cure », publié dans *Psychoanalysis observed*, étonnent encore plus [...] L'Association américaine de psychanalyse, qu'on estimerait biaisée en faveur de sa propre spécialité, entreprit un sondage pour tester l'efficacité de la psychanalyse. Les résultats furent à ce point décevants qu'elle refusa de les publier » (p. 161).

- « En résumé, l'étude approfondie des résultats du traitement psychanalytique de 736 patients montre que la psychanalyse fut un échec pour 56.7 % des patients, et un net succès pour 43.3 % des patients. La psychanalyse échoue donc un peu plus souvent qu'elle ne réussit » (Traduit de Knight, 1941 cité dans Salter 1952, p. 152).

- « En fait, les données suggèrent fortement que, en moyenne, les patients traités par la psychanalyse prennent plus de temps à se rétablir et se rétablissent moins bien que les patients n'ayant reçu aucun traitement. [...] Les résultats de ces études confirment la conclusion que la psychanalyse n'a aucun effet apparent quand on la compare à d'autres traitements ou à l'absence de traitement; encore une fois, les résultats de ces expériences ne soutiennent aucunement le traitement psychanalytique » (Traduit de Eysenck 2008, p. 27 – 28).

- « Maintenant je veux te confier immédiatement le grand secret dont je me suis lentement rendu compte au fil des derniers mois. Je ne crois désormais plus à ma *neurotica* (théorie des névroses). [...] Je commencerai chronologiquement [par te dire] d'où sont venues les raisons de douter. Le désappointement continué de mes efforts à rendre une seule analyse à une véritable conclusion » (Traduit de Freud, lettre à Fliess du 21 septembre 1897 in Masson, 1985, p. 264).

Shedler, tout comme Puskas, restent étrangement muet sur cette divergence historique. Par quelle magie ce qui ne donnait aucun résultat hier se révélerait-il efficace aujourd'hui? Nul ne le sait, pas même Shedler. Son artifice discursif consiste à affirmer que la psychothérapie psychodynamique actuelle se démarque de la psychanalyse véritable, alors qu'à la lumière même de sa description de cette gamme de traitements (les sept caractéristiques communes) et de son emploi indistinct des termes psychanalytique et psychodynamique, il se contredit lui-même.

La méta-analyse d'Abass *et al.* (2009)

Dans sa réponse, Puskas fait également référence à la méta-analyse d'Abass *et al.* (2009), qui démontrerait l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique brève dans le traitement des troubles somatiques. Shedler inclut lui aussi la méta-analyse d'Abass *et al.* dans son article, de même que d'autres études semblables portant sur l'efficacité de la psychothérapie, mais qui toutes présentent des failles méthodologiques majeures tournant autour des points suivants. La méta-analyse inclut :

1. des études où les échantillons sont de faible taille;
2. des études où les patients prenaient un médicament psychoactif en même temps qu'ils suivaient une psychothérapie;
3. des études ne comprenant pas de groupe contrôle;
4. des études ayant recours à des techniques psychodynamiques différentes, ce qui ne constitue pas un véritable groupe "de comparaison" pour déterminer l'efficacité de la thérapie psychodynamique versus un autre traitement ou l'absence de traitement. Par exemple, une méta-analyse pourrait regrouper des études basées sur des thérapies de groupe et des études basées sur des thérapies individuelles (on retrouve cette faille dans l'étude de Leichsenring, référencée par Puskas), deux types de thérapie nettement différents ayant une dynamique parfaitement distincte;
5. des études où les groupes expérimental et contrôle ne sont pas homogènes et présentent même une considérable hétérogénéité à l'amorce de l'étude;
6. des études dont les participants ne sont pas répartis géographiquement (c'est le problème du multicentrisme);
7. des études où la variable analysée n'est même pas du domaine de la psychiatrie ou de la psychologie;
8. des études où la psychothérapie n'est comparée qu'avec l'absence de traitement, ce qui automatiquement conduit à un résultat positif, puisque nous savons que la psychothérapie en général est efficace, de sorte que le résultat ne peut être que positif par comparaison à l'absence de traitement.

Si la technique avait été comparée à une autre forme de psychothérapie, ou toute autre forme de traitement, le résultat eut abouti vraisemblablement à une différence faible, sinon nulle, puisque nous savons également que les thérapies s'équivalent toutes et ne se distinguent guère de l'effet placebo (voir le tableau 2 dans Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson, & Ahn, 1997).

Shedler esquive l'ensemble de ces difficultés pour ne faire ressortir tendancieusement, dans un premier temps, que l'efficacité reconnue de la psychothérapie en général et, dans un second temps, celle de la thérapie psychodynamique en particulier, en citant notamment la méta-analyse d'Abbass *et al.* (2009). Il souligne les grands effets de taille de différentes variables étudiées, notamment lors du suivi à long terme. Il conclut ainsi :

La tendance constante des grands effets de taille lors des suivis suggère que la thérapie psychodynamique déclenche des processus psychologiques qui provoquent le changement, même après que la thérapie ait pris fin (p. 101).

Or, cette conclusion n'apparaît nulle part dans l'article de Abbass *et al.* (2009) et rien ne permet non plus d'y aboutir. Shedler saute lui-même à cette conclusion. Quoi qu'il en soit, l'examen de la méta-analyse de Abbass *et al.* présente au moins six autres failles. Premièrement, à la partie Résultats, section *Study Inclusion Criteria and Characteristics*, on apprend que 23 études furent jugées éligibles. Le tableau 1 les présente toutes, mais seules 14 d'entre elles servent finalement à la méta-analyse :

Quatorze études fournirent des données utilisables pour les méta-analyses. [...] Les autres soit n'offraient pas de résultats correspondant à nos catégories, soit ne présentaient pas les données dans un format utilisable (Traduit d'Abbass *et al.*, 2009, p. 268).

Deuxièmement, les figures 2 et 3 montrent que jamais les 14 études ne servent en même temps à l'évaluation d'un critère. Ce sont les critères *General psychiatric symptoms-short term*, *Anxiety-short term* et *Somatic-short term* qui regroupent le maximum d'études, avec 8 chacun. Mais puisque ces critères incluent des études "avant-après", médiocres au plan méthodologique, on obtient respectivement 4, 5 et 6 études pour ces critères :

Une étude "avant-après" examine si l'état des participants s'améliore ou régresse lors d'une intervention, puis attribue l'amélioration ou la dégradation à l'intervention.

Le problème avec ce genre d'étude c'est que, en absence d'un groupe contrôle, on ne peut pas savoir si l'amélioration ou la dégradation du participant se serait produite malgré tout, sans intervention. Cette situation conduit souvent à des conclusions fausses à propos de l'efficacité de l'intervention (Whitehurst, 2003, p. 2).

Ouvrons une parenthèse sur les études avant-après. L'absence de groupe contrôle dans leur méthodologie ouvre une faille majeure, en raison notamment du subtil effet de la régression vers la moyenne, phénomène où un processus semble "régresser" des états moins probables vers les états plus probables simplement du fait que les plus probables sont susceptibles de se produire plus tard. Par exemple, les gens ne sont pas souvent très heureux ou très malheureux. Il s'ensuit que quand ils sont heureux ou malheureux, il est moins probable qu'ils soient extrêmement malheureux ou extrêmement heureux plus tard — peu importe ce qui se produit dans l'intervalle. Puisque la plupart des gens entrent en thérapie quand ils sont extrêmement malheureux, il est peu probable qu'ils soient autant malheureux plus tard, indépendamment des effets de la thérapie elle-même. Conséquemment, "l'effet de régression" peut créer l'illusion que la thérapie a contribué à soulager leur malheur, qu'elle l'ait effectivement fait ou non. En fait, même si la thérapie s'est révélée carrément dommageable, il est moins probable que les gens soient aussi malheureux plus tard qu'au début de la thérapie. L'effet de régression vers la moyenne nous fait ainsi saisir toute la faiblesse méthodologique d'une étude "avant-après" et sa faible valeur scientifique. Inclues dans la méta-analyse de Abbass *et al.*, elle décalent alors les résultats du côté positif, puisqu'en l'absence d'un groupe contrôle, on augmente les chances que l'amélioration des sujets s'explique par le seul effet de la régression vers la moyenne.

Troisièmement, en y regardant plus attentivement, on se rend finalement compte que jamais plus de 6 études valables sur les 14 servent à évaluer un critère. C'est sous le critère *Somatic-short term*, avec 6 études et 200 patients, que l'on retrouve le plus grand groupe études/patients. Or, il s'agit là d'un échantillon de très petite taille sur le plan scientifique.

Quatrièmement, les données publiées par Abbass *et al.* contiennent des erreurs flagrantes et admises par Abbass lui-même dans un courrier électronique qu'il adressait au premier auteur du présent texte, le 16 décembre 2010², pourtant passées inaperçues aux yeux du comité éditorial de la revue *Psychotherapy and Psychodynamics*. La section **Résultats**, paragraphe Patients, indique un total de 1 870 patients et un éventail de patients par étude oscillant entre 10 et 342. Ces chiffres sont inexacts. En prenant les données du tableau 1, le total des patients est de 1 408, tandis que l'étude la plus peuplée (Creed *et al.*, 2003) compte 257 patients. Pour obtenir les chiffres publiés, il faut additionner, dans le tableau 1, les colonnes *Subjects at baseline Total* et *Subjects at baseline STPP* (short term psychodynamic psychotherapy), une erreur puisque la colonne *Total* inclut déjà les patients de la colonne *STPP*. De plus, si l'on ne conserve que les totaux des 14 études réellement incluses dans la méta-analyse, cette dernière ne compte plus que 1 002 patients.

Cinquièmement, si de ces quatorze l'on retranche les cinq études "avant-après" scientifiquement inacceptables, il ne reste plus que 775 patients, moins de la moitié du total annoncé.

² Ce courriel est disponible sur demande.

La section *Heterogeneity* de la même partie rend davantage perplexe :

En dépit du petit nombre d'études présentant un résultat, quel qu'il soit, nous avons appliqué les tests formels d'hétérogénéité. Ils se sont avérés significatifs dans la majorité de toutes nos méta-analyses. Ils ne furent non-significatifs que pour les résultats à moyen terme et pour l'adaptation sociale. De façon similaire, le calcul statistique fut constamment supérieur à 50 % pour les résultats à court et long terme, quoique légèrement inférieur pour les moyens termes. *Les résultats de nos méta-analyses doivent conséquemment s'interpréter avec prudence* (Notre accentuation) (Traduit d'Abbass *et al.*, 2009, p. 268).

Retrouve-t-on cette prudence dans les propos de Shedler? En ne citant que les grands effets de taille et considérant la conclusion qu'il en tire (revoir ci-dessus la citation de la page 101), la réponse est non. Son discours paraît surtout empreint de parti pris. En vérité, le problème de l'hétérogénéité des échantillons affecte grandement la méta-analyse de Abbass *et al.* (2009) et la présenter en preuve de l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique semble grandement présomptueux.

Un sixième problème affecte la méta-analyse d'Abbass *et al.* L'étude de Svedlund *et al.* (2003) sélectionnée dans sa méta-analyse examine l'effet de la psychothérapie psychodynamique sur le syndrome du côlon irritable (SCI). Pour traiter ce trouble de santé, les médicaments actuellement disponibles, par exemple le bromure de pinaverium, ne fonctionnent qu'avec un patient sur quatre, un pouvoir thérapeutique pour le moins faible. Comparer une psychothérapie à un traitement médicamenteux si peu efficace et constater la supériorité de la psychothérapie serait-il alors un résultat surprenant?

La relative inefficacité thérapeutique du médicament s'explique vraisemblablement par le fait que le SCI est un trouble fonctionnel très mal compris, dont le diagnostic repose sur une grande part de subjectivité. En effet, les critères de Rome, censés faciliter l'établissement du diagnostic clinique, laissent pourtant place à beaucoup d'interprétations : douleur ou inconfort abdominal présent depuis au moins 12 semaines (pas nécessairement consécutives), associé à 2 des 3 conditions suivantes :

- Soulagement après la défécation et/ou
- Association à un changement de la fréquence des selles et/ou
- Association à un changement de la forme des selles.

Les patients souffrant du SCI peuvent également présenter des diarrhées, de la constipation ou une alternance des deux. La constipation peut durer quelques jours, quelques mois ou alterner avec des selles normales. En outre, les symptômes varient d'une personne à l'autre et varient également dans le temps. Un voyage, un événement social, un changement de routine, un médicament, le stress, manger des aliments inadéquats, prendre un gros repas ou les menstruations chez la femme les aggravent. Bref, un nombre de facteurs socio-environnementaux influencent grandement la symptomatologie du SCI, de sorte qu'ils soulèvent la

question de la fiabilité de la mesure de l'efficacité de la psychothérapie quand on prend le soulagement d'un symptôme pour mesure de cette efficacité.

En lisant l'étude de Svedlund *et al.*, on constate de surcroît que des lacunes méthodologiques ajoutent à l'équivoque de la condition. En effet, la mesure de l'efficacité se fait par une évaluation des symptômes physiques et mentaux au début de l'étude, après 3 puis 15 mois, mais autant dans le groupe contrôle que dans le groupe expérimental, les patients prenaient des agents de lest et, au besoin, des médicaments anticholinergiques, des antiacides et des tranquillisants légers. Dès lors, comment savoir si la réduction d'un symptôme mental est attribuable à la psychothérapie plutôt qu'au tranquillisant léger si le patient en consomme? Introduire dans sa méta-analyse une étude où les patients prennent un médicament psychoactif en même temps qu'ils suivent une psychothérapie constitue l'une des failles reconnues les méta-analyses boiteuses.

Une troisième défaillance surgit de la méthodologie de Svedlund *et al.* : on nous informe (p. 589-590) que l'évaluation des symptômes mentaux se réalise à l'aide de 27 items de l'échelle CPRS (*Comprehensive Psychopathological Rating Scale*), mais que ce sont les deux mêmes psychiatres ayant agi à titre de psychothérapeutes dans l'étude qui la menèrent, bien qu'ils n'évaluaient pas leurs propres patients. Si ce procédé illustre la rigueur et l'objectivité scientifique, bien des heures sombres attendent dorénavant la science. Les auteurs tentent de nous rassurer en ajoutant que ce possible biais des évaluateurs fut atténué par une seconde évaluation, conduite par les patients eux-mêmes. Mais cette précaution soulève plutôt des questions, car dans la discussion (p. 591), les auteurs nous révèlent que « seuls les patients désireux d'entreprendre à la fois une analyse sociopsychologique prolongée et un traitement médical furent enrôlés ». Le phénomène de la désirabilité sociale jouant, un patient motivé à suivre une psychothérapie et à subir un traitement médical est certainement plus enclin à croire à l'efficacité de la thérapie et conséquemment à évaluer positivement les bénéfices qu'il en retire, décalant conséquemment les résultats du côté positif.

Somme toute, de Svedlund à Abbass à Shedler, on découvre une méthodologie très boiteuse de plus en plus déficiente, chaque auteur brochant des conclusions extravagantes sur les failles du précédent! Quoi que puisse en dire chacun, leurs conclusions s'opposent diamétralement à celles d'une méta-analyse plus rigoureuse, portant sur les psychothérapies dans le traitement du SCI :

En conclusion, les psychothérapies peuvent s'avérer supérieures aux soins traditionnels à la fin du traitement, bien que la signification clinique de ce bénéfice soit douteuse. En général, les psychothérapies ne sont pas supérieures au placebo. La pérennité des effets du traitement psychothérapeutique reste discutable. Les résultats de notre méta-analyse doivent être interprétés avec prudence en raison de la faible qualité méthodologique des études sélectionnées, de la variation entre les définitions d'un résultat et de la petite taille des échantillons, engendrant une considérable hétérogénéité (Traduit de Zijdenbos, de Wit, van der Heijden, Rubin, & Quartero, 2009, p. 15).

D'autres auteurs ont critiqué l'article de Shedler plus en détails. Anestis, Anestis et Lilienfeld (2011) ont rétorqué aux conclusions avancées par Shedler. Sur le site Internet *Psychotherapy Brown Bag*, le lecteur trouvera l'essentiel de leur critique, dans un texte davantage soutenu et au titre fort éloquent : *Laisser tomber la science et la logique pour faire mousser sa cause* (Anestis, Anestis, & Lilienfeld, 2011). Ce texte, structuré sous forme de citations et réponses, propose pour argumentation générale ce passage que nous traduisons :

« La psychothérapie psychodynamique est efficace pour un large éventail de symptômes en santé mentale, dont la dépression, l'anxiété, la panique et des affections physiques liées au stress. Les bénéfices de la thérapie s'accroissent après la fin du traitement, selon une nouvelle recherche publiée par l'Association américaine de psychologie » (Traduit de <http://www.apa.org/new/press/releases/2010/01/psychodynamic-therapy.aspx>)

Sans surprise, la première phrase (et le titre) capteraient l'attention s'ils étaient publiés dans n'importe quel article de journal. Le problème provenant des affirmations mises de l'avant dans cette phrase reposent sur des données horriblement viciées. Malheureusement, la plupart des lecteurs l'ignorent et ne verront jamais ces données. De sorte que l'impression qu'ils garderont de la question découle d'une affirmation sans fondement. Dans une discussion scientifique, ce procédé est dangereux. Lorsque l'APA publie sur son site une étude ayant une approche aussi peu scientifique, elle ne fait franchement pas grande impression [...].

Les chiffres cités par l'auteur apparaissent très convaincants, mais les résultats découlent de données erronées et des études de faible qualité incluses dans sa méta-analyse. Quiconque prend le temps d'examiner les vrais résultats des études incluses dans le travail de Shedler découvrira un tableau complètement différent et, de nouveau, je vous encourage à lire notre précédent article sur ce sujet, pour voir précisément ce dont je parle (je les décris en détail). Je constate que mon opinion sur les méta-analyses n'est pas universellement partagée, mais il serait difficile de nier que plusieurs des études incluses dans la méta-analyse de Shedler sont de faible qualité et que les résultats comparant directement les traitements soutenus par la preuve avec la thérapie psychodynamique contredisent en vérité directement ses conclusions (Traduit d'Anestis, 26 janvier 2010).

Dans un autre article, sur le même site et portant sur le même sujet, Anestis ajoutait :

Exemple : Shedler cite une méta-analyse réalisée par Leichsenring, Rabung et Leibing (2004), dans laquelle les auteurs prétendent démontrer que la thérapie psychodynamique est fortement soutenue par la preuve pour un certain nombre de troubles. Cette méta-analyse possède ses forces, en incluant uniquement des

études randomisées et en ne mélangeant pas la psychothérapie interpersonnelle avec la thérapie psychodynamique, à l'instar de précédentes méta-analyses; elle présente toutefois aussi d'évidentes faiblesses. Premièrement, les études incluses dans la méta-analyse regroupaient une large palette de diagnostics, de sorte qu'au lieu d'avoir à analyser un large échantillon d'un ensemble particulier de clients, on se retrouve avec une collection disparate de piètres études sur des individus largement différents. Dans un cas semblable, la question à laquelle les données répondent ne veut essentiellement rien dire. Une faiblesse plus évidente encore vient de ce que l'on n'aborde des conclusions contraires qu'en y faisant allusion, en passant (Traduit d'Anestis, 12 janvier 2010).

Et encore :

Dans cette méta-analyse (Leichsenring & Rabung, 2008), les auteurs ont commis une erreur de calcul aboutissant à un effet de taille impossible. Bhar et ses collègues ont publié (2010) un texte sur ce point, qui soulevait également un certain nombre d'autres erreurs dans la méta-analyse. Shedler mentionna dans sa réponse qu'il était irrationnel que nous commentions cette méta-analyse, puisque les auteurs avaient publié une correction voilà un an et demi (Leichsenring & Rabung, 2009). Il mit même l'expression "voilà un an et demi" en italiques, apparemment pour exprimer son extrême tristesse devant notre décision. Mais voilà le problème... nous n'avions pas choisi de référencer l'étude de 2008. Vous savez qui l'avait fait? Je vous le donne en mille... Shedler lui-même! C'est bien ça, dans son article original (Shedler 2010), il consacrait une bonne partie de son texte à examiner cette référence précise. Nous n'avons que répondu à son texte en critiquant l'article même dont il parlait. (Traduit d'Anestis, 10 février 2011).

Qui plus est, Anestis écrivait le 20 avril 2011 que Shedler n'avait jusqu'alors jamais daigné joindre une discussion publique sur le site *Psychotherapy Brown Bag*, portant sur son article. Anestis terminait son message sur des propos qui ressemblent malheureusement beaucoup trop à ceux que reçoivent encore ceux qui osent critiquer la psychanalyse :

Le plus frustrant dans ces échanges, c'est que chaque fois que l'on tente d'amener les gens qui défendent la psychothérapie psychodynamique à discuter de la preuve réelle (et de ses failles), la conversation tourne en accusations qu'ils sont martyrs et reçoivent un traitement injuste. Est-il possible que la psychothérapie psychodynamique soit efficace? Bien sûr. Mais si c'est le cas, alors une série extrêmement malchanceuse d'erreurs de type II ont empêché de confirmer sa véritable efficacité et forcé le recours à la désinformation et aux affirmations exagérées (Traduit d'Anestis, 20 avril 2011).

Conclusion

En 2004, le Gouvernement français demandait à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) d'effectuer une étude sur l'efficacité de trois approches en psychothérapie : l'approche psychodynamique (psychanalytique), l'approche cognitivo-comportementale et l'approche familiale et de couple. Confrontés aux résultats de l'étude, la réaction des psychanalystes français fut d'une violence rarement égalée, mais fort compréhensible : ils avaient fini bon dernier, loin derrière l'approche cognitivo-comportementale. C'était en 2004. Or Puskas a proposé la lecture de quelques méta-analyses postérieures à 2004 en réaction à notre article « La psychanalyse ne résiste pas à l'analyse ». C'était de bonne guerre. Nous avons suivi son conseil de bonne foi en supposant que ces nouvelles méta-analyses apporteraient de nouveaux résultats en faveur de la psychanalyse. L'analyse minutieuse de trois d'entre elles montre malheureusement que les résultats de la recherche de l'INSERM sont encore valables.

Comment est-il possible dès lors que les associations professionnelles de psychologie soutiennent toujours des approches au fondement scientifique si fragile ? Leur mission ne consiste-t-elle pas à protéger le public en garantissant une pratique de la psychologie clinique scientifiquement fondée ou ne sont-elles que des groupes de pression, exerçant leur lobbying dans le but d'accroître le pouvoir des psychologues dans la société ?

Autre siècle, même dynamique !

Références

- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274. doi:10.1159/000228247
- Anestis, M. (26 janvier 2010). Abandoning science and logic in the pursuit of an agenda; *Psychotherapy Brown Bag*; http://www.psychotherapybrownbag.com/psychotherapy_brown_bag_a/2010/01/abandoning-science-and-logic-in-the-pursuit-of-an-agenda.html
- Anestis, M. (12 janvier 2010). What do we know about psychodynamic therapy? A closer look at Shedler's review; *Psychotherapy Brown Bag*; http://www.psychotherapybrownbag.com/psychotherapy_brown_bag_a/2010/01/what-do-we-know-about-psychodynamic-therapy-a-closer-look-at-shedlers-in-press-review.html
- Anestis, M. (10 février 2011). Psychodynamic psychotherapy: Extending a published debate into the blogosphere; *Psychotherapy Brown Bag*; http://www.psychotherapybrownbag.com/psychotherapy_brown_bag_a/2011/02/psychodynamic-psychotherapy-extending-a-published-debate-into-the-blogosphere.html
- Anestis, M. (20 avril 2011). Re: Is there any evidence for psychoanalysis? Is it crap?; *RationalSkepticism.org*; <http://www.rationalskepticism.org/psychology/is-there-any-evidence-for-psychoanalysis-is-it-crap-t20918.html>

- Anestis, M.D., Anestis, J.C., & Lilienfeld, S.O. (2011). When it comes to evaluating psychodynamic therapy, the devil is in the details. *American Psychologist*, 66 (2), 149 – 151.
- Arkowitz, H., & Lilienfeld, S.O. (2006). Do self-help books help? *Scientific American Mind*, 17, 90-91.
- Atkins, D.C., & Christensen, A. (2001). Is professional training worth the bother? A review of the Impact of Psychotherapy Training on client outcome. *Australian psychologist*, 36 (2), 122-130.
- Baker, T.B., McFall, R.M., & Shoham, V. (2008). Current status and future prospects of clinical psychology. Toward a scientifically principled approach to mental and behavioral health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 9 (2), 67 – 103.
- Borch-Jacobsen, M. (2011a). *Les patients de Freud. Destins*. Auxerre, France : Éditions Sciences Humaines.
- Borch-Jacobsen, M. (2011b). Que sont devenus les patients de Freud. *Sciences Humaines*, édition électronique, mis en ligne le 25 novembre 2011, http://www.scienceshumaines.com/mikkel-borch-jacobsen-que-sont-devenus-les-patients-de-freud_fr_28036.html
- Bouveresse, R. (1992). Analyse et scientificité chez Freud : une esquisse de l'état du débat sur le statut de la psychanalyse. Dans *La notion d'analyse* (pp. 295-323). Toulouse, France : Presses Universitaires du Mirail.
- Bouveresse-Quillot, R., & Quillot, R. (1995). *Les critiques de la psychanalyse*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Bryan, F. (2012). Dear Dr. Phil. *Skeptical Inquire*, 36 (5), 9.
- Campbell, C. (1957). *Induced delusions. The psychopathy of freudism*. Chicago, IL: Regent House.
- Dawes, R. (1994). *House of cards. Psychology and psychotherapy built on myth*. New York, NY: The Free Press.
- Dawes, R.M., Faust, D., & Meehl, P.E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 243 (4899), 1668-1674.
- Dineen, T. (1998). *Manufacturing victims. What the psychology industry is doing to people*. Robert Davies Multimedia.
- Eysenck, H.J. (2008). *The social consequences of modern psychology*. Piscataway, NJ: Transaction Publishers.
- Frazier, K. (2012). Dr. Phil gives psychics a pass. *Skeptical Inquire*, 36 (4), 4.
- Gellner, E. (1996). *The psychoanalytic movement. The cunning of unreason*. Evanston, IL: North Western University Press.
- Hagen, M.A. (1997). *Whores of the court. The fraud of psychiatric testimony and the rape of american justice*. New York, NY: Regan Books.
- Hayes, S.C. (1989). The courage to say « We do not know how ». An Interview With Lee Sechrest. *APS Observer*, 2 (4), 8–10.
- Koch, S., & Leary, D.E. (1985). *A Century of Psychology as Science*. Washington: APA.
- Lagache, D. (1974). La psychanalyse comme science exacte. *Psychologie française*, 19 (4), 217-246.

- Larivée, S. (1996) Le marché de l'intervention psychosociale : une fraude collective politiquement correcte. *Revue canadienne de psychoéducation*, 25 (1), 1-24.
- Larivée, S. (1997). Quand l'expression « sciences humaines » est-elle une fiction sémantique? *Revue canadienne de psychoéducation*, 26 (1), 1-24.
- Larivée, S., & Coulombe, E. (2013). La psychanalyse ne résiste pas à l'analyse. *Revue de psychoéducation*, 42 (1), 185-230.
- Larivée, S., Sénéchal, C., Miranda, D., & Vaugon, K. (2013). Étude longitudinale à propos de l'espace occupé par les pseudosciences dans les librairies du Québec. *Revue de psychoéducation*, 42 (2), 395-418.
- Leichsensenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatry disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Lilienfeld, S. (2 février 2010). Is There a Research-Practice Gap? Not if You Listen to APA...; *Psychotherapy Brown Bag*; http://www.psychotherapybrownbag.com/psychotherapy_brown_bag_a/2010/02/february-2010-psychotherapy-brown-bag-featured-article-is-there-a-researchpractice-gap-not-if-you-li.html
- Lilienfeld, S.O. (2012). Public skepticism of psychology. Why many people perceive the study of human behavior as unscientific. *American Psychologist*, 67 (2), 111-129.
- Lilienfeld, S.O., Lynn, S.J., Ruscio, J., & Beyerstein, B.L. (2010). *50 great myths of popular psychology*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Loftus, E., & Ketcham, K. (2012). *Le syndrome des faux souvenirs. Ces psy qui manipulent la mémoire*. Paris, France : Éditions Exergue.
- Masson, J.M. (1985). *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887 – 1904*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Myerson, A. (1939). The attitude of neurologists, psychiatrists and psychologists towards psychoanalysis. *The American Journal of Psychiatry*, 96 (3), 623–641.
- Ordre des psychologues du Québec (2012a). *La psychothérapie. Se poser les bonnes questions*. Montréal : OPQ.
- Ordre des psychologues du Québec (2012b). 10 outils pour évaluer l'efficacité des interventions en psychothérapie. *Cahier recherche et pratique*, 2 (2), 5-47.
- Penn, Schoen and Berland Associates (2008). *American Psychological Association benchmark study*. New York, NY: Author.
- Puskas, D. (1997). Un fraudeur réplique. *Revue canadienne de psychoéducation*, 26 (1), 81-90.
- Rycroft, C., Gorer, G., Storr, A. Wren-Lewis, J. & Lomas, P. (1996). *Psychoanalysis Observed*. London, UK: Vintage Books.
- Salter, A. (1952). *The case against psychoanalysis*. New York, NY: Henry Holt and Company.
- Scarr, S. (2007). APS charter member memories. *APS Observer*, 20 (9). <http://www.psychologicalscience.org/index.php/publications/observer/2007/october-07/aps-charter-member-memories.html>
- Shedler, J. (2002). A new language for psychoanalytic diagnosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 429–456.

- Shedler, J., (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98 –109. DOI: 10.1037/a0018378
- Shevrin, H. (1995). Is psychoanalysis one science, two sciences or no science at all? A discourse among friendly antagonists. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43 (3), 963-986.
- Svedlund, J., Sjodin, I., Ottoson, J.O., & Dotevall, G., (1983). Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. *The Lancet*, 10, 589–592.
- Tavris, C (2003). The widening scientist-practitioner gap. A view from the bridge. Dans S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, J. M. Lohr. (dir.). *Science and pseudoscience in clinical psychology* (p. IX-xviii). New York, NY: The Guilford Press.
- Wakefield, H., & Underwager, R. (1994). *Return of the furies. An investigation into recovered memory therapy*. Chicago, IL: Open Court.
- Wampold, B., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & AHN, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing Bona Fide psychotherapies: Empirically, « All must have prizes ». *Psychological Bulletin*, 122 (3), 203–215.
- Zijdenbos, I. L., de Wit, N.J., van der Heijden, G.J., Rubin, G., & Quartero, A.O. (2009). Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*, Issue 1. Art. No.: CD006442. DOI: 10.1002/14651858.CD006442.pub2.

Éric Coulombe et Serge Larivée
serge.larivee@umontreal.ca