

# Psychothérapies : quelle évaluation ?

Table ronde avec  
Pierre-Henri Castel, Bernard Perret et Jean-Michel Thurin<sup>1</sup>

*ESPRIT – Cette table ronde se réunit dans un contexte marqué par la polémique provoquée par un rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur l'évaluation des psychothérapies (février 2004). Les milieux psychanalytiques ont réagi à cette démarche d'une manière passionnée alors même que la question de l'efficacité n'est pas nouvelle dans l'histoire de la psychanalyse. Mais commençons par préciser les raisons de la constitution de cette équipe d'expertise Inserm : pourquoi cette évaluation ? qui l'a demandée ? comment le groupe a-t-il été constitué ?*

*JEAN-MICHEL THURIN – Cette expertise a été demandée par la Direction générale de la santé (DGS) et son rôle s'est limité à cette demande. Quant au groupe, il a été constitué par l'Inserm suivant des critères qui lui sont propres. Mais il faut sans doute remonter une décennie en arrière quand des psychothérapeutes (FFdP) ont sollicité un avis de l'association française de normalisation (Afnor) pour savoir si certains éléments concernant les psychothérapies pouvaient être codifiés. L'Afnor a interrogé les associations d'usagers, de psychanalystes, de psychiatres, de psychologues et les pouvoirs publics, puis a*

---

1. Pierre-Henri Castel est psychanalyste et philosophe, chercheur au CNRS (Institut d'histoire et de philosophie des sciences et des techniques), auteur récemment d'un livre sur *la Métamorphose impensable. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle*, Paris, Gallimard, 2003. Bernard Perret est chargé de mission « méthodes d'évaluation » au Conseil général des Ponts et Chaussées (ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement), il a publié, notamment, un livre sur *l'Évaluation des politiques publiques*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 2001. Jean-Michel Thurin est psychiatre-psychanalyste en cabinet (Paris). Membre de l'expertise, il a été chargé spécifiquement de l'approche psychodynamique (psychanalytique). Il a coordonné notamment deux recherches sur l'évaluation des psychothérapies. Fondateur de l'École de psychosomatique (1983), il est l'auteur de plusieurs ouvrages sur la psychosomatique. Rédacteur en chef de *Pour la recherche*, ancien président de la Fédération française de psychiatrie, il est membre des comités d'interface Inserm/Psychiatrie, Inserm/Neurosciences, du conseil scientifique santé mentale de la Mire et l'un des animateurs du site [www.techniques-psychotherapies.org](http://www.techniques-psychotherapies.org)

rendu, en 1999, un rapport qui mettait en lumière la question des psychothérapies. Dès cette période, les questions de la garantie des usagers, notamment vis-à-vis des sectes, étaient posées. La Direction générale de la santé a tout de suite vu qu'il fallait aborder les choses à un niveau plus approfondi. À partir de là, les psychothérapies sont rentrées dans le champ des préoccupations de la santé mentale.

Pratiquement au même moment, au niveau international, le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2001 est venu aussi affirmer de façon assez solennelle en s'appuyant, signe intéressant, sur les travaux actuels des neurosciences, que la psychothérapie faisait partie des instruments thérapeutiques de la psychiatrie, ce qui signifiait que la période du tout biologique et du tout génétique était terminée, mais aussi qu'il fallait désormais envisager les soins à partir des différentes dimensions de la personne (biologie, génétique, relations sociales) et de leurs interactions.

Un des points d'appui de ce rapport de l'OMS vient des articles d'Erik R. Kandel. L'histoire de cet auteur est intéressante car il a parcouru plusieurs disciplines. C'est, en effet, un psychiatre américain qui a été formé, au début de ses études, en référence à la psychanalyse, comme toute sa génération. Il s'est ensuite orienté vers la biologie, qui a constitué l'essentiel de son travail, tout en gardant des liens avec la psychanalyse. En 1998 et 1999, il a publié deux articles dans l'*American Journal of Psychiatry*. Le premier porte sur les modèles de la biologie actuelle et sur les rapports entre génétique et environnement. Dans le second, il propose un nouveau cadre de référence pour la psychiatrie et il interroge un certain nombre de concepts psychanalytiques à partir des connaissances actuelles de la biologie. Un des aspects sur lequel il achève son travail est l'annonce de la possibilité, au moins conceptuelle, d'évaluer les psychothérapies à partir de l'observation des modifications des fonctionnements cérébraux à l'imagerie médicale. Il en appelle également à une réévaluation des instituts de psychanalyse, de façon à ce qu'elles soient structurées sur des bases plus solides, incluant en particulier l'enseignement de la biologie<sup>2</sup>. Il est bien sûr significatif qu'il ait obtenu le prix Nobel de médecine. Mais il est aussi intéressant de voir, qu'aux États-Unis, le modèle général est celui des relations avec l'environnement et que se produit, au même moment, une réémergence de la psychanalyse, complètement éclipsée ces dernières années (en témoignent la présence de Kandel en 2001 au congrès de l'Association américaine de psychiatrie et la réapparition de nombreuses sessions portant sur les psychothérapies psychanalytiques au cours du congrès de cette année). On observe donc un double mouvement : de nombreux tra-

---

2. Jean-Michel Thurin a traduit ces deux articles, maintenant disponibles dans l'*Évolution psychiatrique*, 4, 2002.

vaux concernent toujours la vie affective et la mémoire au niveau cérébral mais, simultanément, la psychanalyse retrouve droit de cité. Parallèlement, une modification de taille devrait également intervenir : une évolution profonde du DSM, la classification américaine des troubles mentaux qui est utilisée dans le monde entier. En effet, il est prévu de passer dans le DSM-V, la future version en préparation, d'une approche catégorielle, par association de symptômes liés les uns aux autres, à une approche plus dimensionnelle. Cela signifie qu'on prend en compte le fait que le modèle proposé jusqu'à présent était rejeté par les cliniciens parce que ce découpage en catégories extrêmement limitées ne correspondait pas aux données actuelles de la clinique. Cette précision a une importance car dans l'expertise collective de l'Inserm, il est noté que les catégories de diagnostics employées pour évaluer l'efficacité psychothérapeutique ne correspondent pas nécessairement à celles de la pratique clinique, d'où un flottement sur ce qui est visé par l'expertise.

Pour revenir au point de départ de cette expertise, il m'a paru essentiel de rappeler, le plus souvent possible, que l'enjeu de la recherche sur les psychothérapies est crucial : il s'agit d'un domaine qui est très important pour le soin mais qui, malheureusement, est totalement sinistré parce que personne ne le finance. Cela tient à la fois à ce qu'il se situe en dehors de la dogmatique biologique-génétique et en dehors du terrain des laboratoires pharmaceutiques. Cela n'intéresse personne, sauf les organismes de santé qui devraient y accorder quand même davantage d'attention. Au départ, le projet d'expertise devait porter sur les possibilités d'évaluation (quelles études sont disponibles ? quelles études doit-on favoriser ?) et non proposer un palmarès des méthodes thérapeutiques. Il y a eu véritablement un détournement du projet initial qui résulte probablement de contraintes économiques et du *lobbying* des thérapies comportementales et cognitives (TCC).

*BERNARD PERRET* – Ne peut-on quand même pas créditer ce travail, quelles que soient les critiques et les limites qui seront pointées au cours de cette discussion, du mérite de réintroduire les faits dans le débat ? Les controverses ne vont pas cesser, bien sûr, mais on sera obligé d'en reformuler les termes à partir d'une prise en compte d'éléments objectifs. Je crois que c'est d'ailleurs la bonne manière de lire et d'utiliser les évaluations, dans quelque domaine que ce soit : dès qu'elles portent sur des réalités un peu complexes, comme le sont généralement les politiques publiques, il est rare qu'elles fournissent des réponses définitives qui règlent complètement une question. Une bonne évaluation est une évaluation qui donne les moyens de critiquer, de contextualiser les faits qu'elle produit. Et pour autant que j'aie pu en juger en lisant le résumé du rapport de l'Inserm, il me

semble qu'on peut créditer le travail qui a été fait de cette qualité : il fournit beaucoup d'éléments sur les sources, les méthodes et les questions posées, ce qui devrait permettre de contextualiser les faits établis et de mesurer les limites des conclusions que l'on peut en tirer. Seriez-vous d'accord avec cette appréciation plutôt positive ?

*J.-M. THURIN* – Très partiellement. Cette expertise a représenté effectivement un énorme travail et j'y ai beaucoup appris au cours de ces deux années (pas seulement d'ailleurs à partir des données de la littérature). J'ai aussi apprécié le fait qu'elle ait suscité une réaction. La situation n'est plus la même, et c'est une excellente chose. Mais prenons l'exemple du manque de données. C'est un fait : il existe un peu plus de 4 500 études contrôlées sur l'évaluation des psychothérapies en général contre une petite cinquantaine d'études contrôlées qui concernent les psychothérapies psychanalytiques. Cela donne une idée du décalage qui existe entre la psychanalyse, courant qui se veut, à juste titre à mon avis, le courant de référence des approches psychothérapiques, et les données disponibles. Les psychanalystes, en particulier ceux de l'Association psychanalytique internationale, sont soucieux d'essayer de modifier cette situation, en produisant des travaux sur la relation au fait en psychanalyse. Il faudrait pouvoir surmonter le fossé qui existe actuellement entre la multitude de textes qui sont publiés dans le domaine psychothérapique et psychanalytique et l'absence de données factuelles. Cet état de fait ne peut se prolonger. Mais cette réalité ne doit pas masquer qu'il était possible, en ce qui concerne le rapport, d'avoir une approche des faits un peu plus intelligente que celle qui a prévalu, marquée par une conception réductionniste et déjà dépassée de l'évaluation. Il est clair que la démarche a été biaisée car on aurait parfaitement pu utiliser les multiples travaux psychanalytiques sur les processus<sup>3</sup>.

### *Ce que révèle une évaluation*

*PIERRE-HENRI CASTEL* – L'objectif d'une évaluation est sans doute moins, à mon avis, de « donner des résultats » que de révéler les conceptions antagonistes et l'état d'esprit des différents acteurs. C'est un révélateur de leurs options politiques, mais aussi, ici, de leurs philosophies du sujet (ou du psychisme, ou de leurs équivalents conceptuels), ou encore de leur idée de la scientificité, par exemple,

---

3. K. I. Howard, D. E. Orlinsky et R. J. Lueger, "Clinically Relevant Outcome Research in Individual Psychotherapy. New Models Guide for the Researcher and Clinician", *British J. Psychiatry*, 1994, vol. 165, p. 4-8 ; E. E. Jones, J. Ghannam, J. T. Nigg et J. F. Dyer, "A Paradigm for single-case Research: the Time Series Study of a long-term Psychotherapy for Depression", *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1993, vol. 61, p. 381-394.

qui sont à l'œuvre. À cet égard, je trouve que l'expertise Inserm est très parlante, et aussi à cause du genre de réactions qu'elle a suscité.

*B. PERRET* – Effectivement, le paradigme le plus intéressant actuellement en matière d'évaluation, c'est le paradigme de la *Theory Based Evaluation*, l'évaluation fondée sur une théorie, qui postule que toute action rationnelle, et en particulier tout programme ou politique publique, doit être considérée comme une théorie. Dans cette perspective, l'évaluation est un processus à la fois de révélation et de test – la révélation de la théorie est un résultat aussi important, finalement, car le test de la théorie reste difficile.

*P.-H. CASTEL* – Une évaluation bien faite, je crois, révèle la théorie à l'œuvre chez ceux-là mêmes qui croient en avoir une autre et qui ne s'aperçoivent pas que leur action est guidée par d'autres principes que ceux dont ils se réclament. En lisant l'expertise Inserm, on voit bien, par exemple, quel est le type de conception que les uns et les autres se font de ce qu'est un fait psychique.

On peut faire des critiques techniques sur cette expertise Inserm, sur le fait, par exemple, que trop d'études jugées intéressantes brassent des patients et des pathologies qui sont intuitivement mal assortis (ou qui sont traités ensemble au nom d'une théorie psychopathologique extrêmement discutable), ou encore, que les écarts statistiques ne sont pas si significatifs, en sorte que seule une mythologie du pourcentage leur confère de l'importance. Car s'il faut des études statistiques si complexes pour réussir à faire apparaître des différences finalement minimales, on ne peut en aucun cas conclure, de la supériorité statistique *globale* d'une méthode sur une autre, qu'il est plus raisonnable d'indiquer à tel patient *particulier* tel traitement plutôt que son concurrent. Au contraire, on voit à chaque pas (quand on ne se contente pas de lire en diagonale la synthèse !) que les différentiels obtenus sont lourdement dépendants de facteurs « idéalisés », qui obligent plutôt le clinicien à se demander si le patient dont il a la charge concrète est bien celui dont on parle dans les études contrôlées. C'est aussi le cas avec les psychotropes, d'ailleurs.

Quant à comparer les techniques censées agir sur le symptôme en tant que symptôme, comme les TCC, et leur supériorité sur les psychothérapies psychodynamiques, surtout la psychanalyse, je suis un peu sceptique. Comment les placer sur le même plan ? Par exemple, pour un analyste, la durée des effets thérapeutiques entre tellement en ligne de compte, que même l'interrogation clinique initiale change de formule en cours de cure. Il s'agit, pour lui, de savoir si les gens vont être capables de vivre un peu autrement et, à mesure que la cure se déroule les données mêmes du problème changent, c'est d'ailleurs pourquoi une analyse *doit* durer longtemps. Elle doit, il me semble,

prouver qu'elle résiste à un certain nombre de deuils, d'accidents, de heurts vitaux, et que le patient en sort mieux armé ; à l'inverse, une technique de traitement du symptôme en soi va voir dans chacun de ces accidents des événements contingents à traiter à part. Mais du coup, alors que l'analyste va trouver très difficile de dire qu'il progresse, des thérapeutes successifs adeptes des TCC pourraient très bien faire état d'une série de succès. Or, ce n'est pas une question empirique ; c'est une question conceptuelle, qui porte sur le périmètre de la souffrance psychique.

D'un autre côté, vous avez des arguments autoproclamés « éthiques », comme le refus *a priori* de toute évaluation : « Voulez-vous être évalué ? » demande Miller. Ils ont beaucoup de succès. Pourtant, entre eux, les psychanalystes se disent bien que tel patient va mieux, que tel symptôme a disparu : une récusation puriste va à l'encontre de ce que nous faisons ou disons au quotidien. En quoi ce « mieux » (beaucoup mieux, un peu mieux) est-il un mot qui exclut *a priori* et dans toutes les dimensions imaginables la quantification ? On ne peut pas traiter toute science comme du scientisme, en tout cas, ni la réduire aux positions idéologiques qu'elle inspire, mais qui ne la constituent pas. Dans le milieu lacanien, le refus de l'idée même de psychothérapie découle souvent d'une position métaphysique, puisqu'on ne pourrait pas soigner, dit-on, le « fait » que le corps des gens soit pris dans un contexte social, linguistique, relationnel qu'ils n'ont pas choisi et qu'ils subissent, et qui les « dénature » fondamentalement. Mais si la cure psychanalytique n'apporte pas d'effets thérapeutiques palpables, ou des équivalents, d'une nature à élucider, pourquoi les gens reviennent-ils de séance en séance ? Je crois donc que les psychanalystes devraient aussi témoigner, et davantage qu'ils ne le font, que l'amélioration des symptômes, même lourds, est quelque chose qui apparaît assez rapidement.

On touche pourtant à un paradoxe : plus une analyse dure longtemps, moins les gens auront tendance à parler d'eux-mêmes, et à décrire les éventuelles améliorations qu'ils ressentent, dans des termes compatibles avec une enquête positive. Il y a éventuellement une modification particulière de l'attitude à l'égard de soi-même impliquée par de longues transformations subjectives, qui fait que la balance n'est pas égale entre ceux qui vous interrogent juste sur la disparition factuelle de tel symptôme en la mesurant selon les principes d'évaluation inclus à l'intérieur des TCC, par exemple, et ceux qui vont plutôt tenir compte d'une modification profonde d'un style de vie, pour faire vite, où même l'éclairage sous lequel vous jugiez, au départ, que vos symptômes étaient des faits objectifs, eh bien se trouve, si j'ose dire, complètement « désobjectivé ». Quand Percec dit que ce que sa cure lui a apporté, c'est d'avoir délivré son écriture du carcan d'écriture dans lequel elle était enfermée (ce qui ne l'a pas

empêché de se tuer), franchement, on cote comment, sur une échelle psychométrique ?

*B. PERRET* – L'un des problèmes structurels de toute évaluation, c'est son biais instrumental c'est-à-dire le fait que, par construction, elle tend à privilégier les effets les plus facilement mesurables et également les théories d'action les plus directement axées vers l'obtention de résultats rapides, visibles, etc. C'est pourquoi, en même temps qu'on fait une évaluation, à travers la révélation, la discussion et le test des théories d'action sous-jacentes, il importe d'explicitier l'impensé des modèles « moyen-fins » par lesquels les acteurs rationalisent leurs choix et leurs stratégies. C'est ce que j'ai appelé par ailleurs la dimension « constitutive » de l'action. Toute action incorpore la visée d'obtenir certains résultats concrets, d'atteindre des objectifs fixés au départ de l'action, mais, dans le même temps, elle ne cesse jamais d'avoir en vue les conditions de sa propre signification et d'agir sur celles-ci. En d'autres termes, toute action vise plus ou moins consciemment à conforter son propre cadre existentiel et symbolique, à l'intérieur duquel son caractère rationnel peut se déployer. Or, cette dimension constitutive de l'action se prête moins facilement à l'évaluation. Sans être un spécialiste, j'ai l'impression que ce qui est sous-jacent à la psychanalyse, c'est pour une bonne part la question du sens qu'un sujet peut donner à ce qui lui arrive, ce qui, par nature, est moins facile à objectiver et à mesurer.

### *Attentes sociales et pratiques professionnelles*

*P.-H. CASTEL* – Ce qui fait encore la grande popularité des TCC, c'est qu'elles sont en train de produire, comme un phénomène social, une certaine représentation de soi, des performances de l'individu etc. Ce ne sont pas du tout, contrairement à ce qu'on dit, de simples pratiques « scientistes » objectivistes. Il y a des groupes de patients qui se reconnaissent dans une entité comme la phobie sociale, par exemple, qui se construisent des modes de vie, des relations, des lectures, toute une culture en s'appuyant sur elle. D'autre part, l'adhésion au traitement et l'autodescription de soi-même dans les termes mêmes de la théorie sous-jacente au traitement sont présentées officiellement, par les tenants des TCC, comme une des conditions de succès. Il faut que les gens adhèrent à l'auto-évaluation et à leur transformation. Et par conséquent, il n'y a pas que les psychanalystes qui amènent leurs patients à parler d'eux-mêmes en termes d'inconscient et de refoulement, il y a aussi les partisans des TCC qui construisent un cadre où le patient est considéré, par exemple, comme un collaborateur scientifique du médecin dans la légitimation de la théo-

rie psychologique qui lui est appliquée. À ce niveau, on ne sait pas très bien ce que mesurent les mesures du succès des psychothérapies en général... Les TCC, devenant très populaires, vont avoir bien du mal à savoir ce qui tient à leur action propre et à la confiance qu'on leur porte.

En même temps, l'éclectisme d'un certain nombre de patients est stupéfiant, et témoigne, à mon avis, qu'il se joue là des choses qui sont bien au-delà de la science, et qui concernent l'utilisation des psychothérapies dans des stratégies personnelles et sociales plus complexes : bien des gens vont de TCC en psychanalyse, de la psychanalyse à autre chose, en se moquant souverainement des querelles d'experts (qui sont toujours en même temps, *de facto*, des options sur le marché de la souffrance mentale). Sur ce point, on ne sait pas très bien ce qui se passe. Et quand on parle enfin du « facteur personnel » du thérapeute, car tous les thérapeutes ne se valent pas, il semble que le corrélat logique sur lequel on n'insiste pas assez, c'est que si les thérapeutes ne se valent pas, c'est parce que tous les patients ne se valent pas par rapport à tous les thérapeutes.

Il y a également un point précis sur lequel je voudrais insister, plus épistémologique : comme on ne sait pas quels sont les facteurs agissants, puisqu'on n'a pas de clé neurophysiologique sûre pour dire que ce serait ceci qui se passerait dans le cerveau plutôt que cela, j'aimerais qu'on m'explique la différence entre une TCC par « désensibilisation », dans laquelle on met quelqu'un dans une situation de relaxation et où on lui demande d'imaginer la situation anxiogène, et progressivement de s'impliquer dans cette situation anxiogène, et un patient de psychanalyste allongé sur un divan moelleux, à qui on demande d'associer sur ce qui le préoccupe dans son symptôme... Où est la différence ? Est-ce qu'on est sûr que les différentes psychothérapies sont des processus causaux, naturels, logiquement indépendants ? En fait, on n'en a aucune idée. Et donc, on pourrait parfaitement imaginer qu'il y ait des causes, que nous ignorons encore, qui fassent que les TCC et la psychanalyse soient relativement efficaces les unes et les autres pour des raisons qui leur sont communes et qu'elles ne connaissent pas. Il y a une sorte de pétition de principe, dans l'idée qu'on pourrait comparer leurs performances, alors qu'on n'a pas la preuve que ce qui se passe dans l'une et dans l'autre est logiquement indépendant, et qu'on peut très bien *décrire* chacune de ces thérapies en des termes qui les font se ressembler les unes aux autres (par certains aspects). Après tout, Beck était psychanalyste, et bien des choses dans les TCC sont dérivées historiquement de pratiques psychanalytiques... Mais s'ils ne sont pas logiquement indépendants, ça veut dire quoi de comparer statistiquement les résultats de ces processus thérapeutiques ? À nouveau, ce sont là des questions purement conceptuelles, des questions portant sur les critères

d'identification de ce dont on parle, pas des questions empiriques. On est là en amont de toute mesure.

Mais plus le pourcentage de différence est faible entre deux thérapies, plus on a tendance à croire, après tout, que c'est parce que tel patient s'entendait plus avec tel thérapeute, ou parce que l'implication, l'acceptation de la théorie implicite du thérapeute et la collaboration théorique dans la représentation de soi en thérapie étaient beaucoup plus efficaces avec tel thérapeute qu'avec tel autre... Il me semble finalement qu'on est vraiment dans une situation d'incertitude extrême.

*J.-M. THURIN* – La première chose importante est que cette expertise porte sur la santé, et donc sur des gens qui sont malades, ou plutôt qui sont venus pour se faire soigner. Donc tout discours général sur la psychanalyse crée un effet à la fois de fascination et de leurre qui trouble la réflexion parce que chacun a son idée et des représentations qui dépendent, par exemple, du type de clientèle. Il faut remarquer qu'il y a eu très peu de prises de position des psychiatres-psychanalystes. Il faut savoir que la psychanalyse est la référence essentielle du soin pour les psychiatres. Je travaille depuis trente ans et cela fait plus de vingt-cinq ans que je suis installé et que je reçois des patients, de toutes les pathologies, de tous les milieux sociaux, pour lesquels j'ai utilisé exclusivement ou quasi exclusivement la psychothérapie, sans recours aux médicaments. Je ne suis certainement pas le seul, ce qui donne tout de même des arguments forts, appuyés sur un travail reconnu, ce qui nous situe forcément sur un niveau qui n'est pas celui de quelqu'un qui va parler de façon générale : est-ce qu'on peut évaluer le psychisme, est-ce qu'on peut évaluer l'inconscient, etc. ? On n'est pas dans le même rapport. Par ailleurs, tout clinicien sait bien qu'il y a une extraordinaire chronicité des troubles psychiatriques. Nous savons bien que les gens viennent consulter après avoir traîné, évité autant que faire se peut de se faire soigner, ils viennent le jour où ils ne peuvent pas faire autrement avec souvent des parcours thérapeutiques antérieurs, des longs passés d'hospitalisation, de tentatives de suicide, de pathologies somatiques à répétition, etc. C'est une illusion que de s'imaginer que les pathologies mentales se déclenchent comme ça, comme ça a été dit, comme un orage dans un ciel serein. Quand on connaît l'histoire des gens, on voit les difficultés dès le début, dès l'école... jusqu'au jour où les gens décompensent et où ils vont se faire soigner. On a donc la possibilité d'évaluer une situation de départ et de voir ce qui va arriver à la sortie. On ne peut pas supprimer ici les notions de symptôme, de fonctionnement... et d'environnement.

Il existe des études sur les troubles de la personnalité *borderline* qui ont pris comme un des indicateurs les automutilations, les tenta-

tives de suicide et les hospitalisations. On voit des résultats sur un temps relativement court : en un an, un an et demi, des situations évoluent considérablement et même, et ce n'est pas rien, des gens ne rentrent plus dans la catégorie *borderline*. Quelque chose s'est donc passé. Alors est-ce qu'on va plus loin que cette évaluation symptomatique ? La réponse est oui, avec des instruments qui sont essentiels, et qui permettent de considérer, par exemple, avec la personne quelle conscience elle a de ses affects, quelle est sa capacité de réflexion et finalement sa réalité personnelle. Cela fait partie des choses qui ont commencé à être utilisées dans les psychothérapies psychanalytiques, chez des patients qui n'ont pas la capacité de réflexion, de représentation de soi, et qui vivent en permanence dans l'actuel. Le fait qu'ils puissent acquérir cette capacité de retour sur eux-mêmes, de pouvoir de distanciation par rapport à la réalité est une évolution absolument considérable. Voilà des choses qui peuvent être évaluées, de même que les relations interpersonnelles, l'investissement du travail, des relations sexuelles, des relations amicales... Il existe une différence fondamentale entre l'absence de symptômes qui résulte de stratégies d'évitement et le fait que quelqu'un arrive à vivre en se sentant en bonne santé. La définition de la santé pour la psychanalyse est finalement assez proche de celle de l'OMS, au sens où elle vise l'ensemble de la personne. L'OMS dit en effet que la santé mentale n'est pas simplement la disparition des symptômes, mais quelque chose de beaucoup plus global qui permet à la personne non seulement de moins souffrir, mais aussi d'exister dans un rapport aux autres.

*P.-H. CASTEL* – Donc vous êtes d'accord pour dire que ce genre d'expertise mesure le traitement des maladies, pas des malades ? C'est-à-dire par là au sens où justement l'OMS rappelle que l'objectif du médecin, ce n'est pas de guérir une maladie, c'est de guérir un malade.

### *Psychanalyse et thérapies cognitivo-comportementales*

*J.-M. THURIN* – Il me semble que cette expertise n'est pas un tout global et que précisément les études psychanalytiques rendent bien compte de cette dimension holistique que vous soulignez. Ce que je voudrais ajouter sur la question de la formalisation des théories, c'est qu'un des éléments importants en est la différenciation des troubles. Je suis assez effaré de voir que cette notion est globalisée et qu'on y met au même niveau la peur des araignées et des troubles graves de la personnalité. Cela n'a rien à voir en termes d'approche, de soin et de pathologie. Peut-être sous-estime-t-on l'importance des troubles développementaux et de la place de la psychanalyse dans le traitement de leurs déficits en termes de construction du moi et de

construction d'une relation à l'objet. C'est un aspect qui apparaît bien dans les études faites par des équipes qui décrivent précisément les moyens qu'elles utilisent pour soigner leurs patients et en particulier des patients graves. Évidemment, tous n'ont pas exactement la même théorie mais, en pratique, les rapprochements sont frappants. Contrairement à ce qu'on croit, chacun pense qu'il a sa théorie, sa pratique individuelle mais finalement, quand on voit les choses au niveau international, il y a des grandes options d'approche théorique en fonction des pathologies si bien que les discussions apparaissent à la marge en quelque sorte.

Pour aborder la dernière question, je dirais que les références biologisantes des TCC ne sont absolument pas au niveau où on peut attendre quelque chose qui se réfère véritablement à la biologie. On a surtout affaire à des conjectures. Quand on voit, par exemple, leur théorie de l'apprentissage, il s'agit d'une théorie où, en gros, il suffirait d'être réexposé en quelque sorte à des techniques pour les acquérir. Ça n'a aucun sens, ça va complètement en dehors de tout ce qui est connu sur les facteurs interactifs, interindividuels qui interviennent dans l'apprentissage. Il s'agit d'une utilisation fallacieuse d'un discours à l'apparence scientifique, mais qui relève finalement du rapport médecin/malade traditionnel.

*P.-H. CASTEL* – Je donnerais volontiers un exemple plus épistémologique : si l'on veut rattacher vraiment les TCC aux neurosciences et à la neurobiologie, on ne peut arriver, au mieux, qu'à l'idée d'un traitement de l'information par le cerveau. Mais entre le traitement de l'information par le cerveau et les données d'interaction de haut niveau qui existent dans l'échange psychothérapeutique (verbales ou non verbales, car un affect, ça n'a rien de simple), il reste un abîme. Les hypothèses acceptables des cognitivistes ne dépassent pas le seuil, dans ces TCC, de l'élucidation des petits à-côtés neuropsychologiques des troubles de la relation ou de la psychose. En linguistique cognitive, par exemple, on peut tout à fait avoir une théorie cognitive des modules nécessaires à produire telle et telle transformation de phrase ou telle et telle opération du langage naturel, mais il y a toujours un abîme entre la définition en termes de modules neuropsychologiques de ce qui serait nécessaire pour prononcer une phrase et ce que nous savons réellement du cerveau. Ce que font avec précipitation la plupart des gens qui pensent que les TCC ont un rapport substantiel avec la neurobiologie sous-jacente aux symptômes, c'est de comparer leurs effets avec ceux de médicaments psychotropes et, par le biais de cette comparaison, d'essayer de suggérer que si l'on modifie de façon plus ou moins parallèle la neurobiologie d'un patient sous TCC, alors cela prouve la « réalité effective » du processus qui a cours dans cette TCC. Exemple fameux : si vous donnez un certain antidépresseur à

quelqu'un qui a un trouble obsessionnel compulsif (TOC), cela a un effet relativement global dans son cerveau, mais qui implique en particulier une structure qui s'appelle le noyau caudé ; puis quand vous le soumettez à l'imagerie cérébrale au décours d'une thérapie comportementale, vous vous apercevez que le noyau caudé droit aussi se met à s'allumer – il y a un article célèbre de Baxter sur la question. Mais les interprétations de ces résultats sont ahurissantes : j'ai même lu un auteur qui y voit la preuve que les pensées irrationnelles des obsédés ne brûlent finalement pas la même quantité d'oxygène cérébral que leurs pensées rationnelles, et que la TC agit réellement parce qu'elle agit biologiquement !

*J.-M. THURIN* – Il faut appeler les choses par leur nom : dans le mythe de la modernité des TCC, il y a une opération commerciale. Pour autant, toutes les enquêtes d'évaluation ne sont pas à rejeter. Je pense à une enquête qui vise à déterminer quels sont les éléments actifs utilisés dans différentes thérapies. Pour cela, les responsables de l'enquête ont tout d'abord indexé ces éléments à partir d'un travail de définition préalable des ingrédients spécifiques des principales psychothérapies. C'est une démarche intéressante car elle part de l'élémentaire : à quel moment et pour quelle raison, dans telle psychothérapie, dans telle séance de psychothérapie, le thérapeute utilise-t-il telle technique plutôt que telle autre ? Il est apparu que les courants d'appartenance étaient loin de jouer le premier rôle. Il y a eu aussi la grande étude sur la dépression aux États-Unis<sup>4</sup>, qui est considérée comme l'étude la mieux montée qui soit au point de vue méthodologique. Trois techniques étaient comparées : les antidépresseurs, les thérapies interpersonnelles et les thérapies cognitivo-comportementales. Cette étude montrait que, globalement, tout marchait à peu près de la même façon. En allant chercher un peu plus loin, les antidépresseurs marchaient plutôt mieux sur les dépressions un peu plus sévères et les thérapies interpersonnelles marchaient plutôt mieux que les thérapies comportementales sur les patients un peu moins sévères. Il faut savoir que des superviseurs vérifiaient que les praticiens traitaient parfaitement, qu'ils étaient bien formés, qu'ils avaient bien suivi le manuel à la lettre de façon à pouvoir dire qu'ils faisaient bien de la TCC ou qu'ils faisaient bien de la thérapie interpersonnelle. Ces données ont été reprises récemment dans une autre enquête<sup>5</sup> : comme tout avait été enregistré, ils ont révisonné les

---

4. I. Elkin, M. B. Parloff, S. W. Hadley et J. H. Autry, "NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and Research Plan", *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985, vol. 42, p. 305-316.

5. Ces données ont été reprises dans une autre enquête : J. S. Ablon et E. E. Jones, "Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program", *American J. Psychiatry*, 2002, vol. 159, p. 775-783.

entretiens et les enquêteurs se sont aperçus que ce n'était pas étonnant que les résultats soient les mêmes ou très proches... parce que les praticiens faisaient la même chose, leurs actions thérapeutiques étaient les mêmes. Bien qu'ils soient censés respecter parfaitement le protocole, ils faisaient autre chose et plus les gens étaient formés et expérimentés plus ils avaient tendance à s'adapter à la situation et au patient plutôt que de respecter une technique. Si un tel travail montre qu'il y a finalement une adaptation naturelle des praticiens expérimentés au problème qui leur est posé, il invite aussi à aller au-delà de l'idée qu'il n'y a pas de spécificités techniques en fonction des cas.

*B. PERRET* – Mais précisément, l'un des aspects de l'évaluation, outre ce qu'on appelait tout à l'heure la révélation de la théorie, c'est aussi d'objectiver ce qui est réellement fait, ce qu'on appelle parfois le *treatment*, c'est-à-dire l'action effectivement mise en œuvre par opposition au programme. Le programme, c'est ce qu'on est censé faire, les objectifs qu'on se fixe, les éléments de doctrine qu'on veut mettre en œuvre, etc., et puis il y a ce qu'on fait réellement quand on est confronté au patient. À ce propos, je voudrais justement embrayer sur le problème de l'indication et des patients. N'y a-t-il pas une différenciation entre les clients de la psychanalyse et les clients des TCC qui touche au langage et à la culture ? D'une manière ou d'une autre, l'une des caractéristiques de la psychanalyse n'est-elle pas le rôle qu'elle fait jouer au langage et donc aux capacités de verbalisation des gens auxquels elle s'adresse ? Les autres approches thérapeutiques mettent aussi en jeu le langage, mais peut-être de manière moins sophistiquée.

*P.-H. CASTEL* – On peut en dire un mot à propos des TCC des troubles obsessionnels compulsifs, que je connais un tout petit peu. En effet, presque 30 % des gens à qui on propose de traiter leurs TOC par des thérapies comportementales ou des TCC, refusent. On en voit ainsi qui préfèrent voir des psychanalystes, mais il est difficile de savoir combien. On sent là tout l'intérêt qu'il y aurait à en savoir davantage, et qu'on manque de données sociologiques fines, précisant les traits psychologiques, le niveau d'études, le rapport au langage (mais c'est vague), les capacités d'introspection, etc., de qui préfère quoi. On manque aussi d'études transversales, un peu comme celle que fait en ce moment Stefanie Lloyd sur la constitution des clientèles des médecins hospitaliers qui traitent la phobie sociale, par exemple, ainsi que sur leur vie associative. Il n'y a pas assez d'études anthropologiques, presque ethnologiques de ce genre : qui demande quoi, et en dit quoi, dans ces échantillons statistiques ? La

même chose vaut pour les essais psychopharmacologiques : le recrutement social des cohortes est tout sauf anodin !

*J.-M. THURIN* – Peut-être peut-on dire qu’une certaine ligne de clivage existe, qui a été étudiée, entre les gens qui sont conscients de leurs troubles et les gens qui ne sont pas conscients de leurs troubles. Cela se retrouve dans le fait qu’énormément d’études sur les thérapies comportementales et cognitives portent sur des populations de faible significativité clinique : on fait passer une annonce par la presse ou on pose une affiche dans le bureau des étudiants d’une université en disant qu’on va tester une psychothérapie sur les troubles dépressifs. Ce n’est pas une méthode pour constituer un échantillon clinique.

À propos des représentations sociales, il existe une étude très récente qui porte sur l’état de stress post-traumatique<sup>6</sup>. On prend une population assez importante de personnes qui se trouvent en situation potentielle de stress post-traumatique et on leur dit qu’il existe deux techniques qui marchent très bien et qui ont exactement un résultat équivalent, les médicaments d’un côté et une thérapie psychologique de l’autre. Ce qui est intéressant, c’est que le choix des personnes s’est fait, je crois, à 94 % pour la psychothérapie et à 6 % pour les médicaments. On a demandé aux gens pourquoi ils avaient choisi cette thérapie plutôt que l’autre puisqu’elles étaient équivalentes. Les gens ont eu des réponses qui se réfèrent beaucoup plus aux représentations sociales de la psychothérapie psychanalytique, c’est-à-dire que ça allait leur permettre vraiment de faire le point sur eux-mêmes, de reprendre un certain nombre de problèmes qu’ils avaient, plutôt que d’avoir un traitement qui ne serait qu’un traitement symptomatique et qui ferait que, sur le fond, rien ne serait réglé.

*P.-H. CASTEL* – Cet aspect me semble aussi tout à fait important. Il faut savoir que la demande de prise en charge pour des problèmes de TOC, ou de phobie sociale, ou de dépression, encore une fois, est extrêmement variable, en fonction notamment de la propagande dans les magazines grand public, qui font des articles publicitaires sur la meilleure manière de régler tel ou tel problème de la vie « sans psychanalyse », c’est-à-dire sans rien de long, de complexe et de coûteux. Car c’est vraiment sur un marché que les choses se situent. D’une certaine manière, la psychanalyse aussi est confrontée à quelque chose d’analogue quand des analystes relèvent, non sans inquiétude, qu’il existe des créneaux culturels qui valorisent l’auto-présentation de soi-même comme « névrosé », etc. Mais bon, la demande de soins est facile à caractériser puis à légitimer quand elle est assez rustique, comme l’autodescription standardisée des gens

---

6. L. A. Zoellner, N. C. Feeny, B. Cochran et L. Pruitt, “Treatment Choice for PTSD”, *Behaviour Research and Therapy*, 2003, vol. 41, p. 879-886.

ayant des troubles traitables par TCC. C'est bien plus délicat, quand il s'agit de choses plus diffuses dans la culture, comme une manière dite « freudienne » de penser à son corps, à sa sexualité, à ses enfants, voire à son destin, et aux difficultés qu'on éprouve à cet égard. Là, le tableau du mal-être n'est pas fourni clé en main.

### *Les demandes de la santé publique*

*J.-M. THURIN* – N'arrive-t-on pas aussi aux limites d'une certaine forme de non-communication de la psychanalyse comme pratique souvent cachée, masquée, ésotérique qui a eu son heure de gloire à une certaine époque et qui ne correspond plus peut-être aux attentes sociales, et encore moins aux attentes des décideurs administratifs et politiques ? Ceux-ci finalement ne demandent pas grand-chose, simplement qu'une profession soit capable de dire ce qu'elle fait. Pourtant, celle-ci leur claque la porte au nez en considérant qu'une telle demande est insupportable. Mais, du point de vue administratif et politique, une concurrence entre disciplines se déroule actuellement, en termes de choix de santé publique. Les allocations budgétaires vont là où, à tort ou à raison, on pense qu'il y a de l'efficacité. Actuellement, la psychiatrie, du point de vue de l'allocation budgétaire, se trouve en concurrence avec la cancérologie et c'est vers la cancérologie que vont aller les fonds sanitaires, surtout si on n'est pas capable de définir la psychothérapie. Le rapport de l'Inserm, du point de vue administratif, a au moins le mérite de dire que la psychothérapie a un effet. Il y a quand même à la DGS des gens très au fait de ces questions, conscients des problèmes d'évaluation et de statistique et qui ne vont pas croire aveuglément aux supériorités des TCC sur la psychanalyse. Cela dit, le rapport n'est qu'une première étape de dégrossissage, qui aurait dû prendre plus de temps. Il montre à la fois que nous avons pris beaucoup de retard et que de nouveaux travaux doivent prendre le relais.

*P.-H. CASTEL* – Oui, c'est terrible à dire, mais vous avez raison : que la psychothérapie ait un effet, et que ça vaille le coup, ce n'est pas évident pour tout le monde.

Mais les problèmes ne sont sûrement pas uniquement sociaux, des histoires de « représentation » collective ; il doit aussi y avoir des problèmes rationnels, conceptuels. Il faudrait aussi traiter de la question essentielle dans les neurosciences contemporaines, et pas au sens exclusivement psychiatrique, c'est la question de savoir ce que c'est qu'un « fait mental », et qui est au cœur, à mon avis, de ces débats TCC/thérapies psychodynamiques. Comment peut-on caractériser un fait mental pour construire des rapports de causalité, et donc

des régularités qui ont plus ou moins la forme de lois, entre deux faits mentaux ? Il me semble que pour faire « factuel », robuste, voire « scientifique » on s'imagine individualiser, voire quantifier des réalités mentales, en croyant qu'on va d'un état au suivant comme une boule de billard rebondit plus loin, d'un deuil vers un effet de dépression, par exemple. Et quand les gens parlent de liens de raison entre leurs états mentaux, donc de motifs, ou de narration où ces termes sont finalement coordonnés dans un récit, j'ai vu des articles de grands professeurs américains, très incisifs, qui expliquent au médecin de base que tout ça, ce sont des rationalisations impuissantes, des descriptions contingentes, et que la causalité réelle, biologique ou comportementale, c'est la seule chose sur quoi ils doivent agir. En gros, que les histoires qu'on se raconte, c'est très joli, mais que seuls comptent les points saillants, « durs », qui offrent prise au dressage comportemental ou au psychotrope. Or, est-ce vrai ? En quel sens ce réductionnisme-là n'est pas *en pratique* un recalibrage des symptômes, plus une *théorie* du mental parfaitement critiquable qui se prend pour un retour au bon sens et aux « faits<sup>7</sup> » ? Les psychothérapies, c'est à mon avis le point où les conflits révèlent des philosophies cachées en action, dans l'ignorance des processus psychiques et de leur nature, et dans le souci de ne pas se poser de questions trop gênantes, ou trop difficiles.

*B. PERRET* – Sur cette question des faits, il ne s'agit pas d'évacuer le fait brut et la mesure des symptômes, il y a des niveaux de réalité qui sont plus « durs » que d'autres. En revanche, il est important de comprendre que toute cette discussion sur les faits doit être replacée dans le cadre épistémologique de la théorie de l'argumentation, le modèle du procès si l'on veut. Quand on discute des mérites d'une action – et là je parle plutôt en référence aux politiques publiques, mais je suis à peu près convaincu que ça vaut également pour la psychiatrie et pour la médecine –, on se réfère nécessairement à des observations et des perceptions diverses et hétérogènes, ancrées dans plusieurs niveaux de réalité. Il y a la perception subjective des patients, leur confort de vie, les perceptions des autres également ; et puis il y a des faits plus « durs », qui relèvent d'une symptomatologie référencée. Il faut également intégrer la question du temps : les effets observés peuvent être plus ou moins durables. De toute façon les faits sont à construire. Dès que l'on veut comparer réellement, en situation décisionnelle, le bien-fondé de deux actions, on se retrouve toujours face à différents niveaux d'arguments. Il est impossible de se limiter à

---

7. Voir par exemple P. H. Castel, « La dépression est-elle encore une affection de l'esprit ? », dans *La dépression est-elle passée de mode ?*, Paris, PUF, p. 54-70 (Forum Diderot).

une seule catégorie de critères, un seul système de description de la situation.

*P.-H. CASTEL* – On sait que le rapport de l'Inserm a suscité des réactions parfois passionnelles, avant même sa publication d'ailleurs. Il est important de rappeler que les pédopsychiatres d'orientation psychanalytique se sont retirés du groupe d'évaluation de l'expertise précédente (« Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent »). Avez-vous une idée du ton juste qui permettrait quand même qu'il y ait, malgré les préventions, une argumentation ? Est-ce qu'il y a des choses qui vous ont paru, quelle que soit la haine à l'égard de la psychanalyse, susceptibles d'ébranler un peu les gens qui n'étaient pas d'accord, qui voulaient discréditer ou disqualifier les pratiques d'inspiration psychanalytique ?

*J.-M. THURIN* – Je me suis rendu compte qu'il était difficile de mettre en avant des notions psychanalytiques dans un tel contexte, sinon à travers des considérations épistémologiques. Nous sommes entrés dans une période de mépris, de réaction de rejet extrêmement violente. On n'a même pas le temps d'argumenter. La discussion conceptuelle n'a aucun effet. Les partisans des TCC se voient comme chargés de mener une croisade du bien par rapport à toutes ces malheureuses personnes qui sont captées et qui errent dans un système qui ne leur convient pas, qui ne leur fait aucun effet. La meilleure preuve que ça ne leur fait aucun effet, c'est que l'effet n'est pas démontré ou pas suffisamment démontré. Tout cela fait complètement l'impasse sur la clinique, et la clinique apporte quand même un sens de réalité par rapport aux discours. Si on retire un certain sens de réalité, tout est possible, donc on peut très bien concevoir, effectivement, qu'on fabrique des études *ad hoc* qui donnent des résultats *ad hoc*.

*ESPRIT* – *Pouvez-vous expliquer quelle méthode est satisfaisante pour mener des évaluations sans « construire » le résultat final à partir de présupposés et en respectant la particularité de l'objet d'étude ? Quels sont les atouts et les limites de différentes approches : méta-analyse, études de cas, étude longitudinale ?*

*P.-H. CASTEL* – Il est frappant de constater que la discipline de la restitution du cas en analyse s'est complètement effondrée en France, et d'ailleurs partout. Moi qui suis de formation lacanienne, je dois dire que les lacaniens y sont pour beaucoup. Ils ont beaucoup participé à la transformation du cas en vignette illustrative d'un point de pure théorie. Raconter en détail, sur des centaines de pages, minutieusement, une histoire de cas, ça ne se fait plus, et voilà : c'est un problème de visibilité culturelle, sociale de ce que c'est qu'authenti-

quement une analyse et les problèmes qu'elle soulève. Il me semble qu'il ne sert à rien d'adopter de grandes postures éthiques pour protester contre les TCC si l'on ne défend pas en même temps fermement la spécificité du processus analytique dans le champ social, certes, culturel, si l'on veut, mais aussi scientifique. Or, s'il est une chose que le débat depuis l'amendement Accoyer a révélée, c'est un déclin du prestige intellectuel de la psychanalyse, qui est de plus en plus exclue de la discussion rationnelle dans les sciences humaines et sociales, et je crains de manière définitive. Dans le même temps, je trouve que le milieu analytique a bon dos de dire que c'est la faute à l'époque. Tout cela me touche, parce qu'aussi bien, je ne sais pas forcément quoi faire...

*J.-M. THURIN* – Sur ce sujet, je vois deux problèmes. Il y a effectivement le problème que vous soulignez, la façon dont un cas doit être aussi construit et la question de la méthodologie de la présentation d'un cas, chose qui n'a pas été suffisamment utilisée et reprise. Ceci dit, tout ne vient pas de l'école lacanienne : un article de l'Association psychanalytique internationale consistait à relever les études de cas dans la littérature professionnelle et montrait finalement qu'il y en avait très peu. Ce qu'on trouve dans ces écrits, ce sont des vignettes cliniques : l'article donne même l'exemple d'un praticien qui a pris la même vignette clinique toute sa vie, de conférence en conférence, pour expliquer des choses différentes... Mais il existe aussi une préférence inavouée, plus générale, une préférence culturelle pour un type unique et formaté d'études. Il existe même une opposition fondamentale dans l'esprit du temps, pour tout ce qui n'est pas étude de groupe homogène, organisé.

*B. PERRET* – Il me semble cependant que l'idée de méta-analyse n'implique pas nécessairement le fait de privilégier les seules études menées selon le standard méthodologique de l'expérimentation. La notion de méta-analyse est beaucoup plus générale. Il s'agit tout simplement d'organiser la confrontation et la capitalisation des recherches menées au fil des années sur un même sujet. C'est un moyen de faire vivre les études dans la durée en en faisant le matériau d'analyses secondaires et de discussions critiques. C'est une visée d'accumulation et de mise en perspective des connaissances inattaquable dans son principe. Mais encore une fois, et on l'a déjà dit plusieurs fois au cours de ce débat, le développement de ce type d'approche fait apparaître un besoin crucial de réflexion conceptuelle et méthodologique, et de capacité critique.

*J.-M. THURIN* – Je ne remets pas en question le principe de la méta-analyse mais la façon dont cette méthode a été utilisée pour faire des montages qui ne présentent aucunement les garanties de sérieux dont

## Psychothérapies : quelle évaluation ?

elles se targuent. Si vous prenez des cas qui n'ont vraiment rien à voir entre eux, sauf le fait qu'ils sont traités par un moyen qui porte un nom générique, psychothérapie, qui regroupe des choses aussi diverses que les multiples thérapies comportementales, la psychothérapie du deuil, un certain nombre de techniques de psycho-éducation et une ou deux études de psychothérapie psychanalytique, cela n'a aucun sens. En outre, quand vous comparez des psychothérapies qui se sont échelonnées sur trente ans par exemple, cela n'a pas grand sens non plus. Qu'est-ce que ça veut dire, par exemple, de s'appuyer sur la psychothérapie du psychotique à l'hôpital en 1970 pour déterminer des recommandations applicables maintenant ? Les discussions cliniques ne sont plus du tout présentes dans des comparaisons de ce type. C'est pourquoi on peut dire qu'elles trahissent un fort biais antipsychanalytique. Il m'a semblé important de rappeler le plus souvent possible dans la commission d'évaluation qu'on ne pouvait faire l'économie d'une réflexion proprement conceptuelle. Ce n'est pas faute de l'avoir répété, d'avoir apporté de la documentation, de la littérature qui posent ces questions-là. Mais ce n'est pas l'option qui a été retenue, pour des raisons qu'on peut dire idéologiques.

Propos recueillis par  
Alain Ehrenberg, Anne-Claire Mayol et Marc-Olivier Padis