

Considérations sur le rapport INSERM, puis sur la dimension plus générale de l'évaluation des psychothérapies, aujourd'hui.

Conversation entre Jean-Michel Thurin¹, Monique Thurin² et Olivier Douville³

Olivier Douville

Jean-Michel, la publication du rapport INSERM a fait couler beaucoup d'encre. Je te fis parvenir un texte paru dans la revue *Psychologie Clinique*⁴ et qui prend un position très tranchée. Tu as fait partie de ce groupe d'experts et tu n'as pas ménagé tes critiques concernant la synthèse de ce rapport. Aussi ai-je désiré te proposer que nous échangions sur tes positions, afin aussi de mieux comprendre ce qui était en jeu dans ce rapport. Je te remercie d'avoir accepté cette invitation et suis heureux que Monique Thurin puisse aussi nous faire part de ses commentaires.

Jean-Michel Thurin

Une première réaction : je regrette très vivement que les commentaires n'aient porté, le plupart du temps, que sur la seule synthèse de ce rapport et non sur le rapport en lui-même⁵ – et il en est ainsi dans l'article que tu m'as donné à lire. Il est indispensable de savoir que la synthèse de ce rapport n'a pas été rédigé par les experts. Elle a été rédigée par la direction de l'expertise qui en assurait la coordination, c'est-à-dire par un chercheur qui appartient à l'INSERM. Or, qui compare cette synthèse aux travaux des experts ne peut que conclure à un forçage. La synthèse est caricaturale et elle va dans le sens d'une application de la recherche expérimentale au champ clinique, alors que nous avons l'habitude de camper nos habitudes de penser dans le sens inverse, et non sans quelques raisons.

Je prends l'exemple d'une situation minimale où l'on a une souris, une affection microbienne et un antibiotique : dans la situation expérimentale, la souris moyenne réagira ou non à l'antibiotique. Cette réponse, qui se traduira dans un ensemble d'indicateurs comportementaux et biologiques constituera un test susceptible d'être généralisé, l'influence du contexte étant tout à fait réduite⁶.

¹ Psychiatre, psychothérapeute, psychanalyste. AIHPsyRP.

Président de l'Ecole de psychosomatique, Vice-président de l'International Society Psychiatry, Internet and Mental Health (ISPI), Membre de l'Association Psychanalyse et Psychothérapies (APEP), des sociétés des Neurosciences et de Santé publique, Ancien président de la Fédération Française de Psychiatrie et de la Fédération des Spécialités Médicales, ancien membre du CNFMC et de la commission e_santé.

Co-coordonateur du D.U. Stress, traumatisme et pathologies (Paris VI)

Membre de l'expertise collective Inserm : Évaluation des psychothérapies (2004)

² Docteur en Sciences du langage (Paris V). Linguiste. Enseignante Paris VI.

Secrétaire générale de l'International Society Psychiatry, Internet and Mental Health (ISPI)

Membre de l'Ecole de psychosomatique et de l'Association Psychanalyse et Psychothérapies (APEP)

³ Psychanalyste, Maître de conférences en psychologie clinique, Université Paris 10-Nanterre

⁴ Thibierge, S, Hofmann, C ; « À propos du rapport sur les psychothérapies remis aux membres du Sénat (janvier 2004) » *Psychologie Clinique*, 17, 2004 : 205-215

⁵ Ce rapport est en ligne in extenso et est accessible à partir du site www.techniques-psychotherapiques.org, ainsi d'ailleurs que de nombreuses analyses le concernant, des traductions d'articles incontournables et/ou récents, des présentations de méthodologie, une présentation des concepts opératoires en psychothérapie, la mise en place d'un protocole de recherche clinique, etc.

⁶ On peut imaginer que la relation de l'animal au chercheur ait été précédée d'une accoutumance relationnelle afin de réduire le facteur « stress de l'étranger », ou encore que l'injection d'antibiotiques ait été accompagnée d'un facteur conditionné positif. Mais cette influence, potentiellement mesurable au niveau de la réponse immunitaire de la souris restera faible par rapport à l'activité propre de l'antibiotique dont on veut mesurer l'efficacité.

Or, se pose déjà un problème de méthode si on généralise cette situation à tout ce qui serait thérapeutique de l' « esprit » : les psychothérapies, ça ne fonctionne pas de la même manière. Un trouble psychique ne correspond pas d'un point de vue biologique à une affection microbienne. D'abord, un même trouble peut avoir différentes origines, il n'est évidemment pas nécessairement directement lié à ce que l'on pourrait considérer comme la cause principale (d'ailleurs, est-il tout simplement possible de la situer véritablement), il peut s'estomper ou se renforcer dans un contexte particulier. C'est déjà la limite d'une causalité qui n'est qu'exceptionnellement simple et linéaire. Mais également, la conception même de l'organisme est différente, dans la mesure où l'activité psychique thérapeutique ne se réduit pas à celle de l'individu et où l'interaction patient-thérapeute y revêt une importance majeure. Rappelons le, une psychothérapie est une pensée partagée et une dynamique interactive entre un clinicien et un patient. Le problème c'est que ce modèle du rôle structurel de l'interaction relationnelle dans le changement de la mémoire – et de la réalité individuelle – à travers les connexions neuronales commence seulement à être connu du côté de la biologie⁷. Un organisme de recherche qui fonctionne sur des modèles biologiques réducteurs aura tendance à concevoir la psychothérapie comme un traitement isolé appliqué à une population donnée. Cette réduction a été opérée dans la synthèse qui s'est concentrée sur les essais contrôlés randomisés, qui sont pour la plupart des études « de laboratoire » construites selon une méthodologie ad hoc. Cela peut s'expliquer – mais non se justifier, en raison de la prégnance du modèle comportementaliste utilisé. Les comportementalistes travaillaient sur des symptômes. LE DSM est configuré avec des troubles isolés, à côté les uns des autres, dont en principe on devrait d'ailleurs considérer les associations, leur relation avec des troubles de la personnalité, avec les facteurs psychosociaux d'environnement, les affections médicales générales, le fonctionnement global. Le DSM comprend en principe cinq axes, ne l'oublions pas ! Mais dans les faits, pour que cela soit réalisable, les études sont montées sur des troubles isolés, au mépris de toutes les données épidémiologiques actuelles concernant les troubles mentaux !. En conséquence, on ne considère même pas la mixité des symptômes, et encore moins la variabilité des états, les liens entre les symptômes ou les processus ; on ne considère pas un état de santé/maladie mentale où il est exceptionnel que les gens n'aient qu'un symptôme. Et c'est à partir de là, que l'on va tirer une synthèse et des conclusions générales. C'est, pour reprendre la formule « abracadabrantique ». Or dans ma pratique, et sans doute cela est-il vrai pour la quasi totalité des psychanalystes, des gens qui n'ont qu'un seul symptôme, eh bien je ne les vois pas. Les psychanalystes n'ont jamais affaire à des symptômes isolés.

Maintenant si tu veux faire de la recherche selon le DSM « formule réduite », comment vas-tu procéder ? Tu vas rechercher ou fabriquer une population homogène en spécifiant que seules pourront être incluses dans ton échantillon les personnes présentant un système isolé. Rares sont les patients qui peuvent rentrer dans un tel échantillonnage ; les critères d'exclusion sont drastiques. Cela conduit pratiquement à des patients fictifs. Nos patients ne pourraient rentrer dans de telles études. Ni toi, ni moi non plus d'ailleurs, dans la mesure où nous serions incapables de respecter à la lettre une technique « spécifique » à laquelle nous aurions été formés rapidement pour les besoins de la cause⁸. Bref, tu fais rentrer dans cette étude des

⁷ Voir à ce sujet KANDEL ER. La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée. (Biology and the future of psychoanalysis : a new intellectual framework for psychiatry revisited) *Evol Psychiatr* 2002, **67** : 40-82

⁸ Il ne s'agit pas d'une fiction. Cela s'est bien passé comme cela pour étudier l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle dans la dépression. Des études actuelles montrent que malgré bonne volonté et contrôle, les cliniciens avaient d'autant plus tendance à s'éloigner de la technique « manuelisée » qu'ils étaient expérimentés. Donc le véritable ECR exige non seulement des patients plus ou moins fictifs, mais également des thérapeutes inexpérimentés !

patients mono-symptomatiques dont on ne sait même plus quelque fois s'ils sont encore des patients. Et qui vont bénéficier de traitements symptomatiques, si tant est que cela s'appelle un traitement. Pour donner un exemple facile à comprendre je mentionnerai les symptômes sexuels. Les méta-analyses des troubles de la sexualité font entrer des dimensions quantitatives de la jouissance ou de l'érection. Un point c'est tout. Ces traitements fonctionnent sur des hommes qui bandent et qui veulent bander encore plus, des femmes qui recherchent des orgasmes de niveau 3, alors qu'avec les patients que nous recevons les troubles sexuels sont perdus dans une constellation d'éléments divers et de traits de névroses diverses. De sorte que s'il nous prenait fantaisie d'appliquer la méthode de Master et Johnson à nos patients, eh bien ça échouerait. Gabbard en fait avec beaucoup d'humour le constat réaliste.

Au reste les partisans de ces techniques, largement associées aux TTC ne sont pas idiots, ils ne veulent prendre en charge que les « bien-portants ». Et c'est là qu'il y a une triche. Des cas particuliers réagissent aux traitements comportementaux et il en est fait une généralisation sur des choses qui sont des troubles. Dans le même ordre d'idée, je recommande aux lecteurs de Psychologie Clinique la lecture de l'ouvrage de Markowitz sur la psychothérapie interpersonnelle du trouble dysthymique⁹. On y vante l'impact de l'optimisme du thérapeute, son « coaching », sa médicalisation du patient. On y explique comment l'aider à développer des stratégies pour résoudre les disputes (sic !). C'est édifiant de méconnaissance de ce qu'est une population clinique et de l'histoire de la psychothérapie.

OD

Là où le bât blesse, ne serait-ce qu'au seul plan épistémique, c'est qu'il est déduit des troubles, c'est-à-dire de la complexité à partir de la fiction de l'individu monosymptomatique.

JMT

Oui, il est dit que les TTC traitent les troubles anxieux alors que de fait beaucoup d'études présentent les résultats de thérapies de lycéens ou de collégiens qui ont le trac des examens. Est-ce que le trac des examens rentre si aisément d'un point de vue clinique et psychopathologique dans les troubles anxieux ? Il est permis d'en douter. Si on étudie dans le détail les références des études incluses dans certaines, au moins, des méta-analyses dont on tire de solennelles conclusions, on trouve tout et n'importe quoi, certaines études rentreraient dans le cadre de la psychologie de l'éducation, se centrant sur le déficit des performances scolaires. Mais au bout du compte ces études sont placées au même niveau que d'autres études qui vont concerner un trouble schizophrénique. Et là, l'évaluation devient une imposture. On se rend bien compte que faire varier une taille d'effet ne renvoie pas au même travail psychique s'il s'agit d'une banale inhibition scolaire ou si cette inhibition s'inscrit dans des troubles graves de la personnalité, voire dans un trouble psychotique. Ce n'est pas la même chose de gagner un point d'« autonomisation » sur un étudiant ou un élève qui coince devant l'examen que de gagner un point par rapport à un grand schizophrène qui réussit à sortir enfin de chez lui. Mais toutes ces études et ces points de vue étant mélangés, on en arrive à des absurdités.

Monique Thurin

On minimise aussi cet effet, les gens qui passent des examens peuvent avoir un problème majeur, mais présenté de la façon mono symptomatique, on annihile ce problème majeur.

⁹ Markowitz J.C. Interpersonnal psychotherapy for dysthymic disorder. Washington London American Psychiatric Press, 1998, 184p.

JMT

Oui, tout à fait. Autre chose, dans les TCC on retrouve des méthodes de coaching. Pourquoi ne pas tenir compte du fait que ces méthodes ont été testées en psychiatrie et qu'il fut démontré qu'elles ne fonctionnaient pas de façon isolée. A un autre niveau, je pense aussi à la présentation qu'a faite D Servan-Schreiber de sa méthode, dans le cadre de l'expertise. Il s'agissait d'une femme, qui dans le contexte d'une mobilisation de ses mouvements oculaires par le thérapeute (qui m'a évoqué une activité hypnogène) exprimait un traumatisme conjugal sérieux, et cette expression était accompagnée d'une abréaction. Ce qui paraît étonnant, c'est que cette situation qui est loin d'être exceptionnelle dans les psychothérapies que nous pratiquons, devienne le principe d'une psychothérapie particulière lancée à grand renfort de publicité. Si la verbalisation et l'abréaction d'un événement permettait à nos patients de repartir dans l'heure qui suit vers une nouvelle vie, nous en serions évidemment enchantés. Malheureusement, cela ne fonctionne pas comme cela.

Au quotidien de notre pratique, nous constatons souvent des disparitions de symptômes. Le cas de ces patients qui lors du premier contact téléphonique disent qu'ils ne peuvent pas se déplacer en métro, qu'ils n'y arriveront jamais et qui viennent quand même d'abord en taxi et la fois suivante... en métro est presque banal. J'ai en tête, lorsque je dis cela, une patiente « grave » qui n'arrivait pas à se déplacer, et pour laquelle si j'étais un « obsédé de l'évaluation » - ou simplement malin – je pourrais dire qu'au bout de deux séances l'efficacité sur le « symptôme cible » est établie. Nous on ne fonctionne pas comme ça. On ne raisonne pas en comparant de façon causaliste la disparition du symptôme et le nombre de séances. Et si nous n'en parlions pas maintenant, j'aurais très vite oublié qu'elle présentait ce symptôme très invalidant, tant les autres problèmes sont importants et autrement difficiles à régler. Si il y avait des stratégies parmi nous il penseraient qu'il faut tout noter. Le type qui au bout de deux séances prendrait le métro. Cela serait une réussite majeure, mais cela n'est pas vraiment là que nous concentrons notre attention.

OD

Les modèles qu'on a de la guérison c'est pas les mêmes, ça va presque de soi qu'un certains nombres de symptômes tombent, que l'établissement d'un transfert fait chuter des résistances

JMT

Oui, on pourrait dire aussi que le fait d'avoir construit un cadre produit chez le patient un nouvel espace de sécurité dans lequel ce qui est initialement le plus problématique du point de vue symptomatique s'estompe.

OD

C'est juste

JMT

J'ai un patient à « temps zéro » avec X symptômes, à « temps 1 »...ce X symptômes n'est plus là..... on y pense pas.

OD

On n'a jamais cherché à faire argument avec ça, tu penses que c'est une erreur politique ?

JMT

Actuellement c'est une erreur. À partir de leur modélisation du prétendu succès thérapeutique sur le symptôme, les entrepreneurs de TCC considèrent qu'ils occupent le champ scientifique

et théorique. Les résultats justifient la théorie, voilà leur credo. N'importe qui muni d'un peu de bagage épistémologique peut démontrer bien sûr qu'une telle position est erronée ; mais dans un certain contexte politique va-t-on se soucier encore de la finesse des résultats ? Je dirais que le principe des décideurs serait ici « un tien vaut mieux que deux tu l'auras ». La théorie analytique c'est « deux tu l'auras » ou « cent tu l'auras ». En attendant, disent-ils, vous n'arrivez pas à prouver que vous avez « un tien ».

Mon point de vue est que si, nous psychanalystes, on ne relève pas le défi de l'évaluation et le défi de la cohérence scientifique de la psychanalyse, on est morts. C'est clair.

Un autre point, d'apparence triviale. Eh bien, la satisfaction des patients ça compte. On ne peut pas dire que les patients qui suivent une thérapie psychanalytique ou une psychanalyse soient mécontents de leur sort, ça se saurait tout de même avec le temps.

Nos patients ne le disent pas volontiers.

OD

C'est aussi que la situation psychanalytique ne prédispose pas un patient à opérer des causalités rigides et mécaniques entre traitement et modification, ou même disparition, du symptôme.

JMT

Les comportementalistes vont objecter que si les analysants ne témoignent pas, c'est parce que les psychanalystes ne les laissent pas sortir d'un cercle fermé. Alors que les TCC sortent leurs patients, les font participer aux manifestations d'allure scientifique et les transforment souvent en militants.

OD

Joue ici sans doute la notion de l'usager. Les patients des TCC ont tendance à se regrouper en petits groupes autour de leur désignation symptomatique et de leur traitement ; les analysants n'ont pas tendance à se regrouper en usager. Cela peut ne pas toujours faire effet de « fan-club », le transfert. Le transfert ne pousse pas à la masse, ça individualise, on dit le nom de son analyse avec mille réticences, mille ruses, on le lâche, on ne se regroupe pas en cohorte qui serait tout à fait disposée à se soumettre à évaluation.

JMT

À l'inverse, lors de la conférence de presse de la synthèse du rapport INSERM, il y avait entre soixante et cent personnes dont près de la moitié étaient des usagers téléguidés par des partisans et des praticiens des TCC, c'était assez terrible. On est dans une période de lobbying, les groupes d'usagers peuvent être mobilisés pour défendre la cause. Les associations d'usagers se créent sur des critères mono-symptomatiques.

OD

C'est aussi le problème du diagnostic mono-symptomatique. Si ce n'est guère sérieux au niveau de la recherche, ces diagnostics tout de suite assortis de traitements fabriquent des traits identitaires compacts.

JMT

Si tout cela fonctionne c'est bien parce qu'une lame de fond politique et sociale se produit.

MT

C'est une tendance générale, le refus de la complexité.

JMT

Refus de la complexité certes, mais également peut-être insuffisance de l'information à ce sujet. L'évaluation des psychothérapies pose le problème de façon abrupte. N'y a-t-il pas un problème à déclarer l'impossibilité de rendre compte de ce que nous faisons, à refuser un véritable dialogue interdisciplinaire et avec le corps social en resituant nos concepts et notre pratique au sein des références contemporaines ? En termes de présentation de notre travail vers l'opinion, on a du mal à présenter la psychanalyse de façon simple. Qui dit aujourd'hui déjà que la psychanalyse s'appuie sur la reconnaissance et la cure du conflit psychique d'une part, la reprise d'un problème développemental de la construction de l'identité d'autre part ? Qui prétend expliquer simplement comment nous concevons les différentes étapes d'une psychothérapie psychanalytique relative à un type de trouble particulier, quels en sont les objectifs et les modalités ? Comment nous concevons et expliquons le changement ? Quelles sont aussi nos limites ? Comment nous nous situons par rapport aux traitements médicamenteux ? Mieux vaut dire des choses « simples » comme cela, que nous appréhendons évidemment à partir de toute la complexité que contient notre approche, pour gagner en visibilité que de laisser la place à un discours pseudo scientifique qui prétend que la connaissance s'acquiert à partir du conditionnement et qu'il suffit de modifier de façon consciente sa perception de la réalité pour guérir de la dépression. De qui se moque-t-on ?

OD

Il est exact qu'il n'y a plus de grande visibilité culturelle de la psychanalyse dans le paysage intellectuel français, si tant est qu'il reste un paysage intellectuel français. Il est vrai aussi que le bras de fer TCC/Psychanalyse est comme la part émergée d'une mutation plus profonde, mais non point irréversible. La disparition des disciplines psychanalytiques, philosophiques, anthropologiques et linguistiques, comme forme de savoir de référence sur le sujet au bénéfice d'une biologie mathématisée en témoigne. Avec tout ce que cela entraîne de réductions mortifères : de la folie au handicap, du symptôme freudien au mono-symptomatique, de l'acte au comportement, du sujet à la personnalité.

Psychanalystes et engagés dans la recherche clinique, je pense que nous rencontrons une double exigence qui est à la fois de rendre lisible les acquis et les enjeux de la psychanalyse autrement que ne le font les magazines qui mettent la tête de Freud sur leur couverture tous les six mois, et de rendre actuels les enjeux de la recherche psychanalytique. Nous devons relever ces défis qui se situent à la fois en extension et en intension.

Je propose maintenant un second point à nos échanges. Il porte sur l'actualité de la définition anthropologique de l'homme comme un être de conflit et qui n'est plus ou pas ce qui semble régler les rapports de l'homme moderne à lui-même. Nous avons toute une tradition du conflit qui était due en bonne part à la psychanalyse et aussi au marxisme, et aussi mû par un certain esprit de résistance.

La grande différence ou, du moins une des grandes différences, est que la règle fondamentale qui met en place la situation psychanalytique n'est pas comparable à la présence d'un lien contractuel dans les TCC. La notion même de thérapie brève centrée sur la disparition du symptôme est liée à la présence du contrat. Si on dénie le fait que le sujet se réfugie sous une labilité de symptômes, qu'il n'est pas mono symptomatique, on va vite réduire l'exercice du soin à la mise en place d'un contrat et au respect de ce dernier. Il y a à insister sur un point : la règle fondamentale ce n'est pas un contrat. D'un autre côté, la plupart des consommateurs de TCC qui se font traiter par un contrat TCC en étant réduits à un seul symptôme, se soignent autant par les injonctions ou les conseils qu'en raison de la greffe d'identité qu'ils reçoivent du fait d'être épinglé à un trouble et un seul. Cela a pour conséquence, le plus souvent, qu'ils se retrouvent bien que « guéris » assez vite devant un vide d'être, car s'ils sont réduits à une seule chose, alors leur épaisseur d'être se délite. Et il est logique, normal qu'ils se retrouvent

en groupe puisque seul le trait identitaire (« phobique social » par exemple) donne consistance à un réseau, et qu'il ne donne en rien consistance à un sujet isolé, individualisé. Je comprends tout à fait qu'il faille alors constituer des groupes d'usagers qui permettent à chacun de s'apparier avec d'autres qui lui tiennent lieu de moi idéal.

Conformément alors à l'idée qu'il faut faire valoir qu'il est non seulement possible, mais plus encore nécessaire de parler de soin et peut-être de « guérison » psychanalytique, j'aimerais que tu nous fasses part de ton sentiment lorsque tu entends ce poncif, avec lequel je suis en plein désaccord, que j'entends dire encore par beaucoup de bouches « guérir c'est pas l'affaire de la psychanalyse ». J'annonce la couleur. Pour moi cette assertion facile est une contre-vérité. Franchement, si la psychanalyse ne servait qu'à faire de la théorie, eh bien on peut aisément trouver mieux, plus drôle, plus luxuriant, plus sophistiqué encore, en matière de philosophie que Freud, Lacan et Bion réunis.

JMT

C'est un des éléments qui me sidèrent. Cela va faire près de 35 ans, dont plus de 25 en cabinet, que je soigne des patients. Ils se présentent comme ils viennent, comme ils arrivent, et ce sont souvent des pathologies assez lourdes, je les reçois et les soigne en tant que psychanalyste et sans distribuer de médicament. Moi je ne peux accepter que l'on dise que la psychanalyse ou la psychothérapie psychanalytique ne soigne pas, dans le sens non seulement où elle réduit des symptômes, mais transforme le rapport à la vie et aux autres. Comparons les trajectoires de patients présentant des troubles graves accompagnés en psychothérapie psychanalytique avec celles de patients qui n'auront bénéficié que d'un traitement symptomatique, comparons les temps d'hospitalisation, les pathologies associées, les suicides, comparons l'autonomie, les relations sociales, la créativité, la vie tout simplement des uns et des autres. Le soin psychanalytique, je le vis au jour le jour. Je suis bien placé par rapport aux évaluations pour à la fois reconnaître les difficultés du travail que nous faisons, sans pour autant tomber dans une sorte d'insatisfaction permanente et de méconnaissance de ce qui a été réalisé.

Mais ce « purisme » a-thérapeutique est bien une spécificité française. À l'inverse j'attire l'attention des lecteurs sur un des articles de Kandel où il développe tout un passage à propos de ce que la personne présentant une Psychose maniaco-dépressive peut retirer de la psychanalyse, c'est essentiel.

Associées à ce débat sur l'évaluation s'articulent effectivement des questions anthropologiques essentielles. Je voudrais bien ainsi que l'on vienne m'expliquer comment on peut se prétendre thérapeute en dissociant le sujet de son histoire. Je pense à certaines thérapies interpersonnelles d'obédience TCC centrées sur l'actuel. La psychanalyse a peut-être trop donné le sentiment de ne s'intéresser qu'au passé. Mais nous savons bien aussi que l'actuel et l'histoire individuelle sont intimement liés dans notre appréhension de la réalité. C'est toute la force du concept de transfert que d'avoir insisté sur ce ressort essentiel du changement, sur la place qu'y tient l'autre, et sur la composante affective qui l'accompagne. A noter d'ailleurs son caractère un peu irrationnel, souligné par D Stern, et qui correspond aux connaissances actuelles en neurosciences. Le fait que l'on puisse produire des thérapies qui ne concernent que la réalité immédiate consciente me semble grave du point de vue de la représentation de l'humain qui lui est sous-jacente.

OD

L'idée qui se dégage maintenant dans notre conversation est qu'il faut faire savoir que si on a besoin d'avancées décisives dans la recherche clinique cela ne peut se faire sans la psychanalyse et sans ce que la psychanalyse peut dire du corps et du fonctionnement corporel, des orifices, des rythmes etc., bref, des pulsions en leur lien aux altérités.

Qui affirme que la psychanalyse ne soigne pas, de plus se coupe de notre histoire psychanalytique qui est marquée par l'entrée de la psychanalyse dans les dispositifs institutionnels de soin et dans les domaines médicaux, ce qui a bouleversé beaucoup de choses

JMT

La psychanalyse a bouleversé le rapport de la médecine au sujet ; il n'y a pas à renoncer à cela. Il n'y a pas à évacuer la densité de la relation entre le patient et le thérapeute, qui a été introduite par la psychanalyse

OD

La phénoménologie aussi, mais entendue dans sa consistance, c'est-à-dire dans son dialogue avec la psychanalyse, je pense à Binswanger et à ses échanges avec Freud, à Minkowski et à ses échanges dans le groupe de l'Évolution Psychiatrique, aux solidaires controverses entre Ey et Lacan ;

JMT

Un mot donc sur la phénoménologie. Il est prévisible que la recherche aille suivre une voie qui la fera passer d'un regard sur les réalités globales du sujet à un regard sur des réalités locales et précises ; on verra revenir, au fur et à mesure, la micro-analyse. La phénoménologie, adossée à une compréhension de type micro-analytique, a donc encore un rôle à jouer dans la présentation d'un processus qui conduit à un trouble. Parce que la phénoménologie en elle-même, c'est ce que les patients vivent. Avec cette phénoménologie très précise qui rend compte de tout l'enchaînement qui conduit d'un fait apparemment insignifiant à quelque chose qui peut être une catastrophe, ce serait un travail de penser où se place le fait psychopathologique.

Cette description phénoménologique permet de resituer le patient en situation dans ses expériences de l'espace et de la temporalité sans le réduire à une personne malade porteuse de troubles ou de symptômes ; c'est un sujet qui vit une expérience plus ou moins compréhensible.

OD

L'intrusion de la psychanalyse dans la phénoménologie ramène une forme de solidarité avec la folie qui ne se situe plus dans l'effusion de l'expérience vécue. Ainsi, lorsque Lacan analyse le double crime commis par Christine et Léa Papin, il y applique sa lecture du narcissisme de Freud. Il est alors à remarquer qu'il libère la pensée clinique. On n'en est plus à tout expliquer par les rudes conditions d'exercice de leur métier que connurent ces deux criminelles. On n'en est plus à s'identifier à la victime. Il y a, disait Max Weber, autre chose que le comprendre ou le connaître, il y a aussi le registre de l'interprétation. Ce que fait Lacan, avec Freud. C'est là où il s'éloigne de l'idéalisation que le surréalisme fait des sœurs Papin ou de Violette Nozières, qu'il s'affranchit de toute victimologie romanesque.

JMT

Ce que tu dis illustre bien que la psychanalyse, ce n'est pas seulement la complexité, c'est aussi une consistance, et c'est avec cela que la « culture TCC » marque un profond décalage. Pour cette culture, le symptôme est le fait d'un conditionnement, on peut le transformer d'une façon directe ; il faut voir la rupture épistémologique que cela représente. Ayant vécu de l'intérieur les travaux de la Commission INSERM je reste quand même sur une sidération que des idéologies aussi simplistes puissent prendre dans un milieu scientifique et donner lieu à une validation officielle. A mon avis cela traduit un phénomène social profond.

OD

Serais-tu d'accord avec cette formulation : le rapport INSERM et sa synthèse détournée constituent pour notre modernité un symptôme anthropologique ?

JMT

Il est vrai que j'ai eu le sentiment de vivre au sein de cette expertise dans un monde fou. Une pseudo rationalité y côtoyait des épisodes de violence impensable. Il y a eu incontestablement un aspect « règlement de comptes » avec les imagos psychanalytiques. Mais au fur et à mesure que j'y réfléchis, je me dis qu'elle a fonctionné effectivement comme symptôme d'un bouleversement des modes de « pensée », une pensée totalement inféodée au pragmatisme économique à laquelle les systèmes de rationalité s'identifient à leur insu. Il est intéressant d'ailleurs de voir que les mêmes débats se sont déroulés au niveau international, avec peut-être une sortie de crise qui semble se dessiner et dont l'expertise aurait pu largement utiliser. Je rappelle que la guerre des « marques » de psychothérapie est en principe terminée depuis près de vingt ans et que les nouvelles voies de la recherche en psychothérapie, impliquant les processus et les études en population clinique, sont présentées depuis une dizaine d'années !

MT

Quelque chose de profond a été loupé dans les diverses réactions émanant de psychanalystes. Ces derniers se sont plutôt opposés au fait qu'il y ait évaluation, qu'au rapport stricto sensu. Et c'est grave.

JMT

Ce que je souhaiterais avant tout c'est que les gens lisent le rapport et pas la synthèse et que l'on ne confonde plus démontage critique du rapport et démontage critique de sa synthèse. Il faut savoir que je suis responsable du chapitre spécifique sur les aspects méthodologiques et l'épistémologie de la recherche sur les psychothérapies psychanalytiques, et que cet ajout a occasionné une bagarre énorme.

Dans la réalité, depuis les travaux de la Menninger Clinic, cela fait cinquante ans que des cliniciens et des psychanalystes travaillent sur la complexité, sur l'évaluation et que ses recherches aujourd'hui ont donné tout un acquis riche d'instruments, de théories et de méthodes. Une réflexion arrive à sa maturité. Les praticiens de la Menninger Clinic ont travaillé avec une population très difficile de psychotiques ou de para-psychotiques, ils ont suivi des cas de A à Z. Ils ont voulu savoir si la psychanalyse était mieux indiquée que les psychothérapies psychanalytiques ou pas ? Si l'on pouvait concevoir des techniques qui sortent du strict cadre des cures psychanalytiques. Ils sont partis sur ces bases-là, avec des cas « hors-norme », le cas les plus complexes possibles. Cette petite équipe n'avait pas de quotateurs externes. De ce point de vue leur recherche pose des problèmes méthodologiques, ils connaissaient tous les patients des uns et des autres et aucun anonymat n'était possible. Ils ont commencé avec les moyens du bord. C'est à partir d'un constat d'inefficacité de la stricte application de la psychanalyse standard, sans adaptation, qu'ils ont inventé la pratique de la psychothérapie de soutien et d'expression, dont on ne connaît pas du tout en France la théorisation, mais qu'on utilise tous peu ou prou. Le mélange fin et intelligent du soutien et de l'interprétation restait la meilleure stratégie thérapeutique, ces cliniciens ont affiné encore en indiquant quelque chose comme une bonne marche de la succession temporelle des séances en contre-indiquant le fait d'interpréter en début de traitement avec des patients difficiles.

Wallerstein¹⁰ et son équipe ont suivi 42 patients pendant près de quinze ans. Le travail sur le terrain démontre que là où il y a des résultats avec leur méthode directement issue de la psychanalyse, c'est dans le traitement avec les patients présentant des troubles « borderline ». C'est un résultat à valoriser. Ce succès est dû au travail d'auto-évaluation des pratiques de la Menninger Clinic. Cela est par trop oublié. De même qu'est oublié le fait que la nécessité d'évaluation des pratiques s'est faite ressentir très tôt et que des méthodes d'évaluation des cures furent mises en place dès la création des grands centres de consultations et de soins psychanalytiques. Il en est ainsi, du rapport d'Otto Fénichel en 1930 concernant l'Institut de Berlin, de celui d'Ernest Jones en 1936 à propos de l'Institut de Londres et de celui de Franz Alexander en 1937 pour l'Institut de Chicago¹¹. Il fallait justifier d'un budget et de résultats. Nous ne sommes pas dans une situation fondamentale différente. L'évaluation peut avoir donc un caractère stimulant pour la recherche et pour la légitimation de l'importance de la méthode psychanalytique dans nos établissements de soins et en cabinet.

¹⁰ WALLERSTEIN RS. Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy. Guilford, New York 1986

¹¹ KNIGHT R. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941, **98** : 434-446