

Philippe Douste-Blazy au Forum des psys.

Samedi 5 février 2005 à la Maison de la Mutualité à Paris

Cher Jacques-Alain Miller, cher Bernard-Henri Lévy, chère Catherine Clément, Mesdames, Messieurs,

Il y a eu une question tout au long de la semaine. La question était la suivante : « En vous rendant au forum des psys savez vous bien où vous mettez les pieds ? » On m'a posé, très souvent, cette question. Eh bien, je voudrais tous vous rassurer : Je le sais.

Je sais que je suis dans un haut lieu de la contestation et du débat qui s'est révélé, l'an dernier, le lieu d'où sont sortis de multiples Forums, à travers la France.

Et, c'est, ici, précisément, que je veux dire qu'un ministre, sans nécessairement partager toutes vos thèses peut apprécier l'enthousiasme mis au service de la psychanalyse et des disciplines qu'elle a influencées : la psychiatrie humaniste, la psychologie clinique et la psychothérapie relationnelle.

Ce que je veux retenir de son histoire, c'est que la psychanalyse est née en langue allemande du génie d'un seul homme, Sigmund Freud. La France fut d'abord fermée, à son influence, sauf dans de petits cercles éclairés, dont celui des surréalistes.

Dans l'enracinement de la psychanalyse en France, comme dans la survie physique du fondateur, je veux dire, ici, une grande française, Marie Bonaparte, joua un rôle éminent en permettant, en particulier à Freud, d'échapper à la déportation nazie.

C'est, encore, un grand français qui a joué un rôle majeur dans la survie, cette fois, intellectuelle, de Freud : je veux parler de Jacques Lacan, rénovateur des études Freudiennes, continuateur du discours de Freud, et je salue, ici, la présence de sa fille, Judith.

Quelles que soient les querelles qui ont pu les opposer, je les réunis dans cet hommage.

Et, de même, je souhaite, ici, à cette tribune, saluer la place que remplissent, dans la vie psychanalytique, en France, la Société Psychanalytique de Paris et l'Ecole de la Cause Freudienne, sans oublier les multiples groupes qui concourent à donner son rayonnement, à la psychanalyse française.

Je m'adresse également à tous les praticiens de la psychothérapie relationnelle et à tous ceux que le public appelle familièrement : « les psys ».

Je sais que vous vous êtes récemment sentis incompris. Je sais qu'il y a eu des malentendus. Je tiens, ici, personnellement, à affirmer que cette page est, maintenant, tournée.  
(Applaudissements).

Le propre de la santé mentale est qu'elle doit faire face à la souffrance née du plus intime. Face à cette souffrance secrète, indicible, le premier devoir d'une société, fondée sur les solidarités, mais aussi, et surtout, sur les libertés, est de reconnaître qu'il ne saurait y avoir un seul type de réponse. La souffrance psychique est difficilement communicable, elle n'est, en tous cas, ni évaluable, ni mesurable.

(Longs applaudissements).

J'ai compris à quel point vous avez été heurtés par la publication, début 2004, d'un certain rapport sur l'évaluation des psychothérapies. Son contenu et sa promotion vous ont, je le sais, particulièrement offensés. De plus, ce rapport avait été, à l'époque, placé sur le site Internet du ministère de la santé. Dès que ce fait m'a été signalé, cher Jacques-Alain Miller, je l'ai fait retirer du site. Vous n'en entendrez plus parler de la part du Ministère. (Le public se lève : le ministre est acclamé).

Jacques-Alain Miller me l'avait dit : il seront contents – il avait raison.

La maladie psychique retentit, bien sûr, tout le monde le sait, sur la personne comme individu, mais aussi, comme être social, parce qu'elle altère justement ce qui fait son rapport à l'autre, qui est la base du lien social. C'est une maladie, à la fois, individuelle et sociale.

J'ai présenté hier les grandes orientations du document de travail « Psychiatrie et santé mentale » que nous avons élaboré à partir d'une phase d'écoute de trente acteurs de santé mentale que nous avons reçus, dont, d'ailleurs, certains d'entre vous. Je le soumetts, maintenant, à une très large concertation, afin d'aboutir à un programme d'actions qui corresponde à ce que l'ensemble des acteurs souhaite.

Je voulais, aussi, hier, m'adresser aux professionnels du secteur psychiatrique, médicaux et non médicaux, professionnels exemplaires, motivés, compétents, dévoués, travaillant souvent dans des conditions extrêmement difficiles, épuisés d'ailleurs, à force de tenter de maintenir à flot un navire à qui on n'a pas donné tous les moyens.

Et, vous le savez, la psychiatrie ne va pas bien ; il y a un fort malaise, en particulier, dans le domaine hospitalier.

Il y a eu beaucoup de rapports ; tous les ministres ont demandé des rapports. Malheureusement, ces rapports successifs ne se sont pas traduits, en actions visibles, sur le terrain et j'ai voulu, dès mon arrivée, à ce ministère, me rendre compte de ce qu'il en était, réellement. J'ai découvert, en réalité, des hôpitaux psychiatriques en souffrance, faute de moyens adaptés. Et, face à la maladie mentale, la société se tait, à la mesure du silence qui entoure un système encore porteur de tabous. C'est le délicat problème de l'enfermement de celui qui est différent, déjà soulevé par Michel Foucault.

Et ma volonté est, aujourd'hui, d'apporter une réponse construite, avec l'ensemble de tous les acteurs, y compris les psychanalystes et les psychothérapeutes, non seulement pour la santé publique, mais, tout simplement, pour notre société.

Pour mieux répondre aux besoins des patients souffrants de maladie mentale, il est nécessaire, me semble-t-il, de les écouter, de leur parler et d'établir l'indispensable communication, entre eux et le monde extérieur. Ce sont ces gestes invisibles qui permettent de redonner aux patients toute leur dignité et leur place, non seulement comme malade, à part entière, mais aussi, comme citoyen.

Et, aujourd'hui, il faut bien le dire, je l'ai dit, la psychiatrie se trouve confrontée, dans notre pays, à une situation paradoxale et complexe. Les comparaisons européennes de santé mentale montrent que la place de la France n'est pas à la hauteur de son ambition.

- La France a le taux de suicide le plus élevé pour les personnes âgées, le deuxième pour les adolescents, alors que la consommation de médicaments psychotropes est parmi les plus importantes.

- Le recours à la psychothérapie est un des plus faibles d'Europe.

- Plus de 80% des patients souffrant de troubles mentaux sont pris en charge par des médecins généralistes. Le recours à une consultation spécialisée, auprès d'un psychiatre, demeure difficile. Ne pas le dire est, évidemment, plus qu'une erreur, surtout au ministère de la santé.

- Paradoxalement, la France possède le plus grand nombre de psychiatres, par habitants, après la Suisse. C'est la spécialité qui compte le plus grand nombre de praticiens : 13000 psychiatres sont actuellement en exercice.

- Les capacités d'hospitalisation en psychiatrie, mesurées en nombre de lit par habitant, placent la France en troisième position, en Europe.

Mais, aujourd'hui, nous faisons un double constat, la réponse publique n'est pas adaptée et l'offre de soin en psychiatrie est inégale, inégale, sur l'ensemble du territoire et souffre de cloisonnement.

C'est toutes ces raisons, mesdames et messieurs qui m'ont poussé à réaliser un programme « Psychiatrie et santé mentale » que j'ai présenté, donc, hier, qui comporte des priorités qui correspondent aux préoccupations que j'ai pu exprimer dans la phase d'écoute.

Je ne ferai que citer les grandes orientations de ce document car je sais que mon intervention d'hier figure déjà, sur votre site Internet et je vous en remercie et qu'il vous a été transmis.

Il s'agit, d'abord, de rompre avec le désinvestissement hospitalier en obtenant un moratoire sur la fermeture des lits de psychiatrie.

C'est renforcer les moyens humains, notamment dans les zones désertifiées en psychiatrie, dans notre territoire, afin de permettre un meilleur accueil des patients.

C'est améliorer la formation des infirmiers, avec des infirmiers par une période d'adaptation à l'emploi, compagnonnage et tutorat.

C'est développer l'offre médico-sociale afin de désengorger l'hospitalisation temps plein, en créant des postes d'accompagnement à domicile.

Et c'est améliorer la prise en charge de la dépression et la lutte contre le suicide.

Nombre de personnes, prenant un traitement antidépresseur, n'en ont, probablement, pas besoin. A contrario, moins de la moitié des personnes souffrant de dépression grave sont prises en charge. Et on confond souvent la souffrance liée à un événement difficile de la vie et la dépression.

Pour lutter contre les suicides, les réponses ne sont pas simples mais nous devons poursuivre les efforts entrepris pour les jeunes et les accentuer.

Je voudrais, maintenant, vous dire que ce plan, c'est un plan... et c'est normal que le Ministre de la Santé présente un plan de santé mentale, ...surtout quand on voit ces paradoxes.

Mais je voudrais revenir sur le thème de notre forum qui nous réunit, ici, et qui est celui du secret.

Bernard, Bernard-Henri Lévy, vient d'en parler tellement bien. Ce thème me tient tout particulièrement à cœur.

En effet, je suis médecin et je sais que l'acte médical ne va pas sans la parole. Parole du patient qui confie son mal et avoue son angoisse, parole du médecin dont le diagnostic tomberait parfois comme un verdict s'il ne savait utiliser toutes les ressources de la langue pour adoucir et pour laisser espérer sans mentir.

Car ce n'est pas seulement un transfert d'informations, c'est une relation beaucoup plus affective, plus profonde, plus mystérieuse, c'est un transfert au sens de Freud et de Lacan. Et celui qui se confie doit avoir l'assurance qu'aucun pouvoir n'aura accès au contenu de sa confiance.

(Applaudissements).

Le droit au secret, bien sûr, Bernard, ce n'est pas la « profondeur mystique », c'est cette « sphère inviolable » dont on parlait à l'instant, faisant d'une personne, une personne discernée.

Le droit au secret est essentiel à l'exercice de la médecine. Ce droit fait partie de la tradition la plus ancienne de l'art médical. Ce droit pourrait sembler menacé, comme vous l'avez bien perçu, au moment où l'art médical tend à devenir science de la médecine.

Le fait que la médecine devienne scientifique, est un progrès que personne ne songe à discuter. Mais la médecine scientifique devra lutter pour préserver cet espace du secret, sans lequel, elle s'étiolerait.

Sans le secret, il n'y a pas de parole ! Et le ministère de la Santé doit le dire, avant les autres, dans notre pays.

(Applaudissements)

Il y a une loi, il y a une règle, il y a, aussi, une éthique et c'est le secret médical.

En psychiatrie, plus qu'ailleurs, il n'est pas pensable de pouvoir faire une entorse à ce qui fonde la confiance entre un malade et un médecin.

Mais, parce que j'ai beaucoup travaillé ces dernières semaines avec, en face de moi, des réalités difficiles, des réalités difficiles, j'ai une question que je me pose et que je vous pose ; j'aimerais beaucoup que vous m'aidiez à répondre à cette question parce que je n'ai pas la réponse.

Je m'interroge sur certaines limites. Est-ce qu'on peut mettre des limites, tout d'abord, au secret ? Et quelles sont ces limites, s'il y en a ?

Et même, nous devons nous dire s'il ne faut pas, de temps en temps, pour un certain sujet, que je vais aborder devant vous, enfreindre le secret.

C'est le problème que j'ai rencontré, récemment, le problème de la dangerosité.

C'est le problème d'une personne qui vient de récidiver un crime, qui a déjà tué, dont on sait qu'il peut tuer une nouvelle fois, s'il n'est pas soigné. La question est de savoir si - lorsqu'on trouve une personne morte, là, assassinée - le médecin a le droit de dire « attention, ça peut être lui » ?

C'est une question qui me hante, parce que je viens de la vivre. Et je ne sais pas répondre à ça.

Parce qu'il est évident que, moi, mon devoir c'est de dire que l'on ne touche pas au secret médical, ce que j'ai dit, toujours.

Mais, en mon for intérieur, je me pose la question de savoir si la dangerosité, à un moment donné, ne doit pas - au moins dans la collégialité de nos réflexions - poser ce problème très délicat pour l'avocat, le prêtre, le médecin. Il y a un moment où la question peut se poser.

Alors, le dossier médical personnel. Soyons clair. Le dossier médical personnel, Bernard-Henri Lévy, ce n'est pas un « état médical ouvert ».

La mise en place du dossier médical personnel ne se fera qu'à la condition que le secret soit préservé et, bien sûr, tout particulièrement, en ce qui concerne la santé mentale, l'approche psychique, la psychiatrie. Elle sera assortie, bien sûr, d'un contrôle. Mais, moi, j'ai envie de vous dire : je ne veux pas qu'il y ait, sur le dossier médical, des données de l'ordre du psychique, du psychologique et du psychiatrique.

(Applaudissements)

Lorsque j'ai réfléchi au dossier médical personnel, et que j'ai pris la décision de le mettre dans la loi, j'ai bien sûr pensé à cela.

Mais j'ai pensé à d'autres relations qui sont terribles :

- Relation entre dossier médical personnel et médecine du travail.
- Relation entre dossier médical personnel et médecine prédictive.

Aujourd'hui, on peut savoir si une petite fille de 10 ans, de 11 ans, a une prédisposition au cancer du sein. On peut savoir si un garçon de 10 ans a une prédisposition au diabète, à l'hypercholestérolémie. Et tout ça, c'est évidemment majeur, pour la suite des événements, ces événements personnels. Et si, la médecine du travail, et si l'assureur, connaissaient cela ?

Alors, ce serait le début d'une atteinte profonde de la liberté individuelle, à ce que nous sommes profondément.

Donc bien sûr, la psychiatrie, la maladie mentale, la psychologie, mais d'autres choses aussi. Nous n'en sommes qu'au début, en réalité.

Donc, moi, qui suis un épidémiologiste, un médecin de santé publique, j'ai envie du dossier médical, des données scientifiques mais, en mettant, au départ, des barrières et des limites à ne

pas enfreindre.

Enfin, je voudrais vous dire que le dossier médical, pour moi, ce n'est sûrement pas le dossier médical d'un hôpital, le dossier médical d'un médecin, le dossier médical d'une clinique, c'est le dossier médical d'une personne humaine. Et donc, c'est absolument majeur de pouvoir réfléchir dans ce sens.

Alors, mesdames, messieurs, même si les frontières entre psychanalyse et médecine ne sont pas toujours faciles à définir, les applications thérapeutiques et sociales de la psychanalyse se multiplient. Un nombre croissant d'intervenants dans différents secteurs se réfère à la pratique psychanalytique.

L'importance de l'écoute est reconnue, très largement, dans le champ de l'entreprise, comme au niveau de l'Etat. Il était donc naturel et nécessaire que des psychanalystes soient sollicités quant à l'élaboration du plan « Psychiatrie et santé mentale ».

Et, si vos forums rencontrent un tel écho, c'est qu'au-delà de telle ou telle contestation conjoncturelle, ils sont animés, je le sais, d'un souci d'humanisme authentique, que la personne reste au centre de notre société, que la personne conserve cet espace de secret sans lequel s'éteignent les libertés, qu'elle conserve son droit à la parole, qui est l'autre nom de la démocratie.

Quand il s'agit de défendre ces valeurs qui sont les plus hautes de l'humanisme et de la démocratie, je serai toujours des vôtres. L'un des devoirs de l'Etat est, me semble-t-il, d'aménager des espaces de libre choix et de responsabilité à ceux qui font et qui savent.

Je sais que vous jouez un rôle majeur dans notre société et je le respecterai.

Vous le voyez, tant par la méthode que par les moyens dégagés, les objectifs, ce n'est pas un simple plan que je désire construire, mais une véritable politique avec tous ses partenaires.

Parmi ces partenaires, je sais pouvoir compter sur vous. Vous pouvez compter sur moi.

(Le public se lève et applaudit.)

**PSYCHIATRIE** En déjouant un rapport de l'Inserm, le ministre a pris fait et cause pour les psychanalystes

## Douste-Blazy rallume la guerre intestinale entre les

«psys» *Cyrille Louis*

**LE FIGARO** [09 février 2005]

Quelle mouche a donc piqué Philippe Douste-Blazy ? Intervenant en clôture du Forum des psys organisé au théâtre de la Mutualité par le psychanalyste Jacques-Alain Miller, le ministre de la Santé a jeté samedi dernier un étrange pavé dans la mare en annonçant la mise au rebut d'un très officiel rapport d'expertise de l'Inserm sur les psychothérapies. Au risque de vexer les auteurs, mais aussi de rallumer une «guerre des psys» : à sa publication, il y a un an, cette étude avait en effet alimenté le violent conflit qui oppose les partisans de l'approche analytique aux adeptes du comportementalisme.

L'origine de cette polémique remonte à 2001. Cette année-là, la direction générale de la Santé (DGS), aiguillonnée par deux grandes associations de malades mentaux – l'Unafam et la Fnap-psy –, demande à l'Inserm de réaliser une expertise collective sur les différents courants qui structurent la psychothérapie. *«En sondant les 4 500 usagers que nous représentons, nous avons en effet le sentiment qu'ils étaient demandeurs d'une évaluation fiable des différentes approches existant»*, se souvient Claude Finkelstein, présidente de la Fnap-psy.

Aussitôt, une dizaine de spécialistes se mettent au travail et passent en revue un bon millier de publications scientifiques, principalement anglo-saxonnes, afin de recenser les mérites respectifs des thérapies analytiques, cognitivo-comportementales et familiales. Un travail de fond qui, néanmoins, ne tarde guère à révéler ses limites. *«D'emblée, le groupe d'experts a choisi de se concentrer sur les études expérimentales menées sur une période courte, ce qui était une façon de privilégier les thérapies centrées sur le symptôme (approche comportementaliste) par rapport aux démarches centrées sur le fonctionnement (approche analytique)»,* raconte Jean-Michel Thurin, psychiatre membre du groupe d'experts. *Or, nous n'avons pas su dire assez clairement que ce rapport était un premier pas qui demandait à être complété par d'autres évaluations.»*

Trop tard : début 2004, certains comportementalistes s'engouffrent dans la brèche et assurent, avant même la publication du rapport, que l'Inserm s'apprête à plébisciter leur approche – au détriment des courants d'inspiration analytique. Un coup de force qui, malgré les efforts déployés par le directeur général de la santé, William Dab, pour calmer les esprits – en saluant *«une première étape dans l'évaluation du service rendu par les psychothérapies»* –, disqualifie l'étude. Pour les psychanalystes, celle-ci sera dès lors perçue comme *«une machine de guerre»* mise sur pied par les détracteurs des thérapies au long cours. Et l'Inserm devient l'ennemi numéro un.

On s'en trouvait là samedi lorsque Philippe Douste-Blazy, à peine revenu de Pau où il vient de présenter son plan de santé mentale, foule l'estrade de la Mutualité. En quelques minutes, il annonce aux psychanalystes présents qu'ils *«n'entendront plus parler»* du rapport incriminé. Celui-ci, ajoute-t-il d'ailleurs, a récemment été retiré du site Internet du ministère de la Santé. Une décision qui, selon l'entourage du ministre, *«vise à dépasser la polémique entre partisans et opposants de l'évaluation, qui s'est cristallisée sur ce rapport»*.

Tandis que la direction générale de l'Inserm planchait hier sur un projet de réponse aux propos du ministre, Jeanne Étienne, responsable du centre d'expertise collectif de l'institut, a expliqué au *Figaro* : *«Ce rapport est un travail de bibliographie extrêmement basique et rigoureux, qui peut difficilement être assimilé à un règlement de comptes. L'Inserm est incontestablement dans sa mission en produisant des connaissances à la demande des pouvoirs publics. Quant au ministre de*

*la Santé, sa mission est différente et il est évidemment libre de ne pas reprendre nos expertises à son compte.»*

Le document contesté était favorable aux thérapies comportementales

## Casse-tête pour évaluer l'efficacité des traitements

*Catherine Petitnicolas*

**LE FIGARO** [09 février 2005]

Un an après sa publication, le rapport de l'Inserm sur l'évaluation des psychothérapies (*nos éditions du 27 février 2004*) suscite un regain de polémiques. Déjà contesté à sa sortie, ce rapport avait tenté d'évaluer le plus «scientifiquement» possible – une sacrée gageure – les trois principales thérapies – psychothérapies psychanalytiques (travail sur l'inconscient), thérapies familiales (afin d'alléger les difficultés du patient, en partie liées aux interactions du groupe familial) et TCC pour thérapies cognitivo-comportementales (elles s'appuient sur les théories de l'apprentissage et du conditionnement). Avec au final, un triomphe pour les TCC, suscitant un flot d'indignations des tenants des autres courants, accusant pour certains le rapport de véhiculer «l'idéologie à la mode, hygiéniste et sécuritaire.»

La décision de Philippe Douste-Blazy de retirer ce rapport du site web du Ministère a été saluée par une ovation des 1 200 psychanalystes et professionnels de la psychologie, acquis à la cause, réunis samedi à la Mutualité à Paris. «*Douste renverse d'un coup l'orientation de son administration, du moins celle des terroristes évaluateurs*», a résumé d'une formule lapidaire l'organisateur du Forum, Jacques-Alain Miller, chef de file de l'Ecole de la cause freudienne.

«*Certes ce rapport de l'Inserm était par trop manichéen et donneur de leçons*», analyse pour sa part le professeur Pierre Angel, directeur du Centre Monceau axé sur les thérapies familiales et professeur de psychopathologie à l'université Paris-VIII. «*Mais toute la difficulté de l'évaluation des psychothérapies, c'est de trouver une méthodologie adéquate pour le faire. C'est encore possible pour quantifier les résultats des TCC dont l'objectif est relativement simple et bref, axé sur un changement de comportement, poursuit-il. Mais c'est beaucoup moins évident pour les techniques psychanalytiques. Il n'est pas facile d'introduire un tiers évaluateur dans une relation, cela modifie bien des choses.*»

De nombreux psychiatres avaient à ce propos critiqué la méthode utilisée par les experts de l'Inserm, fondée sur l'*Evidence Based Medicine* (la médecine basée sur les preuves) chère aux Anglo-Saxons. Or cette dernière n'est guère adaptée à l'objet étudié. On n'apprécie pas une psychothérapie destinée à soutenir des patients atteints de troubles mentaux sévères comme une molécule chimique, un antibiotique par exemple capable de faire disparaître des symptômes très ponctuels.

Du côté des tenants des TCC en revanche, les réactions sont très vives. Le docteur Patrick Légeron, ancien président de l'association française de TCC, se dit «*complètement abasourdi*» par les propos du ministre qui «*disqualifie totalement un rapport scientifique pourtant inattaquable*». «*Les TCC s'avèrent remarquablement efficaces, insiste-t-il, au moins autant que les médicaments pour traiter les troubles anxio-dépressifs pour lesquels il y a justement une surconsommation manifeste de psychotropes.*» Et de déplorer «*la double exception française – surconsommation médicamenteuse et surreprésentation majoritaire et presque totalitaire des courants psychanalytiques*».



Dans les hôpitaux, chez les psychiatres qui soignent tous les jours des malades, les analyses sont plus nuancées. «Ce rapport de l'Inserm a eu le mérite d'essayer d'éclairer un domaine particulièrement complexe même si ses conclusions ne sont pas satisfaisantes», estime le docteur François Caroli, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne (Paris). «Dans la pratique, nous nous devons de proposer aux patients tout l'éventail des psychothérapies analytiques, familiales bien sûr et TCC en fonction de leur état, en accompagnement des médicaments.» Encore faut-il savoir que les TCC sont remboursées alors que les psychothérapies psychanalytiques ne le sont pas.

La réaction des familles de malades

## Jean Canneva : «Je m'étonne de la décision du ministre»

**Président de l'Union nationale des amis et des familles de malades psychiques (Unafam), Jean Canneva réagit à la décision prise par le ministre de la Santé.**

*Propos recueillis par C. L.*

**LE FIGARO** [09 février 2005]

**LE FIGARO. – Que vous inspire la mise au rebut de cette expertise collective ?**

**Jean CANNEVA.** – Je m'étonne de cette décision. Le rapport produit par l'Inserm est une revue de la littérature scientifique portant sur divers types de psychothérapie. Il s'agit d'un travail sérieux, objectif et qui, de surcroît, ne prétend pas à l'exhaustivité. C'est le genre d'études dont nous, proches de malades, sommes très demandeurs. Je ne vois là rien d'agressif pour qui que ce soit.

**Ses détracteurs prétendent pourtant que ce rapport constitue une véritable «machine de guerre contre la psychanalyse».**

Je ne pense pas qu'on puisse dire cela. Il est vrai que les psychothérapies dites «humanistes», et notamment celles d'inspiration analytique, ont été moins étudiées par la littérature scientifique parce qu'elles n'obéissent pas à une procédure précise. Il faut d'ailleurs indiquer que certains psychanalystes sont les premiers à refuser de voir leur travail évalué scientifiquement. Du coup, il est vrai que leur approche est peu représentée dans le rapport de l'Inserm. Mais ce n'est pas une raison pour refuser que les données existant sur d'autres formes de thérapie soient publiées – même si je comprends que le ministre de la Santé ait intérêt, lors d'une réunion, à se mettre bien avec les psychanalystes. De toute façon, ce n'est pas en supprimant ce rapport d'un site Internet qu'on va le faire disparaître. Déjà, depuis sa publication, de nombreux chercheurs se sont penchés sur ce travail, qui est largement diffusé et qui, à ce jour, me semble constituer une base de départ pour l'évaluation des thérapies. **POINT DE VUE**

# L'affront à l'Inserm, par Christophe André

LE MONDE | 10.02.05 | 15h07

Devant un parterre de psychanalystes, le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, a triomphalement annoncé le 5 février qu'il avait fait retirer du site du ministère le rapport sur les psychothérapies de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), qui avait conclu à la maigre efficacité de la psychanalyse en tant qu'outil de soins. Et il s'est solennellement engagé à l'enterrer, promettant aux participants qu'ils "n'en entendraient plus parler".

Il manquait juste une chose pour que la fête soit complète : que le rapport écrit soit brûlé sur la place publique. Mais peut-être le rusé ministre garde-t-il cette annonce dans sa manche pour un prochain colloque lacanien. Pour surprenante qu'elle soit, son attitude permet en tout cas de soulever plusieurs questions intéressantes. La première est de savoir comment, du moins dans un Etat démocratique moderne, un politique peut se permettre de décréter nul et non avenu un travail scientifique effectué par des experts indépendants (parmi lesquels figuraient des psychanalystes) au sein d'une institution publique (l'Inserm) ? La démarche la plus saine, si l'on contestait les conclusions du rapport, n'aurait-elle pas été de se placer sur le plan scientifique ?

En vérifiant, par exemple, si d'autres rapports semblables n'existaient pas à l'étranger, ce qui est le cas : depuis 1993, l'Organisation mondiale de la santé préconise le recours à des thérapies brèves et évaluées, comme les thérapies comportementales, pour la prise en charge de première ligne de nombreux troubles psychiques. Ou en demandant une contre argumentation étayée aux détracteurs du rapport de l'Inserm, qui ont jusqu'ici davantage eu recours aux menaces et à l'invective qu'aux études et à l'argumentation.

La médecine basée sur les preuves (*Evidence Based Medicine*) a pourtant permis de considérables progrès, en oncologie, en infectiologie, en cardiologie notamment. Seule une partie de la psychiatrie la récuse encore, et seulement en France. Enterrons donc les rapports dérangeants, ce ne sera pas la première fois...

La seconde question est de savoir ce que pense réellement ce ministre des psychothérapies et de leur évaluation. Après tout, on pourrait comprendre que, sous le coup de l'émotion et de la pression du groupe devant lequel il parlait, il se soit assis sur la science pour défendre des convictions personnelles. Ce serait juste un abus de pouvoir ou une faiblesse. Mais la réalité est peut-être pire.

Car quelques mois auparavant, le 11 juin 2004, lors d'un congrès qui se tenait à Toulouse sous l'égide de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC), le même ministre faisait un discours patelin et bienveillant soulignant le rôle important des comportementalistes dans les années à venir, en matière de santé mentale. Il est donc à craindre que M. Douste-Blazy soit plus proche de la démagogie et du clientélisme que de l'intime conviction, subjective ou scientifique.

Certes, le ministre a sans doute réalisé un bon calcul pour le court terme. En les brochant dans le sens du poil, il s'est acheté la bienveillance des plus médiatiques des psychanalystes, disposant de tribunes ouvertes dans la plupart des médias. Les psychothérapeutes comportementalistes, qui ont eu la naïveté de croire que le débat pouvait demeurer sur un plan scientifique, découvrent avec perplexité l'habileté politique de leurs adversaires, qui ont réussi dans la même année à faire modifier une loi de la République (la loi Accoyer sur le statut des thérapeutes, en 2004) et à pousser à la trappe le premier travail français de grande ampleur sur l'évaluation des psychothérapies.

On sait que la politique et la psychologie ont quelques points communs, dont celui-ci : dans ces deux pratiques, les erreurs d'aujourd'hui ne se paieront que demain. Mais qui paiera ? Les patients, qui continueront de ne pas être informés sur ce qui soigne ou pas en psychothérapie ? Les psychanalystes, dont certains finissent par oublier que, dans le métier de thérapeute, le résultat aussi est important, et non seulement la méthode ?

Ou le ministre, qui finira par ne plus pouvoir faire illusion sur son manque de courage ? Et de lucidité : car il semble avoir oublié que le rapport de l'Inserm a été demandé par les associations de patients.

**Christophe André** est médecin psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne, à Paris.

## POINT DE VUE

### La fin d'une évaluation, par Elisabeth Roudinesco

LE MONDE | 14.02.05

Dans un article récent (*Le Monde* du 11 février 2005), Christophe André s'en prend à Philippe Douste-Blazy. Il lui reproche d'avoir récusé publiquement la validité d'un rapport de l'Inserm sur l'évaluation des psychothérapies, rendu public le 26 février 2004, et qui avait suscité un véritable tollé chez tous les professionnels du soin psychique, du fait de ses incohérences et d'une orientation dénuée de toute objectivité scientifique. Selon l'auteur de cet article, le ministre de la santé aurait cédé au "*clientélisme*" et à "*la démagogie*" d'un groupe de psychanalystes fanatiques désireux que ledit rapport "*soit brûlé sur la place publique*". De tels propos sont intolérables. Car aucun de ceux qui étaient réunis à la Mutualité le 5 février, pour un forum portant sur le secret médical, n'a songé un instant à envoyer aux flammes le rapport de l'Inserm. Faut-il rappeler à M. Christophe André que si quelque chose a été "brûlé" dans l'histoire de la psychanalyse, ce sont les livres de Sigmund Freud, jetés au feu par les nazis ? Faut-il rappeler que le fondateur de la psychanalyse aurait été réduit en cendres dans un crématoire si Marie Bonaparte ne l'avait pas aidé à quitter Vienne ? Faut-il rappeler enfin que ses quatre sœurs - Rosa, Maria, Adolfine, Paula - périrent "brûlées" dans les ténèbres de la solution finale ? On peut donc se féliciter qu'un ministre de la République ait eu la dignité de rendre hommage à Freud et de se souvenir, au moment où l'on commémore la libération du camp d'Auschwitz, des persécutions dont il fut l'objet.

Loin d'être incendié, le rapport de l'Inserm a donc tout simplement été retiré du site du ministère de la santé, ce qui veut dire qu'il ne servira plus de référence à une prétendue évaluation de la souffrance psychique, fondée sur l'idée que l'être humain se réduirait à ses neurones ou à ses comportements, c'est-à-dire à quelque chose d'observable et de quantifiable. Car, par définition, le psychisme qui caractérise tout sujet échappe à de telles évaluations. Comment peut-on en effet mesurer ou expertiser l'angoisse, le désir, le sexe, l'intime, comme on décrirait un état pathologique lié à une maladie organique ? A vouloir médicaliser à outrance l'existence humaine, on tombe dans le ridicule comme le font certains comportementalistes qui prétendent guérir des phobies en trois semaines en obligeant un patient qui redoute les araignées à plonger sa main dans un bocal rempli d'inoffensives mygales ?

Pour bien comprendre la signification du bel hommage rendu à Freud par Philippe Douste-Blazy, il faut se rappeler qu'à la fin de l'année 2003 une bataille politique avait été engagée par le député Bernard Accoyer puis par Jean-François Mattéi, précédent ministre de la santé, en vue de faire voter une loi susceptible de définir le titre de psychothérapeute. Il n'en fallut pas plus pour créer un trouble immense au sein d'une communauté composée de 12 000 psychiatres, 25 000 psychologues, 5 000 psychanalystes et 7 000 psychothérapeutes qui se sentirent mécontents du sort qu'on leur réservait. Et ce d'autant plus qu'ils ont affaire - toutes tendances confondues - à la grande souffrance de millions de personnes atteintes à des degrés divers de névroses, de dépressions, de troubles mentaux, d'exclusion sociale ou de traumatismes multiples.

Votée en juillet 2004 par la majorité de droite, et malgré la forte mobilisation de la gauche unie, cette loi, qui s'appuyait en grande partie sur le rapport de l'Inserm, est aujourd'hui inapplicable. D'une part, parce que les articles qui la composent sont contradictoires, de l'autre, parce qu'elle ne permet en aucune façon, au cas où les décrets seraient rédigés, de définir le principe d'une psychopathologie clinique enseignable dans les départements de psychologie dépendant autant du ministère de la santé que de celui de l'éducation nationale. Pour rétablir un équilibre entre les différentes pratiques et pour enfin commencer à penser la question du statut du psychisme dans la société démocratique moderne, sans la réduire ni à une causalité sociale ni à une détermination biologique, il est urgent de mettre en route, à droite comme à gauche, une nouvelle politique capable de répondre à de telles exigences.

**Elisabeth Roudinesco** est historienne de la psychanalyse. Elle collabore au "*Monde des livres*".

• ARTICLE PARU DANS L'ÉDITION DU 15.02.05

# "Psys": l'Inserm se dit "choqué" par le désaveu du ministre

LE MONDE | 09.02.05 | 14h13

Balayée, enterrée. Le ministre de la santé ne veut plus entendre parler de l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) consacrée à l'évaluation des psychothérapies. C'est devant ceux qui avaient le plus combattu ce travail de recherche - les psychanalystes du Forum des psys - que Philippe Douste-Blazy a annoncé, samedi 5 février, qu'il avait fait retirer du site Internet de son ministère ce rapport dont *"le contenu et la promotion vous ont particulièrement offensés"* (*Le Monde* du 8 février).

De mémoire de chercheur, c'est la première fois qu'un ministre de la santé conteste une expertise collective menée pendant près de deux ans par un organisme public, l'Inserm, à la demande de la direction générale de la santé (DGS). Lors de sa publication, en février 2004, la DGS avait d'ailleurs reconnu qu'il s'agissait d'un *"bon travail"*.

*"Je suis très étonnée et assez scandalisée par cette réaction. Nous avons travaillé comme d'habitude, en demandant à un groupe d'experts reconnus de mener une analyse critique rigoureuse de la littérature scientifique internationale consacrée à l'évaluation des psychothérapies"*, explique Jeanne Etiemble, directrice du centre d'expertise collective de l'Inserm.

Les résultats de cette étude - qui montrent que les thérapies cognitivo-comportementale (TCC) sont celles qui ont le plus fait la preuve de leur efficacité - avaient heurté une partie de la profession (*Le Monde* du 26 février 2004). *"Ce que nous avons surtout recommandé, c'est de promouvoir les évaluations"*, précise Olivier Canceil, psychiatre au centre hospitalier Sainte-Anne, à Paris, et membre du groupe d'experts de l'Inserm.

Philippe Douste-Blazy a donc choisi de désavouer une expertise scientifique. En cette période de crise de la psychiatrie publique et de promesses ministérielles d'une nouvelle politique en faveur de la santé mentale, le ministre a préféré aller au-devant des critiques. *"Dénigrer le rapport de l'Inserm, c'était le prix à payer pour que les plus contestataires de la profession ne polémiquent pas sur le plan santé mentale"*, décrypte un connaisseur du dossier.

*"En prenant cette position, le ministre ne rend pas service à la profession, estime Jeanne Etiemble. Il faut informer les professionnels de santé et les patients sur le bilan des connaissances et ouvrir l'offre de soins." "A moins de dire que la littérature scientifique internationale ne vaut rien, sur quoi se fonde le ministre pour critiquer le rapport ?"*, s'interroge le neuropsychiatre Jean Cottraux, l'un des experts de l'Inserm, qui se dit *"choqué"* par cette attaque.

**Sandrine Blanchard**

• ARTICLE PARU DANS L'ÉDITION DU 10.02.05

Et Philippe Douste-Blazy déclara sa flamme à la psychanalyse  
LE MONDE | 07.02.05 | 14h13

Il ne lui a fallu que quelques mots pour faire chavirer la salle. Déjà, en évoquant *"la psychanalyse, née du génie de Freud"*, ou ces *"grands Français"* qu'étaient Marie Bonaparte ou Jacques Lacan, il l'avait fait soupirer d'aise. Aussi quand Philippe Douste-Blazy a expliqué, samedi 5 février, au Forum des psys, à la Mutualité, que *"le premier devoir d'une société est de reconnaître qu'il n'existe pas une seule réponse à la souffrance psychique"*, laquelle n'est *"ni évaluable ni mesurable"*, il a fait un triomphe.

Et c'est debout, l'applaudissant à tout rompre, que le millier de psychanalystes et de professionnels de la psychologie a salué le ministre de la santé quand il leur a annoncé qu'il avait *"fait retirer du site du ministère"* le rapport contesté de l'Inserm sur les psychothérapies (*Le Monde* du 6 octobre 2004) et qu'ils n'en *"entendraient plus parler !"*.

Philippe Douste-Blazy avait soigneusement préparé son effet. En acceptant l'invitation de Jacques-Alain Miller, organisateur du Forum des psys et chef de file de la très lacanienne Ecole de la cause freudienne, il savait qu'il ne pouvait arriver les mains vides sans risquer de s'aliéner un auditoire réputé turbulent. Début 2004, les Forums des psys ont été à la pointe de la contestation contre l'amendement Accoyer, qui a débouché en août sur l'adoption d'une législation réglementant l'usage du titre de psychothérapeute.

### **"CONTE DE FÉES"**

Les Forums ont également dénoncé la fièvre évaluatrice qui semblait avoir saisi le ministère de la santé à propos de la prise en charge des troubles psychiques, et notamment le fameux rapport sur les psychothérapies de l'Inserm. Qualifié par ses détracteurs de *"machine de guerre contre la psychanalyse"*, ce travail, paru en janvier 2004, comparait sans nuances les thérapies comportementales (courtes et centrées sur le symptôme) aux psychothérapies relationnelles (dont la psychanalyse) et décrétait la supériorité des premières sur les secondes.

Alors que ses prédécesseurs, Jean-François Mattei et Bernard Kouchner, avaient relégué la psychanalyse au rang des vieilleries, lui préférant une approche biologisante du fait psychique qui privilégie la chimiothérapie et les thérapies comportementales, Philippe Douste-Blazy a clairement réaffirmé toute la légitimité de cette discipline centenaire. *"Je sais que vous vous êtes sentis incompris et peu entendus. J'affirme solennellement que cette page est aujourd'hui tournée"*, a-t-il martelé.

Puis il a remporté les derniers suffrages en se prononçant contre l'inscription dans le futur dossier médical personnel informatisé *"des données de l'ordre du psychique et du psychiatrique"*. Avant d'affirmer que son ambition pour la psychiatrie ne se bornait pas à l'élaboration d'un *"simple plan"* mais à la mise en œuvre d'une véritable *"politique"*.

*"Les mots me manquent"*, a soufflé Jacques-Alain Miller, après le départ du ministre. Le gendre de Jacques Lacan, qui a vite retrouvé toute sa verve, n'a pas boudé son plaisir : conscient de ne pas être pour rien dans ce triomphe, c'est tout sourire qu'il a invité ses amis à profiter de ce *"conte de fées"*.

### **Cécile Prieur**

• ARTICLE PARU DANS L'EDITION DU 08.02.05

## **William Dab quitte la DGS**

La direction générale de la santé (DGS) changera « prochainement » de tête. « En plein accord avec Philippe Douste-Blazy, ministre de la Santé, le Professeur William Dab quittera prochainement ses fonctions de directeur général de la santé pour reprendre à temps plein ses fonctions d'enseignant chercheur au Conservatoire national des arts et métiers », indique ainsi le ministère de la Santé dans un communiqué assez laconique. Deux ans après avoir succédé à Lucien Abenhaïm à la suite de la crise de la canicule, l'ancien conseiller technique de Jean-François Mattei, alors responsable des questions de santé publique et de sécurité sanitaire, reprend donc sa liberté. Son successeur n'est pas encore connu.

Médiagora Paris

*L'Association de celles et ceux qui souffrent de phobie et d'anxiété  
Association Loi 1901  
Association affiliée à la FNAP PSY*

---

## COMMUNIQUE DE PRESSE

---

Paris, le 9 février 2005

Nous venons de prendre connaissance de la prise de position de notre Ministre de la Santé, Monsieur Philippe Douste-Blazy contre l'utilisation du rapport de l'Inserm sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies, évaluation qui représentait une avancée en termes de diffusion de l'information médicale et une première en France dans le domaine des maladies mentales.

Pour rappel, ce travail commandé par la Direction Générale de la Santé avait été sollicité par les deux grandes associations des représentants des usagers en santé mentale en France, à savoir la FNAP PSY (Fédération Nationale des Associations d'ex) Patients en PSYchiatrie) et l'UNAFAM (Union Nationale des Associations de Familles de Malades psychiques) .

Cette décision du Ministre s'est faite dans le cadre d'une allocution lors d'un forum qui s'est tenu à la Mutualité de Paris, ce samedi 5 février 2005, et organisé par l'Ecole de la Cause Freudienne et son chef de file Jacques-Alain Miller. Le Ministre de la Santé a parfaitement le droit, en privé, d'avoir une sensibilité proche de tel ou tel courant psychologique et même de demander l'avis de tel ou tel intellectuel public. Il n'en demeure pas moins que le Ministre d'Etat se doit d'avoir une position de neutralité et de consulter, avant d'appliquer une telle décision, tous les protagonistes et acteurs du champs de la santé mentale : les psychiatres, les psychologues, les associations de patients, sans discrimination.

Le rapport, aujourd'hui banni du site du Ministère, a été réalisé, aux frais des contribuables, par huit experts choisis par l'Inserm, en toute indépendance. Ces experts représentaient les différentes tendances de la psychothérapie. L'Inserm peut donc être difficilement accusable de malhonnêteté intellectuelle. De surcroît, le Directeur Général de la Santé, William Dab a donné publiquement, en février 2004, un satisfecit à ce rapport en soulignant sa valeur scientifique lors de sa présentation à la presse. Jeter au pilori ce rapport représente, par conséquent, une atteinte au droit à l'information des malades et un dédain envers leurs associations qui oeuvrent depuis longtemps pour favoriser l'accès au soin et créer un tissu de réseau citoyen permettant d'endiguer l'isolement et la détresse de milliers de personnes en souffrance psychique.

Nous devons tous nous tenir au-delà des querelles de clochers. Les usagers en santé mentale en ont cure. C'est une question de santé publique. La démarche psychothérapeutique relève du soin. En tant que patients et donc acteurs à part entière de notre santé, nous voulons donc légitimement connaître ce qui soulage le mieux et s'avère fonctionner. Il s'agit bien de « l'obligation de moyen » que tout médecin, y compris notre Ministre, médecin de son état, se doit d'appliquer sans réserve.

Nous demandons donc non seulement à ce que puissent être consultés les représentants des malades et ceux du corps médical quant à la qualité des prises en charge en psychothérapie mais encore que les professionnels de la santé, en particulier ceux qui travaillent auprès de personnes fragiles, comme c'est souvent le cas en psychiatrie, puissent rendre des comptes sur leurs méthodes de travail auprès de leurs patients. Le fait que la méthode de travail des thérapeutes soit régulièrement évaluée (il y a bien l'obligation de formation médicale continue) devrait être considéré comme normal et relever même d'une reconnaissance pour une discipline difficile qui nécessite humilité, humanisme mais aussi rigueur scientifique.

Annie GRUYER  
Présidente de Médiagora Paris

Médiagora Paris  
C/o FNAP PSY  
3 rue Evariste Galois  
75020 PARIS  
Tél. 01 42 82 70 60  
E-mail : [mediagora@free.fr](mailto:mediagora@free.fr)  
<http://mediagora.free.fr>  
<http://vdrp.chez.tiscali.fr/Mediagora.doc>

## Communiqué de presse de l'AAPEL par son président, Alain Tortosa - aapel.org - "L'Association d'aide aux personnes souffrant de trouble de la personnalité borderline (état limite)" - Lettre ouverte au ministre de la santé.

"

Monsieur le Ministre de la santé,

Mais pourquoi donc avez-vous décidé de continuer à faire de notre pays **l'exception psychiatrique française** en retirant le rapport INSERM sur l'évaluation des psychothérapies !

Vous n'auriez pas jeté ce rapport aux oubliettes en critiquant les auteurs, son contenu ou en demandant des précisions mais en affirmant que **"la souffrance psychique n'est ni évaluable ni mesurable" !**

Le docteur Douste-Blazy ferait-il de la politique depuis trop longtemps au point d'avoir oublié le premier des devoirs de tous médecins (*qu'il soient psychiatres ou non*) qui est rappelé dans **l'article 33 du code de déontologie médicale: "La démarche diagnostique est la première étape de toute prise en charge d'un patient"** ainsi que l'**article 11** qui dit **"le médecin n'a pas le droit de ne pas être au courant des progrès de la médecine, dans tous les domaines, clinique, biologique, technique..."**

Notre association, AAPEL, a pour vocation d'aider les personnes qui souffrent d'un trouble de la personnalité borderline (*personnalité limite*). A ce titre, notre propos est de pouvoir offrir le maximum d'informations aux personnes confrontées à cette problématique, sur l'ensemble des traitements existants.

Notre objet n'est certainement pas de privilégier une approche thérapeutique au détriment d'une autre mais de pouvoir fournir des informations avec la plus grande rigueur scientifique possible. Et croyez-bien que nous serions les premiers à nous réjouir si les quelques centaines de techniques psychothérapeutiques qui existent de part le monde, pouvaient toutes soulager les patients souffrant de trouble borderline et autres problèmes "psys" !

Notre objectif (*à tous?*) est le mieux être des personnes en souffrance psychique et nous avons la conviction que l'adhésion du patient à son traitement est très importante et que cela passe en premier lieu par une adhésion à un diagnostic puis aux traitements proposés.

Comment cela saurait-il être possible sans offrir au patient un maximum d'informations sur son trouble et les "options" possibles ?

Evaluer et valider des méthodes thérapeutiques ne veut pas dire pour nous AAPEL, "rejet de la psychanalyse". En effet, le diagnostic d'un patient sur des critères officiels DSM IV ou CIM10 ainsi que l'utilisation d'outils diagnostics évalués, n'implique pas une obligation de méthodologie pour le traitement.

Mais par contre, c'est grâce à un langage commun utilisé au niveau international, y compris en France, que l'on pourra justement évaluer aussi bien les molécules que les méthodes psychothérapeutiques qui aident le plus les malades (*au delà de l'effet placebo*). Trouveriez vous "logique" et acceptable que l'on définisse la grippe sur certains critères dans certains pays et que l'on définisse cette même grippe sur d'autres critères en France ?!

Et bien c'est pourtant le quotidien d'une partie de la psychiatrie française (*en exagérant un tout petit peu*), où vous trouverez presque autant de définitions d'un trouble que de praticiens, dès lors qu'ils n'utilisent pas le DSM ou la CIM.

Alors pourquoi certains "psys" français refusent-ils l'évaluation de leurs méthodes ? Par un refus de mettre le patient dans une "case" ? Cette argumentaire n'est pas



recevable, monsieur le Ministre, car ils le font déjà tous les jours, névrose, psychose, état limite, perversion, etc. étant des "cases".

Une telle violence contre l'évaluation pourrait alors me faire imaginer que ces "psys" pensent au fond d'eux même: "Ma méthode ne fonctionne pas", parce que personnellement, si j'avais la conviction que je suis en mesure de soulager la souffrance psychologique de mes patients, je ne vois pas pourquoi je verrais d'un mauvais oeil l'évaluation de mes méthodes, évaluation qui permettrait de conforter mes convictions (*la méthodologie étant à définir bien sur*).

Voilà donc ce qui nous met mal à l'aise, nous, AAPEL, le fait d'entendre des "psys" et vous, leur "nouveau représentant" (?), n'avoir aucun doute sur leurs compétences tout en refusant de se confronter à l'évaluation !

- Les malades ont le droit de savoir de quoi ils souffrent pour dissocier ce qui relève de leur personne et ce qui relève de leur maladie (*combien entendent des "c'est une question de volonté" !*)
- Les malades ont besoin de savoir qu'ils ne sont pas seuls et qu'il y a de nombreuses personnes qui ont un mal identique à eux et cela passe par un diagnostic qui, au contraire d'enfermer le malade, le sort d'une éventuelle culpabilité.
- Les malades ont besoin de savoir que leurs troubles peuvent se traiter mais aussi connaître les méthodes efficaces pour une meilleure alliance thérapeutique.

Alors pour conclure, monsieur le Ministre, nous vous disons que les personnes qui souffrent de maladies mentales ont les mêmes droits que tout être humain et vous n'avez pas à décider pour elles de ce qu'elles ont le droit de savoir ou pas et nous serons nous, associations présent pour vous rappeler cela à chaque fois que ce sera nécessaire...

J'ose espérer que vous serez de notre avis en pensant que c'est le manque d'informations validées qui nuisent aux malades et non l'excès.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération  
Alain Tortosa - président de l'association AAPEL.

<http://vdrp.chez.tiscali.fr/AAPEL.doc>

**Association Francophone de FORMation et de Recherche en THÉrapie  
Comportementale et Cognitive**

*Membre de L'European Association for Behavior and Cognitive Therapies  
Membre de la Fédération Française de Psychiatrie*

**3 rue du coteau 74150 RUMILLY – France – téléphone 00.33.4.50.64.51.75**

Monsieur DOUSTE-BLAZY  
Ministre des Solidarités, de la santé et de la famille  
8, avenue de Ségur  
75350 PARIS 07 SP

Lyon, le 11 février 2005

Monsieur le Ministre,

En tant que vice président de l'association francophone de thérapies comportementales et cognitives (AFFORTTHECC), je tiens à vous exprimer notre indignation suite à vos propos tenu le 5 février au forum des psy à la Mutualité.

Notre association regroupe plusieurs centaines de thérapeutes français, belges, suisses, québécois, luxembourgeois, marocains et autres francophones. Des professeurs, médecins et psychologues de réputation internationale font partie de l'association et de son bureau.

Toutes ces soignants sont confrontés au quotidien, dans les institutions psychiatriques et les cabinets, à la souffrance mentale la plus extrême. Ils ont trouvé dans les thérapies comportementales et cognitives un moyen efficace de soulager des patients handicapés dans leur vie quotidienne et sociale par cette souffrance.

Les membres du bureau de l'association, me demandent de vous faire part de leur indignation et de leur inquiétude face à votre décision d'enlever du site du ministère le rapport INSERM sur l'évaluation des psychothérapies et face à vos propos tenus le 5 février à la mutualité auprès d'un groupuscule de psychanalystes minoritaires mais influents semble-t-il « vous n'entendrez plus parler de ce rapport Inserm » leur avez-vous dit.

Monsieur le Ministre, avez-vous mesuré les conséquences désastreuses de vos décisions ?

Vous privez les Français de thérapies efficaces dont tous les autres européens disposent. Vous allez à l'encontre des associations de patients ayant demandé cette étude, de la direction générale de la santé et de l'INSERM. Vous vous opposez aussi à l'organisation mondiale de la santé qui préconise les thérapies comportementales et cognitives comme moyen de traitement efficace de plusieurs troubles mentaux.

En tant que Ministre de la santé, vous dérogez à votre devoir d'information du public français sur les moyens de soins efficaces en psychothérapies reconnus et utilisés dans le monde entier.

En tant que médecin vous dérogez à votre obligation de moyen devant fournir aux patients tous les moyens de soin efficaces sur sa maladie.

Nous sommes solidaires de la réaction que Madame Annick Craignou présidente de l'AFTCC vous a transmis par courrier du 10 février. Nous avons reçu de nombreuses plaintes de patients et associations de patients suite à vos propos ? Certaines d'entre elles (par exemple MEDIAGORA, l'UNAFAM...) ont publié des communiqués de presse traduisant le malaise que votre prise de position intempestive a déclenché.

Nous attendons, de votre part, par voie de presse, un démenti immédiat de vos propos sur le rapport INSERM, une réhabilitation de ce dernier et l'application de ses conclusions afin d'apporter aux Français les psychothérapies efficaces que vous êtes en train de leur enlever. Ceci à la différence de tous les autres pays développés, qui eux respectent les résultats des expertises. Elles sont nombreuses et confirment toutes les résultats de l'expertise de l'INSERM montrant la grande efficacité des thérapies comportementales et cognitives.

Nous attendons aussi vos excuses auprès des patients, des psychothérapeutes et des chercheurs dont vous avez méprisé le travail.

Compte tenu de la gravité des faits, sans correctif public de votre part par voie de presse, nous envisagerons de saisir le conseil de l'ordre, le premier ministre et la présidence de la république .

Dans l'attente, recevez Monsieur le Ministre, l'expression de notre considération.

Docteur Frédéric Fanget  
vice-président de l'Afforthecc  
<http://vdrp.chez.tiscali.fr/Afforthecc.doc>

Monsieur DOUSTE-BLAZY  
Ministre des Solidarités, de la santé et de la Famille  
8, avenue de Ségur  
75350 PARIS 07 SP

Paris, le 10 février 2005

Monsieur le Ministre,

Je dois vous faire part, en tant que Présidente de l'AFTCC, de mon étonnement, de ma protestation et de mon inquiétude créées par la lecture de l'article paru dans le journal Le Monde, daté du 7 février 2005, relatant votre intervention, le 5 février, au Forum des psys, à la Mutualité.

Elles me conduisent à vous formuler une demande de rendez-vous.

Mon étonnement,

Lors de notre rencontre, le 11 juin 2004, à la mairie de Toulouse, à l'occasion des journées de Thérapie Comportementale et Cognitive, vous m'aviez assuré de votre volonté d'apporter une protection réelle des patients s'adressant aux « psychothérapeutes » et, en conséquence, de réserver ce titre à des praticiens pouvant faire état d'une formation reconnue et validée, l'autoproclamation n'étant pas une garantie suffisant pour les malades.

Ma protestation,

Vous avez fait retirer du site du ministère un rapport de l'Inserm concernant l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies et demandé par la Direction générale de la Santé.

Un groupe minoritaire de psychanalystes militants regroupés autour de Jacques Alain Miller « n'en entendra plus parler » au seul argument qu'ils se sont sentis incompris. Attitude surprenante et incompréhensible de votre part alors que vous avez créé la Haute Autorité chargée d'évaluer l'efficacité des pratiques.

Faut-il comprendre que seuls les usagers en santé mentale n'ont pas droit à cette protection élémentaire ?

Reste que les chercheurs du monde entier, continueront de publier les résultats de leurs études.

Nos représentants vont avoir des difficultés à expliquer, dans les congrès internationaux, que leur Ministre de la santé, par ailleurs professeur des Universités, prétende cacher des études scientifiques irréprochables. Vous jetez un discrédit sur toutes les équipes de chercheurs qui naturellement évaluent leurs pratiques afin de faire bénéficier leurs patients des thérapies les plus efficaces.

Mon inquiétude,

Comment les malades et leurs associations vont-ils apprécier vos propos ? Certes, Monsieur le Ministre, la douleur psychique n'est pas facilement « mesurable » mais en revanche les résultats des thérapies, elles, sont parfaitement « évaluables » et publiables afin que les résultats soient connus des professionnels et usagers. Des guides de bonnes pratiques cliniques existent déjà et notre système de santé semble évoluer dans ce sens.

Il ne faudrait pas que votre position doctrinaire conduise à des pertes de chances pour les malades. L'exemple historique de la culpabilisation abusive des parents d'enfants autistes est là pour nous rappeler à la modestie.

Ma demande d'entretien,

Vous affirmez votre ambition pour la mise en place d'une véritable politique pour la psychiatrie. L'association que je préside est fortement désireuse d'y participer. La liste des membres d'honneur de l'AFTCC démontre que nous ne constituons pas un groupe « d'anti-psychanalystes » mais une association de thérapeutes soucieux avant tout de mettre nos compétences au service des malades.

Il me semble nécessaire que nous puissions rapidement nous rencontrer.

Dans l'attente d'une réponse favorable, recevez, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération respectueuse.

Annick Caignou  
Présidente de l'AFTCC

<http://vdrp.chez.tiscali.fr/AFTCC.doc>

Docteur Jean Cottraux  
Psychiatre des Hôpitaux, Chargé de cours à l'Université Lyon1  
Unité de Traitement de l'Anxiété, Hôpital Neurologique  
59 boulevard Pinel 69394 LYON  
Mail : [cottraux@univ-lyon1.fr](mailto:cottraux@univ-lyon1.fr)

Réponses aux critiques de Perron et coll. du rapport INSERM sur l'efficacité des psychothérapies

**INSERM. Psychothérapie : Trois approches évaluées. Expertise Collective INSERM (O. Canceil, J. Cottraux, B Falissard, M. Flament, J. Miermont, J. Swendsen, M. Teherani, J.M Thurin), Inserm, 2004, 553 pages.**

En noir le texte de Perron et coll., en rouge sont les réponses de Jean Cottraux qui est l'un des co rédacteurs du rapport INSERM

**Roger Perron, Bernard Brusset, Clarisse Baruch, Dominique Cupa, Michèle Emmanuelli**

**Quelques remarques méthodologiques à propos du rapport Inserm  
« Psychothérapie. Trois approches évaluées »**

On ne peut qu'approuver l'intention de ce travail. Il est en effet devenu indispensable d'éclairer les professionnels et, au-delà, le public, sur l'utilité de psychothérapies dont l'offre prolifère, selon des techniques qui vont du plus sérieux au plus fantaisiste, à la limite parfois de l'abus de confiance si ce n'est de séductions sectaires. On ne peut donc que saluer l'initiative prise par la Direction Générale de la Santé d'en demander l'évaluation à l'INSERM. Encore faut-il qu'une telle évaluation soit objectivement conduite, et que, prétendant établir la valeur scientifique des thérapies examinées, elle soit elle-même scientifique.

Tel n'est pas le cas. Ce Rapport scandalise par ses méthodes, de toute évidence biaisées à chaque étape de la démarche d'évaluation par des préjugés bien peu scientifiques. Tout y semble fait pour déboucher sur les conclusions souhaitées au départ...

**Aucune conclusion n'était souhaitée au départ. En revanche, il y a eu des pressions dès le début provenant de l'intérieur et de l'extérieur de la commission pour que le rapport dise que toutes les thérapies se valent. Finalement il a été décidé d'examiner de manière contradictoire les essais contrôlés et les méta-analyses disponibles dans la littérature (environ mille articles ont été sélectionnés par les documentalistes de l'INSERM). Les huit experts venaient d'horizons différents : six sur huit avaient été psychanalysés, un était psychanalyste lacanien. Le président de l'International Psychonalytic Association le Pr Widlocher a été entendu, de même que les Prs David Servan-Schreiber (à l'université de Pittsburgh à l'époque) et Blackburn de l'université de Newcastle. Les débats étaient conduits par Jeanne Etienne, directeur de recherche à L'INSERM.**

**Les articles ont été cotés (en termes de valeur scientifique) par deux experts : en cas de divergence, ils devaient se mettre d'accord par la discussion. Je rappelle qu'un biais dans une étude contrôlée est une erreur systématique qui fait qu'un groupe est favorisé**

**par rapport à un autre. Or le rapport n'est pas une étude contrôlée. Il est descriptif et il ne fait que reprendre les études : les biais de certaines études et méta analyses font qu'elles ont été éliminées de manière consensuelle : les études éliminées et les raisons de cette élimination sont présentées : chacun peut les consulter et refaire notre démarche. En tout cela le rapport descriptif est scientifique. De plus il a souligné dans la conclusion ses limites.**

**Enfin le rapport INSERM et ses conclusions ne sont pas différents du rapport de l'OMS de 1993, auquel j'ai participé et du rapport du département de santé anglais de 2001. Il ne diverge pas fondamentalement du rapport Fonagy de l'Association Psychanalytique Internationale (dont on évite de parler dans les milieux analytiques et dans les médias) qui est beaucoup plus sévère que le rapport INSERM sur la psychanalyse et ses dérivés.**

**Références :**

- 1. Department of Health. Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling. Evidence Based Practice Guideline. London, February 2001. [www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline](http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/treatmentguideline)**
- 2. Fonagy P et coll. (2002) An open door review of outcome studies in psychoanalysis, document disponible : [ipa@ipa.org.uk](mailto:ipa@ipa.org.uk) (taper : research**
- 3. Sartorius N., De Girolamo G., Andrews G., German A. & Eisenberg L. (eds) Treatment of mental disorders. A review of effectiveness. WHO, American Psychiatric Press, Washington, 1993.**

Rappelons que les psychothérapies évaluées y sont présentées sous trois grandes rubriques : l'approche « psychodynamique (psychanalytique) », l'approche « cognitivo-comportementale », et l'approche « familiale et de couple ». Les résultats semblent tout à fait nets : selon les conclusions générales de ce Rapport, les techniques “ cognitivo-comportementales ” seraient de loin les plus efficaces ; les thérapies “ familiales et de couple ” feraient un peu moins bien ; quant aux approches dites « psychodynamiques (psychanalytiques) », elles seraient d'une efficacité douteuse ou nulle.

**C'est faux : le rapport INSERM a validé les thérapies analytiques dans les troubles de personnalité avec un grade A. C'est le seul domaine où une efficacité prouvée de ces thérapies a été retenue.**

Il est bien à craindre que cela seul soit retenu par un public peu soucieux de lire les 553 pages de ce Rapport, ou même la “ Synthèse ” d'une cinquantaine de pages mise en circulation sur Internet.

Ces conclusions valent ce que vaut la démarche utilisée pour y parvenir. Or cette démarche qui s'affirme « scientifique » est biaisée par toute une série de présupposés et d'erreurs méthodologiques dont nous soulignerons ici quelques aspects.

Considérons d'abord l'objet même de ce travail, évaluer l'efficacité des psychothérapies. Il peut paraître évident ; or il n'en va pas ainsi. Car qu'entendre par le terme "psychothérapie" ? Dans le Rapport, ce terme est réduit à des démarches médicales ou paramédicales visant à guérir des maladies (en ce cas des maladies psychiques). Les professionnels concernés ne peuvent accepter une définition aussi restrictive qui désigne **par principe** les personnes dont ils s'occupent comme des "malades". En outre, ce texte emploie constamment l'expression "approche psychodynamique (psychanalytique)", expression qui se veut prudente mais est en fait très imprudente. Elle favorise en effet une extrême confusion avec la psychanalyse en tant que théorie (aucun des travaux recensés ne porte sur la théorie psychanalytique elle-même, dont la critique ne peut évidemment pas relever des méthodes adoptées) ; et en tant que technique thérapeutique, car il s'agit essentiellement de psychothérapies "brèves" (5 à 25 séances en tout...), conduites selon des procédures parfois fort éloignées de la cure psychanalytique proprement dite, même si leurs promoteurs se disent psychanalystes (assertion que les auteurs du Rapport ne contrôlent ni ne peuvent contrôler en aucune façon). On trouve d'ailleurs sous la plume des auteurs de bien étranges assertions. De façon réitérée, en effet, le sérieux d'une méthode psychothérapique et de son application est évalué au fait que les praticiens suivent « consciencieusement » leur Manuel. Ainsi, on trouve, p. 19, à propos d'une étude de Luborsky et coll. (1985), ceci : « *Les prédicteurs de réussite en thérapie cognitive ou en thérapie analytique étaient l'alliance thérapeutique et la pureté technique : c'est à dire suivre consciencieusement le Manuel* ». Cette indication, « suivre consciencieusement le Manuel », reviendra très souvent dans le texte de ce Rapport à titre de critère du sérieux d'une étude de validation, jugée bonne s'il y est dit que les thérapeutes procédaient ainsi. Il n'est guère étonnant alors que la psychanalyse soit jugée peu sérieuse : sans doute le serait-elle plus si on y psalmodiait Freud ?

**Cet argument est sans valeur, car il existe des supervisions psychanalytiques qui vérifient si les candidats sont sérieux et des écrits de référence.**

Considérons ensuite la démarche générale. Il s'agit d'une "méta-analyse de méta-analyses". Le terme impressionne, mais de quoi s'agit-il ? En fait d'une démarche, bien connue dans la littérature scientifique, qui consiste à colliger des publications portant sur un problème particulier, à en évaluer la pertinence (au premier chef quant à la rigueur méthodologique), pour enfin en tirer des conclusions générales : cela s'appelle "revue de question", "revue critique", etc. On dira qu'il s'agit d'une "méta-analyse" s'il s'y ajoute un effort de systématisation et d'évaluation des recherches ainsi colligées. Mais il faut bien voir qu'on gagne alors en étendue ce qu'on perd en précision : s'éloignant du terrain le plus concret de la recherche, on s'éloigne par là même de la mise en évidence de facteurs négligés ou inaperçus de l'auteur de la recherche.

**Le rapport INSERM n'est pas une méta-analyse c'est un rapport descriptif sur des méta analyses, des essais contrôlés et de certaines études non contrôlés. Il est destiné à donner des grades d'efficacité A, B ou C à des pratiques psychothérapiques dans des syndromes psychopathologiques bien définis.**

Le risque est considérable. En effet, si cent recherches aboutissent à des résultats de même type, ce peut être pour deux ordres de raisons bien différents : ou bien parce qu'alors le réel répond de la même façon à tous ces sondages... **ou bien** parce que toutes ces recherches sont biaisées de la même façon en vertu de présupposés communs à tous les chercheurs. L'histoire des sciences abonde en exemples.



**C'est la théorie du complot international : elle est risible. Bientôt on va parler du protocole des sages de Sion, du complot judéo-maçonnique ou invoquer la CIA pour expliquer le rapport INSERM. La paranoïa affleure dans ce discours.**

Il semble bien que ce Rapport soit tombé lourdement dans ce piège, pour de multiples raisons. La plus évidente est précisément qu'il s'agit d'une méta-analyse de méta-analyses,

**C'est faux encore : il ne s'agit pas d'une méta analyse de méta analyses mais d'une revue critique**

où l'on a rassemblé, critiqué et interprété -au niveau 3- des méta-analyses -de niveau 2- qui colligeaient elles-mêmes des recherches – de niveau 1- visant à évaluer l'efficacité des psychothérapies. En analysant ainsi un ensemble d'ensembles, on est très loin de la réalité de chacune des recherches de base et de ses conditions réelles de réalisation. Le lecteur de ce Rapport se trouve alors, en fait, hors d'état d'évaluer la pollution de l'ensemble par des recherches de niveau 1 éventuellement biaisées pour des raisons qui auraient échappé à leurs auteurs, mais aussi aux experts en fonction de leurs propres présupposés.

Qu'en est-il de ces travaux de niveau 1, c'est-à-dire des 1000 recherches qu'on nous dit constituer le matériel de base de toute cette enquête ?

Selon la démarche la plus utilisée, on définit un groupe de travail constitué de personnes qui font part de leurs difficultés à un consultant et qui sollicitent un traitement ; on partage ces demandeurs en deux échantillons, celui des sujets traités avec la technique psychothérapique à évaluer (A) et celui des sujets non traités (B) ; ou bien une partie des demandeurs sont « affectés » à un traitement X, une autre partie à un traitement Y, etc. Après un temps de traitement jugé suffisant, on compare l'état de ces divers groupes.

Soit... mais cela suppose que, au départ, ces groupes soient comparables. Or rien n'est plus difficile à garantir. La principale difficulté réside en fait dans la caractérisation des sujets en cause, avant et après traitement.

Ici s'introduit un présupposé majeur. En effet, la plupart de ces travaux utilisent des “ grilles ” qui repèrent des symptômes allégués par le sujet et notés par le consultant ; l'instrument le plus souvent utilisé est le DSM 4, élaboré par l'Association Américaine de Psychiatrie. Le Rapport INSERM remarque que les critères de ce type “ *ont été vivement critiqués dans notre pays. Pourtant, ils représentent la meilleure approximation provisoire qui permette la sélection relativement homogène de sujets pour une étude* ” (p.22). Il est exact que ce type d'évaluation des troubles, où l'on s'attache uniquement aux symptômes, a suscité en France de très vives objections ; mais écarter ces objections en déclarant qu'il s'agit « pourtant » de la « meilleure » démarche possible constitue la simple expression d'une opinion, qui n'a rien de scientifique....

**Le DSM ne s'attache pas qu'aux symptômes : il a 5 axes : symptômes , personnalité, maladie physique, stress et handicap. Le système de l'OMS est voisin. Il est adopté par tous les chercheurs dans le monde.**

En fait, cette option, en apparence simplement technique, suppose une prise de parti sur une question scientifique majeure. Il existe en ce domaine une divergence épistémologique, méthodologique et technique, peut-être irréductible, entre deux types de démarches possibles

pour étudier les troubles et les difficultés psychiques. La première position est celle d'une démarche nosographique qui décrit des symptômes regroupés en syndromes, pour distinguer et classer des maladies (sur le modèle taxinomique, classificatoire, de la botanique et de la zoologie) ; une tout autre position (sur le modèle de la recherche en physiologie depuis Claude Bernard) décrit des structures fonctionnelles et en analyse les troubles. Or il est patent que si les comptages de fréquences, et de façon générale les traitements statistiques, sont pertinents dans la première optique, ils ne peuvent jouer qu'un rôle secondaire, et difficilement de preuve, dans la seconde. L'escamotage du problème biaise d'emblée les cartes. En effet, les thérapies "cognitivo-comportementales", en définissant les cas à traiter par des symptômes puis en traitant ces symptômes, se situent explicitement dans la première optique, taxinomique ; au contraire, les approches psychodynamiques –ou, plus particulièrement et précisément, l'approche psychanalytique – se situent dans la seconde, celle de l'analyse fonctionnelle. Ainsi, d'emblée le choix d'instruments qui caractérisent les troubles à traiter dans l'optique taxinomique biaise massivement toute recherche en faveur des premières, au détriment des secondes.

**L'analyse fonctionnelle est un concept qui a été développé par les TCC et n'a rien de psychanalytique, on cherchera vainement des références analytiques à ce sujet alors qu'il en existe des milliers en TCC**

Supposons cependant qu'on en accepte le principe. Comment évaluer l'effet d'une psychothérapie ? La solution simple paraît évidemment, en s'inspirant des études pharmacologiques (selon un modèle qui pèse lourdement sur tout ceci), de comparer l'état des patients "avant" et "après" : on applique ces grilles de repérage des symptômes avant le traitement, puis après, et l'on évalue la différence. Encore faut-il montrer qu'une différence, si elle apparaît, est bien due au traitement. Cela suppose un "groupe contrôle", de sujets comparables non traités. Comment, dans les travaux recensés par ce Rapport, constitue-t-on ces "groupes contrôle" ?

**Le rapport INSERM parle des études contrôlées déjà publiées et en fait la critique, il n'a pas à constituer un groupe contrôle car il n'est pas une expérimentation.**

Le plus souvent, on divise la population des demandeurs de traitement en deux échantillons : celui des patients traités (groupe A, "expérimental") et le reste, laissé en "liste d'attente" (groupe B, dit "de contrôle", supposé comparable). Or supposer ces deux échantillons comparables, c'est ignorer les multiples facteurs qui risquent de les rendre hétérogènes : priorité de traitement légitimement donnée à certains types de cas, jugés plus urgents ou plus accessibles au traitement proposé; poids des possibilités de prise en charge par l'institution ou / et le thérapeute ; fonte de l'un et l'autre échantillons en cours d'étude (ruptures de traitement pour le groupe traité, lassitude et disparition des personnes laissées en liste d'attente), etc. Tout ceci peut jouer, avoir joué, plus ou moins à l'insu du chercheur, dans la réalité d'un fonctionnement institutionnel. En fait, il est extrêmement difficile de garantir la comparabilité de deux groupes, et le maintien de cette comparabilité tout au long de l'étude. En fait, si fréquentes sont les taches aveugles que rares sont les publications qui s'attachent réellement à éclairer le lecteur sur ces points pourtant majeurs. Qu'on n'objecte pas que tout ceci ne peut jouer lorsqu'on tire au hasard la répartition des sujets en groupe traité et groupe contrôle, non traité. Outre qu'une telle procédure est déontologiquement choquante, qu'elle suppose une étonnante insensibilité du thérapeute à la demande de son patient (qu'il ne prend ainsi en charge que par hasard !), rien ne garantit en fait que, sous cette apparence de

comparabilité ne jouent pas en fait, pour la compromettre, tous les facteurs qui viennent d'être évoqués.

Passons cependant. La rigueur méthodologique voudrait qu'on évalue l'état des personnes en cause deux fois (avant - après) aussi bien pour le groupe contrôle (B) que pour le groupe traité (A). En fait, la plupart des recherches recensées ne procèdent pas ainsi : on se contente d'évaluer le groupe contrôle une seule fois, supposant que, en l'absence de traitement, les personnes en cause ne changent en aucune façon... Cette supposition est naïve : le seul fait d'être inscrit sur une liste d'attente change quelque chose, pour créer, selon les personnes en cause, irritation, déception, etc., ou au contraire espoir...

Ceci entraîne de très importantes conséquences quant à l'évaluation d'efficacité des traitements. En effet, les études qui supposent invariable l'état des patients non pris en charge se privent de tout moyen de vérifier ce que tout clinicien expérimenté connaît bien : il n'est pas rare qu'une prise en charge thérapeutique *neproduise dans l'état du patient aucune amélioration apparente, mais évite que son état n'empire*. C'est une évidence, y compris pour les non-spécialistes, en ce qui concerne les troubles et maladies du corps ; il devrait sembler aussi évident qu'il n'en va pas autrement en ce qui concerne les troubles et difficultés psychiques. L'expérience clinique montre en effet qu'il n'est pas rare qu'une prise en charge psychothérapique évite, et parfois à très long terme, une évolution psychopathologique beaucoup plus grave. Toute étude qui se borne à considérer que le "groupe contrôle", non traité, est invariable, double une sérieuse erreur méthodologique d'une naïveté.

Le modèle général de ces études d'efficacité des psychothérapies vient évidemment de la méthodologie des contrôles pharmaceutiques.

### **C'est faux : toute une méthodologie spécifique a été développée**

Cependant, qu'il s'agisse de bien autre chose que des essais de médicaments est clairement mis en lumière par la question du placebo. Sur ce point, le Rapport INSERM dit à juste titre (p. 17) : *"il est pratiquement impossible de comparer après randomisation et en double aveugle une psychothérapie active à un "placebo" inerte sur le modèle des études pharmacologiques."* On ne saurait mieux dire... Cependant, ne craignant pas la contradiction, il déclare quelques lignes plus loin (p. 18) : *"plusieurs solutions ont été proposées pour résoudre le problème du placebo en psychothérapie"*, en particulier : *"le groupe "attention placebo" avec un contact minimum avec un thérapeute qui n'utilise pas les éléments supposés actifs de la thérapie que l'on veut tester"*, et *"le contrôle par une pseudo-thérapie ou une anti-thérapie"*... Ceci laisse le lecteur effaré. Comment des gens, s'il s'en trouve, qui s'appliquent ainsi à *ne pas soigner* peuvent-ils se croire et se dire "psychothérapeutes" ? Comment peut-on mentir de façon délibérée à des gens qui souffrent et demandent de l'aide ? De telles aberrations éthiques et déontologiques sont simplement considérées dans ce texte comme pouvant "générer des problèmes éthiques et pratiques". Admirable sens de la litote ! Et que dire des recherches évoquées quelques lignes plus loin, où l'on décide par tirage au sort du traitement à "appliquer" à un consultant ? Car, nous dit-on (p. 18 encore), *"il n'y a pas de solution idéale, sinon d'évaluer en début de traitement la croyance des patients et des thérapeutes dans le traitement qui a été tiré au sort, et d'étudier la corrélation de ces mesures avec les résultats. Le placebo de psychothérapie doit avoir des caractéristiques qui le rendent aussi vraisemblable qu'une thérapie véritable : le placebo doit être crédible"*. Qui méprise-t-on alors le plus, le patient ainsi tiré au sort, le

« psychothérapeute » qui s'attache à ne pas le soigner et cependant « y croit » (mais il croit à quoi ?), ou la crédulité de l'un et de l'autre ? Et peut-on fonder une démarche qui se prétend scientifique sur le partage d'une croyance ? à ce compte, bien des sectes vont acclamer la méthode...

**Le problème est de savoir si un type de soin est valable et non pas de dire à l'avance qu'il l'est. Il faut donc des groupes contrôles. Ce n'est pas mépriser les patients et les thérapeutes. C'est chercher à mettre en évidence le meilleur service rendu. Beaucoup de traitements sont inutiles ou dangereux dans les psychothérapies comme dans d'autres domaines, même si on y croit.**

On ne peut manquer de remarquer que tout cela revient à nier l'idée même d'un choix de la thérapeutique selon ses indications spécifiques et en fonction des troubles à prendre en charge. Imagine-t-on que dans le cas de troubles cardiaques graves, d'un cancer curable, etc., on tire au sort l'affectation du malade à un traitement espéré efficace ou à un pseudo-traitement ?

Il y aurait beaucoup à dire, enfin, sur les méthodes statistiques utilisées par les auteurs des recherches de base recensées dans ce Rapport, par les méta-analyses sur lesquelles il se base, et sur la méta-analyse de ces méta-analyses qu'il constitue lui-même.

On se bornera ici à soulever deux points.

Un premier point concerne une certaine statistique “ *d* ”, supposée évaluer l'amplitude de l'effet d'une technique psychothérapique. Dans la majorité de ces études, il s'agit, soit d'une variation de pourcentages (après traitement, la proportion des patients classés sous telle rubrique pathologique a diminué),

**Dans ce cas le calcul est possible et l'intervalle de confiance est rapporté**

soit et plus souvent, parce que cela semble plus “ scientifique ”, d'une variation de moyennes. Rappelons qu'il existe une technique paramétrique tout à fait classique (la statistique “ *t* de Student ”) pour estimer si une telle différence entre les moyennes de deux séries d'observations est statistiquement significative ; cela suppose qu'on tienne compte de la variabilité (plus exactement la “ variance ”) des deux échantillons. Il faut se rappeler que, en principe, cette statistique n'est utilisable que si les deux distributions sont « normales » (gaussiennes), ce qui est rarement vrai dans ce domaine où sont fréquentes des distributions fortement asymétriques, et plus rarement encore considéré par les auteurs de ces travaux.

**Les statisticiens qui ont créé le *d* et ses variantes estiment que ce problème est mineur et qu'il n'y a que peu de différence entre les statistiques paramétriques et non paramétriques (cf Siegel, cf Smith et Glass 1977)**

Passons, car il y a plus inquiétant. En effet, nous dit-on, dans beaucoup des études recensées la différence des moyennes est rapportée à la variance du **seul groupe de contrôle** ; l'aléatoire ainsi introduit dans la démarche est considérable. D'ailleurs, deux pages plus loin (p. 26), il nous est dit qu'il “ *existe de très nombreuses versions de ce “ *d* ”, sans véritable consensus sur son utilisation* ”. Alors, que vaut la “ preuve ” statistique abstraite d'un ensemble d'études ainsi déclarées sans cohérence quant à l'instrument même de cette preuve ?

**Nous avons attribué une cote des méta-analyses en fonction de leur utilisation des corrections du d : cette cote a donné lieu à la création d'une échelle d'évaluation de la qualité des méta analyses. Cette échelle est rapportée dans le rapport. La cote données aux méta analyses représente le niveau de la preuve et il est rapporté dans le rapport. Elle était faite de manière indépendante par deux experts qui en cas de désaccord devait rediscuter pour conclure : ce qui est arrivé plusieurs fois. C'est la raison pour laquelle des méta analyses de basse qualité ont été éliminées ou mal cotées.**

Second point. Il suffit d'augmenter la taille d'un échantillon pour qu'une faible différence de moyennes, si elle se maintient, devienne très significative (en termes statistiques). Cela découle simplement de la procédure de calcul et ne recouvre aucun mystère, ainsi que le savent tous les étudiants débutants en statistiques. Les auteurs du Rapport le savent eux aussi, et le disent (p.20). Mais ensuite ils n'en tiennent pas compte, laissant ainsi s'introduire un biais qui fait planer sur tout leur travail un doute très sérieux.

Il y a là en effet la source d'un artefact majeur : pour ces raisons purement statistiques, si trois études d'efficacité font apparaître une légère amélioration de l'état des patients, mais à un seuil statistiquement non significatif, la **même** légère amélioration moyenne, établie sur vingt études, deviendra hautement significative. Ainsi, *plus une psychothérapie d'un certain type sera représentée dans un recensement d'études d'efficacité, plus elle aura de chances d'être déclarée efficace...*

**L'argument ne tient pas : quand les thérapies sont inefficaces la méta analyse le détecte ce qui est le cas de certaines méta analyse rapportées .En outre il existe dans les travaux récents un correctif en fonction du nombre d'études et du nombre d'études qui invalideraient le résultat (failsafe). Tout cela a été pris en compte et signalé dans l'évaluation des méta analyse (cf échelle)**

Tel est bien le cas dans ce Rapport INSERM.. On ne peut en effet manquer de remarquer une parfaite coïncidence entre, d'une part le nombre des travaux pris en compte pour chacun des trois types de psychothérapies, et d'autre part le palmarès final.

Les thérapies cognitives et comportementales sont plus représentées dans cette méta-analyse de méta-analyses (par 38 méta-analyses et 25 études ou revues de questions) que les thérapies familiales (6 méta-analyses et 40 études ou revues de questions), et beaucoup plus que les thérapies dites " psychodynamiques (psychanalyse) " (4 méta-analyses et 17 études). Cela correspond exactement au palmarès final : la palme est décernée aux thérapies cognitivo-comportementales ; viennent ensuite les thérapies familiales et de couple; en queue de peloton, les " psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) ". Il est bien à craindre que le public et les décideurs ne retiennent que cela, même s'il existe un risque sérieux pour que cette conclusion ne reflète que le nombre des travaux pris en compte pour chaque type de thérapies...

**On ne peut pas reprocher aux TCC d'avoir fait de la recherche pour tenter de valider ce qu'elles avançaient. On peut en revanche regretter le flou qui entoure d'autres formes de thérapie et se poser la question : pourquoi ce flou ? On ne peut inventer une efficacité à des thérapies qui n'ont jamais été testées scientifiquement ou on apporté des résultats négatifs dans les études contrôlées.**

**Jeanne Etiemble nous a dit que les expertises INSERM avaient été créées après le scandale du sang contaminé. Nous avons fait notre travail le plus honnêtement possible et de manière contradictoire. Les limites du rapport sont celles des études. Mais la clarification des thérapies validées et non validées protège le consommateur.**

Il y aurait sans doute encore beaucoup à dire sur ce plan méthodologique. Mais on peut conclure (provisoirement) sur une indication donnée par ce Rapport (p. 28) en ce qui concerne la qualité d'une étude d'efficacité. Il y est en effet proposé de classer ces études en quatre niveaux, de A, étude très concluante, à D, étude de valeur médiocre. A ce plus bas niveau, D, sont citées les " preuves venant des opinions d'experts ou de comités d'experts ".

Comment alors ne pas remarquer que ce Rapport, précisément, est le fruit du travail d'un comité d'experts...

**Roger Perron, Directeur de recherches honoraire au CNRS  
Bernard Brusset, Professeur émérite, Université Paris V - René Descartes, Institut de  
Psychologie  
Clarisse Baruch, Professeur de Psychologie Clinique et Psycho-pathologie, URCA, LPA  
(UA 2073), Reims  
Dominique Cupa, Professeur de Psycho-pathologie, Université Paris X – Nanterre  
Michèle Emmanuelli, Professeur de Psychopathologie, Université Paris V – René  
Descartes**