

LIBRES ASSOCIATIONS

Alain Abelhauser

« *Au rapport de l'INSERM¹ sur l'efficacité des psychothérapies, et à la question du bien-fondé de l'évaluation en général, il faut répondre, d'évidence. Mais comment ?* »

Pour ma part, ce sera sur le mode du pamphlet.

Lequel n'est néanmoins pas sans ambition : ne serait-ce que celle de faire réfléchir, d'inciter à reconsidérer un certain nombre d'*a priori*, de points trop volontiers admis sans plus ample informé, là même où le bon sens, les dogmes et les certitudes ont toutes chances de s'avérer plus que jamais fallacieux.

Le « contrat social »

Le principe même de l'évaluation ne semble-t-il pas aller de soi, en tout cas dès que l'on pense en termes de « contrat social » ? Si l'on fait quelque chose qui engage ne serait-ce qu'un peu la communauté, n'est-il pas licite de s'engager en retour à s'assurer de son bien-fondé — c'est-à-dire à l'évaluer ? Autrement dit, l'évaluation n'est-elle pas le corollaire obligé de la liberté d'entreprendre, autant une forme de régulation sociale qu'un mode d'engagement individuel, lequel comporte donc une dimension nécessairement éthique ?

Mais justement, la question qui se pose ici est de savoir :

- 1) si c'est bien de « contrat » dont il s'agit en l'occurrence, vu les partenaires en présence, et non pas plutôt de marché de dupes ;
- 2) si, précisément, il ne devient pas urgent de penser « du » contrat et « des » modes de régulation, mais à un tout autre niveau que celui qui a été proposé jusqu'à présent ;

¹ Trata-se do recente Relatório sobre a eficácia das psicoterapias do Institut National de Santé et de Recherche Médicale francês. Alain Abelhauser ocupa-se neste seu artigo dos desafios à psicanálise lançados pela nova política da saúde, a avaliação quantitativa e a leis que os governos europeus estão a elaborar sobre o exercício das psicoterapias (nota da Redacção).

3) si les notions de contrat et d'évaluation ne présupposent pas, n'exigent pas avant tout, la prise en compte des spécificités des situations et des objets évalués, déclinée en termes de méthodes, critères et enjeux ?

Voyons cela de plus près.

Des méthodes de « publicité comparative »

En opposant les unes aux autres des pratiques psychothérapeutiques, après les avoir classées en catégories pour le moins étonnantes, et en les référant toutes aux mêmes critères, pour le moins inappropriés vu l'hétérogénéité des pratiques et la complexité de l'objet — le soin psychique —, puis en leur attribuant un indice d'efficacité — l'objectif visé se dévoilant alors —, le rapport INSERM s'est délibérément engagé dans une voie aisément identifiable : celle de la publicité comparative, longtemps interdite pourtant par le droit français. Tel opérateur est moins cher et plus efficace que tel autre. Faites votre choix. Si vous n'êtes pas stupide et que vous êtes bien informé, vous saurez pour lequel opter. Vraiment ? Même dans le monde des affaires, les choses ne se révèlent pas aussi simples. Et les consommateurs ne s'y trompent d'ailleurs pas : ils savent bien que le principe de la publicité comparative est de sélectionner certains critères, d'en présenter le choix comme une évidence — toute personne censée ne peut qu'y adhérer —, puis de faire le classement des produits, rapportés à l'aune de ces critères.

Il y a là, bien sûr, une forme de coup de force qu'on a appris à considérer comme légitime dans l'univers impitoyable des marchés. Mais dans le monde du soin, la même logique a-t-elle encore à s'appliquer ?

La référence et le sacré

Pour comparer, et hiérarchiser, il faut des critères, certes, mais pas n'importe lesquels : il est mieux que ce soient des critères admis de tous — qui fassent véritablement référence. Dans notre monde moderne — ou post-moderne ? —, c'est « la science » qui constitue le plus souvent ce point de référence dernier, incontesté. Aussi l'utilise-t-on à toutes les sauces, et lui fait-on dire à peu près tout ce que l'on veut.

Dans *Annie Hall*, si ma mémoire est bonne, Woody Allen, faisant la queue devant un cinéma avec Diane Keaton, disserte complaisamment sur le film qu'ils s'appêtent à voir, jusqu'au moment où leur voisin intervient sauvagement dans sa péroraison pour lui

remontre qu'il n'a rien compris, qu'il a tort sur toute la ligne. Woody Allen proteste, une courte discussion s'engage, que le fâcheux finit par trancher d'un argument péremptoire : « c'est comme je le dis, je le sais mieux que vous, quand même, je suis Professeur de cinéma à Columbia ! » Woody est coi, réduit à l'impuissance : l'argument d'autorité est, en définitive, le seul efficace. Il n'a plus alors qu'un seul recours : il se tourne vers l'affiche du film, de derrière laquelle il extrait le metteur en scène lui-même qui, tout sourire, oppose à l'autorité universitaire la sienne, ultime, pour confirmer le dire de Woody Allen et remettre vertement à sa place le prétentieux.

Mieux que la télé, que Dieu ou que tout autre dogme, la référence à la science est devenue, dans notre système social, argument imparable d'autorité. Au point que l'on puisse pratiquement reconnaître un « véritable » scientifique à ce seul signe : celui de ne pas se laisser abuser par une telle autorité, celui d'introduire du relativisme, du doute, de l'indécidabilité, dans l'usage de ses critères et arguments habituels. Le rapport de l'INSERM met sans cesse en avant, implicitement ou explicitement, la référence scientifique, le plus souvent d'ailleurs confondue avec le quantifiable, l'aisément chiffrable, mais sur le même mode que le contradicteur d'Allen : il s'agit d'une référence qui n'argumente pas, qui ne questionne pas ses prémisses, qui ne justifie pas le bien-fondé de ses méthodes — d'une référence qui n'est, de fait, qu'un argument massue, qu'une position d'autorité destinée à impressionner.

Le mythe de l'expérience

Autre référence abusive : celle à l'expérience, que l'on superpose d'ailleurs volontiers à la science. *In experimento veritas* : du moment que l'on peut reproduire l'expérience de quelque chose, cela vaudrait pour démonstration, pour preuve. Or rien n'est moins assuré. Et moins pertinent, d'un point de vue épistémologique. Que l'on se rappelle Koyré, son bel article sur l'expérience de Galilée à Pise², cette expérience sur la chute des corps décrite dans tous les anciens manuels de physique et dont le récit héroïque prétendait montrer comment la scolastique médiévale, après une longue période d'obscurantisme, finit par être enfin battue en brèche par une expérience bien conduite ... et qui n'eut jamais lieu, bien sûr !

L'idée que l'expérience — et le recours à celle-ci, surtout — est le geste fondateur de la science n'est ni vraie ni fausse, en tant que telle ; c'est simplement un mythe, un mythe des origines, que la science peut à l'occasion construire pour son usage propre —

² Koyré A., *Galilée et l'expérience de Pise : à propos d'une légende*, in *Études d'histoire de la pensée scientifique*, Paris, Gallimard, 1966, pp. 213-223.

comme n'importe quel autre discours, d'ailleurs. Mais qui, reprise par « l'opinion publique » (ou tout aussi bien par certains « organismes d'État »), contribue à tout embrouiller en laissant croire que n'est scientifique que ce qui a été dûment expérimenté, alors que la plupart des grandes théories scientifiques ont été élaborées avant toute possibilité d'expérimentation, et que, beaucoup plus simplement, l'expérience, en toute logique, ne démontre rien ; elle met à l'épreuve, elle interroge, et, assez souvent aussi, elle infirme, elle dément. Ce qui est déjà beaucoup.

C'est d'ailleurs l'usage que la psychanalyse prétend faire de la clinique : un usage non pas illustratif, ou, pire encore, démonstratif, mais un usage de mise à la question, de ré-interrogation permanente de ses propres avancées³. « *D'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique* » : le titre seul de cet article de Freud⁴ a valeur paradigmatique ; il insiste sur ceci que la clinique, l'expérience, ne fondent pas *ex nihilo*, mais accompagnent l'élaboration et la passent à un crible nécessaire — l'évaluent, au sens noble du terme, cette fois.

Des enjeux explicites — et caricaturaux

Quels sont, en vrai, les enjeux de « l'expertise » de l'INSERM sur l'efficacité des psychothérapies ? Ils paraissent clairs, certes, mais peut-être est-ce mieux qu'ils soient parfaitement explicités ? Un de nos collègues, professeur de psychopathologie dans une université du sud-ouest, s'en est chargé dans un courrier largement diffusé auprès de la communauté universitaire de psychologie, alors même que la version complète du rapport n'avait pas encore été rendue publique. Citons-le, ce sera plus simple :

« Cette évaluation a duré deux ans et est fondée sur plus de 1000 études scientifiques internationales et françaises. (...) On doit se rappeler qu'il s'agit d'une expertise nationale indépendante. On peut par conséquent apprécier à quel point ses résultats mettent en relief l'écart important entre les soins les plus efficaces⁵ et les soins le plus souvent proposés aux patients en France⁶. Le rôle des universités est malheureusement en cause dans le maintien de ce problème étant donné que la vaste majorité des psychologues cliniciens sont souvent formés uniquement dans une perspective psychodynamique. Face à de tels résultats, le manque de diversité dans les perspectives

³ cf. Abelhauser A., *L'éthique de la clinique*, in *L'évolution psychiatrique*, vol. 69, n° 2, avril / juin 2004, pp. 303-310.

⁴ Freud S., *Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique* (1915), in *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973, pp. 209-218.

⁵ soit les TCC, dites efficaces pour 15 troubles sur 16.

⁶ On imagine qu'il s'agit de « la psychanalyse ou les thérapies psychodynamiques, efficaces pour 1 trouble sur 16. »

cliniques enseignées à l'université ne peut plus être comprise comme une simple question de différences philosophiques ou épistémologiques : il devient un véritable problème de santé publique. Il semble que nos étudiants, ainsi que les patients, auront bien raison de nous montrer du doigt si nous ne prenons pas des mesures actives pour assurer une formation plus complète de nos futurs psychologues. »

L'enjeu de « l'expertise » serait donc d'inciter à une « formation plus complète » des futurs praticiens. Ne nous y trompons pas : il s'agit en fait de former ceux-ci à ce qui est censé être le plus efficace, à les détourner du reste et à attendre ensuite que ce dernier disparaisse. Le maître-mot a été lâché : c'est devenu maintenant, nous dit-on, un « problème de santé publique ».

Quels critères pour la guérison ?

S'agissant de psychothérapies, et s'agissant de leur efficacité, quels critères invoquer, donc, pour les comparer ? La durée, le sacro-saint rapport qualité / prix, les conditions de confort de l'entreprise, les moyens mis en œuvre, les résultats obtenus⁷ ? Les résultats, bien sûr. C'est-à-dire la guérison — notion pourtant particulièrement délicate à manier dans le champ médical en général (surtout lorsqu'elle implique la longue durée), et *a fortiori* dans le champ psychique.

Avant — après : petit, j'ai longtemps été fasciné par ces encarts des dernières pages de certains journaux montrant l'incroyable efficacité des méthodes destinées à maigrir, raffermir, muscler, faire repousser les cheveux, etc... Preuves à l'appui : deux photos, avant — après. Je suis vieux, gras, bedonnant, chauve, et j'en passe. Et l'on me propose de me rendre plus jeune, svelte, doté d'une imposante chevelure et d'abdos à l'avenant⁸. Je ne me supporte plus, et l'on me promet de me guérir de moi-même ! Pourquoi hésiter, franchement ? Ma seule raison de douter est que, justement, c'est trop beau. Je ne peux que vouloir y croire, si ce n'est que j'ai appris, au fil de douloureuses expériences, à ne

⁷ Une telle question n'est pas sans évoquer le petit livre drolatique d'Oreste Saint-Drôme, *Comment choisir son psychanalyste ?* (Paris, Seuil, 1987), lequel y répond à sa façon en proposant de prendre avant tout en compte : — le quartier (puisque l'on arrive en avance à sa séance par crainte d'être en retard, autant en profiter pour faire ses courses ; quelles ressources offre-t-il donc en termes de commerces, librairies, bistrot, parkings ?), — l'immeuble (attention à l'ascenseur riche d'actes manqués possibles, à la concierge forcément culpabilisante, aux voisins trop attentionnés lorsqu'on se retrouve en pleurs sur le palier), — le lieu d'attente (si c'est confortable, gare à la durée), — les sons et les odeurs flottant dans le cabinet, etc. Réponse décalée à une question finalement absurde.

⁸ À en juger par la version moderne de la chose — les *spams* du courrier électronique — on en est désormais arrivé à l'essentiel : pouvoir acquérir la pommade miracle qui vous garantit un « surcroît phallique » d'au moins deux ou trois pouces !

pas adhérer trop vite à ce qui brille trop. J'ai appris à mes dépens qu'il était particulièrement difficile de se guérir de soi-même.

Vouloir comparer et hiérarchiser entre elles les psychothérapies grâce à leur efficacité supposée relève, en fait, d'un présupposé du même ordre : l'idée qu'il y aurait un avant et un après clairement appréhendables et objectivables, desquels on pourrait déduire la nature et l'ampleur du processus de changement. Mais non, précisément ; dès lors qu'il s'agit de se guérir de soi-même, cette chronologie et cette idéologie du changement n'ont plus valeur fonctionnelles : c'est le champ même de la psychopathologie qui le démontre de la façon la plus quotidienne et la plus convaincante.

Guérir — quoi ?

Connaissez-vous cette histoire ? Une vieille dame se rend chez son médecin, toute embarrassée. Elle a sans cesse des gaz, explique-t-elle ; heureusement, ils ne sont ni bruyants, ni odorants. Mais ils la gênent quand même un peu. Le docteur ne pourrait-il y remédier ? Celui-ci lui prescrit un traitement et lui fixe rendez-vous la semaine suivante. Elle y arrive assez furieuse : « je ne sais pas ce que vous m'avez donné comme médicaments, lui dit-elle, mais ça ne va pas du tout. Je pète toujours autant, et en plus, maintenant, ça sent mauvais ». Le médecin sourit : « bien, lui répond-il, à présent que nous avons traité l'odorat, nous allons pouvoir nous attaquer à l'ouïe ! »

Qu'est-ce qu'un symptôme ? Et que cherche-t-on à guérir, à faire disparaître ? En médecine, un symptôme est un *signe*, quelque chose qui témoigne, par exemple, d'un processus en cours (la fièvre est le signe de la réaction de l'organisme à une infection). Dans le champ du « soin psychique », un symptôme est plutôt *ce qui signe* le sujet — ce point d'intime du sujet que ce dernier ne tient surtout pas à identifier comme tel, mais où il doit bien finir pourtant par se reconnaître. Tout est là. Tant que l'on considère le symptôme comme un embarras qu'il importe d'éliminer, les choses paraissent simples : y est-on arrivé, ou non ? Y a-t-il un avant et un après ? Mais que l'on admette que, sur le plan psychique, le symptôme est davantage un compagnon du sujet, une façon de faire avec sa structure, et l'on comprendra combien il est dérisoire et inapproprié de penser la guérison comme disparition ... de ce qui aide le sujet à vivre, même si c'est souvent au prix d'une souffrance considérable. (Et l'on saisira aussi, par la même occasion, quelques raisons de « l'ambivalence » — comme on dit — de la demande subjective de guérison et de thérapie.)

Je veux être guéri et demande pour cela l'aide de quelqu'un. D'accord. Mais guéri de quoi ? De mes pets, ou de ce qui me les rend supportables — mon anosmie, ma surdité ? Qu'on ne se précipite pas pour répondre, la question est bien plus complexe, et sérieuse, qu'il n'y paraît.

Et qu'on ne se précipite pas non plus pour traiter. Même dans une perspective strictement médicale, il y a bien longtemps que certains ont compris que vouloir d'emblée éliminer tout symptôme était, dans certains cas, le plus sûr moyen de faire cap au pire.

Guérir — pour combien de temps, et à quel prix ?

Les cancérologues ne sont pas gens stupides. Ils savent qu'il est facile de tuer en voulant guérir. Ils savent que guérir la maladie n'a de sens que si l'on sauve aussi le malade. Et ils savent que guérir n'a finalement de valeur que statistique. C'est là qu'ils ont clairement un avantage sur les « psys ». Leur spécialité leur permet de penser, lorsqu'ils obtiennent des résultats, qu'il s'agit d'une « rémission » : le patient ne présente plus de troubles, mais il a toujours plus de risques que quelqu'un d'autre d'en présenter à nouveau, c'est-à-dire de rechuter. Et quand ce risque devient le même (loin d'être négligeable, on le sait) que celui de n'importe qui, alors c'est la « guérison ».

Pourquoi les « psys » ne se mettraient-ils pas à l'école de cette humilité ? Mieux encore : pourquoi n'admettraient-ils pas que le concept même de guérison n'a pas grand sens lorsqu'il s'agit de symptômes psychiques, dès lors que l'on reconnaît qu'il n'y a pas de fin à ceux-ci — même si, par contre, et c'est ce qui fait toute la différence, il existe, pour un sujet, d'autres façons de vivre avec eux — et de changer, ainsi, sa vie ?

Un symptôme (psychique) peut être « levé » ; il peut même l'être assez aisément, de très longues traditions en attestent. Mais le sujet ne s'en trouvera pas pour autant forcément « guéri » — bien au contraire, même, parfois. Alors, quand on prétend évaluer l'efficacité des thérapies, de quoi parle-t-on ? De la levée de tel ou tel symptôme (ponctuel), ou du soulagement durable, voire définitif, qu'un sujet ressent dans sa vie lorsque le rapport qu'il entretient avec ses symptômes a profondément changé ?

L'efficacité symbolique

Soyons sérieux — enfin ! Et admettons que, sur le plan psychique, pratiquement tous les soins, toutes les thérapies, toutes les formes de prise en charge, opèrent, au moins *a minima*. La médecine, d'ailleurs, n'en finit pas de le re-découvrir. Elle a, par exemple, bien voulu s'apercevoir, il y a quelques années, que les patients ne suivaient pas forcément les prescriptions qui leur étaient faites, alors qu'il y allait pourtant de leur strict intérêt. Ils n'étaient pas forcément « compliants ». Aussi s'est-on efforcé d'étudier les raisons de la compliance et de l'incompliance. Pour se rendre compte, finalement, que le seul fait de ces études améliorait bien les choses. Dès lors que l'on s'occupe d'un peu plus près des gens, qu'on leur consacre un peu plus de temps, d'attention et de considération — voyez-vous cela — eh bien, ils semblent aller mieux, et le disent, souvent.

Que toutes les formes de psychothérapies possèdent un efficace n'est d'ailleurs pas très difficile à théoriser : les concepts d'écoute, de catharsis, de suggestion, de transfert — et, plus généralement, d'efficacité symbolique — sont là pour ça. (Et je veux même bien y ajouter la compréhension et l'habituation, pour ne pas dire le conditionnement.) Est-il anodin que, dans pratiquement toutes les cultures que l'on connaisse, existent toutes sortes d'offres « d'aide psychique », qui rencontrent une demande correspondante énorme et, de fait, un succès global jamais démenti ? Et que ces offres s'avèrent finalement relativement satisfaisantes pour leurs usagers respectifs, à condition, d'une part, de s'intégrer suffisamment bien dans la culture qui les héberge et, d'autre part, de savoir faire preuve d'une certaine capacité d'évolution ? (Toutes les thérapies semblent s'user ; pour perdurer et garder leur efficace, il leur faut renouveler leurs procédures de façon à rester en phase avec cette dimension sociale qui les supporte, voire les requiert). Sur ce plan, une gigantesque évaluation a en somme déjà été réalisée, avec quelques centaines d'années de recul, des millions de sujets, assez peu de financements publics, mais beaucoup d'investissements privés : c'est l'existant.

En arrive-t-on ainsi à dire que toutes les thérapies s'équivalent ? Et que peu importe la psychopathologie concernée ? Non, certes. Plutôt que la question ne se pose pas vraiment en termes d'efficacité ou de résultats. Qu'elle porte sur d'autres plans. Ainsi, par exemple, toutes les psychothérapies ne saisissent pas avec la même acuité les raisons de leur efficacité, les mécanismes sur lesquels elles reposent et les difficultés cliniques qu'elles rencontrent. Toutes les psychothérapies ne produisent de loin pas le

même niveau de réflexion, de critique et d'élaboration conceptuelle. Certaines, pour le dire clairement, sont nettement plus dupes d'elles-mêmes que d'autres. Et, par ailleurs, toutes les psychothérapies ne développent pas le même effort d'exigence interne, le même degré de référence, le même type de vigilance et de responsabilisation. En d'autres termes, ce qui fait d'abord et avant tout la différence entre les psychothérapies est, à mon sens, leur capacité d'élaboration théorique et clinique, d'une part, et leur niveau de référence éthique, d'autre part.

Quand on s'occupe des gens, cela va mieux, certes. Mais on ne peut pas en rester là. Cela va mieux, pour en faire quoi ? Quand on les écoute, cela va mieux, aussi. Mais sur quoi débouche cette écoute ? Toute la question est là. Que j'accompagne un sujet est une chose, mais pour qu'il aille où ? Où, si ce n'est où il le souhaite, où il le peut, lui, peut-être, et à condition que ce désir, que cette possibilité, lui soient devenus suffisamment clairs, bien sûr.

La clinique, et le principe de hiérarchisation

Voulez-vous à tout prix hiérarchiser les psychothérapies ? Alors je vous dirai, très simplement maintenant, pourquoi la psychanalyse me paraît y avoir une place à part — ou encore à part.

J'ai déjà évoqué le principe d'une dialectique entre la théorie et la clinique. La théorie permet d'affiner la prise en compte du cas, de la clinique. Et en retour la clinique permet de mettre à l'épreuve la théorie, de la déconstruire et de la reconstruire. De leur faufileage, de ce va-et-vient, dépend en somme toute élaboration susceptible de se soutenir, de se valider et de se développer. Toute élaboration *scientifique*, au vrai sens du terme, cette fois. Et dépend aussi la pratique — le soin.

La psychanalyse — telle que je la conçois, en tout cas, et telle que Freud l'a fondée et Lacan renouvelée — repose tant sur cette dialectique que sur cette valorisation de la clinique, comme point de butée nécessaire et comme recours essentiel. C'est là son éthique, au sens où Lacan l'a définie. Et c'est, avant tout, ce qui lui donne, pour moi, sa prééminence et sa valeur, autant sur le plan des cures que sur le plan de la position qu'elle est amenée à occuper, plus généralement, en regard du lien social.

C'est ce qui, en d'autres mots, l'inscrit dans le champ du soin, et simultanément en fait pourtant bien autre chose qu'une thérapie. C'est ce qui, aussi bien, l'inscrit dans le

champ social, et simultanément lui confère sa position d'extra-territorialité — position que nul autre discours, pour l'instant, ne se révèle en mesure d'assumer.

Mais encore faut-il qu'elle puisse s'y maintenir.

Le siècle des espèces disparues

Une salle de la Grande Galerie de l'Évolution, à Paris, me fascine — me terrifie : on y voit, empaillés, nombre d'animaux récemment disparus, victimes de la destruction et de l'uniformisation humaines. Le thylacine, par exemple, ce loup marsupial réfugié en Tasmanie, dont le dernier exemplaire mourut au zoo de Hobart, en 1933, parce que les chiens importés par l'homme l'avaient d'abord bouté hors d'Australie et que l'homme lui-même l'avait ensuite systématiquement éliminé de Tasmanie.

Pourquoi ne pas le dire également de cette façon ? Dans le flux du vivant, il n'y a pas que les espèces animales et végétales qui meurent, qui disparaissent. Le vivant, c'est aussi les idées, les positions — ce que l'on représente et ce que l'on garantit.

Je ne voudrais pas que la psychanalyse connaisse tout de suite le sort du thylacine. Le monde n'en serait pas grandi.

Procuste, évaluateur premier

Révisons plutôt nos classiques. Il y a bien longtemps, sur la route de Trézène à Athènes, sévissait un brigand nommé Damastès ou Polyménon, plus connu sous son surnom de Procruste ou Procuste (« celui qui étire »). Il avait, on le sait, une charmante manie. Il allongeait les voyageurs sur l'un de ses lits, qui s'avérait toujours soit trop grand, soit trop petit. Qu'à cela ne tienne, Procuste avait la solution pour que chacun atteigne la bonne longueur : aux uns, il rabotait les pieds, aux autres, il étirait les membres. Son évaluation produisait toujours la même conséquence : l'évalué y restait. Et il fallut attendre Thésée, le héros plus sage encore que brave, pour mettre un terme à ses tristes exploits.

Osons ce raccourci : face au lit normatif, réducteur ou extenseur, apparut un jour le divan, qui ne vise ni le bien, ni la conformité, du sujet, mais la singularité — et l'efficacité — de son dire, qui ne prétend plus comparer sa parole à celle d'un autre, mais cherche tout simplement à la rapporter à son écoute propre — tente de la lui faire entendre, à mesure de son énonciation. Avec le divan, il fut en somme désormais

possible d'allonger ses contemporains autrement que pour les rectifier : pour qu'ils *s'entendent* — chose extravagante s'il en fut, et lourde de conséquences, individuelles certes, mais encore plus sociales, on l'a dit.

Notre époque serait-elle celle du retour de Procuste ? Gageons alors qu'il ne sera pas seul à réapparaître : son retour devrait décider également celui d'un nouveau Thésée.

Le devoir terroriste

« Confession d'un terroriste » : c'est ainsi que s'exprimait il y a un an John Le Carré dans un article sur la politique américaine au Moyen Orient. Face à celle-ci, il se sentait l'âme d'un terroriste, et en faisait la confession.

Nous sommes un certain nombre à considérer qu'il y a une véritable complémentarité entre l'enseignement de la psychopathologie et la pratique analytique, que l'un — l'enseignement — a tout intérêt à se nourrir de l'autre, et que l'autre — la pratique — peut trouver dans le premier un lieu, supplémentaire mais non négligeable, de contrôle et d'élaboration. Un enrichissement mutuel et quasi naturel — voilà le lien qui, nous semblait-il, unissait l'une à l'autre ces deux activités, sans presque de contradictions.

Est-ce, dans le contexte actuel, toujours le cas ? Je m'explique : n'apparaît-il pas désormais un hiatus, peut-être inattendu, entre les fonctions d'enseignant-chercheur et celles de psychanalyste, dès lors en tout cas que l'on admet qu'être enseignant-chercheur suppose depuis quelques années être étroitement soumis au régime d'une évaluation quadriennale, alors qu'être psychanalyste supposerait plutôt parier sur l'inévaluable, sur ce qui excède toute possibilité d'évaluation ? Là où tout conduisait, sur les plans scientifique, épistémologique, méthodologique, à articuler l'enseignement de la psychopathologie avec la recherche clinique et la pratique analytique, la prise en compte des plans politique et éthique n'amène-t-elle pas, au contraire, à mettre l'accent sur ce qui va, dorénavant peut-être, faire rupture entre eux : une position radicalement différente en regard de l'évaluation ?

À moins, à moins, que nous ne devenions à notre manière, nous aussi, terroristes. Que nous ne nous reconnaissons devenir, comme enseignants-chercheurs, otages d'un processus dont tout laisse craindre les dramatiques effets d'appauvrissement, et que nous ne réagissions alors en véritables otages, ne se sentant d'autres devoirs envers leurs preneurs que celui de les ébranler dans leurs convictions. Que nous nous réglions, cette fois, plutôt sur l'éthique du désir que sur le sens des compromis. Et que nous

affrontions la contradiction comme nous l'avons appris, à l'occasion, au décours de nos analyses.

À moins que nous ne sachions nous faire, à présent, devoir d'une certaine forme de subversion.

Résumé

Un pamphlet en guise de réponse au rapport de l'INSERM sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies. Les critères, les méthodes et les enjeux, politiques et éthiques, de l'évaluation sont discutés, ainsi que la question des résultats des psychothérapies — la question de la « guérison ». Enfin, la place d'extra-territorialité de la psychanalyse est argumentée.

Mots-clés

Évaluation – science – clinique – éthique – politique – guérison