



**Communiqué de Presse de la
Société Française de Psychiatrie
de l'Enfant et de l'adolescent et Disciplines Associées
concernant l'amendement sénatorial N°159 du PLFSS**

SFPEADA www.sfpeada.fr

Grande cause, petites idées

À lire l'amendement déposé par plusieurs sénateurs visant à dérembourser à partir du 1er janvier 2026 « les soins, actes et prestations se réclamant de la psychanalyse ou reposant sur des fondements théoriques psychanalytiques », on se demande ce qui est le plus sidérant : l'ignorance scientifique, la désinvolture vis-à-vis de la complexité des soins psychiques, ou le mépris tranquille pour les patients et les cliniciens. Le tout enveloppé dans un vernis de rationalité budgétaire et de « cohérence scientifique » qui, à l'examen, ne tient pas une minute.

Car enfin, de quoi parle-t-on exactement lorsqu'on prétend bannir des remboursements « les soins se réclamant de la psychanalyse » ? Parle-t-on de la psychanalyse lacanienne telle qu'elle se pratiquait dans les années 1960 ? De la psychanalyse d'inspiration freudienne telle qu'enseignée dans les sociétés internationales ? De la psychanalyse institutionnelle, qui irrigue encore nombre de pratiques dans le champ médico-social ? Des déclinaisons pragmatiques inspirées par la psychanalyse, comme la thérapie psychodynamique brève, les thérapies de soutien psychodynamiques, ou les approches intégratives ? Ou bien englobe-t-on tout ce qui, de près ou de loin, s'inscrit dans une perspective psychodynamique, c'est-à-dire une compréhension des conflits psychiques, des défenses, de l'histoire du sujet ? Écrit ainsi, l'amendement est scientifiquement flou, cliniquement impraticable et juridiquement explosif. Il ne désigne pas un objet précis : il désigne un ennemi symbolique.

L'argumentaire, lui, se pare des atours de la science. Les auteurs affirment que les soins fondés sur la psychanalyse « ne disposent d'aucune validation scientifique » ni d'« évaluation positive » par la Haute Autorité de Santé (HAS), et qu'ils seraient, pour certains troubles, « inadaptés voire contre-productifs ». Il est difficile de savoir ce qui inquiète le plus : la méconnaissance de la littérature scientifique internationale, ou la facilité avec laquelle on transforme l'absence d'avis favorable d'une institution française en preuve d'inefficacité générale. La science ne se résume ni aux recommandations d'une autorité nationale, ni à une ligne idéologique.

Car si l'on parle, non plus de la psychanalyse prise dans son sens le plus large et le plus vague, mais des approches dites « psychodynamiques » ou « d'inspiration psychanalytique » telles qu'elles se pratiquent aujourd'hui dans le monde, la littérature est abondante. Des essais randomisés contrôlés, des méta-analyses, des suivis à long terme existent. On peut ne pas les aimer, on peut débattre de leur méthodologie, mais prétendre qu'« aucune » validation n'existe relève, au mieux, de la désinformation. Les travaux de Falk Leichsenring et de ses collègues, par exemple, ont montré l'efficacité des thérapies psychodynamiques pour les troubles dépressifs, anxieux, de la personnalité, avec des effets comparables à ceux d'autres approches validées. Les synthèses de Pim Cuijpers, figure majeure de la recherche en psychothérapie, et les travaux de Peter Fonagy sur les traitements psychodynamiques, notamment dans la mentalisation pour les troubles borderline, ont documenté des bénéfices cliniques significatifs, parfois durables après la fin du traitement. On peut débattre des nuances, mais certainement pas balayer tout cela d'un revers de main en invoquant « l'absence de preuves ».

Le plus ironique est que, dans les débats internationaux, la vraie ligne de fracture scientifique ne passe plus depuis longtemps entre « psychanalytique » et « comportemental » comme dans les guerres de chapelles des années 1980. Elle porte sur les conditions réelles de mise en œuvre des psychothérapies, leur adaptation aux patients, la qualité de la relation thérapeutique, la durée des effets, la généralisation en vie réelle. Les travaux de Bruce Wampold, par exemple, ont montré que ce que l'on appelle « l'effet thérapeute », c'est-à-dire les compétences, la formation, l'engagement et le style du clinicien, pèse souvent davantage sur l'issue du traitement que l'étiquette de l'approche théorique. Autrement dit, un thérapeute bien formé et supervisé, qu'il soit d'orientation cognitive, systémique, intégrative ou psychodynamique, a plus de chances d'aider ses patients qu'un clinicien mal formé appliquant, de façon mécanique, une « méthode recommandée ». C'est exactement l'inverse de ce que suppose l'amendement, qui confond science avec liste de techniques autorisées ou bannies.

Si l'objectif était véritablement d'améliorer l'efficacité des dépenses en santé mentale, le débat devrait porter d'abord sur la qualité des formations, des supervisions, de l'évaluation continue des pratiques, quel que soit le cadre théorique. Il devrait interroger la précarité des équipes en centres médico-psychologiques, l'insuffisance des temps de concertation, la difficulté de travailler de façon pluridisciplinaire. Il devrait s'attaquer à la fragmentation entre soins psychiatriques et soins somatiques, entre hôpital et ville, plutôt que de désigner une approche comme bouc émissaire. Or, au lieu de cela, on brandit le mot « psychanalyse » comme un totem repoussoir, pour faire croire qu'en la chassant du remboursement on aura modernisé la psychiatrie.

Pourquoi cette focalisation obsessionnelle sur la psychanalyse, alors même que la réalité des pratiques cliniques est depuis longtemps plurielle, intégrative, métissée ? Pourquoi ce besoin d'ériger un ennemi intérieur dans le champ de la santé mentale, comme si la difficulté du système se résumait à la présence de psychanalystes remboursés ? Pourquoi ce recours incantatoire à la science, réduite à un argument d'autorité, alors que la question de l'évaluation des soins non médicamenteux est, dans tous les pays, un champ

de recherche d'une complexité extrême, où l'on débat, avec sérieux, des biais, des critères, des durées de suivi, des effets non spécifiques, des préférences des patients ?

La science, lorsqu'elle est prise au sérieux, ne se prête pas à ce genre de caricature. Elle demande du temps, de la nuance, de l'humilité. Elle demande d'accepter que différentes approches puissent être utiles à différents patients, à différents moments, pour différents types de troubles. Elle demande aussi d'écouter ce que disent les patients, leurs attentes. Or, que disent-ils pour nombre d'entre eux ? Qu'ils ont besoin d'être écoutés dans la durée, qu'ils ne se reconnaissent pas toujours dans des protocoles standardisés, qu'ils apprécient la possibilité de travailler en profondeur sur leur histoire. Faut-il vraiment que le législateur leur réponde : « libre à vous, mais sans la solidarité nationale » ?

On nous promet que la liberté de choix des patients et la liberté de pratique des professionnels ne seraient « pas remises en cause », puisque seuls les remboursements seraient retirés. C'est là un artifice rhétorique : dans un pays où l'accès aux soins est déjà profondément inégalitaire, dérembourser n'est pas un geste neutre. C'est réserver certaines formes de prise en charge à ceux qui peuvent les payer, et les interdire de fait aux autres. C'est transformer un débat scientifique en instrument de tri social.

Qu'on ne s'y trompe pas : il ne s'agit pas ici de sanctuariser la psychanalyse, ni de la soustraire à toute critique. Comme toute pratique, elle doit être interrogée, évaluée, révisée. Certaines de ses applications historiques, notamment dans le champ de l'autisme ou des troubles du neurodéveloppement, ont été à juste titre remises en question. Mais on ne corrige pas les erreurs du passé par une croisade aveugle. On les corrige par des politiques de formation exigeantes, par le soutien à la recherche, par l'organisation de débats contradictoires, par la co-construction des recommandations avec les cliniciens et les usagers.

Cet amendement, en revanche, ne relève ni de la science ni de la prudence. Il relève d'un geste idéologique, qui prétend trancher par la loi ce que les chercheurs, les cliniciens et les patients continuent de discuter, avec infiniment plus de sérieux et de complexité. Que le parlement puisse envisager de légiférer de cette manière sur la pratique psychothérapeutique, en plein cœur d'une crise de la santé mentale, devrait nous scandaliser. Si la santé mentale est vraiment la Grande cause nationale de 2025, alors la moindre des choses serait de la traiter avec un peu plus de respect intellectuel, pour la science, pour les soignants, et surtout pour les patients.

Pr Bruno Falissard
Président de la SFPEADA
Au nom du Conseil d'Administration de la
SFPEADA