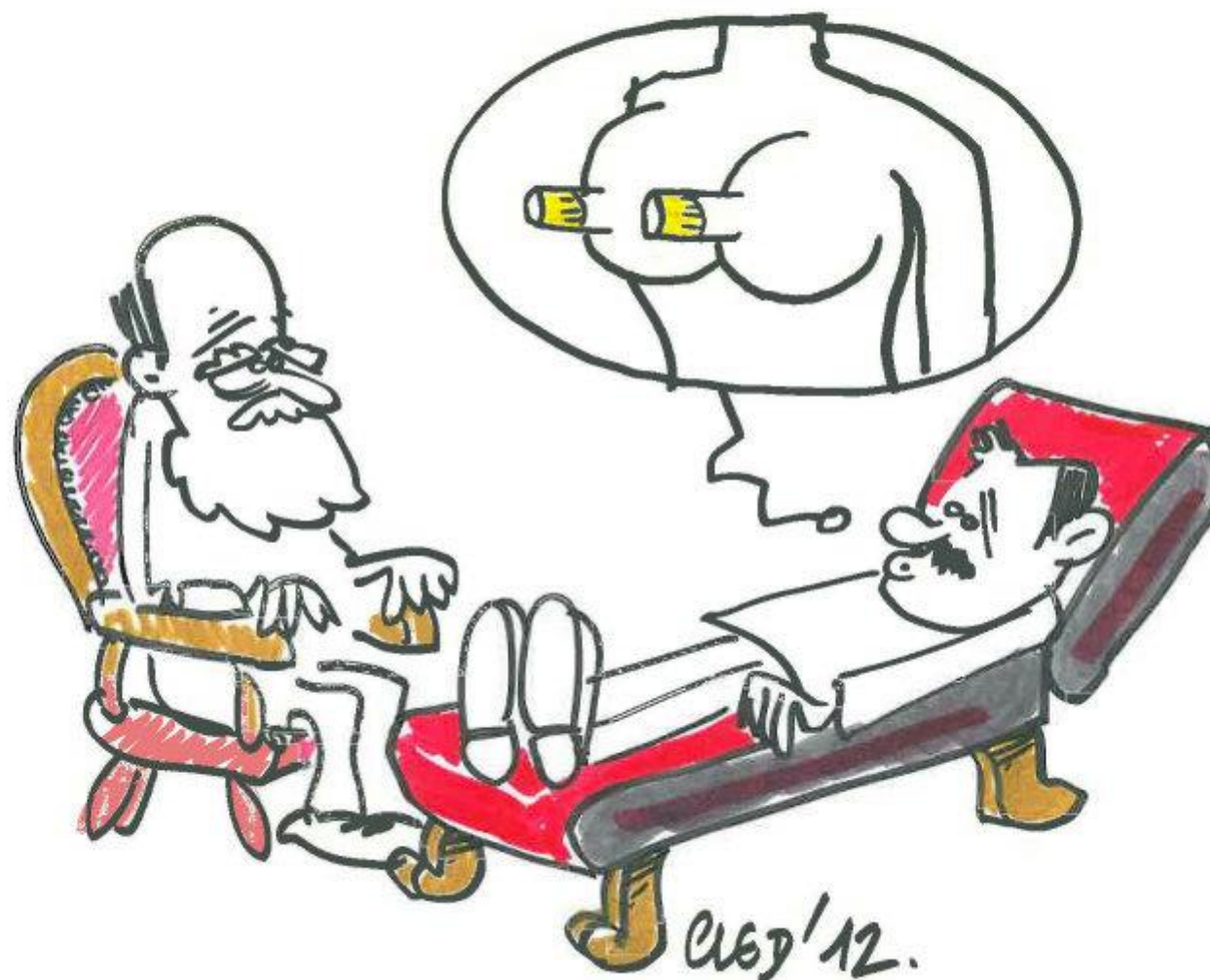


# Place des TTC en tabacologie

**Dr Philippe ARVERS, MD PhD**  
**7<sup>ème</sup> Centre médical des armées – Varcès**  
**Observatoire Territorial des Conduites à Risque**  
**de l'Adolescent – Université Grenoble Alpes**  
**[philippe.arvers@gmail.com](mailto:philippe.arvers@gmail.com)**



# TABAGIE ET PSYCHANALYSE ...





Expertise collective

# Psychothérapie

Trois approches évaluées

**Psychothérapie**

**Trois approches évaluées** ISBN 2-85598-831-4

© Les éditions Inserm, 2004 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris

**Inserm**

Institut national  
de la santé et de la recherche médicale

En conclusion, l'analyse de la littérature réalisée dans le cadre de cette expertise a permis d'établir un bilan des travaux qui se sont intéressés à l'évaluation de la thérapie psychodynamique (psychanalytique), de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie familiale et de couple, selon les critères scientifiques actuellement reconnus.

Cette démarche s'inscrit dans un objectif d'aide à la décision en santé publique. Elle s'appuie sur les résultats des études contrôlées réalisées en population clinique et adaptées à cet objectif sans méconnaître les limites méthodologiques d'un tel exercice, abordées au début de l'expertise. L'amélioration des syndromes cliniques a été retenue comme critère principal pour évaluer l'efficacité des thérapies, d'autres critères comme l'amélioration du fonctionnement de la personne, de sa qualité de vie et de l'adaptation sociale ont également été pris en compte dans certaines des analyses. Le travail de synthèse réalisé par cette expertise permet d'apprécier l'efficacité de chacune des trois approches prise isolément en comparaison avec l'absence de traitement (placebo ou liste d'attente) et selon les troubles envisagés. En fonction des troubles, certaines approches semblent plus efficaces que d'autres (voir tableau ci-dessus).

Les conclusions qui découlent de l'analyse et de la synthèse des études d'évaluation répertoriées dans la littérature, constituent un éclairage utile aux professionnels et aux usagers. Si la relation singulière entre une personne en souffrance et un thérapeute reste un élément déterminant dans le choix et la conduite d'une thérapie, l'information des usagers et la formation des thérapeutes doivent se faire en relation avec les preuves scientifiques disponibles, elles sont deux points majeurs pour améliorer l'offre de soin et le travail en réseau des différents acteurs de santé.

# Psychothérapies, le défi de l'évaluation

Estimer l'efficacité des traitements des troubles mentaux : un casse-tête théorique et pratique pour les professionnels.

Publié le 08 mars 2005 à 12h45 - Mis à jour le 08 mars 2005 à 12h45

Les psychothérapeutes comportementalistes, particulièrement mis en valeur par ses résultats, n'auront rien à gagner de cette volte-face. Pas plus, peut-être, que les psychanalystes, qui semblent avoir obtenu à l'arraché ce désaveu ministériel teinté de clientélisme. Mais il se peut aussi que Philippe Douste-Blazy n'ait desservi... que lui-même. Car le fait qu'ait été retiré du site de son ministère le texte de ce rapport d'expertise ne doit pas cacher l'essentiel : avec des années de retard sur la plupart des pays occidentaux, le processus d'évaluation des psychothérapies s'amorce bel et bien en France. Et il est vraisemblable que ce mouvement se poursuivra.



Deux ans de labeur mené par une dizaine de chercheurs (psychiatres, psychologues, épidémiologistes et biostatisticiens), près de mille documents analysés et synthétisés : "*Un bon travail*", estime la DGS lors de la publication du rapport. Les conclusions de celui-ci n'en déclenchent pas moins la colère quasi unanime des psychanalystes (*Le Monde* du 26 février 2004) et de plusieurs chercheurs universitaires de psychologie, qui dénoncent les partis pris de départ et les biais méthodologiques de l'expertise (*Le Monde* du 6 octobre 2004). Car les TCC y apparaissent comme les plus efficaces à traiter la plupart des troubles mentaux étudiés, tandis que les thérapies psychodynamiques arrivent bonnes dernières.

Et pour cause ! Les études sur lesquelles se sont fondés les experts portent précisément, dans leur ensemble, sur... l'efficacité des TCC ! Si ces dernières, qui s'appuient à la fois sur les théories de l'apprentissage (conditionnement) et sur les schémas cognitifs qui influeraient sur nos stratégies individuelles d'adaptation, restent

Si ces dernières, qui s'appuient à la fois sur les théories de l'apprentissage (conditionnement) et sur les schémas cognitifs qui influeraient sur nos stratégies individuelles d'adaptation, restent minoritaires en France, elles sont en effet très influentes dans les pays anglo-saxons, d'où proviennent la plupart des études exploitées par l'Inserm. De plus, elles sont le plus souvent utilisées pour atténuer des symptômes relativement ciblés (phobies, troubles anxieux, de l'humeur, des comportements alimentaires ou de la personnalité, alcool-dépendance, schizophrénie), donc plus aisément évaluables.

Pour les thérapies systémiques, et plus encore pour les thérapies analytiques, c'est une autre histoire... Mettant l'accent sur la prise de conscience de nos conflits psychiques, celles-ci visent des modifications profondes quant au rapport que le patient entretient avec le monde. Leur objectif ne se limite donc pas, tant s'en faut, à la réduction des symptômes ou à une rééducation des conduites.

Le travail effectué par les experts de l'Inserm doit-il pour autant être considéré comme nul et non avenue ? C'est l'avis de François



# LE RAPPORT DE L'INSERM SUR LES PSYCHOTHÉRAPIES : QUELQUES POINTS D'ANALYSE

Philippe Schepens

ERES | « Cliniques méditerranéennes »

Le terme d'*épidémiologie* concernant les souffrances psychiques et la folie est assez étonnant, et indique déjà en soi une orientation naturaliste ; voilà pourquoi sans doute Martine Flament, épidémiologiste canadienne, proche des comportementalistes, figure parmi les experts. Deux autres y figurent en tant que théoriciens et praticiens des thérapies cognitivo-comportementalistes : Jean Cottraux (Lyon) et Joël Swendsen (Bordeaux). La « recherche fondamentale et clinique » leur a-t-elle été ainsi livrée en gage de leur appétit de codification, comme on vient de le voir ? Un autre est biostatisticien : Bruno Falissard (Villejuif), qui ne dédaigne ni de montrer quelque sympathie raisonnée et talentueuse pour Lacan (cf. les textes qui figurent sur son site <sup>10</sup>), ni d'utiliser ponctuellement et pragmatiquement les pratiques des thérapeutes comportementalistes dans son service ; Olivier Canceil (Paris), psychiatre, se revendique plutôt d'une sorte de « syncrétisme théorique <sup>11</sup> ». On trouve encore un expert pour les thérapies familiales : Jacques Miermont, un psychanalyste : Jean-Michel Thurin, et un expert « pour les enfants » : Mardjane Teherani, dont je n'ai pas pu, pour l'instant identifier le champ d'appartenance théorique. Enfin il faut encore ajouter que trois personnalités ont été



C. Meyer, M. Boch-Jacobsen, J. Cottraux, D. Pleux et J. Van Rillaer (éds)

***Le livre noir de la psychanalyse***

Paris : éd. Les Arènes, 2005, p. 725-753

En livre de poche : Edition 10/18,

Collection « Fait et cause », 2007, n° 3991, p. 898-931

Les thérapies cognitivo-comportementales :  
la psychologie scientifique au service de l'humain

Jacques Van Rillaer

“Dans une large mesure, l'individu apparaît comme l'artisan de sa propre destinée.  
Il est souvent capable d'agir sur les variables qui l'affectent”.

Skinner<sup>1</sup>

Durant le XX<sup>e</sup> siècle, la psychanalyse a été la référence dominante en matière de psychothérapie. À partir des années 1950, beaucoup d'autres traitements ont vu le jour : le *counseling* rogerien, l'analyse transactionnelle, la Gestalt-thérapie, l'hypnose ericksonienne, etc.

Aujourd'hui, dans le domaine du soin psychologique, l'un des principaux courants est représenté par les thérapies cognitivo-comportementales dites TCC, enseignées dans toutes les universités anglo-saxonnes, germaniques ainsi que dans le Nord de l'Europe. Ces thérapies se définissent comme des *traitements des problèmes psychologiques fondés sur la psychologie scientifique* ou encore comme des procédures, méthodiquement évaluées, qui traitent des troubles psychologiques grâce à l'apprentissage de nouveaux comportements, d'autres modes de penser, d'éprouver et d'agir. Il ne s'agit pas d'une théorie ou d'une Ecole créée par un personnage "qui sait" ou est "indépassable"<sup>2</sup> : on parle de freudiens, de jungiens et de lacaniens, mais non de wolpiens ou d'eysenckiens. *Les TCC sont des procédures psychologiques qui favorisent le mieux-être en s'appuyant sur des connaissances scientifiques.* Ce qui veut dire que les pratiques d'aujourd'hui ne sont plus celles d'il y a cinquante ans, et qu'on ne peut pas prévoir ce qu'elles vont devenir dans vingt ans. Une seule chose continuera à les définir : le souci de scientificité.

Le souci de scientificité procède avant tout du désir d'être le plus efficace possible dans l'aide apportée aux personnes en souffrance. Tout comme la médecine moderne a pu trouver, grâce à l'utilisation de la méthode scientifique, des remèdes efficaces pour un grand nombre de maladies (en un siècle, elle a fait passer l'espérance de vie de 45 à 80 ans), ainsi la psychologie moderne parvient, grâce à des recherches scientifiques, à résoudre une série de problèmes psychologiques graves : agoraphobie, crises de panique, trouble obsessionnel-compulsif, dépression sévère, dépendances, etc. Certes l'utilisation de la méthodologie scientifique ne produit pas toujours des connaissances correctes — les scientifiques évitent d'ailleurs d'utiliser le mot "vérité", dont usent et abusent les théologiens et les psychanalystes —, mais elle apporte tout de même un ensemble de connaissances qui ont plus de chances d'être valides et efficaces que celles qui reposent seulement sur l'intuition clinique, la spéculation ou l'argument d'autorité.

## De la psychanalyse aux thérapies cognitivo-comportementales

La cure psychanalytique classique consiste, pour le patient couché sur un divan, à dire tout ce qui lui passe par la tête ("règle des associations libres"), pendant des séances d'environ 50 minutes<sup>4</sup>. L'analyste, "en état d'attention flottante", écoute avec son propre inconscient. Freud précise :

"Les règles techniques de la psychanalyse peuvent se ramener à un principe unique. [...] Cette technique est très simple [*sehr einfach*]. [...] Elle consiste à maintenir une attention également flottante à tout ce que l'on entend. Ainsi on s'épargne un effort d'attention qu'on ne pourrait maintenir chaque jour durant des heures. [...] L'analyste se fie entièrement à sa mémoire inconsciente ou, en termes techniques, il écoute sans se préoccuper de ce qu'il retient"<sup>5</sup>.

A certains moments, l'analyste pense découvrir, à travers ce que dit le patient, des significations inconscientes. Il communique ses trouvailles s'il le juge opportun. Il attache une importance primordiale au "transfert" sur sa propre personne des sentiments éprouvés par le patient pour ses parents.

Freud disait que sa technique permettait de traiter ce qu'on appelle aujourd'hui les troubles anxieux (crises de panique, phobies, obsessions, compulsions, etc.). Il n'a rien publié sur le traitement des paraphilies (en langage ordinaire : les perversions sexuelles), ni sur celui des toxicomanies (il n'a jamais réussi à se délivrer de sa propre tabacomanie). Il a toujours écrit que la psychanalyse n'était pas en mesure de traiter les psychoses, qu'il appelait "névroses narcissiques"<sup>6</sup>. Dans les années 1920, il a essayé de traiter un adolescent psychotique, Carl Liebmann, qu'il a qualifié de "paranoïaque super-intelligent" et pour lequel, écrit-il, il s'est "donné beaucoup de mal". Il en parle dans sa correspondance avec Ferenczi<sup>7</sup>, mais n'a jamais rien publié à ce sujet et pour cause : il n'a obtenu aucun résultat positif.

La cure freudienne est une démarche essentiellement intellectuelle : l'analysant parle, le psychanalyste écoute et interprète, la compréhension du refoulé est censée guérir. Lacan a accentué l'intellectualisme de la psychanalyse. Lui et ses disciples n'ont cessé de répéter : "Le symptôme se résout tout entier dans une analyse de langage, parce qu'il est lui-même structuré comme un langage, qu'il est langage dont la parole doit être délivrée"<sup>8</sup>.



# Tabacologie et psychanalyse

- La publication du *Livre noir de la psychanalyse* a suscité de nombreux débats dans notre pays, un des derniers bastions de cette forme de psychiatrie. Le chapitre « Les victimes de la Psychanalyse » est particulièrement éloquent ; de telles histoires sont malheureusement fréquentes. Personnellement, dans le cadre d'une consultation de tabacologie, les faits observés suscitent les réflexions suivantes.
- **Les fumeurs consultants sont des fumeurs très dépendants. Ils sont atteints, dans plus de la moitié des cas, de troubles anxieux et dépressifs, le plus souvent méconnus et non identifiés jusqu'alors : anxiété généralisée, phobie sociale, dysthymies et trouble bipolaire atténué. Chez ces fumeurs le recours à une psychothérapie est fréquent, plus d'un tiers des cas, ce qui reflète bien l'existence d'une souffrance psychologique plus ou moins exprimée.**
- Dans le cadre du bilan psychologique usuel, les questions suivantes ont été posées : avez-vous déjà suivi une psychothérapie, pendant combien de temps ? Quel type de psychothérapie et de thérapeute (médecin psychiatre psychanalyste - il y a alors en principe une feuille de maladie - psychologue, le plus souvent une femme, psychanalyste non médecin) ?
- **Les stratégies utilisées par les « thérapeutes » sont pour moitié des thérapies de soutien et pour moitié des psychanalyses. Les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) ont été jusqu'alors exceptionnelles.**

# Des dérives choquantes

Au cours de ces thérapies psychanalytiques, peuvent s'observer des dérives choquantes :

- **paiement exclusivement en espèces**, avec des tarifs élevés (c'est plus efficace !). Lorsqu'il s'agit d'un psychiatre, le montant des honoraires est porté sur la feuille de maladie, mais il y a souvent en plus, une somme directement versée en espèces. J'ai vu également des cas où, au bout de quelques mois, la feuille de maladie n'était plus remise, avec un paiement en espèces, toujours pour une meilleure efficacité. Certes et malheureusement, de telles pratiques existent également dans d'autres champs de la médecine, mais elles y semblent moins fréquentes.

- **la durée du suivi est toujours très longue**, dans la majorité des cas supérieure à 5 ans, une à deux fois par semaine. Les chiffres de plus de 10 ans ne sont pas rares ; le record est de 15 ans, et la thérapie est encore en cours : le thérapeute ayant déménagé après sa retraite, la patiente l'a suivi !

- **la psychanalyse peut également comporter des risques, car les traitements nécessaires ne sont pas toujours mis en œuvre** : ceci est surtout le fait des non-médecins, et surtout des analystes « purs » qui n'ont pas les bases indispensables en psychologie et en psychiatrie ; en outre les psychanalystes ne prescrivent pas ! Tel fut le cas de cette patiente âgée de 50 ans, vue en consultation pour une double dépendance tabac-alcool. Son état psychologique est très précaire depuis de nombreuses années, et elle a lors de cette consultation, tous les symptômes d'un état dépressif majeur non traité. En fait, un trouble bipolaire était connu depuis l'âge de 25 ans et avait commencé à être traité. À l'âge de 30 ans, elle a consulté un psychanalyste « pur », qui a arrêté le traitement médicamenteux et la voit régulièrement une ou deux fois par semaine depuis vingt ans. Ainsi cette patiente n'a pas bénéficié d'un traitement dont l'efficacité est pourtant parfaitement démontrée.

# Une souffrance toujours présente

- Lorsque ces sujets sont vus en tabacologie, la souffrance psychopathologique, associée à leur tabagisme et ayant motivé la psychothérapie, reste toujours présente, comme le montrent bien leurs plaintes : sensation de mal-être, anxiété, hypersensibilité au stress, « déprime ». En fonction des résultats du bilan psychologique pratiqué, fondé sur le DSM V et des échelles dimensionnelles (HAD, Beck), un traitement psychotrope adapté est mis en place : antidépresseurs Inhibiteur Recapture Serotonine, thymorégulateur, complété chaque fois que possible, mais trop rarement hélas, faute de moyens, par une TCC. En association au traitement pharmacologique de la dépendance tabagique, le plus souvent la substitution nicotinique, cette approche permet d'obtenir un sevrage non pénible et durable, contrairement aux tentatives antérieures d'arrêt ; parallèlement, il y a une amélioration souvent spectaculaire de l'état psychologique, ce qui n'avait pas été observé après des années de psychanalyse. Certains patients nous ont alors dit : « je vivais avec ces troubles, mais je considérais qu'ils faisaient partie de moi-même », « je suis une autre » ou « c'est rudement bien d'être bien ! », « je suis enfin comme j'avais toujours rêvé d'être ». Cependant, la majorité de ces patients disent être très attachés à leur psychothérapeute, et ne regrettent pas cette démarche, malgré l'évidence de l'échec.

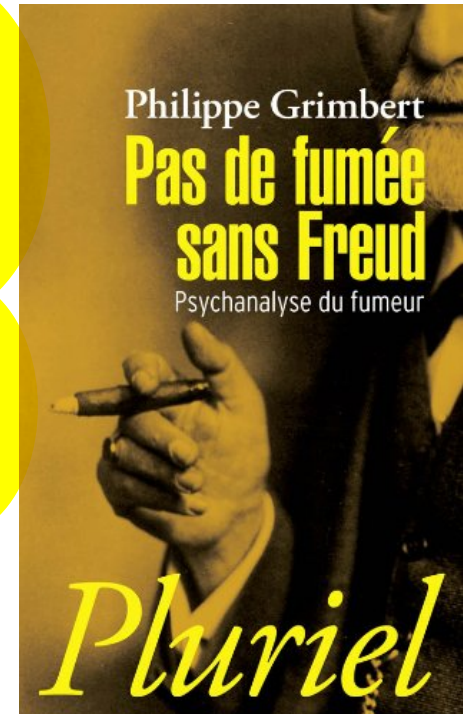


- Dans ces conditions, malgré la persistance des troubles, et souvent malgré des sacrifices financiers importants, pourquoi continuent-ils des années durant, ces rencontres coûteuses et dont la durée même témoigne de l'inefficacité ?
- Une des explications possibles réside dans les **difficultés psychologiques** de ces sujets. Ils ont en permanence un sentiment de mal être, d'inconfort, d'anxiété, de détresse et d'échec. Le plus souvent, ils n'ont pas consulté pour ces troubles ou n'ont pas obtenu le secours recherché auprès des médecins. Avec ces « thérapeutes », ils ont trouvé un soutien et une écoute qui leur a apporté un soulagement, comme le fait tout secours par la parole, autrefois les directeurs de conscience, la confession (tous deux désintéressés), aujourd'hui les « mages », « guérisseurs » et autres charlatans... Cela est grave, car ces sujets vivent dans l'illusion d'un bienfait et n'ont pas bénéficié des thérapies pharmacologiques et psychologiques validées, qui auraient pu leur apporter un réel soulagement ; ils ont poursuivi leur intoxication au tabac et autres substances psychoactives, avec toutes les complications dramatiques liées à ces drogues. Les thérapies psychanalytiques n'ont jamais démontré le moindre résultat dans le domaine des dépendances.

# D'autres stratégies possibles

- Quelle attitude pratique devons-nous avoir dans cette situation ? Certes, la dépendance tabagique doit être prise en charge, ainsi que les troubles psychologiques ; notre devoir de médecin nous l'impose. Mais il faut laisser au sujet le choix de poursuivre le mode de psychothérapie auquel il est attaché, tout en lui indiquant qu'il existe d'autres stratégies possibles, par exemple les TCC pour la gestion du stress, l'affirmation de soi...Il n'est nul besoin du « divan » pour manifester soutien et empathie aux sujets qui se confient à nous !
- **Ainsi, la consultation de tabacologie est-elle un observatoire privilégié des « coulisses » de la médecine, et en particulier des pratiques en psychothérapies. Ces observations confirment bien la situation ubuesque où se trouve la psychothérapie en France, avec un retard majeur par rapport aux autres pays développés... au siècle de l'Evidence Based Medecine, comme l'a bien souligné P. Légeron dans un article récent.** Mais il y a un tel lobby et un tel passé... Et ces explications purement verbales, ces « vérités révélées » sont tellement simples à comprendre et à reproduire par les médias et les béotiens ! Tout ceci avait été merveilleusement décrit, il y a plus de 20 ans par un précurseur, mon collègue d'internat le Pr. Debray-Ritzen dans son livre *La psychanalyse, cette imposture*. Et encore plus loin, ce mot que j'ai entendu en 1953 de la bouche de Robert Debré, illustre pédiatre (j'étais alors interne dans son service) : « *la psychanalyse, c'est la plus grande escroquerie du siècle* ».
- L'évolution est cependant en cours, mais elle sera encore longue. « *Les thérapeutiques néfastes et les pratiques irrationnelles et erronées ne s'évanouissent qu'avec la disparition physique de leurs promoteurs et disciples* » (Pr. Debray-Ritzen)

- Le livre de Philippe Grimbert, « Pas de fumée sans Freud » montre comment le tabagisme et le cancer ont influencé la manière dont est née la théorie freudienne.
- Freud alors “simple” neurologue s’essaiera à la cocaïne et s’en trouvera “très satisfait”, c’est la peur de l'accoutumance qui l'amènera à arrêter.
- Il ne sera pas capable de cet arrêt pour les cigares : Freud fume pratiquement sans discontinuer. La photo en couverture de nombreuses parutions des textes de Freud donne le ton : tous ceux qui s'intéressent au personnage la connaissent. Elle illustre des idées répandues dans le milieu psychanalytique. Le cigare serait, dans cet imaginaire collectif, un *alter ego* intérieur lors de ses réflexions personnelles, un passage obligé lors des réunions avec les premiers disciples et pourrait être à l’origine de la durée type de la séance de psychanalyse (45 minutes).





# Freud, le suçoteur

## Philippe Grimbert

- Freud est un consommateur de tabac passionné. Il découvre à 24 ans le plaisir de la cigarette, mais il se livre également à une consommation assidue de cocaïne, à laquelle il ne renoncera que témoin des ravages qu'elle produit sur certains de ses contemporains. Elle lui donne cependant l'occasion de la publication de son premier essai : Uber coca. Angoissé et phobique, il recourt à cette substance lors de situations anxiogènes et en devient très vite un prosélyte enthousiaste, avant que le risque d'accoutumance le fasse reculer. Il se reporte alors sur le cigare, pour en faire le compagnon obligé de tous les moments de sa vie et le stimulant indispensable à sa réflexion. Il fume sans mesure et parvient assez vite au rythme moyen d'au moins vingt cigares par jour. Sur cette exigence de plaisir il ne cédera jamais, même lorsque l'atteinte de sa mâchoire se manifestera et que ses médecins lui confirmeront le rôle actif de la nicotine dans un processus destructeur dont il se fera à la fois la victime et l'agent.

# Freud, le suçoteur

## Philippe Grimbert

- Une allusion au tabac, dans l'un des cas les plus célèbres des **Cinq psychanalyses** : la jeune Dora, de son vrai nom Ida Bauer, surnommée par Freud « Dora la suçoteuse ». Au détour de l'une de ses séances, elle confiera en effet avoir senti, à la suite d'un rêve, une odeur de fumée. Fumeuse elle-même, elle partageait ce plaisir avec son père et monsieur K., l'homme qui la courtisait. Freud se contentera d'interpréter cette sensation olfactive comme le désir d'un baiser de sa part, un baiser de fumeur. Fort peu de choses en vérité, comparées à l'ensemble de son œuvre !

# Freud, le suçoteur

## Philippe Grimbert

- En revanche, si l'on se plonge dans l'immense correspondance qu'il a entretenue avec ses proches, ses disciples ou les plus grands esprits de son temps, on constate que **la question du tabac y apparaît de façon récurrente, non pas sur le mode d'une tentative d'élucidation mais plutôt comme aveu de soumission à un maître tyrannique.**
- Au fil de ces lettres, on peut voir l'inventeur de la psychanalyse faire le constat formel de **l'indispensable apport de cette substance à son élaboration théorique, se répandre en soucis d'approvisionnement et manifester son inaltérable attachement à la jouissance tabagique.** Reconnaisant son impérieux besoin, certes, mais jamais analyste de ce besoin, Freud n'aura jamais tenté une mise en perspective de sa passion tabagique avec sa propre histoire : sans doute l'histoire d'un enfant suçoteur, si l'on en croit son hypothèse !