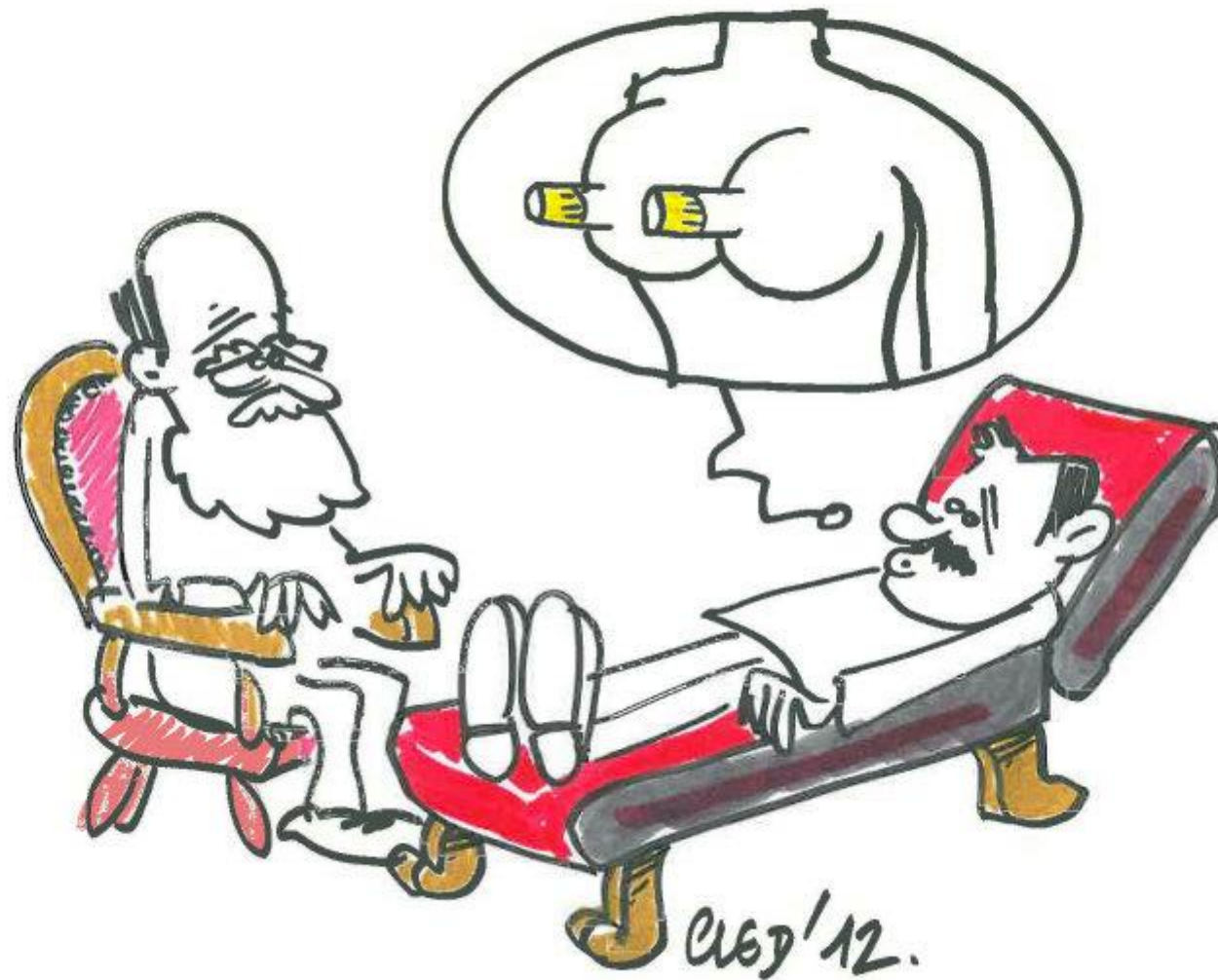


Place des TTC en tabacologie

Dr Philippe ARVERS, MD PhD
7^{ème} Centre médical des armées – Varcès
Observatoire Territorial des Conduites à Risque
de l'Adolescent – Université Grenoble Alpes



TABAGIE ET PSYCHANALYSE ...



Journée mondiale sans tabac 2012



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 LIVRE

NOIR

DE LA

PSYCH-

ANALYSE

VIVRE, PENSER
ET ALLER
MIEUX
SANS FREUD

sous la direction de
Catherine Meyer

avec
Mikkel Borch-Jacobsen
Jean Cottraux
Didier Pleux
Jacques Van Rillaer

les arènes

En France, la critique de la psychanalyse est encore largement taboue

Dans notre pays, la psychanalyse est présentée avec révérence comme une discipline exigeante et noble, une « philosophie du sujet » qui s'adresse à l'être humain dans sa totalité et respecte sa liberté. Les

2. Selon le magazine *Times*, 2003.

grandes figures des années 1970 (Françoise Dolto, Bruno Bettelheim, Jacques Lacan) restent des références incontestées, parfois même des mythes.

Dans le même temps, les autres thérapies, issues de la psychologie scientifique ou se référant aux neurosciences, sont caricaturées comme des techniques de conditionnement qui normaliseraient les patients pour en faire des individus obéissants et « pavloviens ». Comme s'il y avait d'un côté une thérapie des profondeurs, de l'autre des soins « Kleenex », qui n'effaceraient les symptômes que de manière temporaire.

Bien sûr, certains psychanalystes dépassent cette caricature et font preuve d'une certaine ouverture à la psychologie scientifique. D'autres esquissent un timide rapprochement avec les neurosciences. Mais, dès que les premières questions sur la validité historique, intellectuelle et thérapeutique de la psychanalyse sont posées, les passions se réveillent.

Le clivage, particulièrement violent en coulisses, n'a jamais été abordé de front sur la scène publique. Les insurgés d'hier sont devenus des gardiens du temple. La psychanalyse a été vécue par la génération de Mai 68 comme un vent de liberté ; elle prend désormais la forme d'un dogme intouchable.

Les psychanalystes les plus influents, principalement les lacaniens, cherchent systématiquement à tuer le débat dans l'œuf. Ils excommunient et manient l'anathème, rejetant régulièrement leurs détracteurs dans le camp (au choix) de l'extrême droite antisémite, des lobbies pharmaceutiques ou des conservateurs américains !

Le dialogue est bloqué puisque, de toute façon, contester la psychanalyse est en soi un « symptôme » (on refoule une réalité dérangeante). Comme un symbole, les héritiers de Jacques Lacan ont ainsi obtenu, en février 2005, de Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la Santé, qu'il récuse et fasse disparaître du site Internet de son ministère un rapport de l'INSERM. Cet organisme public avait mené une évaluation des différentes thérapies, réalisée à la demande des associations de patients, dont les conclusions étaient défavorables à la psychanalyse.

Il y a une vie après Freud

Pourquoi refuser à la France ce droit d'inventaire que des milliers de chercheurs et d'intellectuels ont effectué depuis plus de cinquante ans dans le monde ? Quel est l'intérêt d'une exception nationale et d'un « bastion psy » replié sur lui-même ? Ceux qui souffrent et leur entourage n'ont-ils pas le droit de connaître les écrits venus d'ailleurs et les arguments qui ont déjà convaincu des millions de nos contemporains ? Au nom de cette liberté du sujet que revendique la psychanalyse, ne pouvons-nous pas consentir à un bilan critique que tant d'autres nations ont fait avant nous ?

La connaissance de l'homme, de sa vie psychique, a beaucoup évolué depuis un siècle. Il existe bien d'autres approches que celle des psychanalystes pour appréhender, analyser et soigner la souffrance mentale. Il y a une vie après Freud : on peut, en thérapie, travailler sur un inconscient non freudien, on peut aussi s'intéresser à l'enfance, à la sexualité, à l'histoire et aux émotions de chacun sans adhérer aux concepts freudiens.

Le Livre noir de la psychanalyse nous ouvre à d'autres manières de voir et de penser. Malheureusement, toutes ces démarches sont encore mal connues du plus grand nombre. Aussi ce livre est-il d'abord un acte de confiance dans la liberté de chacun d'entre nous.

C'est au lecteur d'élaborer sa propre opinion et de s'affranchir des vérités qui lui ont été inculquées. À lui de savoir résister aux arguments d'autorité de ceux qui « savent », de ceux qui tranchent *ex abrupto*. À lui de comparer les différents points de vue. À lui d'apprendre les vertus salutaires du doute et de la curiosité.

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 cinquante minutes⁶⁸. 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 retient⁶⁹. »

À 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.

67. J. Bouveresse, *Prodiges et vertiges de l'analogie. De l'abus des belles-lettres dans la pensée*, Paris, Raisons d'agir, 1999, 158 p.

68. Freud s'est fâché quand il a appris qu'Ernest Jones faisait des séances de trente minutes de manière à en faire davantage (voir S. Freud et S. Ferenczi, *Correspondance*, Paris, Calmann-Lévy, 3, 2000, p. 362). Les séances ultracourtes de Lacan lui seraient sans doute apparues comme une scandaleuse caricature de sa méthode.

69. « Ratschläge für den Arzt bei der psychanalytischen Behandlung » (1912), *Gesammelte Werke*, Fischer, VIII, p. 376-78.

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 narcissiques⁷⁰ ». Dans les années 1920, il a essayé de traiter un adolescent psychotique, Carl Liebmann, qu'il a qualifié de « paranoïaque superintelligent » et pour lequel, écrit-il, il s'est « donné beaucoup de mal ». Il en parle dans sa correspondance avec Ferenczi⁷¹, mais n'a jamais rien publié à ce sujet et pour cause : il n'a obtenu aucun résultat positif.

Comment les théories psychanalytiques ont bloqué le traitement efficace des toxicomanes et contribué à la mort de milliers d'individus

Jean-Jacques Déglon

LA DROGUE EST UN VIEIL ENNEMI QUE JEAN-JACQUES DÉGLON CONNAÎT DEPUIS LONGTEMPS. EN PLEINE PÉRIODE HIPPIE, CE JEUNE MÉDECIN FRAÎCHEMENT DIPLÔMÉ DE L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE, PREND, SAC SUR LE DOS, LE « CHEMIN DE KATMANDOU ». IL SILLONNE NÉPAL, INDE, AFGHANISTAN ET PAKISTAN, À LA RECHERCHE D'UNE ÉNIGME : POURQUOI LES HIPPIES EUROPÉENS FUIENT-ILS VERS L'ORIENT, EN QUÊTE D'UN PARADIS IMPROBABLE, POUR TOMBER DANS L'ENFER DE LA DROGUE ? APRÈS PLUSIEURS MOIS AUX CÔTÉS DE JEUNES TOXICOMANES, LE DOCTEUR DÉGLON ACCEPTE EN 1970 LE PREMIER POSTE SPÉCIALISÉ EN MÉDECINE DES ADDICTIONS À LAUSANNE.

IL TERMINE ENSUITE SA FORMATION À GENÈVE, MAIS N'EST PAS SATISFAIT : LES SEVRAGES DE COURTE DURÉE SONT DES ÉCHECS, LES PSYCHOTHÉRAPIES ANALYTIQUES PARFOIS DANGEREUSES. POURTANT, IL Y AURAIT BIEN UNE AUTRE FAÇON DE SOIGNER, AVEC DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION À LA MÉTHADONE. MAIS LES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES S'Y OPPOSENT. EN 1976, IL S'INSTALLE EN PRIVÉ ET DÉVELOPPE LES PREMIÈRES PRISES EN CHARGE AVEC LA MÉTHADONE, QUI CONNAISSENT UN SUCCÈS IMMÉDIAT. IL DEVIENT AINSI UN PIONNIER DES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION. IL CRÉE LA FONDATION PHÉNIX, SANS BUT LUCRATIF, QUI GÈRE ACTUELLEMENT À GENÈVE, AVEC PLUS DE SOIXANTE COLLABORATEURS, CINQ PROGRAMMES DE PRISES EN CHARGE MÉDICO-PSYCHOSOCIALES POUR LES

Être en analyse pour ensuite analyser

LE LIVRE NOIR DE LA PSYCHANALYSE

Les années 1970, règne de la psychanalyse

Comme mes camarades, j'ai été très tôt imprégné par la culture psychanalytique privilégiée par les services universitaires psychiatriques. Lors de ma formation, il était plus que fortement recommandé, pour les médecins assistants en psychiatrie, de se soumettre à une psychanalyse dite « didactique ». Les contraintes de temps (4 à 5 heures par semaine pendant plusieurs années) et d'argent (l'équivalent aujourd'hui de plus de 100 euros par séance, non remboursés par les caisses maladie) me firent hésiter. Mon modeste salaire de jeune médecin me permettait difficilement un tel investissement. Sans connaissances approfondies de ce domaine, il m'était difficile d'apprécier le bénéfice de l'analyse. Je sollicitai alors l'avis de mon patron, professeur de psychiatrie, qui me répondit clairement : « Déglon, avant de pouvoir lire, il faut apprendre l'alphabet ! » Conscient de l'intérêt d'une analyse personnelle pour mieux connaître mes propres problèmes et ne pas les projeter sur mes futurs patients et aussi, il faut l'avouer, par souci de faciliter de futurs engagements chez des patrons sensibles à la formation psychanalytique des candidats, j'entrepris donc, et pour cinq années, une psychanalyse.

S'il faut dresser un bilan rétroactif de cette thérapie, je dirai qu'à titre personnel et professionnel j'en ai tiré un bénéfice certain qui méritait les investissements de temps et d'argent consentis. Mais, s'il importe que les thérapeutes soient au clair avec leur propre fonctionnement psychique, cette approche ne suffit pas pour comprendre tous les troubles psychiques et encore moins les soigner. C'est particulièrement le cas pour les dépendances. Par ailleurs, cette formation psychanalytique qui a marqué mes années de jeune psychiatre et modelé mes attitudes psychothérapeutiques a aussi indirectement contribué aux difficultés que j'ai rencontrées les premiers temps avec les jeunes toxicomanes.

Le problème de la neutralité bienveillante

La doctrine psychanalytique orthodoxe impose aux thérapeutes de maintenir une stricte « neutralité bienveillante » et d'éviter toute prise de position, tout préjugé ou jugement. Tout débordement de ce cadre, toute manifestation émotionnelle, toute prise de position directive sont considérés comme des « actings » réprouvés, de véritables erreurs professionnelles.

La dépendance, une problématique personnelle mais laquelle ?

Jusqu'à la fin des années 1980, la cause principale des diverses addictions (héroïnomanie, alcoolisme, abus de tranquillisants, etc.) était attribuée par la plupart des psychanalystes mais aussi des psychiatres à une problématique personnelle de type psychique. Suite à un traumatisme infantile, un conflit familial, une rupture affective, un abus sexuel, des violences physiques ou morales, le jeune en souffrance serait tenté de recourir aux drogues pour calmer ses angoisses profondes avec le risque d'une dépendance toxicomaniaque.

Ce modèle de pensée s'est répandu depuis des décennies jusque dans le grand public. Il culpabilise encore de nombreux parents. Il est habituel, lors d'un premier entretien avec une famille consultant pour un problème de drogue chez un des enfants, d'entendre un père ou une mère nous demander : « Docteur, qu'avons-nous fait de mal ? Nous devons vous avouer que, quand il avait 4 ans, alors qu'il dormait bien, nous sommes sortis au cinéma et, en revenant, il pleurait à chaudes larmes. » Pour ces parents, la source de la toxicomanie de leur enfant réside dans ce choc émotionnel, cette peur de l'abandon. Pour d'autres, ce sera une dispute, un divorce, un placement en internat, etc.

Ce modèle d'une cause psychique, souvent familiale, s'est longtemps imposé pour expliquer les abus de substances, mais aussi bien d'autres problématiques comme les troubles du comportement, la délinquance,

l'homosexualité, l'hyperactivité infantile avec déficit d'attention et de concentration, les troubles de l'érection, les états psychotiques, etc. D'où la mode des thérapies de famille longtemps pratiquées à large échelle jusque dans les services sociaux.

Si l'on observe n'importe quelle famille au microscope psychiatrique, il est facile de trouver des éléments permettant d'accuser l'un ou l'autre de ses membres : « Bien sûr, avec une mère comme ceci ou un père comme cela, il est normal que cet adolescent soit devenu toxicomane, délinquant ou homosexuel. »

Sans nier l'importance parfois capitale de facteurs psychosociaux, de stress ou de chocs psychiques à l'origine complexe et multifactorielle des addictions, il faut rester très prudent et maintenir des exigences scientifiques rigoureuses. Pour juger de la pertinence d'un facteur donné dans l'origine (ou l'étiologie) d'une affection, par exemple les pleurs de cet enfant laissé seul, il convient d'analyser un groupe suffisant de familles qui ont été dans le même cas. À coup sûr, on ne retrouvera pas une moyenne statistiquement plus élevée de toxicomanes, de délinquants, d'homosexuels ou de schizophrènes dans cette population. C'est pourquoi j'ai pris l'habitude de déculpabiliser les parents en leur expliquant les nombreuses raisons susceptibles de contribuer au développement d'une addiction.

La conviction profonde véhiculée par la pensée psychanalytique est donc que l'usage des drogues n'est que le symptôme d'un conflit psychique ou d'un problème affectif. Il convient ainsi de le résoudre par un traitement analytique, et, ensuite, spontanément, les prises de drogues qui n'ont plus de raison d'être doivent disparaître.

Malheureusement, la pression des pulsions obsédantes pour la drogue caractérise la toxicomanie à l'image d'un barrage en train de céder. La prédisposition génétique, la fragilité de la personnalité et la comorbidité psychiatrique, particulièrement des troubles dépressifs, ainsi que l'impact des dysfonctionnements neurobiologiques pèsent très lourdement dans cette balance toxicomaniaque. Le travail analytique seul, si bien conduit soit-il, reste très insuffisant. D'où les échecs fréquents. C'est d'autant plus dangereux que, déprimé, l'intéressé rechute plus gravement au risque d'une overdose mortelle ou d'une contamination par le virus du sida. Il faut donc contre-indiquer les prises en charge qui se soldent par des rechutes, qu'il s'agisse des approches psychanalytiques mais aussi des traitements de sevrage rapide d'une à deux semaines qui visent l'abstinence totale des héroïnomanes.

Pendant longtemps, pour des raisons morales et non scientifiques, il fallait que l'héroïnomanie exple sa recherche perverse de plaisir par un sevrage rapide et aussi douloureux que possible de la drogue. La

théorie voulait que plus le traitement était pénible, plus faibles étaient les risques de rechute. La réalité n'a jamais démontré cette affirmation. La succession de sevrages courts, comme nous les pratiquions au début, suivis rapidement de rechutes de plus en plus graves, s'est révélée mortelle pour de nombreux toxicomanes de plus en plus déprimés par leur incapacité de maintenir une abstinence durable. Des accidents, des suicides, des overdoses, des affections foudroyantes et surtout le sida ont emporté dans la mort bon nombre de mes patients. Il m'était devenu insupportable de voir mourir tous ces jeunes auxquels je m'attachais. Et, surtout, mon sentiment d'impulssance me déprimait. C'est aussi pour cette raison que j'ai quitté mes fonctions officielles pour m'installer comme psychiatre privé.

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

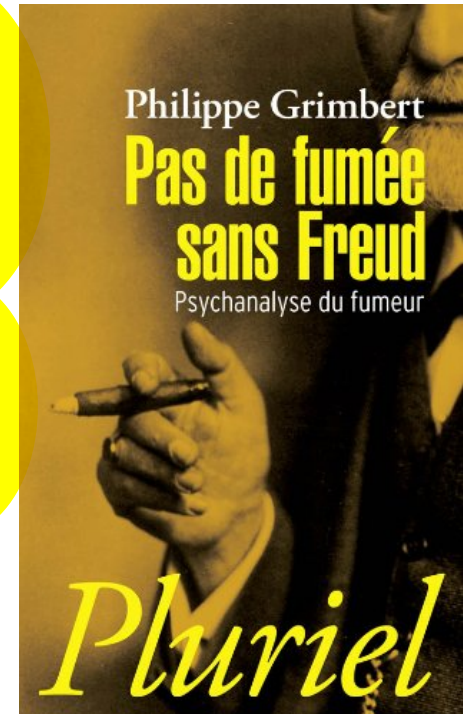
- Lorsque ces sujets sont vus en tabacologie, la souffrance psychopathologique, associée à leur tabagisme et ayant motivé la psychothérapie, reste toujours présente, comme le montrent bien leurs plaintes : sensation de mal-être, anxiété, hypersensibilité au stress, « déprime ». En fonction des résultats 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 !