



INSTITUT POUR LA JUSTICE

CITOYENS POUR L'ÉQUITÉ

---

## Vincent Caux

Quelle thérapie pour les victimes de viol et d'agressions sexuelle ?

---

### Résumé

Vincent Caux est psychologue. Il exerce son métier en cabinet libéral, coordonne en parallèle un dispositif socio-judiciaire de prévention de la récidive des violences conjugales (Association Espérer 95), et intervient pour l'association APRIL'V (Association de Prévention, Responsabilisation, d'Information et de Lutte contre les Violences) en Seine-Saint-Denis.

Il a coordonné il y a quelques années des groupes de parole avec des personnes victimes d'abus sexuels dans l'enfance et travaillé à des supports de prévention des maltraitances destinés aux enfants.

Il décrit dans cet entretien le principe des thérapies cognitives et comportementales qu'il propose aux victimes de viol et d'inceste et explique pourquoi il a été convaincu de leur efficacité.

Parallèlement, son expérience montre les limites – voire certains écueils – des thérapies d'inspiration psychanalytique, qui sont, encore aujourd'hui, les plus répandues en France.

Janvier 2010

**ENTRETIEN AVEC VINCENT CAUX**

***Xavier Bebin, délégué général de l'Institut pour la Justice (IPJ) : En tant que psychologue clinicien, vous avez été amené à suivre des personnes victimes de viol ou d'agression sexuelle. Pouvez-vous nous expliquer comment vous traitez ces patients ?***

***Vincent Caux :*** En premier lieu, il convient de réaliser avec la personne, durant quelques séances, une évaluation du problème qui l'a conduite à solliciter une thérapie.

Ensuite, comme tout professionnel qui pratique un soin, le thérapeute doit communiquer un certain nombre d'informations : si possible, un diagnostic assez précis et expliqué à la personne, ainsi que des repères (explications, références de lectures accessibles, adresses d'associations de patients ou de victimes, ...) qui peuvent la rassurer et l'aider à mieux comprendre le fonctionnement du ou des problèmes qu'elle rencontre.

Enfin, c'est le patient qui choisit ce sur quoi il veut travailler. Le thérapeute est là pour le conseiller, mais il est important que le patient soit maître des objectifs de la thérapie. Il se peut, par exemple, qu'une victime ne soit pas prête, au début, à travailler sur des troubles liés au viol, à l'agression ou au harcèlement qu'elle a subi. Il faut alors respecter son choix et cibler des objectifs qui lui conviennent.

C'est un enseignement central des approches cognitives et comportementales : il ne s'agit pas de se jeter « à corps perdu » dans une démarche de thérapie, souvent difficile, sans passer par ces étapes. Cette forme de « transparence » est d'ailleurs une exigence essentielle lorsque l'on se situe dans le domaine du soin.

On conçoit alors la psychothérapie comme une alliance, à partir d'un contrat thérapeutique : le patient et le psychologue s'engagent ensemble (parfois par écrit) sur les objectifs raisonnables (et aussi concrets que possible), les principales méthodes et une durée approximative.

***IPJ : Vous dites que cette phase d'évaluation et de discussion autour des objectifs est propre aux approches cognitives et comportementales. Elle n'a pas lieu dans d'autres types de thérapies ?***

***Vincent Caux :*** Disons qu'à l'heure actuelle, il existe en France une pléthore de « thérapies » diverses aux méthodes plus ou moins sérieuses, parfois « exotiques », aux fondements et surtout à l'efficacité plus ou moins bien connus<sup>1</sup>. Donc, cette façon de travailler est malheureusement loin d'être toujours respectée.

Au-delà des graves dérives dont on entend parfois parler (phénomènes sectaires, par exemple), le problème est que l'on informe peu le patient sur ce qu'il est en droit d'attendre, c'est à dire sur l'efficacité probable de la thérapie, son but et sa méthode.

En France, on peut prendre l'exemple de la psychanalyse, qui est encore l'approche dominante. Il y a une ambiguïté profonde pour les patients qui s'y engagent : son objectif est-

---

<sup>1</sup> Parmi ces thérapies, on compte, outre la psychanalyse et les thérapies de soutien, les thérapies familiales dites « systémiques », dont l'efficacité a été évaluée, mais aussi diverses approches comme la PNL (Programmation Neuro-Linguistique), la Gestalt-thérapie, l'analyse transactionnelle, le « Rebirth », l'Art-Thérapie ... et de nombreuses autres dont les fondements, l'indication et l'efficacité ne sont pas réellement connus.

il de guérir une souffrance psychologique ou de mieux se connaître soi-même ? Les psychanalystes n'éclaircissent pas vraiment cette question<sup>2</sup>.

D'ailleurs, Freud lui-même était ambivalent : on sait qu'il était moins intéressé par la thérapie et le soin que par l'élaboration d'une théorie globale qui permettrait de comprendre l'Homme<sup>3</sup>. Il pensait d'ailleurs que la guérison du patient n'est qu'un bénéfice « de surcroît » de la cure psychanalytique<sup>4</sup>... tout en revendiquant son pouvoir de guérison ! Lacan, qui a eu une grande influence en France, a également affirmé que la guérison est très « secondaire » dans la psychanalyse.

Ce n'est en soi pas nécessairement un problème, mais il est impératif que les patients soient informés !

**IPJ : Une fois que vous avez passé ce « contrat thérapeutique » avec votre patient, comment procédez-vous ?**

**Vincent Caux :** Plusieurs outils peuvent être utilisés, selon les cas et les personnes.

Lorsque la victime présente un stress physique très fort, on pourra utiliser l'apprentissage de diverses techniques de relaxation ou de ce qu'on appelle le « contrôle respiratoire ». La pratique par le patient, en dehors des séances, est destinée à lui permettre d'agir sur son anxiété et ses manifestations physiques (tensions, douleurs, attaques de panique, etc.).

Il y a d'autres symptômes gênants appelés « reviviscences » : ce sont des intrusions incontrôlées des souvenirs. Les traces « éparpillées » (émotions, sensations, images, etc.) laissées par l'événement choquant envahissent les personnes très fortement, même quand elles ne souhaitent pas y penser. Les proches d'une personne agressée, violée, accidentée ou tuée peuvent aussi vivre le même type de symptômes (après l'annonce de la mort, par exemple).

Dans ce cas, les personnes essaient souvent d'éviter autant que possible ce souvenir douloureux, et les circonstances qui les rappellent (lieux, personnes, etc.) ou tiennent à distance les émotions et pensées qui y sont reliées. Parfois même, elles ne se rappellent que de certains détails et en ont oublié d'autres. Cependant, le problème est que l'évitement du souvenir contribue à le rendre non maîtrisable. Tout cela correspond à des manifestations typiques de ce que l'on appelle l'« état de stress post-traumatique » – ce que 90 à 95 % des victimes de viol vivent dans les semaines suivant l'agression et qui disparaît parfois progressivement sans traitement, mais qui peut s'installer également ou laisser des traces durables en entraînant de l'anxiété, des états dépressifs ou des comportements à risque.

Lorsque les personnes présentent ce type de problème, il est d'abord important de leur manifester de la compréhension, de leur expliquer qu'elles ne sont pas « folles » du tout, mais qu'il s'agit d'un phénomène que d'autres gens vivent fréquemment après ce type d'expériences (« une réaction normale à une situation anormale » en quelque sorte). Puis, on a

<sup>2</sup> Une exception notable est le travail l'Association Internationale de Psychanalyse (IPA), notamment sous la présidence de P. Fonagy, qui a souhaité un travail d'évaluation et de recherche scientifique sur les résultats et fondements thérapeutiques de la psychanalyse. Cette démarche a été globalement très mal accueillie par les psychanalystes français.

<sup>3</sup> Voir les propos parfois heurtants que Freud avait parfois pour ses patients, visibles dans plusieurs correspondances, ou rapportés avec une certaine indignation par des psychanalystes comme Sandor Ferenczi : « Les patients, c'est de la racaille. Ils sont du matériel pour apprendre. ». Ferenczi, S., *Journal Clinique : janvier-octobre 1932*, Paris, 1990.

<sup>4</sup> Freud, S., « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin », (1937), trad. J. Altounian, A. Bourguignon, P. Cotet, A. Rauzy, in *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris : Presses Universitaires de France, 1985.

souvent recours aux techniques émotionnelles dites d'« exposition ». Il s'agit de confronter progressivement le patient aux souvenirs, dans la sécurité du cabinet, puis de façon autonome. Cela peut se faire en imagination, par un récit spontané puis enregistré ou en affrontant des éléments qui lui rappellent l'événement et selon un procédé progressif, maîtrisé et décidé par le patient<sup>5</sup>.

En résumé, au cours de la thérapie, la personne apprend concrètement que les émotions et la tension liées aux souvenirs sont, certes, extrêmement désagréables, mais ne provoquent pas la perte de contrôle ou l'effondrement qu'elle redoutait. Ainsi, même si le souvenir ne sera jamais agréable, le « signal d'alarme » assourdissant qu'il provoquait va s'adoucir peu à peu.

De plus, le fait de revisiter volontairement les souvenirs permet souvent d'entrevoir autrement l'événement, de modifier certaines idées culpabilisantes ou angoissantes.

**IPJ : Cette approche est-elle différente de la technique nommée EMDR<sup>6</sup>, particulièrement en vogue dans les années 1990 ?**

**Vincent Caux :** Pas vraiment. Il existe de fortes similarités entre l'EMDR et l'approche cognitive et comportementale.

L'EMDR a été controversé parce que la « stimulation par mouvements oculaires »<sup>7</sup>, qui forme sa principale originalité, ne contribue sans doute pas de façon particulière aux effets de cette thérapie.

Mais cela n'a pas vraiment d'importance, puisque l'efficacité globale de l'EMDR pour le traitement des traumatismes est aussi élevée que celle des approches cognitives et comportementales.

#### **Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), en quelques mots**

- \* une collaboration active (et chaleureuse) entre le patient et le thérapeute
- \* une approche scientifique : des méthodes issues de la psychologie expérimentale, une évaluation objective des résultats et un appui sur les théories de l'apprentissage
- \* des objectifs précis définis avec le patient
- \* la recherche d'un changement concret et observable
- \* une orientation vers l'action : des « tâches thérapeutiques » à effectuer entre les séances
- \* l'accent mis sur les causes actuelles du problème vécu par le patient
- \* une autonomie finale du patient la plus complète possible une fois le traitement achevé
- \* une thérapie de durée « brève et raisonnable » : elle est variable selon les troubles, le rythme des séances et les personnes mais, en moyenne, on peut compter entre 10 et 20 séances pour un traitement spécifique (de trois à huit mois)

<sup>5</sup> Voir notamment des repères accessibles au grand public : Brillon, P., *Se relever d'un traumatisme*, Quebecor, Québec, 2004.

<sup>6</sup> « Eye Movement Desensitization and Reprocessing ».

<sup>7</sup> Ce sont des mouvements des yeux censés favoriser un certain type de fonctionnement cérébral.

**IPJ : Au-delà du stress post-traumatique, travaillez-vous sur les émotions de culpabilité ou de honte que peuvent ressentir les victimes ?**

*Vincent Caux* : Tout à fait, c'est souvent nécessaire et utile, en particulier lorsque ces émotions de honte, de culpabilité ou d'impuissance induisent chez la victime des états de tension ou des humeurs dépressives. Ces émotions complexes sont d'ailleurs encore plus fréquentes pour les personnes agressées ou maltraitées durant l'enfance et/ou par un proche.

Dans ce cas, nous utilisons des techniques dites « cognitives » : il s'agit de travailler sur l'interprétation des événements traumatiques par la personne (ces interprétations peuvent se traduire par des pensées comme « Je suis définitivement souillée et honteuse », « Finalement, je suis la seule responsable. », « Le danger est donc permanent / cela va m'arriver encore », « Tous les hommes sont des agresseurs potentiels », etc.)

Le travail sur d'autres émotions comme la colère, pour une victime ou un proche de victime, peut être également proposé, car la personne peut se sentir coupable d'être en colère ou, au contraire, entretenir ce sentiment de façon chronique, ce qui peut l'amener à le retourner contre soi ou contre les autres.

Nous savons que toutes ces émotions jouent un rôle important dans le maintien du stress post-traumatique mais aussi dans des troubles comme l'anorexie-boulimie, la dépression, les tentatives de suicide, parfois les scarifications, l'usage abusif de médicaments ou d'alcool, etc.

**IPJ : Comment les victimes peuvent elles s'assurer que l'approche que vous décrivez leur permettra d'aller mieux ?**

*Vincent Caux* : Il n'y a qu'une seule réponse : c'est l'accès à des informations fiables (c'est à dire officielles et scientifiques) sur l'efficacité des différentes psychothérapies.

Il ne s'agit pas de défendre une approche en particulier, mais de promouvoir l'accessibilité d'informations claires et scientifiquement fondées pour les usagers de soins psychologiques. Tout comme cela est (ou doit être) le cas pour un médicament ou un traitement chirurgical.

En fait, la recherche scientifique internationale procède déjà depuis de nombreuses années à des évaluations de ce type. Comme en médecine, la façon la plus rigoureuse de faire ces évaluations est de constituer « au hasard » (tirage au sort) deux groupes de patients, et de comparer ensuite les résultats obtenus par le groupe ayant suivi le traitement par rapport au groupe qui n'en a pas suivi (ou qui a pris un *placebo*, qui a été placé sur liste d'attente ou qui a suivi un autre traitement ou une autre psychothérapie).

En 2004, l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) a procédé à l'analyse de près de 1000 articles scientifiques réalisant des évaluations de cette nature (voir les extraits du rapport en annexe). Ce travail a été réalisé notamment à la demande de plusieurs associations françaises de patients ou de proches de patients et de la Direction Générale de la Santé (DGS).

Le résultat a été très net, et il rejoint les conclusions d'autres revues d'études internationales : le rapport a conclu à l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans 15 troubles cliniques étudiés sur 16, alors que les thérapies d'inspiration psychanalytiques n'ont

vu leur efficacité reconnue que dans 1 trouble sur 16 (les troubles de la personnalité, pour lesquels les TCC ont été également évaluées plus efficaces). Un autre type de thérapie, les « thérapies systémiques », ont obtenu des résultats intéressants pour 4 troubles sur 16.

On ne peut pas prétendre, suite à ces études, que les TCC constituent une « thérapie miracle » pour les victimes ou d'autres patients (il n'en existe pas et il y a bien sûr des échecs), mais leur efficacité globale est reconnue. C'est le cas en particulier dans le traitement des troubles anxieux, et notamment dans celui des troubles de stress post-traumatique dont souffrent souvent les victimes de viol.

**IPJ : Pourtant, la psychanalyse semble régner sans partage en France : beaucoup de gens utilisent même le mot « psychanalyse » pour désigner une psychothérapie !**

*Vincent Caux* : Oui, mais moins souvent qu'il y a quelques années. Internet, le rapport de l'Inserm, les associations de patients<sup>8</sup> et quelques ouvrages accessibles<sup>9</sup> contribuent aujourd'hui de plus en plus à l'information du public.

Toutefois, la majorité des gens est encore mal informée.

On peut noter, par exemple, que le rapport de l'Inserm que nous évoquions, a été enterré par le ministère de la Santé, à la demande d'un influent lobby de psychanalystes<sup>10</sup>.

C'est une situation quasiment unique au monde, car la psychanalyse est nettement en voie de raréfaction dans la plupart des pays occidentaux. Paradoxalement, en France, la plupart des gens s'imaginent souvent que la psychanalyse est à peu près la seule approche existant en psychothérapie et qu'il s'agit d'un soin psychologique éprouvé.

Au final, les patients se sentent confrontés à un choix très limité entre la psychothérapie psychanalytique (intimidante, longue et coûteuse) et le traitement médicamenteux. Et on observe que la France est l'un des plus grands consommateurs mondiaux de médicaments psychotropes<sup>11</sup> : le lien entre ces deux phénomènes n'est pas assuré, mais il pose question.

Parallèlement, même les psychologues d'orientation psychanalytique en France s'inspirent souvent très librement de la théorie freudienne.

Cela peut être un avantage pour le patient, mais c'est aussi un problème. On en revient au « flou » d'une approche qui ne présente pas de protocoles de soins établis, ni de principes très clairs et déterminés qui puissent être réutilisés par un autre psychologue pour soigner telle ou telle problématique.

Cela amène à penser – et à constater – que la psychanalyse peut mener au meilleur comme au pire, du moins en termes de soins.

---

<sup>8</sup> Des associations de personnes souffrant de troubles anxieux comme l'AFTOC, la FNAP PSY, MEDIAGORA, REVIVRE-France ou certaines associations de parents d'enfants autistes.

<sup>9</sup> Voir, par exemple : Cottraux, J., *Les thérapies cognitives*, Retz, Paris, 2001 ; Van Rillaer, J., *Les thérapies comportementales*, Éditions Bernet-Danilo, Paris, 1998 ; André, C., *Les thérapies cognitives*, Éditions Bernet-Danilo, Paris, 1998.

<sup>10</sup> Le Monde, 7 février 2005.

<sup>11</sup> Baromètre santé 2005 coordonné par l'INPES, Enquêtes sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD, 2000, 2001, 2002, 2003, 1998) de l'OFDT, European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD, 1999, 2003) de l'OFDT et de l'Inserm.

**IPJ : C'est-à-dire ?**

**Vincent Caux :** Le meilleur, c'est la situation où le thérapeute prend ses distances avec une théorie somme toute datée, et adopte au contraire une démarche pragmatique qui repose sur son expérience et sa connaissance, parfois scientifique, de telle ou telle difficulté psychologique.

De nombreux collègues psychanalystes sont de vrais experts et d'excellents psychothérapeutes. Souvent, ils ont aussi adopté des méthodes de travail très éloignées des enseignements originaux de la psychanalyse (parfois proches des TCC ou des thérapies familiales) : il est raisonnable de penser qu'ils ont développé ce qui leur semblait fonctionner le mieux !

A partir de ce constat, on pourrait abandonner le débat sur la thérapie et déclarer que « peu importe la méthode, l'efficacité d'un traitement psychologique dépend surtout du profil du thérapeute » ! Mais ce n'est qu'à moitié vrai (la personnalité du thérapeute et la relation au patient comptent) et c'est à moitié faux (la méthode compte beaucoup également). En fait, c'est ce qu'on appelle le « mythe de l'équivalence de toutes les psychothérapies »<sup>12</sup> : il s'agit d'une pensée diffusée dans le passé (et encore aujourd'hui) dans le monde de la psychologie, qui permettait une certaine forme de « paix des braves ». Le problème est que diverses études menées dès le début de la seconde moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, puis des revues d'études comme le rapport de l'Inserm, montrent que les méthodes utilisées sont un facteur tout à fait important dans l'efficacité de la thérapie.

**IPJ : Et le pire ?**

**Vincent Caux :** D'abord, il faut savoir que, pour obtenir le titre de psychanalyste, il suffit d'avoir suivi soi-même une psychanalyse et d'être enregistré dans l'annuaire des associations de psychanalyse. On peut être psychiatre ou psychologue par ailleurs, mais ce n'est pas une obligation. C'est un cas unique : tous les autres psychothérapeutes vont devoir au minimum présenter un diplôme de psychologue ou de médecine et une formation spécifique supplémentaire. La différence d'exigence est assez saisissante ! Ce qui ne signifie pas pour autant que les diplômes protègent nécessairement contre les traitements inadaptés.

Et concernant le pire, l'expérience montre que l'usage de certains concepts – au minimum ambigus – issus de la psychanalyse peuvent être toxiques pour une victime d'agression ou de viol, sans compter la durée habituellement longue et le coût que ces cures nécessitent.<sup>13</sup>

**IPJ : Toxique ? Vous voulez dire que la psychanalyse peut aller jusqu'à aggraver l'état d'un patient ?**

**Vincent Caux :** Du moins, il m'est arrivé de le constater, et à plusieurs reprises, notamment dans le domaine des crimes d'inceste.

Lorsque j'animais des groupes de parole au sein d'une association, j'ai eu affaire à une personne victime de son beau-père. Au bout de plusieurs années de suivi, son psychanalyste lui avait laissé entendre que l'abus dont elle avait été victime n'avait pas pu avoir lieu sans

<sup>12</sup> Blanchet, A-M, *La psychanalyse au banc d'essai*, Exergue, 1999.

<sup>13</sup> *Ibid.*

qu'il y ait eu un consentement, une forme d'« appel » de sa part. Et ce, en raison du « complexe d'Œdipe », cher à la psychanalyse.

### **La psychanalyste Françoise Dolto sur les violences incestueuses**

« *Choisir* - Mais enfin, il y a bien des cas de viol ?

*F. Dolto* - Il n'y a pas de viol du tout. Elles sont consentantes.

*Choisir* - Quand une fille vient vous voir et qu'elle vous raconte que, dans son enfance, son père a coïté avec elle et qu'elle a ressenti cela comme un viol, que lui répondez-vous ?

*F. Dolto* - Elle ne l'a pas ressenti comme un viol. Elle a simplement compris que son père l'aimait et qu'il se consolait avec elle, parce que sa femme ne voulait pas faire l'amour avec lui. (...)

*Choisir* - D'après vous, il n'y a pas de père vicieux et pervers ?

*F. Dolto* - Il suffit que la fille refuse de coucher avec lui, en disant que cela ne se fait pas, pour qu'il la laisse tranquille.

*Choisir* - Il peut insister ?

*F. Dolto* - Pas du tout, parce qu'il sait que l'enfant sait que c'est défendu. Et puis le père incestueux a tout de même peur que sa fille en parle. En général la fille ne dit rien, enfin pas tout de suite. »

*(Entretien cité dans Le Viol du Silence de Eva Thomas)*

Or, dans les cas d'inceste, il est précisément essentiel de lutter contre le sentiment de culpabilité et d'indignité profonde de la victime. Il arrive très souvent qu'elle se dise « pourquoi n'ai-je pas dit non ? ». Il faut alors la faire cheminer vers une appréhension rationnelle du problème : est-il vraiment possible de dire non à son père ou son beau-père lorsqu'on a 6 ans ?

Le psychothérapeute, selon moi, ne devrait d'ailleurs pas hésiter trop longtemps à prendre position dans le cadre du soin et dire, à un moment donné : « ce qui vous est arrivé est inexcusable, et le coupable est la personne qui vous a fait cela, pas vous ». Cela peut paraître évident à certains et pourtant une telle prise de position est en principe une hérésie en psychanalyse. Quant à la théorie du complexe d'Œdipe, elle renforce facilement la culpabilité, même en dehors d'une psychanalyse, car nombre de victimes accèdent à des lectures exposant les théories « œdipiennes » et en sont parfois fort déstabilisées

### **IPJ : Cela paraît incroyable. Pensez-vous que c'est un cas isolé ?**

**Vincent Caux** : Ce type de cas n'est pas majoritaire, mais il est plus fréquent qu'on ne le croit.

Il existe d'assez nombreux exemples, même s'ils ne sont pas la règle. Comme le cas de cet homme que j'ai rencontré, victime d'abus sexuels dans l'enfance, qui avait eu un enfant autiste. Son psychiatre lacanien<sup>14</sup> lui avait expliqué que l'autisme de son enfant résultait certainement de ce traumatisme et du fait qu'il ne l'avait pas résolu. Admiratif de son thérapeute, il le croyait. Cet homme était culpabilisé, mais surtout, il s'accrochait à l'espoir vain d'améliorer l'état de son enfant par la psychanalyse<sup>15</sup>. Tout cela alors que la science

<sup>14</sup> Un lacanien est un « disciple » de Jacques Lacan (1901-1981), l'une des grandes figures de la psychanalyse française.

<sup>15</sup> La plupart des pays européens ont définitivement abandonné le traitement de l'autisme par la psychanalyse, reconnue inefficace.

moderne a définitivement réfuté ces pseudo-explications et montré que l'autisme est une maladie neurologique d'origine essentiellement génétique.

Un dernier exemple : j'ai suivi une femme victime d'une fausse couche. Traumatisée par l'événement, qu'elle vivait comme un échec personnel, elle avait d'abord consulté un psychanalyste. J'ai été abasourdi d'apprendre que celui-ci en avait vite conclu qu'elle avait des tendances « masochistes », qu'elle avait provoqué (inconsciemment) cette fausse couche, et qu'il fallait qu'elle assume cette « pulsion de mort » ! Je vous laisse deviner si cela a aidé cette patiente qui avait une faible estime d'elle-même.

**IPJ : Mais il y a bien des patients qui ont été aidés par la psychanalyse ?**

**Vincent Caux :** Bien sûr. J'ai connu moi-même des personnes qui ont vraiment été aidées par cette approche et diverses études, y compris celle de l'Inserm, suggèrent une efficacité relative dans de rares domaines<sup>16</sup>. Mais, et je dis cela sans provocation, j'ai aussi connu des personnes qui se sont senties réellement mieux après avoir consulté une voyante attentive et à l'écoute...

Ce que je veux dire, c'est qu'il reste bien à prouver que c'est la méthode spécifique qui est efficace, non pas seulement la consultation ou l'écoute de soutien dont on a bénéficié (cette écoute étant naturellement une composante *a priori* essentielle de toutes les psychothérapies).

A cet égard, même l'attitude « neutre » et silencieuse enseignée aux psychanalystes interfère avec cet effet de soutien. Le sentiment de la majorité des patients qui ont suivi une psychanalyse avant de venir me voir est similaire. Ils expriment le même regret désabusé : « Je parlais mais sans réaction de sa part. Ça ne m'aidait pas ».

**IPJ : Qu'est-ce qui vous a conduit à prendre vos distances avec la psychanalyse ? N'est-elle pas aujourd'hui encore enseignée de façon prioritaire à l'université française ?**

**Vincent Caux :** C'est bien le problème. La psychanalyse est enseignée à l'université française comme une sorte d'évidence. Comme la plupart des mes collègues, j'en ai été nourri tout au long de mes études. Dans les domaines de la psychologie visant à soigner (la psychologie clinique et la psychopathologie), les enseignements sont massivement fondés sur la pensée freudienne. J'en conserve quelques outils (elle fait partie de l'histoire de la psychologie) mais, sur 5 ans d'études, je ne compte que de 6 à 8 heures d'enseignement consacrées à d'autres approches thérapeutiques... C'est très, très peu. Et lorsque ces autres approches étaient évoquées par hasard, il était très fréquent qu'elles soient vertement fustigées par les enseignants (« C'est de la soupe ! », sic.). J'ai vu aussi un stage être refusé à un étudiant parce que l'institution l'accueillant pratiquait les TCC !

Ce dogmatisme a commencé à me faire réagir, mais il a fallu que je sois confronté à un ensemble d'éléments pour pouvoir prendre réellement du recul.

Dès le début de mes études, j'avais été confronté à l'enfance maltraitée dans le cadre d'un travail associatif. Je me souviens avoir été marqué par la discordance évidente entre la façon dont les enfants vivaient ces abus et ce qu'énonçait parfois la théorie psychanalytique. Mais pour moi, c'était encore la seule théorie valable...

<sup>16</sup> Fonagy, P., Kächele, H., Krause, R., Jones, E. & Perron, R., *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. International Psychoanalytic Association ([www.ipa.org](http://www.ipa.org)), 2001.

J'avais ainsi engagé pour moi-même une psychanalyse à laquelle je n'ai mis un terme qu'au bout de longues années. Le problème que j'étais venu résoudre n'avait pas vraiment avancé, et j'ai fini par constater que le simple respect, pendant quelques semaines, des prescriptions d'un livre de « développement personnel » – acheté à reculons et presque au hasard ! – concret et bien conçu, m'avait davantage aidé<sup>17</sup>...

### **De la difficulté pour un patient de rompre une cure psychanalytique**

Les TCC considèrent comme primordial de fixer un terme à la thérapie (quitte à en recommencer une nouvelle si le patient souhaite continuer à être aidé pour d'autres difficultés).

A l'inverse, la psychanalyse peut durer plusieurs années, à raison de plusieurs séances par semaine, sans qu'il n'y ait de « fin » précise. Dans leur *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, les psychologues MM. Joule et Beauvois montrent bien à quel point la psychanalyse, par un phénomène d'engrenage, peut devenir un piège pour celui qui la suit.

Cet engrenage, qu'ils appellent « escalade de l'engagement », consiste, après s'être engagé dans une activité, à persévérer dans celle-ci alors même qu'elle est coûteuse et que les résultats s'avèrent infructueux. Ce phénomène se retrouve dans bon nombre de décisions humaines, du joueur de machine à sou qui ne peut s'arrêter, aux dirigeants politiques confrontés à un enlèvement militaire à l'étranger.

Pour les auteurs du *Petit traité de manipulation*, la cure psychanalytique réunit toutes les conditions nécessaires au développement de cet engrenage :

- « 1. Le patient a décidé de s'engager dans un long processus de dépense (en argent, en temps, en énergie).
- 2. Que le patient en soit conscient ou pas, l'atteinte du but n'est pas certaine, et ceci d'autant plus que son psychanalyste lui-même peut considérer ce but (la guérison) comme un fantasme ou un « surcroît » (sic).
- 3. La situation est telle que le patient peut avoir l'impression que chaque dépense le rapproche davantage du but.
- 4. Le processus se poursuit sauf si le patient décide activement de l'arrêter.
- 5. Le patient n'a pas fixé au départ de limite à ses investissements. » (page 46)

Enfin, j'ai animé des groupes de parole dans le cadre de l'AIVI, l'Association internationale des victimes d'inceste. Or il se trouve que certaines des victimes étaient suivies en parallèle par des psychanalystes, tandis que deux ou trois suivaient des traitements de type EMDR. J'ai alors constaté que les secondes manifestaient des signes concrets et assez rapides d'amélioration, à la différence des premières. Cela a terminé, en quelque sorte, de me mettre « la puce à l'oreille » concernant les évidentes limites de la psychanalyse en tant que thérapie.

### **IPJ : Comment avez-vous accédé aux thérapies cognitives et comportementales (TCC) ?**

**Vincent Caux :** Lors de mes études, j'ai entendu parler – brièvement – de ce travail d'évaluation externe des psychothérapies que nous avons évoqué. Je ne comprenais pas

<sup>17</sup> La « bibliothérapie », c'est à dire l'usage de livres d'aide destinés aux patients est d'ailleurs une pratique à part entière des thérapies comportementales, qui fait l'objet de recherches scientifiques.

pourquoi ces évaluations étaient si peu évoquées à l'université. On m'a objecté, entre autre chose, que la souffrance des gens ne pouvait pas s'évaluer. Comme je suis un peu « tête de bois », j'ai tout de même voulu en savoir plus !

J'ai donc pris connaissance de ces divers résultats d'études, et de la façon dont ces études étaient menées, qui indiquaient l'efficacité des TCC et, après la fin de mes études, je me suis formé à leur pratique.

Aujourd'hui, je ne pratique plus que les TCC car mon expérience et les études scientifiques m'ont convaincu qu'elles étaient les thérapies les plus efficaces à ce jour.

**IPJ : Certains accusent les TCC d'être « de droite » ou « libérales ». Outre que cela n'a pas de sens dans la mesure où une thérapie n'est ni de droite ni de gauche, une grande partie des psychologues utilisant les TCC n'ont-ils pas, comme vous, une sensibilité de gauche ?**

*Vincent Caux* : Bien sûr.

Ces arguments proviennent de l'irritation d'une partie des psychanalystes ou tenants d'autres approches qui craignent le développement des TCC en France. Et comme les termes de « rentabilité » et d'« efficacité » liés aux TCC, ont été associés d'autre part à divers drames sociaux ces dernières années, l'épouvantail d'une « thérapie néo-libérale » a été repris de façon idéologique.

Il n'y a d'ailleurs absolument pas à cacher que les TCC répondent, entre autres choses, à une réelle exigence de rentabilité : il s'agit d'obtenir un résultat probant à des coûts en temps et en argent moindres pour le patient et la collectivité. Rien de déshonorant, donc, lorsque cette recherche d'efficacité s'exerce sous la tutelle d'une éthique du soin (respect du patient, de ses droits, de ses choix, etc.) applicable à tous.

C'est pour cette raison que ces approches ont été préconisées par diverses administrations de santé aux États-Unis, en Angleterre et ailleurs en Europe. Signalons aussi que les pays du Nord de l'Europe, qui emploient largement les TCC, ne sont guère réputés plus « libéraux » que la France.

De toute façon, les discussions de ce type sont inépuisables, puisque les TCC ont été accusées tour à tour d'être des traitements superficiels, une méthode de dressage animalier appliqué à l'être humain, voire le vecteur d'une démarche ultra-libérale !

Tout cela est évidemment absurde et pourrait même prêter à rire si les patients, notamment les victimes d'agressions ou de viols qui sont des personnes particulièrement en difficulté<sup>18</sup>, ne pâtissaient pas d'un certain nombre de ces âneries (j'emploie ce terme car l'ignorance du déroulement concret de ces thérapies est patente dans ces arguments).

Et je me demande finalement si je dois répondre à votre question, pourtant pertinente dans ce contexte : mais, oui, je connais de nombreux thérapeutes comportementalistes ayant une « sensibilité de gauche ». Ce qui, de toute façon, n'a rien à faire avec la thérapie.

---

<sup>18</sup> Et qui ont droit à un soin approprié (lequel n'est souvent pas remboursé ou indemnisé, puisque la consultation d'un psychologue libéral n'est pas remboursée en France).

## **ANNEXE I – Extraits du rapport de l’Inserm : « Psychothérapie : Trois approches évaluées », 2004**

### *Tous troubles confondus (chez l’adulte)*

« La majorité des méta-analyses, présentées dans le tableau 11.II, montre que la psychothérapie (toutes formes analysées ensemble) est plus efficace que l’absence de traitement. Le résultat moyen pour les patients traités était meilleur de 70 à 80 % par rapport aux patients non traités. Si la conclusion globale semble justifier que la psychothérapie est généralement bénéfique, on ne peut pas conclure, en se basant sur ces analyses, que toute forme de psychothérapie a un impact égal. Il est vrai que relativement peu de différences sont observées entre les formes de psychothérapie. Une exception importante, cependant, concerne l’efficacité généralement supérieure de la TCC en comparaison avec les autres approches. (...) »

En dehors des résultats montrant une efficacité généralement supérieure pour les TCC, aucune conclusion supplémentaire de ces méta-analyses ne peut être formulée. Autrement dit, il n’est pas possible d’identifier une deuxième thérapie en termes d’efficacité générale parmi les thérapies de soutien, gestalt, psychodynamique ou psychanalyse. » (page 385-6)

### *Etat de stress post-traumatique*

« Le dernier trouble anxieux, présenté dans le tableau 11.VII, concerne l’état de stress post-traumatique (PTSD). Deux études ont comparé la TCC à une thérapie de soutien dans le traitement des populations les plus susceptibles d’être affectées par ce trouble outre les vétérans de guerre : les victimes de viol (Foa et coll., 1991) et les accidentés sévères de la route (Blanchard et coll., 2003). Chaque étude a examiné les symptômes de PTSD et de l’anxiété générale et a aussi utilisé des mesures (questionnaires, entretiens) complétées à la fois par les cliniciens et par les patients. Les deux études ont démontré une supériorité de la TCC en comparaison avec la thérapie de soutien standard, évaluées immédiatement après la fin du traitement et à 3 mois de suivi. » (page 394)

« La méta-analyse de Van Etten et Taylor (1998) regroupait 41 études contrôlées pour le stress post-traumatique et concernait divers traitements : antidépresseurs tricycliques, carbamazépine, IMAO (inhibiteurs de monoamine oxydase), IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), benzodiazépines, pour les traitements pharmacologiques, thérapie comportementale, EMDR (*Eye movement desensitization and reprocessing*), relaxation, hypno-thérapie et thérapie psychodynamique, pour les psychothérapies et placebo, liste d’attente et thérapie de soutien pour les conditions contrôles (tableau 12.XI). Les auteurs retrouvaient 14 % de perdus de vue dans le groupe psychothérapie, contre 32 % dans le groupe traitement médicamenteux. Les traitements psychologiques et pharmacologiques avaient tendance à être supérieurs aux groupes contrôles. Les TCC et l’EMDR étaient les traitements psychologiques les plus efficaces et les TCC étaient supérieures aux autres traitements (EMDR, IRS et carbamazépine) sur les symptômes du stress post-traumatique. Les effets des TCC et de l’EMDR se maintenaient sur un suivi de quinze semaines en moyenne. » (page 445)

## **ANNEXE II – Quelques conseils pour bien aborder une psychothérapie**

Extraits de l'ouvrage : *L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres*, des Dr Christophe ANDRE et François LELORD, Paris 1999, Editions Odile JACOB.

### Qu'est-ce que n'est pas une psychothérapie ?

« La psychothérapie ne doit pas être une technique non définie, s'adressant à des problèmes non précisés, avec des résultats non mesurables ».

### Le principe d'une psychothérapie est simple :

Réfléchir sur soi avec l'aide d'un professionnel, de façon à adopter de nouvelles façons de penser et d'agir, plus conformes à nos aspirations. L'amélioration de l'estime de soi est un résultat commun à toutes les psychothérapies, en tout cas lorsqu'elles marchent ...

### En tant que patient, vous avez des droits inaliénables :

- Le droit d'être écouté. Si votre thérapeute ne vous écoute manifestement pas, et ce, de façon régulière (tout le monde peut être fatigué un jour), s'il a souvent l'air pressé ou agacé par vos propos, posez-vous des questions sur sa capacité à vous aider.
- Le droit de recevoir des réponses aux questions que vous vous posez : à quelle école appartient le thérapeute ? Quels sont ses diplômes, quelles sont ses méthodes ? Pourquoi utilise-t-il telle ou telle technique ?
- Le droit de recevoir les meilleurs soins possibles en l'état des connaissances actuelles. La psychothérapie, comme la médecine, comporte ce qu'on appelle une "obligation" de moyens, et non de résultats. Le thérapeute ne peut vous garantir la guérison. Par contre, il doit s'engager, s'il accepte de vous soigner, à faire de son mieux pour vous guérir.

### Les devoirs du thérapeute

- Il ne vous embarque pas tout de suite dans une thérapie.
- Il vous explique comment il voit votre problème.
- Il vous explique comment va se passer la thérapie.
- Il met au point avec vous des objectifs réalistes.
- Il accepte vos questions et vos remarques.
- Il ne cherche pas à devenir votre ami ou votre gourou.
- Il ne se sent pas obligé de dire du mal des autres écoles de thérapie.
- Il accepte que vous interrompiez la thérapie, sans essayer de vous culpabiliser ou de vous angoïsser, mais après avoir donné son avis sur ce point.

### Qu'attendre d'une psychothérapie ?

Une meilleure adaptation à son environnement et une meilleure liberté de décision dans sa vie est au fond le but direct ou indirect de toute psychothérapie. Mais thérapie ne veut pas dire magie. Il est préférable de savoir ce qu'elle peut vous apporter : mieux se connaître et mieux s'exprimer, modifier peu à peu des petits comportements quotidiens ; et ce qu'elle ne peut pas vous garantir : une métamorphose complète, rapide, facile, des succès immédiats...