



Thérapie comportementale et cognitive de la dépendance au tabac

Behavior and cognitive therapy for tobacco addiction

Charly Cungi*

Les thérapies comportementales et cognitives sont une application thérapeutique de la méthode expérimentale, de la théorie de l'apprentissage et des techniques pédagogiques depuis le début du siècle passé. Pratiques, orientées vers des résultats observables et mesurables, elles ont fait l'objet de nombreuses validations scientifiques (1, 2).

Les principes en sont assez simples, et il s'agit bien davantage d'un savoir-faire que d'un savoir.

Le premier principe est qu'un comportement qui se maintient est un comportement renforcé. S'il n'est plus renforcé, il s'arrête. Par exemple, si une personne fume pour se calmer quand elle se sent stressée, il est probable que son comportement tabagique augmente dans les situations stressantes. Nous dirons, dans ce cas, que le calme obtenu par l'usage de tabac augmente la probabilité de fumer en cas de stress : il s'agit d'un renforcement du comportement de fumer.

Le second principe est qu'un apprentissage souvent répété ne se désapprend pas ; pour traiter le problème, il s'agit donc d'aider le patient à mettre en place un nouveau comportement : "ne pas fumer", ce qui généralement correspond à un changement important dans ses habitudes et, parfois, dans sa philosophie de vie. Comme le disait Aristote : "Les habitudes sont une seconde nature", et : "Ce que nous devons apprendre à faire, nous l'apprenons en le faisant !"

Le troisième principe est que ce changement ne peut s'établir qu'avec une forte motivation des personnes concernées, celle du patient lui-même, mais souvent aussi celle de son entourage.

Le processus thérapeutique découle de ces trois principes, et les moyens utilisés comprennent des méthodes comportementales, centrées directement sur la modification des habitudes d'action, des méthodes cognitives centrées sur un changement des manières de penser les choses, des méthodes orientées vers la modification du contexte, et enfin des méthodes pour modifier le style relationnel.

Processus thérapeutique

Certaines personnes arrêtent de fumer très facilement alors que, pour d'autres, c'est extrêmement difficile, et tous les cas intermédiaires sont possibles. Cela montre à quel point le traitement doit être taillé sur mesure : les méthodes efficaces pour l'un peuvent ne pas l'être pour l'autre, et tout le monde n'a pas les mêmes besoins.

Quand il est difficile d'arrêter de fumer, la dépendance et les renforcements sont souvent au premier plan du problème. Repérer les situations à risque de fumer "ouvertes", c'est-à-dire externes, et les situations à risque de fumer "couvertes", c'est-à-dire internes, ainsi que le lien entre situations ouvertes et couvertes permet alors de bien comprendre comment le comportement-problème est maintenu par ses conséquences :

- Situations à risque de fumer "ouvertes", comme l'entourage tabagique, une difficulté professionnelle stressante, la convivialité, "l'après-repas", etc. ;
- Situations à risque de fumer "couvertes", c'est-à-dire vécues intérieurement, comme le manque,

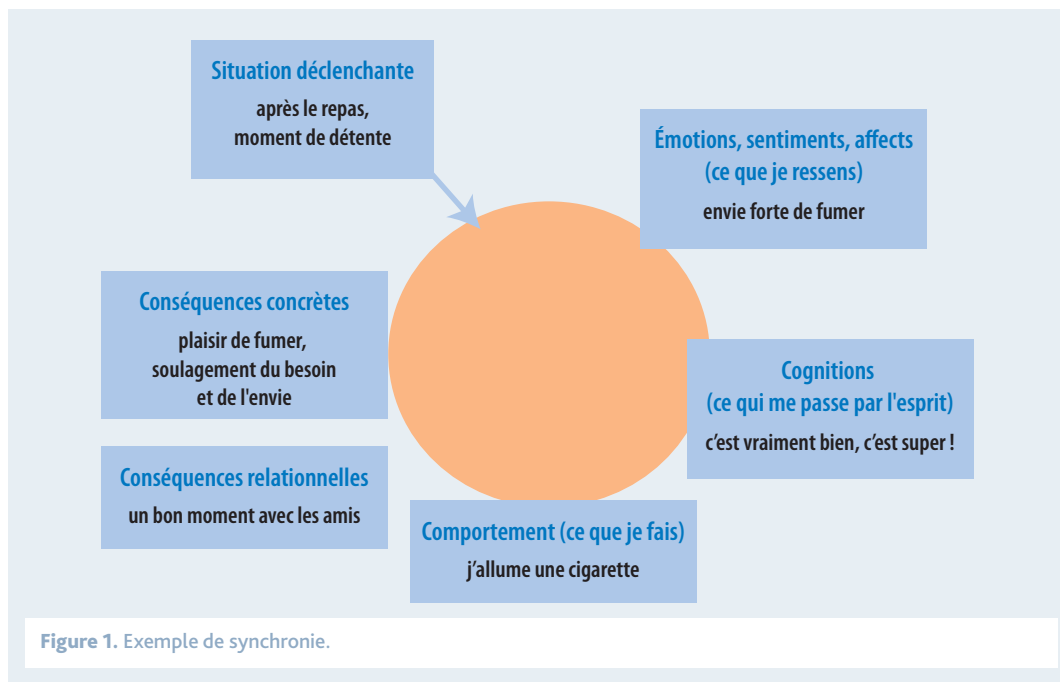
* Psychiatre, Rumilly.

Points forts⁺⁺

- » Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont une application de la méthode expérimentale, des théories de l'apprentissage et des méthodes pédagogiques.
- » Les TCC sont fondées sur des principes simples.
- » Elles se déroulent dans le cadre d'une collaboration active avec les patients.
- » Les indications sont établies à partir d'une analyse fonctionnelle précise et individualisée.
- » Dans le cadre de la dépendance au tabac, les méthodes sont appliquées en fonction du diagnostic de stade.
- » Les objectifs sont le sevrage tabagique, son maintien et le développement d'une qualité de vie optimale sans tabac.
- » Les TCC sont surtout pratiques. Elles peuvent se dérouler individuellement ou dans le cadre de groupes, plus économiques et d'une efficacité souvent meilleure.
- » Même si une bonne connaissance médicale est importante, les infirmiers et les psychologues peuvent pratiquer les TCC.
- » Une formation pratique des thérapeutes, la supervision et les discussions de cas sont indispensables, car développer un savoir-faire efficace nécessite beaucoup d'entraînement.

Mots-clés

Rapport collaboratif
Analyse fonctionnelle
Théorie des stades
Dépendance
Tabac



la tristesse, l'anxiété ou, inversement, le plaisir, la détente, favorisant l'envie ou le besoin de fumer ;
➤ Le lien entre situations à risque ouvertes et couvertes. L'exemple qui suit illustre le propos : après le repas, un moment de repos et de détente (situation ouverte) suscite l'envie, le besoin de fumer (situation couverte). La cigarette génère alors plaisir et détente, ce qui renforce l'envie ou le besoin de fumer.

L'observation attentive des différentes situations à risque donne une assez bonne idée des facteurs favorisant "ici et maintenant" l'habitude tabagique, et nous l'appelons la phase synchronique de l'analyse fonctionnelle. La méthode des cercles vicieux est une des plus utilisées pour les synchronies (*figure 1*). Une seconde phase explore, avec le fumeur, l'histoire du problème, afin de comprendre comment le tabagisme s'est développé au cours de sa vie. Il s'agit de la diachronie. L'histoire du problème n'est d'ailleurs pas l'histoire de la personne, même si de nombreux recouvrements sont possibles. Par exemple : les parents du patient étaient fumeurs ; il a ensuite suivi ses camarades de classe, pour "faire comme tout le monde", et parce que le tabac est "convivial" ; sa consommation a été renforcée par le

stress des examens, puis par celui de sa vie professionnelle ; il a connu des problèmes de bronchite chronique, subi les reproches de son entourage et, enfin, il a peur du cancer.

Dans cette diachronie assez typique mais simplifiée, les bénéfiques sont peu à peu contrebalancés par les "maléfiques" : maladie, reproches de l'entourage.

La ligne du temps est l'une des méthodes les plus employées pour la diachronie (*figure 2*).

À partir de cette analyse fonctionnelle, il est possible de définir la conduite à tenir : équiper chaque personne pour qu'elle confronte les situations à risque qui lui sont spécifiques et développer des comportements alternatifs.

Pour que ce travail d'observation et de compréhension soit efficace, la collaboration active du fumeur est indispensable ; aussi le médecin doit-il disposer de techniques d'entretien adaptées, favorisant l'implication et la motivation des patients. Ce sont les méthodes d'entretien motivationnel et d'alliance thérapeutique (3, 4).

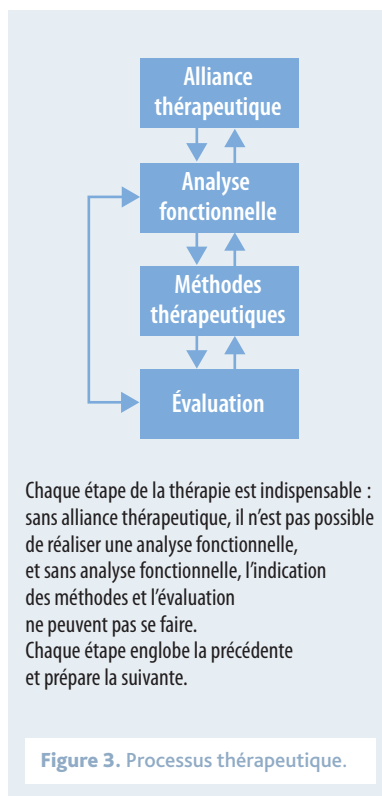
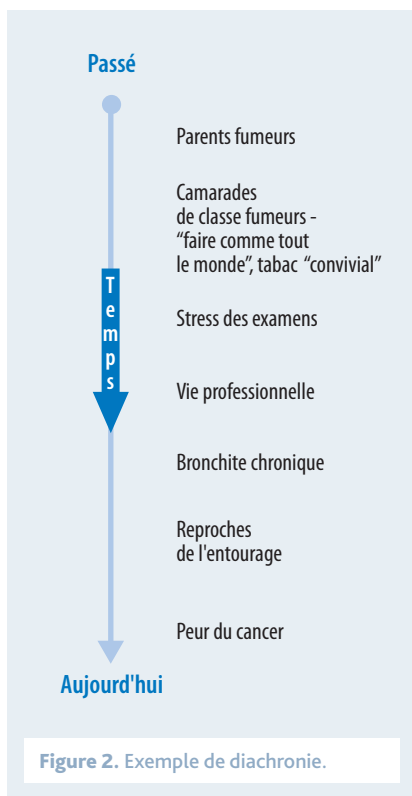
Arrêter de fumer ou, plutôt, vivre sans fumer est un projet à court, moyen et long terme. Comme le précisait G.A. Marlatt, la rechute est la règle et non pas l'exception. Une grande partie de l'action

Key messages

Behavioral and cognitive therapies are a therapeutic application of the experimental method, of learning theories, and of pedagogic methods. Their principles are simple. The collaboration and active participation of the smokers are indispensable. Personalized and precise functional analysis indicates methods. Stage theory drives therapeutic work. Objectives are tobacco weaning, maintenance and quality of life development. Practice is important. Individual and group setting are possible. Groups are more economical and often more effective. Medical knowledge is important but nurses and psychologists are able to drive therapy. Then a good training with supervision and case discussions are indispensable, because "know how abilities" are requisite.

Keywords

Collaboration
Functional analysis
Stage theory
Dependence
Tobacco



thérapeutique est donc orientée vers la prévention de la rechute (5), et ce souvent bien avant que le sujet ait arrêté de fumer. La prévention de la rechute et le développement des avantages d'une vie sans tabac seront donc pris en compte systématiquement dans une TCC.

En fonction de ce qui précède, le processus thérapeutique comprend quatre phases nécessaires, s'ajoutant les unes aux autres au fur et à mesure que la thérapie progresse (figure 3) :

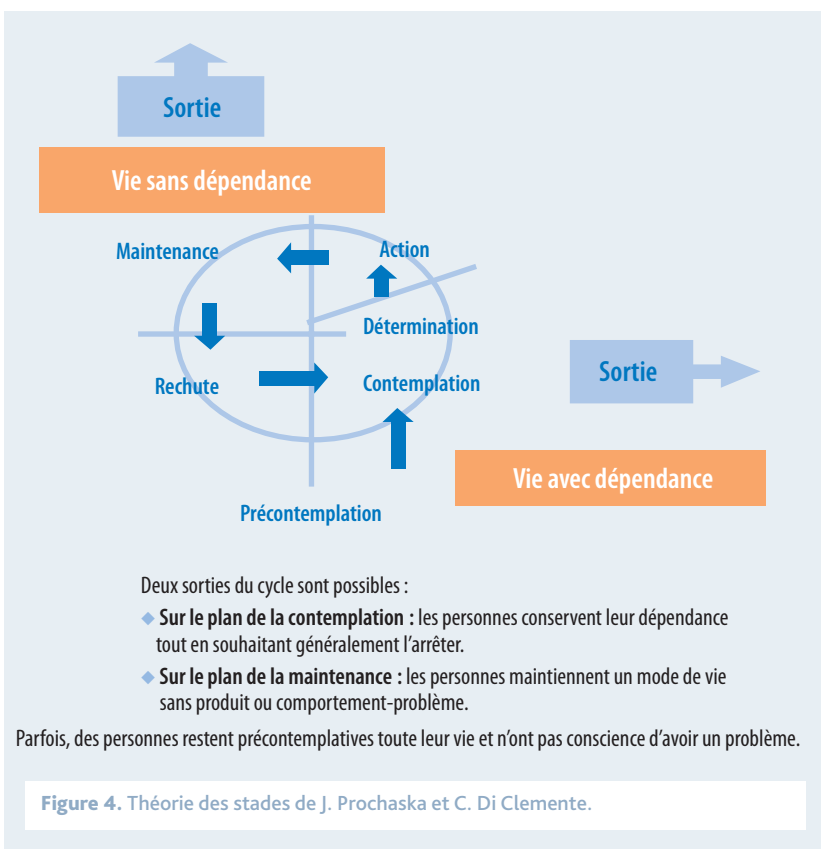
- L'alliance thérapeutique consiste à établir une collaboration étroite entre le fumeur et le thérapeute, avec comme objectif de traiter le problème (6). Les techniques d'entretien sont la méthode privilégiée pour établir ce rapport collaboratif entre le patient et le thérapeute ;
- L'analyse fonctionnelle (synchronie et diachronie), construite en collaboration avec le patient, permet une synthèse : un modèle du problème partagé par le fumeur et le thérapeute ;
- Ce modèle définit la stratégie thérapeutique ainsi que les méthodes qui seront proposées, y compris la prescription des traitements médicamenteux comme les dérivés nicotiques, le bupropion ou la varénicline, parfois les antidépresseurs ;
- Enfin, l'évaluation porte sur l'évolution de la consommation de tabac pendant le déroulement de la thérapie, sur le contrôle de son arrêt. L'évaluation concerne aussi l'impact sur la qualité de vie. Il est très important d'insister sur les bénéfices d'une vie sans tabac et de les développer.

Le processus et les méthodes sont clairement exposés dans de nombreux ouvrages, dont la lecture est fortement conseillée aux soignants et aux patients (7-10).

Étapes de la thérapie

En suivant la théorie des stades de J.O. Prochaska et C. Di Clemente, régulièrement utilisée pour appliquer la TCC, nous présenterons des exemples des méthodes thérapeutiques (6, 11, 12).

J.O. Prochaska et C. Di Clemente ont construit la théorie des stades en se fondant sur le cas des fumeurs qui ont arrêté tout seuls leur toxicomanie. Ils ont constaté qu'un fumeur passait par six stades : la précontemplation, la contemplation, la détermination, l'action, la maintenance et la rechute (figure 4), et que l'arrêt "définitif" advenait après quatre cycles complets.



Il est intéressant de constater que le modèle le plus utilisé actuellement pour traiter les problèmes de dépendances est né de l'observation des fumeurs de tabac ! Comme nous savons que le tabagisme est la toxicomanie qui tue le plus, cela peut nous faire réfléchir.

Le cas du patient précontemplatif, qui ne sait absolument pas que le tabac est un problème et n'en perçoit que les avantages et aucun inconvénient est très rare.

Un patient contemplatif perçoit bien le problème de tabagisme et son importance, mais n'arrive pas à arrêter de fumer.

La plupart du temps, chaque fumeur est à la fois précontemplatif sur certains points (par exemple, il ne pense pas que le danger est réel et proche, ou il pense que le tabagisme passif n'est pas un risque aussi grand "qu'on le dit", qu'il a le temps, qu'il pourrait arrêter de fumer, mais plus tard) et contemplatif sur d'autres (il ne peut pas se passer de tabac, il n'a pas envie de faire l'effort d'arrêter).

Plus les patients sont précontemplatifs, moins l'ambivalence est marquée : l'envie de fumer est très forte, l'envie de ne pas fumer très faible. Cette ambivalence peut être évaluée par un test (9) [encadré 1].

Première partie du test : évaluer l'envie de fumer

- Proposer au patient confortablement installé de fermer les yeux, puis de focaliser son attention sur une cigarette très importante pour lui.
- Lui demander de développer une envie maximale de fumer en l'aidant à apprécier le plaisir, le soulagement qu'il ressent ou qu'il anticipe.
- Lui demander alors d'évaluer son **envie de fumer** sur une échelle de 0 à 100 ; 0 marquant l'absence totale d'envie de fumer, et 100 une envie maximale de fumer, tous les intermédiaires étant possibles.

Seconde partie du test : évaluer l'envie de ne pas fumer

- Demander au patient de bien maintenir son envie maximale de fumer, et lui demander ensuite d'évaluer son **envie de ne pas fumer** sur une échelle de 0 à 100.

Le rapport **envie de fumer/envie de ne pas fumer** donne une bonne idée de l'**ambivalence** du fumeur. Si ce rapport est élevé, il y a peu d'ambivalence, si ce rapport est bas l'ambivalence est plus importante.

De manière générale, il est presque toujours possible pour un fumeur de "se donner envie de fumer", même des années après l'arrêt du tabac. L'ambivalence devient donc plus importante par augmentation de l'envie de ne pas fumer, plutôt que par la diminution de l'envie de fumer.

Encadré 1. Test d'ambivalence.

Plus les patients sont contemplatifs, plus l'ambivalence est marquée : les patients ont à la fois envie de fumer et envie de ne plus fumer.

Durant la **période précontemplative**, l'objectif de la thérapie est simplement d'augmenter la contemplation :

- Avec des méthodes d'entretien comme l'entretien motivationnel de W.R. Miller et S. Rollnick (4) ou la technique des quatre R (9) [encadré 2] ;

Recontextualiser
Reformuler
Résumer
Renforcer

La méthode consiste à mener un entretien en *recontextualisant*, autrement dit en ramenant toujours le patient sur un fait précis et concret ; en *reformulant*, le plus souvent en répétant exactement ce que le patient a dit avec ses propres mots ; en *résumant* dès que cela est utile pour faire le point, mais aussi quand le thérapeute ne "sait pas quoi dire", plutôt que de poser de nouvelles questions ; et enfin en *renforçant*, c'est-à-dire en encourageant le patient dans sa participation, sa motivation et ses progrès dans la thérapie.

Encadré 2. Technique des quatre R.

- Avec des tableaux comparant les avantages et les inconvénients de continuer à fumer, puis les avantages et les inconvénients d'arrêter de fumer, enfin les avantages à court terme de continuer à fumer et les inconvénients à long terme ;

- Avec l'information concernant le tabac et les risques que sa consommation induit.

Les tests d'ambivalence régulièrement appliqués, par exemple en début et en fin d'entretien, permettent d'évaluer l'impact des méthodes. Ces techniques ne sont cependant pas faciles à appliquer de manière efficace, et nécessitent un bon entraînement des soignants.

Durant la **période contemplative**, les objectifs de la thérapie sont centrés sur les situations à risque de fumer, le développement de comportements alternatifs et de leur impact positif sur la qualité de vie, et, déjà, sur la prévention de la rechute.

Les situations à risque de fumer seront clairement identifiées dans leurs composantes ouvertes et couvertes, et chacune d'entre elles sera souvent représentée par un type de cigarette (par exemple, cigarette antistress, cigarette récompense, cigarette plaisir, etc.), en fonction des moments de la journée,

et des facteurs déclencheurs. Chacune fera l'objet d'une ou plusieurs synchronie(s).

Une conduite à tenir précise sera mise au point et testée pour chacune des situations à risque. Par exemple, savoir refuser une cigarette peut être très utile à une personne timide ; ou savoir attendre que l'envie de fumer passe, en accomplissant une action incompatible avec elle, comme laver un peu de vaisselle, aller aux toilettes, quitter la pièce, etc.

Ce travail, cigarette par cigarette, donne généralement déjà un bon résultat et permet souvent une assez forte diminution de la consommation de tabac. Ne reste alors plus que quelques cigarettes, impossibles à éradiquer, qui font le nœud de la toxicomanie.

Le travail de motivation au sevrage se poursuit surtout au fur et à mesure des expériences de succès de la diminution de la consommation, et au fur et à mesure que le patient comprend et contrôle mieux son problème de dépendance. Nous disons que ses attentes d'efficacité (13, 14) s'améliorent. C'est généralement à ce moment que les fumeurs comprennent réellement qu'il est possible de ne plus fumer, ce qu'ils savaient auparavant de manière théorique, mais sans le percevoir pour eux-mêmes.

Durant cette phase, le thérapeute aide soigneusement le patient à bien ressentir les bénéfices immédiats de ne pas fumer (mieux respirer, se sentir fier de soi, moins dépendre d'un produit, avoir plus d'argent pour faire autre chose, améliorer sa relation avec les autres, etc.).

Enfin, le problème de la rechute est abordé précisément durant la contemplation, c'est-à-dire bien avant que le sevrage total soit installé. La question habituelle qu'un thérapeute peut poser est la suivante : "Avez-vous déjà arrêté de fumer, même quelques jours ?" Presque tous les patients répondent positivement, et il ne reste plus au thérapeute qu'à dire : "Finalement, arrêter de fumer, c'est possible, et vous savez le faire, c'est ne pas rechuter qui pose le plus de problèmes..." Presque tous les patients sont d'accord.

Au fur et à mesure que le travail psychothérapeutique

s'installe, durant la phase de contemplation, le patient se sent de plus en plus capable de passer au sevrage total – c'est la **détermination** –, puis de mettre en place ce sevrage – c'est l'**action**.

Le sevrage se fera ou non avec l'aide de médicaments, en fonction de l'analyse fonctionnelle, et, dans ce cas, les conditions d'arrêt progressif des traitements seront clairement établies.

Le sevrage se construit à partir de la décision suivante : "J'ai décidé de ne plus fumer du tout à partir d'aujourd'hui. Il ne s'agit pas de m'interdire de fumer ou d'utiliser ma volonté ('Je dois' et 'Il faut que'), mais simplement d'appliquer ma décision." Décider est plus productif que vouloir et s'interdire. Il s'agit d'une modification importante de la manière de se représenter le problème, donc d'un changement cognitif. Les méthodes de thérapie cognitive, utilisant le questionnement socratique sont très efficaces pour cela (15).

Une fois le sevrage obtenu, la thérapie consiste surtout à développer les bénéfices d'une vie sans tabac en favorisant les activités plaisantes incompatibles avec le tabac, par exemple le sport, mais pas seulement. Une analyse fonctionnelle personnalisée facilite considérablement ce travail, dont l'importance ne doit pas être sous-estimée.

Enfin, le problème des **rechutes** se pose presque toujours. Nous avons vu qu'il est abordé dès le stade contemplatif.

Deux axes de travail sont privilégiés, souvent explorés à partir des rechutes antérieures :

➤ Comment se produit la première reprise de cigarette ou de tabac ? Est-elle brutale, sans facteurs déclencheurs, existe-t-il des facteurs déclencheurs ? Est-elle une reprise progressive insidieuse, accompagnée de petites décisions apparemment sans rapport avec la situation à risque (*apparently irrelevant decisions* [5]) ?

L'exploration précise de cette "première chute" permet de mieux définir la conduite à tenir pour que la rechute complète ne se produise pas (comment faire pour que cela reste une chute et pas une rechute, selon les termes de G.A. Marlatt : "*a lapse, not a relapse*" ?) [5].

➤ Quel est le processus émotionnel, affectif, cognitif et comportemental qui fait que la première reprise de tabac entraîne assez rapidement une reprise totale de la toxicomanie ? Ce processus est appelé "effet de violation de l'abstinence" (*abstinence violation effect* [5]) [figure 5] et explore la manière dont un patient minimise ou/et maximalise l'importance de sa rechute. La thérapie cognitive aide alors le patient

Reprise
d'une cigarette

Minimisation : favorise le risque de rechute par le fait de ne pas assez accorder d'importance à la reprise d'une première cigarette

Maximalisation : favorise le risque de rechute en renforçant la croyance qu'il n'y a plus rien à faire et qu'il n'est donc plus nécessaire de "lutter"

Figure 5. Effet de violation de l'abstinence (5).

à développer une manière réaliste de percevoir sa reprise de tabac, sans en minimiser le danger, et sans en maximaliser l'importance, car la minimisation comme la maximalisation favorisent la reprise totale de la toxicomanie.

Cadre thérapeutique

Les TCC peuvent être appliquées individuellement et en groupe. Le groupe est à la fois plus économique et souvent plus efficace pour les problèmes de tabagisme.

Parfois, des entretiens avec les proches seront utiles, afin de faciliter la thérapie et de déjouer certains pièges (par exemple, l'aide à la préparation des

conduites en famille à tenir quand l'ex-fumeur est trop irritable).

Si des connaissances médicales et psychiatriques sont indispensables, car les problèmes pathologiques liés au tabagisme sont fréquents, et que certaines comorbidités sont bien établies (stress, troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles psychiatriques, autres toxicomanies), il n'est pas nécessaire d'être médecin pour appliquer les méthodes. L'expérience montre que les infirmiers et les psychologues sont très efficaces. En revanche, la formation des soignants doit être sérieuse, pratique, et comporter beaucoup d'entraînement, de supervision et de discussion de cas, le savoir-faire étant la condition de l'efficacité. ■

Références bibliographiques

1. Cottraux J. *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson, 2004.
2. Lefoll B, Aubin HJ, Lagrue G. *Les thérapies comportementales et cognitives dans l'aide à l'arrêt du tabac*. *Revue de la littérature et mise au point*. *Ann Med Interne* 2002;153(Suppl. 3):1S32-40.
3. Cungi C. *L'alliance thérapeutique*. Paris : Retz, 2006.
4. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing*. New York : Guilford Press, 1991.
5. Marlatt GA, Gordon RJ. *Relapse prevention*. New York : Guilford Press, 1985.
6. Di Clemente C. *Self-efficacy and smoking cessation maintenance: a preliminary report*. *Cognit Ther Res* 1981;5:175-87.
7. Aubin HJ, Dupont P, Lagrue G. *Comment arrêter de fumer ?* Paris : Odile Jacob, 2003.
8. Clauzel I. *Ne plus fumer*. Paris : Retz, 2005.
9. Cungi C. *Faire face aux dépendances*. Paris : Retz, 2003.
10. Lagrue G. *Arrêter de fumer*. Paris : Odile Jacob, 2006.
11. Di Clemente C, Prochaska JO. *Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance*. *Addict Behav* 1982;7:133-42.
12. Prochaska JO, Di Clemente C. *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: theory, research and practice* 1982;19(3):276-88.
13. Bandura A. *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychol Rev* 1977;84(2):191-215.
14. Bandura A. *Social learning theory*, prentice-hall. New Jersey : Englewood Cliffs, 1976. Traduction française par Rondal JA. Bruxelles : Mardaga, 1980.
15. Beck AT, Wright FD, Newman C, Liese BL. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York : Guilford Press, 1993.