

Thérapie cognitivo-comportementale

En accord avec les conclusions de la Conférence de consensus de 1998 sur l'arrêt du tabac, la nouvelle politique française de prise en charge et de prévention du tabagisme recommande d'évaluer et de renforcer la motivation personnelle du sujet dépendant.

Les conférences de consensus retiennent deux techniques efficaces dans leur validité méthodologique : le nicotinosubstitution et les thérapies cognitivo-comportementales.

Pour les comportementalistes, le tabagisme est un comportement appris, qui a tendance à se maintenir, car il est régulièrement relancé par de très nombreux stimuli, internes ou environnementaux, et renforcé par des voies multiples, physiologiques ou psychologiques.

Les techniques actuelles de thérapie cognitivo-comportementale appliquées au tabagisme, ont essentiellement pour objectif l'apprentissage de stratégies permettant de faire face aux situations à haut risque d'envie de fumer, éventuellement à un faux pas dans l'arrêt de la consommation de tabac. Elles sont, surtout, un élément pour envisager l'arrêt du tabagisme sur le long terme, en évitant l'apparition de troubles psychopathologiques et en recherchant la meilleure qualité de vie du patient. L'accent est mis sur la connaissance puis la maîtrise de ces stratégies avec pour effet d'augmenter la confiance que le sujet a dans ses capacités à atteindre son objectif.

Largement pratiquées dans le monde anglo-saxon, évaluées par de nombreuses études contrôlées, ces thérapies ont une efficacité indéniable (*Work group on nicotine dependence*, 1996 et *American psychiatric association*, 1994). Les thérapies comportementales et cognitives sont connues dans le grand public depuis une vingtaine d'années, et ce, même si le modèle théorique remonte au XIX^e siècle. Le nombre de praticiens spécialisés dans ces approches psychothérapeutiques est largement insuffisant et l'on retrouve, malheureusement, trop de thérapeutes non formés qui utilisent des techniques comportementales de façon très partielle, simpliste et parfois réductrice.

Le comportementalisme a plusieurs composantes : un modèle théorique s'appuyant sur le rôle des apprentissages, une approche scientifique qui suppose une évaluation systématique des résultats, une approche stratégique où sont définis clairement les buts et les moyens qui seront mis en œuvre pour les atteindre et un style de relation spécifique.

Le style relationnel adopté par les thérapeutes cognitivo-comportementaux s'éloigne beaucoup du style médecin-malade classique volontiers autoritaire ou condescendant. On cherche à établir une alliance thérapeutique, pour rechercher en commun des stratégies adaptées au cas particulier du patient, afin d'augmenter ses chances de réussite. Dans cette démarche le thérapeute recherche les aspects positifs du comportement du patient, en insistant sur les progrès avant d'aborder ce qui pourrait être amélioré (André et coll., 1998).

Les programmes de thérapie cognitivo-comportementale proposés par les thérapeutes français s'inspirent largement de l'expérience anglo-saxonne acquise dans le domaine de diverses addictions (Monti et coll., 1989 ; Heatherston et coll., 1991). Ils se composent de différentes étapes : par exemple, il y a d'abord une sorte de bilan du fumeur (Aubin et coll., 2000) qui comporte une évaluation des facteurs physiologiques (recherche de l'apparition des symptômes de sevrage après privation de tabac, test de dépendance nicotinique) et psychologiques du fumeur (motivation à l'arrêt, croyances et cognitions liées au tabac, confiance du sujet dans sa capacité à contrôler son comportement, capacités d'autocontrôle, facteurs déclenchant le comportement tabagique, cigarettes les plus et les moins importantes, support social, comorbidité psychiatrique et addictive. Intérêt pour les précédentes tentatives d'arrêt du tabac (difficultés rencontrées, circonstances de la reprise). Demande de relevé sur quelques jours indiquant pour chaque cigarette, l'horaire et les événements liés (émotionnels ou environnementaux) pour aider à définir les situations déclenchantes (fin de repas, consommation de café, appel téléphonique, début de conduite automobile, routines de

travail...) et en travaillant sur les associations entre ces situations et les états émotionnels. Un premier travail cognitivo-comportemental peut donc s'effectuer avant la date de l'arrêt ; au cours de cette phase de préparation au sevrage se développe une alliance entre le thérapeute et le patient.

Le thérapeute pourra proposer, ensuite, pour certaines situations déclenchantes choisies avec le patient, de dissocier le stimulus de la réponse comportementale (allumer une cigarette) ce qui permet un certain déconditionnement, l'apprentissage progressif de la gestion de l'envie de fumer et une augmentation de la confiance du sujet en sa capacité d'autocontrôle. Il est, aussi, conseillé d'organiser le soutien des proches à la maison et au travail. Le thérapeute discutera avec le patient des décisions à prendre : conserver ou non du tabac à la maison (ôter briquets et cendriers), annoncer ou pas qu'on a arrêté de fumer, fréquenter ou non les lieux à haut risque, aller ou renoncer à des soirées où les gens fument, et il envisagera avec lui comment planifier le temps libre.

À côté de ces stratégies comportementales, il est nécessaire de travailler l'axe cognitif et émotionnel, notamment, afin de viser l'abstinence dans une perspective de détente émotionnelle et de valorisation de la démarche ; arrêter de fumer n'est plus uniquement un comportement mais une façon de s'inscrire différemment dans le processus existentiel.

Le thérapeute devra également préparer une stratégie d'urgence pour la gestion de la violation de l'abstinence, chercher à circonscrire la rupture de sevrage, la dédramatiser et conduire le patient à effectuer un retour immédiat vers l'abstinence. Il proposera d'analyser la chaîne d'événements et de pensées qui ont conduit à la reprise, afin de rechercher la stratégie qui aurait pu être efficace.

En conclusion, selon une perspective cognitivo-comportementaliste, la dépendance tabagique est, du moins en partie, la conséquence d'un apprentissage soutenu par un ensemble de renforcements positifs (plaisir) et négatifs (soulagement). De la même façon, le maintien de l'abstinence tabagique fait appel à un apprentissage, qui répond au développement de stratégies cognitives et comportementales de gestion des situations à haut risque, qu'elles soient intuitives et non reconnues comme telles ou au contraire travaillées avec un praticien. Ces stratégies sont d'autant plus efficaces que les sujets s'y seront entraînés et qu'ils auront confiance en leurs capacités d'affronter efficacement les situations à haut risque. L'efficacité personnelle, et la prise de conscience de celle-ci, donne une dimension cruciale dans la démarche d'arrêt du tabac. Elle sera renforcée à la fois par le travail sur les stratégies cognitives et comportementales, et par le style relationnel collaboratif, respectueux et renforçateur du psychothérapeute.

Georges Alcaraz
Psychiatre, psychothérapeute,
membre de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC),
Service de psychiatrie adultes, Hôpital Necker, Paris

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, Washington DC 1994

ANDRE C, LEGERON P, ALCARAZ G. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans l'aide au sevrage tabagique. *In* : Conférence de consensus : l'arrêt de la consommation de tabac. EDK ed, Paris, 1998 : 191-199

AUBIN HJ, TILIKETE S, LAHMEK P. Traitement cognitivo-comportemental du tabagisme. *Alcoolologie et Addictologie* 2000, **22** : 313-318

HEATHERTON TF, KOZLOWSKI LT, FRECKER RC, FAGERSTRÖM KO. The Fagerström test for nicotine dependence : a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addiction* 1991, **86** : 1119-1127

MONTI PM, ABRAMS DB, KADDEN RM, COONEY NL. Treating alcohol dependence. A coping skills training guide. The Guildford Press, New-York 1989

WORK GROUP ON NICOTINE DEPENDENCE. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 1996, **153** : 1-31