

La rechute tabagique : comment l'analyser?

Revue Sevrage tabagique pratique(sous presse)

P Guichenez(1)

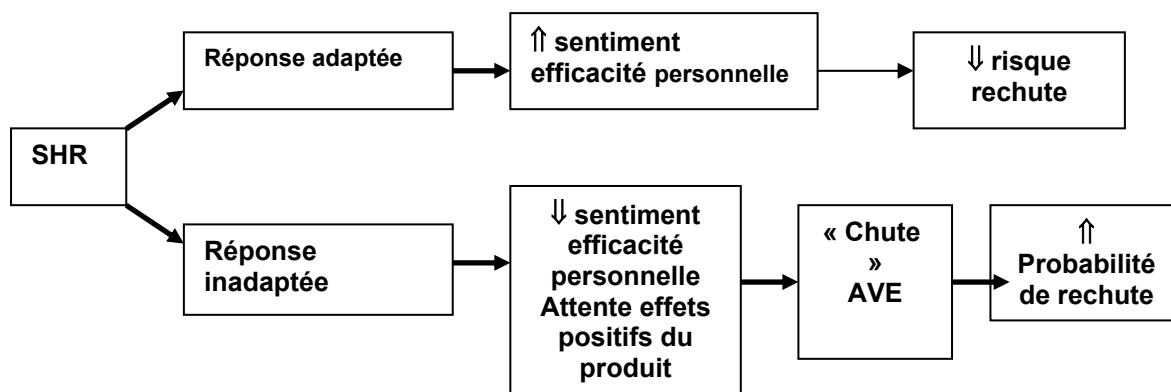
(1)Centre de tabacologie, CH, 34500 Béziers

La pratique tabacologique nous confronte quotidiennement à des rechutes puisque la rechute est la règle et non l'exception selon Marlatt et Gordon(1).La plupart des fumeurs venant à une consultation de tabacologie ont un sentiment d'échec et d'impuissance devant ce problème de rechute. Un fumeur effectue en moyenne 4 rechutes avant un arrêt définitif(2). La question de la rechute se pose dès le stade de contemplation et tout au long du sevrage, comme le montre le modèle trans théorique de Prochaska et Diclemente(3). La prévention de la rechute(PR) s'appuie sur le modèle de Marlatt et Gordon axé sur le lien existant entre les réponses que le patient peut apporter à une situation à risque et de la perception de son efficacité personnelle(1)

I Le modèle de prévention de la rechute au cours du sevrage (schéma 1)

Le modèle de PR permet d'expliquer pourquoi les individus rechutent dans les addictions. Le modèle de la PR insiste sur le repérage: des situations à haut risque(SHR), de la façon de faire face à ces situations, de l'importance des facteurs cognitifs, particulièrement dans le manque de motivation des patients. Deux notions importantes(1) : L'effet de violation de l'abstinence(AVE): processus cognitif émotionnel et comportemental qui se met en place entre la première reprise de la cigarette et la rechute totale ; les AID «Apparement irrélevants Décisions» (des petites décisions apparemment sans rapport avec cette reprise) mais favorisant l' exposition à une SHR. Des techniques pour la PR sont décrites avec la modélisation de la rechute selon qu'il y ait une réponse adaptée entraînant un renforcement de l'efficacité personnelle et une diminution du risque de rechute ou aucune réponse adaptée entraînant une diminution du sentiment d'efficacité personnelle, une attente de résultat et une rechute avec violation de l'abstinence(**Schéma 1** d'après Marlatt(1)). Le contexte des rechutes est variable: reprise brutale(flash), reprise beaucoup plus progressive avec une prise puis une deuxième puis une troisième conduisant insidieusement à une rechute complète, ou rechute totalement imprévisible et surprenante.

Schéma 1

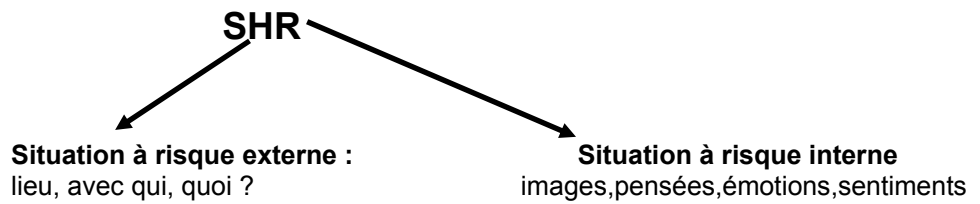


II-Conduite à tenir devant une rechute

Recherche des causes

Les rechutes sont multifactorielles et leurs causes peuvent se cumuler et se renforcer mutuellement. Les facteurs de risque principaux sont :une émotion négative,une situation antérieure associée au comportement de fumer,éventuellement la prise de poids(4) Les situations à risque(SHR) sont externes et internes (2) (**schéma 2**)

Schéma 2



Quel est le contexte de la première reprise du comportement tabagique (chute)

Le contexte de la première reprise de comportement tabagique est mis en évidence par les questions suivantes avec l'objectif, de mieux définir les situations à risque (**Tableau I**). Il est nécessaire de :

- repérer les SHR
- trouver des solutions adaptées et par conséquent les moyens d'affronter ces situations
- demeurer vigilant sur les petites décisions prises, apparemment indépendantes de la cigarette, mais favorisant à terme l'exposition au risque comme se retrouver tous les jours au café avec les amis fumeurs.
- prévenir l'AVE, pièges dans lequel on tombe en minimisant(aujourd'hui, c'est la fête, j'en fume une, demain j'arrête) ou en maximalisant(j'en ai repris une c'est foutu) et prendre conscience de ses pensées automatiques et de ses émotions exprimant le manque de motivation et les prétextes à la rechute.

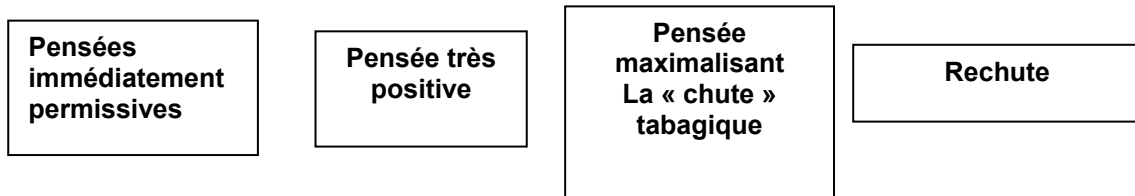
Tableau I

Quand ?
Où ?
Avec qui ?
Comment ?
Dans quel état étais je avant, pendant, et après ?
Quelles sont mes émotions et pensées automatiques avant, pendant et après ?

Comment cette première reprise aboutit-elle au comportement tabagique complet ?(schéma 2) (2)

Les pensées minimisantes et maximalisantes confortent le fumeur dans le bien fondé de sa reprise de cigarette et de sa violation de l'abstinence(2)

Schéma 2



Pensées minimisantes	Emotions agréables ou...	Reprise Progressive Ou rapide De l'addiction	Rechute complète
Pensées maximalisantes	...émotions désagréables		



III-Notre cas clinique avec modélisation de la rechute

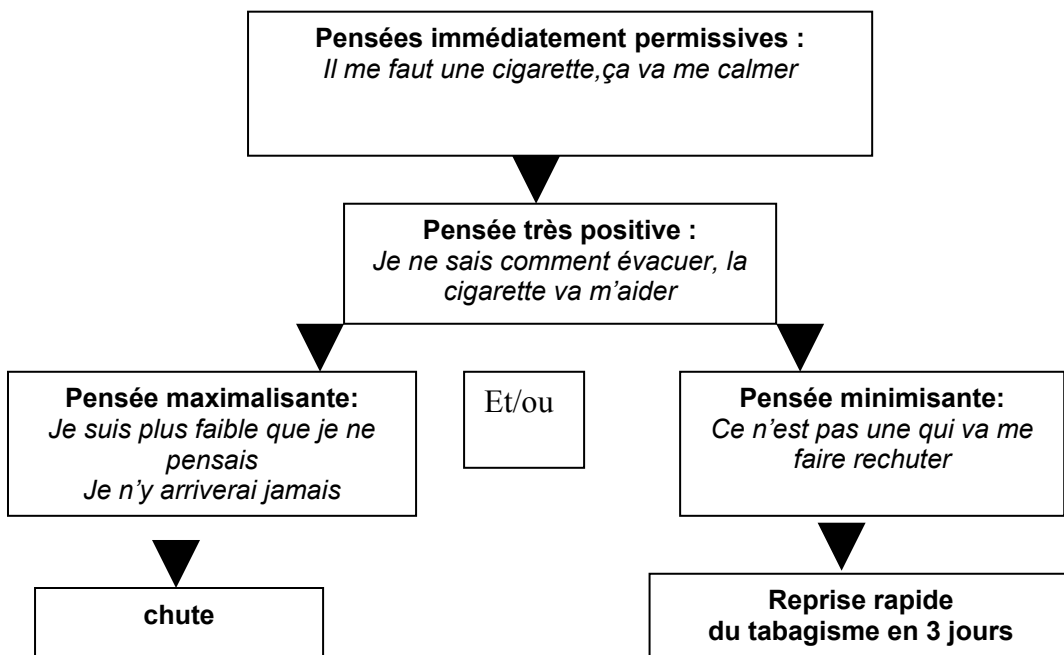
Mlle G...consulte pour un sevrage tabagique. Son évaluation tabacologique est la suivante : Q-Mat de Legeron et Lagrue=17/20, Fagerström=5, HAD(hospital anxiety depression scale)=7/2.. CO dans l'air expiré=41 ppm. Elle est au stade d'action selon Prochaska et Diclemente(2). Un traitement de substitution nicotinique est prescrite permettant l'obtention du sevrage et la normalisation du CO dans l'air expiré(2 ppm). Au bout de 45 jours, elle présente des troubles de l'humeur et le test HAD est très perturbé=13/15. Elle refuse la prescription d'inhibiteurs de la recapture de la serotonine(IRS). Quelques jours après elle présente une «**chute**» puis une **rechute**

Quel est le contexte de la première reprise du comportement tabagique (chute)

Quand ?	En milieu de journée, vers 16 heures C'était une période où la patiente fumait antérieurement beaucoup car cela correspondait à sa pause et souvent à un partage avec d'autres fumeurs.
Où	Dans le salon de sa belle mère fumeuse Cela correspondait à un endroit « à risque où elle avait l'habitude de fumer
Avec qui ?	Sa belle mère Antérieurement, la patiente appréciait particulièrement les cigarettes « pause » avec sa belle mère
Comment	La reprise a été brutale lors d'une émotion négative
Dans quel état étais je avant, pendant et après ?	La patiente se sentait vulnérable,angoissée, anxieuse avec un état de malaise général qui a participé à la rechute car elle n'a trouvé que la cigarette come solution à ce moment là
Que m'est il passé par l'esprit avant,pendant et après	Avant: je ne sais comment évacuer cette tension Pendant: elle me calme mais elle n'est pas bonne Après: je n'arriveerai jamais à m'arrêter mais cela me fait du bien

Comment cette première reprise aboutit-elle au comportement tabagique complet ?(schéma 2) (2)

Pour Cungi, il existe deux types de « chute » : la violation de l'abstinence(AVE :abstinence violation event) avec des pensées minimisantes et maximalisantes. Les pensées minimisantes s'accompagnent habituellement d'émotions agréables et les pensées maximalisantes surviennent souvent dans un contexte de « malaise émotionnel »de découragement(2).



Le lendemain la patiente a fumé 3 cigarettes dans un contexte d'humeur dépressive et le 3^{ème} jour elle avait repris sa consommation antérieure.

IV-Que faire devant une rechute?

L'analyse de la rechute s'effectue dans un cadre collaboratif avec une nouvelle évaluation des motivations. Une nouvelle analyse fonctionnelle est indispensable, car la rechute est le plus souvent liée à une problématique qui est passée inaperçue initialement. On repère les pensées automatiques qui peuvent être facilitantes (le tabac permet d'être calme), pensées immédiatement permissives (une petite cigarette ce soir pour me de stresser), pensée centrée sur le comportement addictif (une petite cigarette, ça fait vraiment du bien), pensées après le comportement addictif (je n'ai aucune volonté, je n'y arriverai jamais). Une restructuration cognitive à partir des motifs apparents de rechute sera entreprise: modification des pensées automatiques, mise en évidence et modification des erreurs de logique concernant le comportement tabagique et mise en évidence et modification des croyances(5,6). Cependant il faut garder à l'esprit que le comportement tabagique est parfois le symptôme d'une pathologie sous-jacente de type anxieuse, dépendante, ou dépressive(7). Dans notre observation cette rechute est apparue dans un contexte d'humeur dépressive et la prescription d'IRS a été accepté secondairement par la patiente.La prévention des reprises de consommation de tabac doit être présente à tous les moments du sevrage, en axant le travail sur les violations d'abstinence qui peuvent paraître sans gravité tant pour le médecin que pour le patient. C'est en les prenant en charge que l'on améliorera le suivi de ces fumeurs(6).

Bibliographie

- 1-Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford Press New york 1985;558 p.
- 2-Cungi C. Faire face aux dépendances. Ed Retz 2000;239 p.
- 3-Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change change of smoking: toward and integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983;51:390-5.
- 4-Aubin HJ, Meunier N. La rechute tabagique; un échec ou un apprentissage nécessaire? Alcoologie et addictologie 2002 ;24 :370-71.
- 5-Guichenez P, Clauzel I, Quantin X, Stoebner-Delbarre, Clauzel AM, Godard P. Thérapie cognitive et tabac: théorie et pratique;Alcoologie et addictologie 2005;27(3):241-254.
- 6-Guichenez P,Clauzel I, Quantin X, Godard P, Clauzel AM. Comment prévenir la rechute ? Rev Mal Resp 2005(sous presse)
- 7-Lagrue G,Dupont P, Fakhfakh R. Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique. L'encephale 2002 ;XXVIII :343 :374-7