

## **Comment prévenir la rechute tabagique ?**

### **Article acceptée revue des maladies respiratoires 2005**

**P. Guichenez (1), I. Clauzel (1), X. Quantin (2), P Godard(2), A.M. Clauzel (3)**

(1)Centre de tabacologie, Centre Hospitalier, 34500 Béziers

(2) Services des Maladies Respiratoires, CHU, 34000 Montpellier

(3)Association vivre sans fumer ; 34000 Montpellier

**Correspondance** : P. Guichenez

Service de Pneumologie, Centre de tabacologie, Centre Hospitalier, 2 rue Valentin Haüy, BP 740, 34500 Béziers, France

philippe.guichenez@ch-beziers.fr

La plupart des fumeurs venant à une consultation de tabacologie ont souvent, plusieurs fois déjà, essayé d'arrêter de fumer ( la rechute est la règle avec en moyenne 4 rechutes avant un arrêt définitif) [1]. Ils viennent donc avec un nouveau désir d'abstinence et un sentiment lancinant d'échec et d'impuissance vis à vis de l'arrêt du tabac. Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont susceptibles d'apporter une aide à la prévention des rechutes et à leur traitement. Cette prévention doit débuter dès le début du sevrage, par la détermination des facteurs déclenchant la prise de cigarette et des facteurs de maintien du tabagisme. Cette étape indispensable est appelée analyse fonctionnelle car elle permet de mettre en évidence des liens fonctionnels entre d'une part les facteurs déclenchants (situation, émotions, pensées automatiques..) et d'autre part les comportements observés dans chaque situation. Elle permet de préparer la prévention de la rechute dès le stade de contemplation [2] et de repérer les situations à haut risque (SHR) en posant diverses question sur les circonstances de reprise (quand ? où ? avec qui ? comment ? dans quel état étais-je avant, pendant et après ? quelles étaient mes émotions et mes pensées automatiques avant, pendant et après ? ). Les SHR externes (où, avec qui, comment ?) et internes (émotions, pensées, images) sont analysées, ainsi que la façon dont ces deux types de « déclencheurs » de l'envie de fumer se complètent et se renforcent et les moyens de faire face à ces situations. Les facteurs cognitifs, particulièrement le manque de motivation des patients, sont importants : l'effet de violation de l'abstinence est un processus cognitif émotionnel et comportemental qui se met en place entre la première reprise de la cigarette et la rechute totale ; le fumeur y est particulièrement exposé soit lorsqu'il minimise le risque ( « aujourd'hui c'est la fête, j'en fume une, demain j'arrête », «une cigarette de temps en temps, ce n'est pas grave») ou au contraire lorsqu'il majore(maximalisation) l'importance de la « chute (« j'en ai repris une , c'est foutu »). Les «Apparemently irrevelant Décisions» sont des « petites décisions » apparemment sans rapport avec cette reprise mais favorisant l'exposition à une SHR ( par exemple, se retrouver tous les jours au café... avec des amis fumeurs) et doivent faire faire l'objet d' une vigilance particulière. Le but pour le patient est de construire une stratégie de réponses comportementales

adaptées car celles-ci entraînent un renforcement de l'efficacité personnelle et une diminution du risque de rechute . En revanche, une réponse inadaptée entraîne une diminution du sentiment d'efficacité personnelle et une rechute avec violation de l'abstinence [3]. Le contexte des rechutes est variable : reprise brutale de la consommation antérieure ou reprise beaucoup plus progressive avec une prise puis une deuxième puis une troisième conduisant insidieusement à une rechute complète. Ces rechutes sont multifactorielles et leurs causes peuvent se cumuler et se renforcer mutuellement. Les facteurs de risque principaux sont une émotion négative ou qui expriment le manque de motivation et les prétextes à la rechute ; ou bien une situation antérieure associée au comportement de fumer ; ou éventuellement une prise de poids. Que faire devant une rechute ? Une nouvelle évaluation des motivations est nécessaire, de même qu'une nouvelle analyse fonctionnelle. En effet, la rechute est le plus souvent liée à une problématique passée inaperçue initialement. IL faut donc repérer les pensées facilitantes («j'ai bien mérité de regarder la TV et de me détendre»), les pensées immédiatement permissives (« une petite cigarette ce soir pour me relaxer »), celles centrées sur le comportement addictif (« une petite cigarette, ça fait vraiment du bien ») ou faisant suite à ce comportement addictif (« je n'ai aucune volonté, je n'y arriverai jamais »). Une restructuration cognitive à partir des motifs apparents de rechute peut ainsi être entreprise : modification des pensées automatiques, mise en évidence et modification des erreurs de logique concernant le comportement tabagique, mise en évidence et modification des croyances [4]. Cependant il faut garder à l'esprit que le comportement tabagique est parfois le symptôme d'une pathologie sous-jacente : anxiété, dépression voire trouble de personnalité [5]. Cette composante est fréquente actuellement, notamment chez des patients qui ont dans leur histoire plusieurs essais non réussis. En conclusion, 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 pourtant paraître sans gravité tant au le médecin qu'au patient. Leur prise en charge permet incontestablement d'augmenter les chances d'un sevrage réussi.

## Références

- 1 Aubin HJ, Meunier N. La rechute tabagique; un échec ou un apprentissage nécessaire? *Alcoologie et addictologie* 2002 ;24 :370-1.
- 2 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.
- 3 Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford Press New york 1985;558 p.
- 4 Guichenez P, Clauzel I, Quantin X, Stoebner-Delbarre, Clauzel AM, Godard P.  
Thérapie cognitive et tabac: théorie et pratique; Actes des VIIIèmes journées Régionales de tabacologie; Montpellier 17 et 18/06/2005.
- 5 Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R. Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique. *L'encephale* 2002 ;XXVIII :343 :374-7