

Place des TTC en tabacologie

Dr Philippe ARVERS, MD PhD

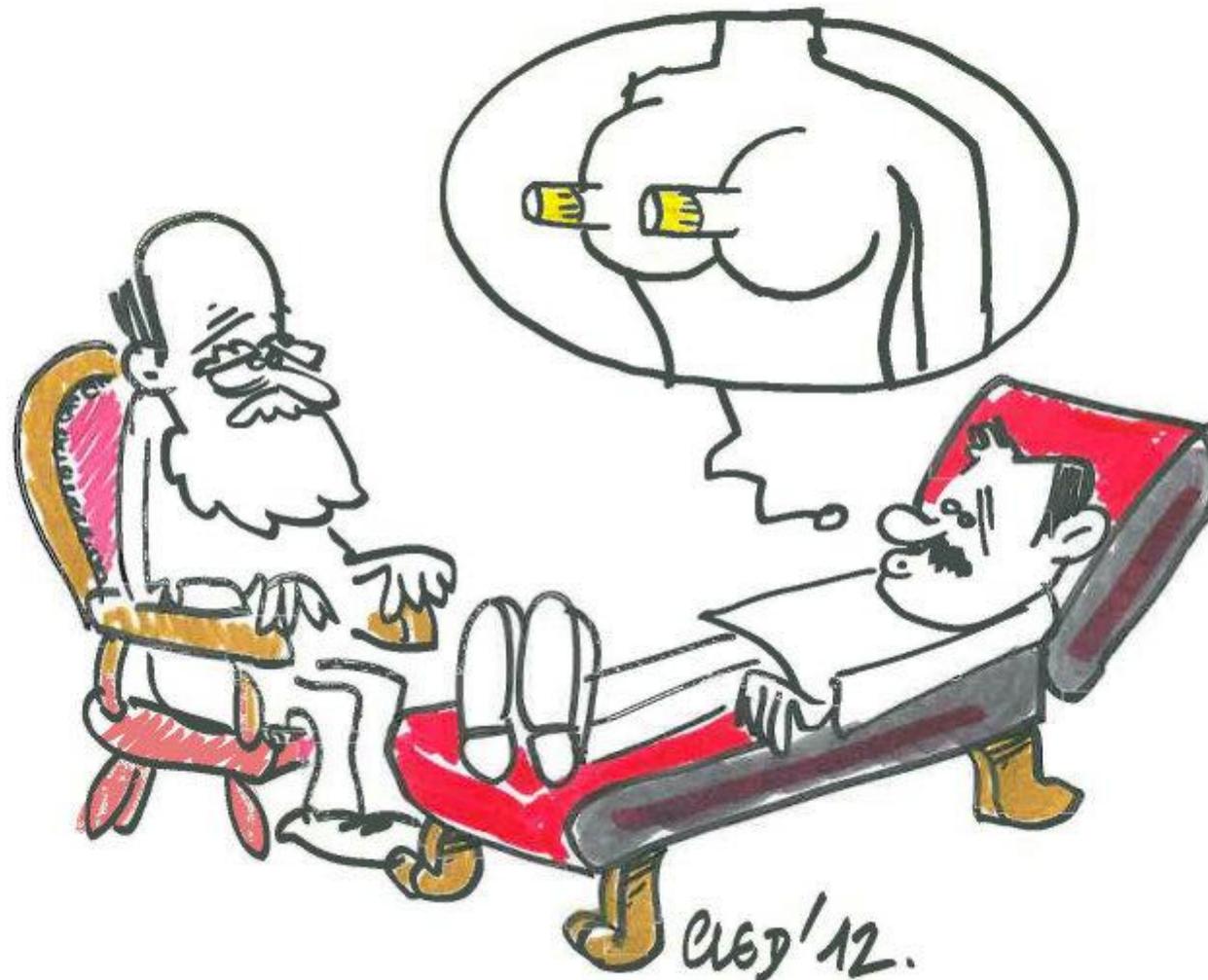
7^{ème} Centre médical des armées – Varcès

**Observatoire Territorial des Conduites à Risque
de l'Adolescent – Université Grenoble Alpes**

philippe.arvers@gmail.com



TABAGIE ET PSYCHANALYSE ...



Tabacologie et psychanalyse

- La publication du *Livre noir de la psychanalyse* a suscité de nombreux débats dans notre pays, un des derniers bastions de cette forme de psychiatrie. Le chapitre « Les victimes de la Psychanalyse » est particulièrement éloquent ; de telles histoires sont malheureusement fréquentes. Personnellement, dans le cadre d'une consultation de tabacologie, les faits observés suscitent les réflexions suivantes.
- **Les fumeurs consultants sont des fumeurs très dépendants. Ils sont atteints, dans plus de la moitié des cas, de troubles anxieux et dépressifs, le plus souvent méconnus et non identifiés jusqu'alors : anxiété généralisée, phobie sociale, dysthymies et trouble bipolaire atténué. Chez ces fumeurs le recours à une psychothérapie est fréquent, plus d'un tiers des cas, ce qui reflète bien l'existence d'une souffrance psychologique plus ou moins exprimée.**
- Dans le cadre du bilan psychologique usuel, les questions suivantes ont été posées : avez-vous déjà suivi une psychothérapie, pendant combien de temps ? Quel type de psychothérapie et de thérapeute (médecin psychiatre psychanalyste - il y a alors en principe une feuille de maladie - psychologue, le plus souvent une femme, psychanalyste non médecin) ?
- **Les stratégies utilisées par les « thérapeutes » sont pour moitié des thérapies de soutien et pour moitié des psychanalyses. Les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) ont été jusqu'alors exceptionnelles.**

Des dérives choquantes

Au cours de ces thérapies psychanalytiques, peuvent s'observer des dérives choquantes :

- **paiement exclusivement en espèces**, avec des tarifs élevés (c'est plus efficace !). Lorsqu'il s'agit d'un psychiatre, le montant des honoraires est porté sur la feuille de maladie, mais il y a souvent en plus, une somme directement versée en espèces. J'ai vu également des cas où, au bout de quelques mois, la feuille de maladie n'était plus remise, avec un paiement en espèces, toujours pour une meilleure efficacité. Certes et malheureusement, de telles pratiques existent également dans d'autres champs de la médecine, mais elles y semblent moins fréquentes.
- **la durée du suivi est toujours très longue**, dans la majorité des cas supérieure à 5 ans, une à deux fois par semaine. Les chiffres de plus de 10 ans ne sont pas rares ; le record est de 15 ans, et la thérapie est encore en cours : le thérapeute ayant déménagé après sa retraite, la patiente l'a suivi !
- **la psychanalyse peut également comporter des risques, car les traitements nécessaires ne sont pas toujours mis en œuvre** : ceci est surtout le fait des non-médecins, et surtout des analystes « purs » qui n'ont pas les bases indispensables en psychologie et en psychiatrie ; en outre les psychanalystes ne prescrivent pas ! Tel fut le cas de cette patiente âgée de 50 ans, vue en consultation pour une double dépendance tabac-alcool. Son état psychologique est très précaire depuis de nombreuses années, et elle a lors de cette consultation, tous les symptômes d'un état dépressif majeur non traité. En fait, un trouble bipolaire était connu depuis l'âge de 25 ans et avait commencé à être traité. À l'âge de 30 ans, elle a consulté un psychanalyste « pur », qui a arrêté le traitement médicamenteux et la voit régulièrement une ou deux fois par semaine depuis vingt ans. Ainsi cette patiente n'a pas bénéficié d'un traitement dont l'efficacité est pourtant parfaitement démontrée.

Une souffrance toujours présente

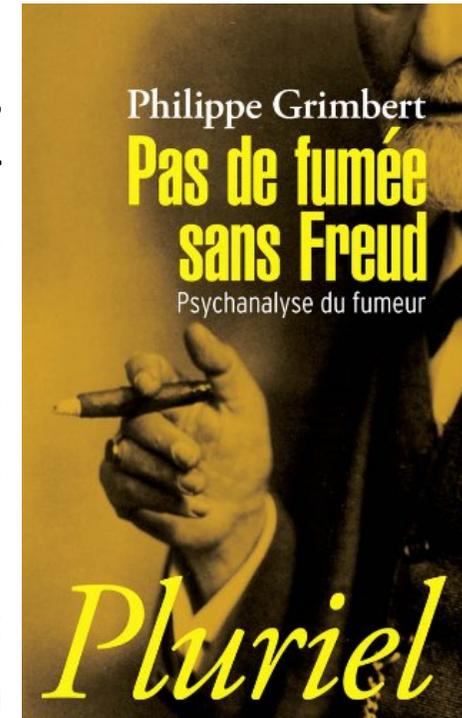
- Lorsque ces sujets sont vus en tabacologie, la souffrance psychopathologique, associée à leur tabagisme et ayant motivé la psychothérapie, reste toujours présente, comme le montrent bien leurs plaintes : sensation de mal-être, anxiété, hypersensibilité au stress, « déprime ». En fonction des résultats du bilan psychologique pratiqué, fondé sur le DSM V et des échelles dimensionnelles (HAD, Beck), un traitement psychotrope adapté est mis en place : antidépresseurs Inhibiteur Recapture Serotonine, thymorégulateur, complété chaque fois que possible, mais trop rarement hélas, faute de moyens, par une TCC. En association au traitement pharmacologique de la dépendance tabagique, le plus souvent la substitution nicotinique, cette approche permet d'obtenir un sevrage non pénible et durable, contrairement aux tentatives antérieures d'arrêt ; parallèlement, il y a une amélioration souvent spectaculaire de l'état psychologique, ce qui n'avait pas été observé après des années de psychanalyse. **Certains patients nous ont alors dit : « je vivais avec ces troubles, mais je considérais qu'ils faisaient partie de moi-même », « je suis une autre » ou « c'est rudement bien d'être bien ! », « je suis enfin comme j'avais toujours rêvé d'être ».** Cependant, la majorité de ces patients disent être très attachés à leur psychothérapeute, et ne regrettent pas cette démarche, malgré l'évidence de l'échec.

- Dans ces conditions, malgré la persistance des troubles, et souvent malgré des sacrifices financiers importants, pourquoi continuent-ils des années durant, ces rencontres coûteuses et dont la durée même témoigne de l'inefficacité ?
- Une des explications possibles réside dans les **difficultés psychologiques** de ces sujets. Ils ont en permanence un sentiment de mal être, d'inconfort, d'anxiété, de détresse et d'échec. Le plus souvent, ils n'ont pas consulté pour ces troubles ou n'ont pas obtenu le secours recherché auprès des médecins. Avec ces « thérapeutes », ils ont trouvé un soutien et une écoute qui leur a apporté un soulagement, comme le fait tout secours par la parole, autrefois les directeurs de conscience, la confession (tous deux désintéressés), aujourd'hui les « mages », « guérisseurs » et autres charlatans... Cela est grave, car ces sujets vivent dans l'illusion d'un bienfait et n'ont pas bénéficié des thérapies pharmacologiques et psychologiques validées, qui auraient pu leur apporter un réel soulagement ; ils ont poursuivi leur intoxication au tabac et autres substances psychoactives, avec toutes les complications dramatiques liées à ces drogues. Les thérapies psychanalytiques n'ont jamais démontré le moindre résultat dans le domaine des dépendances.

D'autres stratégies possibles

- Quelle attitude pratique devons-nous avoir dans cette situation ? Certes, la dépendance tabagique doit être prise en charge, ainsi que les troubles psychologiques ; notre devoir de médecin nous l'impose. Mais il faut laisser au sujet le choix de poursuivre le mode de psychothérapie auquel il est attaché, tout en lui indiquant qu'il existe d'autres stratégies possibles, par exemple les TCC pour la gestion du stress, l'affirmation de soi... Il n'est nul besoin du « divan » pour manifester soutien et empathie aux sujets qui se confient à nous !
- **Ainsi, la consultation de tabacologie est-elle un observatoire privilégié des « coulisses » de la médecine, et en particulier des pratiques en psychothérapies. Ces observations confirment bien la situation ubuesque où se trouve la psychothérapie en France, avec un retard majeur par rapport aux autres pays développés... au siècle de l'Evidence Based Medicine, comme l'a bien souligné P. Légeron dans un article récent.** Mais il y a un tel lobby et un tel passé... Et ces explications purement verbales, ces « vérités révélées » sont tellement simples à comprendre et à reproduire par les médias et les béotiens ! Tout ceci avait été merveilleusement décrit, il y a plus de 20 ans par un précurseur, mon collègue d'internat le Pr. Debray-Ritzen dans son livre *La psychanalyse, cette imposture*. Et encore plus loin, ce mot que j'ai entendu en 1953 de la bouche de Robert Debré, illustre pédiatre (j'étais alors interne dans son service) : « *la psychanalyse, c'est la plus grande escroquerie du siècle* ».
- L'évolution est cependant en cours, mais elle sera encore longue. « *Les thérapeutiques néfastes et les pratiques irrationnelles et erronées ne s'évanouissent qu'avec la disparition physique de leurs promoteurs et disciples* » (Pr. Debray-Ritzen)

- Le livre de Philippe Grimbert, « Pas de fumée sans Freud » montre comment le tabagisme et le cancer ont influencé la manière dont est née la théorie freudienne.
- Freud alors “simple” neurologue s’essaiera à la cocaïne et s’en trouvera “très satisfait”, c’est la peur de l'accoutumance qui l'amènera à arrêter.
- Il ne sera pas capable de cet arrêt pour les cigares : Freud fume pratiquement sans discontinuer. La photo en couverture de nombreuses parutions des textes de Freud donne le ton : tous ceux qui s'intéressent au personnage la connaissent. Elle illustre des idées répandues dans le milieu psychanalytique. Le cigare serait, dans cet imaginaire collectif, un *alter ego* intérieur lors de ses réflexions personnelles, un passage obligé lors des réunions avec les premiers disciples et pourrait être à l’origine de la durée type de la séance de psychanalyse (45 minutes).



Freud, le suçoteur

Philippe Grimbert

- Freud est un consommateur de tabac passionné. Il découvre à 24 ans le plaisir de la cigarette, mais il se livre également à une consommation assidue de cocaïne, à laquelle il ne renoncera que témoin des ravages qu'elle produit sur certains de ses contemporains. Elle lui donne cependant l'occasion de la publication de son premier essai : Uber coca. Angoissé et phobique, il recourt à cette substance lors de situations anxiogènes et en devient très vite un prosélyte enthousiaste, avant que le risque d'accoutumance le fasse reculer. Il se reporte alors sur le cigare, pour en faire le compagnon obligé de tous les moments de sa vie et le stimulant indispensable à sa réflexion. Il fume sans mesure et parvient assez vite au rythme moyen d'au moins vingt cigares par jour. Sur cette exigence de plaisir il ne cédera jamais, même lorsque l'atteinte de sa mâchoire se manifestera et que ses médecins lui confirmeront le rôle actif de la nicotine dans un processus destructeur dont il se fera à la fois la victime et l'agent.

Freud, le suçoteur

Philippe Grimbert

- Une allusion au tabac, dans l'un des cas les plus célèbres des **Cinq psychanalyses** : la jeune Dora, de son vrai nom Ida Bauer, surnommée par Freud « Dora la suçoteuse ». Au détour de l'une de ses séances, elle confiera en effet avoir senti, à la suite d'un rêve, une odeur de fumée. Fumeuse elle-même, elle partageait ce plaisir avec son père et monsieur K., l'homme qui la courtisait. Freud se contentera d'interpréter cette sensation olfactive comme le désir d'un baiser de sa part, un baiser de fumeur. Fort peu de choses en vérité, comparées à l'ensemble de son œuvre !

Freud, le suçoteur

Philippe Grimbert

- En revanche, si l'on se plonge dans l'immense correspondance qu'il a entretenue avec ses proches, ses disciples ou les plus grands esprits de son temps, on constate que **la question du tabac y apparaît de façon récurrente, non pas sur le mode d'une tentative d'élucidation mais plutôt comme aveu de soumission à un maître tyrannique.**
- Au fil de ces lettres, on peut voir l'inventeur de la psychanalyse faire le constat formel de **l'indispensable apport de cette substance à son élaboration théorique, se répandre en soucis d'approvisionnement et manifester son inaltérable attachement à la jouissance tabagique.** Reconnaisant son impérieux besoin, certes, mais jamais analyste de ce besoin, Freud n'aura jamais tenté une mise en perspective de sa passion tabagique avec sa propre histoire : sans doute l'histoire d'un enfant suçoteur, si l'on en croit son hypothèse !

Le premier entretien

- Quel est le problème ?
- Qu'aimeriez-vous faire ?
- Comment comptez-vous vous y prendre ?
- En quoi / Comment puis-je vous aider ?

Le premier entretien

- Problème simple → questions précédentes
- Problèmes complexes
 - On liste les problèmes
 - Acceptation de traiter UN problème
 - on va du plus récent au plus ancien
 - Il faut être accepté comme AIDANT
 - Si le patient a obtenu quelque chose (en réponse à sa demande), il reviendra

Le premier entretien

- Une fois le problème défini, on sait à quel stade on se situe et quelle action mener / proposer
 - Stade de précontemplation/contemplation
 - → entretien motivationnel
 - Stade de détermination
 - → trouver la meilleure stratégie du changement, qui soit acceptable/accessible/appropriée/efficace
 - → il faut passer au stade d'action

Le premier entretien

- Une fois le problème défini, on sait à quel stade on se situe et quelle action mener / proposer
 - Stade d'action
 - → passer au stade de maintien de l'action
 - Stade de maintien de l'action
 - Repérer les menaces de rechute
 - Se situer dans le processus de deuil
 - Gestion des émotions
 - Situations à risque et stratégies
 - Travailler sur les envies
 - Au niveau comportemental
 - Au niveau cognitif
 - Au niveau émotionnel

L'entretien motivationnel

- Ce qui motive quelqu'un à changer
 - État d'être **prêt** au changement
 - **Vouloir** changer
 - **Pouvoir** changer
- Pourquoi quelqu'un veut-il changer ?
 - Quand une valeur intrinsèque ou quelque chose d'important survient ;
 - Quand un comportement constructif semble émerger ;
 - Pour éviter l'inconfort, les effets négatifs d'un comportement, une souffrance.

Lorsqu'il y a déjà eu des sevrages

- Refaire l'historique,
- Montrer que ce qui a pu être fait à un moment donné peut être reproduit,
- Insister sur l'efficacité personnelle qui était présente alors,
- Expliquer que c'est à nouveau possible, et évaluer alors la motivation au changement,

Quel est votre degré de motivation ?

36 - À quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation : (0 signifie : "Pas important du tout" et 10 signifie "Extrêmement important").

pas important du tout

extrêmement important

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

37 - Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation : (0 signifie : "Aucune confiance" et 10 signifie "Totale confiance").

aucune confiance

totale confiance

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tableau 8 : Importance versus confiance

<i>Importance vs Confiance</i>	<i>Confiance faible</i>	<i>Confiance élevée</i>
<i>Importance faible</i>	<p><i>Volonté faible et capacité faible</i></p> <p>« Il me semble que j'ai d'autres chats à fouetter que la cigarette! De toute façon, même si je voulais arrêter, j'en serais incapable! »</p>	<p><i>Volonté faible mais capacité élevée</i></p> <p>« J'peux arrêter de boire quand je veux mais je n'en ai pas le goût! »</p>
<i>Importance élevée</i>	<p><i>Volonté élevée mais capacité faible</i></p> <p>« Je sais que je dois arrêter mais j'ai essayé tellement souvent et je n'ai jamais été capable! Je désespère! »</p>	<p><i>Volonté élevée et capacité élevée</i></p> <p>« Je dois arrêter et je vais le faire dès maintenant »</p>

Pour faire émerger la confiance

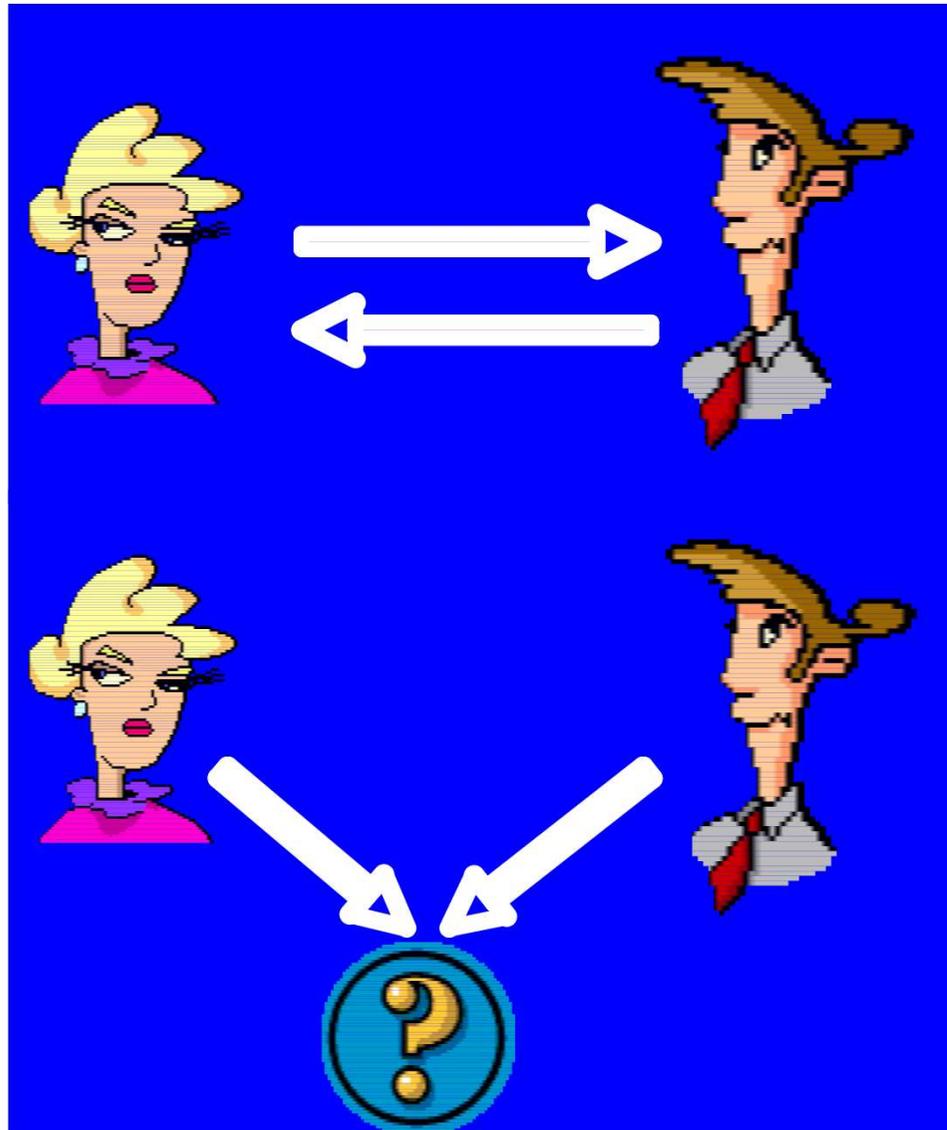
- La confiance doit être traitée comme l'ambivalence
 - Confiance (+ / -)
 - Pas de confiance (+ / -)
- Questions pour évoquer le changement
 - Que pourriez-vous faire ?
 - Quelle serait votre première étape ?
 - Quels obstacles voyez-vous et comment pouvez-vous les surmonter ?
 - Qu'est-ce qui vous fait dire que vous pourriez le faire ?
- Donnez des informations au patient quand il le demande

L'entretien motivationnel : définition

- C'est un entretien
 - directif
 - centré sur la personne
 - pour mettre en évidence la motivation intrinsèque à changer
 - En explorant et en l'aidant à explorer et à résoudre son ambivalence

In: William R. Miller, Stephen Rollnick. **Motivational Interviewing, Second Edition:** Preparing People for Change. Guilford Press, 2002 - 428 pages

Amener à réfléchir dans le même sens que le thérapeute



**Deux
personnes
« qui
s'évaluent »**

**Deux
personnes
« qui
travaillent
ensemble
pour
résoudre les
problèmes »**

Fondamentaux de l'E.M.

- Collaboration (rapport collaboratif)
- Evocation du changement
- Autonomie
- 4 grands principes
 - Exprimer de **l'empathie**
 - Développer la **divergence** (mettre le doigt sur la différence entre ce que fait la personne [comportement] et ses objectifs [buts]) = induire de la dissonance
 - Rouler avec la **résistance**
 - Soutenir **l'autoefficacité** (concerne la personne qui croit posséder les outils et les ressources nécessaires pour relever un défi ou accomplir une tâche (*Bandura* [1997]))

Rôle du CO-testeur



Stade pré-contemplatif

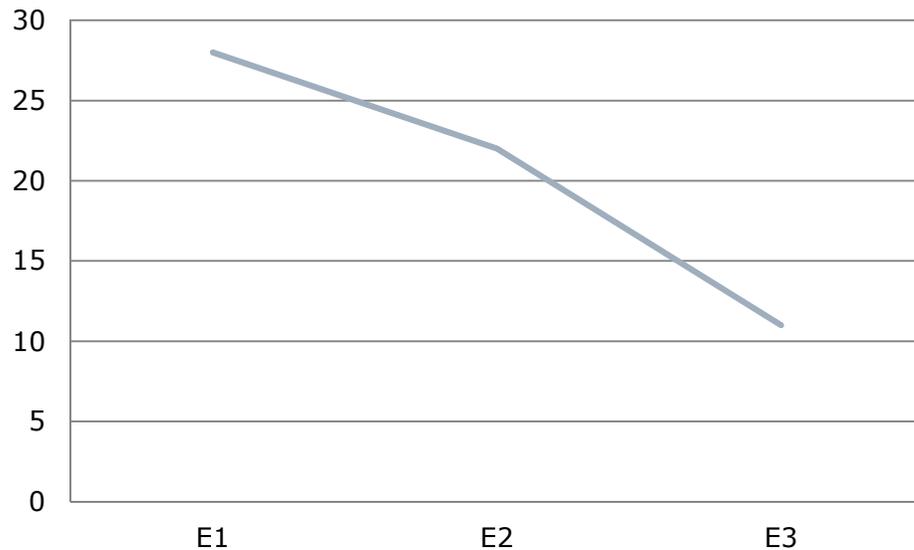
*« c'est le médecin et mes proches qui m'envoient vous voir ;
la cigarette, c'est le seul plaisir qui me reste »*

Entretien motivationnel

Information + Feed-back

Mesure du CO (28 ppm)

Choix de réduire la consommation (passer de
15 à 13 cigarettes/jour)



CO dans l'air expiré : 10 ppm (E4)

Changement de comportement

**Renforcement du sentiment d'efficacité
personnelle**

Changer – résister

consonance / dissonance

- Dissonance dans la relation quand :
 - Agenda ou aspirations différentes
 - Trop de différences entre les stratégies du thérapeute et le niveau de changement du patient
 - S'il existe un haut niveau émotionnel (les émotions sont un obstacle au changement)
 - Si le thérapeute offre lui-même des blocages (empathie++)
 - Si désaccord des rôles
 - → besoin de guidance, de poser des limites
 - « qu'est-ce que vous voulez faire ? »

Tableau 9. Catégories de comportements résistants

Argumenter	Interrompre	Nier	Ignorer
<ul style="list-style-type: none">-Remettre en doute ce que dit l'aidant ou ses compétences-Ne pas tenir compte de ce que dit l'autre-Être hostile	<ul style="list-style-type: none">-Couper la parole-Élever la voix	<ul style="list-style-type: none">-Blâmer-Être en désaccord-Trouver des excuses-Se croire à l'abri des conséquences négatives-Minimiser-Être pessimiste-Ne pas désirer changer	<ul style="list-style-type: none">-Ne pas porter attention-Donner des réponses qui n'en sont pas-Ne pas réagir-Dévier du sujet

(Miller & Rollnick, 1991)

Changer – résister consonance / dissonance

- Consonance dans la relation quand :
 - Impression de danser et avancer ensemble
 - Ne pas combattre l'un contre l'autre (résistance)
 - Échange gagnant / gagnant
 - Aidant / aidé
 - L'aptitude à changer ne dépend pas QUE du patient
 - Collaboration entre 2 experts (thérapeute = expert des addictions) ; patient = expert de lui-même)
- **Danser ensemble et non combattre, boxer ensemble**

Identification des stades de changement

- J'utilise la cigarette électronique parce que le tabac est trop cher.
- Ma femme n'arrête pas de se plaindre de ma consommation de tabac, c'est son problème.
- Les choses vont bien depuis trois mois, depuis que j'ai arrêté de fumer.
- Est-ce possible d'arrêter de fumer d'un coup ?
- Si j'avais un logement convenable, tout irai bien !
- J'ai fumé dix cigarettes de moins cette semaine.
- Si je peux le faire, je voudrais modérer ma consommation.
- Pendant six mois, je suis arrivé à prendre du tabac que durant les week-end.
- Je ne me suis pas disputé avec ma femme depuis que j'ai arrêté de consommer, cette semaine.
- Je n'ai pas de problème.
- Parfois, je pense : peut-être me faut-il moins fumer ?
- Depuis hier, je ne fume plus.
- C'est dur de ne pas fumer pendant la semaine, mais ça va de mieux en mieux.
- J'ai peur de rechuter.
- Fumer est le cadet de mes soucis.

EM : travailler la motivation au changement

- Définir le stade /L'évaluer tout au long de l'EM
 - PC → info + feed-back (à la demande/sur autorisation)
 - C (stade 1) → balance décisionnelle
 - D (phase 2) → stratégies (passage au stade d'action)
 - A → maintien de l'Action
- Techniques d'entretien
 - Questions ouvertes,
 - Reflets (simple/complexe=paraphrase/reformulation/reflet de sentiment),
 - Résumé,
 - Avec une cotation (importance/confiance en sa capacité/buts)
- En repérant la résistance
 - Recréer du lien
 - Stratégies d'adaptation.

Le stade précontemplatif

- La personne n'a pas encore considéré la possibilité de changer ou n'a pas encore identifié son problème comme étant un problème.
- On décrit 4 types de précontemplateurs
 - Le résistant : manque de connaissance/d'énergie
 - Peu conscient de l'impact du comportement
 - Peur du changement, ne veut pas prendre de risques
 - Se trouve confortable dans la situation (effets + >> -)
 - Le rebelle :
 - N'aime pas qu'on lui dise ce qu'il faut faire
 - Le résigné :
 - Manque d'énergie, d'investissement, est découragé
 - Il décourage aussi le thérapeute (thérapeute-killer)
 - Le rationalisateur :
 - Le problème est une résultante
 - C'est souvent le problème de l'autre
 - Il commet beaucoup d'erreurs de logique

Pour aborder les précontemplatifs

- Les résistants → feed-back (ressenti personnel sur la situation) + information
- Les rebelles → choix (il doit garder le contrôle ; le faire réfléchir sur le choix) + information
- Les résignés → reformuler sous une forme positive
 - Soutien de l'espoir + autoefficacité
 - Exploration des obstacles au changement
 - Augmenter confiance en soi + estime de soi
- Les rationalisateurs (erreurs de logique) → donner des arguments pour/contre (reflets).

Le stade contemplatif

- Le patient est plus ou moins conscient du problème.
- Ce stade est caractérisé par l'ambivalence
- On utilise la balance décisionnelle
 - Avec des questions ouvertes
 - Avec les mots du patient
 - En commençant par les avantages à consommer
 - Approche à court-terme / à long-terme
 - Avec une cotation de 0 à 10 par item

La balance décisionnelle

- But = faire pencher la balance en faveur du changement

AVANTAGES ET DESAVANTAGES DE :

Continuer à fumer

+

-

Arrêter de fumer

+

-

La balance décisionnelle

- But = Arriver à n'avoir que des inconvénients à fumer et que des avantages à arrêter de fumer → décision d'arrêt

AVANTAGES ET DESAVANTAGES DE :

Continuer à fumer

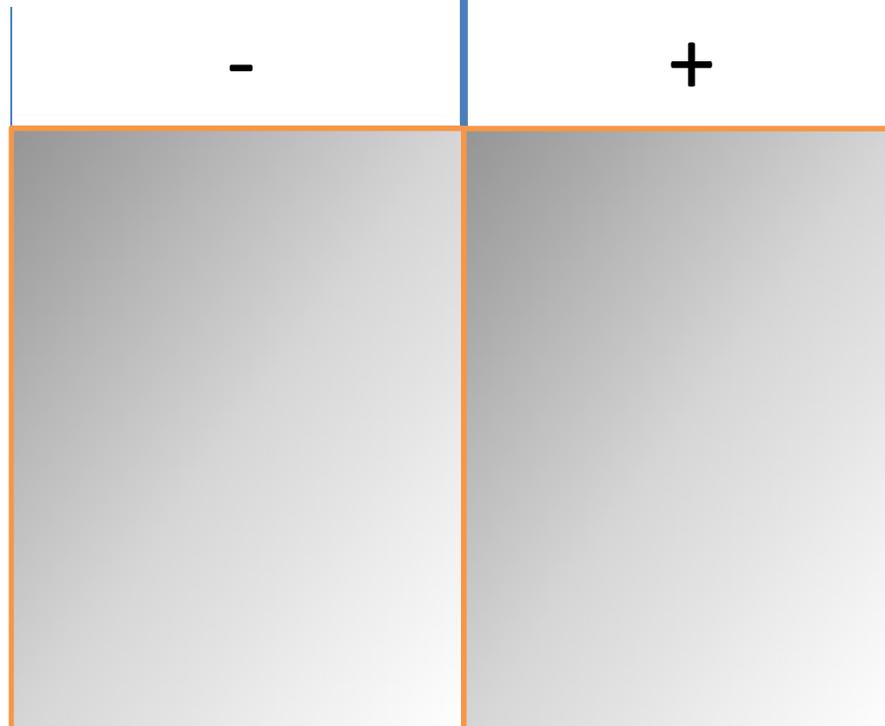
Arrêter de fumer

+

-

+

-



Le stade décisionnel

- Il faut renforcer l'engagement au changement
- Il faut augmenter l'importance du discours confiance, augmenter l'auto-efficacité.
- Quels sont les 3 pièges à éviter à ce stade ?
 - 1 - Prendre partie
 - 2 - Rôle de l'expert,
 - 3 - Pessimisme à deux : il y a toujours une lueur d'optimisme.
- Comment augmenter la confiance ? En reconnaissant le discours confiance, y répondre, en résumant les arguments d'auto-efficacité par l'écoute réflexive et la valorisation.

A ce stade, je rappelle que :

- L'importance de la démarche entreprise,
- Le fait que beaucoup :
 - Ne prennent pas rdv
 - Prennent un rdv et ne viennent pas à la consultation
- Si c'était si facile il n'y aurait pas besoin de tabacologues, d'un accompagnement de plusieurs mois, ...

Comment le construire ?

Six techniques

- 1 - Questions évocatrices. « Qu'est-ce qui pourrait vous aider ? »
- 2 - Par des échelles de confiance entre 0 à 10 : « pourquoi 7 et pas 0 pourquoi 7 et pas 9 »
- 3 - Evocation des succès passés : « vous aviez déjà arrêté de fumer », « vous avez eu ces différents succès ».
- 4 - Donner son avis avec demande d'autorisation, de permission
- 5 - Evoquer les qualités personnelles, la ténacité
- 6 - Demander aux gens de faire preuve d'imagination : « et si vous aviez une baguette magique qu'attendriez-vous ? »

Renforcer l'engagement au changement

- Résumé de la situation actuelle
 - Discours changement
 - Ambivalence
 - Évidences importantes pour le changement
 - Confiance % changement
 - Notre propre évaluation de la situation
- Donner de l'information et un éventail de possibilités seulement si la personne le demande et avec sa permission
- Négocier un plan de changement / un engagement

L'intervention brève

- Avoir l'objectif de l'entretien en tête
- Mêmes bases que l'EM classique
- But = encourager la personne à explorer ses relations avec le tabac, à son comportement
- La question du changement doit se présenter de façon naturelle
- A privilégier quand on n'a pas beaucoup de temps

Les 6 composantes : FRAMES

- **F**eed-back
- **R**esponsabilité (laissée au patient)
- **I**nformation (**A** la carte)
- **C**hoix (**M**enu)
- **E**mpathie
- **A**uto-efficacité (**S**elf- efficacy)

Travail de l'I.B.

- Il faut faire évoluer la réflexion à partir de différents types de questions :
 - Utilisation du tabac de façon détaillée
 - Profil d'une journée-type
 - Style de vie et stress
 - Impact de la consommation de tabac sur la santé
 - Bons aspects/mauvais aspects du tabac
 - Utilisation dans le passé et actuellement
 - Donner de l'information et demande un feed-back
 - S'enquérir des préoccupations de la personne vis-à-vis de sa consommation

Pour clore l'I.B.

- L'objectif n'est pas d'obtenir que le patient fasse forcément quelque chose.
- Le succès de l'entretien est lié au fait qu'il ait bougé le log du continuum « être prêt à changer ».
- Faire un résumé de l'entretien en soulignant les préoccupations et les intentions de changement exprimées par le patient.

Principes de l'intervention brève

- Diagnostiquer le stade de changement
- Se fixer un objectif
- Se limiter à 10 mn
- Donner des tâches à faire à domicile
- Synthétiser
- Prévoir le prochain rendez-vous

4 grands principes de l'E.M.

- Exprimer l'**empathie**
- Développer la **divergence** en créant de l'inconfort, de la contradiction (*dissonance cognitive*) entre les comportements et les buts futurs
- Utiliser la **résistance** (*judo psychologique*)
- Soutenir l'**autoefficacité**

L'empathie

- Authenticité
- Compréhension (du côté de l'autre)
- Disponibilité
- Croyance en l'autre
- Intérêt et respect
- Acceptation de l'autre

L'empathie suppose 2 capacités qui sont innées :

- donner une réponse affective à autrui
- capacité cognitive de prendre la perspective de l'autre

AUTHENTICITE

être conséquent avec
soi-même

COMPREHENSION DU POINT DE VUE DE L'AUTRE

ne pas tomber dans le
système sympathie/antipathie

DISPONIBILITE

intellectuelle
affective, morale

CROYANCE EN L'AUTRE

accepter ce qu'il dit
accepter ce qu'il est

EMPATHIE

Attention aux stéréotypes

ACCEPTATION DE L'AUTRE

inconditionnelle
humilité

Position basse (RODGERS)

INTERET ET RESPECT SANS RESERVE

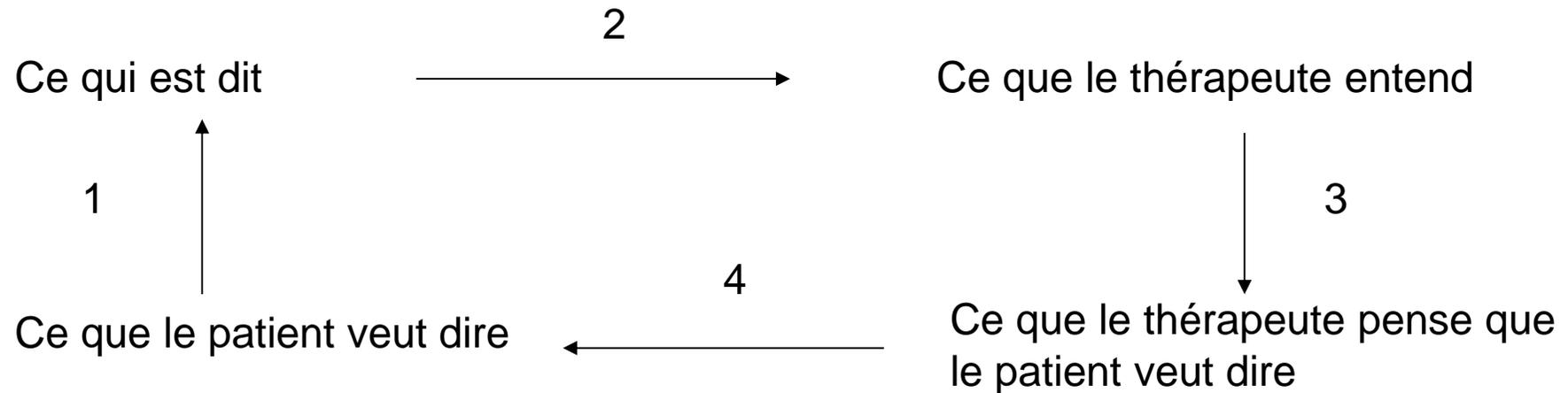
Attitude positive, chaleureuse
Cordialité non possessive

Le rapport collaboratif

- L'alliance thérapeutique
 - « Il est généralement admis qu'une bonne relation patient/thérapeute constitue la clef d'une psychothérapie réussie. Pour le praticien, la difficulté permanente est de maintenir l'équilibre entre professionnalisme et empathie. » Charly Cungi
- On traite d'égal à égal, et non de thérapeute qui sait à un patient passif qui subit.



Cela passe par une bonne communication (modèle de Th. Gordon)



Celui qui parle ne dit pas exactement ce qu'il pense (1)

Celui qui écoute n'entend pas correctement ce qui est dit (2)

Celui qui écoute donne une interprétation différente aux mots (3)

L'écoute réflexive est censée effectuer la connexion (4) et vérifier si ce que l'auditeur pense que « le locuteur veut dire » correspond bien à « ce que le locuteur a dit »

Sinon, la communication peut mal passer ...

Les 4 R (Charly Cungi)

- **Recontextualiser** (questions ouvertes, en allant du général au spécifique)
- **Reformuler** (avec les mots du patient)
- **Résumer**
- **Renforcer** l'autoefficacité du patient

4 techniques de l'EM: **OuVER**

- Les questions **OU**vertes
- **V**alorisation
- **É**coute réflexive = reformulation (reflet)
- **R**ésumé

L'écoute réflexive vérifie les hypothèses

- Elle permet de vérifier que l'on a bien compris :
 - « Est-ce bien cela que vous voulez dire ? »
 - « Est-ce que vous voulez dire que ... »
- En effet, ne répondre que par « oui » ou par « non » génère de la frustration et bloque la discussion → questions ouvertes.

Les reflets

- Reflets simples
- Reflets complexes
 - La paraphrase
 - La reformulation
 - Le reflet de sentiment
- Reflets amplifiés
- Reflets double aspects (les 2 côtés de l'ambivalence)

Le reflet simple

- C'est la répétition (reformulation neutre d'un propos) :
 - Du dernier mot d'une phrase ou le dernier groupe de mots (technique du perroquet) ;
 - En infléchissant le ton de la voix en fin de phrase, ce qui permet de poursuivre l'entretien.

La paraphrase

- Modification plus substantielle par laquelle l'écouterant **infère le sens** de ce qui vient d'être dit, le reflète dans des **mots nouveaux**, ajoute ou étend ce qui vient d'être dit.
- « Ma femme me surveille sans arrêt ! »
- « Vous pensez que votre femme vous contrôle... »

La reformulation

- L'écoutant reste près de ce que vient de dire le patient mais il le modifie légèrement ou reformule en utilisant des synonymes.
- « je n'ai pas touché à une seule cigarette! »
- « vous préférez (me) dire que vous n'avez pas fumé »

Le reflet de sentiment

- Souvent vu comme la forme la plus poussée du reflet, cette paraphrase met l'accent sur la **dimension émotive** via les énoncés de **sentiments, les métaphores, ...**
- « *ils peuvent tous fumer sauf moi!* »
- « vous devez être très en colère de ne pas pouvoir fumer... »
- « j'ai l'impression que cela vous touche beaucoup... »

3 types de reflets

P: « Si je veux je peux arrêter de fumer »

- **Reflet simple: en miroir**

- *T: « Si vous voulez, vous pouvez arrêter de fumer »*

- **Reflet complexe:**

- *T: « La volonté est quelque chose d'important pour vous »*

- *Ou T: « C'est important pour vous d'avoir la volonté »*

- **Reflet double:**

- Met en évidence l'ambivalence du patient

- employer : « **et** » « **d'un côté... de l'autre** » « **en même temps** »

Soutenir l'autoefficacité

- Dans les possibilités du changement
- Croire au potentiel du patient pour changer
- Le patient est responsable pour choisir et mener à bien les changements personnels
- Soutenir les solutions alternatives → esprit d'ouverture

La valorisation

- Valorisation et soutien du patient durant tout l'entretien sous forme de compliments, de déclaration de remerciement ou de compréhension.
- Souvent les patients ont perdu toute confiance en leur sentiment d'efficacité personnelle
- *T: « C'est bien d'avoir pris rendez-vous, je vous félicite »*
- *Importance de l'évolution du taux de CO, dans le cadre d'une réduction de consommation.*

Quels sont les 3 pièges à éviter ?

1 - Prendre partie,

2 - Rôle de l'expert,

3 - Pessimisme à deux :

il y a toujours une lueur d'optimisme

Répondre à la résistance

Répondre à la résistance

- Résistance = Dénier
 - C'est le fait qu'une personne refuse la perspective d'un changement
 - Compris comme une interaction entre intervenant et la personne
 - Désaccord entre les deux parties
 - Au centre du phénomène du changement
 - Plutôt que de la contrer, on va « ***rouler avec*** »

Reconnaître la résistance

- On l'entend:
 - Accélération de la parole
 - Commence à argumenter
 - « *Oui mais..., non mais...* »
- C'est un phénomène normal du changement
 - Le thérapeute doit en tenir compte
 - Le thérapeute ne doit pas lutter contre

Responsabilité du thérapeute dans la résistance

- Persuasion
- Prendre le rôle de l'expert (on n'est plus dans la relation médecin-malade)
- Critiquer, blâmer, porter un jugement sur le comportement
- Mettre des étiquettes (vouloir à tout prix que le patient reconnaisse sa pathologie)
- Etre pressé (→il ne faut pas aller trop vite)
- Savoir mieux que le patient ce qui est bon pour lui

Réponses à la résistance :

2 stratégies

1- Variations sur les affirmations d'écoute réflexive (diapositive suivante)

- Reflets simples
- Reflets amplifiés
- Reflets double aspects (pour explorer l'ambivalence)

2- Autres réponses

- Changer le focus, changer de sujet
- Recadrer, recontextualiser
- Etre d'accord avec une variation : reflet + recadrage
- Accent sur le choix personnel et le contrôle, l'autonomie personnelle (« Bien entendu, c'est vous qui allez décider »)
- Psychologie inverse ou paradoxe : prescrire le problème = cas spécial de reflet amplifié (« C'est une meilleure option de continuer à consommer »)

Utiliser la résistance

- C'est un phénomène interpersonnel qui surgit dans l'interaction
- Utiliser l'élan du patient : la résistance n'est pas directement contrée
- Nouvelles perspectives proposées, mais non imposées
- Changement des perceptions par le patient
- Eviter les disputes : c'est contre productif
- Résistance = dissonance = changement de stratégie
 - il faut refaire le lien à travers le feed-back
 - « Ah oui, c'est vrai, je ne vous ai pas bien compris »
 - il faut reconnaître cette résistance
- C'est le patient qui trouve les solutions, c'est lui qui doit travailler et non vous !!

4 techniques de l'EM: **OuVER**

- Les questions **Ou**vertes
- **V**alorisation
- **É**coute réflexive = reformulation (reflet)
- **R**ésumé

Susciter le
discours-changement:
La 5^o technique

Résoudre l'ambivalence

Le discours changement

- Permet de résoudre l'ambivalence
- Repérer dans le discours de la personne les germes du changement
 - !!! On ne pousse pas vers le changement !!!
- Repérer:
 - Les éléments positifs du changement
 - Les éléments négatifs de la poursuite de la consommation

Reconnaître le discours- changement

- **Le désir de changement** (*« j'ai envie, j'aimerais,.... »*)
- **Le besoin de changer** (*« il faut, je dois, faire quelque chose... »*)
- **La capacité de changer** (*« je peux y arriver... »*)
- **La Raison** (*« Si je fais rien, je risque de perdre mon travail... »*)

Faire émerger le discours changement?

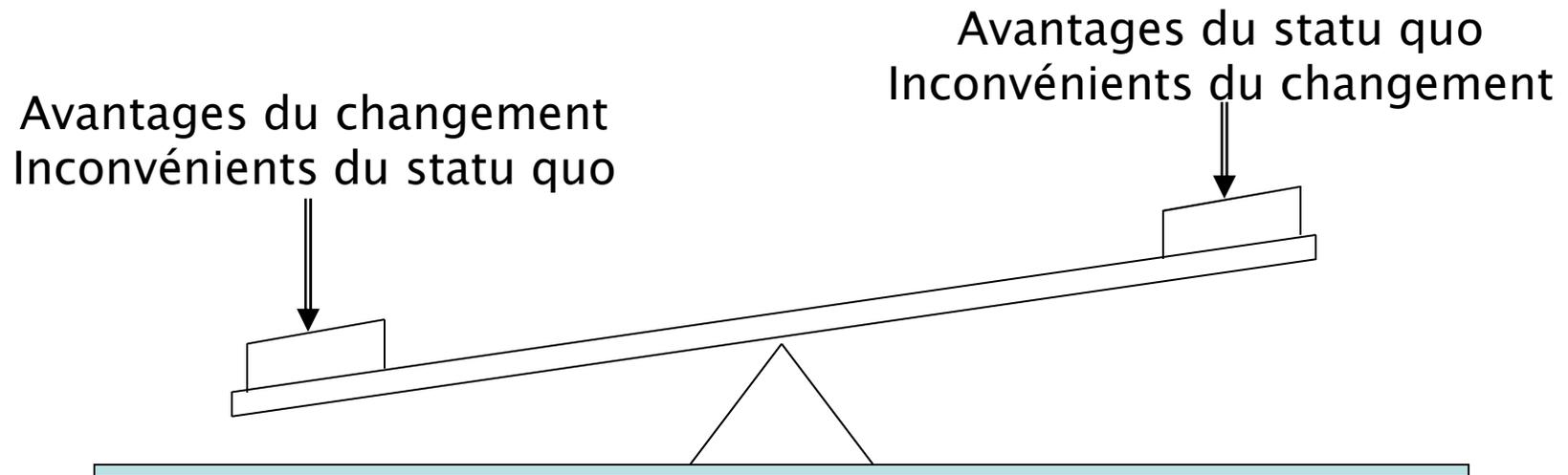
- **Utiliser des questions évocatrices**
- **Utiliser l'image de la balance décisionnelle**
- **Utiliser l'échelle d'importance**
- **Exploration des extrêmes**
- **Explorer le passé**
- **Explorer le futur**
- **Explorer les buts et les valeurs de la personne**

Utiliser des questions évocatrices

- T: « *J'entends que votre consommation de tabac vous pose beaucoup de problèmes* »
- T: « *Comment vous sentez-vous avec cela ?* »

Utiliser la balance décisionnelle

- Bonnes choses de la consommation vs mauvaises
- Essaye de voir ce qui pèse le plus en terme de valeur pour la personne



T: « **Qu'est-ce que vous mettriez sur le plateau ?** »
En allant dans le sens de continuer ou d'arrête

Utiliser la règle de l'importance

- *« Sur une échelle de 0 à 10, à quel point est ce important de faire quelque chose par rapport à votre consommation? »*

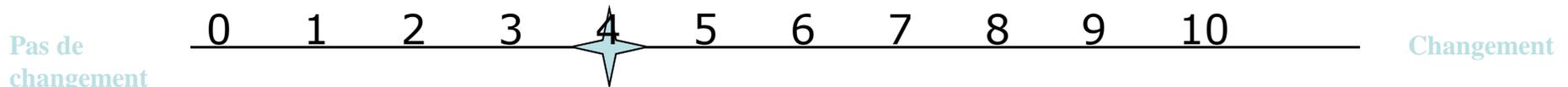
puis poser 2 questions:

-« pourquoi vous situez-vous à tant et non à zéro ? »

-« que faudrait-il qu'il vous arrive pour passer de tant à tant (valeur supérieure) ? »

Par exemple...

- Proposer une échelle visuelle analogique concernant la décision de changer les habitudes:



- À 0 vous n'envisagez pas de changement, à 10 vous avez décidé de changer
- « *Quelles raisons êtes-vous déjà à 4? »* »
- « *Quelles sont les raisons qui vous maintiennent à 4? »* »
- « *Que faudrait-il pour que vous vous situiez plus haut sur l'échelle ? »* »

Questionner les extrêmes (questionnement socratique)

- Demander de décrire leurs inquiétudes (ou celles des autres) jusqu'à leurs limites, d'imaginer les conséquences extrêmes qui pourraient s'en suivre

« *Le pire du pire* »

- Imaginer les conséquences les plus favorables liées à un changement

« *Le mieux du mieux* »

Explorer le passé

- Rappeler au patient l'époque d'avant l'apparition des problèmes et de la comparer avec la situation présente
- Cela permet d'instaurer une divergence
- Ceci est particulièrement utile, lorsqu'il y a eu des sevrages antérieurs → les explorer en détail

Se projeter dans l'avenir

- Imaginer ce que serait un futur meilleur
 - « *Comment voudriez-vous que les choses aient tournées pour vous dans les 10 ans qui viennent ?* »
- Anticiper le futur si le changement ne se fait pas
 - « *Supposons que vous ne fassiez aucun changement et que vous continuiez comme maintenant, comment voyez vous votre vie dans 10 ans ?* »

Explorer les buts et les valeurs de la personne

- Demander au patient ce à quoi il attache le plus de valeur dans sa vie
- Explorer ses valeurs afin de trouver des points de repère auxquels comparer le statu quo

Explorer les buts et les valeurs de la personne

- Il faut trouver des objectifs non compatibles avec les buts et les valeurs de la personne.
- Il s'agit en fait de développer les contradictions entre un présent et des objectifs.
- Il faut retrouver les valeurs personnelles presque philosophiques qui les poussent à arrêter.

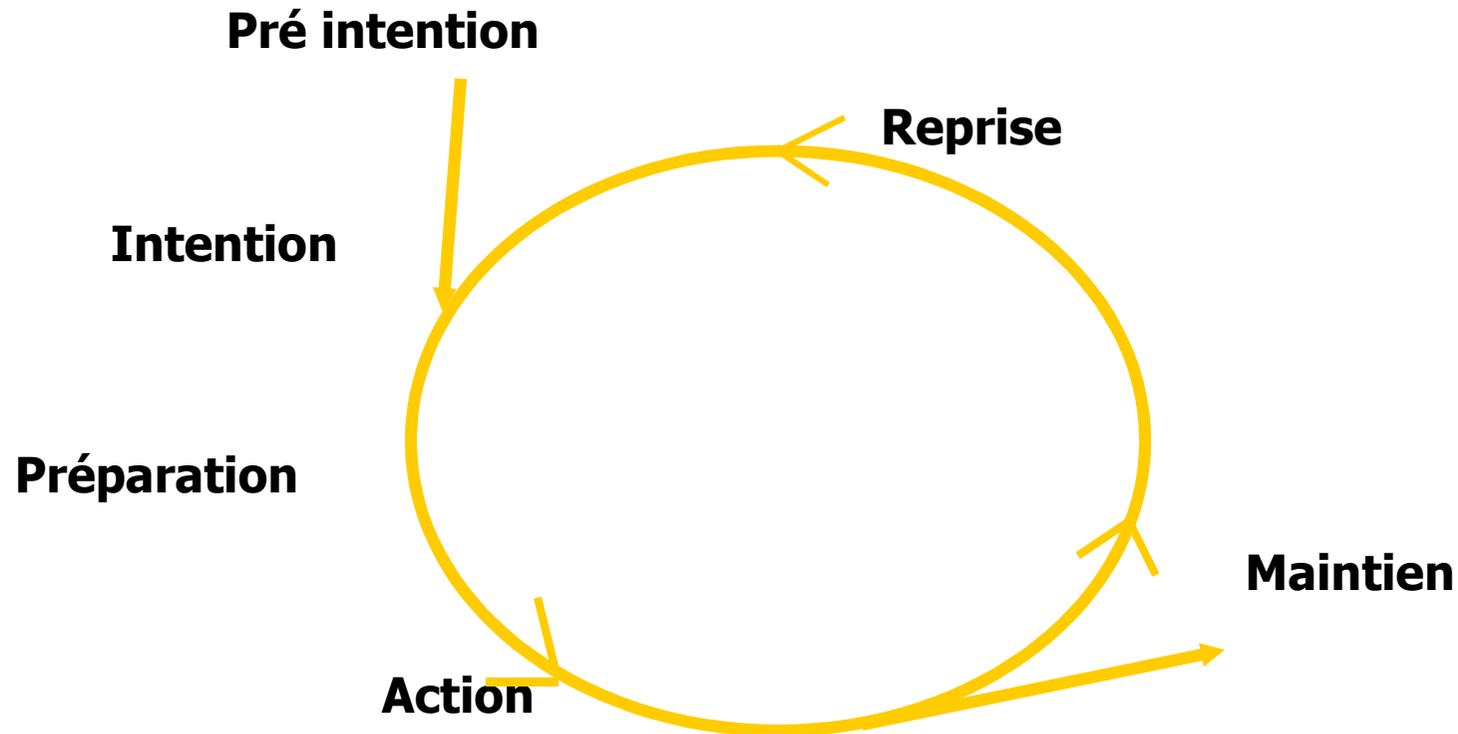
Prochaska - DiClemente

Le Modèle des étapes

de changement

Le Modèle des Étapes de Changement

Prochaska & Di Clemente



Pré - Intention

- Le Fumeur heureux
- La période rose

« ce n 'est pas mon problème »

Intention

- La personne a conscience du problème
- Elle ne se sent pas capable d 'arrêter ou en diffère la décision

« Je suis accro, il faudrait que j 'arrête mais ce n 'est pas le moment »

Action

- La personne a décidé d 'arrêter
- Elle fait les premiers essais
- Elle est très motivée, plus sûre d'elle-même mais souvent stressée

« ça y est, j 'arrête »

Maintien

Il faut apprendre à :

- gérer les effets indésirables (irritabilité, craving...)
- valoriser les bénéfices
- gérer les situations à risques

« Je suis ex-fumeur, ancien buveur... »

« La rechute »

effet violation de l'abstinence

Marlatt et Gordon

- La rechute se fait en 2 temps
La première prise et toutes les autres
- Après la première prise 2 pièges amènent la rechute :

Minimiser

Dramatiser

Reprise de la consommation

- minimisation « *ce n 'est pas grave* »
- dramatisation « *c 'est foutu, je suis incapable de* »

dans les deux cas, la rechute est probable

Que faire ?

Les T.C.C.

- Thérapie Comportementale et Cognitive

Les Etapes en TCC

source C.CUNGI

- Établir un rapport collaboratif
- Faire l'analyse fonctionnelle du problème
- Définir les outils thérapeutiques adéquates
- Évaluer les résultats

TCC
Le rapport collaboratif
source **C.CUNGI**

- Empathique
- Authentique
- Chaleureux

Professionnel

Les 4 R

source C.CUNGI

➤ Recontextualiser

➤ Reformuler

➤ Résumer

➤ Renforcer

Analyse Fonctionnelle

- Comment fonctionne le problème
Étapes diachronique et synchronique
- Objectifs:
 - faire des hypothèses concernant l'apparition et le maintien du problème
 - Indiquer les outils thérapeutiques
 - Ⓜ Évaluer les buts à atteindre

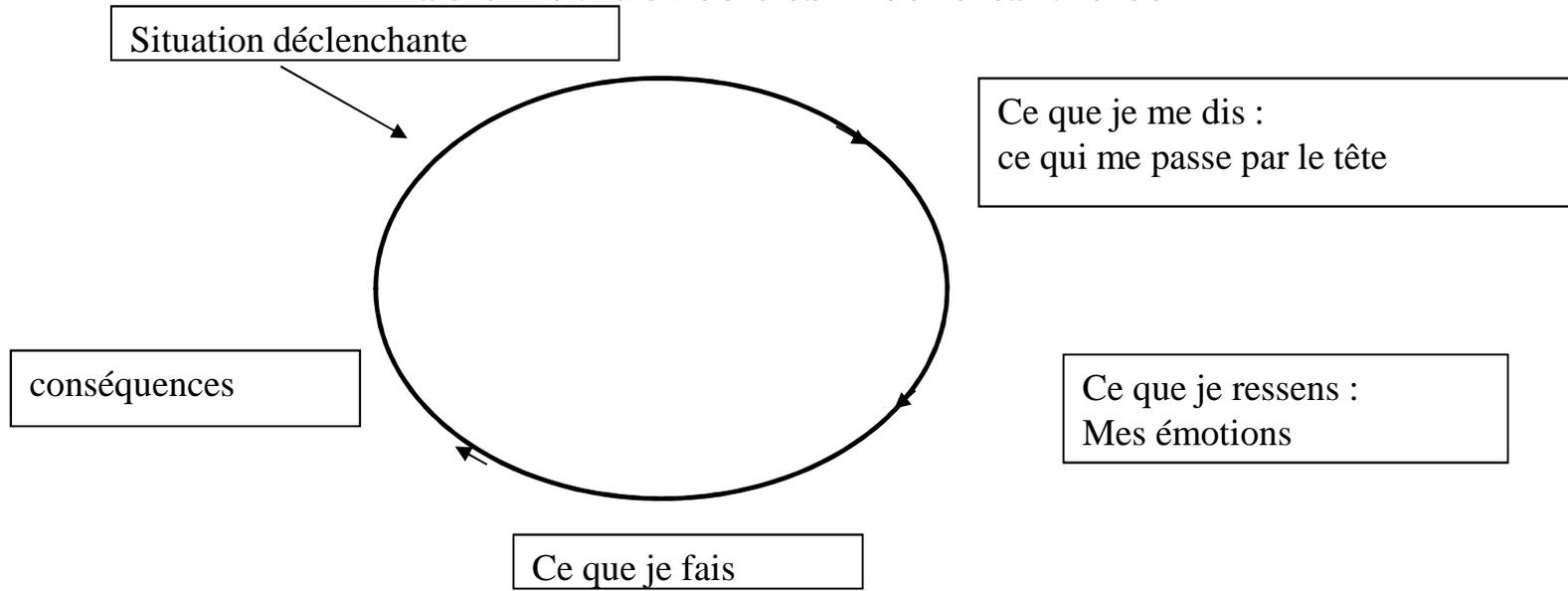
Les outils en TCC

Source C.CUNGI

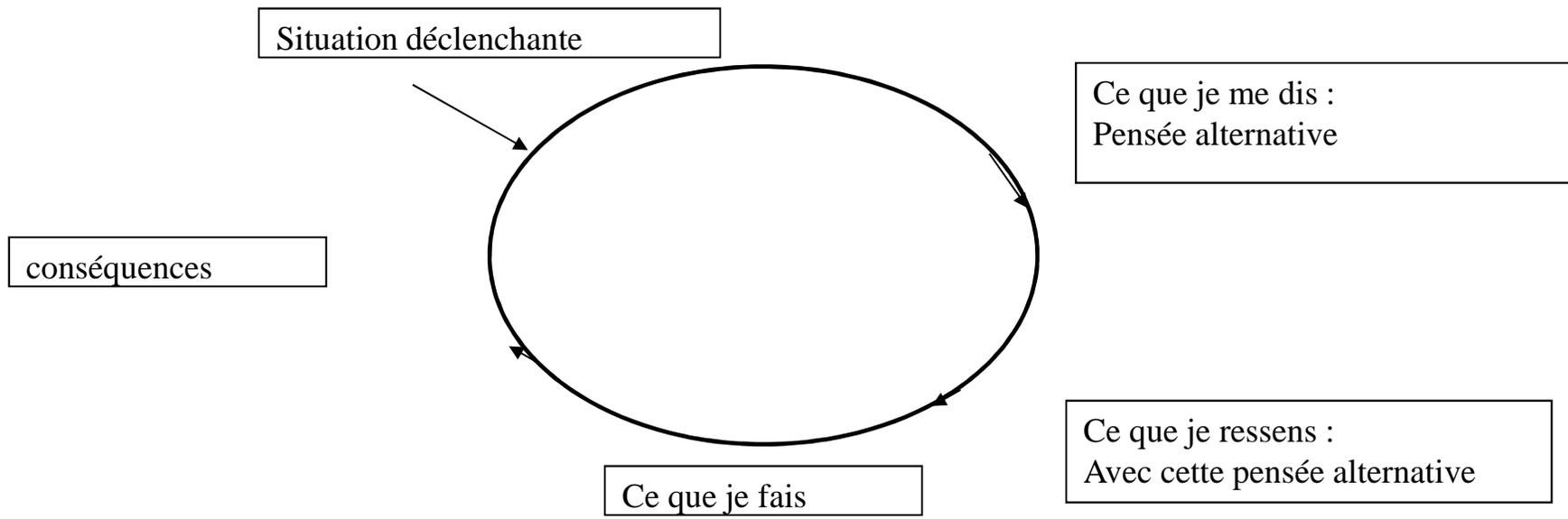
Selon stade de Prochaska

- Pré-intention: Se faire l'avocat du diable
objectif: favoriser une dissonance cognitive – semer le doute
- Intention : Avantages/Inconvénients ou balance décisionnelle
objectif: passer à l'action
- Action et maintien: « cercle vicieux », relaxation rapide, travail sur les pensées automatiques, atelier d'affirmation de soi, conseil diététique. *Objectif:renforcer le nouveau mode de vie*
- Rechute: Interrogation sur les circonstances et le vécu émotionnel et mise en évidence des processus cognitifs en jeu.
objectif: remotivation

Mise en évidence des « cercles vicieux »



Et comment en sortir....



Analyser toutes les dépendances

« Jouer au détective »

- Sa dépendance **physique**....
- Sa dépendance **comportementale**.....
- Sa dépendance **psychologique**....



L'Entretien Motivationnel

- «Une méthode de communication, directive et centrée-sur-sur-le-client utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. »

Miller et Rollnick (2000)

traduction de V.Rossignol

La Relation d'aide

- « La relation d'aide est une relation professionnelle dans laquelle une personne doit être assistée pour opérer son ajustement personnel à une situation à laquelle elle ne s'adaptait pas normalement. Ceci suppose que l'aidant est capable de deux actions spécifiques :

1° Comprendre le problème dans les termes où il se pose pour tel individu singulier dans son existence singulière.

2° Aider le client à évoluer personnellement dans le sens de sa meilleure adaptation sociale. »

Roger Mucchielli , *L'entretien de face à face dans la relation d'aide* ESF

Marianne

- 50 ans, 2 enfants, vit seule.
- Fume 25 cig/jour
- Doit arrêté car début d'emphysème mais dit-elle « si j'arrête, je vais devenir folle ».

Méthodologie



- Historique du tabagisme :
début à 13 ans, très vite quotidien.
- Historique des arrêts antérieurs : aucun
- Bilan de la dépendance :
Test de fagerström (8)
Taux de CO : 22ppm
- TEST HAD: A=8 D = 5



- Objectif :

Lui permettre de se rassurer et d'augmenter son sentiment d'efficacité personnel.

- Stratégie à envisager :

expérimenter 24h sans tabac avant d'arrêter
«définitivement »

SN éventuellement dès la veille au soir- suivi.

Jocelyne



- 36 ans, célibataire sans enfants.
- travail stressant
- Fume 15 cig/jour depuis l'âge de 18 ans
- 2 arrêts antérieurs et reprise car prise de poids +10 kg
- En a marre du tabac mais n'arrive pas à arrêter

Méthodologie

- Historique du tabagisme :
début à 18 ans, à la fac.
- Historique des arrêts antérieurs :
2 fois 2 mois avec prise de poids et affect dépressif
- Bilan de la dépendance
(test de fagerström (5) et taux de CO : 20 ppm)
- Test HAD:
risque dépressif 9 , anxiété massive 18



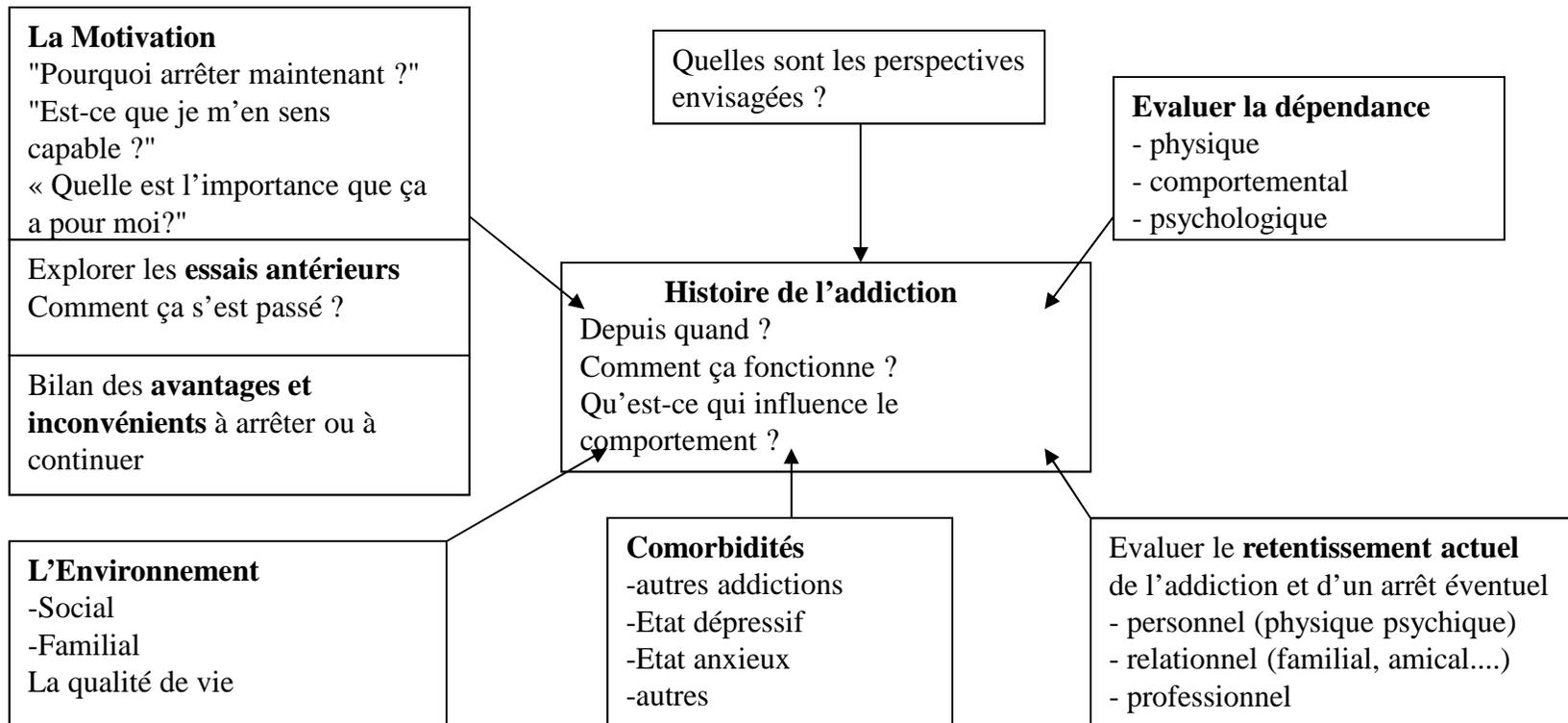
- Objectif :

anticiper le risque de prise de poids et de symptômes dépressifs

- Stratégie à envisager :

SN, **technique de relaxation**, réfléchir et modifier les facteurs aggravant (alcool, café), activité physique – suivi et éventuellement psychothérapie.

Grille d'exploration en Addictologie



Gestion des émotions (niveau 1)

- Faire la part des émotions en lien avec :
 - Le processus de deuil
 - Avec la sphère privée
 - **Compartmenter** les émotions / les problèmes (situations)
 - **Prioriser** les émotions
- Différence entre sentiment (diachronique, d'intensité modérée) et émotion (intensité qui augmente, passe par un maximum et décroît ensuite)
- IDENTIFIER / NOMMER
- VOIR CE A QUOI CELA CORRESPOND

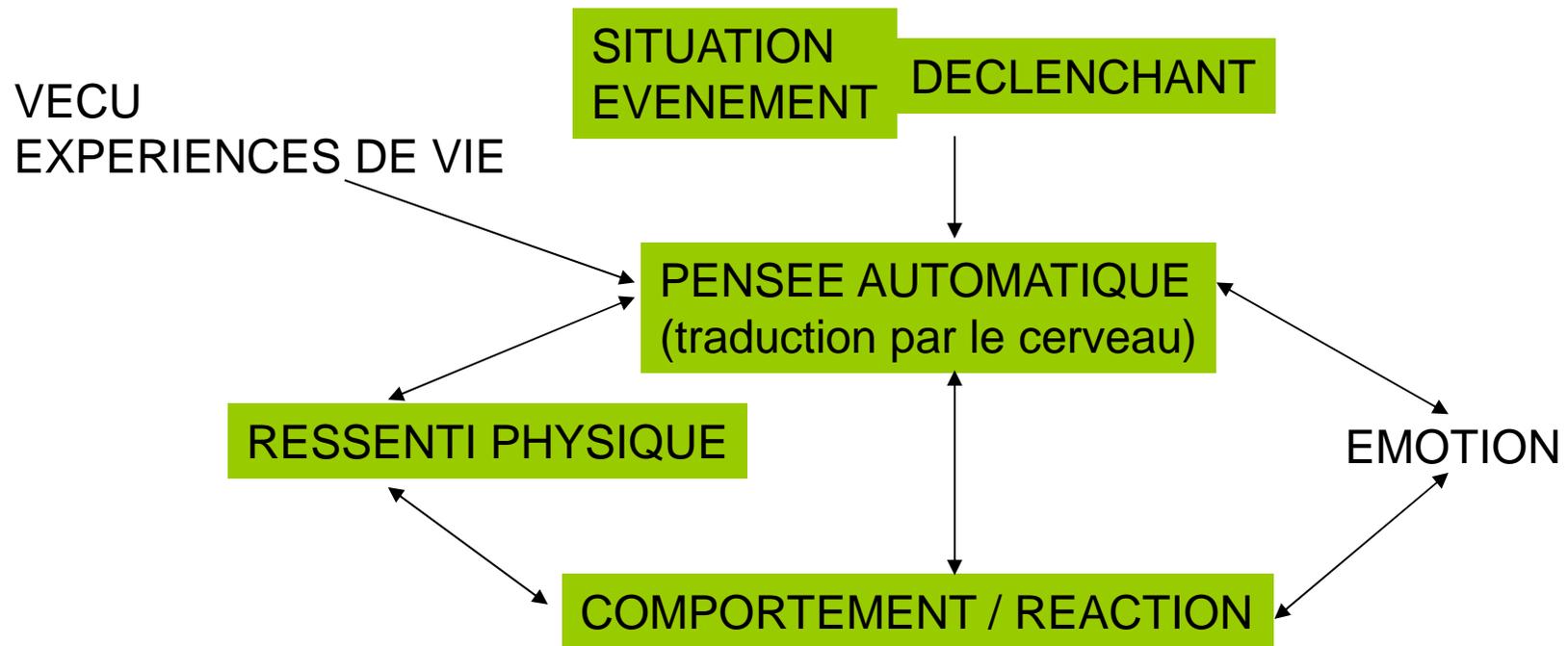


Gestion des émotions (quand le produit est évacué, sinon, prévention de la rechute)

- 4 objectifs :
 - Identifier les émotions
 - Diminuer la souffrance émotionnelle
 - Diminuer la vulnérabilité émotionnelle
 - Stabiliser (généraliser les processus)
- Emotion = signal d'alarme + alerte
 - C'est un moyen de communication → envoi d'un message important (signal d'alarme)
 - Il y a 4 phases successives
 - **Charge / Tension** (accumulation → émotion retenue)
 - **Décharge** (il faut évacuer/exprimer) / **Relaxation** (phase de résolution de l'émotion)

1^{er} objectif : Identifier les émotions

- OBSERVER / DECRIRE / RECONNAITRE



- On explore les émotions dans les 4 dimensions

1^{er} objectif : Identifier les émotions

- On recherche des erreurs de logique, des distorsions cognitives.
- En fonction des réponses, on fixe les priorités d'action.
- On aborde la grille par n'importe quel point d'entrée.
- 6 émotions et 4 points d'entrée.

1^{er} objectif : Identifier les émotions

- Les 6 émotions :
 - Peur / joie / tristesse
 - Colère / honte / amour
 - Les 4 dimensions :
 - Evènement / situation
 - Pensée automatique / Interprétation
 - Ressenti physique
 - Comportement / Réactions
- repérage/identification de l'émotion
- Un schéma par émotion
 - Des couleurs différentes par émotion

1^{er} objectif : Identifier les émotions

- Il existe des processus secondaires aux émotions
 - Les contrecoups (amour/colère/peur)
 - → nouveau schéma d'analyse fonctionnelle
 - La censure des émotions / Mythes % émotions
 - → travail sur les distorsions cognitives

2^{ème} objectif : Réduire la souffrance émotionnelle

- Deux aspects :
 - Comportemental % émotion identifiée
 - Gestion des pensées automatiques
(distorsions cognitives – idées fausses)
 - À partir de mécanismes inconscients, émergence de pensées conscientes

LES ÉMOTIONS

- **L'AMOUR**
- **LA JOIE**
- **LA TRISTESSE**
- **LA COLÈRE**
- **LA PEUR**
- **LA HONTE**

AMOUR

AMOUR
ADORATION
AFFECTION
BÉGUIN
INCLINATION
ATTRACTION
GENTILLESSE
PENCHANT
ATTACHEMENT
FLAMME
ENGOUEMENT
DÉVOTION
TENDRESSE
ENCHANTEMENT
ARDEUR
COUP DE FOUDRE
SYMPATHIE
AMITIÉ
PASSION
IDYLLE

- **Evènement / situation :**

- Une personne vous offre quelque chose que vous voulez, appréciez ou dont vous avez besoin.
- Une personne fait des choses que vous désirez ou que vous avez besoin qu'elle fasse.
- Vous passez beaucoup de temps avec une personne.
- Vous partagez une expérience particulière avec une personne
- Vous avez une communication exceptionnellement bonne avec une personne

- **Pensées automatiques / Interprétations :**

- Penser qu'une personne vous aime, a besoin de vous, vous apprécie.
- Penser qu'une personne est physiquement attrayante
- Juger la personnalité d'une personne comme exceptionnelle, plaisante ou attrayante.
- Penser que vous pouvez compter sur cette personne, qu'elle sera toujours là pour vous.

AMOUR

(SUITE)

- **Physique : ressentir de l' amour**
 - Se sentir excité ou plein d' énergie
 - Accélération du rythme cardiaque
 - Se sentir et agir en toute confiance
 - Se sentir invulnérable
 - Se sentir content, joyeux ou exubérant
 - Se sentir chaleureux, confiant et sécurisé.

- **Comportement / réaction**
 - Contact visuel, regards mutuels
 - Dire « je t' aime » ; Sourire
 - Exprimer des sentiments positifs à une personne
 - Toucher, choyer, serrer dans ses bras, tenir, câliner
 - Partager du temps et des expériences avec quelqu' un
 - Faire des choses que l' autre personne désire ou dont elle a besoin
 - offrir des choses à une personne
 - Essayer de voir une personne et passer du temps avec elle
 - passer votre vie avec une personne
 - Essayer d' avoir une proximité physique ou des relations sexuelles
 - Essayer d' avoir une proximité relationnelle

JOIE

JOIE ENGOUEMENT BÉATITUDE FIERTÉ
AMUSEMENT PASSION BONHEUR RAVISSEMENT
FÉLICITÉ EMBALLEMENT ESPOIR SOULAGEMENT
GAÏETÉ EUPHORIE RÉJOUISSANCE SATISFACTION CONTENTEMENT
EXCITATION JOVIALITÉ EMOTION
ENCHANTEMENT HILARITÉ JUBILATION TRIOMPHE ENTHOUSIASME ENJOUEMENT
EXTASE OPTIMISME ARDEUR PLAISIR ALLÉGRESSE
RAYONNEMENT

- **Evènement / situation :**

- Avoir du succès dans une tâche, atteindre un résultat désirable
- Recevoir de l'estime, du respect ou des éloges
- Obtenir quelque chose pour lequel vous avez travaillé dur dont vous vous êtes inquiété
- Recevoir une magnifique surprise
- Se rendre compte que les choses se sont déroulées mieux que vous ne l'espériez
- Voir la réalité dépasser vos attentes
- Ressentir des sensations très agréables
- Faire des choses qui créent des sensations agréables ou en apportent à l'esprit
- Être accepté ou reconnu par les autres
- Appartenance (être entouré par des gens qui vous acceptent)
- Recevoir de l'amour, de l'amitié ou de l'affection
- Être en relation avec des personnes qui vous aiment ou vous apprécient

- **Pensées automatiques / Interprétations :**

- Interpréter des événements joyeux, simplement comme ils sont, sans rien ajouter ni soustraire

JOIE (SUITE)

- **Physique : ressentir de la joie**
 - Se sentir excité, plein d' énergie, actif
 - Se sentir l' envie de rire
 - Se sentir plein de chaleur
 - Avoir un ton de voix enthousiaste
- **Comportement / réaction**
 - Sourire, avoir le visage vif et éclatant
 - Etre plein d' entrain ou pétillant (« tenir la forme »)
 - Partager vos sentiments, communiquer votre sympathie,
 - Parler beaucoup
 - Prendre les gens dans ses bras,
 - Se lever et sauter
 - Dire des choses positives, utiliser un ton de voix enthousiaste

TRISTESSE

ABATTEMENT
DÉSAPPOINTEMENT
ANGOISSE
DÉFAITE
LANGUEUR
ECRASEMENT
TRISTESSE

ISOLEMENT
MAL DU PAYS
CONSTERNATION
EXIL
DÉPLAISIR
DÉSESPOIR

AGONIE
PEINE
DOULEUR
SOUFFRANCE
MALHEUR
MÉLANCOLIE

NOSTALGIE
DEUIL
DÉPRESSION
MOROSITÉ
CHAGRIN
MISÈRE

- **Evènement / situation :**

- Voir que les choses tournent mal, avoir ce que vous ne voulez pas
- Ne pas obtenir ce pourquoi vous avez travaillé
- Ne pas avoir ce que vous voulez et que vous croyez avoir besoin dans votre vie
- Voir les choses être pires que ce à quoi vous vous attendiez
- La mort de quelqu'un que vous aimiez, penser à la mort de personnes que vous aimez
- Perdre une relation, penser à des pertes
- Etre séparé de quelqu'un que vous appréciez, penser combien quelqu'un vous manque
- Etre rejeté ou exclu. Etre désapprouvé ou ne pas être aimé
- Ne pas être reconnu (pas de valeur) par des gens que vous appréciez
- Découvrir que vous êtes sans pouvoir
- Se trouver avec quelqu'un qui est triste, blessé ou dans la douleur
- Découvrir les problèmes d' autre personnes. Apprendre la survenue d' un problème mondial

- **Pensées automatiques / Interprétations :**

- Croire que la séparation d' avec quelqu'un va durer très longtemps ou ne finira jamais
- Croire que vous ne valez rien, que vous êtes sans valeur
- Croire que vous n' obtiendrez pas ce que vous désirez
- Croire que vous n' aurez pas ce dont vous avez besoin dans votre vie

TRISTESSE (SUITE)

- **Physique : ressentir de la tristesse**
 - Se sentir fatigué, à plat ou sans énergie
 - Se sentir léthargique, apathique, désirer rester le jour entier au lit
 - Ressentir une douleur ou un point dans votre poitrine
 - Se sentir vide, crier, pleurer, geindre
 - Difficulté à avaler, être essoufflé, avoir des vertiges
- **Comportement / réaction**
 - Froncer les sourcils, ne pas sourire, avoir les paupières lourdes
 - Être inactif, rester couché ou assis
 - Faire des mouvements lents, traînant / posture affaissée, tombante
 - Parler peu ou pas du tout, utiliser une voix basse, calme, monotone
 - Se retirer des contacts sociaux, dire des choses tristes
 - Avoir le cafard, ruminer ou agir avec morosité

PEUR

PEUR
APPRÉHENSION
ANXIÉTÉ
DÉTRESSE
EFFROI
AFFOLEMENT
HORREUR
HYSTÉRIE
AGITATION
NERVOSITÉ

PANIQUE
CHOC
TENSION
TERREUR
INQUIÉTUDE

- **Evènement / situation :**

- Se trouver dans une situation nouvelle ou pas familière
- Etre seul (marcher seul, être seul à la maison, vivre seul)
- Etre dans le noir
- Se retrouver dans une situation où vous êtes menacé, blessé...
- Se retrouver dans une situation où des choses douloureuses se passent
- Penser ou se retrouver dans une situation vécue où vous avez été menacé, blessé...
- Etre spectateur d'une situation où d'autres personnes sont menacées, blessées...

- **Pensées automatiques / Interprétations :**

- Croire que quelqu'un peut vous rejeter, vous critiquer, ne pas vous aimer
- Croire que l'échec est possible, s'attendre à l'échec
- Croire que quelqu'un peut vous désapprouver
- Croire que vous ne recevez pas l'aide que vous désirez ou que vous pensez avoir besoin
- Croire que vous pouvez perdre l'aide ou l'assistance que vous avez
- Croire que vous pouvez perdre quelqu'un ou quelque chose que vous avez
- Perdre le contrôle. Perdre le sens de la maîtrise ou de la compétence
- Croire que vous pouvez être blessé ou que l'on veut vous causer du tort
- Croire que vous pouvez mourir ou penser que vous allez mourir

PEUR

(SUITE)

- **Physique : ressentir de la peur**
 - Transpirer, se sentir nerveux, froussard ou agité
 - Trembler, frémir, avoir le regard fuyant, regarder autour de soi rapidement
 - voir la sensation d' étouffer, être essoufflé, respirer rapidement
 - Ressentir un poids dans l' estomac
 - Avoir des muscles tendus, sentir des crampes
 - Avoir la diarrhée, nausées, vomissement, avoir froid, avoir la chair de poule
- **Comportement / réaction**
 - S' engager dans les conversation nerveusement avec crainte, d' une voix frémissante
 - Crier, geindre, implorer, crier au secours
 - S' enfuir, s' en aller, courir ou marcher d' une façon rapide
 - Se cacher ou éviter ce que vous craignez
 - Essayer de ne pas bouger
 - Parler moins ou devenir muet.

HONTE

HUMILIATION	CONTRITION	EMBARRAS
INSULTES	REGRET	ETRE COUPABLE
CULPABILITÉ	REMORDS	

- **Evènement / situation :**

- Faire des actes que vous croyez être faux ou immoral
- Sentir ou penser quelque chose que vous croyez être faux ou immoral
- Faire, sentir ou penser quelque chose que des gens que vous admirez croient être faux
- On vous rappelle quelque chose de faux ou immoral que vous avez fait dans le passé
- Un aspect très privé de vous même ou de votre vie est dévoilée
- Se rendre compte que les autres considèrent que vous avez fait quelque chose de faux. -
On se moque de vous, on rit de vous
- Etre critiqué en public, devant quelqu' un d' autre, se souvenir d' une critique publique
- Votre intégrité est attaquées, être trahi par une personne que vous aimez.
- Etre rejeté par des gens que vous appréciez
- Echouer dans une tâche pour laquelle vous vous sentiez compétent ou auriez du l' être)
- Etre rejeté ou critiqué pour quelque chose dont vous attendiez des éloges.
- Ressentir des émotions qui n' ont pas été validé

- **Pensées automatiques / Interprétations :**

- Penser que vous êtes mauvais, immoral ou faux
- Penser que vous n' êtes pas à la hauteur de vos propres attentes ou celles des autres
- Pensez que vos comportements pensées ou sentiments sont bêtes ou stupides
- Vous juger comme inférieur ,pas «assez ou aussi bon » que les autres

HONTE (SUITE)

- **Physique : ressentir de la honte**
 - Croire que votre corps ou une partie) est trop grand, trop petit, pas à la bonne grandeur
 - Douleur, pesanteur dans le creux de l'estomac
 - Crier ,pleurer, sangloter, sentiment d'effroi
 - Rougir, avoir un visage rouge et chaud / vouloir cacher ou couvrir son visage
 - Nervosité, peur. Sensation de choc, de suffocation
- **Comportement / réaction**
 - Se cacher, couvrir son visage, baisser les yeux, les fermer
 - Baisser la tête, s'agenouiller devant la personne, ramper
 - Eviter les personnes à qui vous avez fait du « mal »
 - Eviter les gens qui savent que vous avez mal agi
 - S'effondrer, position d'affaissement
 - Dire que vous êtes désolé, présenter ses excuses, rechercher le pardon
 - Essayer de réparer le mal, d'arranger les dommages, de changer le résultat
 - Offrir des cadeaux, essayer de rattraper l'erreur commise

COLERE

DÉGOÛT ETRE GRINCHEUX RAGE AGGRAVATION AVERSION
HAINE RESENTIMENT AGITATION HOSTILITÉ ENVIE
EXASPÉRATION IRRITATION MÉPRIS AMERTUME FÉROCITÉ JALOUSIE RANCUNE
DÉDAIN FRUSTRATION RÉPUGNANCE AGACEMENT CRUAUTÉ ÊTRE
FURIEUX MESQUINERIE VENGEANCE
DESTRUCTION ROUSPÉTER OUTRAGE COURROUX VIOLENCE

- Evènement / situation :
 - Perdre le pouvoir, son statut, le respect, être insulté
 - Ne pas voir évoluer les événement de la manière que vous souhaiteriez
 - Expérimenter (ou être menacé) d' une douleur physique, une douleur émotionnelle
 - Voir être interrompue, repoussée, ou arrêtée, une activité importante ou une source de plaisir
 - Ne pas obtenir quelque chose que vous désirez (qu' une autre personne a)
- Pensées automatiques / Interprétations :
 - S' attendre à une douleur
 - L' injustice, Penser que vous avez été traité de façon injuste
 - Croire que les choses devraient être différentes
 - Penser de façon rigide « j' ai raison »
 - Juger que la situation est illégitime ,fausse ou injuste
 - « Ruminer » sur l' événement qui a fait exploser la colère initialement ou dans le passé.

COLÈRE **(SUITE)**

- **Physique : ressentir de la colère**
 - Perdre le contrôle, se sentir ému, incohérent
 - Raideur ou rigidité dans le corps, sentir rougir le visage ou (devenir chaud)
 - Ressentir une tension nerveuse, de l' anxiété ,un malaise
 - Rigidité des muscles, de la bouche, claquement de dents
 - Impression d' exploser, vouloir frapper, cogner le mur, jeter des objets...
 - Pleurer, être incapable de stopper ses larmes

- **Comportement / réaction**
 - Froncer les sourcils, ne pas sourire, expression faciale désagréable
 - Visage rougissant, sourire sarcastique, serrer les mains ou les poings
 - Attaquer verbalement (critiquer) ou physiquement la cause de votre colère
 - Utiliser une voix forte, hurler crier (des obscénité ou injures)
 - Frapper violemment sur quelque chose, jeter ou casser des choses
 - Marcher lourdement, d' un pas bruyant, claquer les portes partit
 - S' isoler, rompre le contact avec les autres
 - Se venger; être violent

PROCESSUS SECONDAIRES A L'EMOTION

- **LES CONTRECOUPS:**
peur; colère ; Amour

- **CENSURE DES ÉMOTIONS**
 - Mythes relatifs aux émotions
 - Les distortions cognitives

CONTRECOUPS DE L'AMOUR

- Ne voir que le côté positif d'une personne
- Se sentir ailleurs ou distrait, rêveur
- Se sentir ouvert et confiant
- Se souvenir d'autres moments que vous avez aimés
- Se souvenir de personnes que vous avez aimées ou qui vous ont aimé
- Se souvenir d'autres événements positifs...

CONTRECOUPS DE LA COLÈRE

- Réduire son attention
- Fixer son attention, ne ruminer que la situation qui nous met en colère
- Se souvenir et ruminer d'autres situations de colère
- Imaginer des situation futures de colère
- Dépersonnalisation, engourdissement
- Expérience de dissociation
- Honte, peur ou autres émotions négatives...

CONTRECOUPS DE LA PEUR

- Perdre sa capacité à se concentrer
- Etre étourdi, désorienté
- Perdre le contrôle
- Se souvenir d'autres moments menaçants
- Imaginer un nouvel échec ou la possibilité de perdre encore plus
- Dépersonnalisation, engourdissement
- Expériences de dissociations ou choc
- Colère intense, honte ou autres émotions négatives...

MYTHES RELATIFS AUX ÉMOTIONS

1. **Il y a une façon juste de se sentir dans chaque situation.**
2. **Laisser savoir aux autres que je me sens mal est un signe de faiblesse.**
3. **Les sentiments négatifs sont mauvais et destructeurs.**
4. **Etre émotif signifie avoir perdu le contrôle.**
5. **Les émotions peuvent surgir sans raisons.**
6. **Certaines émotions sont réellement stupides.**
7. **Toutes les émotions douloureuses sont le résultat d'une mauvaise attitude.**
8. **Si les autres ne sont pas d'accord avec ce que je ressens, je ne devrais évidemment pas me sentir comme je me sens.**
9. **Les autres sont les meilleurs juges de la façon dont je me sens.**
10. **Les émotions douloureuses ne sont pas vraiment importantes et devraient être ignorées.**

2^{ème} objectif :
diminuer la souffrance émotionnelle

- **COMPORTEMENTALE**

- **GESTION DES PENSEES
AUTOMATIQUES**

➤ **PEUR**

- Faire ce que l'on a peur de faire
- Se rapprocher des événements, des endroits, des tâches, des activités qui font peur
- Faire des choses qui donnent une sensation de contrôle et de maîtrise
- Planifier les tâches pour éviter de se sentir submergé

➤ **CULPABILITE / HONTE**

Eventuellement s'interroger sur l'objectivité

Si pertinent:

- Reconnaître, s'excuser, dire que l'on est désolé
- Arranger les choses
- En assumer les conséquences
- S'engager à éviter cette erreur dans le futur

➤ **TRISTESSE**

- **Etre actif, ne pas éviter**
- **Faire des choses qui donnent un sentiment de compétence et de confiance en soi.**

➤ **COLERE**

- **Eviter les personnes ou les situations contre contre lesquelles on est en colère: se calmer avant de les aborder**
- **Eviter de les attaquer ou de penser à elles**
- **Faire l'analyse de la position de l'autre, se mettre à la place de l'autre et d'imaginer les raisons qui l'ont conduit à dire ou à faire ce qui a été blessant.**

Les distorsions cognitives sont des mécanismes inconscients, qui aboutissent à des pensées conscientes que Beck appelle *Les pensées automatiques* dont le sujet devra prendre conscience en notant ce qui lui vient à l'esprit lorsqu'il est sous le coup d'une émotion.

DISTORSIONS COGNITIVES

(IDEEES FAUSSES)

- L'inférence arbitraire: tirer des conclusions sans preuves (*J'ai croisé le voisin, il ne m'a pas salué, il est fâché contre moi...*)
- L'abstraction sélectives: se concentrer sur un détail défavorable au détriment de l'ensemble (*les légumes ne sont pas assez cuits, tout le repas est raté*)
- La surgénéralisation: tirer une conclusion générale d'une situation particulière (*mon entretien d'embauche s'est mal passé, je ne trouverai jamais du travail...*)
- La maximalisation et la minimalisation: sur évaluer le négatif et sous évaluer le positif (*j'ai loupé mon épreuve d'informatique, même si les autres notes sont bonnes, mon année est compromise...*)
- La personnalisation: se sentir responsable des évènements défavorables (*ça n'a pas marché, c'est de ma faute*, *ça marche bien, c'est le hasard*)

Il s'agit d'examiner et de remettre en questions ces pensées automatiques au moyen d'un questionnement de type:

Quelles sont les preuves en faveur de ce que je pense?

- N'y a-t-il pas d'autres manières d'expliquer les faits?**
- Et si ce que je pense est vrai, quel est le risque? Est-ce grave?**

LES PRINCIPALES CROYANCES FONDAMENTALES

Elles prennent la forme de sentences impératives et concernent les Valeurs de l'individu ou ses attentes concernant lui et le monde.

Par exemples:

**Croyances concernant
le perfectionnisme, l'autonomie
l'approbation, la reconnaissance...**

GESTION DES PENSEES AUTOMATIQUES

- Camembert de responsabilité
- Argument pour et contre
- Méthode du continuum
- Dialogue socratique
- Définir le schéma négatif, caricaturer le schéma négatif
- Le lien à la normalité : l'étalonnage
- Les faire comparer à une norme
- Questionnement des croyances pour les faire revenir à un état d'hypothèse et non plus de certitudes

3^{ème} objectif :
réduire la vulnérabilité émotionnelle

3. RÉDUIRE LA VULNÉRABILITÉ ÉMOTIONNELLE

- LES 5



- **E**ntretenir son corps
- **E**viter les drogues altérant l'humeur
- **E**quilibrer son rythme de vie: alimentation et sommeil
- Faire de l'**E**xercice
- Devenir **E**xpert (voir liste d'activités)

ÉTAPES POUR AUGMENTER LES ÉMOTIONS POSITIVES

- **Construire des expériences positives**
 - * **A court termes** : Faire des choses plaisantes et immédiatement réalisables / planifier :
 - * **A long terme** : Faire des changements dans sa vie : *Travailler avec des objectifs Eviter l'isolement, créer de nouvelles relations...*
- **Prendre conscience des expériences positives**
- **Ne pas se concentrer sur les soucis**

CRISES : STRATÉGIES DE SURVIE

LA CONSCIENCE ÉCLAIRÉE

- **A** ctivité
- **C** ontribution
- **C** omparaison
- **E** motion
- S'écha **P** per
- Cogni **T** ion
- **S E** nsation

AMÉLIORATION DE L'INSTANT PRÉSENT

- re**P**os
- **R**elaxation
- **E** ncouragement
- **S** ens
- m **E** ditation
- ce **N** tration
- men **T**-al

APAISEMENT DES 5 SENS

* OUIË

* GOÛT

* VUE

* TOUCHER
* ODORAT

❖ **OBSERVER SON ÉMOTION**

NOTER SA PRÉSENCE

ÊTRE SPECTATEUR

SE LIBÉRER DE L'ÉMOTION

❖ **FAIRE L'EXPÉRIENCE DE VOS ÉMOTIONS**

ESSAYER DE NE PAS LES:

BLOQUER; SUPRIMER; S'EN DÉBARRASSER

NE PAS: S'EN ÉLOIGNER; S'Y ACCROCHER;

LES AMPLIFIER

❖ **AIMER SON ÉMOTION**

NE PAS LA JUGER; L'ACCEPTER

SOUVENEZ-VOUS:

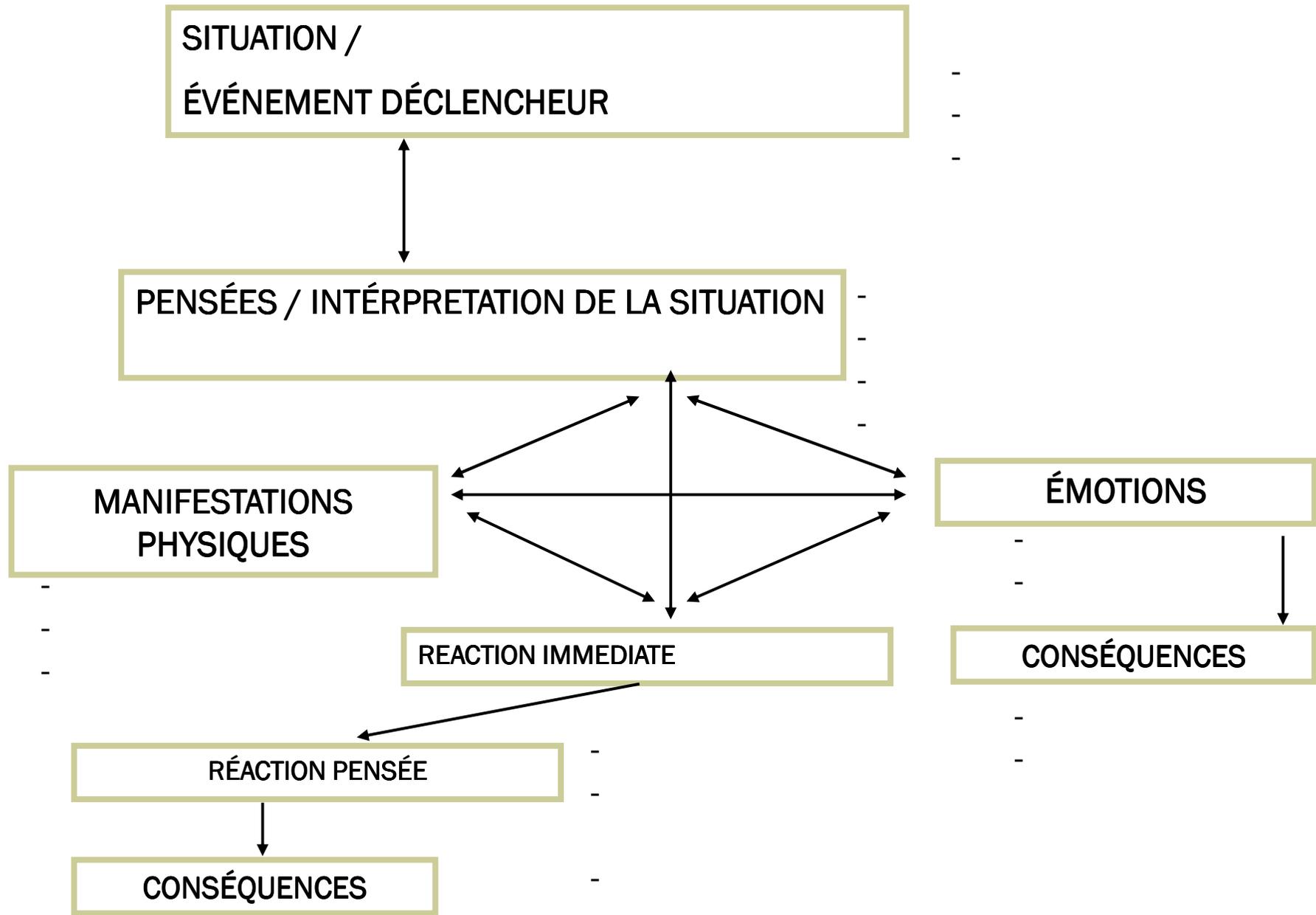
VOUS N'ÊTES PAS VOTRE ÉMOTION

NE PAS AGIR FORCÉMENT SUR LES ÉMOTIONS

SE SOUVENIR DES MOMENTS OU VOUS VOUS

SENTIEZ AUTREMENT...

GRILLE D'ANALYSE FONCTIONNELLE II



Utilisation des théories de l'engagement dans le sevrage tabagique

[GEST 2014 - Paris](#)

L'entretien motivationnel

III - Renforcer l'engagement au changement

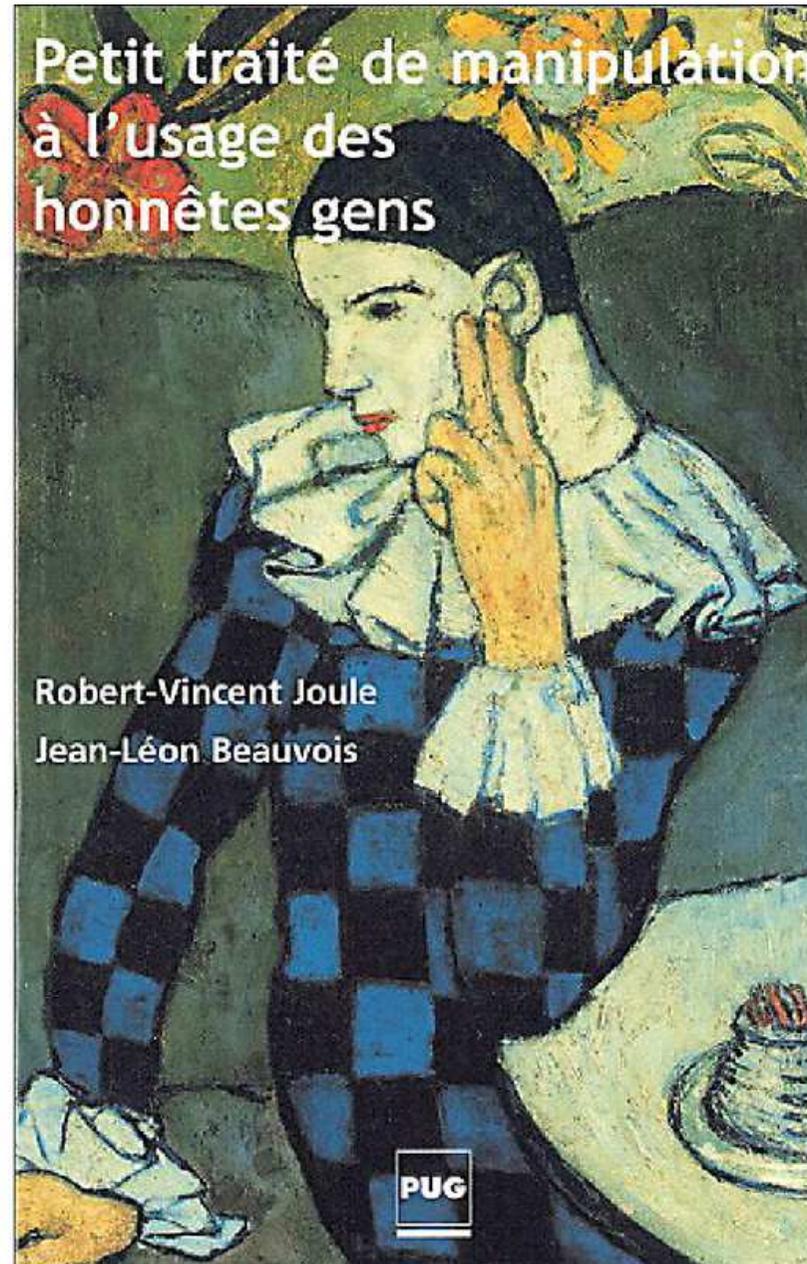
Quand le changement est devenu une priorité, la confiance présente et l'importance est haute, le skieur a les skis aux pieds, il est en haut de la montagne et prêt à descendre. Le discours résistance n'a plus lieu d'être, on est dans une démarche de résolution de problème avec une sensation d'immédiateté.

Le patient présente donc un discours dans l'engagement au changement. Il ne faut pas aller trop vite mais pas être laxiste, il s'agit de donner des conseils avec permissions.

On récapitule à ce stade tout ce qui l'a conduit à cette décision, le ou les problèmes qui l'ont conduit ici, ce qui le motive, ses priorités à changer et il faut mentionner la confiance en soit et l'importance élevée. Cela témoigne qu'on l'a bien suivi dans le processus et on manifeste l'envie de l'aider. Il faut poser des questions clés :

- 1 - Quelle serait la première étape, et
- 2 - Ensuite négocier un plan en trois points :
 - 1 - Définir des objectifs,
 - 2 - Quels sont les moyens ? il s'agit des menus qu'apportent la personne et l'intervenant,
 - 3 - Etablir un plan : Quelle est la priorité ? Que doit-il faire en premier, en second.

Joule & Beauvois



Le pied dans la porte

(Freedman & Fraser, 1966)

- On décide en toute liberté, mais il y a une préparation par une première conduite peu coûteuse/non problématique (un acte préparatoire, une demande explicite).
- Premier exemple : faire signer une pétition, avant de demander de distribuer des tracts pendant 1-2h.
- Deuxième exemple : pour une association de lutte contre le cancer, porter une petite jonquille épinglée au revers d'un vêtement pour faire un peu de publicité en vue d'une collecte (acte préparatoire suffisamment engageant) ; puis, sollicitation le lendemain (don).

Le pied dans la porte

(Freedman & Fraser, 1966)

- 74,1% des personnes ont fait un don (0,98\$) ; alors que s'il n'y a pas eu d'acte préparatoire (groupe contrôle), seulement 45,7% des personnes ont fait un don (0,58\$).
- Le niveau de l'acte préparatoire est important :
 - Un coût suffisant mais pas trop élevé;
 - Prendre en compte le délai entre l'acte préparatoire et la requête (il faut se souvenir de l'acte préparatoire) : 1-2 semaines ; pas obligatoirement le même intervenant (engagement dans un acte et non vis-à-vis d'une personne).



J.-M. Thiriet

2. La technique du pied-dans-la-porte consiste à demander d'abord un peu, pour obtenir beaucoup ensuite. Dans une expérience, 76 pour cent des sujets ont bien voulu implanter un grand panneau pour la sécurité routière dans leur jardin, après avoir accepté, deux semaines avant, de mettre un panneau sur le rebord de leur fenêtre. Sans « préparation », seuls 17 pour cent acceptent d'emblée l'implantation du grand panneau.

Importance de l'étiquetage

- On peut augmenter l'efficacité de la technique du PDP en aidant les individus à identifier le comportement préparatoire à un niveau élevé. Cela permet à la personne de se forger une identification utile de son action, en la gratifiant suite à son engagement dans un acte préparatoire d'une qualité abstraite, psychologique ou morale.
- « Merci beaucoup ; j'aimerais rencontrer plus de gens comme vous prêts à se mobiliser dans des bonnes causes. »

La porte au nez : qui peut le plus peut le moins

Cialdini et al., 1975

- On fait précéder la requête finale – non plus d'une requête qui porte sur un service moins coûteux, mais d'une requête qui porte sur un service qui l'est au contraire davantage. **Un service très important, trop important pour qu'il soit accepté d'être accordé.**
- On se situe dans le cadre de concessions réciproques : le fait de refuser la 1^{ère} requête entraînera le ressenti d'une pression normative conduisant à répondre à une concession par une autre concession.
- **Il faut que ce soit la même personne qui fasse les 2 demandes.**
- Il faut que la différence entre les 2 requêtes soit importante, afin que la deuxième requête apparaisse effectivement comme une réelle concession, exigeant en retour une concession de l'individu sollicité.

L'acquiescement répété : une nouvelle procédure de soumission librement consentie au service de la privation de tabac.

L'acquiescement répété (AR)

L'AR consiste à amener le sujet à répondre « oui » à plusieurs questions successives, avant de lui soumettre la requête cible.

La probabilité d'acceptation d'une requête devrait être plus grande si, préalablement, le sujet a été amené à répondre « oui » plusieurs fois de suite, à une série de questions.

- (1) Pensez-vous que fumer est risqué pour la santé ?
- (2) Pensez-vous que fumer marque une forme de dépendance ?
- (3) Avez-vous déjà vu à la télévision ou entendu à la radio des campagnes contre le tabagisme ?
- (4) Pensez-vous que les cigarettes coûtent cher aujourd'hui ?
- (5) Pensez-vous que pour une femme enceinte, il est risqué de fumer (pour son futur enfant) ?

4 ou 5 questions sont nécessaires pour mettre en évidence un effet significatif.

Le pied-dans-la-porte (PDP)

Cette fois, cependant, les réponses appelées étaient des réponses brèves, qui ne nécessitaient pas l'énonciation d'une acceptation ou d'un refus.

- (1) « Vous avez fumé votre 1ère cigarette : Par curiosité / Pour imiter les autres / Parce que c'était interdit ? »
- (2) « Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? »
- (3) « Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? »
- (4) « Le soir, combien de temps avant de vous coucher et d'éteindre la lumière fumez-vous votre dernière cigarette ? »
- (5) « Quelle est votre marque (et type) de cigarettes habituelle ? ».

4 ou 5 questions sont nécessaires pour mettre en évidence un effet significatif.

Du point de vue de la requête cible, la question suivante était ensuite posée : « Est-ce que vous seriez prêt à ne pas fumer pendant au moins 24h ? ». Tout d'abord l'acceptation verbale (ou le refus) du sujet de se priver de tabac durant 24 heures (première mesure) était noté. Lorsque les sujets acceptaient, un rendez-vous était pris, et le jour du rendez-vous, le nombre de sujets présents, s'étant effectivement privés de tabac (seconde mesure) était noté.

Les étudiantes ont en effet été plus nombreuses à accepter une privation de tabac durant 24 heures, en condition d'AR qu'en condition contrôle, tant verbalement (indépendamment de la condition d'approbation) que comportementalement (condition d'AR « accord »).

Les résultats montrent que les fumeurs sont plus enclins à accepter la privation de tabac lorsqu'ils sont soumis à une procédure d'AR (75 %), que lorsqu'ils sont soumis à une procédure de PDP (40 %), ou encore comparativement à la condition contrôle (15 %).

**L'acquiescement répété : une nouvelle
procédure de soumission librement consentie
au service de la privation de tabac.**

Les effets de l'engagement

- *Sur le plan cognitif*, l'engagement débouche sur une consolidation des attitudes, et sur une plus grande résistance au changement (effet de gel), il peut même déboucher sur un meilleur ajustement de l'attitude à l'acte réalisé (effet de rationalisation).
- *Sur le plan comportemental*, l'engagement débouche sur une stabilisation du comportement et sur la réalisation de nouveaux comportements allant dans le même sens (effet de pied-dans-la-porte par exemple).

Les huit commandements pour obtenir un fort engagement

Les caractéristiques d'une situation modifient le comportement et l'engagement d'un individu.

- Le contexte de liberté : un acte réalisé dans un contexte de liberté est plus engageant qu'un acte réalisé sous la contrainte.
- Le caractère public : un acte réalisé publiquement est plus engageant qu'un acte dont l'anonymat est garanti.
- Le caractère explicite : un acte manifeste est plus engageant qu'un acte ambigu.
- L'irrévocabilité : un acte sur lequel on ne peut plus revenir est plus engageant que lorsque l'on peut changer d'avis.

• La répétition : un acte que l'on répète est plus engageant qu'un acte qu'on ne réalise qu'une fois.

- Les conséquences : un acte est d'autant plus engageant qu'il est lourd de conséquences.
- Le coût : un acte est d'autant plus engageant qu'il est coûteux (en argent, en temps, en énergie, etc.).
- Les raisons : un acte est d'autant plus engageant qu'il ne peut être imputé à des raisons externes (promesses de récompenses, menaces de punition...) et qu'il peut être imputé à des raisons internes (par exemple : valeurs personnelles, traits de personnalité).

Techniques d'affirmation de soi

Faire une demande

Formuler un refus

Recevoir une critique et y répondre

Faire une demande

- Demander n'est pas contraindre.
- Moi seul connaît mes désirs et besoins. Les autres ne peuvent pas les deviner.
- Les gens sont libres de refuser.
- Si je ne demande rien, il est logique que je n'obtienne rien.
- Il vaut que je demande aujourd'hui plutôt que de me plaindre demain.

Dans la foulée, 4 étapes :

1. Demander l'autorisation, que vais-je demander ?
2. Je parle en mon nom, je dis « JE ». Ma demande est brève et précise.
3. Affirmation de soi empathique et expression positive de la demande.
4. Vérification que l'interlocuteur soit vraiment d'accord de répondre à la demande.

Ensuite :

5. J'évite les justifications excessives.
6. Je respecte mon interlocuteur. Je reconnais sa position. Offre de compromis.
7. Terminer chaleureusement.

Formuler un refus

- J'ai le droit de dire NON quand je ne suis pas d'accord
- Je ne peux pas plaire à tout le monde
- Si je ne sais pas dire non, je ne serai pas respecté
- Il est fréquent d'éprouver de la gêne lorsqu'on refuse

- Qu'est-ce-que je veux refuser ?
- Je m'assure d'avoir bien compris ce qu'on me demande.
- Je parle en mon nom, je dis JE
- Mon refus est bref et précis.
- J'évite les justifications excessives et les excuses.

Recevoir une critique

1. Ecouter la critique attentivement, rester neutre, faire le tri entre ce que vous pensez être vrai et ce que vous pensez être faux.
2. Si nécessaire, vérifier le contenu en étant centré sur ce que l'autre a exprimé et non sur l'interprétation personnelle.
3. Ne pas paraître agressif ou ironique, ne pas ridiculiser son interlocuteur.
4. Ne pas minimiser ou maximaliser la critique.
5. Ne pas contre-attaquer.

Devant une critique vraie

1. Je fais de l'écoute active (bien attendre que l'interlocuteur ait fini de parler).
2. Je reconnais les faits (admettre clairement et immédiatement l'erreur faite ou ce qui vous paraît justifié).
3. Je fais préciser à l'autre ce qu'il souhaite.
4. Si je ne peux pas changer, je précise clairement ma position.
5. Terminer le plus chaleureusement possible.

Devant une critique fausse

1. Je fais de l'écoute active (bien attendre que l'interlocuteur ait fini de parler, écouter en priorité en quoi l'interlocuteur peut avoir raisons ou quelles sont ses raisons).
2. Je nie la critique en donnant de l'information de manière et précise directement (affirmation de soi empathique).
3. Si mon interlocuteur insiste, je dis : « je comprends bien que tu n'aimes pas ».
4. Si mon interlocuteur persévère, je peux utiliser le « disque rayé ».
5. Offre de compromis, recherche d'alternatives (si nécessaire).
6. Terminer le plus chaleureusement possible.

Devant une critique vague

- Je fais de l'écoute active.
- Je demande des précisions (« qu'est-ce-qui te fait dire que ... »).
- Je fais de l'enquête négative (« je comprends que toi, tu n'aimes pas que ... »).
- En désespoir de cause, j'utilise la technique du brouillard (« oui, peut-être, c'est possible ... »).

Répondre à une critique

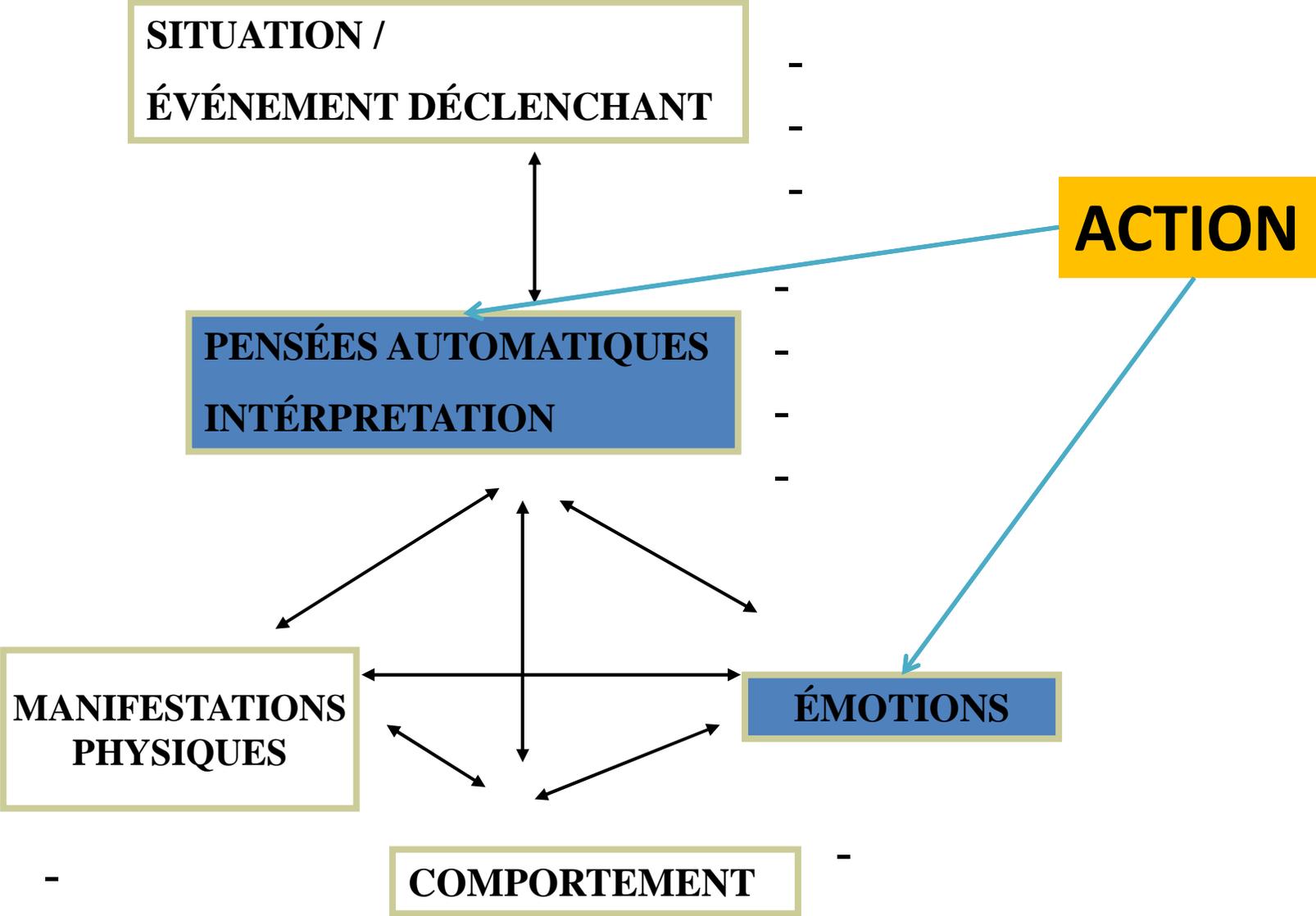
- Une critique peut être une information utile.
- Se tromper est humain (c'est persévérer qui est diabolique).
- Je ne suis pas parfait, inévitablement je ferai des erreurs.

Thérapie cognitive

Pensées → Emotions → Comportement

Apprendre à repérer les sentiments et émotions,
et à les relier aux pensées et aux comportements

GRILLE D'ANALYSE FONCTIONNELLE



L'entretien motivationnel et les distorsions cognitives

- C'est le thérapeute qui doit les **pointer** et les **utiliser**.
- L'entretien motivationnel doit permettre le **repérage** des DC et **proposer des pensées alternatives**, via les **reflets** (écoute réflexive).

Les distorsions cognitives (1)

- Il faut les pointer et ensuite les utiliser
- EM = approche CC
 - Emploi des reflets (→ pensées alternatives),
 - Stratégies → automotivation (c'est au patient de travailler et non le thérapeute)
- Ce sont des erreurs de logique, qui sont traitées comme des certitudes → vérification via les reflets.

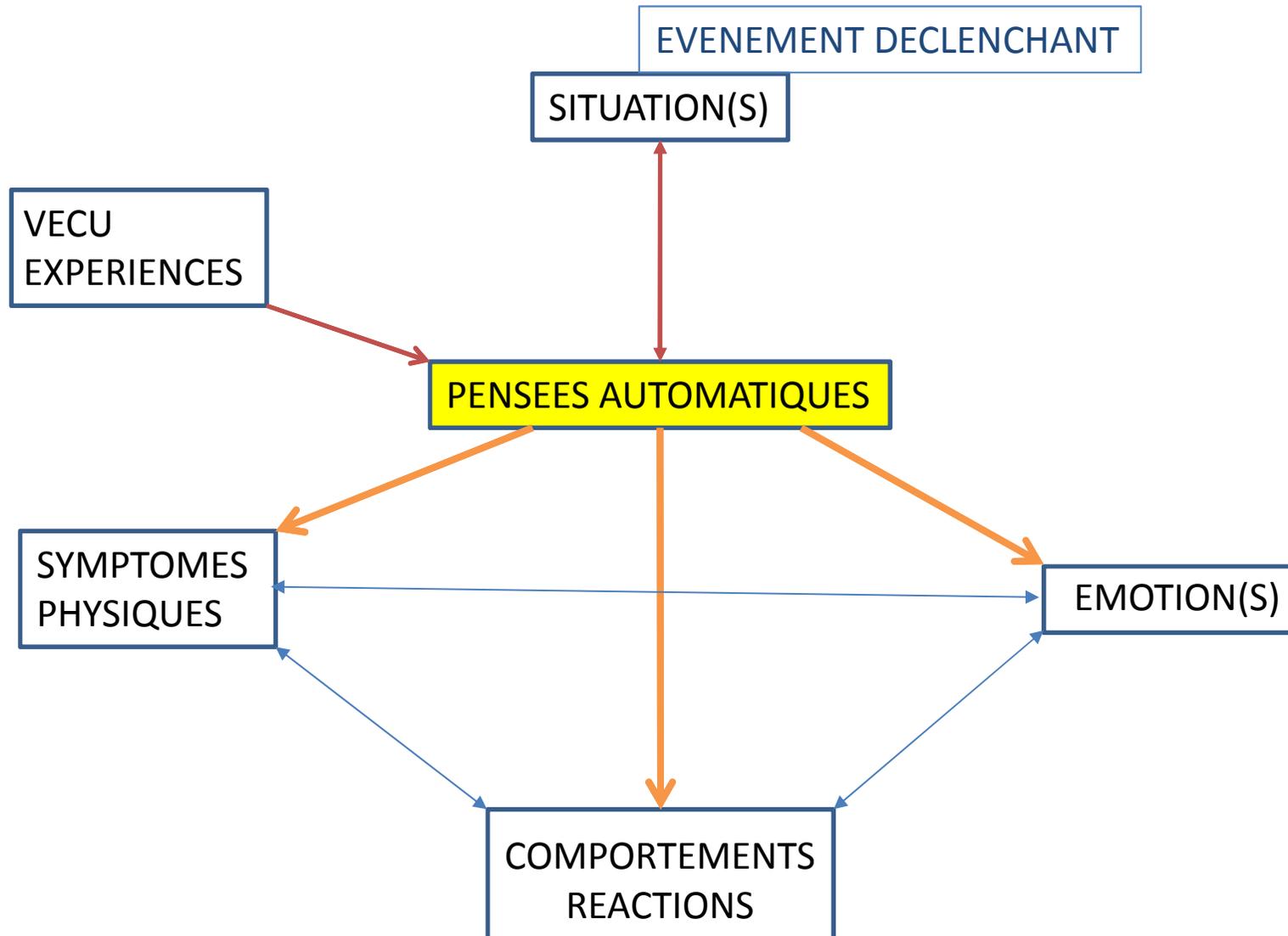
Les distorsions cognitives (2)

- On distingue 5 catégories :
 - Inférence arbitraire (tirer des conclusions sans preuve),
 - Abstraction sélective (se concentrer sur un détail défavorable au détriment de l'ensemble),
 - Surgénéralisation (tirer une conclusion générale d'une situation particulière),
 - Maximalisation (des faits négatifs) ou minimisation (des faits positifs),
 - Personnalisation (se sentir responsable des événements défavorables = surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu, la responsabilité personnelle du sujet).

Les distorsions cognitives (3)

- Face à une situation/un évènement (soit extraordinaire, soit de la vie quotidienne)
- Traduction par le cerveau = pensée automatique, influencé par
 - Vécu,
 - Expérience personnelle,
 - Histoire personnelle
- Triple impact
 - Émotion
 - Corps (ressenti physique non spécifique)
 - Réactions/conséquences

Grille d'analyse fonctionnelle



Fiche d'autoévaluation des pensées automatiques

Jour :		Heure :
Situation	Emotion	Pensée automatique
Décrire l'évènement précis produisant l'émotion déplaisante	Préciser : triste, agressif, anxieux, ...	Ecrire la pensée automatique qui a précédé, suivi ou accompagné l'émotion
Décrire le fil d'idées, de pensées, de souvenirs ou la rêverie qui produisent l'émotion	Evaluer l'intensité de l'émotion (de 0 à 10)	Evaluer le niveau de croyance dans la pensée automatique (de 0 à 10)

Il faut isoler les pensées automatiques, afin de les aborder les unes après les autres.

Discussion des pensées automatiques

Notez l'une de vos pensées automatiques

- Évaluez le % de croyance à cette pensée
- Faites ensuite la liste des arguments « pour » et des arguments « contre » cette pensée
- Réévaluez le % de croyance en cette pensée

Notez l'une de vos pensées automatiques

- Faites ensuite la liste des avantages et des désavantages à court, moyen et long terme, d'avoir cette pensée automatique.
- Attribuez un % aux avantages et aux désavantages.

Face à ces pensées automatiques

- Le travail doit se faire d'abord « en surface » d'abord, en réglant un problème.
- En effet, il y a un travail à faire en profondeur, au niveau du schéma de base (qui est un processus, une manière de penser), lorsque les événements/les situations se répètent
- *Schémas de base (croyances fondamentales)* : ils fonctionnent de manière automatique, en dehors de la conscience, et sont situés dans la mémoire à long terme. Ils filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue et rejettent les aspects positifs.

Trois questions

Lors de l'**examen** ou de la **remise en question** des pensées automatiques :

- Quelles sont les preuves ?
- Existe-t-il d'autres manières d'expliquer les choses ?
- Si cela vous semble vrai, quel est le risque ?
Est-ce grave ?

Gestion des pensées automatiques

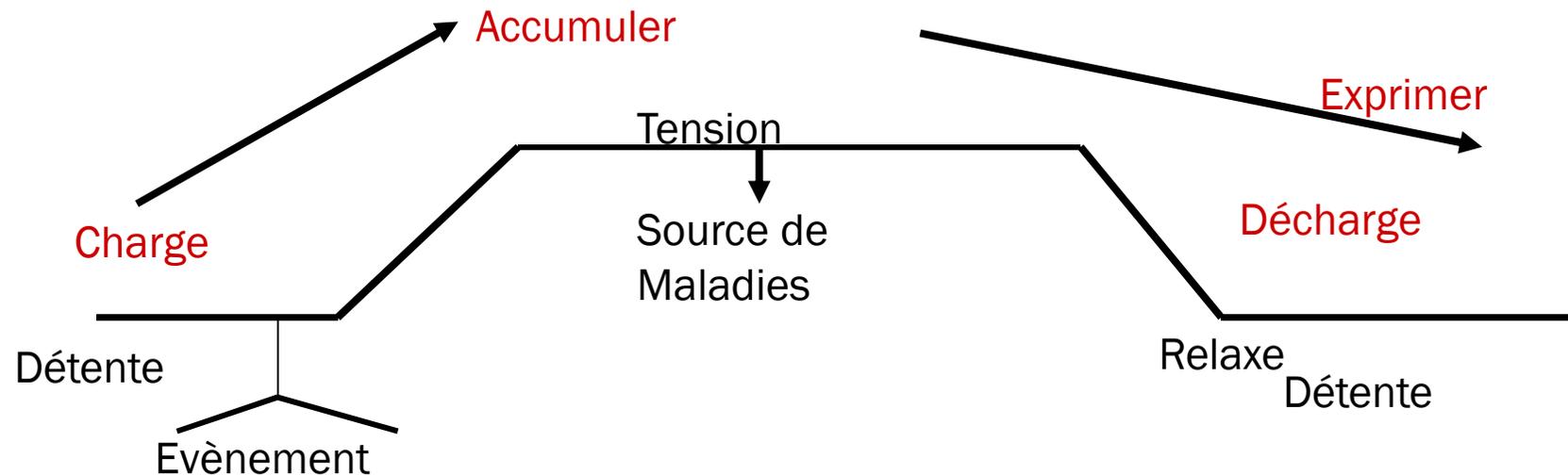
- **Camembert de responsabilité** (% part de responsabilité personnelle) ;
- **Arguments** pour et contre ;
- Méthode du **continuum** (sur une échelle de 0 à 100) ;
- Définir le **schéma négatif** (« C'est quoi pour vous... ») et le caricaturer ensuite ;
- Le lien à la **normalité** :
 - « Une pensée est une pensée »
 - « C'est normal d'avoir ce type de pensée » (on ramène à une norme)
 - « Comment êtes-vous si sûr d'être différent de la normalité ? »
 - Sondage d'opinion (interroger d'autres personnes)
 - Revenir avec des informations
 - Décentrer : « si c'était votre meilleur ami qui disait la même chose, que diriez-vous ? »

- Camembert de responsabilité (à dessiner) :
 - Le sujet,
 - Sa maladie (cela permet d'augmenter l'estime de soi),
 - Son histoire de vie
 - on recote l'émotion après (pour voir l'impact des pensées alternatives)
- Méthode du continuum
 - « j'ai raté ma vie à 80% » → « dans les 20%, comment avez-vous réussivotre vie »

Gestion des émotions

- Rappelons que l'on distingue 4 phases :
 - Charge
 - Tension (accumulation → émotion retenue)
 - Décharge (il faut évacuer / exprimer cette émotion)
 - Relaxation (phase de résolution de l'émotion)
- Il faut les identifier :
 - Observer
 - Décrire
 - Reconnaître

- Les 4 Phases dans la gestion des EMOTIONS



Observer les émotions

- Noter leur présence
- Etre spectateur (ne pas subir cette émotion)
- Se libérer de l'émotion

Faire l'expérience des émotions

- C'est l'indicateur d'un état
 - Ne pas les anesthésier, car c'est un signe à ne pas supprimer
- Ne pas les bloquer, les supprimer
- Ne pas s'en débarrasser
- Ne pas s'en éloigner, s'y accrocher ou les amplifier
- Aimer ses émotions
 - Ne pas les juger, mais les aimer au contraire

Reconnaître les émotions

- Les 6 émotions :
 - Amour
 - Joie
 - Tristesse
 - Peur
 - Colère
 - Honte

Pour réduire la vulnérabilité émotionnelle

- La règle des 5 E
 - **E**ntretenir son corps
 - **E**viter les substances psychotropes (qui modifient les émotions)
 - **E**quilibrer son rythme de vie (sommeil / alimentation)
 - Faire de l'**E**xercice (mettre le trop-plein d'énergie à l'extérieur)
 - Devenir **E**xpert (l'objectif est de faire quelque chose de positif au moins 1 fois par jour → [liste d'activités](#))

Pour réduire la vulnérabilité émotionnelle

- Etapes pour augmenter les émotions positives
 - Construire des expériences positives
 - À court-terme
 - Faire des choses plaisantes / immédiatement réalisables
 - Cela permet d'avoir le moins d'à-coups émotionnels possibles
 - À long terme
 - Faire des changements dans sa vie
 - Travailler avec des objectifs
 - Éviter l'isolement
 - Créer de nouvelles relations
 - Prendre conscience des expériences positives
 - Ne pas se concentrer sur les soucis

L'acquiescement répété : une nouvelle procédure de soumission librement consentie au service de la privation de tabac.

Marie Marchand *, Séverine Halimi-Falkowicz **

** Université de Toulouse ; UTM-IUT de Figeac ; LRP-mip (Laboratoire de recherche pluridisciplinaire du nord-est de Midi-Pyrénées) ; Avenue de Nayrac. F-46100 Figeac.*

*** Laboratoire de psychologie sociale, Université de Provence, 29 av. Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence cedex 1*

marie.marchand@univ-tlse2.fr ; severinehalimi@free.fr

Sections de rattachement : 16

RÉSUMÉ :

L'objectif de notre étude était de tester expérimentalement une nouvelle procédure de soumission librement consentie (Joule et Beauvois, 2002), suggérée par Cialdini et Sagarin (2005) : l'acquiescement répété (AR). L'AR consiste à amener le sujet à répondre « oui » à plusieurs questions successives, avant de lui soumettre la requête cible. Deux expérimentations ont été réalisées auprès d'étudiantes fumeuses. La première visait à déterminer le nombre de questions nécessaires à l'obtention d'un effet d'AR. La seconde visait à savoir si les effets obtenus relevaient de la formulation exclusive de simples « oui », ou, plus globalement, du placement de l'individu dans une dynamique générale d'approbation. L'AR était également confronté chaque fois à une procédure de pied-dans-la-porte (Freedman et Fraser, 1966). Les résultats montrent que 4 questions suffisent pour obtenir un effet (expérimentation 1), et que l'effet obtenu relève du placement de l'individu dans une dynamique générale d'approbation (expérimentation 2).

MOTS-CLÉS : Soumission librement consentie, acquiescement répété, pied-dans-la-porte, privation de tabac.

1. Les procédures de soumission librement consentie

Les procédures permettant d'augmenter la probabilité de voir quelqu'un faire librement ce qu'on attend de lui ont fait l'objet d'applications dans des champs très divers (cf. Joule et Beauvois, 1998, 2002 ; Girandola, 2003 ; Guéguen, 2004 ; Cialdini, 1984), y compris dans le champ de la santé publique. Parmi les plus courantes, on peut citer celles du pied-dans-la-porte (Freedman & Fraser, 1966), de l'amorçage (Cialdini, Cacioppo, Bassett & Miller, 1978) ou de la porte-au-nez (Cialdini, Vincent, Lewis, Catalan, Wheler & Lee Darby, 1975). Prenons par exemple la procédure de pied-dans-la-porte (PDP) (Freedman & Fraser, 1966). Cette procédure est la procédure de soumission librement consentie qui a fait l'objet du plus grand nombre de publications. Elle consiste à amener le sujet à réaliser un premier acte préparatoire peu coûteux, avant de lui proposer de réaliser un second acte, plus coûteux cette fois (comportement attendu). Dans l'expérience princeps de Freedman et Fraser (1966), par exemple, on proposait aux sujets d'installer, dans leur jardin, un grand panneau publicitaire sur la sécurité routière (comportement attendu). 76 % des sujets ont accepté l'installation de ce panneau après avoir accepté, au préalable, d'apposer une petite affichette du même thème sur leur fenêtre (acte préparatoire), contre 17 % en demande directe.

2. L'acquiescement répété : une procédure de soumission librement consentie récemment mise en évidence

Cialdini et Sagarin (2005) ont récemment évoqué une nouvelle façon de procéder. Selon ces auteurs, la probabilité d'acceptation d'une requête devrait être plus grande si, préalablement, le sujet a été amené à répondre « oui » plusieurs fois de suite, à une série de questions. Concrètement, il s'agit de poser plusieurs questions spécifiques au sujet dont on recherche le concours (3 questions par exemple) : des questions appelant toutes une réponse « oui ». A l'issue de cette série de questions/réponses, une dernière question à laquelle les sujets peuvent encore répondre par « oui » est alors posée : il s'agit, cette fois, de la requête cible, qui porte sur le comportement attendu. Cette façon de procéder favoriserait l'acceptation de la requête.

A notre connaissance, cette procédure a fait l'objet d'une seule étude expérimentale (Marchand et Joule, 2007), sous la dénomination d'« acquiescement répété » (AR). Dans cette étude, les sujets étaient des étudiantes d'une université du Sud de la France, toutes fumeuses, et la procédure d'AR était confrontée à une procédure de PDP. D'un point de vue formel, la procédure d'AR ressemble en effet à celle du PDP : dans les deux cas, l'acceptation d'un premier acte préparatoire (répondre à une série de questions, dans le cadre de l'AR) favorise celle du comportement attendu (requête cible). Dans cette expérimentation, dans les conditions expérimentales, les sujets étaient amenés à répondre, suivant la condition, soit à 4 questions, soit à 7 questions. Pour une moitié d'entre eux, les questions posées impliquaient toutes, sans exception, une

réponse « oui » (conditions d'AR) ; pour l'autre moitié, les questions posées n'impliquaient pas de réponses « oui » mais une réponse extrêmement brève (conditions de pied dans la porte). A l'issue de cette série de questions/réponses, l'expérimentatrice posait aux sujets une dernière question (requête cible) : il s'agissait, pour eux, d'accepter verbalement une privation de tabac de 24 heures (mesure principale). Un rendez-vous était pris, et le nombre de sujets se rendant effectivement au rendez-vous était noté (mesure secondaire). Dans la condition, contrôle, la requête cible était directement formulée. Les résultats montrent que les fumeurs sont plus enclins à accepter la privation de tabac lorsqu'ils sont soumis à une procédure d'AR (75 %), que lorsqu'ils sont soumis à une procédure de PDP (40 %), ou encore comparativement à la condition contrôle (15 %). Il en est de même en ce qui concerne les privations comportementales effectives (respectivement : 40 %, 0 %, et 25 %). Toutefois, l'enchaînement de 7 « oui » ne s'avère plus efficace que l'enchaînement de 4 « oui », dans cette étude, ni sur le plan des intentions comportementales (80 % vs 70 %), ni sur le plan des comportements effectifs (50 % vs 30 %).

Dans le cadre des deux expérimentations que nous avons réalisées, nous avons souhaité avancer dans la compréhension de la procédure d'AR. L'expérimentation 1 visait à déterminer le nombre de questions nécessaires à l'obtention d'un effet d'AR.

3. Expérimentation 1

3.1. Procédure

Les sujets, des étudiantes toutes fumeuses, étaient abordés individuellement sur le campus universitaire d'une université du Sud de la France. Soit ils étaient soumis à une procédure d'AR (5 conditions de 20 sujets), soit ils étaient soumis à une procédure de PDP (5 conditions de 20 sujets), soit ils étaient placés dans une condition contrôle (20 sujets). L'expérimentation comprenait par conséquent 11 conditions de 20 sujets, soit 220 sujets. Indépendamment de la condition, l'expérimentatrice se présentait comme étant membre d'une association d'aide à l'arrêt du tabagisme, et proposait aux sujets fumeurs de s'abstenir de fumer durant une période de 24 heures, soit après avoir répondu à quelques questions (conditions expérimentales), soit directement (condition contrôle).

Dans le cadre de l'AR, l'expérimentatrice posait, suivant la condition expérimentale, soit 1, soit 2, soit 3, soit 4, soit 5 questions appelant une réponse « oui », l'ordre de ces questions étant randomisé. Les questions posées étaient les suivantes : (1) Pensez-vous que fumer est risqué pour la santé ? (2) Pensez-vous que fumer marque une forme de dépendance ? (3) Avez-vous déjà vu à la télévision ou entendu à la radio des campagnes contre le tabagisme ? (4) Pensez-vous que les cigarettes coûtent cher aujourd'hui ? (5)

Pensez-vous que pour une femme enceinte, il est risqué de fumer (pour son futur enfant) ? Les sujets qui répondaient « non » au moins à l'une de ces questions n'étaient pas retenus pour la suite de l'expérience (en moyenne, moins de 2 par condition). Dans le cadre du PDP, l'expérimentatrice posait également de 1 à 5 questions, suivant la condition expérimentale, et l'ordre de ces questions était également randomisé. Cette fois, cependant, les réponses appelées étaient des réponses brèves, qui ne nécessitaient pas l'énonciation d'une acceptation ou d'un refus. Les questions posées étaient les suivantes : (1) « Vous avez fumé votre 1ère cigarette : Par curiosité / Pour imiter les autres / Parce que c'était interdit ? » (2) « Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? » (3) « Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? » (4) « Le soir, combien de temps avant de vous coucher et d'éteindre la lumière fumez-vous votre dernière cigarette ? » (5) « Quelle est votre marque (et type) de cigarettes habituelle ? ».

Du point de vue de la requête cible, l'expérimentatrice formulait la question suivante : « Est-ce que vous seriez prêt à ne pas fumer pendant au moins 24h ? ». Elle relevait tout d'abord l'acceptation verbale (ou le refus) du sujet de se priver de tabac durant 24 heures (première mesure). Lorsque les sujets acceptaient, un rendez-vous était pris, et l'expérimentatrice relevait, le jour du rendez-vous, le nombre de sujets présents, s'étant effectivement privés de tabac (seconde mesure).

3.2. Résultats

En ce qui concerne la soumission verbale (cf. tableau 1), la procédure d'AR ne se différencie pas de la condition contrôle lorsque sont posées 1 (40 % vs 40 %, $\chi^2 = 0$, *ns*), 2 (45 % vs 40 %, $\chi^2 = 0.01$, *ns*) ou 3 (65 % vs 40 %, $\chi^2 = 2.51$, *ns*) questions. Elle se révèle par contre efficace dès lors que sont posées 4 (80 % vs 40 %, $\chi^2 = 6.67$, $p < .01$) ou 5 questions (85 % vs 40 %, $\chi^2 = 8.64$, $p < .01$). Globalement, l'effet simple de cette variable est en outre tendancielle (63 % vs 40 %, $\chi^2 = 3.65$, $p < .10$). En ce qui concerne le PDP, on observe le même type de pattern : la procédure ne se différencie pas de la condition contrôle lorsque sont posées 1 (35 % vs 40 %, $\chi^2 = 0.11$, *ns*), 2 (30 % vs 40 %, $\chi^2 = 0.44$, *ns*) ou 3 (60 % vs 40 %, $\chi^2 = 1.6$, *ns*) questions. Elle se révèle par contre efficace dès lors que sont posées 4 (70 % vs 40 %, $\chi^2 = 3.64$, $p < .10$) ou 5 questions (70 % vs 40 %, $\chi^2 = 3.64$, $p < .10$). Globalement, on n'observe cependant aucun effet simple (53 % vs 40 %, $\chi^2 = 1.13$, *ns*). En outre, on n'observe pas de différences entre les procédures d'AR et de PDP, quel que soit le nombre de questions posées (respectivement : pour 1 question posée : 40 % vs 35 %, $\chi^2 = 0.11$, *ns* ; pour 2 questions posées : 45 % vs 30 %, $\chi^2 = 0.96$, *ns* ; pour 3 questions posées : 65 % vs 60 %, $\chi^2 = 0.11$, *ns* ; pour 4 questions posées : 80 % vs 70 %, $\chi^2 = 0.53$, *ns* ; pour 5 questions posées : 85 % vs 70 %, $\chi^2 = 1.29$, *ns*). Globalement, aucune différence n'apparaît non plus entre les deux procédures (respectivement : 63 % vs 53 %, $\chi^2 = 2.05$, *ns*).

Tableau 1 : soumission verbale selon les conditions.

Nombre de questions	1	2	3	4	5
AR	40 % (8/20)	45 % (9/20)	65 % (13/20)	80 % (16/20)	85 % (17/20)
PDP	35 % (7/20)	30 % (6/20)	60 % (12/20)	70 % (14/20)	70 % (14/20)
Contrôle	40 % (8/20)				

En ce qui concerne la soumission comportementale (cf. tableau 2), les résultats vont dans le même sens que précédemment. La procédure d'AR ne se différencie pas de la condition contrôle lorsque sont posées 1 (10 % vs 10 %, $\chi^2 = 0$, *ns*) ou 2 (30 % vs 10 %, $\chi^2 = 2.5$, *ns*) questions. Elle se révèle par contre efficace dès lors que sont posées 3 (35 % vs 10 %, $\chi^2 = 3.58$, $p < .10$), 4 (40 % vs 10 %, $\chi^2 = 4.8$, $p < .05$) ou 5 questions (40 % vs 10 %, $\chi^2 = 4.8$, $p < .05$). Globalement, l'effet simple de cette variable est en outre tendancielle (31 % vs 10 %, $\chi^2 = 3.69$, $p < .10$). En ce qui concerne le PDP, on observe le même type de pattern : la procédure ne se différencie pas de la condition contrôle lorsque sont posées 1 (10 % vs 10 %, $\chi^2 = 0$, *ns*) ou 2 (15 % vs 10 %, $\chi^2 = 0.23$, *ns*) questions. Elle se révèle par contre efficace dès lors que sont posées 3 (35 % vs 10 %, $\chi^2 = 3.58$, $p < .10$), 4 (40 % vs 10 %, $\chi^2 = 4.8$, $p < .05$) ou 5 questions (35 % vs 10 %, $\chi^2 = 3.58$, $p < .10$). Globalement, aucun effet simple n'apparaît cependant (27 % vs 10 %, $\chi^2 = 2.63$, *ns*). En outre, on n'observe pas de différences entre les procédures d'AR et de PDP, quel que soit le nombre de questions posées (respectivement : pour 1 question posée : 10 % vs 10 %, $\chi^2 = 0$, *ns* ; pour 2 questions posées : 30 % vs 15 %, $\chi^2 = 1.29$, *ns* ; pour 3 questions posées : 35 % vs 35 %, $\chi^2 = 0$, *ns* ; pour 4 questions posées : 40 % vs 40 %, $\chi^2 = 0$, *ns* ; pour 5 questions posées : 40 % vs 35 %, $\chi^2 = 0.11$, *ns*). Globalement, aucune différence n'apparaît non plus entre les deux procédures (respectivement : 31 % vs 27 %, $\chi^2 = 0.39$, *ns*).

Tableau 2 : Soumission comportementale selon les conditions.

Nombre de questions	1	2	3	4	5
AR	10 % (2/20)	30 % (6/20)	35 % (7/20)	40 % (8/20)	40 % (8/20)
PIED-DANS-LA- PORTE	10 % (2/20)	15 % (3/20)	35 % (7/20)	40 % (8/20)	35 % (7/20)
Contrôle classique	10 % (2/20)				

3.3. Discussion

Conformément à la suggestion de Cialdini et Sagarin (2005) et comme dans l'expérimentation réalisée par Marchand et Joule (2007), amener les sujets à répondre « oui » plusieurs fois de suite à une série de questions, nous a bien permis d'augmenter la probabilité d'acceptation de la requête. Les étudiantes ont en effet été plus nombreuses à accepter une privation de tabac durant 24 heures, tant verbalement que comportementalement, en condition d'AR qu'en condition contrôle. Sur la base des résultats que nous avons obtenus, 4 questions s'avèrent par ailleurs nécessaires et suffisantes pour obtenir un effet d'AR, du point de vue de l'acceptation verbale. Du point de vue de la soumission comportementale, 3 questions apparaissent même suffire pour obtenir un effet par rapport à la condition contrôle. Enfin, lorsque l'on tient également compte des résultats obtenus dans le cadre du PDP, les deux patterns de résultats (AR vs PDP) se ressemblent à quelques détails près. Par conséquent, sachant que, d'un point de vue formel, la procédure d'AR ressemble à celle du PDP¹, on pourrait se demander, d'un point de vue théorique, si la procédure d'AR représente à part entière une nouvelle procédure de soumission librement consentie, ou si, plutôt, elle ne correspond pas qu'à une forme particulière de PDP, tout simplement. Comme l'évoquent Cialdini et Sagarin (2005), la procédure d'AR pourrait en effet reposer sur le même principe que l'un de ceux proposé pour rendre compte des effets de PDP : sur un principe de consistance (e.g., Burger, 1999), un AR induisant un acquiescement final.

L'expérimentation 2 visait à savoir si les effets obtenus dans l'expérimentation 1 relevaient de la formulation exclusive de simples « oui », ou, plus globalement, du placement de l'individu dans une dynamique générale d'approbation.

4. Expérimentation 2

4.1. Procédure

Comme dans l'expérimentation 1, les sujets, des étudiantes toutes fumeuses, étaient abordés individuellement sur le campus universitaire d'une université du Sud de la France. Soit ils étaient soumis à une procédure d'AR (3 conditions de 28 sujets), soit ils étaient soumis à une procédure de PDP (1 condition de 28 sujets), soit ils étaient placés dans une condition contrôle (28 sujets). L'expérimentation comprenait par conséquent 5 conditions de 28 sujets, soit 140 sujets. Comme précédemment, indépendamment de la condition, l'expérimentatrice se présentait comme étant membre d'une association

¹ Dans les deux cas, acceptation d'un premier acte préparatoire, qui consiste à répondre à une série de questions allant dans le sens de la requête finale.

d'aide à l'arrêt du tabagisme, et proposait aux sujets fumeurs de s'abstenir de fumer durant une période de 24 heures, soit après avoir répondu à quelques questions (conditions expérimentales), soit directement (condition contrôle).

Dans le cadre de l'AR, les sujets étaient amenés à répondre à 4 questions sur le tabac, qui impliquaient, chacune, soit une réponse « oui » (condition d'AR « classique »), soit une réponse « vrai » (sémantique proposée par l'expérimentatrice ; condition d'AR « vrai »), soit un « accord » (échelle en 7 points allant de 1 « pas du tout d'accord » à 7 « tout à fait d'accord » ; condition d'AR « accord »). Les questions posées correspondaient, chaque fois, à 4 des questions posées dans l'expérimentation 1, en condition d'AR, et étaient proposées en ordre fixe : (1) Pensez-vous que fumer est risqué pour la santé ? (2) Pensez-vous que fumer marque une forme de dépendance ? (3) Pensez-vous que pour une femme enceinte, il est risqué de fumer (pour son futur enfant) ? (4). Pensez-vous que les cigarettes coûtent cher aujourd'hui ? Les sujets qui répondaient par la négative au moins à l'une de ces questions n'étaient pas retenus pour la suite de l'expérience (en moyenne, moins de 2 par condition). Dans le cadre du PDP, l'expérimentatrice posait également 4 questions sur le tabac (leur ordre de présentation était également fixe) Cette fois, cependant, les réponses appelées étaient des réponses brèves, qui ne nécessitaient pas l'énonciation d'une acceptation ou d'un refus. Les questions posées correspondaient à 4 des questions posées dans l'expérimentation 1, en condition de PDP, et étaient proposées en ordre fixe : (1) « Vous avez fumé votre 1ère cigarette : Par curiosité / Pour imiter les autres / Parce que c'était interdit ? » (2) « Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? » (3) « Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? » (4) « Le soir, combien de temps avant de vous coucher et d'éteindre la lumière fumez-vous votre dernière cigarette ? ».

Du point de vue de la requête cible, l'expérimentatrice formulait la question suivante : « Est-ce que vous seriez prêt à ne pas fumer pendant au moins 24h ? ». Elle relevait tout d'abord l'acceptation verbale (ou le refus) du sujet de se priver de tabac durant 24 heures (première mesure). Lorsque les sujets acceptaient, un rendez-vous était pris, et l'expérimentatrice relevait, le jour du rendez-vous, le nombre de sujets présents, s'étant effectivement privés de tabac (seconde mesure).

4.2. Résultats

En ce qui concerne la soumission verbale (cf. tableau 3), la procédure d'AR « classique » se différencie de la condition contrôle (46.42 % vs 17.85 %, $\chi^2 = 5.24$, $p < .05$). Les deux autres conditions d'approbation se différencient également de la condition contrôle (condition « AR vrai » vs condition contrôle : 50% vs 17.85 %, $\chi^2 = 6.45$, $p < .05$; condition « AR accord » vs condition contrôle : 46.42 % vs 17.85 %, $\chi^2 = 5.24$, $p < .05$). Globalement, l'effet simple de la variable « conditions d'approbation » est significatif (47.62 % vs 17.85 %, $\chi^2 = 7.74$, $p < .01$). En ce qui concerne le PDP, la

procédure ne se différencie pas cette fois de la condition contrôle (35.71 % vs 17.85 %, $\chi^2 = 2.28$, *ns*). En outre, on n'observe pas de différences entre les procédures d'AR « classique » et de PDP (respectivement : 46.42 % vs 35.71 %, $\chi^2 = 0.66$, *ns*).

Tableau 3 : soumission verbale selon les conditions.

Conditions d'approbation	AR « classique » (4 réponses « oui »)	46.42 % (13/28)	47.62 % (40/84)
	AR « vrai » (4 réponses « vrai »)	50 % (14/28)	
	AR « accord » (positionnement sur l'échelle)	46.42 % (13/28)	
PDP		35.71 % (10/28)	
Contrôle		17.85 % (5/28)	

En ce qui concerne la soumission comportementale (cf. tableau 4), la procédure d'AR « classique » ne se différencie pas de la condition contrôle (21.42 % vs 7.14 %, $\chi^2 = 2.33$, *ns*). La condition d'AR « vrai » ne se différencie pas non plus de cette condition (21.42 % vs 7.14 %, $\chi^2 = 2.33$, *ns*). La condition d'AR « accord », contrairement à la condition d'AR « accord » (28.57 % vs 7.14 %, $\chi^2 = 4.38$, $p < .05$). Globalement, l'effet simple de la variable « conditions d'approbation » est tendanciel (23.8 % vs 7.14 %, $\chi^2 = 3.7$, $p < .10$). En ce qui concerne le PDP, la procédure ne se différencie pas de la condition contrôle (17.85 % vs 7.14 %, $\chi^2 = 1.47$, *ns*). En outre, on n'observe pas de différences entre les procédures d'AR « classique » et de PDP (respectivement : 21.42 % vs 17.85 %, $\chi^2 = 0.11$, *ns*).

Tableau 4 : Soumission comportementale selon les conditions.

Conditions d'approbation	AR « classique » (4 réponses « oui »)	21.42 % (6/28)	47.62 % (40/84)
	AR « vrai » (4 réponses « vrai »)	21.42 % (6/28)	
	AR « accord » (positionnement sur l'échelle)	28.57 % (8/28)	
PDP		17.85 % (5/28)	
Contrôle		7.14 % (2/28)	

4.3. Discussion

Une fois de plus, amener les sujets à répondre « oui » plusieurs fois de suite à une série de questions, nous a bien permis d'augmenter la probabilité d'acceptation de la requête, et l'effet d'AR relèverait davantage du placement de l'individu dans une dynamique générale d'approbation, plutôt que de la formulation, exclusive, de simples « oui ». Les étudiantes ont en effet été plus nombreuses à accepter une privation de tabac durant 24 heures, en condition d'AR qu'en condition contrôle, tant verbalement (indépendamment de la condition d'approbation) que comportementalement (condition d'AR « accord »). Dans l'expérimentation 2, nous n'avions pu obtenir l'effet classique de PDP que nous attendions. Lorsque 4 questions étaient posées, l'effet que nous avions obtenu n'était que tendanciel dans l'expérimentation 1. Le PDP pourrait par conséquent être moins efficace que l'AR, lorsque 4 questions sont posées, mais les différences et similitudes entre les deux procédures restent encore à explorer.

5. Bibliographie

Cialdini, R. (1984). *Influence et manipulation*. Paris, First.

Cialdini, R. B., Cacioppo, J. T., Basset, R., & Miller, J. A. (1978). Low-ball procedure for producing compliance: Commitment then cost. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 463-476.

Cialdini, R.B. & Sagarin, B.J. (2005). Principles of interpersonal influence. In T.C. Brock, M.C. Green (Eds), *Persuasion: psychological insights and perspectives* (2nd ed., chap. 7). Thousand Oaks, CA: Sage.

Cialdini, R. B., Vincent, J. E., Lewis, S. K., Catalan, J., Wheeler, D., & Darby, B. L. (1975). Reciprocal concessions procedure for inducing compliance: The door-in-the-face technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 206-215.

Freedman, J., & Fraser, S. (1966). Compliance without pressure: The foot-in-the-door technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 195-202.

Girandola, F. (2003). *Psychologie de la persuasion et de l'engagement*. Presses Universitaires de Franche-Comté.

Guéguen, N. (2004). *Psychologie de la manipulation et de la soumission*. Dunod : Paris.

Joule, R.-V., & Beauvois, J.-L. (1998). *La soumission librement consentie*. Paris : Presses Universitaires de France.

Joule, R.-V., & Beauvois, J.-L. (2002). *Petit Traité de Manipulation à l'Usage des Honnêtes Gens*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.

Marchand, M., & Joule, R.-V. (2007). Privation de tabac et engagement : test d'une nouvelle procédure. *IVème Congrès International de Psychologie de la Santé en Langue Française, « Psychologie, Santé et Ouverture »* (Toulouse, France), 20-22 juin.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 Prendre un bain | 46 Jouer au golf |
| 2 Planifier sa carrière | 47 Jouer au football |
| 3 Payer ses dettes | 48 Jouer au cerf-volant |
| 4 Collectionner des pièces, des coquillages, et | 49 Discuter avec des amis |
| 5 Partir en vacances | 50 Participer aux réunions de famille |
| 6 Penser au moment où je finirai l'école | 51 Faire de la moto |
| 7 Recycler des vieux objets | 52 Sexualité |
| 8 Aller à un rendez-vous | 53 Courir |
| 9 Se relaxer | 54 Faire du camping |
| 10 Aller au cinéma en milieu de semaine | 55 Chanter chez soi |
| 11 Faire du jogging, de la marche | 56 S'occuper de ses fleurs |
| 12 Penser avoir bien rempli sa journée de travail | 57 Pratiquer sa religion |
| 13 Ecouter de la musique | 58 perdre du poids / prendre du poids |
| 14 Se souvenir de fêtes passées | 59 Aller à la plage |
| 15 Acheter des gadgets pour la maison | 60 Penser que je suis quelqu'un de bien |
| 16 Prendre des bains de soleil | 61 Passer une journée sans rien faire |
| 17 Planifier un changement de carrière | 62 Participer aux réunions de classe |
| 18 Rire | 63 Faire du patin à roulette, à glace |
| 19 Se souvenir de voyages passés | 64 Faire de la voile |
| 20 Ecouter les autres | 65 Voyager à l'étranger ou son pays |
| 21 Lire des magazines ou des journaux | 66 Faire de la peinture (tableau...) |
| 22 Avoir un passe-temps (collections, modélisme) | 67 Faire quelque chose spontanément |
| 23 Passer une soirée avec des bons amis | 68 Faire de la couture, du crochet... |
| 24 Planifier une journée d'activité | 69 Dormir |
| 25 Rencontrer de nouvelles personnes | 70 Conduire |
| 26 Se souvenir de paysages merveilleux | 71 Se divertir |
| 27 Economiser de l'argent | 72 Participer aux clubs organisés |
| 28 Faire un pari | 73 Penser à se marier |
| 29 Rentrer à la maison après le travail | 74 Aller à la chasse |
| 30 Manger | 75 Chanter dans un groupe |
| 31 Faire du karaté, du judo, du yoga | 76 Flirter |
| 32 Penser à sa retraite | 77 Jouer d'un instrument de musique |
| 33 Réparer des choses à la maison | 78 Faire quelque chose d'artistique |
| 34 Bricoler sa voiture (ou vélo) | 79 Faire un cadeau à quelqu'un |
| 35 Se souvenir de personnes aimées | 80 Acheter des disques |
| 36 Porter des vêtements sexy | 81 Assister à un match de boxe, lutte |
| 37 Passer une soirée tranquille | 82 Planifier des fêtes |
| 38 Prendre soin de ses plantes | 83 Faire la cuisine |
| 39 Acheter, vendre | 84 Faire de la montagne |
| 40 pratiquer de la natation | 85 Ecrire des livres (poèmes, articles) |
| 41 Gribouiller | 86 Coudre, ou recoudre |
| 42 Faire de l'exercice | 87 Acheter des habits |
| 43 Collectionner de vieux objets | 88 Aller au restaurant |
| 44 Aller à une fête | 89 Travailler |
| 45 Penser à acheter des choses | 90 Discuter à propos des livres |
| 91 Regarder le paysage | 98 Penser que j'ai beaucoup de choses |
| 92 Faire du jardin | 99 en ma faveur, plus que la plupart des gens |
| 93 Aller dans un salon de beauté | 100 Aller au concert ou au théâtre |
| 94 Prendre un café et lire le journal | 101 Rêver éveillé |
| 95 Jouer au tennis | 102 Aller à l'école |
| 96 Embrasser | 103 Penser à quelque chose d'érotique |
| 97 Regarder ses enfants jouer | 104 Faire un tour en voiture |
| 98 Penser que j'ai beaucoup de choses
en ma faveur, plus que la plupart des gens | |
| 99 Aller au concert ou au théâtre | |

LISTE D'ACTIVITÉS PLAISANTES

Éducation thérapeutique et arrêt du tabac

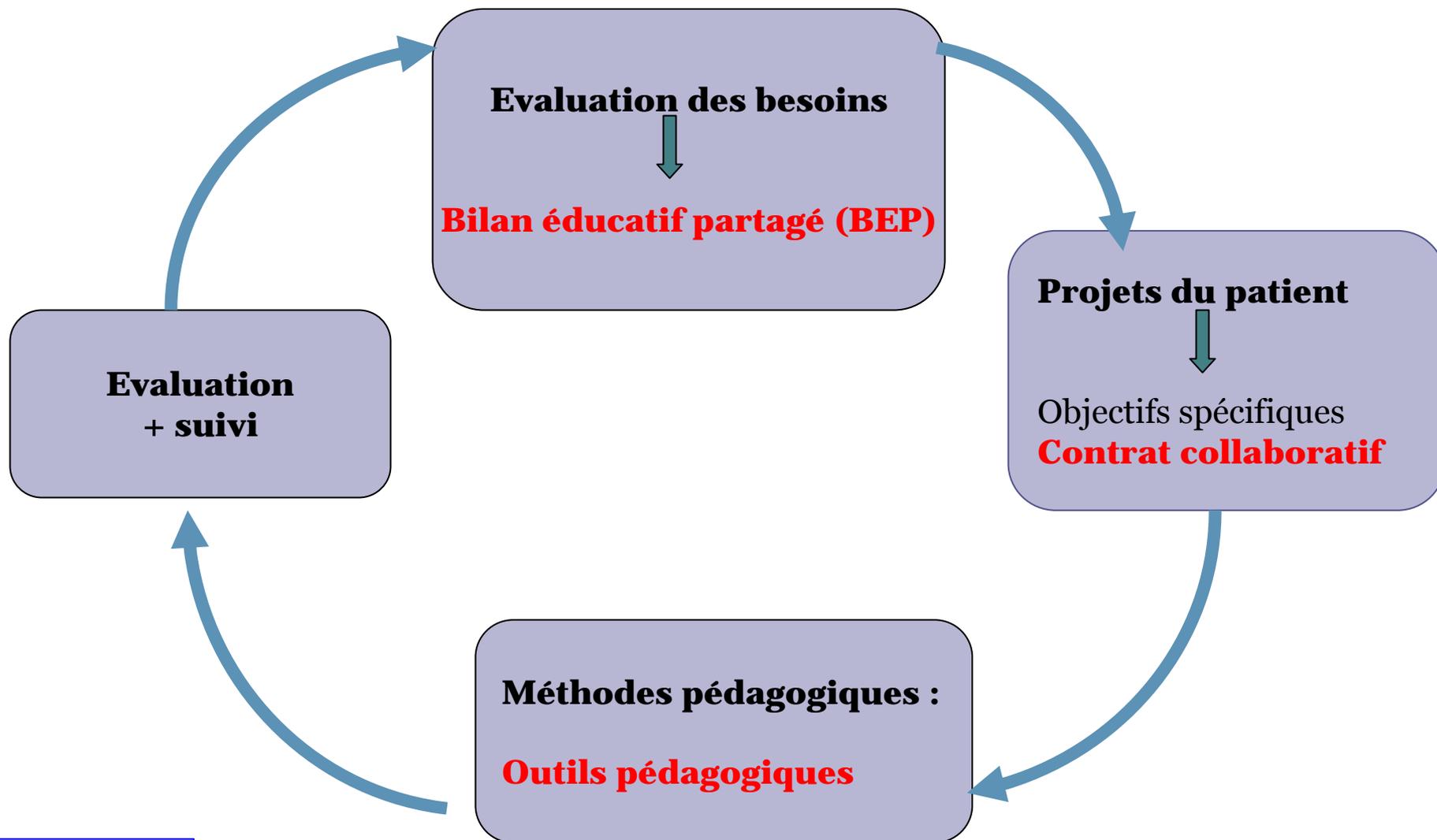
Rose-Marie Rouquet, Martine Bertoia
UCAST, Hôpital LARREY, CHU Toulouse

Gérard Peiffer
CHR Mercy Metz

L'ETP en tabacologie dans la littérature?

- Revue bibliographique :
 - Quasi aucun programme exclusif en tabacologie
 - Programme combinant éducation de l'asthme et aide au sevrage des parents de jeunes enfants asthmatiques. EL McQuaid, *Pediatr Pulmonol*, 2012
- La gestion du tabagisme se résume souvent à :
 - Intégration dans différents programmes d'ETP de maladies chroniques :
 - Programme d'aide au sevrage intensif vs aide minimale chez AOMI : D. Hennrikus (*JACC* 2010) : taux de sevrage à M6 : 21,3% vs 6,8%, $p = 0,023$

Éléments constitutifs d'un programme en ETP



Bilan Educatif Partagé : 5 dimensions

- Dimension bio-clinique : **qu'est-ce qu'il a?**
 - ATCD médicaux, informations sur maladie ...
- Dimension socio-professionnelle : **qu'est-ce qu'il fait?**
 - Vie sociale, familiale, professionnelle, mode de vie ...
- Dimension cognitive : **qu'est-ce qu'il sait sur sa maladie?**
 - Sur maladie elle-même, les traitements ...
- Dimension psycho-affective : **qui est-il? Comment vit-il sa maladie?**
 - Quel est son stade dans le processus d'acceptation de la maladie chronique?
 - Locus de contrôle : traits de personnalité et psycho-affectifs?
 - Stade dans Prochaska?
- Dimension projective : **quel est son projet?**
 - Personnel, de santé, besoins immédiats, comment y parvenir?...

Bilan Educatif Partagé en tabacologie

Dimension bio-clinique :

Ce qu'il a?

- ATCD médicaux
- Faire le point avec le patient sur son histoire avec le tabac
- Informations sur son tabagisme ...

Dimension bio-clinique :

- Nombre de cigarette fumées
- Type de tabac
- Utilise la cigarette électronique
- Années de tabagisme
- Fagerström
- Co ppm
- Sevrages antérieurs
- Prise de poids (sevrage) combien de kg
- Co addiction
- HAD Moral sur 10
- ATCD dépression
- Suivi psychiatre + traitement
- Age Poids taille

Bilan Educatif Partagé en tabacologie

Dimension socio-professionnelle :

Ce qu'il fait?

- Situation familiale, professionnelle, hygiène de vie...

Dimension socio-professionnelle

- Situation familiale
 - Prof
 - Personnes ressources
 - Ddifficultés financières
 - CMU / Mutuelle
 - Le domicile est il fumeur
 - **Conjoint fumeurs** **Enfant fumeur**
 - Parlez moi ?
 - Loisirs / vie sociale / activité physique régulière / alimentation équilibrée
 - Adresse
- Tel pour suivi

Bilan Educatif Partagé en tabacologie

Dimension cognitive

Dimension cognitive

Ce qu'il sait?

On explore ici le niveau de connaissance du patient

▫ sur le sevrage tabac

▫ Sur le tabagisme, sur les traitements, le vécu des anciens sevrages, les croyances les représentations, les bénéfices du sevrage...

- Que savez-vous sur le tabac ?
- Connaissez-vous le NB de composants?
- Connaissez-vous les bénéfices de l'arrêt ?
- Que pensez-vous des S.N. ?
- Différences en SN et nicotine inhalée.
- Etat de santé : bon moyen médiocre
Etat de santé futur : identique, amélioré, aggravé,
- Motivation à l'arrêt ce jour : /10
Motivation à l'arrêt le mois dernier : /10
- Ses motivations ?
- Ses craintes ?
- Ses difficultés
- Facteurs favorisants
- Minimise l'importance du sevrage
- Ambivalent
- Avance d'autres priorités : les quelles ?
- Croit au ttt miracle

Bilan Educatif Partagé en tabacologie

Dimension psycho-affective

Qui est-il?

- Comment vit-il sa maladie?
- Quel est son stade dans le processus d'acceptation de la maladie chronique?
- Stade dans Prochaska?
- Traits psycho-affectifs?

Dimension psycho-affective

- **Stades acceptation de la maladie chronique /du sevrage tabac**

État de choc / déni / révolte / marchandage
dépression / acceptation / résignation /
pseudo-acceptation / anxiété- hypercontrôle

- **Prochaska**

PC C P A M

- **Locus de contrôle**

mixte interne externe

Bilan Educatif Partagé en tabacologie

Dimension projective

Ce qu'il veut faire?

- Sevrage temporaire, total, réduction..
- Projets de vie?

Dimension projective

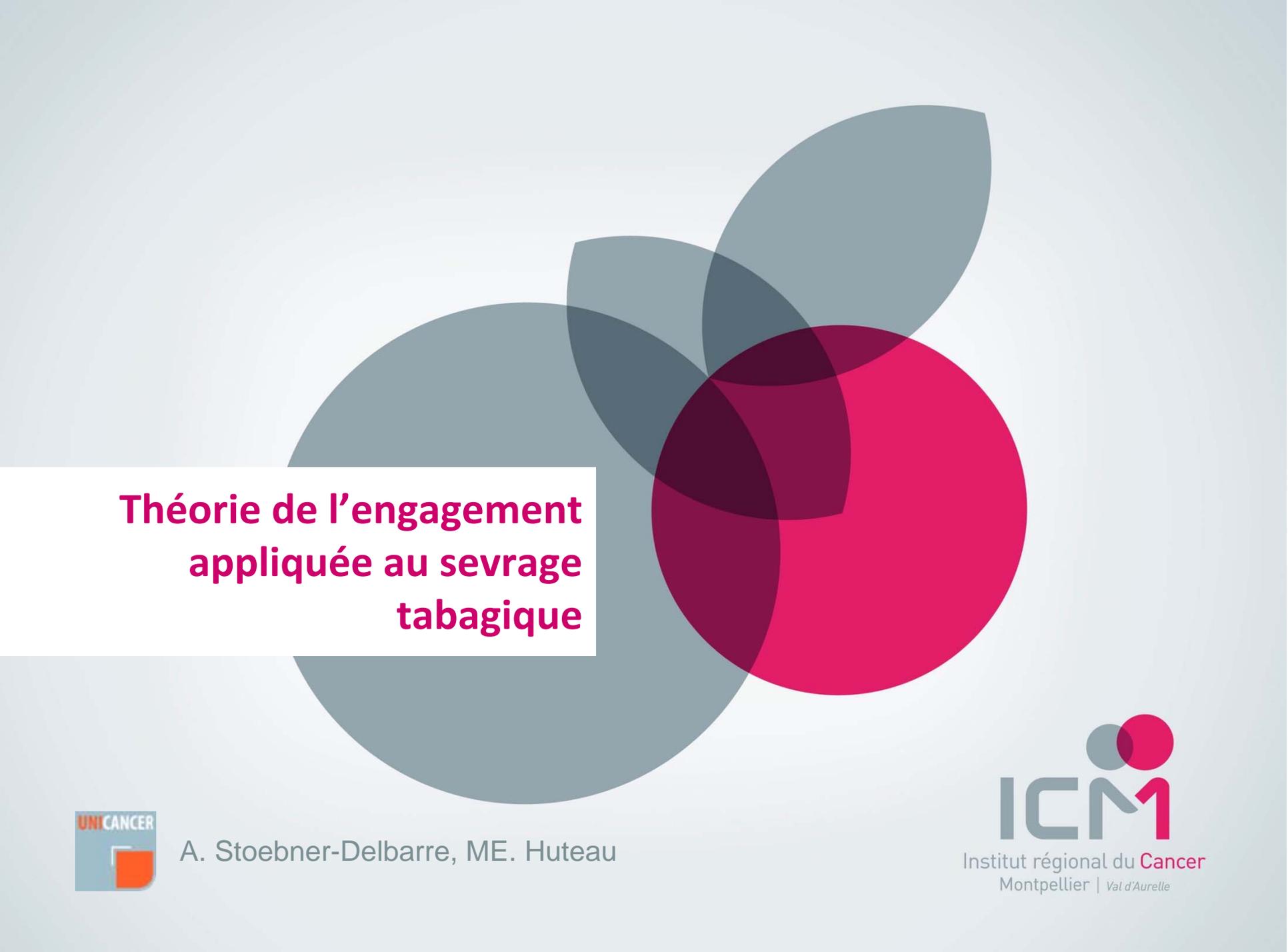
Comment voulez faire votre sevrage tabac ?

Projets du patient

- Arrêter définitivement à partir de
- Stratégie de réduction avec substitution nicotinique
- Modifier son hygiène de vie : *alimentation, activité physique, relaxation*

L'ETP en tabacologie : spécificités & difficultés potentielles

- Tabagisme → si addiction → maladie chronique
- Tabagisme = comportement, longtemps non vécu comme une maladie
- Tabagisme chez des sujets en activité professionnelle :
 - Pb de disponibilité pour des programmes d'ETP sur site dédié
 - Rejet de l'ETP de groupe
- Tabagisme souvent associé à
 - Sevrage +/- accepté si effets II mal gérés (poids, stress...)
 - Autres maladies chroniques (diabète, BPCO, AOMI, coronaropathies ...)
 - Co-addictions
 - Comorbidités psychiatriques
 - Conditions socio-économiques difficiles:
 - Précarité, population non « visible »...



Théorie de l'engagement appliquée au sevrage tabagique



A. Stuebner-Delbarre, ME. Huteau



Institut régional du Cancer
Montpellier | Val d'Aurelle

Constats

- 75% des fumeurs désirent arrêter
- Seulement 20% initie un sevrage
- 28% d'entre eux ne reviendront pas après une 1ère consultation

Objectif

Développer l'engagement du fumeur dans un projet d'arrêt durable est donc crucial.

Efficacité

La théorie de l'engagement est efficace pour accompagner le changement d'un comportement y compris le sevrage tabagique (6 études +)

- **Le pied dans la porte**

Faire un 1^{er} acte peu coûteux et plus tard un 2^{ème} acte plus coûteux

- **L'amorçage**

Prendre une 1^{ère} décision puis une autre liée

- **La porte au nez**

*Refuser une requête bien trop coûteuse
Et accepter une 2^{ème} requête*

- **L'acquiescement répété**

Répondre 3 x « oui »



Pied dans la porte - Stratégie de réduction

- Définir quelles sont les cigarettes les + et les – importantes. Commencer par supprimer les – importantes
- Proposer de ne plus fumer dans certaines circonstances (à l'intérieur, en voiture, etc...)
- Remplacer 1 cigarette par un SNO (s'habitue à utiliser le TSO)

Porte au nez - Stratégie de réduction

- Proposer d'arrêter de fumer la 1ère cigarette en même tps que le café (NON). Décaler la 1ère cigarette par rapport au café.
- Avec votre BPCO évoluée il faut absolument que vous arrêtiez complètement (NON). Il y a une autre possibilité qui est la stratégie de réduction avec TSN. Est-ce que cela vous intéresserait ?

Avantages pour le professionnel

- Techniques efficaces et utilisables dans un but de santé publique
- Peuvent permettre de décomplexer et déculpabiliser / à des utilisations à but lucratif
- Outils de communication à utiliser ou non en fonction des situations
- Permettent d'avancer en cas de situations bloquées

Avantages pour le patient

- Représentent un nouvel outil lui permettant d'être plus engagé et mobilisé dans son projet de soin.
- Mettent en valeur sa démarche personnelle et sa motivation.
- Permettent de l'aider à se décider

Principe de précaution

A utiliser dans un cadre éthique (et non de manipulation) +++

- **Madame** A. T., 32 ans, célibataire sans enfant, en reconversion professionnelle.
- Je la vois en consultation le 10 février 2015, adressée par son chirurgien du Centre Léon Bérard à Lyon.
- En 2011, une tumeur maligne avait été diagnostiquée (liposarcome de la cuisse droite), et une chimiothérapie avait alors été mise en place avant exérèse en 2012. Sa consommation de tabac était alors de 4 PA.
- Sa consommation est de 20 roulées par jour.
- Elle a commencé à fumer à l'âge de 22 ans, et à fumer quotidiennement à l'âge de 24 ans.

- Le score de Fagerström est de 7/10
- Le CO est à 33 ppm
- Sa demande est la suivante : le chirurgien aimerait qu'elle arrête de fumer, mais elle pense qu'elle ne pourra pas y arriver, qu'elle n'a pas envie d'arrêter.

- **QUESTIONS**

- A quel stade se situe-t-elle?
- Quelles questions lui poser ?
- Que lui proposer ?

- Stade pré-intentionnel
- Votre chirurgien aimerait que vous arrêtiez de fumer : qu'en pensez-vous ?
- En venant me voir, quelle était votre idée ? Arrêter de fumer ? Réduire ? « Réduire ma consommation » de combien ? De moitié ? Moins ? « Diminuer de 5 cigarettes »
- Lesquelles allez-vous choisir ? Pensez à celles qui sont le moins importantes pour vous.
- Quand allez-vous commencer ? au début du mois de mars
- En raison de sa forte dépendance nicotinique, je lui propose un TNS. Que lui donneriez-vous ?

- Patch 14mg + Cp 1.5 mg à la demande (5-10 par jour)
- Quel remboursement en ce qui la concerne ?
- Connaissez-vous bien le forfait et son montant ?



- **L'arrêt du tabac : une prise en charge des substituts nicotiques**
- Article mis à jour le 15 juillet 2015
- L'Assurance Maladie vous accompagne dans l'arrêt du tabac. Elle prend en charge, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire.
- Pour les femmes enceintes et pour les jeunes de 20 à 25 ans, ce montant est de 150 €.
- Depuis le 1er juillet 2015, les jeunes de 25 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer peuvent également bénéficier d'un forfait de 150 €.

- Je la revois le 31 mars 2015.
- Elle m'explique qu'elle a commencé à réduire le 3 mars, après une période de déni initial : diminution de consommation et augmentation de son inquiétude. En effet, elle est admissible à un concours (assistante de service social) et a peur que sa réduction de consommation de tabac la perturbe.
- Elle a noté chaque jour le nombre de cigarettes fumées (voir liste) et je lui fais constater qu'elle a largement dépassé l'objectif initial de réduction (- 5 cig./j) : réduction de moitié.
- TNS : elle met le patch chaque jour, et prend 3 cp/jour.
- Le CO est passé à 10 ppm (grand sourire)
- Je lui proposer de remplir les 4 colonnes de la balance décisionnelle et de poursuivre le TNS.

- Elle a repris rdv 3 mois plus tard, en juin 2015.
- Son carnet de consommation journalier (sous excel) montre une réduction de consommation moyenne : 5 à 7 cigarettes par jour.
- Et ce sont des cigarettes manufacturées et non plus des roulées.
- Elle me précise qu'elle décale dans le temps les premières cigarettes et qu'elle a réduit sa consommation → je la félicite pour ses changements (renforcement du sentiment d'efficacité personnelle).
- Le CO est à 16 ppm (dernière cigarette fumée 1h30 avant ; 3 cigarettes depuis le matin).
- On analyse ensemble la balance décisionnelle (voir document)

3/03 = 13
 4/03 = 9
 5/03 = 12
 6/03 = 9
 7/03 = 11
 8/03 = 8
 9/03 = 7
 10/03 = 10
 11/03 = 11
 12/03 = 7
 13/03 = 7
 14/03 = 6
 15/03 = 7
 16/03 = 7
 17/03 = 9
 18/03 = 5
 19/03 = 9
 20/03 = 8
 21/03 = 10
 22/03 = 9
 23/03 = 9
 24/03 = 9
 25/03 = 8
 26/03 = 7
 27/03 = 9
 28/03 = 5
 29/03 = 11
 30/03 = 9

Nombre de cigarettes fumées / jour (année)

Jour	Sept.	Oct.
1	7	6
2	6	9
3	6	8
4	6	8
5	4	6
6	6	7
7	6	9
8	7	9
9	4	8
10	4	9
11	5	10
12	7	6
13	8	7
14	8	7
15	6	8
16	9	8
17	6	9
18	10	10
19	5	6
20	8	8
21	8	8
22	9	9
23	9	9
24	9	9
25	9	10
26	9	
27	12	
28	6	
29	6	
30	6	
31		
TOTAL	211	193
MOYENNE	7,033333333	8,041666667
MEDIANE	6,5	8

JE FUME

J'ARRÊTE DE FUMER

AVANTAGES

INCONVENIENTS

BENEFICES

INCONVENIENTS

- * pas de fluctuation de poids
- * anti-stress
- * détente / repose le cerveau
- (~~* anti-socialisme~~)

- * coût au mois / à l'année
- * gros pb. santé sur de nombreux joints
 - ↳ ≠ cancers
 - ~~↳ ...~~
 - ↳ voir chaque
 - ↳ AVC
 - ↳ pb. de circulation

- ~~je~~ y pense ☹
- je ne les emmène pas partout
- je ne m'ai pas peur de ne pas les avoir
- j'en achète moins
- j'améliore ma santé
- ☹ de dépendance

- achat trait médicamenteux

- Qu'en pensez-vous ?
- Quelles questions ?
- Que proposer ?

- Je la revois trois mois plus tard, après les congés d'été.
- Elle a fumé 4-5 cigarettes par jour (valeur médiane) en juillet-août, mais plus depuis le début du mois (4-12 cigarettes par jour ; médiane = 6.5).
- « J'ai pris du temps pour moi ».
- Je prends 5 cp par jour (au lieu de 3), mais je me sens moins motivée ».
Patch 14mg : 1 et demi/jour
- Le CO est à 11 ppm (dernière cigarette il y a 4 heures ; 3 cigarettes depuis le matin).
- Elle me précise que le soir, seule, elle a besoin de se relaxer → cigarette. Je lui demande si une activité ne permettrait pas de se relaxer également ? « si, je dessine le soir, dans la pénombre »

26 octobre 2015

- Son carnet journalier montre une augmentation de sa consommation journalière (6 à 10/j ; médiane=8).
- Le CO est à 6 ppm (dernière cigarette il y a 1 heure ; 3 depuis ce matin). Elle fume plus le soir, seule chez elle : « comme cela, j'ai le cerveau anesthésié ». elle ne pense pas à prendre de cp le soir.
- Je lui propose alors d'y penser (à prendre des cp le soir, à la place de qq cigarettes).