

Place des TTC en tabacologie

Dr Philippe ARVERS, MD PhD

7^{ème} Centre médical des armées – Varcès

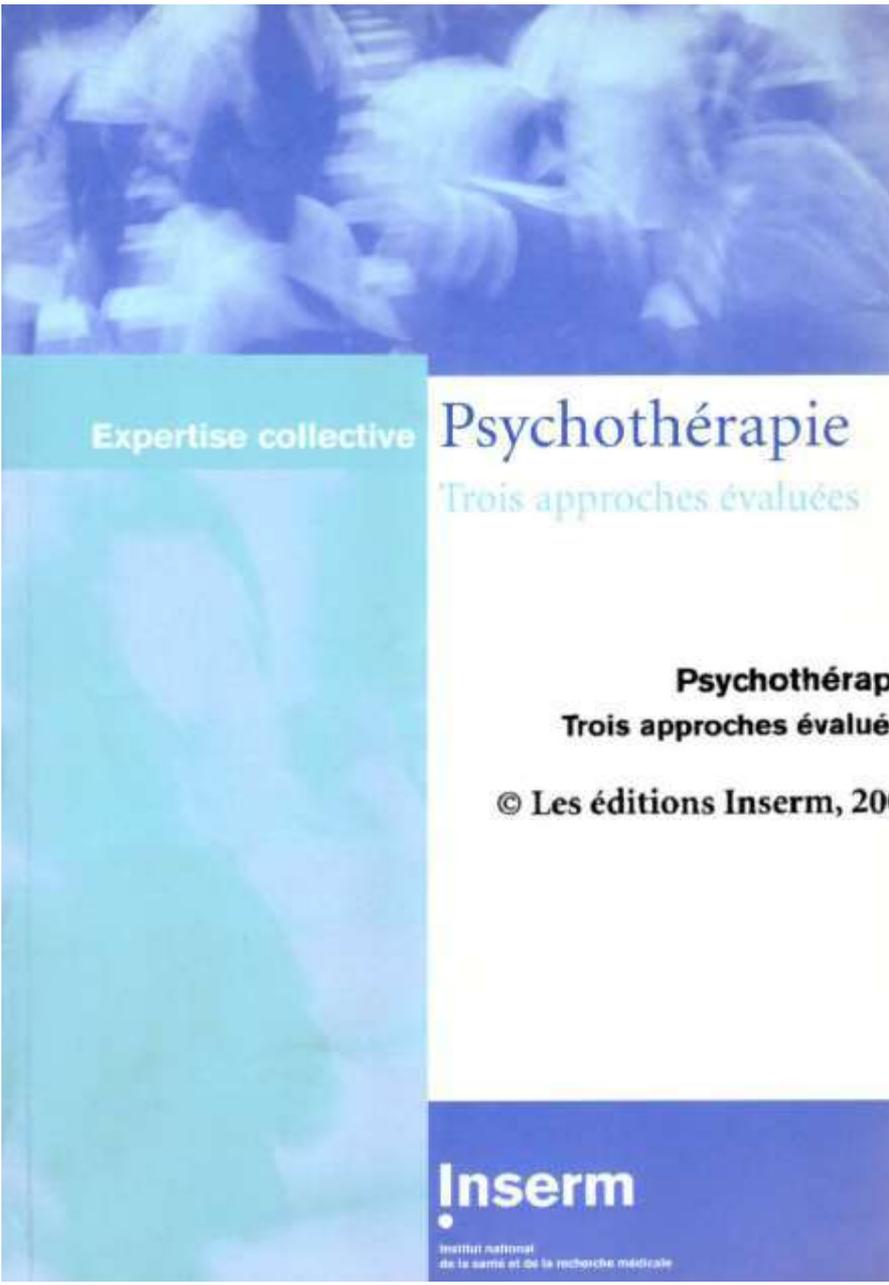
**Observatoire Territorial des Conduites à Risque
de l'Adolescent – Université Grenoble Alpes**

philippe.arvers@gmail.com



TABAGIE ET PSYCHANALYSE ...





Expertise collective

Psychothérapie

Trois approches évaluées

Psychothérapie

Trois approches évaluées ISBN 2-85598-831-4

© Les éditions Inserm, 2004 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

En conclusion, l'analyse de la littérature réalisée dans le cadre de cette expertise a permis d'établir un bilan des travaux qui se sont intéressés à l'évaluation de la thérapie psychodynamique (psychanalytique), de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie familiale et de couple, selon les critères scientifiques actuellement reconnus.

Cette démarche s'inscrit dans un objectif d'aide à la décision en santé publique. Elle s'appuie sur les résultats des études contrôlées réalisées en population clinique et adaptées à cet objectif sans méconnaître les limites méthodologiques d'un tel exercice, abordées au début de l'expertise. L'amélioration des syndromes cliniques a été retenue comme critère principal pour évaluer l'efficacité des thérapies, d'autres critères comme l'amélioration du fonctionnement de la personne, de sa qualité de vie et de l'adaptation sociale ont également été pris en compte dans certaines des analyses. Le travail de synthèse réalisé par cette expertise permet d'apprécier l'efficacité de chacune des trois approches prise isolément en comparaison avec l'absence de traitement (placebo ou liste d'attente) et selon les troubles envisagés. En fonction des troubles, certaines approches semblent plus efficaces que d'autres (voir tableau ci-dessus).

Les conclusions qui découlent de l'analyse et de la synthèse des études d'évaluation répertoriées dans la littérature, constituent un éclairage utile aux professionnels et aux usagers. Si la relation singulière entre une personne en souffrance et un thérapeute reste un élément déterminant dans le choix et la conduite d'une thérapie, l'information des usagers et la formation des thérapeutes doivent se faire en relation avec les preuves scientifiques disponibles, elles sont deux points majeurs pour améliorer l'offre de soin et le travail en réseau des différents acteurs de santé.

Psychothérapies, le défi de l'évaluation

Estimer l'efficacité des traitements des troubles mentaux : un casse-tête théorique et pratique pour les professionnels.

Publié le 08 mars 2005 à 12h45 - Mis à jour le 08 mars 2005 à 12h45

Les psychothérapeutes comportementalistes, particulièrement mis en valeur par ses résultats, n'auront rien à gagner de cette volte-face. Pas plus, peut-être, que les psychanalystes, qui semblent avoir obtenu à l'arraché ce désaveu ministériel teinté de clientélisme. Mais il se peut aussi que Philippe Douste-Blazy n'ait desservi... que lui-même. Car le fait qu'ait été retiré du site de son ministère le texte de ce rapport d'expertise ne doit pas cacher l'essentiel : avec des années de retard sur la plupart des pays occidentaux, le processus d'évaluation des psychothérapies s'amorce bel et bien en France. Et il est vraisemblable que ce mouvement se poursuivra.

Deux ans de labeur mené par une dizaine de chercheurs (psychiatres, psychologues, épidémiologistes et biostatisticiens), près de mille documents analysés et synthétisés : "*Un bon travail*", estime la DGS lors de la publication du rapport. Les conclusions de celui-ci n'en déclenchent pas moins la colère quasi unanime des psychanalystes (*Le Monde* du 26 février 2004) et de plusieurs chercheurs universitaires de psychologie, qui dénoncent les partis pris de départ et les biais méthodologiques de l'expertise (*Le Monde* du 6 octobre 2004). Car les TCC y apparaissent comme les plus efficaces à traiter la plupart des troubles mentaux étudiés, tandis que les thérapies psychodynamiques arrivent bonnes dernières.

Et pour cause ! Les études sur lesquelles se sont fondés les experts portent précisément, dans leur ensemble, sur... l'efficacité des TCC ! Si ces dernières, qui s'appuient à la fois sur les théories de l'apprentissage (conditionnement) et sur les schémas cognitifs qui influeraient sur nos stratégies individuelles d'adaptation, restent

Si ces dernières, qui s'appuient à la fois sur les théories de l'apprentissage (conditionnement) et sur les schémas cognitifs qui influeraient sur nos stratégies individuelles d'adaptation, restent minoritaires en France, elles sont en effet très influentes dans les pays anglo-saxons, d'où proviennent la plupart des études exploitées par l'Inserm. De plus, elles sont le plus souvent utilisées pour atténuer des symptômes relativement ciblés (phobies, troubles anxieux, de l'humeur, des comportements alimentaires ou de la personnalité, alcool-dépendance, schizophrénie), donc plus aisément évaluables.

Pour les thérapies systémiques, et plus encore pour les thérapies analytiques, c'est une autre histoire... Mettant l'accent sur la prise de conscience de nos conflits psychiques, celles-ci visent des modifications profondes quant au rapport que le patient entretient avec le monde. Leur objectif ne se limite donc pas, tant s'en faut, à la réduction des symptômes ou à une rééducation des conduites.

Le travail effectué par les experts de l'Inserm doit-il pour autant être considéré comme nul et non avenue ? C'est l'avis de François

LE RAPPORT DE L'INSERM SUR LES PSYCHOTHÉRAPIES : QUELQUES POINTS D'ANALYSE

Philippe Schepens

ERES | « Cliniques méditerranéennes »

Le terme *d'épidémiologie* concernant les souffrances psychiques et la folie est assez étonnant, et indique déjà en soi une orientation naturaliste ; voilà pourquoi sans doute Martine Flament, épidémiologiste canadienne, proche des comportementalistes, figure parmi les experts. Deux autres y figurent en tant que théoriciens et praticiens des thérapies cognitivo-comportementalistes : Jean Cottraux (Lyon) et Joël Swendsen (Bordeaux). La « recherche fondamentale et clinique » leur a-t-elle été ainsi livrée en gage de leur appétit de codification, comme on vient de le voir ? Un autre est biostatisticien : Bruno Falissard (Villejuif), qui ne dédaigne ni de montrer quelque sympathie raisonnée et talentueuse pour Lacan (cf. les textes qui figurent sur son site ¹⁰), ni d'utiliser ponctuellement et pragmatiquement les pratiques des thérapeutes comportementalistes dans son service ; Olivier Canceil (Paris), psychiatre, se revendique plutôt d'une sorte de « syncrétisme théorique ¹¹ ». On trouve encore un expert pour les thérapies familiales : Jacques Miermont, un psychanalyste : Jean-Michel Thurin, et un expert « pour les enfants » : Mardjane Teherani, dont je n'ai pas pu, pour l'instant identifier le champ d'appartenance théorique. Enfin il faut encore ajouter que trois personnalités ont été

C. Meyer, M. Boch-Jacobsen, J. Cottraux, D. Pleux et J. Van Rillaer (éds)

Le livre noir de la psychanalyse

Paris : éd. Les Arènes, 2005, p. 725-753

En livre de poche : Edition 10/18,

Collection « Fait et cause », 2007, n° 3991, p. 898-931

Les thérapies cognitivo-comportementales :
la psychologie scientifique au service de l'humain

Jacques Van Rillaer

“Dans une large mesure, l'individu apparaît comme l'artisan de sa propre destinée.
Il est souvent capable d'agir sur les variables qui l'affectent”.

Skinner¹

Durant le XX^e siècle, la psychanalyse a été la référence dominante en matière de psychothérapie. À partir des années 1950, beaucoup d'autres traitements ont vu le jour : le *counseling* rogerien, l'analyse transactionnelle, la Gestalt-thérapie, l'hypnose ericksonienne, etc.

Aujourd'hui, dans le domaine du soin psychologique, l'un des principaux courants est représenté par les thérapies cognitivo-comportementales dites TCC, enseignées dans toutes les universités anglo-saxonnes, germaniques ainsi que dans le Nord de l'Europe. Ces thérapies se définissent comme des *traitements des problèmes psychologiques fondés sur la psychologie scientifique* ou encore comme des procédures, méthodiquement évaluées, qui traitent des troubles psychologiques grâce à l'apprentissage de nouveaux comportements, d'autres modes de penser, d'éprouver et d'agir. Il ne s'agit pas d'une théorie ou d'une Ecole créée par un personnage "qui sait" ou est "indépassable"² : on parle de freudiens, de jungiens et de lacaniens, mais non de wolpiens ou d'eysenckiens. *Les TCC sont des procédures psychologiques qui favorisent le mieux-être en s'appuyant sur des connaissances scientifiques.* Ce qui veut dire que les pratiques d'aujourd'hui ne sont plus celles d'il y a cinquante ans, et qu'on ne peut pas prévoir ce qu'elles vont devenir dans vingt ans. Une seule chose continuera à les définir : le souci de scientificité.

Le souci de scientificité procède avant tout du désir d'être le plus efficace possible dans l'aide apportée aux personnes en souffrance. Tout comme la médecine moderne a pu trouver, grâce à l'utilisation de la méthode scientifique, des remèdes efficaces pour un grand nombre de maladies (en un siècle, elle a fait passer l'espérance de vie de 45 à 80 ans), ainsi la psychologie moderne parvient, grâce à des recherches scientifiques, à résoudre une série de problèmes psychologiques graves : agoraphobie, crises de panique, trouble obsessionnel-compulsif, dépression sévère, dépendances, etc. Certes l'utilisation de la méthodologie scientifique ne produit pas toujours des connaissances correctes — les scientifiques évitent d'ailleurs d'utiliser le mot "vérité", dont usent et abusent les théologiens et les psychanalystes —, mais elle apporte tout de même un ensemble de connaissances qui ont plus de chances d'être valides et efficaces que celles qui reposent seulement sur l'intuition clinique, la spéculation ou l'argument d'autorité.

De la psychanalyse aux thérapies cognitivo-comportementales

La cure psychanalytique classique consiste, pour le patient couché sur un divan, à dire tout ce qui lui passe par la tête (“règle des associations libres”), pendant des séances d'environ 50 minutes⁴. L'analyste, “en état d'attention flottante”, écoute avec son propre inconscient. Freud précise :

“Les règles techniques de la psychanalyse peuvent se ramener à un principe unique. [...] Cette technique est très simple [*sehr einfach*]. [...] Elle consiste à maintenir une attention également flottante à tout ce que l'on entend. Ainsi on s'épargne un effort d'attention qu'on ne pourrait maintenir chaque jour durant des heures. [...] L'analyste se fie entièrement à sa mémoire inconsciente ou, en termes techniques, il écoute sans se préoccuper de ce qu'il retient”⁵.

A certains moments, l'analyste pense découvrir, à travers ce que dit le patient, des significations inconscientes. Il communique ses trouvailles s'il le juge opportun. Il attache une importance primordiale au “transfert” sur sa propre personne des sentiments éprouvés par le patient pour ses parents.

Freud disait que sa technique permettait de traiter ce qu'on appelle aujourd'hui les troubles anxieux (crises de panique, phobies, obsessions, compulsions, etc.). Il n'a rien publié sur le traitement des paraphilies (en langage ordinaire : les perversions sexuelles), ni sur celui des toxicomanies (il n'a jamais réussi à se délivrer de sa propre tabacomanie). Il a toujours écrit que la psychanalyse n'était pas en mesure de traiter les psychoses, qu'il appelait “névroses narcissiques”⁶. Dans les années 1920, il a essayé de traiter un adolescent psychotique, Carl Liebmann, qu'il a qualifié de “paranoïaque super-intelligent” et pour lequel, écrit-il, il s'est “donné beaucoup de mal”. Il en parle dans sa correspondance avec Ferenczi⁷, mais n'a jamais rien publié à ce sujet et pour cause : il n'a obtenu aucun résultat positif.

La cure freudienne est une démarche essentiellement intellectuelle : l'analysant parle, le psychanalyste écoute et interprète, la compréhension du refoulé est censée guérir. Lacan a accentué l'intellectualisme de la psychanalyse. Lui et ses disciples n'ont cessé de répéter : “Le symptôme se résout tout entier dans une analyse de langage, parce qu'il est lui-même structuré comme un langage, qu'il est langage dont la parole doit être délivrée”⁸.

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

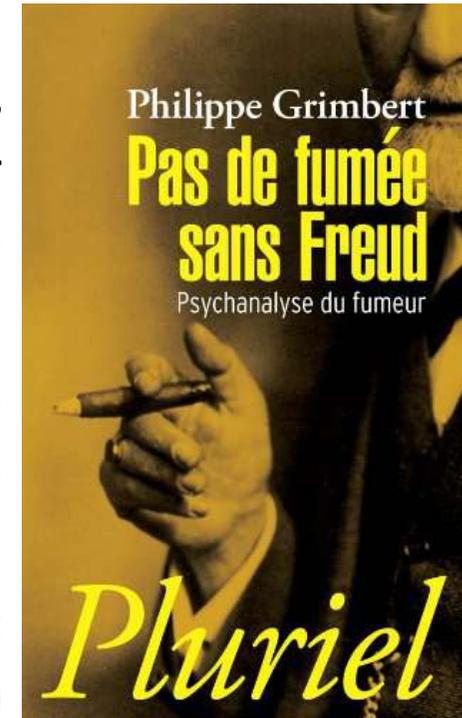
- Lorsque ces sujets sont vus en tabacologie, la souffrance psychopathologique, associée à leur tabagisme et ayant motivé la psychothérapie, reste toujours présente, comme le montrent bien leurs plaintes : sensation de mal-être, anxiété, hypersensibilité au stress, « déprime ». En fonction des résultats 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 Medecine, 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

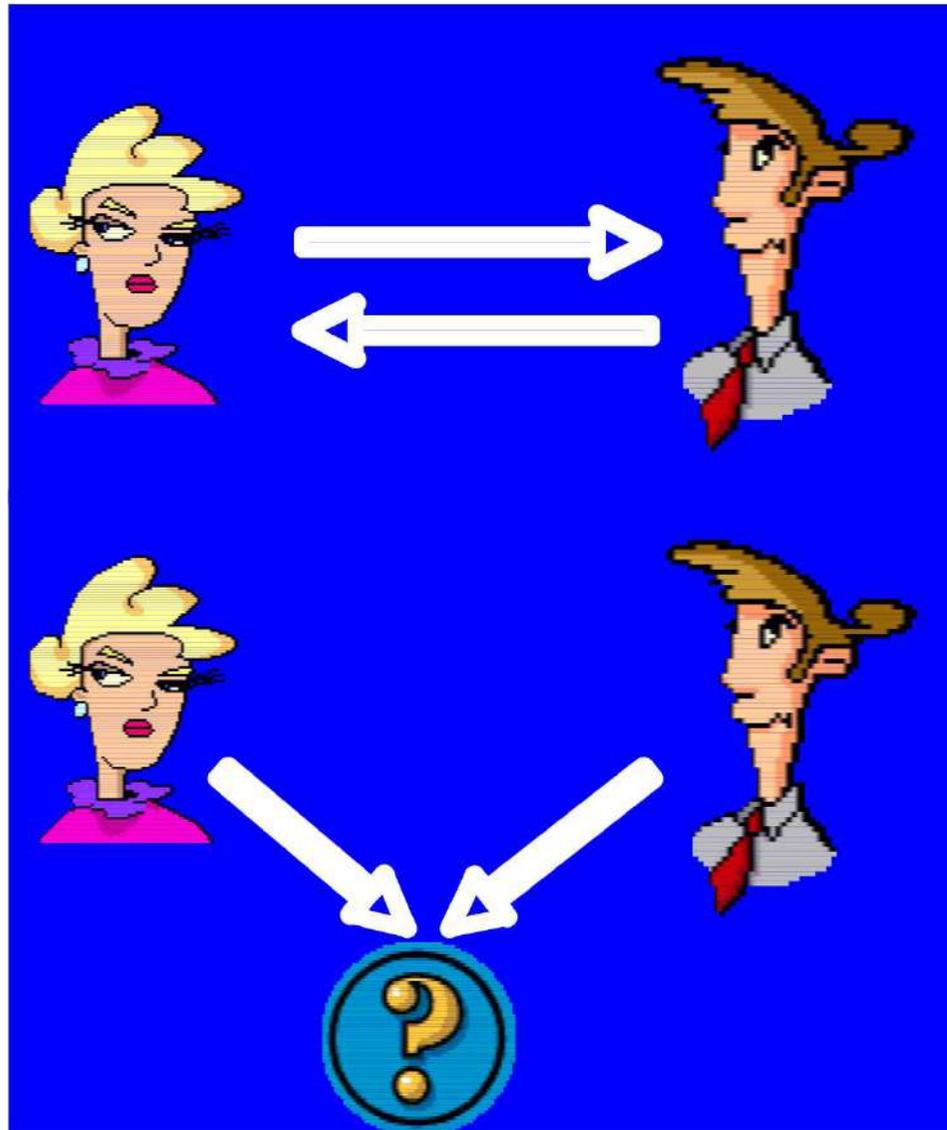
- La confiance doit être traitée comme l'ambivalence
 - Confiance (+ / -)
 - Pas de confiance (+ / -)
- Questions pour évoquer le changement
 - Que pourriez-vous faire ?
 - Quelle serait votre première étape ?
 - Quels obstacles voyez-vous et comment pouvez-vous les surmonter ?
 - Qu'est-ce qui vous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

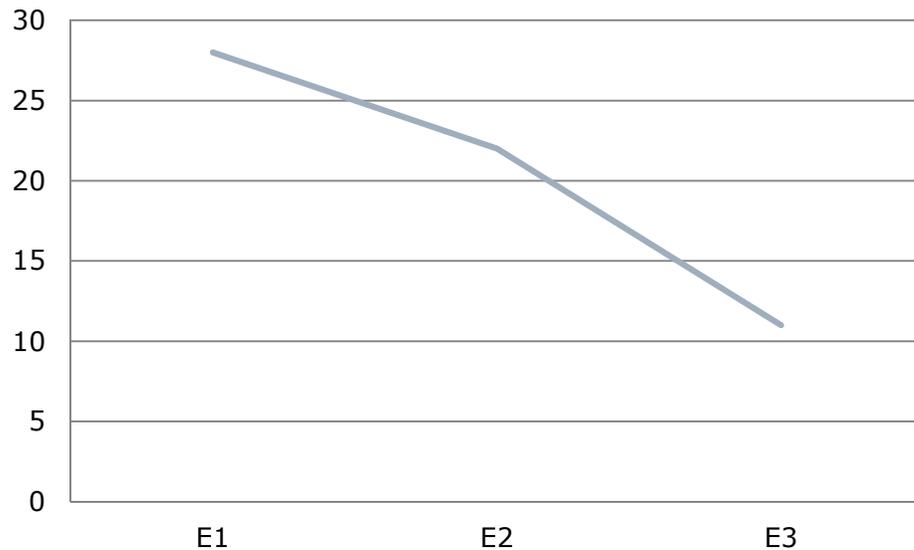
*« c'est le médecin et mes proches qui m'envoient vous voir ;
la cigarette, c'est le seul plaisir qui me reste »*

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

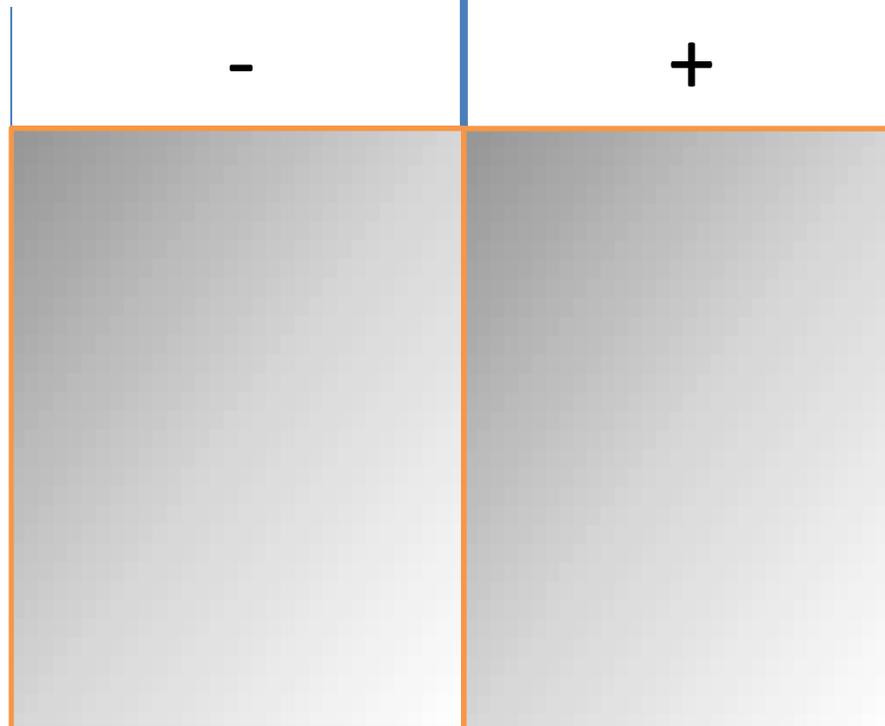
Arrêter de fumer

+

-

+

-



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

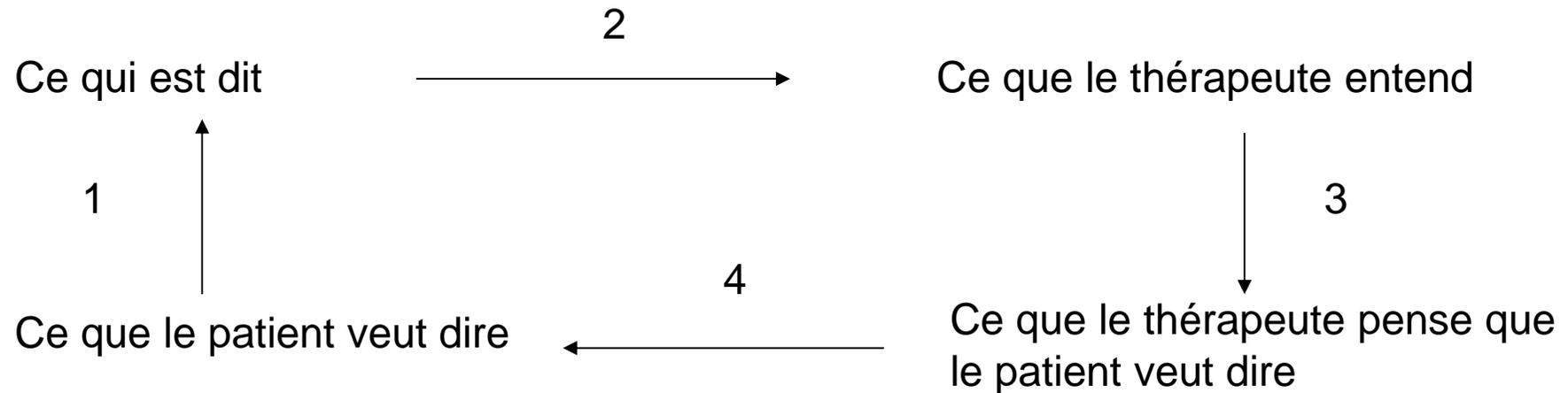
Attitude positive, chaleureuse
Cordialité non possessive

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 = Déni
 - 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 **O**uvertes
- **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?

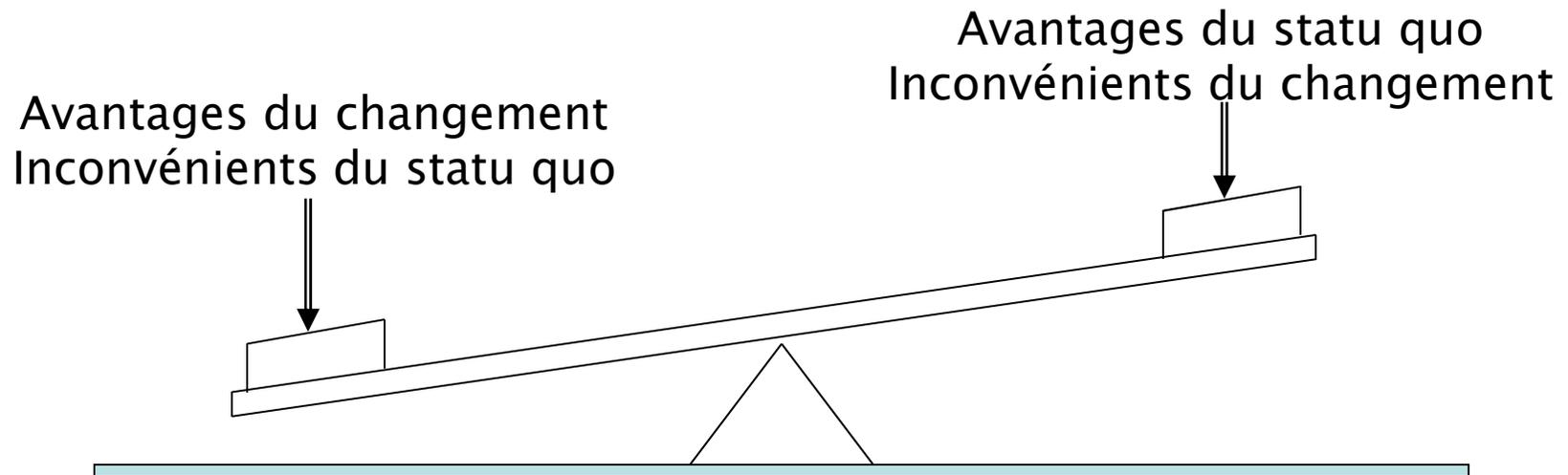
- **Utiliser des questions évocatrices**
- **Utiliser l'image de la balance décisionnelle**
- **Utiliser l'échelle d'importance**
- **Exploration des extrêmes**
- **Explorer le passé**
- **Explorer le futur**
- **Explorer les buts et les valeurs de la personne**

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? »*

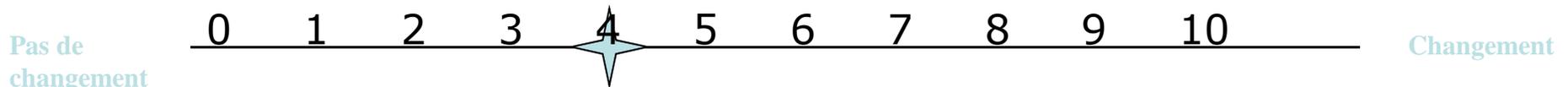
puis poser 2 questions:

-« 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.

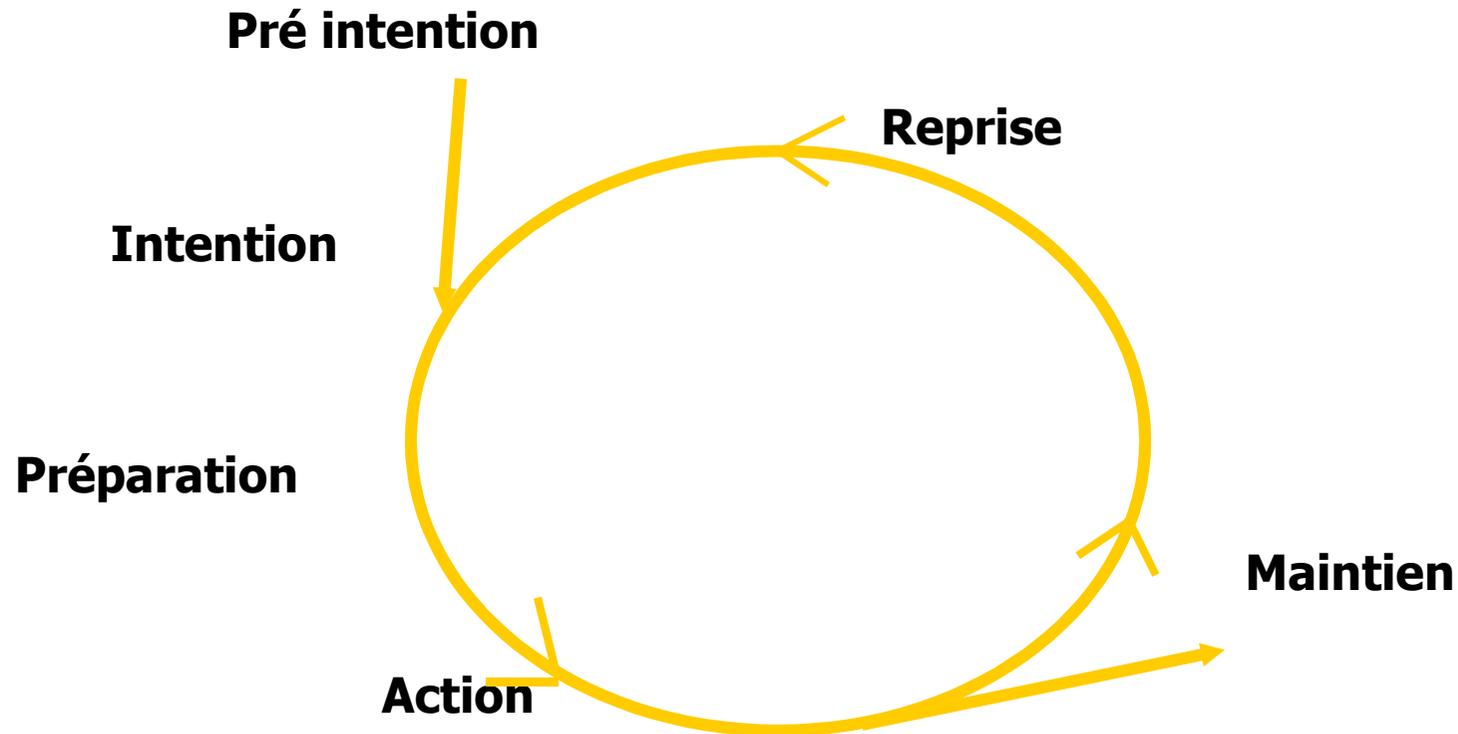
Prochaska - DiClemente

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

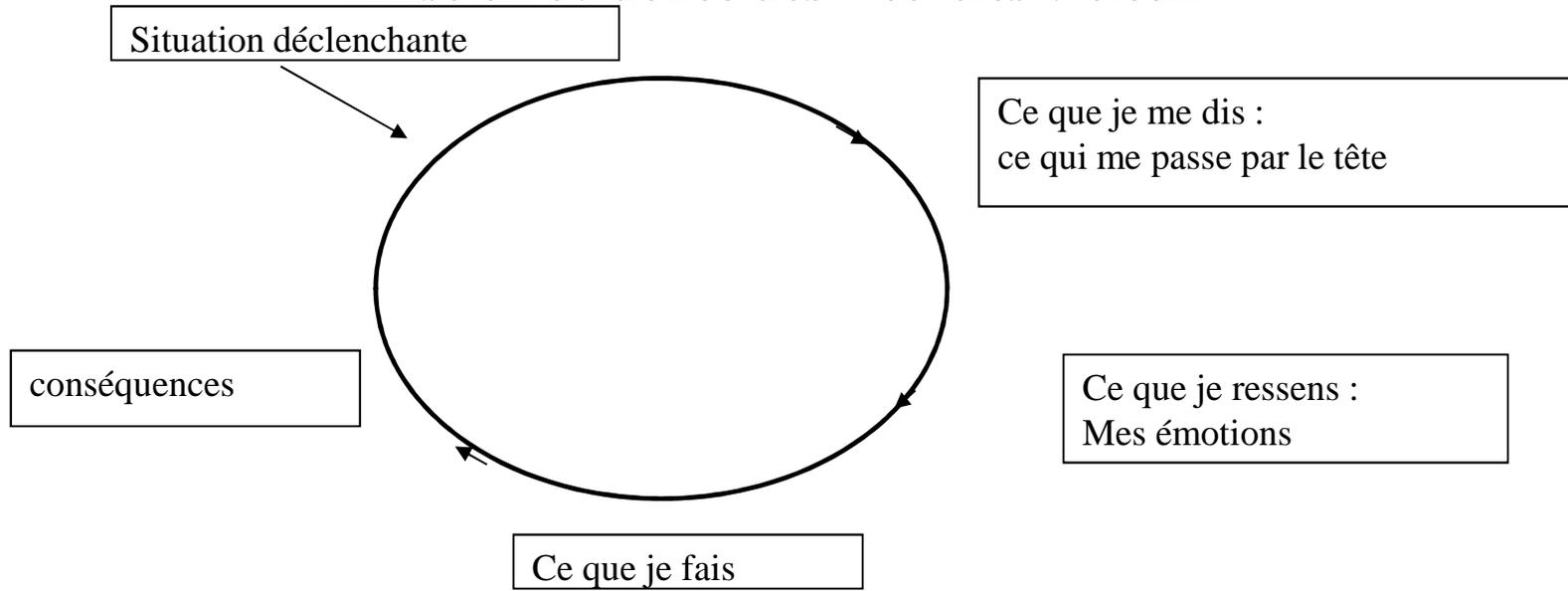
Les outils en TCC

Source C.CUNGI

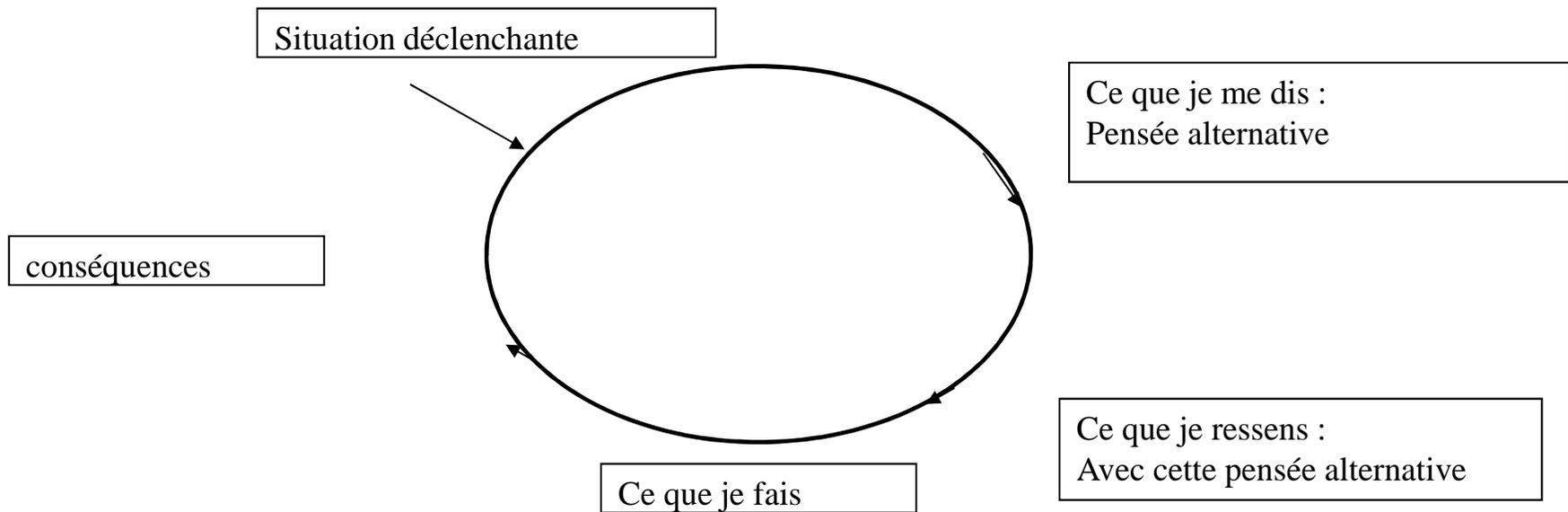
Selon stade de Prochaska

- 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



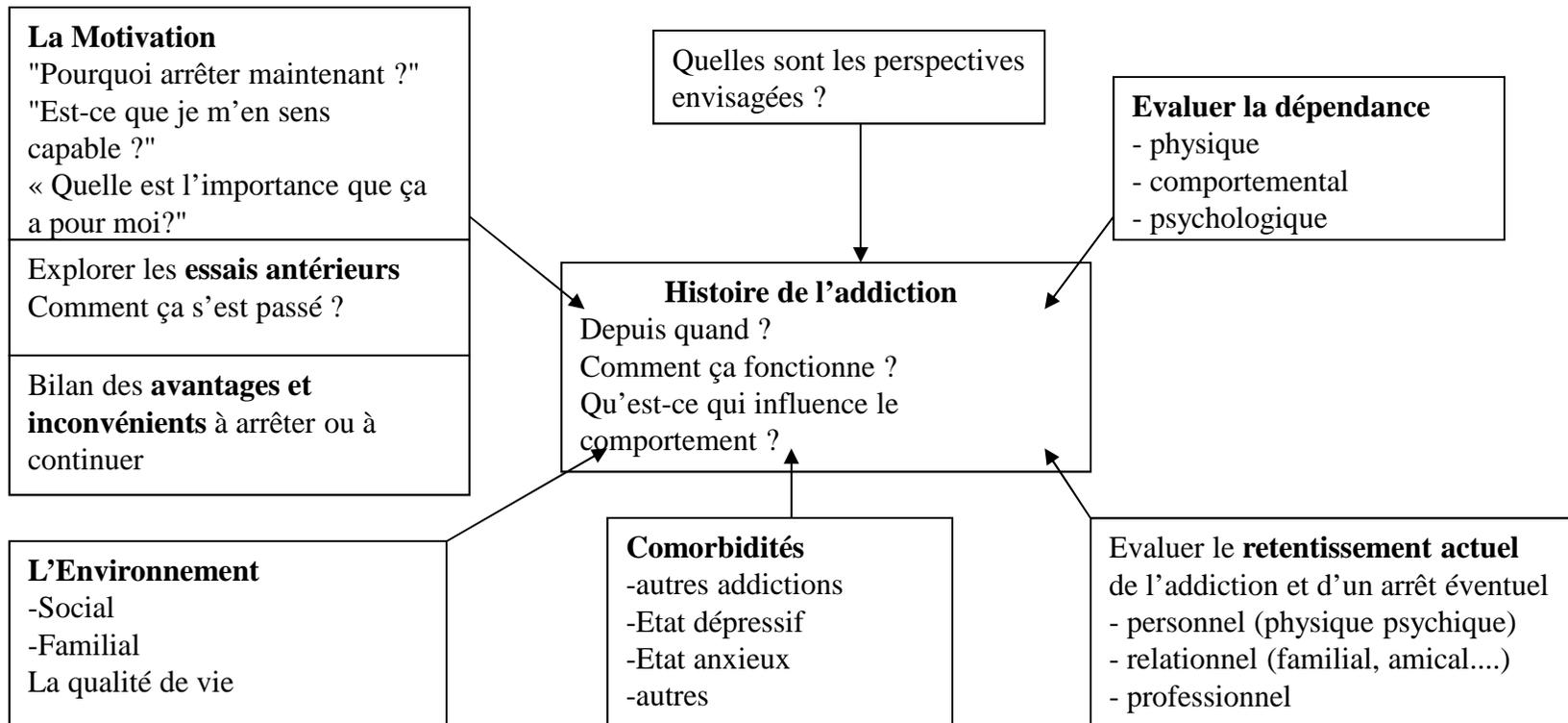
- Objectif :

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

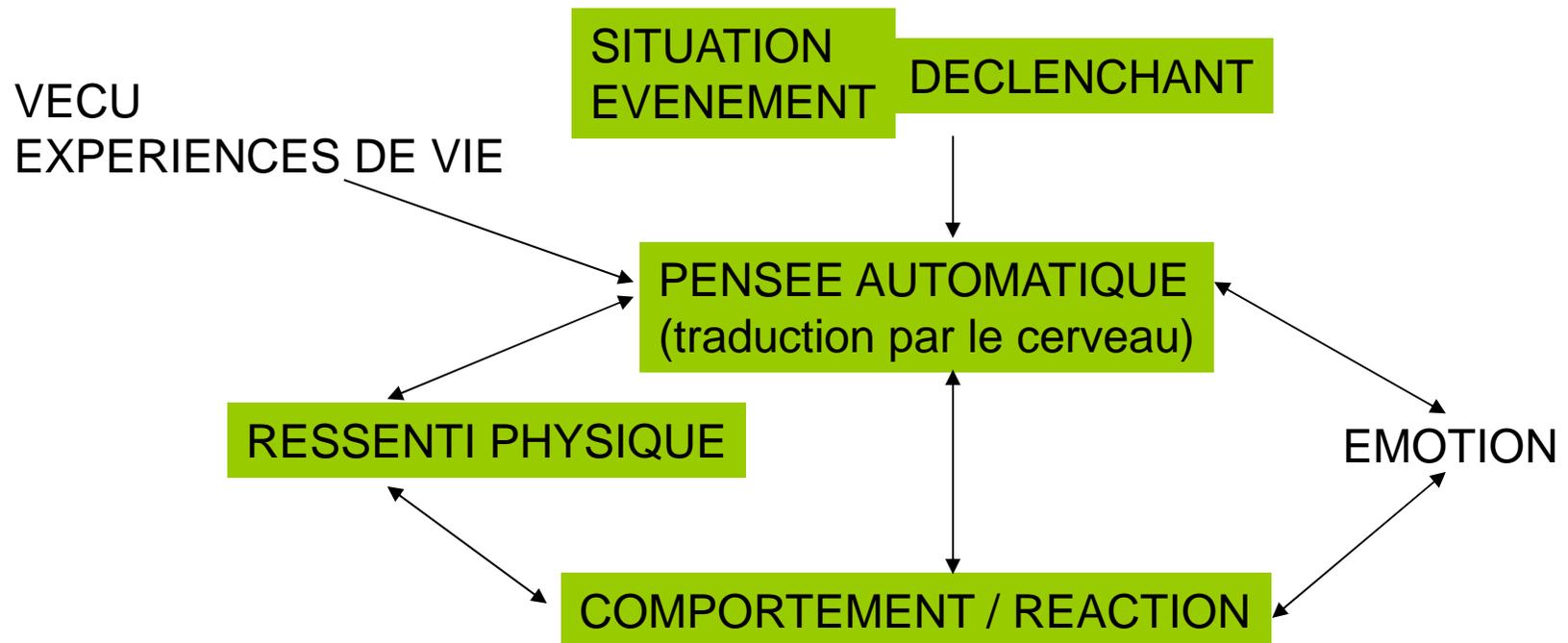


Gestion des émotions (quand le produit est évacué, sinon, prévention de la rechute)

- 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
 - **C**harge / **T**ension (accumulation → émotion retenue)
 - **D**écharge (il faut évacuer/exprimer) / **R**elaxation (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
PENCHANT
DÉVOTION
TENDRESSE
ENCHANTEMENT
ATTACHEMENT
FLAMME
ENGOUEMENT
GENTILLESSE
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. Être 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

(IDEE 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; SUPPRIMER; S'EN DÉBARRASSER

NE PAS: S'EN ÉLOIGNER; S'Y ACCROCHER;

LES AMPLIFIER

❖ **AIMER SON ÉMOTION**

NE PAS LA JUGER; L'ACCEPTER

SOUVENEZ-VOUS:

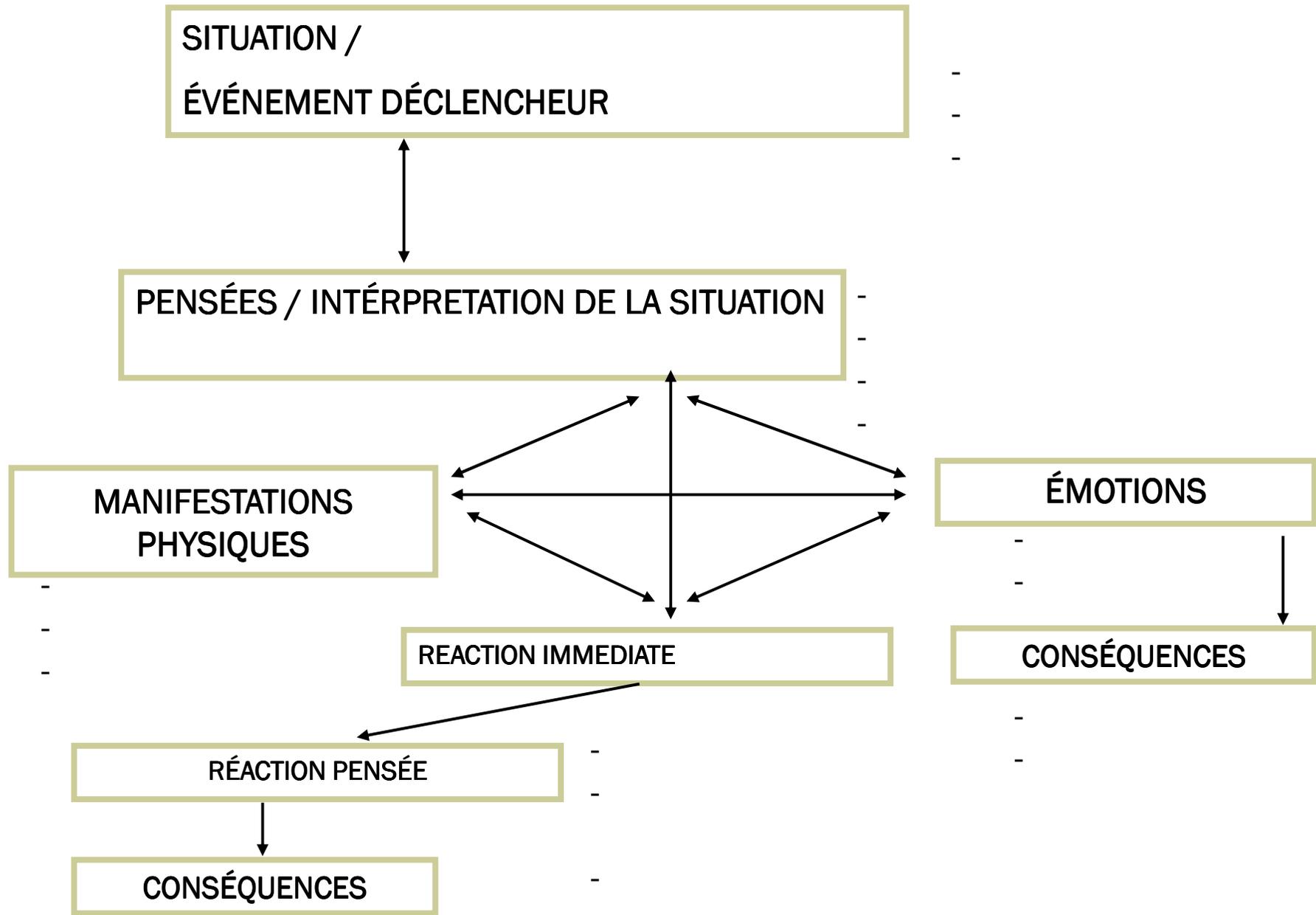
VOUS N'ÊTES PAS VOTRE ÉMOTION

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

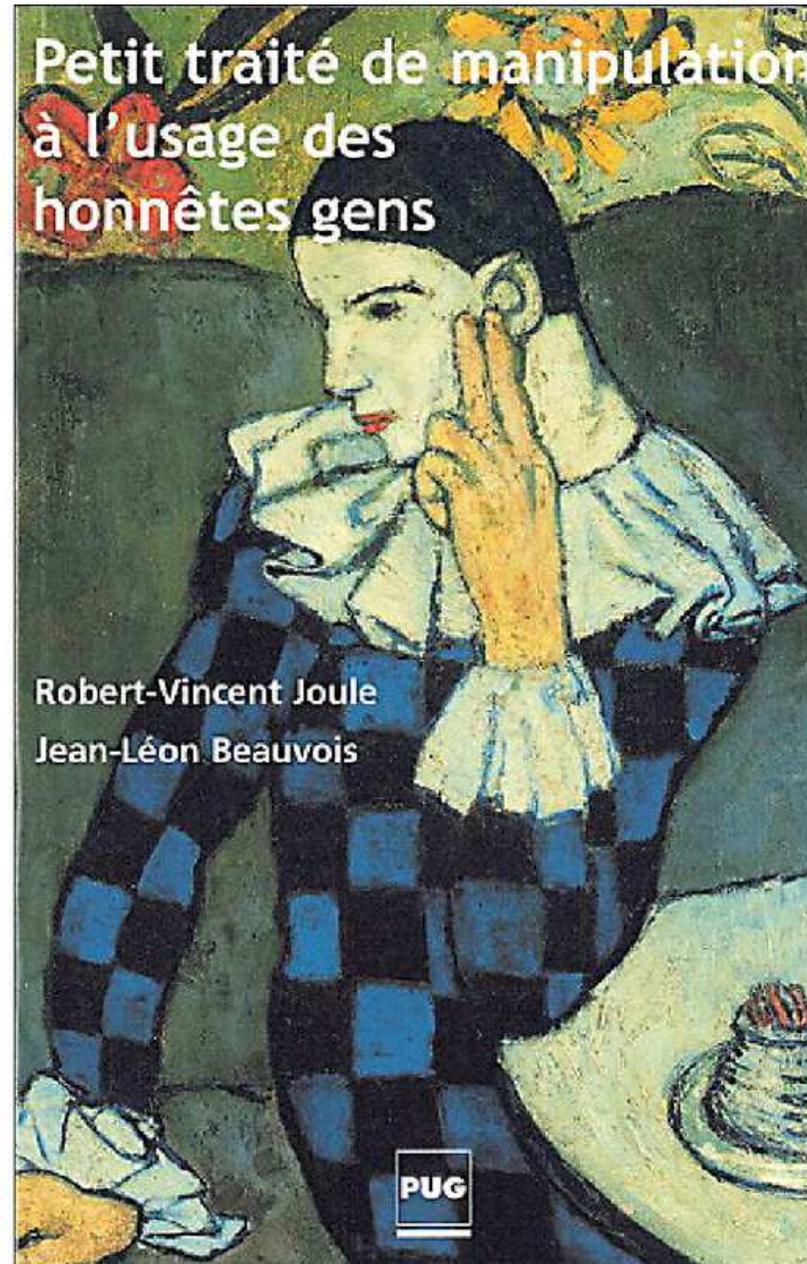
Quand le changement est devenu une priorité, la confiance présente et l'importance est haute, le skieur a les skis aux pieds, il est en haut de la montagne et prêt à descendre. Le discours résistance n'a plus lieu d'être, on est dans une démarche de résolution de problème avec une sensation d'immédiateté.

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).

Cas clinique n° 1

. M. A. BE..., 42 ans, marié, deux enfants, employé de banque se présente à l'officine encouragé par son épouse, pour « en finir avec le tabac ».

. Fume 30 cigarettes/jour

. Vous demandez à M. Albert de faire les tests et vous obtenez les résultats suivants :

- Résultat Fagerström : 8/10

- Mesure du CO : 25 ppm

- HAD : A 15 / D 18

- Qmat : 6 / 20

- ATCD : Père décédé d'une IDM à 45 ans.

 *Comment allez-vous aborder le problème de M. Albert ?*

Quelle attitude thérapeutique et relationnelle proposez-vous ?

Cas clinique n° 2

- . Mme J. DO..., 28 ans, fume depuis l'âge de 16 ans.
- . Elle fume 25 cigarettes/jour
- . Le test de dépendance (Fagerström) est à 8/10
- . Le taux de CO est à 30 ppm
- . La motivation est à 8/10
- . Le test HAD est à : A = 12 / D = 6
- . Les craintes à l'arrêt exprimées : peur de prendre du poids ++++, peur du manque.

 *Comment allez-vous aborder le problème de Mme DO...?
Quelle attitude thérapeutique et relationnelle proposez-vous ?*

Cas clinique n° 3

- . Mme B. CA..., 57 ans, veuve, 3 enfants
- . Suivie depuis 10 ans pour une BPCO (broncopneumopathie chronique obstructive)
- . Traitée par corticothérapie inhalée
- . Nombreux épisodes traités par corticothérapie per os
- . Fume 20 cigarettes/jour. Fumait 40 à 50 cigarettes il y a 7 ans
- . Fagerström : 9 / 10
- . CO : 37 ppm
- . HAD : A = 12 / D = 9
- . Qmat : 11/20

 *Comment allez-vous aborder le problème de Mme CA... ?
Quelle attitude thérapeutique et relationnelle proposez-vous ?*

Cas clinique n° 4

- . Mme M. MA..., 35 ans, enceinte de 3 mois, coiffeuse, fumeuse depuis 20 ans
- . Consomme 20 cigarettes/jour
- . Fagerström : 6/10
- . Mesure de CO : 25 ppm
- . HAD : A = 15 / D = 5
- . Motivation Qmat : 10/20
- . Dit être consciente des risques pour le bébé mais ressent du plaisir à fumer, fume pour se détendre et par habitude.

 *Comment allez-vous aborder le problème de Mme MA... ?
Quelle attitude thérapeutique et relationnelle proposez-vous ?*

Cas clinique n° 5

- . Mme P. AG..., mariée, 2 enfants (5 et 8 ans), assistante dans une association
- . Look « baba cool », visage marqué par le tabagisme
- . Motif de sa venue : « je veux arrêter de fumer »
- . Motivation : peur de la maladie, j'enfume mes enfants, prise de conscience de la dépendance
- . Craintes : échec, le manque, la prise de poids
- . Interrogatoire et analyse du dossier
 - > fume 30 cigarettes/jour
 - > Fagerström : 9/10
 - > Mesure de CO : 32 ppm
 - > HAD : A = 12 / D = 7
- . Aime fumer, n'en ressent pas d'effet négatif
- . Vie assez festive, toujours des amis à la maison

 ***Comment allez-vous aborder le problème de Mme AG... ?***
Quelle attitude thérapeutique et relationnelle proposez-vous ?

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

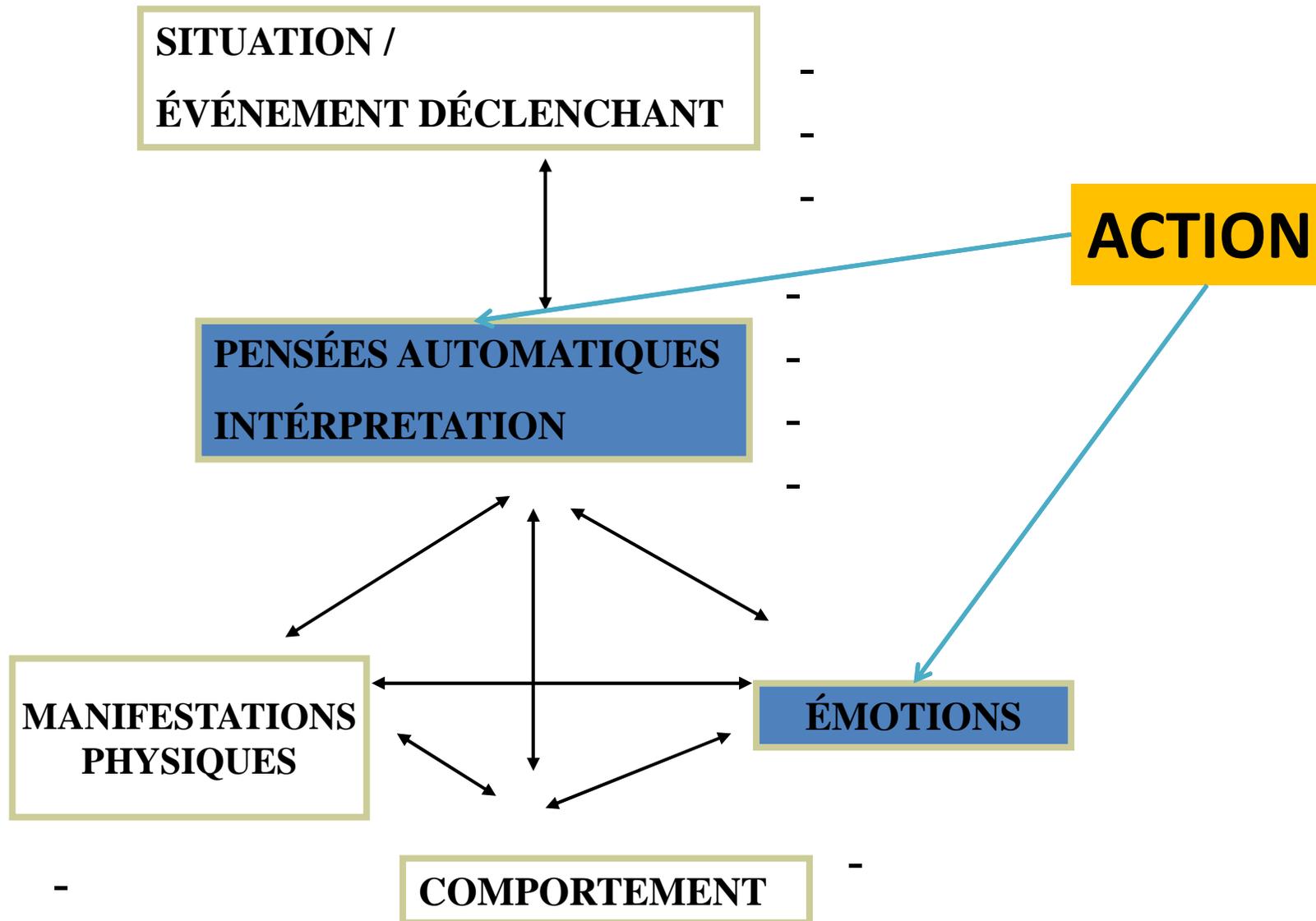
- Une critique peut être une information utile.
- Se tromper est humain (c'est persévérer qui est diabolique).
- Je ne suis pas parfait, inévitablement je ferai des erreurs.

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.

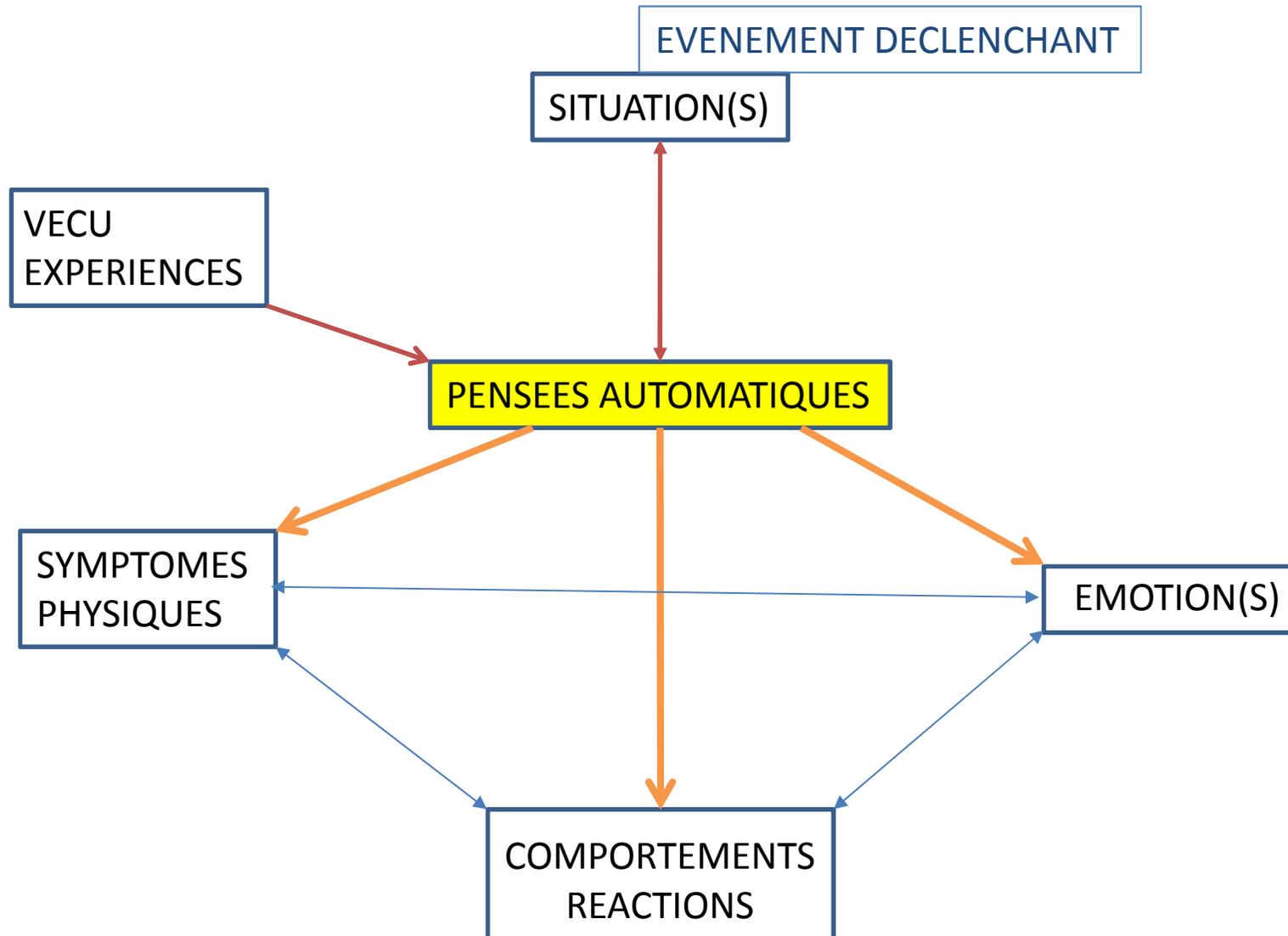
Les distorsions cognitives (2)

- 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

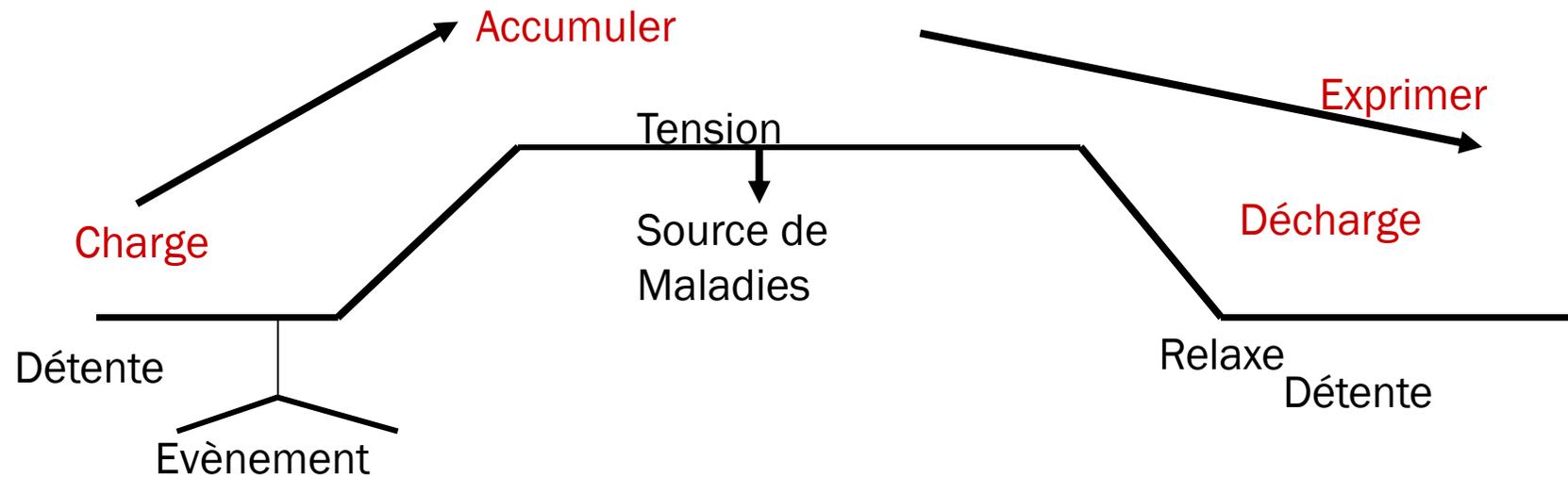
- **Camembert de responsabilité** (% part de responsabilité personnelle) ;
- **Arguments** pour et contre ;
- Méthode du **continuum** (sur une échelle de 0 à 100) ;
- Définir le **schéma négatif** (« C'est quoi pour vous... ») et le caricaturer ensuite ;
- Le lien à la **normalité** :
 - « Une pensée 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



Christine Davidson, Philippe Maso
DU TCC et Dépendances - Chambéry

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



Omega-3 supplements reduce self-reported physical aggression in healthy adults

Laurent Bègue^{a,*}, Ap Zaalberg^b, Rébecca Shankland^a, Aaron Duke^a, Julie Jacquet^a, Perla Kaliman^c, Lucie Pennel^d, Marc Chanove^e, Philippe Arvers^a, Brad J. Bushman^f

^a LIP/PC2S, University Grenoble Alpes, Grenoble, France.

^b Ministry of Security and Justice, Crime, Law Enforcement and Sanctions Research Division (CRS), The Hague, The Netherlands.

^c Center for Mind and Brain, University of California, Davis, United States.

^d University Hospital, University Grenoble Alpes, Grenoble, France.

^e MSH Alpes, CNRS/University Grenoble Alpes, Grenoble, France.

^f School of Communication and Department of Psychology, The Ohio State University, Columbus, Ohio, United States.

A B S T R A C T

There is emerging evidence that Omega-3 polyunsaturated fatty acids (PUFA) supplements can decrease aggression. However, experimental studies with adults from non-specific populations are scarce. We hypothesized that Omega-3 supplements would decrease self-reported aggression among non-clinical participants. In a double-blind randomized trial, two groups of participants ($N = 194$) aged 18–45 from the general population followed a 6-weeks treatment with 638 mg docosahexaenoic acid (DHA) and 772 mg eicosapentaenoic acid (EPA) per day or the equivalent quantity of copra oil (placebo). Self-reported aggressiveness was measured at baseline and after the 6-week treatment period. Findings showed that Omega-3 supplements significantly decreased self-reported aggressiveness at the end of the 6-week period ($d = 0.31$). In conclusion, this experiment indicates that Omega-3 administration has beneficial effects in reducing aggression among the general population.

1. Introduction

A number of epidemiological and econometric studies suggests a relation between dietary status and human behavior. Among the nutritional components that have been studied, omega-3 long-chain polyunsaturated fatty acids (n-3 LCPUFA's) appeared to be related to various positive health and behavioral outcomes. Omega-3 levels are selectively concentrated in the brain, and play an important role in its neuronal structure and function (Bourre et al., 1991). They compose 20% of the dry weight of the brain, and 33% of the fatty acids in the nervous system (Logan, 2003). Omega-3 is considered to play an important role in cell membrane elasticity and myelination, and may thus affect neural signaling (Bazinet and Layé, 2014).

Several different omega-3 fatty acids exist, but the majority of scientific research focuses on three: (1) alpha-linolenic acid (ALA), (2) eicosapentaenoic acid (EPA), and (3) docosahexaenoic acid (DHA). The primary source of EPA and DHA is fish, especially cold water oily fish such as mackerel, salmon, tuna, herring, and trout. For example, 100 g of some types of mackerel contain more than 2000 mg of EPA and DHA. Some seeds (e.g., chia seeds), nuts (e.g., black walnuts), and oils (e.g.,

soybean oil) contain high levels of ALA. In the liver, ALA is converted into EPA and DHA (Arterburn et al., 2006; Parker et al., 2006). Because this conversion is incomplete in humans, dietary ALA is thought to have a limited effect on DHA and EPA levels in humans (Kalminj et al., 2004).

Omega-3 fatty acids also might have several psychological health benefits (Parker et al., 2006). For example, omega-3 fatty acids have been shown to benefit children suffering from ADHD (Bloch and Qawasm, 2011) and autism (Vancassel et al., 2001), and adults suffering from bipolar disorder (Sams et al., 2012), and depression (Sublette et al., 2011). The present research focuses on the potential benefits of omega-3 fatty acids on reducing aggressive behavior.

1.1. Link between omega-3 and aggression

Several correlational studies have found a negative relation between omega-3 blood levels and aggression and violence. For example, one study found that omega-3 blood levels were negatively related to self-reported and behavioral measures of aggression (Meyer et al., 2015). Another study involving 3581 participants found that more seafood

* Correspondence to: LIP/PC2S, University Grenoble Alpes, 1251, Avenue Centrale BP 47, 38040 Grenoble Cedex 9, France.
E-mail address: Laurent.Begue@univ-grenoble-alpes.fr (L. Bègue).

consumption was related to less hostility (Iribarren et al., 2004). A 5-year study found that a special diet high in fish significantly decreased hostility (Weidner et al., 1992). Another study found low blood levels of omega-3 fatty acids in violent and impulsive offenders (Virkkunen et al., 1987). An ecological study carried out in 36 countries also found a negative correlation between seafood consumption and homicide rates ($r = -0.63$; Hibbeln, 2001). In fact, the aggression-reducing benefits of fish might transfer from mother to child. A large study of 11,875 pregnant women in England found that mothers who consumed large amounts of fish during pregnancy had children who exhibited less antisocial behavior at age seven (Hibbeln et al., 2007).

Experimental studies suggest a causal relationship between omega-3 fatty acids and antisocial behavior, including aggression (Gajos and Beaver, 2016). In one experiment, a 26.3% decrease in antisocial behavior was found in young male offenders incarcerated in England after receiving omega-3 supplements (among other nutrients) for an average length of 142 days (Gesch et al., 2002). A replication of this experiment found a 34% decrease in antisocial behavior in young male offenders in the Netherlands after receiving omega-3 supplements (Zaalberg et al., 2010). In another experiment, a decrease in verbal and physical aggression was found in a sample of women with borderline personality disorders after receiving EPA supplements (Zanarini and Frankenburg, 2003). More recently, researchers found a 41.6% reduction in externalizing behaviors such as aggression in a community sample of 8-to-16-year-old children in Mauritius after they had received daily 1000 mg supplements of omega-3 fatty acids for 6 months (Raine et al., 2015), although the effect dissipated over time. Although there was a significant short-term reduction in self-reported child reactive and proactive aggression (59.9% and 49.7% respectively), there was no long-term effect on these measures. There was also a significant reduction in parent-reported child aggression. Interestingly, this experiment also found a significant reduction in psychopathy and reactive aggression in the parents of treated children, possibly induced by the improved behavior of their children. Several other experiments also indicate a decrease of externalizing problems such as aggression (Benton, 2007; Fontani et al., 2005; Hamazaki et al., 1996; Stevens et al., 1996), with some notable exceptions (see Dean et al., 2014; Hirayama et al., 2004; Kirby et al., 2010).

1.2. Overview of the present experiment

The present experiment has four advantages over previous experiments on omega-3 related aggression. First, most omega-3 fatty acid studies have very small sample sizes, which can produce unreliable results. In a meta-analysis (Cooper et al., 2016), seven out of eight experiments had fewer than 50 participants. The present experiment has a relatively large sample size ($N = 198$), and dropout was limited (only 4 participants dropped out, leaving a sample of $N = 194$). Second, most omega-3 fatty acid studies sample participants from vulnerable populations, like children suffering from ADHD and adults

Table 1
Pre-experimental comparisons of placebo and omega-3 groups, Standard deviations are in parentheses.

Variable	Placebo	Omega-3	Statistical test
Age (SD)	32.52 (10.46)	33.61 (10.79)	$t(192) = 0.71$, $p > 0.47$, $d = 0.10$
Female (n)	42	49	$\chi^2(1) = 0.54$, $p > 0.46$, $\phi = 0.05$
Male (n)	53	50	
BMI (Kg/M ²)	23.0 (0.30)	23.0 (0.40)	$t(192) = 0.22$, $p > 0.82$, $d = 0.00$
Omega-3 consumed T1 (grams)	5.07 (10.81)	4.57 (8.82)	$t(191) = 0.35$, $p > 0.72$, $d = 0.05$
Aggressiveness (baseline)	1.62 (0.66)	1.55 (0.60)	$t(174) = 0.66$, $p > 0.50$, $d = 0.11$

suffering from a variety of mental disorders. The present experiment sampled participants from the general population. Third, several earlier experiments combined omega-3 fatty acids with other nutrients known to influence aggression (Schoenthaler et al., 1997). In one experiment, for example, participants received supplements containing 13 vitamins and 12 minerals along with supplements containing omega-3 fatty acids (Gesch et al., 2002), making it impossible to separate the effects of omega-3 fatty acids from the effects of the vitamins and minerals. The supplements used in the present experiment used only omega-3 supplements. Fourth, some previous studies used projective tests to measure aggression (e.g., Hamazaki et al., 1996; 2002; Long and Benton, 2013). For example, several studies used the Rosenzweig Picture Frustration Test (Rosenzweig et al., 1947), in which participants are shown cartoons of various frustrating situations (e.g., being accidentally splashed with water by a passing car) and are asked how they would respond verbally to each situation. Although this projective test may provide a proxy for aggression, it is an indirect rather than a direct test (Lilienfeld et al., 2000). In addition, participants tend to respond to projective tests in socially desirable ways (Krahé, 2001). In the present experiment, a reliable, validated instrument was used to measure aggressiveness. In sum, the present experiment tests the effect of omega-3 supplements on self-reported aggression in a relatively large sample of healthy adults, using a reliable measure of aggressiveness.

2. Methods

2.1. Participants

Participants were 198 French adults recruited by local press advertisements and fliers in public places for a study on omega-3 and emotion regulation. Four participants dropped out of the study (3 in the omega-3 group, and 1 in the placebo group), but the dropout rates did not significantly differ for the two groups (Fisher's exact test $p > 0.62$). Thus, the final sample was 194 participants. No significant pre-experimental group differences were found on any of the baseline measures (Table 1). Thus, random assignment to conditions was successful. The study was reviewed and approved by the ethics committee of the University Hospital of Grenoble, France, and was conducted in accordance to the ethical guidelines in the Helsinki declaration.

2.2. Procedure

2.2.1. Inclusion and exclusion criteria

To be included in the study, participants had to be native French speakers with a valid social security number, between 18 and 45 years old, and consume alcohol at least once a month (another study on alcohol and emotion regulation was carried out at the same time¹). Participants were excluded if they were allergic to the pill capsules, had taken omega-3 capsules in the previous 8 weeks, were currently participating in other biomedical research studies or undergoing medical treatment, had certain medical disorders (i.e., cirrhosis, hepatitis, blood clotting disorder), or were taking certain medications (i.e., anti-clotting drugs, vitamin E, baclofen, opioid replacement drugs). Pregnant females were also excluded. Included participants watched an 8-min video about various aspects of the procedure, and received a medical screening from a doctor.

2.2.2. Randomization

After giving informed consent, pairs of participants were matched based on age and gender. Using a computer program, one member of the pair was randomly assigned to the omega-3 group, whereas the

¹ In addition to measures of alcohol consumption, this study also included measures of emotion regulation and anxiety-depression. However, these measures are not relevant to the present study and are not discussed further.

other member of the pair was assigned to the placebo group. A double-blind procedure was used (i.e., both participants and the researcher were blind to the type of supplements participants received). As can be seen in Table 1, the two groups did not significantly differ on key study variables.

2.2.3. Intervention

In the experimental condition, participants received 2 capsules, each containing 319 mg of DHA and 386 mg of EPA (total dose = 638 mg DHA and 772 mg EPA). The quantity of omega-3 fatty acids administered was in the range used in previous aggression studies (i.e., 1–2 g per day). Participants in the placebo condition received 2 identical capsules, each containing 705 mg of copra oil. Copra oil mainly consists of saturated fatty acids, with no known behavioral effects. All capsules were identical in shape, size and color. To increase compliance, participants were given a jar containing all the capsules and a box containing 7 drawers. Participants were instructed to put two capsules in each drawer each week for six consecutive weeks, and to swallow one capsule in the morning and the other capsule in the evening, if possible during meal time (as in previous studies), to avoid unpleasant minor side effects like belching and nausea. No participants experienced any side effects from the supplements. Participants were given stickers with a picture of the capsules printed on them, and were told to put the stickers in various locations (e.g., phone, desk, fridge, bathroom mirror, car) to remind them to take the capsules. They also received a text message on their phone at 6:00 p.m. each day to remind them to take their pills.

2.2.4. Dependent variable

Reducing aggressiveness was the main objective of the study. Aggressiveness was measured using the physical aggression subscale of the Aggression Questionnaire (AQ; Buss and Perry, 1992), (e.g., “If I have to resort to violence to protect my rights, I will” and “Given enough provocation, I may hit another person”) that are rated on a 5-point scale (1 = *extremely uncharacteristic of me* to 5 = *extremely characteristic of me*; Cronbach $\alpha = 0.71$). We modified the scale by asking participants to answer the items for the past month, rather than in general. Responses were averaged to obtain an overall measure of physical aggressiveness. We chose this measure because it has been validated in many countries (Ramirez and Andreu, 2006), including in France (Bègue et al., 2009), and is one of the most reliable self-reported measure of aggressiveness. Unlike projective tests, this measure of aggressiveness is relatively uninfluenced by social desirability (Becker, 2007). We focused on physical aggressiveness because is of the form of aggressiveness with the highest social concern (e.g., it is more likely to lead to injury or even death). To test whether omega-3 fatty acids had changed aggression levels, the measure was administered at baseline and at the end of the 6-week study.

2.2.5. Dietary intake

At the beginning of the experiment, participants reported how much fish (e.g., mackerel, herring, sardine, salmon, trout, sturgeon, cod), nuts, and various oils they had consumed in the previous week. All of these foods have high levels of omega-3 fatty acids. An estimation of omega-3 fatty acid intake was calculated based on correspondence tables (e.g., 100 g of mackerel contains 1.8 g of DHA). Individual consumption of Omega-3 fatty acids the previous week was used as a covariate in the primary analysis, as in other studies (Long and Benton, 2013).

2.2.6. Adherence to protocol and manipulation check of treatment

Adherence to protocol was checked each week. Participants were asked if they had forgotten to take their pills during the week. If participants had forgotten to take one or more pills during the week, a research assistant (blind to condition) contacted them to discuss a practical solution to ensure their future compliance. The percent of

participants who took both capsules every day was high in both groups, but was significantly higher in the omega-3 (93%) group than in the placebo (83%) group, $z = 2.15$, $p < 0.033$. Thus, this variable was used as a covariate in the primary analysis.

Participants were also asked what treatment they thought they had received: omega-3, placebo, or “I don’t know.” The percent of participants correctly guessing their treatment condition did not differ for the omega-3 (36.6%) and placebo (46.1%) groups, $z = 1.34$, $p > 0.18$. Thus, the double-blind procedure was effective.

2.2.7. Compensation and debriefing

Finally, participants were fully debriefed, thanked, and paid 120 euros for their participation. No participants expressed suspicion about the study during the debriefing.

3. Results

3.1. Gender and age analyses

Because the effects of Omega-3 fatty acid treatment on aggressiveness did not depend on participant gender ($p > 0.76$) or age ($p > 0.81$), the data from men and women of different ages were combined for the primary analyses.

3.2. Primary analyses

Data were analyzed using the General Linear Model function in SPSS (version 24), in an Analysis of Covariance (ANCOVA) model with covariates, and in an Analysis of Variance (ANOVA) model without covariates. The ANCOVA included post-test aggressiveness scores as the dependent variable, treatment condition (Omega-3 versus placebo) as the independent variable, and pre-test aggressiveness scores, how often participants took their pills, and grams of pre-experimental omega-3 consumed as the covariates. The ANOVA model included post-test aggressiveness scores as the dependent variable, and treatment condition (Omega-3 versus placebo) as the independent variable.

Because post-test aggressiveness scores were positively skewed (skewness = 2.38, kurtosis = 7.03), a natural logarithm transformation was applied to aggressiveness scores, which made the distribution more normal (skewness = 1.33, kurtosis = 1.63).

3.3. Analysis with covariates

In line with our hypothesis, the ANCOVA revealed that participants in the Omega-3 group had significantly lower (transformed) aggressiveness scores ($M_{Ln \text{ Physical Aggression}} = 0.27$, $SE = 0.026$) than participants in the placebo group ($M_{Ln \text{ Physical Aggression}} = 0.35$, $SE = 0.027$), $F(1168) = 4.14$, $p < 0.043$, $d = 0.31$. As expected, there also was a strong relation between pre-test and post-test aggressiveness scores ($r = 0.61$, $p < 0.0001$). How often participants took their pills and the number of grams of fish and nuts consumed did not significantly influence aggressiveness scores ($F(1168) = 0.058$, $p > 0.81$ and $F(1168) = 0.21$, $p > 0.73$, respectively). The results are depicted in Fig. 1.

3.4. Analysis without covariates

The same pattern of results was obtained when the covariates were excluded from the analysis and the data were analyzed using ANOVA. As in the ANCOVA, participants in the omega-3 group had significantly lower aggressiveness scores ($M = 0.26$, $SD = 0.27$) than participants in the placebo group ($M = 0.35$, $SD = 0.33$), $F(1191) = 4.67$, $p < 0.032$, $d = 0.31$.

4. Discussion

As predicted, this experiment showed that omega-3 supplements

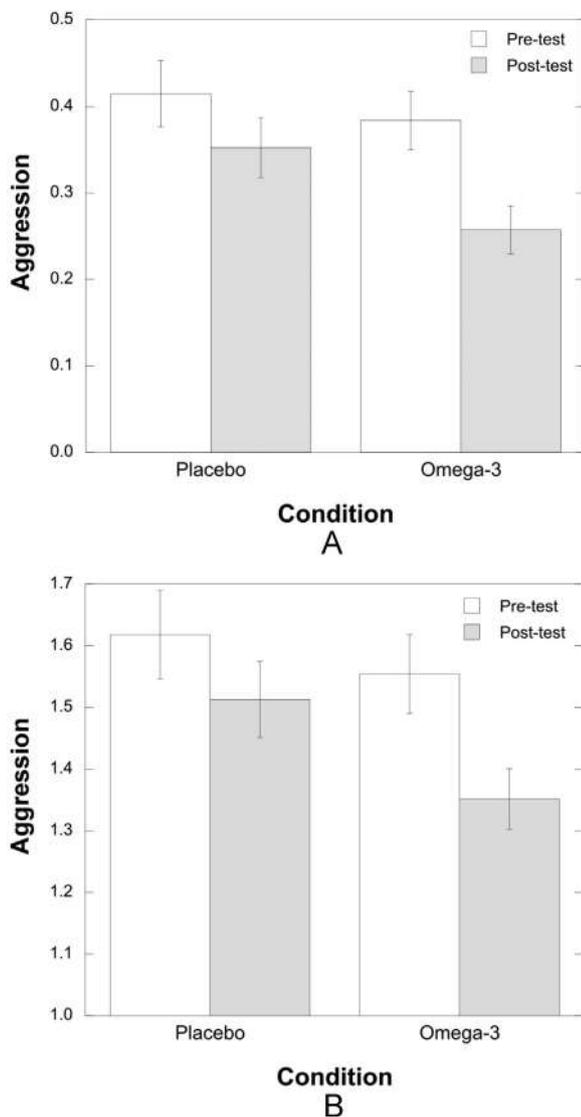


Fig. 1. A. Aggression levels at pre-test and post-test 6 weeks later for participants in the omega-3 and placebo groups. To reduce skewness, aggression scores were transformed using a natural logarithm transformation. Capped vertical bars denote 1 standard error. B. Aggression levels at pre-test and post-test 6 weeks later for participants in the omega-3 and placebo groups. Aggression scores were not transformed. Capped vertical bars denote 1 standard error.

decreased self-reported aggression levels among non-clinical, adult participants. The effect size $d = 0.31$ exceeded the benchmark value of $d = 0.25$, which is reserved for treatments labeled as *significant, important, notable, and consequential* (Promising Practices Network (PPN), 2014). Thus, the reduction in aggression levels caused by taking omega-3 supplements for 6 weeks was not trivial.

This experiment had five primary strengths. First, the sample size was larger than in similar studies. However sample size estimates (see Cohen, 1988) suggested that to detect an effect of $d = 0.31$, with the power set at 0.80, a much larger sample would be necessary (approximately 335). The power of the present study was estimated at 0.57. Second, it used a sample of participants from the general population rather than a clinical sample. Third, it isolated the effects of omega-3 fatty acids from other nutritional supplements that might influence aggressiveness. Fourth, the double-blind procedure was successful. An inherent problem in the study of fatty acid is keeping participants blind to conditions due to the fishy aftertaste of fish oil. For example, in one study 49% of participants guessed they were taking fish oil at the beginning of the study, which rose to 75% at the end of the

study (Zaalberg, 2010; also see Giles et al., 2015). In order to keep participants blind to their condition, all participants were told that the pills could have a fishy aftertaste. Fifth, it used a valid and reliable objective measure of aggressiveness.

This experiment also had at least four weaknesses. First, we did not measure long-term patterns of dietary intake, so the intake estimates might be inaccurate. Second, we did not have access to biological samples from the participants that could be used to determine the cellular levels of omega-3 fatty acids. However, most omega-3 studies share this limitation. Third, we only studied short-term effects of omega-3 after taking supplements for only 6 weeks. It would be important for both clinical and social purposes to investigate the long-term effects of omega-3 supplements on aggressiveness. However, it is worth noting that a meta-analysis found no relationship between the length of omega-3 supplementation and ADHD problems (Cooper et al., 2016). Fourth, the outcome measure was a self-report measure of aggression, which represents a weaker measure than a behavioral measure of aggression (e.g., Gesch et al., 2002). It should also be noted that the levels of aggressiveness in the study population were very low at baseline.

We offer three suggestions for future research. First, we recommend taking blood levels of omega-3 fatty acids in future studies. Blood samples might be better predictors of study outcomes. Blood samples also provide the opportunity to test hypotheses about genetic determinants of responding to omega-3 fatty acids, as has for instance been suggested for the ApoE4 allele carriers (van de Rest et al., 2008; Plourde et al., 2009). Blood samples also provide the opportunity to test possible interactions with other nutrients. Second, some omega-3 fatty acid studies suggest that effects in non-aggressive study populations are more pronounced under stressful conditions (Hamazaki et al., 1996). Future experiments can directly test this hypothesis by also manipulating the level of stress. Third, because levels of physical aggressiveness turned out to be very low in our study population, it also might be useful to measure other aspects of aggressiveness, such as verbal aggressiveness.

In conclusion, this experiment suggests that omega-3 administration may reduce physical aggression in the general population. This is an important positive effect of omega-3 supplements, in addition to their many other positive benefits.

Funding

This research was funded by Ministry of Health, France.

References

- Arterburn, L.M., Hall, E.B., Oken, H., 2006. Distribution, interconversion and dose response of n-3 fatty acids in humans. *Am. J. Clin. Nutr.* 83, 1467–1476.
- Bazinet, R.P., Layé, S., 2014. Polyunsaturated fatty acids and their metabolites in brain function and disease. *Nat. Rev. Neurol.* 15, 771–785.
- Becker, G., 2007. The buss-perry aggression questionnaire: some unfinished business. *J. Res. Pers.* 41, 434–452.
- Bègue, L., Subra, B., Arvers, P., Muller, D., Bricout, V., Zorman, M., 2009. The message, not the bottle: extrapharmacological effects of alcohol on aggression. *J. Exp. Soc. Psychol.* 45, 137–142.
- Benton, D., 2007. The impact of diet on anti-social, violent and criminal behavior. *Neurol. Biobehav. Rev.* 31, 752–774.
- Bloch, M.H., Qawasmí, A., 2011. Omega-3 fatty acid supplementation for the treatment of children with attention deficit disorder symptomatology: systematic review and meta-analysis. *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatry* 50, 991–1000.
- Bourre, J.M., Dumont, O., Piciotti, M., Clement, M., Chaudiere, J., Bonneil, M., Nalbou, G., Lafont, H., Pascal, G., Durand, G., 1991. Essentiality of Omega 3 fatty acids for brain structure and function. *World Rev. Nutr. Diet.* 66, 103–117.
- Buss, A.H., Perry, M., 1992. The aggression questionnaire. *J. Pers. Soc. Psychol.* 63, 452–459.
- Cohen, J., 1988. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, Second edition. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey (ISBN 0-8085-0283-5).
- Cooper, R., Tye, C., Kunsti, J., Vassos, E., Asherson, P., 2016. The effect of Omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation on emotional dysregulation, oppositional behavior and conduct problems in ADHD: a systematic review and meta-analysis. *J.*

- Affect. Disord. 190, 474–482.
- Dean, A.J., Bor, W., Adam, K., Bowling, F.G., Bellgrove, M.A., 2014. A randomized, controlled, crossover trial of fish oil treatment for impulsive aggression in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *Child Adol. Psychopharm.* 24, 140–148.
- Fontani, G., Corradeschi, F., Felici, A., Alfatti, F., Migliorini, S., Lodi, L., 2005. Cognitive and physiological effects of Omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation in healthy subjects. *Eur. J. Clin. Investig.* 35, 691–699.
- Gajos, J., Beaver, K., 2016. The effects of omega-3 fatty acids on aggression: a meta-analysis. *Neurol. Biobehav. Rev.* 69, 147–158.
- Gesch, C.B., Hammond, S.M., Hampson, S.E., Eves, A., Crowder, M.J., 2002. Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behaviour of young adult prisoners: randomised, placebo-controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 181, 22–28.
- Giles, G.E., Mahoney, C.R., Urry, H.L., Brunyé, T.T., Taylor, H.A., Kanarek, R.B., 2015. Omega-3 fatty acids and stress-induced changes to mood and cognition in healthy individuals. *Pharmacol., Biochem. Behav.* 132, 10–19.
- Hamazaki, T., Sawazaki, S., Kobayashi, M., 1996. The effect of docosahexaenoic acid on aggression in young adults. A double-blind study. *J. Clin. Investig.* 97, 1129–1133.
- Hibbeln, J.R., 2001. Homicide mortality rates and seafood consumption: a cross-national analysis. *World Rev. Nutr. Diet.* 88, 41–46.
- Hibbeln, J.R., Davis, J.M., Steer, C., Emmett, P., Rogers, I., Williams, C., Golding, J., 2007. Maternal seafood consumption in pregnancy and neurodevelopmental outcomes in childhood (ALSPAC study): an observational cohort study. *Lancet* 369, 578–585.
- Hirayama, S., Hamazaki, T., Terasawa, K., 2004. Effect of docosahexaenoic acid-containing food administration on symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: a placebo-controlled double-blind study. *Eur. J. Clin. Nutr.* 58, 467–477.
- Iribarren, C., Markovitz, J.H., Jacobs Jr, D.R., Schreiner, P.J., Daviglus, M., Hibbeln, J.R., 2004. Dietary intake of n-3, n-6 fatty acids and fish: relationship with hostility in young adults- the CARDIA study. *Eur. J. Clin. Nutr.* 58, 24–31.
- Kalminj, S., et al., 2004. Dietary intake of fatty acids and fish in relation to cognitive performance at middle age. *Neurology* 62, 275–280.
- Kirby, A., Woodward, A., Jackson, S., Wang, Y., Crawford, M., 2010. A double-blind, placebo-controlled study investigating the effects of Omega-3 supplementation in children aged 8-10 years from a mainstream school population. *Res. Dev. Disab.* 31, 718–730.
- Krahé, B., 2001. *The Social Psychology of Aggression*. Psychology Press, Hove.
- Lilienfeld, S.O., Wood, J.M., Garb, H.N., 2000. The scientific status of projective techniques. *Psychol. Sci. Pub. Interest* 1 (27), 27–66.
- Logan, A.C., 2003. Neurobehavioral aspects of omega-3 fatty acids: possible mechanisms and therapeutic value in major depression. *Altern. Med. Rev.* 8, 410–425.
- Long, S.J., Benton, D., 2013. A double-blind trial of the effect of docosahexaenoic acid and vitamin and mineral supplementation on aggression, impulsivity, and stress. *Hum. Psychopharmacol.* 28, 238–247.
- Meyer, B.J., Byrne, M.K., Collier, C., et al., 2015. Baseline omega-3 index correlates with aggressive and attention deficit disorder behaviours in adult prisoners. *PLoS ONE* 10 (3), e0120220.
- Parker, G., Gibson, N.A., Brotchie, H., Heruc, G., Rees, A.-M., Hadzi-Pavlovic, D., 2006. Omega-3 fatty acids and mood disorder. *Am. J. Psychiatry* 163, 969–978.
- Plourde, M., Vohl, M.C., Vandal, M., Couture, P., Lemieux, S., Cunnane, S.C., 2009. Plasma n-3 fatty acid response to an n-3 fatty acid supplement is modulated by apoE 4 but not by the common PPAR-alpha L162V polymorphism in men. *Br. J. Nutr.* 102, 1121–1124.
- Promising Practices Network (PPN), 2014. *How Programs are Considered (Retrieved from)*. <<http://www.promisingpractices.net/criteria.asp>>.
- Raine, A., Portnoy, J., Liu, J., Mahoomed, T., Hibbeln, J., 2015. Reduction in behavior problems with omega-3 supplementation in children aged 8-16 years: a randomized, double-blind, placebo-controlled, stratified, parallel-group trial. *J. Child Psychol. Psychiatry* 56, 509–520.
- Ramirez, J.M., Andreu, J.M., 2006. Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity). Some comments from a research project. *Neurol. Biobehav. Rev.* 30, 276–291.
- Rest, O. van de, Geleijnse, J.M., Kok, F.J., Staveren, W.A. van, Dullemeijer, C., OldeRikkert, M.G.M., Beekman, A.T.F., Groot, C.P.G.H.de, 2008. Effect of fish oil on cognitive performance in older subjects. A randomized, controlled trial. *Neurology* 71, 430–438.
- Rosenzweig, S., Fleming, E.E., Clarke, H.J., 1947. *Revised scoring manual for the Rosenzweig Picture-Frustration Study*. *J. Psychol* 165–208.
- Sams, J., Mischoulon, D., Schweitzer, I., 2012. Omega-3 for bipolar disorder: meta-analyses of use in mania and bipolar depression. *J. Clin. Psychiatry* 73, 81–86.
- Schoenthaler, S.J., Amos, S., Doraz, W., Kelly, M.A., Kelly, M.A., Muedeking, G., Wakefield, J., 1997. The effect of randomized vitamin-mineral supplementation on violent and non-violent anti-social behavior among incarcerated juveniles. *J. Nutr. Environ. Med.* 7, 343–352.
- Stevens, L.J., Zentall, S.S., Abate, M.L., Kuczek, T., Burgess, J.R., 1996. Omega-3 fatty acids in boys with behavior, learning, and health problems. *Phys. Behav.* 59, 915–920.
- Sublette, M.E., Ellis, S.P., Geant, A.L., Mann, J.J., 2011. Meta-analysis of the effects of eicosapentaenoic acid (EPA) in clinical trials in depression. *Clin. Psychiatry* 77 (12), 1577–1584.
- Vancassel, S., Durand, G., Barthelemy, C., et al., 2001. Plasma fatty acid levels in autistic children. *Prostagl. Leukot. Essent. Fat. Acids* 65, 1–7.
- Virkkunen, M.E., Horrobin, D.F., Jenkins, D.K., Manku, M.S., 1987. Plasma phospholipids, essential fatty acids and prostaglandins in alcoholic, habitually violent and impulsive offenders. *Biol. Psychiatry* 22, 1087.
- Weidner, G., Connor, S.L., Hollis, J.F., Connor, W.E., 1992. Improvements in hostility and depression in relation to dietary change and cholesterol lowering. *Ann. Int. Med.* 117, 820–823.
- Zaalberg, A., Nijman, H., Bulten, E., Stroosma, L., van der Staak, C., 2010. Effects of nutritional supplements on aggression, rule-breaking, and psychopathology among young adult prisoners. *Aggr. Behav.* 36, 117–126.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., 2003. Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled pilot study. *Am. J. Psych.* 160, 167–178.

Éducation thérapeutique et arrêt du tabac

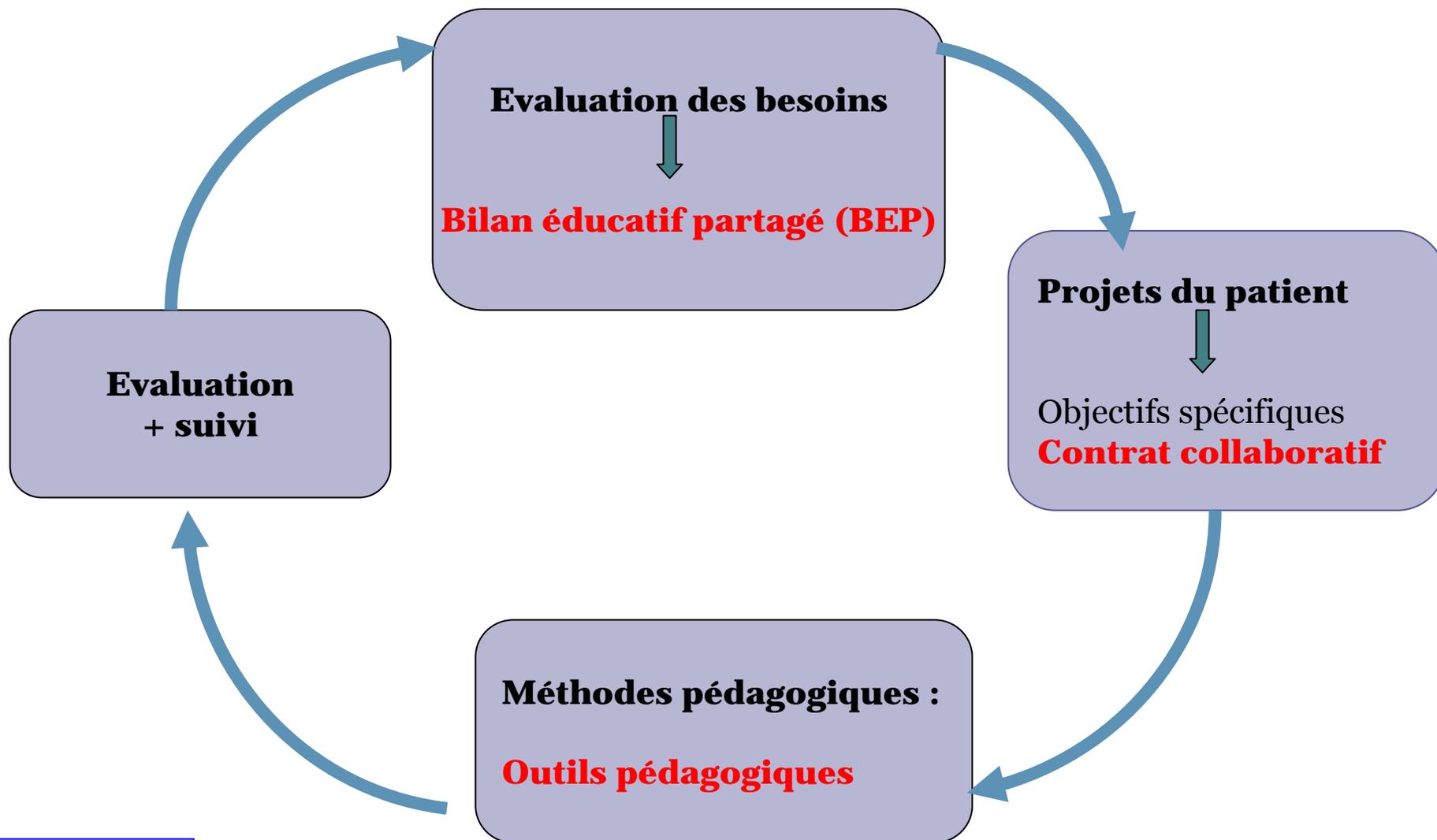
Rose-Marie Rouquet, Martine Bertoia
UCAST, Hôpital LARREY, CHU Toulouse

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%, $p = 0,023$

Eléments 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

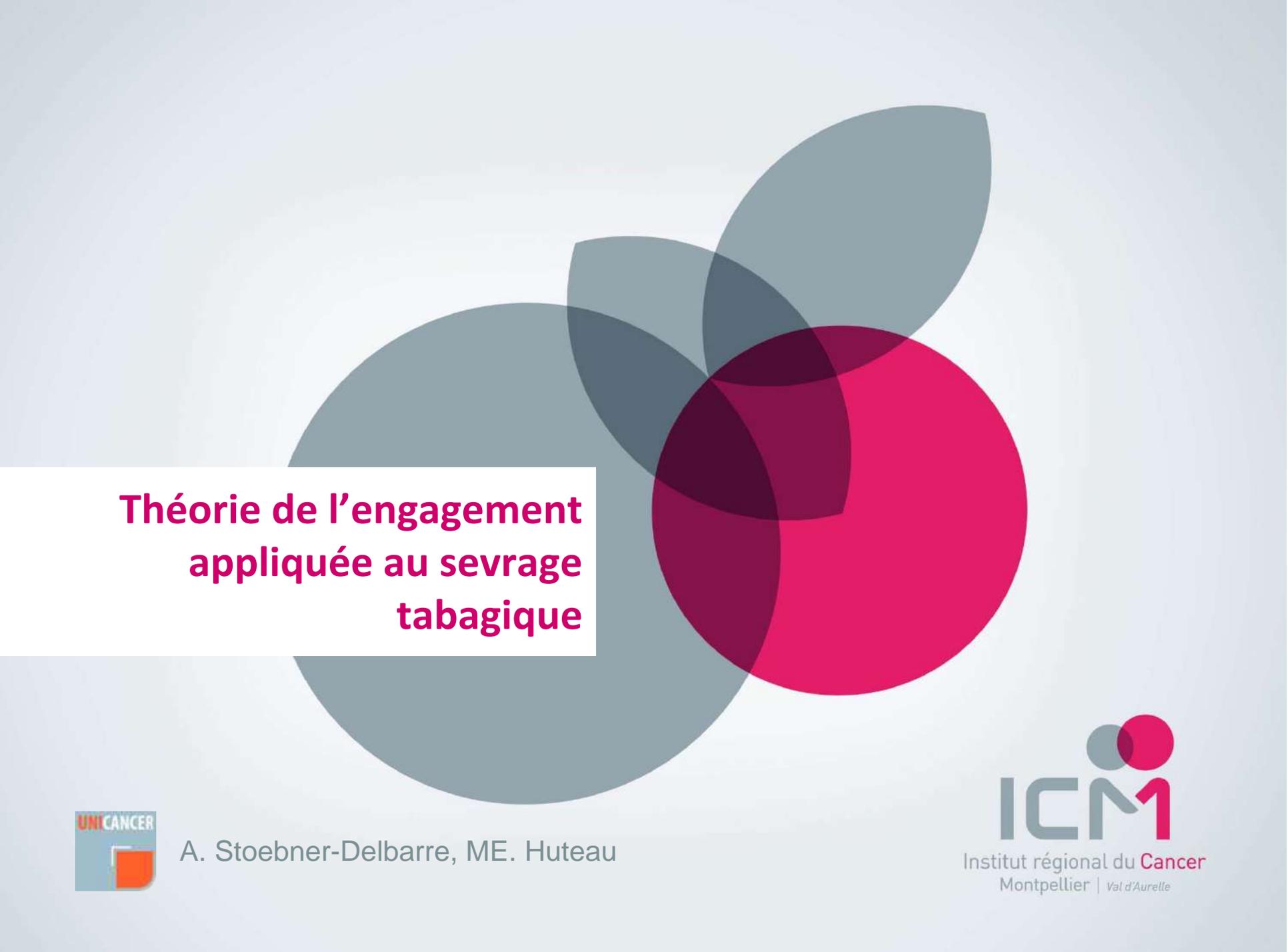
Comment voulez faire votre sevrage tabac ?

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 +)

Exemple de techniques d'engagement



Institut régional du Cancer
Montpellier | Val d'Aureille

- **Le pied dans la porte**

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

- **L'amorçage**

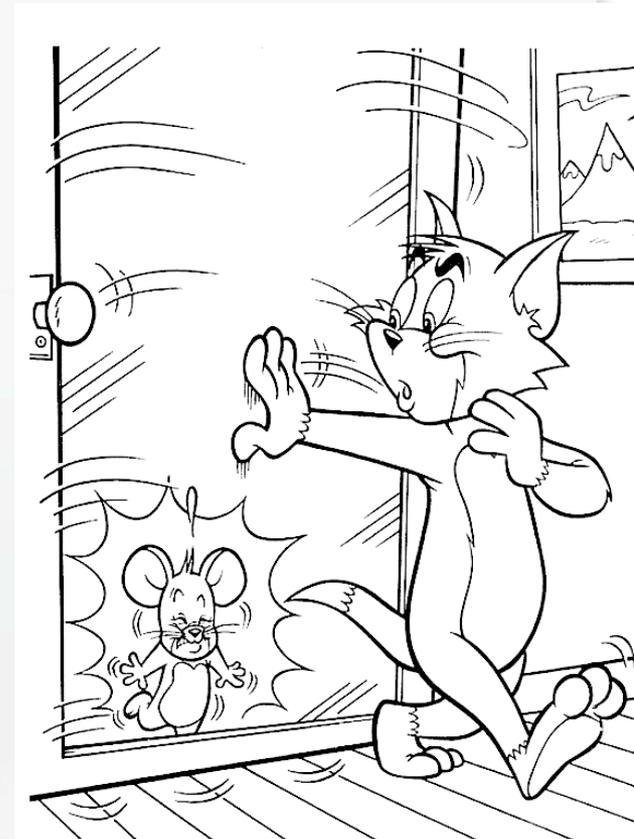
Prendre une 1^{ère} décision puis une autre liée

- **La porte au nez**

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

- **L'acquiescement répété**

Répondre 3 x « oui »



© Turner Entertainment Co

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 ?

Conclusion : techniques de la théorie de l'engagement



Institut régional du Cancer
Montpellier | Val d'Auxois

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 ?

QUEL REMBOURSEMENT POUR LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES ?

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les substituts nicotiques sont remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie (1). Le ticket modérateur peut être pris en charge par votre complémentaire santé.

Le remboursement de ces traitements a été simplifié car il n'est plus soumis à un plafonnement annuel (150 € par an auparavant), et les pharmacies peuvent désormais pratiquer la dispense d'avance de frais pour ces produits.

Consultez la [liste des substituts nicotiques pris en charge par l'Assurance Maladie](#).

N'hésitez pas à demander conseil à un professionnel de santé.

(1) Pour les traitements nicotiques de substitution inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux.

- 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 = 3
 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 = 8
 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 points
 - ↳ ≠ cancers
 - ~~↳ gros pb. santé~~
 - ↳ air circulaire
 - ↳ AVC
 - ↳ pb. de circulation

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

- achète 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).



J'ARRÊTE DE FUMER

Le guide pratique pour y parvenir



1 je fume

2 J'HÉSITE
À ARRÊTER
DE FUMER

3 J'AI DÉCIDÉ
D'ARRÊTER DE
FUMER

4 J'ARRÊTE
DE FUMER

**Il n'est pas facile d'arrêter de fumer.
Il s'agit de renoncer à une habitude
quotidienne solidement installée, de
changer de comportement...
Cela prend du temps et se fait généralement
en plusieurs étapes :**

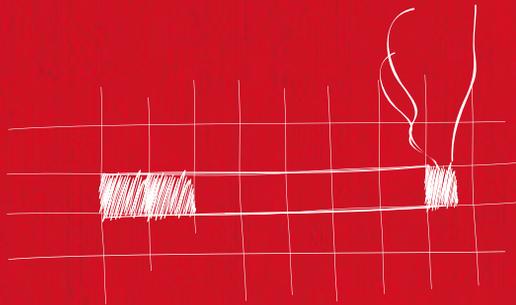
- d'abord, on n'y pense pas vraiment, on se trouve bien comme on est, sans envie d'arrêter de fumer ;
- un jour, on commence à se poser des questions. On pèse le pour et le contre en se disant: « Il faudra bien que j'arrête un jour! »;
- et puis, on se décide. On se renseigne alors sur les différentes méthodes, on se prépare, on se fixe une date ;
- enfin, on passe à l'action. Ce n'est pas simple. Il faut réorganiser sa vie. Après quelques mois d'arrêt, les choses sont plus faciles, les nouvelles habitudes se consolident. On se sent de mieux en mieux.

Ce guide a pour objectif de rendre la vie plus facile aux fumeurs qui décident de renoncer au tabac et de motiver les autres à essayer.

Vous pouvez le lire dans son intégralité ou bien vous reporter directement au chapitre qui correspond le mieux à votre situation personnelle actuelle. Munissez-vous d'un crayon. À vos marques, prêts, partez !

je fume

**Actuellement, vous fumez
et vous n'envisagez pas sérieusement
d'arrêter : vous vous trouvez bien
comme vous êtes, vous n'avez pas envie
de renoncer aux plaisirs que vous procure
le tabac, ou vous aimeriez bien,
mais vous ne vous sentez pas prêt
à franchir le pas.**



POUR VOUS AIDER À FAIRE LE POINT SUR LES RAISONS POUR LESQUELLES VOUS NE SOUHAITEZ PAS ARRÊTER DE FUMER, vous trouverez dans ce tableau une série de propositions. Certaines ne vous concernent pas, d'autres correspondent bien à ce que vous ressentez. Indiquez votre point de vue en face de chaque phrase en cochant l'une des quatre cases :

Faites le point sur votre situation

	PAS DU TOUT	UN PEU	ASSEZ	BEAUCOUP
1. Fumer est un plaisir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Fumer me détend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je ne me sens pas prêt(e) à arrêter maintenant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je ne fume que des cigarettes légères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Il y a tellement longtemps que je fume! Ça ne sert à rien d'arrêter maintenant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. J'ai peur de grossir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je n'ai pas assez de volonté, je n'y arriverai jamais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. J'ai peur d'être nerveux(se), irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. J'ai fait plusieurs tentatives et à chaque fois je recommence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL DES RÉPONSES

Ce tableau vous a permis de faire le point sur votre situation. Lisez maintenant les paragraphes qui vous concernent, c'est-à-dire ceux pour lesquels vous avez coché les cases « Un peu », « Assez », « Beaucoup ».

1 Fumer est un plaisir

C'est bien parce que fumer est un plaisir qu'autant de personnes fument : la cigarette est synonyme de convivialité et de bons moments. Pour une raison toute simple : il y a dans votre cerveau des cellules qui captent la nicotine. Lorsqu'elles sont activées, elles génèrent des sensations de bien-être. Après une bouffée de cigarette, la nicotine se fixe sur les récepteurs et provoque ce plaisir en seulement sept secondes.

Mais les anciens fumeurs soulignent qu'à l'arrêt du tabac, ils ont redécouvert d'autres plaisirs : les odeurs, le goût des aliments, l'impression de respirer pleinement. Ils expriment aussi un sentiment de réussite personnelle et la satisfaction d'avoir retrouvé une forme de liberté et d'indépendance.

2 Fumer me détend

Cette impression est due à un effet de la nicotine sur le cerveau : la tension que vous ressentez avant de fumer et qui est soulagée par la cigarette est principalement en relation avec le manque de nicotine.

Après quelques semaines d'arrêt, les anciens fumeurs ressentent un sentiment d'apaisement : ils n'ont plus de sensation de manque ni de frustration.

3 Je ne me sens pas prêt(e) à arrêter maintenant

Il est possible que ce ne soit pas le meilleur moment pour vous. Ne vous précipitez pas ! Ne prenez pas cette décision à la légère !

L'arrêt du tabac n'est pas une épreuve insurmontable : il faut s'y préparer convenablement, accepter l'idée que cela ne se fait pas du jour au lendemain et recourir à des méthodes sérieuses et adaptées à votre cas.

4 Je ne fume que des cigarettes légères

Les cigarettes légères ont été créées pour laisser croire qu'elles pourraient diminuer la quantité de produits toxiques inhalés par les fumeurs. Attention ! Elles restent extrêmement dangereuses, malgré ce que l'industrie du tabac tente de faire croire au public. C'est pourquoi, dans les pays de l'Union européenne, la mention « cigarettes légères » est interdite.

En effet, les taux de nicotine et de goudrons indiqués sur les paquets correspondent au rendement des machines à fumer, mais aucun fumeur ne se comporte comme une machine de référence.

La quantité de produits toxiques absorbés varie selon la manière dont on fume. Quand une personne dépendante à la nicotine se met aux cigarettes légères, elle modifie automatiquement sa façon de fumer et absorbe la même quantité de nicotine qu'auparavant, puisque son organisme en ressent toujours le besoin. Elle fume davantage ou tire davantage sur chaque cigarette.

Enfin, les recherches récentes montrent que les cigarettes légères entraînent des formes nouvelles et plus dangereuses de cancer.

5 Il y a tellement longtemps que je fume ! Ça ne sert à rien d'arrêter maintenant

Il n'est jamais trop tard pour arrêter, même si vous fumez beaucoup et depuis longtemps. En effet, le risque de développer une maladie grave s'atténue après l'arrêt, pour atteindre progressivement celui des non-fumeurs. Par ailleurs, l'arrêt, même tardif, apporte un confort de vie mais également une grande satisfaction personnelle. Pour plus d'informations sur les bénéfices de l'arrêt, reportez-vous à la page 28.

6 J'ai peur de grossir

La prise de poids à l'arrêt du tabac est une réalité, mais elle est souvent modérée (en moyenne 2,8 kg chez les hommes et 3,8 kg chez les femmes).

Le poids que vous atteindrez est en fait proche du poids que vous auriez si vous ne fumiez pas.

À alimentation égale, votre corps consomme un peu moins d'énergie (environ 200 calories de moins par jour qu'un fumeur).

Mais ce n'est pas une fatalité : un tiers des fumeurs qui s'arrêtent ne prennent pas du tout de poids.

Il est toujours possible de limiter la prise de poids par des mesures diététiques ou d'hygiène de vie appropriées : manger autant mais autrement (plus de légumes, de fruits...), augmenter son activité physique (prendre l'escalier au lieu de l'ascenseur...).

Les apports nicotiniques (timbres, gommes à mâcher...) constituent aussi un moyen efficace de limiter la prise de poids car ils permettent de maintenir la dépense énergétique.

7 Je n'ai pas assez de volonté, je n'y arriverai jamais

Certaines personnes arrêtent de fumer du jour au lendemain, sans technique particulière. Néanmoins, les chances de succès sont plus importantes quand on prend le temps de s'y préparer.

L'arrêt du tabac est un apprentissage. On doit se débarrasser de réflexes conditionnés et d'automatismes acquis pendant les années de tabagisme.

Ce que vous analysez comme un manque de volonté peut être un signe de dépendance à la nicotine mais également être lié à vos représentations et vos craintes face à l'arrêt qui vous paraissent insurmontables. Une aide et des conseils personnalisés peuvent vous aider. Reportez-vous à la page 20 ou appelez **Tabac Info Service** au **39 89** (du lundi au samedi, de 8 h à 20 h - 0,15 €/min depuis un poste fixe, hors surcoût éventuel de votre opérateur).

8 J'ai peur d'être nerveux(se), irritable

La nervosité, les difficultés de concentration, l'anxiété sont des signes du manque de nicotine. Ces sensations n'existent donc que pendant la période du sevrage, c'est-à-dire peu de temps. Les traitements de substitution nicotinique permettent d'ailleurs de compenser ce manque et de supprimer progressivement la dépendance.

9 J'ai fait plusieurs tentatives et à chaque fois je recommence

Vous avez décidé de renoncer au tabac. Vous avez réussi pendant quelque temps, ce qui prouve que vous pouvez vivre sans fumer. Malheureusement, vous avez recommencé. Ne vous découragez pas! La plupart des anciens fumeurs ont fait plusieurs tentatives avant d'arrêter définitivement. Il n'est pas toujours facile d'arrêter: il est fréquent de s'y reprendre à plusieurs fois avant d'y arriver.

Si vous avez repris, ce n'est pas par manque de volonté, mais plus vraisemblablement par manque de méthode ou de soutien. C'est pourquoi il est important de réfléchir à ce qui s'est passé et d'en tirer les enseignements pour que votre prochaine tentative soit un succès.

Les personnes qui recommencent à fumer le font pour plusieurs raisons: le manque physique, une prise de poids jugée excessive, la difficulté à résister aux tentations quotidiennes, une baisse de motivation, un événement particulier ou une période difficile. Des difficultés psychologiques telles que l'anxiété ou un sentiment dépressif qui peuvent apparaître au moment de l'arrêt favorisent également la reprise du tabagisme.

Dans tous les cas, il est important d'identifier les raisons pour lesquelles vous avez repris et de vous poser les bonnes questions: dans quelles circonstances ai-je recommencé à fumer? Quand? Où? Avec qui? Dans quel état d'esprit? En faisant quoi?

Répondre à ces questions vous permettra d'imaginer ou de réajuster votre stratégie pour résister à l'envie de fumer dans des circonstances identiques et faire de votre prochaine tentative une réussite. Solliciter vos proches et l'avis d'un professionnel de santé peut également vous apporter le soutien et les réponses spécifiques dont vous avez besoin.

Chaque tentative est déjà une victoire sur le tabac!

J'HÉSITE À ARRÊTER DE FUMER

ARRÊTER DE FUMER,
POURQUOI PAS ?
MAIS VOUS PESEZ ENCORE
LE POUR ET LE CONTRE.
À CETTE ÉTAPE, IL EST
NÉCESSAIRE DE RENFORCER
VOTRE MOTIVATION.



VOICI QUELQUES EXERCICES POUR FAIRE LE POINT

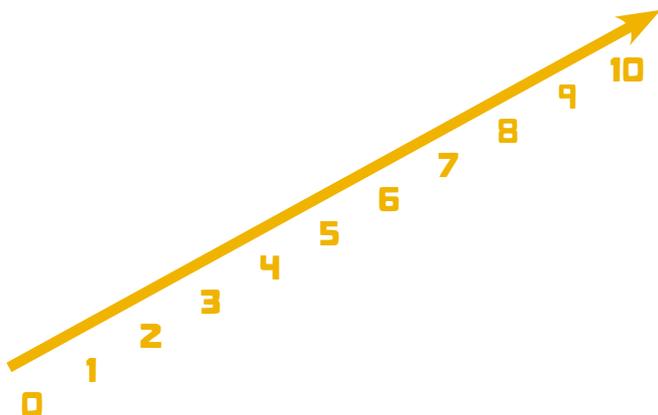
? QUEL EST VOTRE DEGRÉ DE MOTIVATION ?

Évaluez, par une note de 0 à 10, votre intention actuelle d'arrêter de fumer.

0 signifie: « Je n'ai absolument pas envie d'arrêter de fumer. »

10 signifie: « Je suis fermement décidé à arrêter. »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.



Réponses:

Si vous avez répondu 0, reportez-vous au chapitre précédent. Dans tous les autres cas, essayez de réfléchir à vos attentes et vos craintes face à l'arrêt du tabac. Faites le point sur vos craintes face à l'arrêt du tabac.

EN ARRÊTANT DE FUMER, VOUS VOULEZ...

Pour identifier ce que vous attendez de l'arrêt du tabac, vous trouverez ci-dessous une série de propositions: cochez l'une des quatre cases qui vous correspond.

EN ARRÊTANT DE FUMER, JE VOUDRAIS

	PAS DU TOUT	UN PEU	ASSEZ	BEAUCOUP
1. Protéger ma santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Vivre au mieux ma grossesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Retrouver une bonne condition physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Protéger la santé de ceux qui m'entourent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Retrouver le goût et l'odorat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Faire des économies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Être mieux dans ma peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Faire plaisir à mes proches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ne plus être dépendant(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mieux respirer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Accompagner un proche dans sa démarche d'arrêt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ne plus être imprégné(e) de l'odeur du tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Retrouver une bonne haleine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL DES RÉPONSES

DOCUMENTEZ-VOUS, RENSEIGNEZ-VOUS

Recherchez les informations qui peuvent contribuer à renforcer votre motivation et vous aider à surmonter vos craintes en consultant le site **www.tabac-info-service.fr**; demandez à d'anciens fumeurs de vous faire part de leur expérience, parlez avec des professionnels de santé (médecins, pharmaciens...) susceptibles de vous apporter informations et conseils. Vous pouvez également demander des conseils en appelant **Tabac Info Service** au **39 89** (du lundi au samedi, de 8h à 20h - 0,15 €/min depuis un poste fixe, hors surcoût éventuel de votre opérateur).

Revenez régulièrement à l'échelle qui mesure votre degré de motivation (page 9) et attendez d'avoir un bon niveau de motivation pour passer à la phase de préparation.

FAITES LE COMPTE, DE CE QUE VOUS DÉPENSEZ POUR FUMER

1. Je fume cigarettes par jour.
2. Je fume paquets par jour
(à raison de 20 cigarettes par paquet).
3. Soit paquets par semaine.
4. Ce qui représente paquets par mois.
5. Chaque paquet coûte environ euros.
Ce qui signifie que je dépense euros par mois.
6. euros x 12 mois = euros par an.
7. Soit euros sur 5 ans.

Imaginez ce que vous pourriez vous offrir pour la même somme si vous arrêtiez de fumer.

Par exemple, un séjour aux Antilles (environ 800 € par personne tout compris), un appareil photo numérique (environ 300 €), un ordinateur portable (environ 900 €).

? AVEZ-VOUS CONFIANCE EN VOUS ?

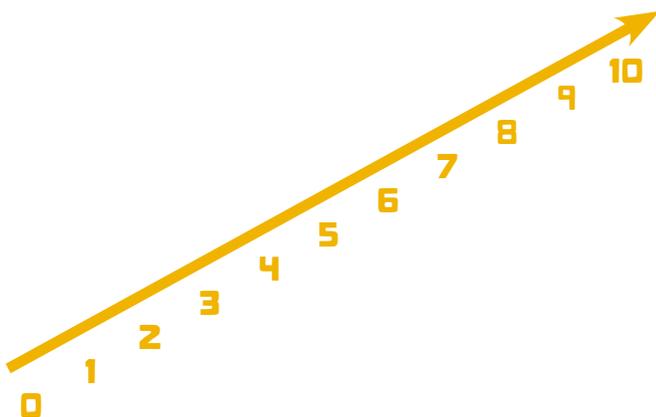
Si vous arrêtez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ?

Placez-vous sur une échelle de 0 à 10 :

0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas. »

10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai. »

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.



Si vous n'avez pas répondu 10 à cette question, qu'est-ce qui, selon vous, permettrait d'accroître votre confiance ?

- > Arrêter en même temps qu'un(e) ami(e) ou votre conjoint.
- > Arrêter à un moment où vous vous sentirez détendu(e) et dans de bonnes conditions, par exemple au moment des vacances.
- > Appeler **Tabac Info Service** au **39 89** (du lundi au samedi, de 8h à 20h - 0,15 €/min depuis un poste fixe, hors surcoût éventuel de votre opérateur) ou rencontrer un professionnel de santé qui vous donnera des conseils personnalisés.
- > Demander à votre entourage de vous encourager et de vous soutenir.

TESTEZ VOS RÉACTIONS

Essayez de retarder la première cigarette de la journée et de supprimer la « cigarette réflexe » comme celle que vous allumez machinalement en fin de repas.

Arrêtez de fumer pendant une journée et observez vos difficultés. Si vous y parvenez, vous pourrez vous préparer à un arrêt prolongé. Vous pourrez alors suivre les conseils du chapitre 3 « J'ai décidé d'arrêter de fumer ».

Si vous n'y parvenez pas, ne vous découragez pas. Ne vous dites pas « Je suis nul(le), je manque de volonté, je n'y arriverai jamais. » Dites-vous plutôt : « Pour le moment, j'ai du mal. J'ai observé mes difficultés, je serai donc mieux préparé(e) la prochaine fois. » Fixez-vous alors une date pour une nouvelle tentative. Dans tous les cas, souvenez-vous qu'une bonne motivation et une préparation sérieuse sont les clés de la réussite.

J'AI DÉCIDÉ D'ARRÊTER DE FUMER

Vous avez pris la décision d'arrêter de fumer. Pour avoir le maximum de chances de réussir, il est nécessaire de bien vous préparer.



ÉTAPE N° 1 : Choisissez une date précise pour arrêter de fumer

Décider à l'avance d'une date précise vous aidera à préparer ce changement. Votre arrêt ne se fera pas sur un « coup de tête », mais sera mûrement réfléchi.

Il s'agit, bien sûr, d'une décision tout à fait personnelle, mais voici tout de même quelques conseils :

1. Il vaut mieux choisir une période au cours de laquelle vous n'avez pas trop de soucis personnels ou professionnels ;
2. Il est plus facile, surtout dans les premières semaines, d'être entouré de personnes qui vous encouragent et ne vous incitent pas à fumer. Ainsi, si vos collègues de travail sont fumeurs, choisissez plutôt d'arrêter pendant les vacances ;
3. Vous pouvez associer cette date à un événement heureux, à un anniversaire, à un début d'année. On a observé que nombre de personnes avaient arrêté de fumer à l'occasion d'un changement dans leur vie.

Quand vous aurez fait votre choix, inscrivez la date sur cette brochure et annoncez-la aux personnes susceptibles de vous encourager.

Date à laquelle je cesserai de fumer : / /

ÉTAPE N° 2 : Faites votre portrait de fumeur

Il est important de bien connaître la relation que vous avez établie avec le tabac. Cela vous aidera à prendre conscience de ce que vous allez abandonner.

Les questionnaires qui suivent vont vous aider à faire le point sur votre manière de consommer du tabac.

Carte d'identité du fumeur

Depuis combien de temps fumez-vous ?

Combien de cigarettes, cigares
ou pipes fumez-vous par jour ?

Quelle somme d'argent consacrez-vous
chaque jour au tabac ?

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? oui non

Si oui, combien de fois ?

Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ?

Si vous n'en êtes pas à votre première tentative, reportez-vous à la page 6.

Dans quelles circonstances fumez-vous ?

Essayez, à l'aide du tableau suivant, de repérer les raisons qui vous font prendre chacune des cigarettes de la journée.

Il n'est pas toujours facile de les découvrir, mais vous pouvez commencer votre exploration par des questions simples :
« Je m'apprête à allumer une cigarette : Où suis-je ? Avec qui ?
Quelle heure est-il ? Qu'est-ce qui déclenche cette envie ?
Une vie stressante ? Une fin de repas ? »

Pourquoi j'allume une cigarette ?

	PAS DU TOUT	UN PEU	ASSEZ	BEAUCOUP
1. C'est un geste automatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je suis avec d'autres fumeurs, c'est un moment convivial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. C'est un moment de détente, de plaisir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. C'est une compagnie quand je me sens seul(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Cela me stimule quand j'ai une tâche difficile ou urgente à accomplir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Cela me calme quand je suis angoissé(e) ou contrarié(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Cela m'aide quand je n'ai pas trop le moral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. C'est pour me couper l'appétit et ne pas grossir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. En public, cela me rassure et me donne une contenance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. C'est un moment d'intimité avec une personne qui m'est proche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOTAL DES RÉPONSES

Après avoir rempli ce tableau, prenez le temps d'imaginer ce que vous pourriez faire dans chaque circonstance au lieu de fumer. Demandez-vous à quelles cigarettes il vous sera le plus difficile de renoncer. Pour vous aider et trouver vos propres « trucs », reportez-vous au chapitre « J'arrête de fumer ».

Avez-vous une dépendance au tabac ?

L'usage régulier du tabac crée deux types de dépendances :

La dépendance psychologique, que le tableau précédent vous a permis de mettre en évidence, correspond au désir de fumer. C'est la dépendance la plus difficile à vaincre, car elle résulte de stimulations extérieures : les habitudes (la cigarette avec le café, avec l'alcool), les émotions (la cigarette quand on est mal à l'aise), l'environnement (la cigarette conviviale, la tentation d'un entourage fumeur), l'ennui...

La dépendance physique correspond au besoin physique de fumer que le tabagisme a créé dans votre corps. Essentiellement due à la nicotine présente dans le tabac, cette dépendance se traduit par une sensation de manque qui peut être surmontée, entre autres, grâce à un traitement de substitution nicotinique ou médicamenteux.

En répondant aux six questions ci-dessous, vous saurez si vous êtes dépendant(e) physiquement.

Test sur la dépendance physique, dit « Test de Fagerström »

1. Le matin, combien de temps après votre réveil allumez-vous votre première cigarette ?

- dans les 5 minutes 3
- entre 6 et 30 minutes après 2
- entre 31 et 60 minutes après 1
- après 1 heure ou plus 0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- oui 1
- non 0

3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- la première de la journée 1
 une autre 0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- 10 ou moins 0
 de 11 à 20 1
 de 21 à 30 2
 plus de 30 3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- oui 1
 non 0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade et alité(e) ?

- oui 1
 non 0

Additionnez le total des points correspondant à vos réponses :

NB: ce test a été validé par l'ensemble de la communauté scientifique au niveau international.

Résultats :

Si vous avez entre 0 et 2 : pas de dépendance.

Si vous avez entre 3 et 4 : dépendance faible.

Si vous avez entre 5 et 6 : dépendance moyenne.

Si vous avez entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Si votre score est supérieur ou égal à 5, vous aurez vraisemblablement besoin d'utiliser un traitement médicamenteux ou de substitution nicotinique (timbre ou gomme à mâcher); reportez-vous à la page 23.

ÉTAPE N° 3 : Choisissez ou non de vous faire aider

De nombreuses personnes peuvent arrêter de fumer seules ou en suivant un guide comme celui-ci. D'autres ont choisi de se faire aider. Il n'y a pas de méthode miracle, mais il existe des moyens efficaces pour vous arrêter plus confortablement.

Le soutien des professionnels de santé

L'accompagnement, les conseils, le suivi que peut vous apporter votre médecin ou votre pharmacien seront précieux pendant les six premiers mois de votre sevrage. Vous pouvez aussi recourir à une consultation spécialisée d'aide à l'arrêt tabagique.

Vous trouverez des renseignements sur les consultations proches de chez vous en consultant le site www.tabac-info-service.fr ou en appelant **Tabac Info Service** au **39 89** (du lundi au samedi, de 8 h à 20 h - 0,15 €/min depuis un poste fixe, hors surcoût éventuel de votre opérateur).

Les substituts nicotiniques et autres traitements de l'arrêt

Les timbres, les gommes à mâcher, les comprimés sublinguaux et les traitements médicamenteux peuvent vous aider dans votre démarche d'arrêt en supprimant notamment le besoin de nicotine. Reportez-vous à la page 23 pour plus de précisions sur ces produits.

Les rencontres avec d'anciens fumeurs

Vous n'êtes pas seul(e) face au tabac. Rencontrez d'autres personnes qui sont en train d'arrêter ou qui ont arrêté, échangez-vous des « trucs », faites part de vos expériences pour renforcer votre motivation.

La relaxation et les techniques respiratoires

Le stress est souvent associé au désir de fumer. Pour retrouver le bien-être sans recourir au tabac, vous pouvez faire des séances de relaxation mais également pratiquer des activités de loisirs, une activité physique.

Le soutien psychologique

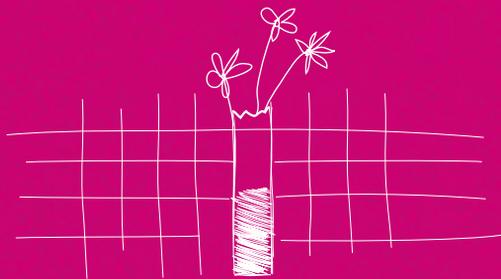
Arrêter de fumer nécessite un environnement familial et social favorable et motivant. Pour vous aider, demandez à votre entourage de vous soutenir. Vous pouvez aussi consulter votre médecin traitant.

La diététique

Un tiers des personnes ayant arrêté de fumer n'a pas de problèmes de (re)prise de poids. Si vous avez des inquiétudes, lisez les recommandations du chapitre suivant et n'hésitez pas à en parler avec un professionnel de santé (diététicien ou nutritionniste) qui pourra vous conseiller. Porter une attention particulière à votre équilibre alimentaire sera une aide importante pour votre arrêt.

J'ARRÊTE DE FUMER

VOUS AVEZ RÉCEMMENT
ARRÊTÉ DE FUMER.
PEUT-ÊTRE CELA
VOUS PARAÎT-IL DIFFICILE.
RAPPELEZ-VOUS
QUE CHAQUE JOUR
QUI PASSE DIMINUE
LE RISQUE DE REPRENDRE
UNE CIGARETTE.



L'ENVIE DE FUMER PEUT AVOIR PLUSIEURS ORIGINES :

- > UN BESOIN PHYSIQUE DE NICOTINE
- > UN BESOIN PSYCHOLOGIQUE
- > UN ENVIRONNEMENT DÉMOTIVANT

Voici quelques conseils pour résister à chacun de ces facteurs.

? COMMENT SURMONTER VOTRE DÉPENDANCE PHYSIQUE ?

En page 18, le test de Fagerström vous permet de mesurer votre degré de dépendance à la nicotine. Si cette dépendance existe, en plus de votre stratégie personnelle (vos petits trucs, vos motivations...), il est recommandé d'utiliser un traitement pour atténuer ou faire disparaître les éventuels effets désagréables liés à l'arrêt.

LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION ET AUTRES TRAITEMENTS DE L'ARRÊT : UNE AIDE EFFICACE

Les substituts nicotiques obéissent tous au même principe : ils diffusent de la nicotine de manière lente et régulière, contrairement aux « pics » que procure la cigarette. Avec une dose adaptée à son tabagisme, ils permettent au fumeur de se libérer progressivement de la dépendance physique et lui évitent par ailleurs l'inhalation de toutes les autres substances toxiques contenues dans le tabac.

Il existe deux types de substituts nicotiques :

- > ceux qui se prennent par voie orale : gommes, comprimés sublinguaux, comprimés à sucer et inhaleurs ;
- > ceux qui se placent sur la peau : timbres ou patches.

Aujourd'hui, il est possible d'y avoir accès sans ordonnance médicale. Votre pharmacien ou votre médecin peut vous conseiller sur leur utilisation. Il vous aidera à déterminer un dosage et une durée adaptés à votre cas.

Toutefois, si les substituts doublent vos chances de succès, ils ne suppriment pas la dépendance psychologique et comportementale, il faut donc désapprendre à fumer et retrouver un nouvel équilibre. Par ailleurs, ils ne sont pas les seuls éléments du traitement : équilibrer votre alimentation, votre sommeil, maintenir votre activité physique... en font partie.

.....

QUE DIRE DU BUPROPION LP ET DE LA VARENICLINE ?

Le bupropion LP est un médicament de la famille des psychotropes qui ne peut être utilisé que sur prescription médicale en raison de ses contre-indications, effets indésirables et précautions d'emploi. Seul le médecin pourra juger de l'intérêt de ce médicament au cas par cas. Il est contre-indiqué chez la femme enceinte et le fumeur de moins de 18 ans.

La varénicline est un médicament qui agit sur les récepteurs présents au niveau du cerveau en reproduisant les effets de la nicotine (ce qui peut aider à réduire la sensation de manque). Elle est indiquée dans le sevrage tabagique chez l'adulte et ne peut être délivrée que sur prescription médicale en raison de ses contre-indications, effets indésirables et précautions d'emploi. Seul le médecin pourra juger de l'intérêt de ce médicament au cas par cas en raison de la dépendance du patient, des contre-indications éventuelles et des interactions médicamenteuses possibles. La varénicline ne doit pas être utilisée pendant la grossesse.

Pour en savoir plus, consultez le site www.tabac-info-service.fr ou appelez **Tabac Info Service** au **39 89** (du lundi au samedi, de 8h à 20h - 0,15 €/min depuis un poste fixe, hors surcoût éventuel de votre opérateur).

.....

? COMMENT GÉRER L'ÉVENTUALITÉ D'UNE PRISE DE POIDS ?

En moyenne, à égalité d'âge, de sexe et de taille, les fumeurs pèsent à peu près deux kilos de moins que les non-fumeurs.

Cet état de fait est lié à l'action de la nicotine sur le métabolisme : un fumeur brûle un peu plus de calories qu'un non-fumeur.

Dans les mois qui suivent l'arrêt du tabac, on peut remarquer une prise de poids de quelques kilos, mais cette prise peut varier d'une personne à l'autre. Si cela vous inquiète, n'hésitez pas à en parler à un médecin et à recourir aux conseils d'un diététicien ou d'un médecin nutritionniste.

D'une façon générale, il ne faut pas se mettre au régime en même temps que l'on arrête de fumer: on ne peut pas tout faire à la fois! Il s'agit plutôt de respecter quelques règles de bon sens:

- évitez les aliments gras (charcuterie, pâtisserie, certains fromages, plats en sauce);
- préférez les viandes maigres, les poissons, les fruits, les légumes;
- modérez votre consommation d'alcool;
- buvez de l'eau régulièrement tout au long de la journée;
- augmentez votre activité physique au quotidien: préférez les escaliers aux ascenseurs et aux escalators, n'hésitez pas à vous déplacer à pied. Une heure de marche rapide permet de brûler autant de calories que la consommation de 20 à 30 cigarettes.

On peut aussi accepter de prendre quelques kilos que l'on s'efforcera de perdre plus facilement, quand le « problème » du tabagisme sera résolu.

.....

? COMMENT FAIRE FACE AU DÉSIR DE FUMER?

Dans les semaines qui suivent l'arrêt du tabac, le désir de fumer peut survenir fréquemment, brutalement et de manière très intense. Il faut savoir que ce désir dure rarement plus de 3 à 4 minutes. Il faut donc prévoir à ce moment-là une solution pour ne pas « craquer ».

Vous pouvez, par exemple:

- > boire un grand verre d'eau;
- > manger un fruit;
- > respirer profondément;
- > changer d'activité, de pièce, faire autre chose pour vous occuper l'esprit;
- > passer un coup de téléphone à un(e) ami(e).

En résumé, vous devez faire quelque chose afin d'occuper l'instant laissé vide par la non-prise de cigarette.

Ces envies très fortes n'apparaissent jamais au hasard. Elles correspondent à des circonstances au cours desquelles vous aviez l'habitude de fumer. Ce sont des réflexes conditionnés. Une préparation sérieuse comme celle qui vous est proposée dans le chapitre précédent doit vous permettre de les repérer, de les analyser et surtout de les anticiper : il s'agit d'apprendre dorénavant à vivre sans tabac.

.....

COMMENT AGIR SUR VOTRE ENVIRONNEMENT ?

Quand une envie très forte de fumer apparaît, il est plus facile d'y résister si vous n'avez aucune cigarette à portée de main ! Vous avez donc tout intérêt à ne pas en avoir dans votre environnement immédiat.

Que ce soit à votre domicile, sur votre lieu de travail ou dans vos loisirs, vous continuerez à rencontrer des fumeurs. Pendant quelques semaines, il faudrait pourtant qu'ils évitent au maximum de fumer en votre présence : vous pouvez leur en parler, ils seront certainement très soucieux de respecter et d'encourager votre effort.

MESUREZ LES PROGRÈS ACCOMPLIS

Le tableau suivant devrait vous encourager à poursuivre vos efforts. Il vous aidera à mettre en évidence et à valoriser vos progrès.

Il est conseillé de le remplir une fois par semaine en indiquant par une croix la situation dans laquelle vous vous trouvez.

DATE D'ARRÊT: _____

SEMAINE	1 ^{RE}	2 ^E	3 ^E	4 ^E	5 ^E
---------	-----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ?

Très bien	<input type="radio"/>				
Bien	<input type="radio"/>				
Assez bien	<input type="radio"/>				
Pas très bien	<input type="radio"/>				
Pas bien du tout	<input type="radio"/>				

RESSENTEZ-VOUS UNE ENVIE TRÈS FORTE DE FUMER ?

Pratiquement jamais	<input type="radio"/>				
Rarement	<input type="radio"/>				
1 à 2 fois par semaine	<input type="radio"/>				
Plusieurs fois par jour	<input type="radio"/>				
Presque à chaque instant	<input type="radio"/>				

COMMENT ÉVALUEZ-VOUS VOS CHANCES DE RÉUSSITE ?

Je suis sûr(e) d'y arriver	<input type="radio"/>				
Je suis dans de bonnes conditions	<input type="radio"/>				
Je ne suis pas très à l'aise avec cette idée	<input type="radio"/>				
Je suis sûr(e) de reprendre un jour	<input type="radio"/>				
Je suis sûr(e) de ne pas y arriver	<input type="radio"/>				

ENFIN... FAITES LE POINT SUR LES BÉNÉFICES DE VOTRE ARRÊT

Les bénéfices de l'arrêt du tabac interviennent presque immédiatement:

20 MINUTES APRÈS LA DERNIÈRE CIGARETTE. La pression sanguine et les pulsations du cœur redeviennent normales.

8 HEURES. La quantité de monoxyde de carbone dans le sang diminue de moitié. L'oxygénation des cellules redevient normale.

24 HEURES. Le risque d'infarctus du myocarde diminue déjà. Les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée. Le corps ne contient plus de nicotine.

48 HEURES. Le goût et l'odorat s'améliorent. Les terminaisons nerveuses gustatives commencent à repousser.

72 HEURES. Respirer redevient plus facile. Les bronches commencent à se relâcher et on se sent plus énergique.

2 SEMAINES À 3 MOIS. La toux et la fatigue diminuent. On récupère du souffle. On marche plus facilement.

1 À 9 MOIS. Les cils bronchiques repoussent. On est de moins en moins essoufflé.

1 AN. Le risque d'infarctus du myocarde diminue de moitié. Le risque d'accident vasculaire cérébral rejoint celui d'un non-fumeur.

5 ANS. Le risque de cancer du poumon diminue presque de moitié.

10 À 15 ANS. L'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé.

L'arrêt du tabac représente pour certains une épreuve difficile.

Si vous envisagez d'arrêter de fumer,
ce guide vous aidera à renforcer votre motivation.

Si vous avez décidé d'arrêter, il vous donnera les moyens d'y parvenir.

Bien vous préparer, c'est déjà un gage de réussite.

POUR VOUS AIDER À ARRÊTER DE FUMER
OU AVOIR PLUS D'INFORMATIONS



tabac-info-service.fr

39 89 0.15€/min.



LISTE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE AU 08/02/2019

Médicaments remboursables à 65%, sur prescription*

(cette liste est amenée à évoluer)

CIP	LIBELLE CIP	FORME GALENIQUE	GROUPE	âge minimal supérieur ou égal
3400930024263	NICOPATCHLIB 14 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400930024249	NICOPATCHLIB 14 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400930024300	NICOPATCHLIB 21 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400930024270	NICOPATCHLIB 21 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400930024218	NICOPATCHLIB 7 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400930024164	NICOPATCHLIB 7 MG/24 h (nicotine) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938380576	NICOPATCH 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938380286	NICOPATCH 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938381009	NICOPATCH 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938380637	NICOPATCH 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938380118	NICOPATCH 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938379808	NICOPATCH 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400939650579	NICORETTESKIN 10 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939650920	NICORETTESKIN 15 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939651231	NICORETTESKIN 25 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939650340	NICORETTESKIN 10 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939650630	NICORETTESKIN 15 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939651002	NICORETTESKIN 25 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937956321	NIQUITIN 14 MG/24 HEURES DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400937956031	NIQUITIN 14 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400937955959	NIQUITIN 21 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400937955720	NIQUITIN 21 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15

LISTE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE AU 08/02/2019

Médicaments remboursables à 65%, sur prescription*

(cette liste est amenée à évoluer)

CIP	LIBELLE CIP	FORME GALENIQUE	GROUPE	âge minimal supérieur ou égal
3400935719676	NIQUITIN 7 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400937956499	NIQUITIN 7 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400933468392	NICOTINELL TTS 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
3400933468743	NICOTINELL TTS 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2), DISPOSITIFS STRANSDERMIQUE (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
3400933467852	NICOTINELL TTS 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
3400933467913	NICOTINELL TTS 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
3400933468453	NICOTINELL TTS 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
3400933467562	NICOTINELL TTS 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES	GSK.SGP	15
3400937099578	NICORETTE FRUITS 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937100731	NICORETTE FRUITS 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631129	NICORETTE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937630757	NICORETTE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631358	NICORETTE MENTHE FRAICHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631587	NICORETTE MENTHE FRAICHE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937096966	NICORETTE MENTHE GLACIALE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937098397	NICORETTE MENTHE GLACIALE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	GOMMES A MACHER	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400926893071	NICOTINE EG FRUIT 2 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/108)	GOMMES A MACHER	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERIC	18
3400926896492	NICOTINE EG FRUIT 4 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/108)	GOMMES A MACHER	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERIC	18
3400926899745	NICOTINE EG MENTHE 2 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/108)	GOMMES A MACHER	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERIC	18
3400926903169	NICOTINE EG MENTHE 4 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/108)	GOMMES A MACHER	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERIC	18
3400930096635	NIQUITIN MENTHE GLACIALE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/100)	GOMMES A MACHER	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400930096628	NIQUITIN MENTHE GLACIALE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	GOMMES A MACHER	OMEGA PHARMA FRANCE	15

LISTE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE AU 08/02/2019

Médicaments remboursables à 65%, sur prescription*

(cette liste est amenée à évoluer)

CIP	LIBELLE CIP	FORME GALENIQUE	GROUPE	âge minimal supérieur ou égal
3400930096796	NIQUITIN MENTHE GLACIALE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/100)	GOMMES A MACHER	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400930096789	NIQUITIN MENTHE GLACIALE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	GOMMES A MACHER	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400930096499	NIQUITIN FRUITS TROPICAUX 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/100)	GOMMES A MACHER	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400930096482	NIQUITIN FRUITS TROPICAUX 2 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	GOMMES A MACHER	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400930096598	NIQUITIN FRUITS TROPICAUX 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/100)	GOMMES A MACHER	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400930096581	NIQUITIN FRUITS TROPICAUX 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	GOMMES A MACHER	OMEGA PHARMA FRANCE	15
3400936316751	NICOTINELL FRUIT 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	GOMMES A MACHER	GSK.SGP	18
3400939395227	NICOTINELL FRUIT 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/204)	GOMMES A MACHER	GSK.SGP	18
3400936317123	NICOTINELL FRUIT 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	GOMMES A MACHER	GSK.SGP	18
3400921796124	NICOTINELL FRUIT EXOTIQUE 2 MG GOMMES A MACHER (B/204)	GOMMES A MACHER	GSK.SGP	18
3400921796063	NICOTINELL FRUIT EXOTIQUE 2 MG GOMMES A MACHER (B/96)	GOMMES A MACHER	GSK.SGP	18
3400939395456	NICOTINELL MENTHE FRAICHEUR 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/204)	GOMMES A MACHER	GSK.SGP	18
3400936315341	NICOTINELL MENTHE FRAICHEUR 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	GOMMES A MACHER	GSK.SGP	18
3400936316232	NICOTINELL MENTHE FRAICHEUR 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	GOMMES A MACHER	GSK.SGP	18
3400936314979	NICOTINELL MENTHE FRAICHEUR 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	GOMMES A MACHER	GSK.SGP	18
3400936315860	NICOTINELL MENTHE FRAICHEUR 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	GOMMES A MACHER	GSK.SGP	18
3400935752383	NIQUITIN MENTHE DOUCE 2 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/36)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400934702846	NIQUITIN MENTHE DOUCE 2 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/96)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400934702785	NIQUITIN MENTHE DOUCE 4 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/96)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400938672190	NIQUITINMINIS MENTHE FRAICHE 1,5 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/20)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400938672312	NIQUITINMINIS MENTHE FRAICHE 1,5 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/60)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400938672541	NIQUITINMINIS MENTHE FRAICHE 4 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/20)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18

LISTE DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE AU 08/02/2019

Médicaments remboursables à 65%, sur prescription*

(cette liste est amenée à évoluer)

CIP	LIBELLE CIP	FORME GALENIQUE	GROUPE	âge minimal supérieur ou égal
3400938672770	NIQUITINMINIS MENTHE FRAICHE 4 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/60)	COMPRIMES A SUCER	OMEGA PHARMA FRANCE	18
3400936409125	NICOTINELL MENTHE 1 MG, COMPRIME A SUCER (B/204)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400936868601	NICOTINELL MENTHE 2 MG, COMPRIME A SUCER (B/204)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400938919912	NICOTINELL MENTHE 1 MG, COMPRIMES A SUCER (B/144)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400936408982	NICOTINELL MENTHE 1 MG, COMPRIMES A SUCER (B/36)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400936409064	NICOTINELL MENTHE 1 MG, COMPRIMES A SUCER (B/96)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400938924473	NICOTINELL MENTHE 2 MG, COMPRIMES A SUCER (B/144)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400936868489	NICOTINELL MENTHE 2 MG, COMPRIMES A SUCER (B/36)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400936868540	NICOTINELL MENTHE 2 MG, COMPRIMES A SUCER (B/96)	COMPRIMES A SUCER	GSK.SGP	18
3400937680554	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE EUCALYPTUS PASTILLES (B/96)	PASTILLES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936498990	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE MENTHE FRAICHEUR PASTILLES (B/96)	PASTILLES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936499881	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE REGLISSE MENTHE PASTILLES (B/96)	PASTILLES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938730715	NICOPASS MENTHE FRAICHEUR 2,5 MG SANS SUCRE PASTILLES (B/96)	PASTILLES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938729535	NICOPASS REGLISSE MENTHE (NICOTINE) 2,5 MG SANS SUCRE PASTILLES (B/96)	PASTILLES	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15

Avec le parrainage de

Avec le soutien de



E-ADD 2019 - MÉDECINE, SANTÉ DES ADDICTIONS ET RÉDUCTIONS DES RISQUES

les 27 & 28 mars 2019 - En différé jusqu'au 31 mai 2019

Sur www.ivmhealth.com/e-add2019

Programme E-ADD 2019

Mercredi 27 mars 2019 de 10h à 12h30

INTRODUCTION

William Lowenstein (SOS Addictions) & Nicolas Prisse (MILDECA)

• CANNABIS THÉRAPEUTIQUE(S) : INDICATIONS ET MODALITÉS ?

Pastille : Amine Benyamina

Amine Benyamina, Olivier Véran, Nicolas Authier, Béchir Bouderbala

• ALCOOL : EN PRATIQUE AUJOURD'HUI ET DEMAIN

Pastille : Philippe Batel

Eric Hispard, David Mété, Xavier Aknine

• TABAC : TRAITEMENTS, VAPE ET ALTERNATIVES DE SUBSTITUTION

Pastille : Anne Borgne

Jacques le Houezec, Philippe Castera, Philippe Presles,
Marion Adler

Mercredi 27 mars 2019 de 14h à 16h30

• GUÉRIR L'HEPATITE C : LA MISSION DE TOUS LES CLINIENS

Pastille : Christophe Bureau

Laurent Cattan, René Maarek, Gabriel Perlemuter, Patrice Cukier

• TRAVAIL ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES – ENJEU D'UNE MOBILISATION COLLECTIVE

Pastille : Nathalie Latour

Gladys Lutz, Gérald Demortière, Sylvie Beurain, Pascale Page

• PRESCRIPTION EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET DISPENSATION

Pastille : William Lowenstein

Marie-Josée Augé-Caumon, Maurice Dematteis, Nicolas Authier,
Julie Dupouy

Jeudi 28 mars 2019 de 10h à 12h30

• RÉDUCTION DES RISQUES ET RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Pastille : Pascal Charbonnel

Pascal Charbonnel, Julie Dupouy, Jean-Paul Boyes,
Marie-Hélène Certain

• ÉCRANS ET JEUX : REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE

Pastille : Laurent Karila

Laurent Karila, François-Marie Caron, Lucia Romo

• NOUVEAU MONDE ET NOUVEAUX PARADIGMES ARTIFICIELS

Pastille : Marc Lévêque

Jean-Pierre Couteron, Didier Jayle, Vincent Benso, Gaspard Koenig

Jeudi 28 mars 2019 de 14h à 16h

• ADOLESCENCE AVEC OU SANS SUBSTANCE

Pastille : Ivana Obradovic

Jean-Pierre Couteron, Philippe Binder, Bruno Rocher,
Jean-Michel Delile

• DOM TOM : OCÉAN INDIEN – CARAÏBES – GUYANE

Pastille : René Maarek

René Maarek, David Mété, Pierre Polomeni, Jean-Claude Oualid

CONCLUSION

William Lowenstein & Nicolas Prisse

MODÉRATEURS

Alain Ducardonnet / William Lowenstein

En partenariat avec



Une production
Interactive Virtual Meeting



RESILIENCE

ZONES DE COMPETENCES	celles que vous utilisez	celles dont vous avez besoin	celles à développer
1. COMPÉTENCES PHYSIQUES			
Bonne santé			
Caractère facile Facilité d'adaptation			
2. COMPÉTENCES SOCIALES ET RELATIONNELLES			
Facilité d'attachement			
Confiance de base dans l'autre			
Aptitude à recruter activement des gens aidants			
Se faire et garder quelques bons amis			
Relations de pairs positives (même groupe d'appartenance)			
Possibilité de prendre sa place			
Empathie			
3. COMPÉTENCES COGNITIVES			
Bonne gestion des émotions			
Appréciation d'idées diverses			
Capacité à planifier			
- Exercice de projection dans le futur			
- Prendre des initiatives actives pour faire face aux défis de l'environnement			
- Capacité de résolution de problème			
* attentes positives du futur			
* locus de contrôle interne			
Auto-efficacité: avoir un impact sur les évènements			
Auto-compréhension			
- Appréciation cognitive adéquate			
- Appréciation réaliste des capacités pour l'action et ses conséquences			
- Perspectives de développement			
- Compréhension			
4. COMPÉTENCES ÉMOTIONNELLES			
Stabilisation émotionnelle			
Possibilité de retarder une gratification			
Bonne estime de soi réaliste			
Créativité			
Sens de l'humour			
5. COMPÉTENCES MORALES			
Habilité et opportunité à participer à la vie communautaire			
6. COMPÉTENCES SPIRITUELLES			
Avoir foi en la vie			
Voir du sens à la vie, même dans la souffrance et la douleur			
Sentiment d'être en lien avec les autres			