

Etablir une alliance thérapeutique en tabacologie dans le cadre des thérapies comportementales et cognitives : cas clinique

Establishment of a therapeutic alliance in smoking cessation within the framework of behavioral and cognitive therapies

Ph. Guichenez (1)

(1)Centre de Tabacologie, CH, Espace Pérreal, 34500 Béziers

Correspondant : Ph GUICHENEZ
Centre de Tabacologie,
CH, Espace Pérreal,
34500 Béziers
0467357057
philippe.guichenez@ch-beziers.fr

Réception version princeps à la revue : 20/06/08

Demande de réponse aux auteurs : 27/06/08

Réception version princeps à la revue : 02/07/08

Demande de réponse aux auteurs 08/07/08

Réception version princeps à la revue : 19/07/08

Demande de réponse aux auteurs 25/08/08

Réception de la réponse des auteurs : 06/10/08

Acceptation définitive : 09/10/08

Conflit : aucun

DOI : 10.1019/20094050

Résumé

L'alliance thérapeutique qui se crée dans le cadre d'une thérapie comportementale et cognitive (TCC) est appelée rapport collaboratif. La participation active du patient est fondamentale.

Cette étape initiale est indispensable mais non suffisante à la thérapie. Dans un premier temps, nous avons développé la notion de rapport collaboratif nécessitant empathie, authenticité, chaleur et professionnalisme et la technique d'entretien des 4 R. Les quatre techniques pour augmenter la motivation sont discutées.

Les notions de réactances et de résistances ainsi que les pièges de la thérapie sont développés. Puis un exemple pratique d'alliance thérapeutique est proposé

Mots clés : Tabagisme. 4 R. Motivation. Rapport collaboratif. Résistance. Empathie.

Establishment of a therapeutic alliance in smoking cessation within the framework of behavioral and cognitive therapies

The therapeutic alliance that is created within the framework of behavioural and cognitive therapy is called the collaborative relationship. The active participation of the patient is fundamental.

This initial stage is indispensable but insufficient for treatment. As a first step we have developed the notion of a collaborative relationship requiring empathy, truthfulness, warmth and professionalism and the technique of discussion of the 4 R. The four techniques to increase motivation are discussed.

The notions of reaction and resistance as well as the pitfalls of this therapy are explored. Finally a practical example of therapeutic alliance is presented.

Key words : smoking ; 4R ; motivation ; collaborative relationship ; resistance ; empathy.

L'alliance thérapeutique qui se crée dans le cadre d'une thérapie comportementale et cognitive (TCC) est appelée rapport collaboratif. La participation active du patient est fondamentale. Cette étape initiale est indispensable mais non suffisante à la thérapie (1).

Le processus psychothérapeutique

La thérapie est un processus par étapes. Le rapport collaboratif est indispensable à la mise en place de la conceptualisation, elle même indispensable à l'application des méthodes thérapeutiques ; L'évaluation des résultats ne peut se faire qu'avec les étapes précédentes. Chaque étape n'annule pas la précédente mais l'englobe et s'appuie dessus ; Inversement chaque étape renforce la précédente (figure 1)

Déroulement des séances de TCC

Les séances sont structurées au niveau de chaque séance. Elle s'établit à partir d'un rapport collaboratif, puis réalisation d'une analyse fonctionnelle dont les buts sont de délimiter les objectifs et de choisir les méthodes thérapeutiques. L'évaluation des résultats fait partie de la thérapie. Le thérapeute est actif : accueil du patient, revue des tâches assignées, agenda de séance que l'on réalise avec le patient : un thème de séance est établi ; travail en séance selon l'agenda, résumé, feedback (ce qui vous a plu et ce qui vous a déplu) .Un résumé en fin de séance fera la synthèse de ce qui a été traité;Tâches pour la prochaine séance (2).

L'attitude du thérapeute est fondamentale avec l'instauration d'un rapport collaboratif en utilisant la technique des 4 R (reformuler,renforcer,recontextualiser, résumé).

Un rapport collaboratif correspond au fait que patient et thérapeute travaillent ensemble pour la compréhension et le traitement des problèmes qui se posent dans la thérapie, un peu comme deux chercheurs le font dans un laboratoire pour faire des expériences. Un thérapeute pour établir cette alliance avec le patient doit développer des compétences pour être empathique (centré sur la réalité que vit le patient), authentique (pouvoir se sentir à l'aise avec le patient, la situation clinique et ses propres émotions, sentiments et pensées), chaleureux (trouver le patient sympathique) . Il doit également être professionnel, autrement dit disposer d'un statut et de compétences. Plus un soignant est professionnel plus il peut se permettre d'être proche du patient, et plus il est proche du patient plus il doit être professionnel. Un entraînement aux techniques d'entretien facilite l'instauration du rapport collaboratif. La méthode des 4 R en est un bon exemple : savoir conduire la consultation en recontextualisant, reformulant, résumant et en renforçant (1).

L'Instauration d'un rapport collaboratif comprend une dimension affective et une dimension professionnelle

La dimension affective correspond à une relation empathique, authentique et chaleureuse

Relation empathique : pour le thérapeute, percevoir puis restituer au patient ce qu'il comprend de sa réalité, en tenant compte des retours que celui-ci fait pendant l'entretien ; Explorer son mode de vie, ses problèmes, les solutions qu'il a pu trouver lui-même. Si le thérapeute ne développe pas sa capacité d'empathie, ses idées et théories à priori demeurent au premier plan pour guider la thérapie ; Le risque de ne pas tenir compte de ce que dit et vit le patient est au premier plan

Relation authentique : capacité à se sentir à l'aise avec le patient, avec la réalité qu'il vit, la capacité à se sentir à l'aise avec ses propres émotions, sentiments et pensées y compris avec son malaise

Relation chaleureuse : la chaleur humaine est une nécessité naturelle ; manifester de la chaleur est indispensable car le thérapeute comme tout être humain n'aime pas tout le monde et peut se sentir agacé par certains patients ; cela paralyse le processus thérapeutique ; Etablir une relation chaleureuse consiste à développer sa capacité de trouver le patient sympathique. Sinon il doit limiter les objectifs du traitement ou adresser la personne à un autre psychothérapeute

La dimension professionnelle: disposer d'un statut et avoir des compétences

-Disposer d'un statut : disposer de ses informations diminue fortement la méfiance et focalise davantage l'attention des patients sur la thérapie plutôt que sur le thérapeute.

-Avoir des compétences : Savoir établir une alliance thérapeutique, recueillir les informations utiles et nécessaires, organiser ces informations dans un modèle opératoire (analyse fonctionnelle des problèmes) Il faut également appliquer des méthodes thérapeutiques et évaluer l'impact de la thérapie à court, moyen et long terme.

Combiner les dimensions affectives et professionnelles : Plus un thérapeute est empathique, authentique[↑], chaleureux autrement dit plus il est proche du patient, plus il doit se montrer professionnel.

Le cercle vertueux affectivo-professionnel Plus le thérapeute est professionnel, plus il peut se permettre d'être empathique, authentique et chaleureux. Il a accès à plus de collaboration et d'informations ce qui renforce son professionnalisme.

Les réactances et résistances

La réactance : opposition marquée au processus thérapeutique, souvent assez directe. Le patient refuse tout ou partie des propositions qui lui sont faites par le thérapeute.

La résistance : correspond aux facteurs psychologiques et comportementaux qui ralentissent la mise en place ou le déroulement du processus thérapeutique ; Elle peut être le fait du patient, du thérapeute ou des deux ; souvent plus subtile, implicite, parfois masquée par des verbalisations directes faisant état d'une volonté d'avancer.

Méthode des 4 R

Les 4 R permettent généralement d'établir rapidement un bon rapport collaboratif. Les patients et thérapeutes sont centrés sur les problèmes à traiter plutôt que sur leur relation. Au niveau du non verbal: le patient regarde moins le thérapeute et davantage le problème. Au niveau du verbal: le contenu des discours concerne le travail commun. Il s'agit de 4 notes de musique dont l'utilisation souple construit une belle musique relationnelle.

Reformuler : répéter ce que le patient a dit

Une bonne recontextualisation : centre l'attention du patient sur ce qu'il ressent plutôt que sur la relation avec le thérapeute, permet au thérapeute de se faire une meilleure idée de ce que vit le patient, facilite l'analyse fonctionnelle synchronique en partant d'une situation précise (cercle vicieux). La recontextualisation est un outil puissant pour que le patient et le thérapeute travaillent ensemble sur les problèmes réels du patient.

Résumé : un résumé en début de séance concernant la session précédente. Un résumé en fin de séance permet de faire le point sur ce qui a été traité ; des résumés pour l'analyse fonctionnelle et la conceptualisation du problème. Le résumé peut permettre parfois pour faire un état des lieux de la thérapie. Le résumé est utile quand le thérapeute ne sait pas quoi dire ou ne sait pas comment continuer la séance.

Renforcer : le renforcement est une des méthodes les plus employées en thérapie comportementale et cognitive. Il se définit par rapport à ce qu'il est souhaitable de développer: arroser ce que nous souhaitons voir pousser . Un renforcement augmente la probabilité d'occurrence d'un comportement. Deux types de renforcements : sur les faits ; ceux portant sur la personne elle même, ses qualités propres. Dans le cadre d'un rapport collaboratif l'utilisation systématique des renforçateurs positifs est la plus bénéfique.

Les pièges relationnels dans la thérapie :

Les pièges relationnels consistent à : convaincre, débattre, effectuer un questionnement administratif, faire dire au patient ce que le thérapeute attend qu'il dise, minimiser un problème réaliste, travailler à la place du patient, aller trop vite, aller trop lentement.

Pour développer la motivation dans les problèmes d'addictions 4 méthodes sont utiles (2)

Technique avantages/inconvénients court terme/long terme

La méthode consiste à évaluer les avantages et les inconvénients de continuer l'addiction, puis les avantages et inconvénients d'arrêter et enfin les avantages à court terme comparés aux inconvénients à long terme. Initialement les avantages pour continuer à fumer sont plus importants que les inconvénients. En analysant les avantages à arrêter, on change de perspectives et la motivation augmente. Bien percevoir que les avantages de fumer sont à court terme et que tous les inconvénients sont à long terme augmente l'ambivalence et la possibilité d'arrêter de fumer devient plus " consistante ".

La “ mise en évidence des cercles vicieux et la mise en place d’un cercle constructif ”

Dans les problèmes d’addiction, notamment de tabagisme, l’avenir est sombre et les problèmes nombreux. La personne dépendante n’y pense pas. La mise en évidence du cercle vicieux, conduisant le plus souvent insidieusement vers la catastrophe, permet de se retrouver devant la réalité des choses. La mise en place d’un cercle constructif avec les conséquences bénéfiques qu’elle peut avoir, aura un effet important sur la motivation

L’histoire du problème et l’évaluation court terme/long terme

Cette technique permet d’augmenter la motivation. Il s’agit d’une échelle qui va de “ tout sacrifier à l’avenir ” à “ tout sacrifier au plaisir immédiat. Le fait de se sentir bien dépend d’un équilibre entre ce dont on profite tout de suite, c’est-à-dire les plaisirs quotidiens et ce que l’on fait pour l’avenir..Il y a donc un équilibre à trouver entre les efforts à fournir et le plaisir de vivre. On demande au patient de mettre une croix entre ses deux items. Faire l’histoire de sa vie tabagique permet de ne plus négliger les conséquences à long terme. Si on continue à être dépendant, cela doit être en connaissance de cause, et si l’on décide d’arrêter les informations recueillies vont être très utiles afin de repérer les points de vulnérabilité et déjouer les pièges dans lesquels les bénéfices à court terme peuvent nous faire tomber.

Désamorcer les "je dois", les "il faut que" et la précipitation de l'urgence

Quand on se dit “je ne dois pas fumer”, on est déjà en train de penser à fumer, en train de se forcer à ne pas prendre une cigarette et cela augmente probablement l’envie de fumer, en augmentant l’irritabilité, l’anxiété et le découragement qui entraîne une augmentation de la consommation pour se calmer. Ce travail permet de diminuer le sentiment d’urgence et d’améliorer sa motivation.

Un exemple d’alliance thérapeutique dans le cadre d’une première séance de TCC

Thérapeute : bonjour, qu’est ce qui vous amène à la consultation ? (**question ouverte**)

Patient : j’ai commencé à fumer à l’âge de 17 ans mais jusqu’à 30 ans, je fumais 3 à 4 cigarettes par mois uniquement pour le plaisir. Depuis l’âge de 30 ans, je suis avec un ami qui fume et j’ai augmenté ma consommation, c’est un engrenage. Ça m’angoisse, ça me coûte cher, mon visage s’abîme, j’ai une toux grasse, ça siffle, j’ai peur pour ma santé, plus je fume, plus je m’angoisse.

Thérapeute : il y a donc eu deux périodes, une période jusqu’à 30 ans où il y avait quelques cigarettes plaisirs et une période où il y a eu un engrenage avec de multiples inconvénients à fumer (**résumer**)

Patient : oui, c’est tout à fait ça, j’en ai marre que mes fringues puent la clope, quand je suis à la natation, je manque de souffle, ça m’énerve de devoir aller au tabac et d’être accroc comme ça, cependant, de temps en temps, j’en grille une par plaisir.

Thérapeute : au fond, il y a un peu de désir et beaucoup d’inconvénients au niveau du

souffle, des odeurs, de la dépendance (**reformulation**). Ca fait combien de temps que vous avez une réflexion par rapport au tabac (**question ouverte**).

Patiente : ça fait cinq ans que cela me trotte dans la tête, arrêter de fumer, c'est nécessaire, c'est pas bon de fumer, je me trouve toujours une bonne raison, le soir je me dis, demain j'arrête, dès que j'ai un coup de fil ou que je suis énervée, je refume. En fait, je crois que je trouve toujours une bonne raison pour être contrariée. Il y a deux personnes en moi, le diable qui me dit : pour une qu'est ce que tu risques, et l'ange qui me dit : arrêter de fumer, tu n'es pas bon, tu es une " C ".

Thérapeute : au fond, le tabac a les deux visages de Janus (**reformulation**)

Patiente : oui, c'est ça, il y a l'aspect diable et ange.

Thérapeute : quel est votre souhait par rapport à ce problème de tabagisme, quelle est votre optique ? (**question ouverte**)

Patiente : j'aimerais arrêter, revenir comme avant avec quelques cigarettes de temps en temps et je voudrais que la cigarette ne m'obsède plus.

Thérapeute : l'idéal serait de revenir comme avant 30 ans, vous aviez quelques cigarettes plaisir, une de temps en temps (**reformulation**).

Patiente : oui, c'est tout à fait ça, avec des amis, c'est sympa, c'est convivial, finalement, ce n'est pas un plaisir si important. Je voudrais garder le plaisir sans être esclave, est-ce que l'on peut ? J'ai lu la méthode Allen carr. J'ai arrêté une semaine.

Thérapeute : c'est déjà très bien d'avoir fait cette démarche et d'avoir arrêté une semaine c'est également bien puisqu'il est difficile de s'arrêter de fumer (**renforcer**).

Patiente : oui, mais c'était dur, j'étais en manque, je sentais un vide.

Thérapeute : sans la cigarette, il manque quelque chose (**reformulation**).

Patiente : c'est ma copine, je la fais suivre partout comme le téléphone portable.

Thérapeute : ça fait partie de votre vie (**reformulation**).

Patiente : oui, c'est tout à fait ça, le téléphone c'est mon copain et la clope c'est ma copine.

Thérapeute : il y a un attachement important à cette copine (**reformulation**).

Patiente : oui, mais cette copine m'énerve parce que je suis hypochondriaque, j'ai peur d'avoir un cancer à cause de la clope. Vous savez, c'est comme des amis que l'on a tous les jours mais au bout d'un moment, on sature.

Thérapeute : c'est une copine dont vous en avez parfois marre (**reformulation**).

Patiente : je suis content de l'avoir mais elle me saoule, j'ai la bouche pâteuse, je tousse comme une vieille. L'été moins mais l'hiver, le tabac ça pue.

Thérapeute : un des inconvénients principaux est l'odeur qui vous gêne. Si vous êtes d'accord, on va réaliser le dosage du monoxyde de carbone dans l'air expiré qui est un marqueur du tabagisme (le thérapeute donne une information didactique sur le CO). Le CO est à 17 ppm, qu'en pensez-vous ? (**question ouverte**)

Patiente : je suis vraiment débile de mettre mis à fumer, c'est énorme, je m'inquiète pour ma santé.

Thérapeute : quelle pensée ou quelle image vous vient à ce moment là ?

Patiente : j'ai les boules, je suis jalouse des non-fumeurs, je les envie, j'envie les non-fumeurs de ne pas penser à la clope.

Thérapeute : mais les non-fumeurs n'ont pas de copine ? (**question ouverte et avocat du diable**).

Patiente : ils ont d'autres copines et c'est mieux. Qu'est ce que vous pensez de ma situation docteur ?

Thérapeute : Nous avons vu ensemble qu'il y a le diable et l'ange, on peut appeler ça l'ambivalence ce qui est un phénomène tout à fait normal (**donner de l'information**). Vous êtes au stade de la contemplation, si vous êtes d'accord, on pourrait travailler avec des techniques que l'on utilise à ce stade notamment de la technique de la balance que nous allons faire ensemble.

Patiente : tout à fait d'accord pour travailler avec vous. Je suis inquiète parce que je vis avec un fumeur, chaque fois que l'on a fait des tentatives d'arrêt, c'est moi qui l'ai poussé à arrêter mais c'est moi qui l'ai poussé à reprendre. Finalement, c'est moi qui suis nulle.

Thérapeute : vous êtes critique par rapport à votre comportement (**reformulation**).

Patiente

Tout à fait le soir avec mon mari, si on se dispute quand les enfants sont couchés, on se met au salon et on fume tous les deux, c'est nul

Thérapeute

Dans une situation particulière qui correspond à un contexte avec la fin de la journée, avec une émotion négative comme la colère et dans un contexte de lieu (le salon) et d'interaction avec une personne (votre mari) vous éprouvez le besoin de fumer bien que vous soyez critique par rapport à ce geste (**recontextualisation**)

Patiente

C'est tout à fait ça

Thérapeute

On va réaliser ensemble votre balance en regardant de plus près les avantages à continuer et arrêter à court terme puis en regardant les avantages à continuer à court terme versus les inconvénients à continuer long terme (2)

(Tableau I,II,III)

Thérapeute : on voit que les avantages à continuer sont qu'en même très importants mais un peu inférieurs aux inconvénients.

Patiente : oui, il faut que j'y arrive. En effet, il y a beaucoup d'inconvénients.

Thérapeute : (après la technique avantages à arrêter, inconvénients à arrêter) on voit quand on se projette sur l'arrêt qu'il y a beaucoup plus d'avantages à arrêter que d'inconvénients pour lesquels on a des moyens de faire face (**résumé**)

Patiente : oui, ça paraît très clair, vous pourrez me donner des informations sur ces moyens.

Thérapeute : bien sûr. On donne une information précise sur les outils tabacologiques avec la substitution nicotinique, la discussion des inhibiteurs de la recapture de la serotonine, la possibilité de suivi, etc. (**donner de l'information**)

Patiente : ça me donne de l'espoir.

Thérapeute : on va voir ensemble maintenant les avantages à court terme versus inconvénients à long terme. En effet, vous avez noté de très nombreux inconvénients à long terme que l'on peut coter à 760 ce qui est bien supérieur aux avantages à continuer à court terme et ce qui apparaît le plus nettement, c'est la peur pour la santé et l'esclavage (**résumé**).

Patiente : oui, je voudrais vraiment me débarrasser de cette copine.

Thérapeute : très bien, je vous propose de travailler ensemble, de se revoir la semaine prochaine. Je vais faire un résumé de la séance. Pouvez vous me dire ce qui vous a

déplu et plu (**feedback.**)

Patiante : ce qui m'a déplu : rien, ce qui m'a plu : c'est que cette consultation me donner de l'espoir, que vous posez beaucoup de questions ouvertes, c'est bien, on ne se sent pas agressé et vous avez beaucoup d'empathie pour les patients. On voit que vous aimez votre travail.

Thérapeute : je vous remercie. Un résumé de la séance est réalisé par le thérapeute
(Résumé de la séance)

Tâches pour la prochaine séance établies avec le patient :

Première tâche : remplir la ligne de base sur 15 jours sur différents items (envie de fumer/10, envie de ne pas fumer/10, motivation à l'arrêt/10, Nombre de cigarettes par jour)

Deuxième tâche : vous pouvez prendre des substituts nicotiques en continuant à fumer, on appelle ça la réduction de la consommation ce qui permettra de faire baisser votre CO,

Troisième tâche : technique de l'agenda

Discussion

Des progrès ont été réalisés ces dernières années dans la prise en charge de l'arrêt du tabagisme grâce à une approche plus globale des patients, à une optimisation de la substitution nicotinique en commençant par la réduction du risque, à l'introduction du bupropion, au traitement optimisé des troubles anxiodépressifs associés, aux thérapies comportementales et cognitives, à l'aide motivationnelle et à la diététique. Actuellement la varénicline permet d'élargir les possibilités (6). Chaque patient doit bénéficier d'une stratégie thérapeutique adaptée à ses besoins. Toutes les études confirment qu'un suivi prolongé permet à lui seul d'augmenter le taux d'abstinence à long terme. On illustre dans cette observation l'importance de la première consultation avec création d'une alliance thérapeutique de qualité. Cette alliance thérapeutique permet de proposer au patient qui le souhaite la réalisation des thérapies comportementales et cognitives qui sont une technique validée dans le sevrage tabagique, ce d'autant que les consultants des centres de tabacologie présentent le plus souvent une comorbidité anxiodépressive (7).

Conclusion

Etablir une alliance thérapeutique de qualité permet de se centrer sur la réalité du patient et de créer les conditions d'un travail collaboratif sur la durée, car comme le dit G Lagrue " le sevrage tabagique n'est pas un sprint mais une course de fond " (5) Selon J Perriot, une " alchimie " de facteurs conditionne l'arrêt, permettant un maintien durable de l'abstinence réalisant " l'extinction définitive du tabagisme " (8). La prise en charge de plus en plus complexe des consultants des centres de tabacologie doit inciter les tabacologues à collaborer plus étroitement avec les thérapeutes cognitivocomportementalistes .

Références

- 1- Cungi C. L'alliance thérapeutique. Ed Retz 2006 ; pp 286.
- 2- Cungi C. Faire face aux dépendances. Ed Retz 2005; pp 248.
- 3- Perriot J. Prise en charge du sevrage tabagique. *Rev Mal Resp* 2006 ; 23 : 3S 85 – 3S 105.
- 4- Guichenez P, Perriot J, Dupont P, Reny JL, Clauzel I, Cungi C, Clauzel AM. La conduite du sevrage tabagique. *Sang thrombose vaisseaux* 2006; 18(3): 136-148
- 5- Lagrue G. Arrêter de fumer ? Ed O Jacob 2006 ; pp 325
- 6- Jorenby DE *et al.* Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296(1):56-63.
- 7- Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique. *Rev Mal Respir* 2007 ; 24 : 171-182
- 8- Perriot J, Schmitt A, Llorca PM. Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique. *Alcoologie et addictologie* 2005 ;27(3) :201-209.