

Caroline Chiron • Estelle Guilbaud • Emeline Chauchard  
Mélanie Gaillard • Claire Naudin

# Addictions : Prévenir la rechute

Programme en 10 séances

Préface de **Lucia Romo**



+ EN LIGNE



Des fiches de travail destinées  
aux professionnels et aux patients,  
des exercices audio



# **Addictions : prévenir la rechute**

## **Carrefour des psychothérapies**

Collection dirigée par Édith Goldbeter-Merinfeld

*Carrefour des psychothérapies* a pour objectif de proposer à un large public de psychothérapeutes (psychologues, psychanalystes, psychiatres, etc.) des ouvrages écrits par des professionnels portant sur les différentes approches

psychothérapeutiques.

La collection accueillera également des ouvrages de réflexion sur la psychothérapie, ainsi que des auteurs qui apportent un éclairage original sur la pratique du thérapeute.

Résolument pluridisciplinaire, la collection est avant tout dédiée à la rencontre des pratiques et de théories d'orientation très diversifiées.

# Addictions : prévenir la rechute

Programme en 10 séances

Caroline Chiron, Estelle Guilbaud,  
Emeline Chauchard, Mélanie Gaillard,  
Claire Naudin

Téléchargez les compléments numériques à l'adresse <https://www.deboecksuperieur.com/site/336445>

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : [www.deboecksuperieur.com](http://www.deboecksuperieur.com)

© De Boeck Supérieur s.a., 2022  
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

1<sup>re</sup> édition

Dépôt légal :  
Bibliothèque nationale, Paris : Avril  
Bibliothèque Royale de Belgique, Bruxelles : 2022/13647/054

ISSN : 1780-9517  
ISBN : 978-2-8073-3644-5

# Sommaire

|   |    |
|---|----|
| Liste des acronymes et des pictogrammes | 11 |
| Préface                                 | 13 |
| Introduction                            | 15 |
| Comment utiliser ce guide ?             | 17 |

## PARTIE 1

### La Prévention de la Rechute : apports théoriques et contexte

|            |   |    |
|------------|---|----|
| CHAPITRE 1 | La Prévention de la Rechute en théorie          | 21 |
|            | 1. La rechute dans les addictions               | 21 |
|            | 2. Les déterminants de l'écart et de la rechute | 22 |
|            | 3. Les modèles théoriques                       | 26 |
|            | 4. Les stratégies thérapeutiques de la PR       | 32 |
|            | 5. Efficacité de la PR                          | 34 |
| CHAPITRE 2 | Contexte de la PR                               | 37 |
|            | 1. Quand et pour qui ?                          | 37 |
|            | 2. Comment ?                                    | 40 |
|            | 3. Où ?   | 40 |
|            | 4. Par qui ?                                    | 42 |
|            | 5. Contre-indications                           | 43 |

## PARTIE 2

### Les spécificités de la PR

|            |   |    |
|------------|---|----|
| CHAPITRE 1 | La prévention de la rechute en groupe     | 47 |
|            | 1. Avantages et limites                   | 47 |
|            | 2. Rôle et caractéristique de l'animateur | 49 |

|  |    |
|--|----|
| 3. Préalables au groupe  | 50 |
| ↳ « Débuter un groupe »  | 54 |
| 4. L'animation de groupe   | 54 |
| ↳ « La météo de l'humeur »   | 54 |
| ↳ « Fin de séance »  | 60 |
| ▶ Le lieu sûr  | 60 |
| ▶ La respiration carrée  | 60 |
| ▶ 54321  | 61 |
| ▶ La poupée de chiffon   | 61 |
| ↳ « Débriefing de fin de séance<br>entre animateurs »  | 61 |
| 5. Des exemples de contenu de groupe   | 61 |
| 6. Les difficultés que l'on peut rencontrer  | 64 |
| <br>   |    |
| CHAPITRE 2 Prévention de la rechute et comorbidités<br>en santé mentale                          | 69 |
| 1. Quels facteurs de risque communs<br>entre les troubles mentaux et les troubles<br>addictifs ? | 70 |
| 2. Prévention de la rechute, dépression et troubles<br>anxieux                                   | 71 |
| 3. Prévention de la rechute et bipolarité  | 72 |
| ↳ « Tableau de repérage et calendrier »  | 74 |
| 4. Prévention de la rechute et schizophrénie   | 75 |
| 5. Prévention de la rechute et trouble<br>de la personnalité borderline                          | 77 |
| 6. Prévention de la rechute et vécu traumatique  | 78 |
| ↳ « Registre des <i>craving</i> »  | 80 |
| 7. Prévention de la rechute et TDAH  | 81 |
| 8. Troubles cognitifs et PR  | 82 |
| <br>   |    |
| CHAPITRE 3 L'accompagnement de l'entourage dans la PR  | 85 |
| 1. L'entourage de la personne avec conduites<br>addictives                                       | 85 |
| 2. Les différentes possibilités  | 87 |
| ↳ « Suggestions d'activités à faire en couple »  | 93 |



|   |    |
|---|----|
| 3. Trousse à outils                     | 96 |
| ☐ « Lettre à la famille du Dr Fouquet » | 96 |
| ☐ « Aide et co-dépendance »             | 96 |
| 4. Difficultés rencontrées              | 97 |

### PARTIE 3

#### La Prévention de la Rechute en pratique

|            |   |     |
|------------|---|-----|
| CHAPITRE 1 | Entretenir et maintenir la motivation                                   | 101 |
|            | 1. La motivation  | 101 |
|            | ☐ « Les stades de la motivation »                                       | 102 |
|            | 2. L'entretien motivationnel  | 102 |
|            | 3. Écueils à éviter pour le thérapeute                                  | 109 |
|            | 4. Trousse à outils   | 110 |
|            | ☐ « Balance décisionnelle »   | 111 |
| CHAPITRE 2 | Analyse fonctionnelle et évaluation                                     | 113 |
|            | 1. L'analyse fonctionnelle  | 113 |
|            | 2. Évaluation   | 117 |
|            | ☐ « Situations à haut risque de rechute »                               | 118 |
|            | 3. Repérage des troubles cognitifs liés<br>aux consommations addictives | 122 |
|            | 4. Difficultés rencontrées  | 123 |
| CHAPITRE 3 | La psychoéducation  | 125 |
|            | 1. Définition de la psychoéducation                                     | 125 |
|            | 2. Les objectifs  | 126 |
|            | 3. Le rétablissement dans les addictions                                | 127 |
|            | 4. <i>Empowerment</i> et addictions                                     | 128 |
|            | 5. Psychoéducation et prévention de la rechute                          | 129 |
|            | 6. Documents pour la psychoéducation                                    | 129 |
|            | 7. Trousse à outils   | 132 |
| CHAPITRE 4 | Les Séances   | 139 |
|            | SÉANCE 1 Gestion du <i>craving</i>                                      | 141 |
|            | 1. Définition du <i>craving</i>   | 142 |
|            | 2. Quels sont les déclencheurs d'un <i>craving</i> ?                    | 142 |



|  |     |
|--|-----|
| 📄 « Carte des personnes ressources »   | 188 |
| 📄 « Annuaire des personnes ressources »  | 189 |
| 📄 « Conseils à l'entourage »   | 190 |
| 4. Difficultés rencontrées   | 190 |
| <br>   |     |
| SÉANCE 5 S'affirmer  | 193 |
| 1. L'affirmation de soi  | 193 |
| 2. Psychoéducation   | 194 |
| 📄 « Le comportement assertif et les autres »   | 196 |
| 📄 « Des conseils pour être plus affirmé<br>dans sa communication verbale<br>et non verbale » | 197 |
| 3. Trousse à outils  | 198 |
| 📄 « Quelques techniques pour vous aider<br>à développer votre affirmation de soi »           | 199 |
| 📄 « Recevoir une critique ou accepter<br>une demande de changement<br>de comportement »      | 201 |
| 📄 « Formuler un refus »  | 202 |
| 4. Difficultés rencontrées   | 204 |
| <br>   |     |
| SÉANCE 6 Les pensées dangereuses   | 205 |
| 1. Le travail autour des pensées dangereuses   | 206 |
| 2. Psychoéducation   | 210 |
| 📄 « Les distorsions cognitives »   | 212 |
| 📄 « Tableau d'enregistrement<br>des pensées négatives »                                      | 213 |
| 3. Trousse à outils  | 214 |
| 📄 « Quelques conseils pour gérer<br>les pensées dangereuses »                                | 215 |
| 📄 « Questions aidantes pour les pensées<br>dangereuses »                                     | 216 |
| 4. Difficultés rencontrées   | 218 |
| <br>   |     |
| SÉANCE 7 Gestion du stress   | 221 |
| 1. Stress et addictions  | 222 |
| 2. Psychoéducation   | 222 |
| 📄 « Mes signes de stress »   | 223 |
| 📄 « Journal du stress » et « Votre Journal<br>du Stress »                                    | 225 |

|   |     |
|---|-----|
| 3. Trousse à outils   | 225 |
| ▶ La relaxation progressive de Jacobson   | 226 |
| ▶ Le training autogène de Schultz   | 226 |
| 📄 « Stratégies de gestion des émotions »  | 229 |
| 📄 « La méthode des 4 A »  | 230 |
| 4. Difficultés rencontrées  | 231 |
| <br>  |     |
| SÉANCE 8 Gestion de la colère   | 233 |
| 1. C'est quoi la colère ?   | 234 |
| 2. Modèle cognitivo-comportemental de la colère                                       | 234 |
| 3. Psychoéducation  | 235 |
| 📄 « Les signes de la colère »   | 236 |
| 📄 « Comment la colère affecte<br>votre corps ? »                                      | 237 |
| 4. Trousse à outils   | 238 |
| 📄 « L'iceberg de la colère »  | 240 |
| 📄 « Techniques pour mieux gérer<br>sa colère » et « Mes solutions<br>dans la colère » | 246 |
| 5. Difficultés rencontrées  | 246 |
| <br>  |     |
| SÉANCE 9 Résolution de problème   | 247 |
| 1. Pourquoi cette séance ?  | 247 |
| 2. Psychoéducation  | 248 |
| 3. Trousse à outils   | 250 |
| 📄 « Résolution de problème »  | 252 |
| 4. Difficultés rencontrées  | 258 |
| <br>  |     |
| SÉANCE 10 Le plan d'urgence   | 259 |
| 1. La construction du plan d'urgence  | 259 |
| 2. Psychoéducation  | 261 |
| 3. Trousses à outils  | 263 |
| 📄 « Plan d'urgence »  | 268 |
| 4. Difficultés rencontrées  | 269 |
| <br>  |     |
| <b>Conclusion</b>   | 271 |
| <b>Bibliographie</b>  | 273 |
| <b>Table des matières</b>   | 291 |

# Liste des acronymes et des pictogrammes

|        |   |
|--------|---|
| AA     | Alcooliques Anonymes  |
| ABCT   | Alcohol Behavioral Couple Therapy (Programme de soin)                                     |
| ACT    | Acceptation and Commitment Therapy (Thérapie d'Acceptation et d'Engagement)               |
| AF     | Analyse Fonctionnelle   |
| AFDEM  | Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel                         |
| ATRIUM | Addiction and Recovery Treatment Integration Model  |
| ARS    | Agence Régionale de Santé   |
| BEARNI | Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment                         |
| CSAPA  | Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie                         |
| CT     | Communauté Thérapeutique  |
| CTR    | Centre Thérapeutique Résidentiel  |
| DASC   | Décision Apparement Sans Conséquence  |
| DFST   | Dual Focus Schema Therapy   |
| DSM    | Diagnostic and Stastical Manual (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) |
| EM     | Entretien Motivationnel   |
| EMDR   | Eye Movement Desensibilization and Reprocessing   |
| ETP    | Éducation Thérapeutique du Patient  |
| EVA    | Effet de Violation de l'Abstinence  |
| HDJ    | Hôpital de Jour   |
| IDE    | Infirmier Diplômé d'État  |
| IDS    | Inventory of Drinking Situations  |

|                |   |
|----------------|---|
| IDTS           | Inventory of Drugs Taking Situations  |
| IGT            | Thérapie de groupe intégrée   |
| ITEM           | Identification des Techniques d'Entrevue Motivationnelle                                      |
| LOJ            | Liste des occasions de jouer  |
| MBCT           | Mindfulness-Based Cognitive Therapy   |
| MBSR           | Mindfulness- Based Stress Reduction   |
| MDMA           | Méthylènedioxyamphétamine (ou ecstasy)  |
| MoCA           | Montréal Cognitive Assessment   |
| Ouver+DFD      | Ouvertes (questions), Valorisation, Écoute réflexive, Résumé, Demander, Fournir, Demander     |
| PCC            | Plan de Crise Conjoint  |
| PETAD          | Personality-guided Treatment for Alcohol Dependence   |
| PR             | Prévention de la Rechute  |
| PTSD (ou TPST) | Trouble de Stress Post Traumatique  |
| RDR            | Réduction des Risques   |
| SECCA          | grille d'analyse fonctionnelle : Situation, Émotions, Cognitions, Comportements, Anticipation |
| SFA            | Société Française d'Addictologie  |
| SPA            | Substances Psycho-Actives   |
| SSRA           | Soins de Suites et de Réadaptation en Addictologie  |
| SUD            | Substance Use Disorder  |
| TCC            | Thérapies Cognitives et Comportementales  |
| TCD            | Thérapie Comportementale Dialectique  |
| TDAH           | Trouble du Déficit de l'Attention avec/sans Hyperactivité                                     |
| TREM           | Trauma Recovery and Empowerment Model   |
| TUS            | Troubles liés à l'Usage de Substances psychoactives   |
| UNAFAM         | Union Nationale de Famille et Amis de personnes Malades                                       |

## Table des pictos



fiche disponible en téléchargement



vidéo disponible en téléchargement



fiche destinée au professionnel



fiche à remettre au patient



fiche à remettre à la famille

# Préface

L'ouvrage *Addictions : prévenir la rechute* représente un apport très intéressant pour les cliniciens dans le domaine des addictions. Ce livre compile une large expérience des thérapeutes cognitivo-comportementalistes Caroline Chiron, Estelle Guilbaud, Emeline Chauchard, Mélanie Gaillard et Claire Naudin, qui nous partagent leurs pratiques auprès de patients suivis pour des problèmes de dépendances. Les informations, les programmes, les conseils, les techniques sont expliqués d'une façon très pédagogique et clinique.

Ce livre s'adresse à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de ces patients : médecins, psychiatres, addictologues, psychologues, psychothérapeutes, éducateurs, infirmiers, psychomotriciens, etc., travaillant tant en institution qu'en libéral. Il comporte une compilation exhaustive d'un thème central en TCC : la prévention de la rechute dans les cas de problématiques addictives. Il aborde la motivation au changement, indispensable dans le travail auprès des personnes avec des addictions, et pour lesquelles l'ambivalence est un point crucial. Concernant la prise en charge spécifique en TCC, il apporte un savoir-faire pour aider tant les personnes présentant des problèmes d'addiction que les proches, sachant que les pathologies addictives isolent ceux qui en souffrent tout comme l'entourage qui souvent ne sait pas comment réagir pour aider le proche atteint.

Cet ouvrage aidera les jeunes professionnels qui démarrent un travail avec des patients souffrant d'addictions, et leur fera découvrir des données des recherches récentes en TCC. Dans ce sens, le livre aborde les différents modèles de prévention de la rechute, jusqu'aux modèles les plus récents de thérapies comportementales et cognitives et les approches processuelles.

L'intervention motivationnelle est détaillée, avec des exemples précis sur ce type d'accompagnement thérapeutique. La psychoéducation est également développée, ce qui correspond souvent à un premier pas primordial dans la prise en charge de ces patients, tant adolescents qu'adultes. On trouve également une partie très intéressante sur les instruments d'évaluation des comportements addictifs, des fonctions cognitives chez ces patients.

Les détails sur toutes les séances de psychothérapie permettent d'anticiper les problématiques des patients durant tout le suivi, parmi ceux-ci la gestion

du *craving*, le soutien social, l'affirmation de soi, la gestion du stress, la gestion des émotions négatives, notamment la colère ; et sur le plan cognitif, une partie détaille le travail thérapeutique possible par exemple sur les schémas et les croyances. Des aspects spécifiques comme la notion de double diagnostic, dans le cas d'addiction associée à un autre trouble mental, ou le travail dans le cas de personnes souffrant de trouble de la personnalité borderline sont également décrits.

*Addictions : prévenir la rechute* est un livre pratique qui facilitera la prise en charge des patients présentant un problème d'alcool à travers un parcours très instructif de séances qui pourra être adapté, en fonction des patients, à une prise en charge individuelle ou en groupe.

Merci à ces excellentes cliniciennes, thérapeutes en TCC pour cet ouvrage nécessaire et utile dans les problèmes d'addictions, qui sont fréquents et qui représentent un problème majeur de santé publique.

Lucia Romo

Thérapeute cognitivo-comportementaliste.

Professeur de Psychologie clinique, Université Paris Nanterre,

Psychologue à l'Hôpital universitaire Raymond Poincaré,

Garches (AP-HP)



# Introduction

Le rétablissement en addictologie n'est pas un long fleuve tranquille... Aussi, à la lueur de notre expérience de la Prévention de la Rechute (PR), nous avons eu envie d'écrire ce livre, avec nos regards croisés. Nous sommes, en effet, cinq psychologues toutes formées aux Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) avec, pour champ de travail, les addictions. Cette idée est née du manque d'ouvrages en français dans le domaine. Nous aurions aimé avoir accès à celui-ci à nos débuts et ainsi nous espérons qu'il vous aidera à travailler cette problématique avec vos patients.

Le constat clinique et les études sont sans appel ; les patients dépendants rechutent et ils en souffrent. Et c'est bien logique, et habituel. La rechute peut faire partie intégrante du processus de changement et il est parfois impossible de les prévenir toutes. Nous nous devons alors de les considérer comme des occasions d'apprentissage cruciales. Un grand nombre de personnes qui rechutent semblent avoir besoin d'un certain temps pour se regrouper et renouveler leur engagement avant de faire la prochaine tentative (DiClemente, 2018).

Travailler ces processus de rechute et de rétablissement s'impose donc, à nous, professionnels travaillant en addictologie. Dédramatiser cette étape de reprise du comportement addictif, sans minimiser l'importance de son impact pour le patient et son entourage, les soutenir dans la continuité du processus de rétablissement engagé, fait partie du challenge, partagé par tous, de soin.

Cet ouvrage rassemble les dernières avancées dans le domaine des addictions. Effectivement, il y a encore une cinquantaine d'années, le traitement de l'addiction se cantonnait à l'arrêt complet des consommations, prônant une abstinence définitive présentée comme la seule alternative possible à la maladie. Les prises en charge de cette pathologie ont beaucoup évolué depuis. Auparavant, l'accent sur le soin était tantôt mis sur les conséquences physiologiques, tantôt sur les aspects psychiques. La montée de la Réduction des Risques (RDR) avec les mouvements sidéens dans les années 1990 a également fait évoluer les mentalités grâce à leurs résultats significatifs en santé publique et malgré le maintien du comportement à risque (Morel *et al.*, 2012). Les addictions comportementales, quant à elles, prennent une place de plus en

plus importante, même s'il n'existe à ce jour aucun consensus pour établir une liste de ces addictions.

Nous proposons ici un état des connaissances actuelles ; les multiples dimensions que revêt l'addictologie feront probablement bouger notre pratique de la PR dans les années à venir.

Alors, nous avons souhaité regrouper les travaux de nos prédécesseurs, partager notre vécu lors des séances de travail pour vous proposer un livre pratique dont nous espérons qu'il vous servira dans votre travail de thérapeute auprès de personnes souffrant d'addictions. Ce manuel a été conçu pour aider les professionnels à mettre en place des séances en individuel et/ou en groupe de la PR avec une certaine souplesse et des propositions « exemples » afin que chacun puisse se reconnaître et l'adapter à son contexte de travail (social, médical, ambulatoire, résidentiel, etc.).

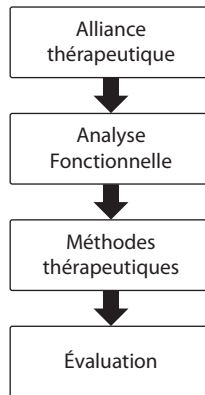
Bonne lecture inspirante et motivante !

# Comment utiliser ce guide ?

La partie 1 vous permettra de vous familiariser avec des apports théoriques concernant la prévention de la rechute et les stratégies thérapeutiques s’y référant. En effet, il nous est apparu nécessaire que le professionnel comprenne le modèle de la Prévention de la Rechute (PR) pour savoir s’en servir avec les patients. Vous constaterez qu’il est issu des Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) et il vous éclairera sur l’organisation des séances thématiques présentées dans la partie 3.

La partie 2, quant à elle, regroupe les éléments spécifiques de la PR. Elle se pratique en individuel mais aussi en groupe, ainsi le chapitre sur la pratique groupale vous donnera des clés, astuces, techniques pour animer un groupe de PR. Le chapitre 2 (Partie 2) consacré aux comorbidités psychiatriques s’attache à exposer la manière dont la PR peut intégrer simultanément la prise en charge d’une comorbidité. Enfin, le chapitre 3 (Partie 2) sur l’entourage vous aidera à prendre en compte les proches des patients dans la PR, afin qu’ils soient un atout dans le parcours de soin du patient.

La partie 3 est celle qui regroupe les stratégies thérapeutiques, la partie « pratico-pratique ». Avant de débiter une thérapie en TCC, une Analyse Fonctionnelle (AF) doit être réalisée afin d’adapter au mieux les séances aux besoins et demandes du patient. Ainsi, en fonction de l’AF, vous déterminerez quelles séances seront à réaliser. L’ordre des séances n’est pas prédéfini : il est à choisir en fonction de l’AF et des priorités et besoins du patient. La PR n’est pas un programme clefs en main, répliquable à l’identique pour chaque patient. Son efficacité réside, en partie, dans l’art que vous aurez de déterminer la problématique et les besoins du patient afin de l’engager dans un changement durable et pérenne.



**Figure 1. Déroulement de la thérapie (TCC) (Cungi, 2016)**

Pour chaque séance vous trouverez un apport théorique, suivi de supports pour la psychoéducation, puis d'une trousse à outils. Pour faciliter leur utilisation, vous trouverez des fiches téléchargeables : certaines pour vous guider, d'autres à remettre aux patients. Les pictogrammes vous l'indiqueront. Quelques fichiers audio sont également mis à disposition en ligne. Pour accéder à ces supports, rendez-vous à l'adresse suivante : <https://www.deboecksuperieur.com/site/336445>. Les indications I/G vous indiquent, pour chaque séance, si elle peut se pratiquer en individuel (I) et/ou en groupe (G).

Voici quelques propositions pour expliquer la façon dont vous pourrez choisir d'utiliser les séances. Par exemple, un patient pourra bénéficier de la séance sur la « gestion de la colère » si, dans l'AF, il a identifié avec le thérapeute la colère comme problématique et comme situation à risque. *A contrario*, un patient pour qui la colère n'est pas une difficulté ne se verra pas proposer cette séance.

Certains patients peuvent avoir des déficits d'affirmation de soi. Pour certains, cela va être le cœur de la problématique addictive, donc nécessaire à travailler en premier lieu. Pour d'autres, on utilisera cette séance pour consolider l'assertivité en fin de thérapie. Dans le cas où un patient a un faible sentiment d'auto-efficacité, il est intéressant de commencer par des séances plus faciles pour lui, qui permettront d'augmenter sa confiance, indispensable à la mise en place des efforts nécessaires dans la suite de la thérapie.

Pour chaque séance, nous avons suggéré différents outils, techniques ou fiches. Ils ne sont pas tous à utiliser forcément avec le patient. En effet, parfois un seul exercice suffira, parfois il faudra tous les utiliser...

Mais alors, en groupe, comment choisit-on les thèmes ? L'AF individuelle reste tout aussi primordiale même si les thèmes des séances sont organisés à l'avance. Vous pourrez avoir un aperçu dans le chapitre 2 (Partie 3) qui y est consacré. L'AF permettra de personnaliser au mieux les séances de groupe.

**PARTIE 1**

**La Prévention  
de la Rechute : apports  
théoriques et contexte**



# CHAPITRE 1

## La Prévention de la Rechute en théorie

« Le désir de guérir est un mal incurable. »  
Jean-Bertrand Pontalis

Dans ce chapitre, nous nous attacherons à poser le cadre théorique de la prévention de la rechute tel qu'il a été élaboré par Marlatt et ses collaborateurs dans les années 2000. D'abord, les termes de rechute et d'écart seront définis et différenciés. Puis, nous présenterons les déterminants des écarts de consommation et de la rechute. L'étude de ces derniers est essentielle car ce sont les éléments sur lesquels va agir la Prévention de la Rechute (PR). Enfin, nous présenterons les modèles de la Prévention de la Rechute (PR) développés depuis les années 1990, pour nous intéresser plus particulièrement au modèle dynamique de la rechute développé par Witkiewitz et Marlatt (2004), et ferons un point sur les études ayant évalué l'efficacité de la PR.

### 1. La rechute dans les addictions

De nombreuses personnes qui parviendront à se rétablir d'une addiction rechuteront dans les premiers mois qui suivent l'arrêt ou la diminution du comportement addictif. La rechute est la norme (Marlatt *et al.*, 2008) et, dans ce contexte, les techniques de prévention de la rechute (PR) s'avèrent indispensables. Ce retour à un comportement addictif problématique peut impliquer des années de travail et de souffrance supplémentaires. En effet, la dépendance à un produit ou à un comportement reste un élément caractéristique de la personne même quand elle parvient à maîtriser ses comportements ou à les stopper.

**La rechute** est définie dans la littérature comme le retour à un trouble d'usage de substance (satisfaire un des critères au moins, mis à part celui du *craving*) ou addictif après une période d'arrêt ou de réduction de consommation de la substance ou de la mise en œuvre du comportement (Dawson *et al.*, 2007 ; Hasin *et al.*, 2013 ; Hendershot *et al.*, 2011a ; Witkiewitz & Marlatt, 2007b). La prévalence des rechutes après un traitement pour les drogues illicites et l'alcool concernerait entre 37 % et 70 % des patients en fonction des substances et des définitions de la rechute (Alterman *et al.*, 2000 ; Andersson *et al.*, 2019 ; Kadden *et al.*, 2007 ; Nguyen *et al.*, 2020 ; Pasareanu *et al.*, 2016).

La rechute est un processus fluctuant et ne peut être considérée comme un point final, ni comme une obligation dans le parcours de rétablissement. La rechute peut également être définie lorsque l'individu abandonne sa tentative de changement et cela peut se produire quel que soit l'objectif fixé (DiClemente, 2018). Nous en faisons tous et chacun l'expérience au cours de notre vie !

Dans la PR, la rechute est à distinguer de l'**écart**. Ce terme n'est pas le seul à être utilisé, plusieurs autres termes existent : « dérapage », « chute », « incident de parcours », « bug », « faux pas », « glissade », etc. Il s'agit d'un écart de comportement vis-à-vis d'un objectif que le patient s'est fixé (boire un verre ou boire pendant toute une soirée par exemple). Le comportement de consommation ou le comportement addictif n'est pas considéré à ce stade comme une rechute, mais il peut en être le point de départ. Il peut faire partie intégrante d'un parcours dans le cadre du rétablissement.

La rechute et l'écart font le plus souvent partie du rétablissement en addictologie et sont sources de richesse pour travailler la PR. Chaque écart et chaque rechute permettent, sans nul doute, l'acquisition de savoir et de savoir-être, un enseignement riche, tiré de l'expérience, qui augmente, de manière toujours plus précise et efficace, la PR.

## 2. Les déterminants de l'écart et de la rechute

La rechute est influencée par une variété de facteurs inter- ou intra-personnels liés aux comorbidités (Marlatt *et al.*, 2008), qui vont avoir un rôle dans la difficulté qu'auront les personnes à faire face aux situations à haut risque. Ces facteurs vont pouvoir être mobilisés et ciblés dans la PR, ils en sont les leviers thérapeutiques.



## 2.1. Les déterminants intra-personnels

### – Le sentiment d'efficacité personnelle

L'auto-efficacité est la capacité perçue à adopter un comportement donné dans un contexte spécifique (Bandura & Lecomte, 2019). C'est un déterminant important des comportements de santé. Une bonne gestion des situations à haut risque peut accroître le sentiment d'auto-efficacité personnelle et réduire la probabilité de rechute. À l'inverse, un retour au comportement problème peut saper ce sentiment et, de ce fait, augmenter le risque d'écart (Hendershot *et al.*, 2011). En outre, les attitudes ou les croyances concernant les causes et la signification d'un écart peuvent influencer la possibilité d'une rechute. Considérer un écart comme un échec personnel peut conduire à des sentiments de culpabilité et à l'abandon de l'objectif de changement de comportement. D'ailleurs, pendant des années, les personnes atteintes d'addiction n'avaient comme objectif que l'arrêt total et définitif de leur comportement problème, rendant la réussite plus ardue. Aujourd'hui, le choix est donné aux personnes souffrant d'addiction pour qu'elles s'engagent plus facilement dans une démarche de soin, avec un objectif atteignable dans leur situation et leur contexte, afin qu'elles osent se lancer dans ce travail difficile.

### – Les stratégies de *coping*

L'un des principaux facteurs impliqués dans les rechutes sont les stratégies de *coping* mobilisées par le sujet pour faire face aux situations à haut risque (Marlatt & Donovan, 2008). Les styles de *coping* sont impliqués comme facteur de protection ou de risque de la rechute (Moore *et al.*, 2014). Les stratégies de *coping* doivent être efficaces et adaptées à la situation à haut risque. Ainsi, elles seront particulièrement travaillées et développées au cas par cas pour chaque situation et chaque patient.

### – Les attentes de résultats positifs

Les attentes de résultats positifs figurent également en bonne place dans le modèle de la PR (Hendershot *et al.*, 2011a). Les autres mythes et les effets placebo perçus par le patient de son comportement problème jouent un rôle important dans les facteurs de maintien du comportement. Par exemple, même lorsque les attentes d'effets positifs de l'alcool sont basées sur les effets réels de celui-ci, souvent seuls les effets immédiats positifs (par exemple, l'euphorie) sont retenus, alors que les effets différés négatifs ne sont pas pris en compte (par exemple, la somnolence), en particulier en cas d'alcoolémie élevée. Ce sont des biais cognitifs à l'œuvre et maintenant bien documentés dans le champ des addictions (Copersino, 2017 ; Deleuze *et al.*, 2013 ; Field & Cox, 2008).

### – La motivation

La motivation est la probabilité qu'un individu fasse, maintienne et adhère à un changement spécifique (Miller & Rollnick, 2019). Il s'agit du « moteur » qui se met en marche. La motivation n'est pas un état inné, elle se forge, mûrit, se nourrit, se réévalue et quand la motivation est en berne, il est difficile de maintenir un changement de comportement.

### – Les états émotionnels négatifs

Les états émotionnels tels que la peur, l'anxiété, la dépression, la frustration et l'ennui seraient associés au *craving* et à un taux de rechute plus élevé (Marlatt & Donovan, 2008 ; Hendershot *et al.*, 2011b ; Khosravani *et al.*, 2017 ; Serre *et al.*, 2018). Ces états émotionnels peuvent être causés par des perceptions essentiellement intrapersonnelles de certaines situations (par exemple, après le travail, je suis seul et je me sens aussi seul lorsque je rentre dans un appartement vide) ou par des réactions à des événements environnementaux (par exemple, se sentir en colère à propos d'un licenciement imminent au travail). Le patient et le thérapeute vont également chercher à identifier les facteurs liés au mode de vie qui influent sur la probabilité de rencontrer ces déclencheurs (par exemple aller dans un bar).

### – Les états émotionnels positifs

Les états émotionnels positifs provoqués par exemple par des événements festifs tels qu'un mariage ou une sensation de bouffée de bonheur ont également été mis en avant comme facteur de rechute.

### – Le test d'autocontrôle

La consommation de substances pour « tester » sa capacité à s'engager dans une consommation contrôlée ou modérée ; pour « juste essayer une fois » pour voir ce qui se passe ; dans les cas où l'individu teste les effets liés à l'engagement dans l'abstinence ou la consommation contrôlée (y compris les tests de « volonté »).

### – Le *craving*

Le *craving* désigne une envie irrépressible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas (Auriacombe *et al.*, 2016). Son expression est variable en fonction des individus et corrélée à des caractéristiques individuelles et environnementales. Les études ont montré qu'il est impliqué dans le processus de rechute (Auriacombe *et al.*, 2016)

## 2.2. Les déterminants interpersonnels

### – La pression sociale

La pression sociale, par exemple être entouré de personnes qui consomment de l'alcool, a contribué à 20 % des épisodes de rechute (Marlatt, 1996). Cette pression peut être directe (« allez, bois un coup avec nous ») ou indirecte par l'observation d'autres personnes qui consomment.

### – Faire face à un conflit

Le fait de faire face à un conflit en lien avec des relations interpersonnelles comme la famille, les amis, les collègues, son supérieur hiérarchique, etc., implique de pouvoir faire face à la frustration et/ou la colère, compétences importantes dans des cas de désaccord, de conflits, etc. L'anxiété peut également être présente. Les états émotionnels négatifs liés à des situations intrapersonnelles et les situations de conflit ont été déclencheurs pour plus de la moitié des rechutes dans l'étude de Marlatt (1996).

### – L'amélioration des états émotionnels positifs

Il s'agit de l'utilisation d'une substance dans une situation essentiellement interpersonnelle pour augmenter le sentiment de plaisir, de fête, d'excitation sexuelle, de liberté, etc.

## 2.3. Les comorbidités psychiatriques

Pendant longtemps, le principe de comorbidité a été rejeté par les professionnels, les pathologies duelles étant considérées comme indépendantes et traitées dans des réseaux de soins différents, avec une appartenance à des disciplines différentes. Cela peut encore être le cas aujourd'hui. Plusieurs études récentes ont rapporté des taux de comorbidité élevés entre troubles psychiatriques et troubles addictifs (Castillo-Carniglia *et al.*, 2019 ; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015 ; Krawczyk *et al.*, 2017 ; Lai *et al.*, 2015 ; Langås *et al.*, 2011). Environ 50 % des personnes avec un trouble addictif présentent aussi une pathologie associée (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015), cette comorbidité varie en fonction des populations (cliniques, générale...). Elle est associée avec un risque plus important de rechute (Andersson *et al.*, 2019). Pour les personnes présentant une pathologie duelle, le facteur de rechute principal est la nature même du trouble mental grave (qui peut être fluctuante à long terme). En effet, ces personnes sont plus à risque de rechute dans leur addiction lorsque les symptômes de la maladie mentale émergent à nouveau, la consommation de substance pouvant être un moyen de faire face à leur symptomatologie psychiatrique ou au stress émotionnel qu'elle peut engendrer (Swendsen *et al.*, 2010)

|  |
|--|
| <p><b>États émotionnels</b><br/> Émotions positives (bonheur excessif)<br/> Émotions négatives (tristesse, frustration, colère)</p>  |
| <p><b>Comportement</b><br/> Impulsivité<br/> Faibles capacités d'adaptation</p>  |
| <p><b>Cognitive</b><br/> Surestimation de la confiance (perception de la capacité à faire face à des situations à haut risque)<br/> Biais cognitifs</p>  |
| <p><b>Environnemental</b><br/> Pression sociale<br/> Solitude / absence d'engagement<br/> Manque de soutien social / critique constante de la famille</p>  |
| <p><b>Physiologique</b><br/> <i>Craving</i> (aussi émotionnel, comportemental et cognitif)<br/> Symptômes de sevrage de longue durée (troubles du sommeil après l'arrêt de l'alcool, douleur après l'arrêt des opioïdes)<br/> Douleur physique chronique</p> |
| <p><b>Comorbidités psychiatriques</b><br/> Troubles anxieux<br/> Troubles de l'humeur<br/> Psychoses<br/> Dépression/anxiété non reconnue<br/> PTSD</p>  |

**Tableau 1. Les déterminants de l'écart et de la rechute**

Ces déterminants de la rechute vont être impliqués à divers degrés dans le modèle de la prévention de la rechute développé par Marlatt et ses collaborateurs (1985, 2004), et seront les cibles thérapeutiques de la prévention de la rechute.

### 3. Les modèles théoriques

Tous les traitements des troubles liés à l'utilisation de substances (SUD) visent, d'une certaine manière, à prévenir les rechutes. Cependant, le traitement appelé « Prévention de la Rechute » (PR) fait référence à une intervention spécifique, basée sur des modèles théoriques bien précis. Le modèle de la PR développé par Marlatt est basé sur les thérapies cognitives et comportementales, il propose à la fois un cadre conceptuel pour comprendre les rechutes, ainsi qu'un ensemble de stratégies thérapeutiques développées pour limiter les rechutes et leur sévérité (Hendershot *et al.*, 2011b). L'objectif des interventions thérapeutiques basées sur ce modèle est d'aider les personnes à

reconnaître les signes avant-coureurs d'une rechute et à développer des compétences d'adaptation pour prévenir la rechute à un stade précoce du processus, là où les chances de succès sont les plus grandes.

Avant de développer le modèle initial de la PR (Marlatt & Gordon, 1985) et son évolution dynamique (Witkiewitz & Marlatt, 2004), nous évoquerons le modèle de Gorski (1989).

### 3.1. Le modèle de Gorski

Le modèle de Gorski sur la prévention de la rechute est assez répandu en Amérique du Nord (Gorski, 1989). C'est une approche inspirée du modèle d'apprentissage développemental propre à l'auteur. Ce modèle est proche de la prévention de la rechute dans la mesure où il postule que la guérison est généralement ponctuée de « ratés ». Le modèle de Gorski décrit également des étapes du changement qui sont très différentes de celles proposées par Prochaska et DiClemente (1982) (voir chapitre sur le contexte de la PR) :

1. **Transition** : le patient reconnaît qu'il a un problème mais tente de le surmonter en limitant sa consommation.
2. **Stabilisation** : le patient décide de s'abstenir complètement de consommer et suit une période de récupération (6-18 mois).
3. **Étape initiale de la guérison** : le patient se sent bien dans son abstinence.
4. **Étape intermédiaire de la guérison** : le patient répare les dommages causés par ses addictions et adopte un mode de vie équilibré.
5. **Étape finale de la guérison** : le patient surmonte les obstacles à une vie saine qui découlent d'expériences qu'il a vécues pendant son enfance.
6. **Maintien** : le patient reconnaît qu'il doit continuer à se développer et mener une vie équilibrée.

Le modèle de Gorski s'inspire explicitement de la philosophie et des méthodes des Alcooliques Anonymes. Ainsi, diverses « tâches de guérison » sont recommandées, par exemple dresser la liste de toutes les personnes lésées par la toxicomanie et tâcher de réparer les torts dans chaque cas (il s'agit, essentiellement, de la quatrième étape des AA). Contrairement au modèle de Marlatt, ce modèle n'est pas basé sur des données issues de la recherche scientifique. En bref, Gorski a reformulé l'approche traditionnelle des 12 étapes (des Alcooliques Anonymes), à laquelle il a ajouté des exercices écrits structurés.

### 3.2. Le modèle cognitif et comportemental de la rechute de Marlatt et Gordon (1985)

Ce modèle basé sur les thérapies cognitives et comportementales est le **modèle initial** développé par Marlatt et Gordon dans les années 1980 (Marlatt & Gordon, 1985), le modèle sera modifié dans la décennie qui suivra et deviendra le modèle dynamique de Witkiewitz et Marlatt (2004).

Ce premier modèle est considéré comme la genèse de l'une des innovations cliniques les plus importantes dans le domaine du traitement et du rétablissement des troubles liés à la consommation de substances, et continue d'être une pratique thérapeutique largement utilisée. En France, la mise en place de cette thérapie a été beaucoup plus tardive que dans d'autres pays, en lien avec la pratique des TCC longue à se développer, que ce soit dans les milieux universitaires ou hospitaliers.

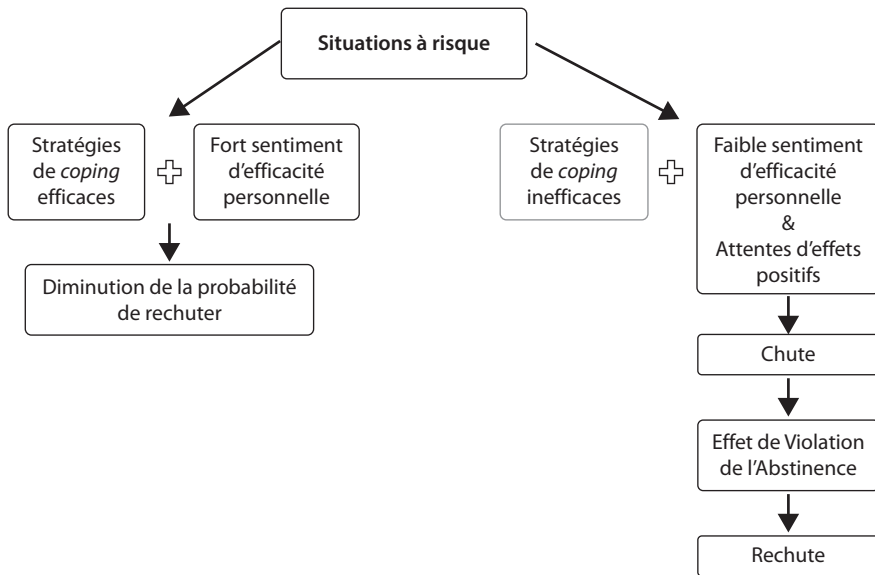


Figure 2. Modèle cognitivo-comportemental de Marlatt et Gordon (1985)

Le modèle original de la PR est représenté dans la figure 2. Ici la rechute est conceptualisée sous la forme d'un processus linéaire. La rechute résulterait de trois facteurs principaux : une situation à risque, la capacité de l'individu à y résister, et le sentiment d'auto-efficacité. Les situations à haut risque sont définies comme n'importe quel contexte source de vulnérabilité au comportement addictif (Hendershot *et al.*, 2011b). Le fait qu'une situation à haut risque aboutisse ou non à une rechute dépend en grande partie de la capacité de l'individu à mettre en œuvre une réponse efficace (stratégie de coping compensatoire cognitive ou comportementale) et au sentiment d'auto-efficacité qui en



# Les thérapies les plus efficaces en matière de prévention de la rechute rassemblées dans un programme

Les addictions touchent plusieurs centaines de millions de personnes en Europe et constituent donc un problème de santé majeur. S'il est particulièrement complexe d'amener les personnes qui souffrent d'addictions à se soigner, de nombreux enjeux attendent les professionnels qui les accompagnent avec l'objectif d'améliorer leur qualité de vie.

En s'appuyant sur les principes théoriques et contextuels de la prévention, ce livre propose aux professionnels des séances individuelles ou en groupe dans lesquelles on retrouve :

- une base de psychoéducation ;
- des techniques thérapeutiques ;
- des vignettes cliniques ;
- des conseils pour répondre aux difficultés rencontrées en cours de séance...

→ Le point sur les dernières avancées en matière d'addictologie

→ Un programme en 10 séances modulables et adaptables au patient

→ Des outils et des fiches de travail à destination des professionnels et des patients

DANS  
LA MÊME  
COLLECTION



**Caroline Chiron** est psychologue et psychothérapeute formée aux TCC. Elle travaille depuis 16 ans en addictologie (SSRA, CSAPA, CJC) près de Nantes. Elle travaille également en libéral et est formatrice et superviseuse TCC.

**Estelle Guilbaud** est psychologue et psychothérapeute, formée aux TCC. Elle travaille depuis 9 ans en addictologie en SSRA. Elle a également travaillé en service d'hospitalisation en addictologie.

**Emeline Chauchard** est maître de conférences en psychologie clinique à Université de Nantes et psychothérapeute en TCC. Elle s'intéresse aux processus en jeu dans l'initiation, la mise en place et le maintien des comportements addictifs.

**Mélanie Gaillard**, est psychologue formée aux TCC. Elle travaille en addictologie depuis 12 ans en milieu hospitalier et ambulatoire (ELSA, Unité d'addictologie, HTP, SSRA et CSAPA) où elle s'est formée en Neurosciences, ETP, MBRP. Elle est également formatrice.

**Claire Naudin** est psychologue et psychothérapeute formée aux TCC. Elle travaille en SSRA depuis 34 ans près de Nantes. Elle a également travaillé avec l'ANPAA en tant que formatrice.

ISSN : 1780-9517

ISBN : 978-2-8073-3644-5



9 782807 336445

deboeck  
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com