



Université Abderrahmane Mira- Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention d'un diplôme de Master en psychologie clinique

Thème :

Effet d'un support audiovisuel *Allen Carr* sur le comportement tabagique des étudiants en milieu universitaire

Cas des étudiant de l'université de Bejaia

Présenté par :

GOUGAM Neil

DJERMOUNE Mabrouk

Encadré par

Dr. HATEM Wahiba

Année Universitaire 2017/2018

Au terme de ce modeste travail, nous tenons à remercier Dieu tout puissant de nous avoir donné la volonté

Nous ne remercierons jamais assez nos parents pour leur sacrifice

Ainsi que notre encadreur et l'ensemble de nos enseignants

Introduction.....	1
Problématique.....	2
Hypothèses générales.....	10
Hypothèses opérationnelles.....	11

Partie théorique

Chapitre I : Addiction et tabagisme.....	13
1. Définitions des concepts :	14
2. Les différents modes et formes de consommation du tabac :	23
2.1. Le tabac fumé	24
2.2. Le tabac non fumé	25
3. Dimension neurobiologique de l'addiction	27
4. Dimension psychologique de l'addiction :	30
6. Dimension communicationnelle.....	58
7. Dimension organisationnelle de l'addiction	60
Chapitre II Thérapies et méthodes d'aide au sevrage tabagique (Allen Carr).....	63
1. Prévention tertiaire	64
3. Approche de santé publique	83
4) Opérationnalisation des concepts.....	86

Partie pratique

Chapitre III Cadre opératoire	90
2. Contexte :	91
3. Méthodes et outils de collecte de données.....	93
4. Déroulement de l'expérience	94
5) Difficultés	95
Chapitre IV Présentation, analyse et interprétation des résultats.....	97
1. Présentation des résultats	98

2.	Analyse des données recueillies	99
3.	Interprétation des données et discussion des hypothèses	104
	Conclusion générale	106
	Bibliographie	
	Annexes	

Introduction

Introduction

Les substances psychoactives ont de tout temps fait partie de la réalité humaine. L'usage de ces substances et la dépendance qui en découle ont des conséquences significatives sur l'individu et la société à l'échelle mondiale et de manière multidimensionnelle.

Le rapport sur la santé dans le monde établi par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) en 2002, montre que cette année-là « 8,9 % de la charge totale de morbidité était due à l'usage de substances psychoactives » (Rodgers, Vaughan, Prentice, Edejer & Evans, 2002). Il existe un large éventail de substances psychoactives connues à ce jour, certaines plus illicites que d'autres, et qui produisent différents effets en fonction du principe actif qu'elles renferment. Une classification détaillée a été établie en fonction de l'action de ces dernières sur l'activité mentale. (Deniker,1966).

Parmi ces substances psychoactives, certaines sont plus répandues dans le paysage social que d'autres. C'est en l'occurrence le cas de l'alcool et du tabac qui, durant l'année 2000, représentaient respectivement « 4 % et 4,1 % de la charge de morbidité » sur le total recueilli cette année-là, contre 0,8 % dans le cas des drogue illicites (Rodgers *et al.*, 2002).

Le tabac fait donc partie des substances psychoactives dont l'usage est le plus répandu - plus d'un milliard de fumeur dans le monde (OMS,2008) - et dont l'histoire est une des plus ancienne. On le retrouve ainsi dans la Grèce antique (Lemaire,1997) mais aussi chez les tribus amérindiennes des centaines d'années avant qu'il ne se propage dans le monde entier.

Problématique

L'addiction au tabac peut être considérée comme une épidémie historique mondiale. En effet après la découverte du tabac par les Européens lors d'une expédition transatlantique, l'usage du tabac se propage de manière très rapide dans toute l'Europe pour atteindre la Turquie actuelle moins d'un siècle après sa découverte. À titre d'exemple la consommation de tabac en France passe de 9000 tonnes en 1815 à 24000 tonnes en 1847 pour atteindre 48000 tonnes en 1914 (Kirsch, 2010). L'usage de cette substance connaît une ascension fulgurante dont les catalyseurs seront notamment l'industrialisation de sa production après l'apparition de la machine à rouler les cigarettes en 1881 qui permettra de produire 120000 cigarettes par jour , mais aussi le revenu que constitue la production de tabac pour les états qui appliquent une taxe sur chaque cigarette vendue (Kirsch, 2010).

En 1868, une des premières associations contre l'abus du tabac s'organise en France et demande à être reconnue d'utilité publique en 1881. La première campagne anti-tabac de l'ère contemporaine aura lieu en Allemagne sous le Troisième Reich et débutera dès les années 1930. Il faudra ensuite attendre 1950 pour que les premières études épidémiologiques prouvent la toxicité du tabac, ce qui aura pour conséquence le développement du filtre à cigarettes.

Il faudra attendre ensuite 1964 pour qu'un rapport du chef de service de santé publique des États-Unis sur la nocivité du tabac soit publié (US Public Health Service,1964). S'ensuivra une série de lois et de campagnes de lutte contre le tabagisme à travers le monde jusqu'à l'adoption de la convention-cadre de lutte contre le tabac de l'OMS par 192 pays en 2003.

Aujourd'hui, d'après l'OMS, le tabac tue la moitié de ceux qui en consomment, l'épidémie de tabagisme tue près de 6 millions de personnes chaque année, plus de 5 millions d'entre elles sont des consommateurs ou d'anciens consommateurs et plus de 600.000 des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée. Plus de **80 % du milliard de fumeurs dans le monde vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire**, ce qui fait de cette épidémie l'une des plus graves menaces qui n'ait jamais pesé sur la santé publique mondiale (OMS,2008)

Le tabagisme est aussi un fardeau pour l'économie mondiale, en effet il absorbe 6 % des dépenses de santé dans le monde. Le coût économique total du tabagisme s'élève à 1436 milliards de dollars soit 2 % du PIB mondial (Goodchild, Nargis & d'Espaignet, 2017). Dans le même temps, il cause des décès prématurés qui privent les familles de revenus tout en augmentant les dépenses de santé publique.

L'impact économique négatif du tabagisme est beaucoup plus prononcé dans les pays émergents ou en développement, en effet 40 % des dépenses totales mondiales de santé liées au tabagisme sont assumées par les pays émergents.

L'Algérie, en tant que pays en voie de développement, ne fait pas l'exception. Il est estimé, selon le professeur Chérif Hamdi du Centre hospitalo-universitaire de Sétif, que pour chaque dinar récupéré par le trésor sous forme de taxes sur le tabac, l'état débourse au moins 20 dinars pour traiter les pathologies liées à la consommation du tabac, le tabac étant responsable de 90 % des cancers du poumon et le traitement d'une personne atteinte de ce cancer ne coûte pas moins de 3,5 million de dinars (Ferhat yazid,2012)

Le problème qui se pose dès lors est celui des moyens de traiter cette épidémie. Quelles sont les solutions à notre disposition et comment les mettre en place de manière efficace ?

Il existe différentes approches dans la lutte contre le tabagisme, elles englobent la dimension politique, économique, sociale, la communication et la thérapeutique. De manière générale les programmes visant le tabagisme sont axés sur la prévention. On distingue quatre types de prévention : la prévention primordiale, la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire.

La prévention primordiale consiste en l'inhibition des facteurs qui favorisent l'apparition d'une maladie. Elle s'attaque au déterminant de la santé plutôt que d'éviter l'exposition de la population au facteur de risque (Descarpentries,2007). La prévention primaire, consiste à éviter l'apparition de pathologies par la réduction des risques spécifiques à celles-ci et de l'exposition des potentielles victimes à ces

risques.

La prévention secondaire s'occupe de la détection de pathologies en stade précoce afin d'enrayer le processus de développement de celle-ci. Il s'agit d'intervenir avant que les symptômes ne soient visibles car cela est plus économique et garantit de meilleurs résultats de traitement.

La prévention tertiaire intervient lorsque la pathologie est déjà bien installée. Il s'agit alors de réduire son impact sur la santé des sujets et d'éviter la récurrence de leurs troubles dans une logique de réparation. Elle accompagne souvent le traitement de la pathologie. (Bergevin & Brochu, 1991).

Un programme efficace de lutte contre le tabagisme devra donc inclure ces différents types de prévention et toutes les solutions que cela implique.

L'exemple du programme MPOWER lancé par l'OMS est significatif à cet égard. Chaque lettre du nom de ce programme a un sens.

Le M pour Monitoring, signifie surveillance de la population à travers les statistiques régulières concernant le tabagisme,

La lettre P veut dire Protect, il s'agit donc là de protéger la population de la fumée et des risques liés au tabac.

La lettre O veut dire Offer, c'est-à-dire offrir aux populations le soutien et l'aide nécessaires au sevrage tabagique.

La lettre W signifie Warn, et veut dire sensibiliser et mettre en garde les populations contre les risques du tabagisme.

La lettre E signifie Enforce, il s'agit là de faire respecter l'interdiction de publicité en faveur du tabac et toutes les lois relatives à ce dernier.

La dernière lettre R signifie Raise, c'est-à-dire augmenter les taxes sur le tabac pour dissuader les consommateurs et financer les programmes de lutte.

On constate donc que dans ce programme, les différentes dimensions que doit inclure la lutte contre le tabagisme sont considérées et les différents types de prévention précédemment cités sont bien représentés.

La suite de notre étude portera ainsi sur le volet clinique du traitement de cette addiction, sur l'offre thérapeutique d'aide au sevrage tabagique, son efficacité et son impact sur les populations.

L'accompagnement et l'aide du fumeur jouent un rôle crucial dans la cessation du tabagisme. En effet, un fumeur aidé et accompagné aura plus de chance d'atteindre son objectif de sevrage qu'un fumeur qui ne le sera pas, les taux de sevrage à 6-12 mois, toutes méthodes d'aide confondues, sont au minimum à 10 %, alors qu'ils atteignent à peine 3 % en l'absence d'aide.

(Mojica, et al.,2004)

Il existe différentes méthodes d'aide à la cessation du tabagisme. Certaines se focalisent davantage sur la pharmacodépendance induite par le tabagisme, d'autres sur les aspects inconscients de cette dépendance ou encore sur les schémas cognitifs et comportementaux qui la sous-tendent. Dans certaines thérapies la dimension sociale et familiale sont aussi prises en compte.

Parmi ces différentes méthodes, les thérapies de groupe prodiguées dans les centres Allen Carr sont beaucoup plus centrées sur l'aspect psychologique et mental de la dépendance tabagique.

Cette méthode décrite pour la première fois en 1983 dans un ouvrage intitulé La méthode simple pour en finir avec la cigarette fut un best-seller très populaire vendu depuis lors à 13 millions d'exemplaires dont un million en français. Il est estimé que, grâce à cette méthode, 50.000 personnes s'arrêtent de fumer chaque année.

Malgré cette popularité et cet engouement extra académique, aucune donnée scientifique n'était encore disponible concernant cette méthode avant la première étude

menée en Autriche par H. P Hutter, H. Moshammer et al (2003) et publiée en 2006.

Cette étude autrichienne, basée sur les déclarations de 357 sujets participant aux sessions locales Allen Carr, indique un taux de succès après 12 mois de 50 % environ.(Hutter,Moshammer, & Neuberger, 2006)..

Une seconde étude menée aux Pays-Bas en 2014 sur différents lieux de travail arrive à la conclusion que tous les fumeurs ayant suivi les séances de thérapie de groupe Allen Carr, avaient six fois plus de chance d'avoir abandonné le tabagisme après 13 mois. (Willemsen & Wagena, 2003).

Plus récemment, en Mars 2017, ont été publiés les premiers résultats d'une étude irlandaise menée par le Tobacco Free Research Institute et présentés lors du congrès international de Porto sur le tabagisme. L'étude de type expérimentale et comparative se proposait de comparer, dans un cadre aléatoire et contrôlé en double aveugle, les pourcentages de succès des thérapies (AC) d'une part et le protocole du programme national irlandais d'aide au sevrage tabagique QUIT.ie. d'autre part. Ces résultats viennent confirmer les résultats de l'étude autrichienne et établissent que plus de 50% des sujets impliqués sont non-fumeurs à 6 mois (REF). Elle conclue aussi à une nette supériorité des thérapies (AC) sur le programme QUIT.ie qui n'a obtenu que 20% de succès. **Les résultats à un an seront publiés à la fin de l'année 2018.**

Une dernière étude qui porte sur l'évaluation des pourcentages de succès des thérapies de groupe (AC) est en cours d'élaboration, en phase de recrutement de 640 sujets, elle aura lieu en Angleterre et aura comme particularité d'inclure dans les taux de succès les fumeurs ayant repris dans les 3mois suivant la première séance et qui après avoir suivi une deuxième séance auront été testés et contrôlés non-fumeurs à 6 et à 12 mois.

Si l'on prend en considération les données précédentes, on peut conclure à un intéressement grandissant du monde académique pour les thérapies (AC), ainsi qu'a une efficacité certaine que nous éclairerons d'avantage dans une comparaison des chiffres disponibles sur différentes méthodes, thérapies, aides et supports qui ont fait l'objet d'études scientifiques.

Mises à part l'importance du champ théorique qui sous-tend une méthode de cessation, la dimension du tabagisme à laquelle elle prétend s'attaquer, ou encore les multiples techniques utilisées, il nous paraît important de nous attarder sur la question de l'approche adoptée dans la réponse à ce défi sans précédent.

En effet, si l'on approche cette tâche d'un point de vue de santé publique, il faudrait donner autant d'importance à l'efficacité des méthodes de traitement et d'aide utilisées qu'au réel impact de celles-ci sur la population cible.

Ainsi l'efficacité d'une thérapie ou d'un outil d'aide à l'arrêt du tabagisme étant confirmée, cela ne vaudra pas confirmation de l'impact de cette thérapie sur la population cible.

L'illustration la plus frappante de cet état de fait peut se trouver dans la simple articulation des taux d'efficacité des Thérapies cognitivo-comportementales dans le traitement des dépressions qui atteignent les 50% **Driessen & Hollon, 2010**). Et les données recueillies sur la population dépressive qui montrent que moins de 20% des personnes en dépression ont déjà eu affaire à un professionnel de la santé mentale pour trouver de l'aide, toutes approches thérapeutiques confondues. (**Roness, Mykletun & dahl, 2005**)

L'impact dépendra alors de la capacité à atteindre -être utilisée par- la population cible tel que :

$$\begin{array}{c} \text{IMPACT(échelle allant de 0 à 100)} \\ = \\ \text{Taux d'(utilisation ou atteinte) X taux d efficacité X 100} \end{array}$$

Glasgow, Vogt & Boles,1999).

Le taux d'utilisation à son tour dépend de différents facteurs dont les principaux sont :

Le coût : il est coûteux de former les thérapeutes, de les superviser mais aussi de mettre en pratique la thérapie et l'administrer. (aucune couverture par l'assurance maladie)

Le temps : Une thérapie représente en moyenne douze séances d'environ 50min auxquelles il faut ajouter le temps passé dans les transports depuis/vers la clinique.

L'inégalité des chances selon la catégorie sociale : Les hommes, les minorités, le niveau d'instruction, les moins de 30 ans et plus de 60 ans auront plus difficilement accès. (Young et al, 2001)

Le lieu de résidence : Milieu ruraux, banlieues lointaines.

Si le taux d'utilisation augmente alors que l'efficacité de la thérapie reste la même alors l'impact de celle-ci sera plus important.

Augmenter le taux d'utilisation d'une thérapie chez sa population cible revient à contourner les obstacles cités précédemment en adaptant les paramètres tels que la forme de la thérapie mais aussi son mode d'administration, c'est à dire ce que l'on appelle « le canal » en communication, sans pour autant toucher au fond de la thérapie, c'est à dire « le message ».

Les canaux privilégiés dans l'augmentation du taux d'utilisation doivent donc rendre les traitements :

- Peu coûteux (mobiliser moins de thérapeutes, coût de revient de la prise en charge plus faible, prix plus avantageux pour le client/patient)
- Moins chronophages pour le patient (pouvant s'adapter à son emploi du temps, sa disponibilité, lui demandant moins de temps dans les transports, durée de thérapie plus courte)

- Accessibles et disponibles facilement pour toutes les catégories sociales sans discrimination
- Et enfin accessibles quel que soit le lieu de résidence du patient/client.

A la lecture de ces éléments il apparaît que le téléphone, internet (ordinateurs), la télévision, les téléphones mobiles (applications) sont des canaux très appropriés pour augmenter la chance que les sujets ont de rencontrer une thérapie donnée.

Les thérapies Allen Carr se pratiquent habituellement dans des cliniques en présentiel. La méthode a été cependant déclinée en diverses formes (livre, bande dessinée, jeux vidéo, en DVD)

Notre étude portera en l'occurrence sur le film de 65 minutes résumant la thérapie Allen Carr et se veut être une réponse à l'absence d'études et de chiffres concernant l'effet de la méthode Allen carr sous forme audiovisuelle.

L'efficacité démontrée de la méthode Allen Carr en thérapie de groupe, en présentiel, donne toute sa pertinence à une étude dans laquelle on se pose la question de l'effet d'un support audiovisuel produit sur la base de cette méthode sur le comportement tabagique des sujets qui le visionneront.

Si l'efficacité du support audiovisuel est démontrée il sera plus facile d'atteindre un plus grand nombre de personnes concernées par l'addiction tabagique ce qui aura pour effet d'amplifier l'impact du traitement. La problématique est donc celle d'atteindre les sujets dans le besoin une fois l'efficacité de thérapie démontrée.

Hypothèses générales

- Le support audiovisuel Allen Carr aura une efficacité thérapeutique mesurable sur le comportement tabagique des étudiants

Hypothèses opérationnelles

- Le visionnage du film va initier un sevrage tabagique (tentative) chez plus de 40% des sujet qui y seront exposés.
- Le nombre de jours passés sans fumer sera significativement plus important chez les sujets du groupe expérimentale après visionnage.
- Au moins 10% des sujets sera contrôlé négatif au posttest 10jours après visionnage.
- Au moins 20% des sujets atteindrons une semaine de sevrage.

Partie théorique

Chapitre I : Addiction et tabagisme

Préambule :

L'addiction au tabac est un fait de société grandement répandu , il touche indifféremment toutes les catégories sociales, toutes les ethnies et les deux sexes semblent être atteints par la dépendance à cette substance.

Dans le présent chapitre, nous allons tenter d'exposer les mécanismes de l'addiction au tabac et ses corollaires ainsi que présenter la substance elle-même et les formes qu'elle peut prendre.

Nous finirons par nous pencher sur le sevrage tabagique, ses implications et l'importance de l'aide extérieure dans la réussite de ce processus

1. Définitions des concepts :

1.1 Addiction :

Avant de se pencher sur la description de l'addiction à la substance qu'est le tabac et à la nicotine, il serait intéressant d'évoquer le concept d'addiction, d'expliquer la terminologie et d'introduire le débat qui entoure ce concept.

1.1.1. Etymologie :

Le terme d'addiction est un anglicisme trouvant son étymologie dans le terme latin ad-dicere «dire à » dans le sens d'attribuer quelqu'un à quelqu'un dans le contexte de l'esclavagisme, dans l'ancienne république romaine un « addictum » (addicté) était une personne ayant été réduite en esclavage pour dette, elle perd ainsi le contrôle d'elle-même et donc d'une part de son identité car c'est la seule manière qu'elle a de rembourser sa dette par le travail Fernandez & Sztulman,1997).

On voit donc bien que le terme communique déjà une certaine aliénation du sujet envers un objet donné, il n'est plus maître de lui-même, comme réduit en Esclavage.

1.1.2. Définition :

Il existe de nombreuses définitions de l'addiction fournies par de grands organismes de la santé et autres manuels nosographiques.

Parmi ces définitions, on retrouve celle très connue de **l'Organisation mondiale de la santé** qui voit l'addiction comme étant : "un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements". La dépendance se caractérise par la survenue de symptômes de sevrage en cas d'absence de la substance ou de l'activité addictive, ainsi que par le développement d'une tolérance impliquant une augmentation de la dose nécessaire – quels que soient les signes de destruction physique ou psychique.

Selon le DSM-V, une **addiction est un mode d'utilisation inadapté d'une substance** conduisant à une **altération du fonctionnement** ou à une **souffrance cliniquement significative**. American Psychiatric Association. (2000)

L'addiction est caractérisée par la présence d'au minimum trois manifestations qui sont les suivantes, sur une période continue de douze mois :

1.1.3. Critères

Tolérance définie par l'un des symptômes suivants : Besoin de quantités notablement plus fortes pour obtenir l'effet désiré. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : Apparition du syndrome de sevrage caractéristique de la substance. La même substance ou une substance proche est prise pour soulager ou éviter les syndromes du sevrage.

La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.

Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler

l'utilisation de la substance.

Beaucoup de temps et d'activités sont passés pour obtenir la substance.

Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs sont abandonnées à cause de l'utilisation de la substance. L'utilisation de la substance est poursuivie, bien que la personne soit consciente de son problème psychologique ou physique causé par cette substance.

Il existe aussi la définition de la classification internationale des maladies (CIM 10) qui stipule que l'addiction est « l'ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités »

Selon cette classification, Au moins trois des manifestations suivantes doivent avoir persisté conjointement pendant au moins un mois ou, quand elles ont persisté pendant moins d'un mois, sont survenues ensemble de façon répétée au cours d'une période de 12 mois :

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- Altération de la capacité à contrôler l'utilisation de la substance, caractérisée par des difficultés à s'abstenir initialement d'une substance, à interrompre sa consommation ou à contrôler son utilisation, comme en témoigne le fait que la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que le sujet avait envisagé, ou par un ou plusieurs efforts infructueux pour réduire ou contrôler son utilisation.
- Survenue d'un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet réduit ou arrête l'utilisation de la substance, caractéristiques de la substance, ou l'utilisation de la substance (ou d'une substance similaire) dans le but de diminuer ou d'éviter les symptômes de sevrage.

- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance, caractérisée par un besoin de quantités nettement majorées pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, ou un effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même dose. préoccupation par l'utilisation de la conscient de la nature et de la gravité

De La Santé, O. M. (1993).

1.2. Différences entre les terme d'addiction et de dépendance

Alors que la majorité des références citées ci-dessus pour donner une définition de l'addiction préfèrent utiliser le terme de dépendance au lieu de celui d'addiction, nous utiliserons de manière privilégiée le terme d'addiction car il nous paraît plus approprié à l'objet de notre étude, et ce, principalement pour trois raisons :

- 1) Ce terme est moins ambigu quand il s'agit de décrire le phénomène d'accoutumance, en effet la dépendance de l'être humain à l'eau ou à l'oxygène ne fait pas de doute et pourtant l'objet de cette étude se distingue de ce type de dépendance, le terme d'addiction sera donc plus discriminant à cet égard.
- 2) Les références citées plus haut ont choisi de préférer le terme de dépendance à celui d'addiction pour des raisons liées à la langue anglaise et notamment au fait que le terme « addict » est beaucoup plus connoté dans cette langue, ce qui n'est pas le cas dans la langue française.
- 3) Le terme d'addiction semble être plus approprié dans l'élaboration d'une étude de psychologie clinique tant il dénote la dépendance psychologique ou comportementale et ne peut signifier purement une pharmacodépendance.

1.3. Considérations épistémologiques et approches du concept d'addiction

Il y a aujourd'hui deux grandes tendances qui se dessinent dans l'appréhension du concept d'addiction, la première considérant qu'une « vraie » addiction implique nécessairement la prise de la substance psychoactive et l'autre qui voit l'addiction

comme possiblement comportementale même en l'absence de prise de drogues (Valleur,2012).

Ces deux regards différents portés sur le même objet correspondent dans les faits au deux domaines, d'une part, de la clinique - accordant une grande importance à la subjectivité du patient - et d'autre part de la science - qui porte la rigueur méthodologique et l'objectivité d'un facteur discriminant comme essentielles à l'élaboration d'une définition rationnelle de l'addiction.

Il en découle que le regard clinique peut conclure à l'existence d'une addiction à partir du moment où une demande est formulée par un sujet et que celui-ci exprime une forme d'aliénation vis-à-vis d'un comportement donné alors que le regard scientifique, lui, cherchera à déterminer les critères objectifs et empiriques qui permettraient de classer une pathologie dans la case des addictions.

A la revue de la littérature portant sur le sujet, il nous est clairement apparu, non seulement que la définition de l'addiction dépend grandement de la perspective adoptée en regard des considérations abordées plus haut, mais aussi qu'une troisième perspective, celle de santé publique, permet d'étudier cet objet.

Dans la perspective de santé publique ou « public health approach », l'addiction est abordée en terme de ses répercussions sur la société. Elle élargie donc le domaine de l'addiction à toutes les relations qui peuvent exister entre la population concernée et l'objet de l'addiction. Elle accorde donc autant d'importance aux addictions chroniques qu'à l'usage occasionnel en fonction de l'impact que ceux-ci peuvent avoir sur le paysage social, mais aussi aux facteurs d'exposition et à la conception que se fait la population de l'objet de l'addiction.

De ce point de vue, toute la population est reliée à l'objet de l'addiction que ce soit le groupe des non-consommateurs, des consommateurs normaux, des consommateurs à problème ou des consommateurs à proprement dits « malades » qui sont le groupe

habituellement considéré par les perspectives clinique et scientifique dans la définition de l'addiction.

Il est à présent simple de ranger les définitions de référence de l'addiction citées plus haut dans le volet clinique, et de donner des exemples de trois définitions différentes qui expriment les regards cliniques, purement scientifique et enfin le regard de l'approche de santé publique sur l'addiction.

La définition de **Pierre Fouquet** , grand addictologue et spécialiste de l'alcoolisme peut être considérée comme appartenant au regard clinique et elle est la suivante :

« la perte de la liberté de s'abstenir d'alcool » descombey, 1998.

Pour illustrer le regard scientifique dans la définition de l'addiction, nous avons retenu la définition qu'en fait l'**American Society of Addiction Medicine**, à savoir :

« L'addiction est avant tout, une pathologie chronique du système de récompense, de la motivation, de la mémoire et des circuits cérébraux reliés à ces fonctions. »
American Society of Addiction Medicine, 2011).

Enfin, la différence entre la définition de **Pierre Fouquet** de l'alcoolisme et sa définition de l'alcoologie peuvent illustrer la différence entre les deux approches de l'addiction - maladie scientifique et clinique - et l'approche de santé publique quand il dit :

L'alcoologie est **« l'étude de l'ensemble des liens entre les êtres humains et l'alcool ».** (fouquet, 1994)

L'approche de santé publique rend également l'objet d'étude moins restreint et ne se focalise pas uniquement sur l'addiction mais traite également des conséquences de la relation (être humain-objet de l'addiction)

1.4. Définition retenue de l'addiction

Après revue de la littérature et une fois avoir considéré les différentes perspectives de définition du concept d'addiction, il nous paraît approprié de retenir une définition qui intègre tous les éléments évoqués, c'est-à-dire que :

L'addiction est un comportement qui :

❖ **D'un point de vue clinique** : (données collectées à travers les demande subjectives) :

Inclus 5 éléments récurrents : (a) Un sujet s'engageant dans le comportement pour satisfaire une forme d'appétit, (b) Un sujet préoccupé par le comportement en question, (c) Une satiété temporaire, (d) Une perte de contrôle, et (e) Une souffrance due aux conséquences négatives du comportement. (S.Sussman et A.Sussman, 2011)

❖ **D'un point de vue biologique** : (observation du fonctionnement cérébrale des sujets)

Se résume en une dégradation du système cérébral de récompense et des circuits cérébraux reliés à celui-ci qui semble être une adaptation du fonctionnement cérébral à l'occurrence du comportement addictif. Appelée **Neuro-adaptation**, ses indicateurs les plus marquants sont le **syndrome de sevrage** et la **tolérance** et plus particulièrement dans les cas d'addictions dans lesquels intervient une substance. (American Society of Addiction Medicine, 2011)

❖ **D'un point de vue santé publique** :

Découle des liens qui existent entre l'être humain et l'objet du comportement addictif et dont l'impact primaire est d'induire une organisation de la société en fonction de ce comportement, formant ainsi distinctement les groupes de non-consommateurs, consommateurs normaux, consommateurs à problèmes, et consommateurs malades qui vont déterminer l'impact social secondaire à cette organisation. (Valleur, 2012).

1.4.1. Le syndrome de sevrage

Est défini comme l'ensemble des symptômes (agitation, irritabilité, etc) associés aux tentatives de réduction ou d'arrêt de la consommation ou de la réalisation du comportement addictif (Jazaeri & Habil, 2012)

1.4.2. La tolérance

Se définit par le besoin qu'aura le sujet d'augmenter les doses ou la fréquence de réalisation du comportement addictif afin d'obtenir le même effet de satisfaction (Jazaeri & Habil, 2012).

1.5. Différences entre addiction et compulsion :

Bien que les comportements compulsifs et addictifs partagent de nombreux traits en commun, au point qu'il est possible de dire que l'addiction est de nature compulsive, il y a cependant des différences entre ces deux notions qui nous paraissent intéressantes à souligner.

Dans l'addiction, il y a plus de place au choix dans le sens ou la composante cognitive intervient de manière significative dans l'occurrence du comportement addictif (biais cognitifs, schémas cognitifs relatifs à l'objet de l'addiction, importance du mode de traitement de l'information représentée par les stimuli déclenchant du comportement addictif. Cela nous fait penser qu'il y aurait un volet rationnel dans l'addiction qui n'est pas aussi présent dans le comportement compulsif. (Henden, Melberg & Rogeberg, 2013)

Autre différence, la compulsion intervient pour réduire le stress et diminuer des effets négatifs, les obsessionnels compulsifs ne perçoivent pas l'expérience compulsive comme plaisante et la recherche de plaisir ne fait pas partie des raisons de s'engager dans le comportement comme c'est le cas dans l'addiction.

(Henden, Melberg & Rogeberg, 2013)

Enfin, dans la compulsion, il n'est pas rare d'observer une pleine conscience et des

règles à respecter lors du déroulement du comportement voire une planification sans quoi il est manqué et doit être réitéré, alors que la conscience de l'addict, elle, est beaucoup plus flottante, le comportement n'étant jamais manqué, mais plus ou moins satisfaisant, il arrive même qu'il se déroule de manière totalement ou partiellement inconsciente. (Henden, Melberg & Rogeberg, 2013)

1.5.1. Spécificité de l'addiction à une substance :

Se dit d'une addiction dans laquelle intervient la consommation d'une substance plus ou moins psychoactive. La pharmacodépendance est alors manifeste et plus exacerbée que dans le cas d'addictions dites comportementales car la dimension biologique est plus investie à travers l'ingestion de la substance et sa pénétration dans l'organisme du sujet et son métabolisme. Longtemps considérées comme les seules réelles addictions, on constate aujourd'hui une grande effervescence dans le débat opposant les tenants des addictions dites comportementales ou « addictions sans substance » et ceux qui ne conçoivent pas une addiction en l'absence de substance, comme les discussions autour de modifications à apporter aux classifications des pathologies lors du 11e congrès d'addictologie de l'Albatros l'illustrent bien. (Valleur, 2012)

1.5.2. L'addiction au tabac

L'addiction au tabac est une addiction à une substance qui est très souvent renvoyée à la nicotine comme déterminant et renforçateur. Cependant il se pourrait que d'autres composés du tabac et notamment lors de sa combustion et ou sa torréfaction soient à l'œuvre comme les Inhibiteurs de monoamine oxydase (IMAO) et leur effet antidépresseur ou d'autres alcaloïdes et arômes présents dans le tabac (Dervaux, 2009). La nicotine est la substance causant la pharmacodépendance à travers le soulagement des symptômes de sevrage découlant de la consommation initiale du tabac sous toutes les formes que ce dernier peut prendre (Benowitz, 2010).

1.5.3. Pouvoir addictif

En dépit du fait que le syndrome de sevrage causé par la nicotine n'est pas très puissant

et reste supportable y compris par les grands consommateurs de tabac lorsqu'ils doivent s'abstenir, le pouvoir addictif (capacité de rendre addict) de la nicotine reste conséquent. Il est comparable à celui de drogues dures en terme de rapidité d'action et de dopamine libérée dans le cerveau. (Nutt et al, 2007)

Dans le classement ci-dessous, établi par Nutt et al. En 2007, la position donnée à une substance psychoactive est fonction des trois dimensions (dommages physique, dépendance et impacts sociaux négatifs). Le tabac y tient la huitième position quand on considère ces trois dimensions réunies, cela dit si l'on se focalise uniquement sur la dimension addictive, le tabac se retrouve en 3ème position derrière l'héroïne et la cocaïne.

	Physical harm				Dependence				Social harm			
	Mean	Acute	Chronic	Intravenous	Mean	Pleasure	Psychological dependence	Physical dependence	Mean	Intoxication	Social harm	Health-care costs
Heroin	2.78	2.8	2.5	3.0	3.00	3.0	3.0	3.0	2.54	1.6	3.0	3.0
Cocaine	2.33	2.0	2.0	3.0	2.39	3.0	2.8	1.3	2.17	1.8	2.5	2.3
Barbiturates	2.23	2.3	1.9	2.5	2.01	2.0	2.2	1.8	2.00	2.4	1.9	1.7
Street methadone	1.86	2.5	1.7	1.4	2.08	1.8	2.3	2.3	1.87	1.6	1.9	2.0
Alcohol	1.40	1.9	2.4	NA	1.93	2.3	1.9	1.6	2.21	2.2	2.4	2.1
Ketamine	2.00	2.1	1.7	2.1	1.54	1.9	1.7	1.0	1.69	2.0	1.5	1.5
Benzodiazepines	1.63	1.5	1.7	1.8	1.83	1.7	2.1	1.8	1.65	2.0	1.5	1.5
Amphetamine	1.81	1.3	1.8	2.4	1.67	2.0	1.9	1.1	1.50	1.4	1.5	1.6
Tobacco	1.24	0.9	2.9	0	2.21	2.3	2.6	1.8	1.42	0.8	1.1	2.4
Buprenorphine	1.60	1.2	1.3	2.3	1.64	2.0	1.5	1.5	1.49	1.6	1.5	1.4
Cannabis	0.99	0.9	2.1	0	1.51	1.9	1.7	0.8	1.50	1.7	1.3	1.5
Solvents	1.28	2.1	1.7	0	1.01	1.7	1.2	0.1	1.52	1.9	1.5	1.2
4-MTA	1.44	2.2	2.1	0	1.30	1.0	1.7	0.8	1.06	1.2	1.0	1.0
LSD	1.13	1.7	1.4	0.3	1.23	2.2	1.1	0.3	1.32	1.6	1.3	1.1
Methylphenidate	1.32	1.2	1.3	1.6	1.25	1.4	1.3	1.0	0.97	1.1	0.8	1.1
Anabolic steroids	1.45	0.8	2.0	1.7	0.88	1.1	0.8	0.8	1.13	1.3	0.8	1.3
GHB	0.86	1.4	1.2	0	1.19	1.4	1.1	1.1	1.30	1.4	1.3	1.2
Ecstasy	1.05	1.6	1.6	0	1.13	1.5	1.2	0.7	1.09	1.2	1.0	1.1
Alkyl nitrites	0.93	1.6	0.9	0.3	0.87	1.6	0.7	0.3	0.97	0.8	0.7	1.4
Khat	0.50	0.3	1.2	0	1.04	1.6	1.2	0.3	0.85	0.7	1.1	0.8

Table 3: Mean independent group scores in each of the three categories of harm, for 20 substances, ranked by their overall score, and mean scores for each of the three subscales

Les différents modes et formes de consommation du tabac :

La cigarette est le mode le plus répandu de consommation du tabac. Néanmoins, celui-ci est aussi utilisé sous d'autres formes qui attirent des consommateurs de plus en plus jeunes.

1.6. Le tabac fumé

1.6.1. La cigarette

Constituées au départ de papier et de tabac, les cigarettes connaissent depuis les années 60 de plus en plus d'ajouts divers et variés. Au total plus de 4 000 substances chimiques inhalées via la fumée de cigarettes, dont plus de 60 classées cancérigènes par le Comité International de Recherche sur le Cancer.

En voici quelques-unes à vous faire pâlir d'angoisse : de l'acétone qui est un dissolvant ; de l'acide cyanhydrique qui était employé autrefois dans les chambres à gaz du monoxyde de carbone qui sort des pots d'échappement de nos voitures, du DDT qui est un insecticide tout comme la nicotine, de l'arsenic, un poison très puissant...

1.6.2. Le tabac à rouler

Le tabac à rouler, moins cher que la cigarette car moins taxé, conquiert d'année en année de plus en plus d'adeptes, surtout les jeunes. Le tabac à rouler est plus nocif que les cigarettes manufacturées car les rendements de goudrons et de nicotine sont nettement supérieurs. De plus, les cigarettes roulées doivent être rallumées à plusieurs reprises ce qui renforce l'exposition au CO et aux goudrons.

1.6.3. Le cigare et la pipe

Du fait de la composition de la fumée, la nicotine est plus facilement absorbée par la muqueuse buccale. C'est pourquoi ceux qui n'ont jamais consommé de tabac sous d'autres formes n'avaient pas la fumée puisque c'est inutile pour ressentir l'effet de la nicotine. En revanche, les fumeurs qui consomment des cigarettes ont du mal, du fait de l'habitude, à ne pas inhaler la fumée, entraînant ainsi une absorption de produits nocifs plus importante. Ainsi, les pipes et les cigares ne sont généralement pas moins nocifs que les cigarettes classiques.

1.6.4. Le narguilé ou la chicha Pipes à eau (narguilés, shishas, houkas ou bangs)

Le narguilé permet de fumer du tabac, aromatisé ou pas, chauffé grâce à un charbon et

dont la fumée est refroidie en passant à travers de l'eau. Malgré ce passage dans l'eau, la fumée n'est pas moins nocive. La toxicité est en effet équivalente à celle de la cigarette manufacturée. Cependant, la durée d'exposition au tabac est généralement longue, autour de 45 minutes, et le tabac contenu équivaut à 10 cigarettes.

1.6.5. Bidies

Il s'agit de cigarettes indiennes, composées d'une feuille d'eucalyptus roulée dont le contenu peut varier en fonction du type de bidies : tabac pur, tabac aromatisé, tabac et herbes aromatiques, herbes aromatiques sans tabac.

La toxicité des bidies est donc d'autant plus grande qu'il n'y a pas de filtre.

1.7. Le tabac non fumé

1.7.1. De la chique au snus

Avant la période industrielle, qui a introduit la cigarette, le tabac était souvent consommé sous forme de chique (feuille de tabac roulée et mastiquée) ou de prise (tabac émiété et introduit dans le nez). Ces modes de consommation perdurent en particulier dans les pays en voie de développement. Un nouveau mode de consommation appelé snus ou snuff est le croisement de la chique et de la prise. Une dose moyenne de tabac à priser, conservée dans la bouche durant une trentaine de minutes, procure autant de nicotine que quatre cigarettes. Le tabac à priser crée plus de dépendance que le tabac à chiquer et les deux formes présentent des risques de cancer au niveau de la cavité buccale et du système digestif.

Tabac à chiquer, snus ou tabac oral : les fabricants de tabac présentent ces produits comme des alternatives aux cigarettes quand il est interdit de fumer (par exemple dans les lieux publics) et comme des « produits plaisir ».

Or ces modes de consommation comportent également des risques pour la santé. De nombreuses personnes consomment du tabac non fumé pour avoir les effets psychoactifs de la nicotine : bien-être, baisse du stress et diminution de l'appétit. La

dépendance qui se crée avec le tabac non fumé pourrait inciter les consommateurs de tabac oral à se tourner vers la consommation de tabac fumé. Des études ont mis en avant cet effet, en particulier chez les adolescents.

De plus, selon le mode d'administration et les circonstances de son usage, le tabac non fumé peut être considéré comme un « produit dopant ». En effet, la nicotine employée sous forme de substitut, mâchée ou inhalée, s'avère être un « psychotrope puissant » consommé par les sportifs.

1.7.2. Snus et tabac à chiquer

Le snus est du tabac moulu conditionné en pâte humide avec laquelle on forme des boulettes à glisser entre la lèvre et la gencive. Il est aussi disponible dans des sachets, qui ressemblent à de petits sachets de thé.

Le tabac à chiquer ou à mâcher peut-être vendu en Suisse. Par contre, le commerce de snus est interdit, comme partout ailleurs dans l'Union Européenne (sauf en Suède). L'importation de petites quantités pour une consommation personnelle n'est pas punissable.

Avec le snus et le tabac à chiquer, la nicotine pénètre dans le corps par la muqueuse buccale et peut rendre dépendant. Ils contiennent de plus des substances qui peuvent provoquer des cancers, notamment de la bouche et du pancréas. Une consommation régulière peut abîmer les dents, les gencives et la muqueuse buccale.

Tabac à priser

Le tabac à priser se présente sous la forme d'une fine poudre, souvent vendue en petites boîtes métalliques. Il est généralement sec et souvent aromatisé (menthe, eucalyptus, cannelle, etc).

Le tabac à priser est déposé en petites quantités sur le dos de la main puis est aspiré par une narine, puis par l'autre. La nicotine pénètre dans le corps par les muqueuses nasales, ce qui peut rendre aussi dépendant qu'en fumant. Le tabac à priser, comme tous les

produits du tabac, contient des substances cancérigènes.

1.8. Dimensions de l'addiction à une substance

L'addiction, comme vu, précédemment s'articule sur différentes dimensions, elles impliquent, entre autres, une pharmacodépendance (adaptation biologique) et une dimension psychologique (individuelle et sociale) dont nous allons spécifier les mécanismes :

2. Dimension neurobiologique de l'addiction

Lors d'une activité agréable, notre cerveau identifie les circuits cérébraux de la récompense, l'état initial de celui-ci s'en trouve alors modifié. Lorsque notre plaisir cesse notre cerveau revient sans difficulté à son état initial. Ce mécanisme d'équilibre est appelé homéostasie. Dans le cas d'une addiction, ces mécanismes sont activés virtuellement par le produit ou la conduite à risque comme un leurre. Ils produisent l'emballement et le dérèglement de notre système de récompense à tel point que leur absence est interprétée comme un manque. Le circuit ainsi modifié devient l'état normal c'est que l'on appelle allostasie. Toutes les dépendances ont en commun une propriété, d'augmenter en définitif la quantité de dopamine dans le circuit de la récompense. Les voies d'actions sont différentes selon la dépendance.

Le cerveau de l'addict comme nous l'avons décrit, ne fonctionne plus selon la norme. Il s'agirait d'une altération des mécanismes cérébraux qui expliquerait la modification du comportement des patients et leur difficulté à contrôler leur consommation. Les systèmes de régulations neurobiologiques sont réorganisés de façon pathologique.

Le cerveau :

Le cerveau présente une organisation structurelle et fonctionnelle. Certaines parties gèrent ainsi plus spécifiquement certains aspects du comportement ou de la pensée. Le cerveau est composé de cellules excitables, les neurones. Lorsqu'un neurone est excité, il envoie une séquence de signaux électriques (potentiels d'action). Les prolongements

neuronaux ne se touchent pas entre eux, ils ne sont pas connectés, ceux sont des structures ultra-spécialisées appelées synapses.

A ce niveau, l'information change de nature, le signal électrique est converti en la libération d'un messenger chimique (un neurotransmetteur). La fréquence des potentiels d'action module ainsi la concentration de neurotransmetteurs dans la synapse qui vont atteindre la membrane du neurone récepteur. La liaison entre le neurotransmetteur et son récepteur spécifique, à la manière d'une clé et sa serrure, déclenche une réponse physiologique nommée « potentiel postsynaptique » (Odier, 2014)

Le cerveau produit des dizaines de types de neurotransmetteurs différents ; parmi ceux qui sont impliqués dans les mécanismes de la consommation de substances psychoactives nous pouvons citer la dopamine, la noradrénaline, la sérotonine, les opiacés endogènes (endorphines), les cannabinoïdes, le GABA ou encore le glutamate.

Le système limbique n'est pas une structure cérébrale en tant que telle, mais un réseau de voies nerveuses intégrant certaines structures situées en profondeur dans les lobes temporaux, telles que l'hippocampe, une structure cérébrale qui intervient dans la mémorisation de souvenirs liés à une expérience, ou l'amygdale, une autre structure cérébrale qui aide à évaluer la valeur émotionnelle d'un événement. Le système limbique est très fortement associé à l'hypothalamus qui joue un rôle fondamental dans la régulation des fonctions corporelles (régulation de la température, cycle circadien, rythme alimentaire, etc.), ainsi qu'au cortex frontal qui est impliqué dans les fonctions cognitives, la planification, la motivation et la prise de décision. Il influe sur le système endocrinien (sécrétion d'hormones) et le système nerveux autonome responsable des fonctions automatiques (respiration, digestion, rythme cardiaque, etc.) et du maintien de l'équilibre intérieur (homéostasie).

Une des fonctions primordiales du système limbique (cerveau primitif) est de renforcer les comportements essentiels à la survie de l'espèce tels que la procréation, la prise alimentaire ou les mécanismes de défense contre les prédateurs. Il constitue en quelque sorte un carrefour où se gèrent des informations en provenance de plusieurs autres

structures cérébrales avec le but de conduire à la mise en œuvre d'un comportement adapté à chaque situation rencontrée.

2.1.1. Le circuit de la récompense :

Toutes les substances addictives ont en commun d'agir sur une partie spécifique du système limbique, le système de récompense. En particulier, elles activent une région appelée « aire tegmentale ventrale » (ATV), située en plein centre du cerveau. Cette structure reçoit de l'information de plusieurs autres régions du système limbique qui l'informent du niveau de satisfaction des besoins fondamentaux (respiration, alimentation, élimination, maintien de la température, repos et sommeil, activité musculaire et neurologique, intégrité corporelle, contact social, sexualité) et la transmet ensuite à une autre structure cérébrale située plus en avant du cerveau, le noyau accumbens (NA). Grâce à ce circuit, les actions intéressantes pour l'individu sont repérées et renforcées dans le but de les voir, à l'avenir, reproduites dans le même contexte. Le neurotransmetteur utilisé par ces neurones est la dopamine.

2.1.2. Description du système limbique

La dopamine est le neurotransmetteur impliqué dans le fonctionnement du système de récompense. Les expériences pionnières de (Schultz, Tremblay & Hollerman, 2000). à l'Université de Cambridge, menées sur des singes, ont montré que l'activité des neurones du système de récompense qui produisent la dopamine est fortement augmentée lorsqu'un singe reçoit une récompense inattendue. Lorsque l'animal reçoit une récompense qu'il attendait, les neurones dopaminergiques s'activent normalement. Lorsque le singe attend une récompense qui n'est pas délivrée, l'activité de ses neurones dopaminergiques fortement réduite et

la concentration de dopamine passe en dessous de la normale.

La dopamine informe donc le système nerveux de la différence entre ce qui est attendu et ce qui est effectivement reçu. Le fait que l'obtention d'une récompense attendue ne produise pas de pic de libération de dopamine permet probablement de prévenir le sur-

apprentissage des comportements afin qu'ils puissent être désappris ou modifiés si leurs conséquences venaient à changer.

Contrairement à ce que l'on a longtemps pensé, la dopamine n'est donc pas responsable des états hédoniques, mais serait plutôt un signal d'apprentissage associé à l'obtention d'une récompense dans un contexte précis. Autrement dit, la dopamine signalerait la « saillance » ou l'importance d'un événement ou d'un comportement.

Des études de neuro-imagerie ont montré que les mêmes principes de renforcements sont pertinents chez l'Homme, bien que d'autres systèmes cognitifs viennent compléter, moduler ou s'opposer à ce système primitif (McClure & Bickel, 2014).

2.2. Considérations pharmacologiques :

Bien que le point commun entre les addictions au niveau biologique soit la sécrétion de dopamine, des différences d'ordre pharmacologique peuvent intervenir suivant la classe pharmaceutique de la substance ingérée dans le cas d'addiction à une substance.

L'effet provoqué par la substance psychoactive pourra alors varier selon son action sur le système nerveux central et son appartenance aux stimulants (caféine, nicotine), aux dépresseurs (benzodiazépines, opioïdes) ou aux perturbateurs aux effets hallucinogènes (cannabis, LSD, etc.).

3. Dimension psychologique de l'addiction :

La dimension psychologique de l'addiction n'est plus à prouver, notamment à travers la prévalence de plus en plus inquiétante des addictions sans substance autrement appelées addictions comportementales. Ou encore la prévalence plus importante des addictions chez les sujets atteints de troubles psychopathologiques. (Jane-Llopis, E. V. A., Jané-Llopis, E., Matytsina, I., Jané-Llopis, E & Matytsina, 2006).

En effet, les addictions reposent sur des fondamentaux psychologiques tels que :

*Les dynamiques de la personnalité (développement, identité, recherche de sensations)

*Le conditionnement du comportement

*Les émotions

*Les cognitions (motivation, schémas cognitifs, distorsions cognitives, croyances, etc.)

*L'aspect spirituel de l'existence humaine.

Dans le prochain paragraphe, nous allons tenter d'exposer en détail les différentes théories de l'addiction en psychologie et les modèles explicatifs qui en découlent. Cela permettra de couvrir plus en profondeur la dimension psychologique de l'addiction.

3.1. Théories et modèles théoriques de l'addiction en psychologie :

3.1.1. Psychanalyse

3.1.1.1. Freud

Pour Freud l'addiction est une forme d'autoérotisme lié à des fixations au stade oral du développement psychoaffectif lorsque l'individu opère la distinction entre sa pulsion de conservation et sa pulsion sexuelle.

Cette distinction intervient lors de la perte de l'objet primaire et de la naissance du désir de le retrouver qui amène le nourrisson à se centrer sur son propre corps. En suçotant son pouce, sa lèvre ou son gros orteil, il retrouve l'objet perdu de manière fantasmée. C'est cette position qui est désignée par autoérotisme.

L'autoérotisme est un moyen de substitution de la sexualité manquante (objet perdu) et l'addiction est une forme d'autoérotisme défailant dans laquelle l'individu se tourne vers son corps à travers la prise de substance pour lui procurer le plaisir dont il a besoin :
« *Contracter une habitude est une façon de parler, sans valeur d'éclaircissement;*

quiconque a l'occasion de prendre un certain temps de la morphine, de la cocaïne, de l'hydrate de chloral, etc., n'acquiert pas de ce fait l'addiction à ces choses. Une investigation plus précise met en évidence, en règle générale, que ces narcotiques sont destinés à être le substitut -directement ou par des détours- de la "jouissance sexuelle manquante" et que chaque fois qu'une vie sexuelle normale ne peut être rétablie nous pouvons compter avec certitude sur la rechute du patient. » (Andrade,2009).

Comme le nourrisson ayant appris à sucer son pouce et ne dépendant plus d'un objet extérieur incontrôlable pour sa satisfaction personnelle, l'addict refusant le manque, acquiert par sa drogue une autonomie et une indépendance paradoxales et illusives.

« La plus brutale, mais aussi la plus efficace des méthodes destinées à exercer pareille influence corporelle, est la méthode chimique, l'intoxication. Je crois que personne n'en pénètre le mécanisme, mais c'est un fait que, par leur présence dans le sang et les tissus, certaines substances étrangères au corps nous procurent des sensations agréables immédiates... On ne leur doit pas seulement une jouissance immédiate, mais aussi un degré d'indépendance ardemment souhaité à l'égard du monde extérieur. On sait bien qu'à l'aide du "briseur de soucis" l'on peut à chaque instant se soustraire au fardeau de la réalité et se réfugier dans un monde à soi qui réserve de meilleures conditions à la sensibilité » (Andrade,2009).

C'est ainsi qu'à la recherche de liberté et d'indépendance vis-à-vis de son désir, l'individu peut finir par être addict et totalement aliéné : « Dans la toxicomanie, affirme Vera Ocampo, l'essentiel n'est pas l'objet de l'addiction et ses propriétés chimiques, mais « l'auto-érotisme sous-jacent en tant qu'idéal narcissique d'indépendance et d'autonomie. » La fonction de la drogue consisterait à effacer l'absence structurale d'un objet adéquat au désir. Le lien d'exclusivité que le sujet toxicomane établit avec la drogue serait une tentative d'invalider toute possibilité pour les autres objets de se constituer en tant qu'objets de plaisir. Du point de vue clinique, ce qu'il est essentiel de considérer est la « passion d'indépendance à l'égard de l'autre », et l'expression d'un idéal de maîtrise de l'objet qui ne saurait manquer. » (Ocampo,2006).

3.1.1.2. Winnicott :

La vision qu'a cet auteur de l'addiction découle de sa conceptualisation de l'objet transitionnel.

En observant les nourrisson, Winnicott note qu'entre quatre et douze mois, ils s'attachent à un objet en particulier (ours en peluche, serviette, jouet) qui devient alors plus important pour eux que le reste des objets et nécessaire lors de l'endormissement.

C'est cet objet qu'il appelle « objet transitionnel » et qui servirait selon lui à réduire les angoisses de séparation chez le nourrisson et l'aiderait lors de son passage d'une relation fusionnelle orale avec la mère à une relation objectale où il arrive à se différencier de sa mère.

L'addiction serait donc selon lui une régression dans laquelle l'objet de l'addiction joue le rôle d'un objet transitionnel procurant une satisfaction illusoire permettant de réduire sa dépendance relationnelle à l'objet de son désir à un tel point qu'il finit par investir dans l'absence de celui-ci. (Andrade,2009).

« On peut définir l'addiction en terme de régression au stade primitif où les phénomènes transitionnels ne sont pas mis en question. Cette stagnation à l'illusion primitive va engluer le sujet dans le stade des satisfactions hallucinatoires, en le condamnant à investir l'absence même, en lieu et place de l'objet de désir. Il devient alors possible de nier l'importance de l'objet humain et de faire l'économie de l'ambivalence avec l'objet aimé. » Winnicott, 1969)

Winnicott retient le fait que les addictions font office de défenses narcissiques qui seraient pathologiques. Elles servent à protéger le sujet contre la dépression, voire la psychose car il reste dans la relation objectale. Winnicott, 1969)

McDougall, reprenant les travaux de Winnicott, estime que les addictions seraient le fruit d'une évolution pathologique des phénomènes transitionnels.

Selon elle, l'addiction désignerait : « une pathologie dans la maturation normale des phénomènes transitionnels, dans cette étape intermédiaire où le petit enfant crée un objet ou une activité, dotés imaginativement des qualités de la présence maternelle. »

Le sujet n'ayant pu dans son enfance accomplir une introjection de la représentation d'une mère soignante qui a pour fonction d'aider à supporter la tension psychique de la séparation, se met à la recherche d'une solution palliative à ce manque dans le monde externe.

Ces solutions provenant du monde externe offrirait temporairement une réduction du stress psychique et rempliraient la fonction maternelle recherchée.

Les objets dans l'addiction remplacent donc les objets transitionnels par lesquels l'enfant acquiert son indépendance lors du passage à la relation objectale mais sont en réalité ce que McDougall appelle des objets transitoires qui sont tout le temps à recréer et sans quoi le sentiment de vide s'installe. Le passage par ces objets transitoires restera un échec car le sujet cherche à combler par le monde externe une lacune du monde interne. (McDougall,2004).

3.2. Psychologie scientifique :

3.2.1. Théories des automatismes

Selon ces théories les comportements addictifs sont acquis à travers des mécanismes qui façonnent la réponse comportementale sans l'intervention de décisions conscientes, d'intentions et sans faire appel à une quelconque capacité d'autorégulation au cours de ce processus.

3.2.2. Théories de l'apprentissage

Les théories de l'apprentissage sont issues d'études (souvent réalisées sur des espèces animales) au cours desquelles le comportement fut modifié à l'aide de récompenses et de punitions. Elles représentent un corpus théorique important et ont permis

d'expliquer de nombreux comportements humains (Mook,1987).

Appliquées à l'être humain, le postulat de ces théories est que nous avons gardé les mécanismes cérébraux qui font que les rats actionnent un levier pour obtenir de la nourriture ou pour éviter un choc électrique.

De plus, ces mécanismes continuent à dessiner notre comportement. L'addiction est alors le résultat d'activités qui produisent une puissante récompense qui se renforcera avec l'exposition récurrente à ces dernières.

Théorie

L'addiction implique l'apprentissage d'associations entre stimuli, réponses et renforçateurs positifs et négatifs potents.

a) Validation

- Des animaux peuvent acquérir des styles comportementaux addictifs à travers l'association répétée de stimuli, de réponses et de renforçateurs. (Ahmed, 2012)..
- Certains comportements addictifs humains semblent montrer des patterns d'acquisition et d'extinction prédits par la théorie du conditionnement classique et opérant (Hyman, Malenka & Nestler, 2006)
- Au moins certains comportements addictifs semblent impliquer des mécanismes d'habitude automatiques (Tiffany,1990).

b) Exemples

3.2.2.1. Modèle comportementaliste

Dire qu'une substance est utilisée à un niveau jugé excessif par les normes de l'individu ou de la société et que la réduction du niveau d'utilisation est difficile est une façon de dire que la substance a acquis un contrôle considérable sur le comportement de l'individu.

Dans le langage comportementaliste, l'on dirait que la substance agit comme un puissant renforçateur.

Les modèles comportementaux en psychologie sont ceux qui soulignent l'importance de l'apprentissage, défini comme un changement du comportement relativement permanent qui résultent de l'interaction de l'organisme avec son environnement conformément à un certain nombre de lois fondamentales du comportement.

3.2.2.2. Théorie du Conditionnement classique

Le conditionnement classique, pavlovien ou répondant décrit par Pavlov, il consiste dans le déclenchement d'une réponse (la salivation) par l'association répétée d'un stimulus conditionnel (un son) précédant un stimulus inconditionnel (la nourriture). La répétition de cette association son-nourriture forme un apprentissage au terme duquel le son seul suffit pour déclencher la réponse de salivation.

On dit alors que la salivation est une réponse conditionnée dans le cas où le son de la cloche la produit.

3.2.2.3. Théorie de l'apprentissage opérant (conditionnement skinnerien)

Dans le conditionnement instrumental mis en évidence par Skinner, l'élément fondamental de l'apprentissage est l'action exercée par le sujet sur son environnement.

Il s'agit d'un apprentissage par les conséquences de l'action. Ces conséquences seront sélectionnées selon leur effet positif ou négatif : on parle alors de renforcement.

L'intervention active du sujet peut être renforcée positivement (le comportement a de grandes probabilités de se répéter) ou négativement (action d'évitement).

Les renforçateurs peuvent être primaires (biologiquement nécessaires) ou secondaires : de nature sociale (approbation), symbolique (argent, médaille) ou conditionnelle (échangeables contre des renforçateurs matériels).

Lorsque le comportement n'est suivi d'aucune conséquence, d'aucun renforcement, il disparaît progressivement : on parle d'extinction du comportement.

Pour appliquer ce modèle à l'addiction, la consommation répétée d'une substance peut être considérée comme un comportement maintenu par ses conséquences : le produit est un **renforceur positif** du comportement de par les **effets gratifiants** qu'il procure ; le soulagement des symptômes du sevrage est un **renforceur négatif** du comportement par le fait qu'il évite au sujet de ressentir le manque.

3.2.2.4. Conditionnement évaluatif

Le conditionnement évaluatif est un type d'apprentissage par association dans lequel le fait d'aimer ou ne pas aimer un stimulus est influencé par l'association de ce dernier avec des stimuli que l'on aime ou n'aime pas.

3.2.2.5. Théorie de la sensibilisation aux stimuli incitateur

Cette théorie considère que la prise répétée de substances addictives de manière auto-administrée débouche sur une neuroadaptation dans laquelle le comportement est de moins en moins sous le contrôle du plaisir anticipé (liking/ « aimer ») et plus sous le contrôle de la « saillance incitative », dont la manifestation subjective est wanting/ « vouloir ». (Robinson & Berridge, 2001).

Ainsi, dans le développement de la dépendance, une dissociation peut être observée entre « vouloir » et « aimer ».

(Berridge, Robins & Aldridge, 2009).

3.2.2.6. Théorie de l'inertie et du moment comportemental

D'après cette théorie, le moment comportemental, représenté par la tendance qu'aurait un comportement à se maintenir malgré l'absence de renforcement ou alors même que la satiété est atteinte, refléterait la plus grande puissance des couples associatifs

(stimulus–renforçateur) sur les couples (réponse-renforçateur). (Nevin & Grace, 2000).

Cela voudrait dire que le contexte dans lequel un comportement addictif est généré pourrait jouer un plus grand rôle dans son maintien que ce que prévu par les modèles de conditionnement classique et opérant.

(Quick & Shahan, 2009). (Jimenez-Gomez & Shahan, 2007).

3.3. Théories de l'impulsion

a) Théorie

L'addiction est la conséquence du développement de puissantes impulsions sous l'effet de mécanismes homéostatiques.

b) Validation

- De nombreux comportements addictifs semblent activer les zones temporales

Suggérant des états impulsifs, par exemple « désir induit par abstinence » (Kostowski, 2002).

- De nombreux comportements addictifs influencent, et sont influencés par des états d'impulsion naturels, comme la faim ((Kokavec, 2008).; (Yeomans, 2010).

- Les témoignages subjectifs d'envie pressante de s'adonner à différentes conduites addictives présentent des caractéristiques similaires à des état d'impulsions naturels (Shiffman,2000).

- Des preuves physiologiques et neuroanatomiques suggèrent que les changements du système nerveux central (SNC) conduiraient au fonctionnement altéré de processus homéostatiques. (Koob, 2008).

c). Exemples

-Le modèle de « l'addiction-maladie »

3.3.1. Théories du dysfonctionnement de l'inhibition

a) Théorie

L'addiction est le résultat d'une défaillance des mécanismes nécessaires au contrôle des impulsions.

b) Validation

- Le trouble du contrôle des impulsions est un facteur de risque important pour la dépendance (Perry & Carroll, 2008)..
- Des preuves neurophysiologiques suggèrent que l'altération des voies cérébrales impliquées dans l'inhibition comportementale est reliée à l'addiction. (Goldstein, Volkow, Wang, Fowler & Rajaram, 2001)..

c) Exemples

-Dysfonctionnement du circuit cérébral de l'inhibition

- Dysfonctionnement du cortex orbitofrontal dans l'addiction à la cocaïne.

3.3.2. Théories de l'imitation

Elles ne sont pas directement axées sur l'addiction, mais peuvent être potentiellement très pertinentes en ce qui concerne l'acquisition de modèles de comportement et d'idées à la suite d'une exposition directe aux modèles.

Il est bien établi que les humains sont très imitatifs entre eux dans de nombreux aspects du comportement.

Les exemples évidents sont les accents et les manières, mais il y a des raisons de croire que cela peut s'étendre à des comportements qui ont un potentiel addictif. Il est également plausible que les idées et les identités peuvent être influencées par ce

processus.

A travers l'identification (processus de création d'aspects de sa propre identité basée sur l'observation des autres) qui est un phénomène bien établi, le comportement potentiellement addictif de la part de modèles pourrait être une route importante dans le maintien de ce type de comportement.

a) Théorie

La dépendance est le résultat de, ou du moins commence par, l'imitation des modèles de comportement et l'assimilation des idées et des identités.

b) Validation

- Il y a de fortes associations entre l'exposition à des modèles (parentaux, frères et sœurs ou groupe de pairs) et l'adoption de comportements addictifs ((Kandel & Andrews, 1987). .
- L'exposition à des modèles dans les médias est associée à une plus grande motivation à s'engager dans des comportements addictifs ((Anderson & Kilduff, 2009). ; (Lovato, Watts & Stead, 2011).

c) Exemples

4.3.3. Théorie de l'apprentissage social :

Cette théorie stipule que les individus peuvent apprendre en observant les comportements des autres et les conséquences de ceux-ci.

Cela peut se produire même par l'observation seule. Les cognitions jouent un grand rôle dans l'apprentissage avec l'attention principalement qui joue un rôle plus prépondérant. (Bandura & Walters,1977)..

La théorie propose que les individus doivent être motivés pour imiter les modèles (réels, symboliques ou imaginaires) et que ce processus implique récompenses et punitions

ou l'observation de la récompense et de la punition vécues par les autres.

Dans tous les cas, le statut du modèle peut avoir un effet assez important.

Le concept d'efficacité personnelle apparaît comme important pour déterminer si, oui ou non, les comportements se produisent et si les individus persistent dans ces comportements. (Gwaltney, Shiffman, Balabanis & Paty, 2005).

La théorie de l'apprentissage vicariant est devenue une théorie dominante en psychologie et a été appliquée à des domaines aussi divers que l'éducation et le comportement criminel, mais à ce jour, il y a eu relativement peu d'applications de celle-ci dans le domaine de l'addiction.

4.3.4. Théorie de l'imitation automatique

Il existe un corpus théorique autour de l'idée que les êtres humains seraient programmés pour mimer certains aspects comportementaux sans pour autant en être conscients et sans avoir besoin d'être motivés par la punition et la récompense. (Heyes, 2011)..

4.4. Théories du choix réfléchi

Elles impliquent une analyse consciente des options et une décision d'adopter une de ces options. Il est souvent admis, que le comportement humain proviendrait d'un tel traitement de l'information.

Certains partisans de ce point de vue admettent que le choix est, au moins dans une certaine mesure, influencé d'une manière ou d'une autre par des mécanismes extérieurs à la conscience, mais ils considèrent quand même le choix comme étant le processus principal à l'œuvre et la source du comportement humain.

Les addicts choisissent de s'engager dans le comportement addictif, leur rémission dépend du fait que le choix inverse soit privilégié.

Le choix peut être rationnel ou biaisé, mais il comprend toujours une comparaison des coûts et des bénéfices.

4.4.1. Théorie du choix rationnel

a) Théorie

L'addiction est le fruit d'un choix rationnel (dans le sens où l'on décide des préférences de manière rationnelle et analytique pour agir ensuite) qui favorise les bénéfices du comportement addictif aux coûts de ce dernier.

b) Validation

- Beaucoup d'addict pensent que leur vie est de meilleure qualité avec l'objet de l'addiction plutôt que sans (Davies, 1997).
- Les stimulants et les non-stimulants peuvent être efficaces pour modifier les comportements de dépendance, du moins à court terme (Lussier et al., 2006).

c) Exemples :

-Subjective expected utility (SEU) theory

-Multi-attribute utility (MAU) theory

-Prospect theory

-Theory of planned behaviour

-Protection motivation theory

-Theory of rational addiction

-Positive and negative expectancy theories

4.4.2. Théorie du choix biaisé

a) Théorie

L'addiction jaillit, au moins en partie, de l'influence de biais émotionnels et d'autres types de biais lors du processus par lequel la comparaison entre s'engager ou non dans un comportement addictif est effectuée.

b) Validation

- Les addicts montrent des biais motivationnels et cognitifs qui pourraient promouvoir l'addiction. (Field and Cox, 2008)

- Les changements de préférences sont fréquents chez les addicts.

(Skog, 2000 ; Andreou, 2008).

- Les états émotionnels influencent les processus de prise de décision.

(Pfister and Bohm, 2008)

c) Exemple :

-Théorie des préférences instables

-Théorie de la discontinuité temporelle des choix

4.4.3. Modèle cognitif

La cognition se définit comme l'acquisition et l'utilisation de la connaissance.

Le modèle cognitif est celui du traitement de l'information.

Il considère les notions d'informations, de schémas, de processus, de pensées automatiques, d'émotions, de comportements et de conséquences.

Un sujet perçoit et traite les informations en fonction de schémas cognitifs acquis. Les schémas sont des représentations de nos connaissances et des expériences antérieures. Ils sont des structures inconscientes, stockées dans la mémoire à long terme.

Ils gèrent toutes les étapes du traitement de l'information : ils filtrent, organisent et donnent un sens aux informations, ce qui induit de l'émotion. Ces schémas constituent

les structures de base de l'organisation cognitive.

Dans le cas des addictions, les informations sont perçues à travers le filtre des schémas cognitifs qui correspondent à des croyances profondes, attribuant un effet particulier et indiscutable à l'objet de l'addiction.

Ce qui différencie les individus normaux des cas d'addiction, c'est le niveau d'activation des schémas cognitifs : trop sollicités, ils deviennent rigides et envahissent la pensée.

Dans ce modèle, les émotions, les pensées et les comportements sont en interaction permanente.

Depuis les travaux de Beck sur la dépression et les troubles anxieux, on sait que certaines pensées ont tendance à apparaître rapidement de manière automatique. Elles sont situées à la périphérie de la conscience. Ces pensées automatiques consistent en « un dialogue intérieur » qui reflète les émotions. Elles représentent la voie d'accès vers les structures profondes que sont les schémas cognitifs.

Les processus cognitifs transforment ces informations en événements cognitifs (pensées, images mentales) qui interagissent avec les comportements.

Parmi tous ces processus cognitifs, certains peuvent devenir dysfonctionnels pour diverses raisons et entraîner des distorsions cognitives, des erreurs de raisonnement. Ces erreurs amènent le sujet à manifester des comportements inadaptés.

Le système de croyances, par exemple, entretient le comportement addictif. Des distorsions cognitives, participant au maintien du trouble, ont été relevées concernant le sevrage : les patients pensent que le sevrage provoque des effets secondaires intolérables ou qu'ils sont incapables de contrôler leur besoin.

4.4.3.1. Biais et distorsions cognitives

L'addiction est maintenue, au moins en partie, par des biais de traitement de l'information qui favorisent les réactions positives aux comportements addictifs et la

tendance à rechercher ce dernier. (McCusker, 2001).

Les modèles du « **biais de l'attention** » stipulent que les sujets addicts montrent une tendance à accorder plus d'attention aux stimuli liés à l'objet de leur addiction que les sujets qui ne connaissent pas d'addiction.

Pour les individus addicts à l'alcool, par exemple, les stimuli dans leur environnement qui sont liés à l'alcool atteignent une plus grande proéminence et peuvent déclencher le désir de consommer d'une manière particulière.

Des « **biais de souvenir** » existent peut-être aussi dans lesquels les addicts se remémorent difficilement les effets négatifs de leur comportement addictif et plus facilement et plus clairement les effets positifs.

Exemple : difficulté à se rappeler de la dernière « gueule de bois » pour un alcoolique.

The affect heuristic

Gateway theory

Conflict theory

4.5. Théories focalisées sur le but recherché

La dépendance découle de la recherche du plaisir ou de l'évitement de la détresse ou de l'inconfort ou, du moins en partie, de l'identification avec d'autres personnes qui se livrent à un comportement addictif.

4.5.1. Théories de la récompense

a) Théorie

La dépendance découle du plaisir et de la satisfaction causée par l'activité addictive. Plus le plaisir et la satisfaction sont grands, plus grand est le risque de dépendance.

b) Validation

- Les addicts témoignent qu'ils font l'expérience de forts effets euphorisants lors de leur consommation de drogues et au cours de leurs activités addictives.

(Wise and Bozarth, 1987).

- Le style d'apprentissage des comportements addictifs des espèces animales est souvent très similaire à l'apprentissage de la réponse à la récompense naturelle.

(Self and Nestler, 1995 ; Kelley and Berridge, 2002 ; Koob and Le Moal, 2005)

- De nombreux comportements addictifs fournissent des fonctions recherchées telles que le maintien de la forme corporelle désirée. (Cawley et al., 2004)

c) Exemples

-Échec dans l'habituation à la récompense :

-Théorie de l'image corporelle dans l'addiction aux stéroïdes

-Théorie du maintien du poids dans l'addiction au tabac

4.5.2. Théories du besoin acquis

a) Théorie

L'Addiction implique le développement de besoins physiologiques et/ou psychologiques, à la suite de l'engagement dans le comportement addictif, qui ne sont ensuite plus satisfaits que par ce comportement addictif.

b) Validation

- Les addicts éprouvent souvent des symptômes de sevrage aversifs et conduisent à des états qui empêchent l'abstinence. (West and Gossop, 1994)
- Les médicaments qui soulagent ces besoins et diminuent ces états améliorent les chances d'atteindre et de maintenir l'abstinence. (Lingford-Hughes et al., 2004)

c) Exemples :

-Drug withdrawal theory

-Opponent-process theory

4.5.3. Théories du besoin préexistant

a) Théorie

L'addiction consiste à adopter des comportements qui répondent à d'importants besoins préexistants.

b) Validation

- Les personnes ayant des besoins psychologiques préexistants (ex. : dépression, anxiété) auxquels s'ajoutent des comportements addictifs sont plus susceptibles de devenir addicts et moins susceptibles de se rétablir.

(Jane-Llopis and Matytsina, 2006).

c) Exemples

-Théorie de l'automédication

-Théorie de l'attachement

-Théorie de régulation de l'affect (stratégies de coping)

4.5.4. Théories de l'identité

a) Théorie

La dépendance naît de, et est au moins en partie maintenue par, des aspects identitaires (perception de soi, idée de soi).

b) Validation

- Il y a des preuves de changement d'identité dans le développement et les transitions des comportements addictifs. (Kearney and O'Sullivan, 2003).
- Il y a des preuves que les interventions qui tentent de promouvoir des changements de l'identité, par exemple en tant que personne « en rétablissement » dans les programmes en 12 étapes, peuvent avoir un certain effet dans la promotion du rétablissement des sujets addicts. (Davis et al., 2002)

c) Exemples

-Théorie de l'identité

-Le modèle prototype/ volonté

-Théorie de l'affirmation de soi

4.5.5. Théories intégratives

La dépendance implique une combinaison de mécanismes dans lesquels les facteurs environnementaux, les états internes, les traits de personnalité interagissent pour générer des motivations conscientes et non conscientes basées sur la recherche du plaisir ou de la satisfaction et/ou sur l'évitement de l'inconfort.

4.5.6. Théories de l'autorégulation

a) Théorie

La dépendance implique un échec des stratégies, des compétences et de la capacité de maîtrise de soi d'un individu pour contrer les impulsions et les désirs immédiats sous-jacents au comportement addictif. Cet échec peut en partie être causé par

« L'épuisement de l'ego ».

b) Validation

- Beaucoup d'addicts montrent toutes les preuves de vouloir contrôler ou arrêter le comportement addictif, mais éprouvent le sentiment d'être dépassés.

(Schober et al., 1991; Baumeister and Heatherton, 1996 ; Heatherton and Vohs, 1998 ; Hustad et al., 2009).

- Certaines mesures de la capacité de maîtrise de soi sont associées au développement et à la rémission des comportements addictifs.

(Muraven and Baumeister, 2000; Tangney et al., 2004)

- Les addicts montrent souvent des signes de modes de vie désordonnés qui peuvent indiquer des difficultés à réguler leur comportement.

(Feichtinger et al., 1997 ; Schwartz, 1998 ; Smith and Marshall, 2007)

c) Exemples

-Théorie du contrôle cognitif

-Théorie du dysfonctionnement dans l'exécution

-Théorie de l'autorégulation

-Théorie de l'autodétermination

-Théorie de l'implémentation d'intentions

4.6. Théories intégratives multidimensionnelles

a) Théorie

La dépendance implique un large éventail de processus pour différents comportements, populations, contextes et individus. Les facteurs sociaux et environnementaux

interagissent avec différentes dispositions préexistantes pour déclencher l'initiation du comportement et cela conduit, à travers un processus interactif, à des changements dans l'environnement personnel et les dispositions personnelles pour augmenter la force de motivation à s'engager dans le comportement par rapport aux comportements concurrents.

b) Validation

La validation de ces théories découle de l'échec de théories plus spécifiques à rendre compte de toute la gamme des observations importantes rencontrées. Les preuves de théories spécifiques au sein de cette classe se rapportent aux caractéristiques spécifiques des théories, car elles sont multiformes.

En fin de compte, la valeur de telles théories dans leur ensemble sera déterminée par leur efficacité dans la promotion du développement d'interventions réussies qui n'auraient pas été générées par des approches différentes.

c) Exemples

-Le « Pathway model of gambling » pour le jeu pathologique

-Théorie des troubles d'externalisation et d'internalisation

-Théorie des appétits excessifs

-Théorie PRIME de la motivation

4.6.1 Théories du changement

a) Théorie

L'occurrence initiale du comportement addictif, le développement de l'addiction, les tentatives de rémission et le succès ou l'échec de ces tentatives impliquent des processus différents qui peuvent être délimités et influencés par différentes interventions.

b) Validation

- Il y a un grand nombre de preuves de l'efficacité de processus cognitifs et émotionnels, en particulier la dissonance cognitive (voir ci-dessous), dans l'évolution des attitudes et des comportements. (Conditte and Lichtenstein, 1981 ; Prochaska and DiClemente, 1983, 1984 ; Dickerson et al., 1992 ; Sobell et al., 1993 ; Matthew, 1994 ; Koski-jännes, 1998 ; Pollak et al., 1998 ; Hyde et al., 2008).

- Les stades les plus proximaux dans la théorie des stades montrent de plus fortes associations temporelles entre eux. (Dijkstra et al., 1998)

Par exemple, le stade de « contemplation » (intention de changer dans les 6 prochains mois, mais pas le mois prochain) est plus susceptible d'être suivi du stade « préparation » (intention d'arrêter le mois prochain) que d'être suivi du stade « Agir » (avoir commencé à changer).

- Différents processus de changement ont été identifiés à différentes étapes de la transition (DiClemente et al., 1991 ; Remme et al., 2008 ; Lippke et al., 2010).

- Dans certaines populations, et tout du moins avec certains comportements addictifs, différents facteurs prédisent différentes phases du cycle de vie de l'addiction ; ainsi, son développement et l'échec de la rémission semblent s'hériter de manière plus importante que son initiation. (Rhee et al., 2003 ; Vink et al., 2005, Heath et al., 2002)

L'expérience d'affect positif semble jouer un plus grand rôle dans la dissuasion des tentatives de rémission que le succès de ces tentatives. (Fidler and West, 2011)

- Les interventions dans certaines populations avec certaines addictions semblent avoir des effets différentiels sur les différents stades de la transition (DeCicca et al., 2008).

c) Exemples :

-Théorie de la dissonance cognitive.

-Modèle ELM « Elaboration likelihood theory »

-Modèle trans-théorique du Changement

-Théorie de l'acceptation et de l'engagement

-Modèle de prévention de la rechute

4.6.2. Modèle psychosocial de S.Peele

Ce modèle aurait pu être classé dans les théories intégratives, tant il s'inspire de nombreuses théories précédemment citées, mais il nous a paru ici plus pertinent de souligner sa proximité avec le domaine de la sociologie et considérer le lien existant avec l'approche de santé publique de l'addiction.

A la rencontre entre la psychologie et la sociologie, Stanton Peele en insistant

« Plus sur le rapport entre l'individu, activité/substance et le contexte social, [...] définit la dépendance non pas comme un état permanent de maladie, mais plutôt comme un continuum multifactoriel d'apprentissage psychosocial »

L'idée de continuum de l'addiction s'oppose à la vision médicaliste dichotomique de l'addiction-maladie dans laquelle le sujet est considéré comme atteint (malade) ou sain (normal) et l'addiction est décrite comme état pathologique ayant des étapes de progression prédites, inéluctables et allant dans un sens ou dans l'autre.

Ainsi Peele, voit l'addiction comme le fruit de l'expérience (au sens

Phénoménologique) que l'on fait de l'objet de l'addiction, expérience dont le référentiel (contexte) sera d'une très grande importance pour le maintien de celle-ci.

Ce contexte est façonné par la relation qu'a le sujet avec l'objet de l'addiction, elle-même le fruit de la relation qu'a la société avec cette objet et la place de l'individu dans cette société et sa situation psychologique à chaque instant.

Pour Peele, l'addiction n'est pas le fruit des substances psychoactives elles-mêmes, puisque la majorité des patients auxquels on prescrit des opiacés arrivent à s'en défaire

après la fin de la prescription et à supporter le syndrome de sevrage pourtant considéré plus important que celui provoqué par la cigarette.

L'objet de l'addiction ayant éliminé progressivement tous les autres objets motivants et manières de se réaliser et de s'accomplir du sujet (s'il y en avait), il vit naturellement l'absence de l'activité/substance comme un traumatisme et un tourment existentiel intolérable. Le manque généré par l'échec amoureux serait tout en haut de l'échelle d'intensité en terme de syndrome de sevrage, nous dit Stanton.

Selon lui : *« L'expérience du manque lors du sevrage est dès lors fonction de l'interprétation que l'individu en fait. Les croyances, cultures et le discours social jouent aussi un grand rôle dans l'addiction. Par exemple, une croyance répandue selon laquelle le pouvoir d'une drogue, sa capacité à asservir une personne et la difficulté d'y échapper contribuent à rendre le sevrage individuellement plus difficile. »*

« Tout aussi importante est la disposition de la personne à affronter le sevrage et la conviction qu'elle a de pouvoir le gérer. Si vous êtes convaincu que le retrait sera douloureux et intolérable et que vous ne pourrez pas y résister, ou si vous n'avez pas de raisons suffisamment puissantes pour confronter les expériences du sevrage, vous ne serez pas prêt à sortir de votre addiction »

« Ironiquement, l'une des croyances qui contribuent le plus à la prédisposition à l'addiction est la croyance en la puissance de l'addiction elle-même. Croire que les drogues sont plus fortes que vous signifie que vous deviendrez plus facilement addict et plus longtemps. Mais si vous reconnaissez que les drogues et l'alcool ne vous privent jamais de vos responsabilités et de votre capacité à contrôler votre destinée, même si vous avez des parents alcooliques ou avez déjà eu des problèmes d'addiction, vous avez toujours une meilleure chance d'éviter l'addiction. »

La société tient donc une grande place dans le maintien de l'addiction. Cela se manifeste à travers le lien que la société entretient avec l'objet de l'addiction et la nature de ce lien.

Par exemple, l'éclosion vertigineuse des casinos en Amérique du Nord et leur légalisation par les gouvernements en place représentent la place privilégiée accordée aux retombées économique dans le lien (société-casino) plutôt qu'au retombées sanitaires. De même pour l'emprise des grandes entreprises d'alcool ou de tabac sur la transmission de certains messages et de publicités, le rôle des institutions privées et publiques et des professionnels de la santé dans le renforcement du discours de la maladie, la socialisation des mouvements des Alcooliques Anonymes et de leur philosophie appliquée à de plus en plus de comportements, etc.

Cette réalité sociale, basée sur une idéologie individualiste de la concurrence effrénée, la performance à tout prix, les inégalités sociales, la faiblesse du lien social se traduit généralement par un sentiment d'exclusion plus propice à la dépendance.

Dans cette vision, le thérapeute doit donc être à même d'analyser le contexte multidimensionnel dans lequel se produit et se maintient l'addiction pour pouvoir l'affaiblir et le reconstruire de manière à produire une extinction du comportement addictif en modifiant, non seulement le lien (sujet-addiction) mais aussi le lien (société-addiction) et le lien (sujet-société) (Therrien, 2009) de manière à augmenter les chances de rémission.

C'est après ce travail d'analyse de la vision et du discours social que Peele conclut qu'une pathologisation (étiquetage en tant que maladie) de l'addiction est à l'œuvre au niveau social et institutionnel, probablement induite par des facteurs économiques et idéologiques (médicalisation).

Cela donne naissance à sa conceptualisation psychosociale de l'addiction par contraste à la vision d'addiction-maladie résumée dans le tableau ci-après

MODELE DE LA MALADIE	MODELE PSYCHOSOCIAL
La dépendance est innée et biologique	La dépendance est une façon de faire face à soi et au monde
La solution est le traitement médical et L'appartenance aux groupes tels les A.A.	La solution exige une prise de conscience, des nouvelles habiletés et un changement de l'environnement
La dépendance c'est « tout ou rien », tu es ou tu n'es pas dépendant	La dépendance est un continuum, tu es + ou – sujet à la dépendance
La dépendance est permanente et tu peux rechuter à tout moment	La dépendance peut croître, être réduite ou arrêtée
Le dépendant est « en déni » et doit être forcé de reconnaître qu'il est malade	Tu dois identifier les problèmes et les solutions Qui te conviennent
L'ex-toxicomane est l'expert	Le meilleur modèle est la personne sans dépendance
La dépendance est une « maladie Primaire »	La dépendance est issue d'autres Problèmes que tu as dans ta vie
Tes principaux associés devraient être d'anciens toxicomanes	Tu devrais t'associer avec une variété de personnes
Tu dois accepter la philosophie de la maladie pour te rétablir	Améliorer ta vie n'est pas une question de croire à un dogme
Céder à un plus grand pouvoir que soi est la clé de la réhabilitation	Tu dois développer ton propre pouvoir pour t'améliorer

Dans ce modèle la notion de **perte de contrôle** est aussi mise à mal. L'idée selon laquelle un addict abstinent qui reprendrait l'activité/substance ne pourrait alors s'arrêter n'est pas validée scientifiquement. Les résultats montrent, au contraire, que les

personnes peuvent exercer un certain contrôle sur leur consommation ou réduire la fréquence et l'intensité de leurs activités de dépendance (Peele, 2004 ; Sobell, 2002a ; 2002b ; Hodgins et al, 2002).

En ce qui concerne l'**abstinence**, elle est désirable et doit être recherchée mais peut s'avérer être un obstacle si elle est imposée comme condition préalable au traitement. Si la rechute potentielle des personnes est vue comme un problème d'abstinence, ça évacue l'intentionnalité et les choix multiples des personnes dans le processus de décision alors qu'ils représentent justement la pierre angulaire du changement personnel et social.

L'approche de santé publique qu'aborderons plus loin dans cette étude, semble être un bon exemple de ce type d'appréhension psychosociale de l'addiction et de la manière d'y répondre.

L'addiction peut être comprise en termes d'interactions entre les différents paramètres ayant trait aux populations. Dans de nombreux cas, ils peuvent être modélisés quantitativement en tant que fonctions.

4. Dimension sociale de l'addiction

5.1. Théorie des réseaux sociaux

Les théories des réseaux sociaux utilisent des variables qui mesurent la connectivité entre différents types de 'nœud'. Ils traitent la force et le type de ces connexions comme des données entrantes (inputs) et la prévalence des comportements addictifs dans les populations, les sous-populations et les groupes en tant que données sortantes (outputs).

a) Théorie

Les taux de transition vers et hors de l'addiction des individus au sein d'un groupe ou d'une population sont fonction des liens sociaux entre les individus qui sont et ne sont

pas promoteurs de l'addiction ou de la non-addiction, et de la nature de ces liens.

b) Validation

- Les comportements addictifs se produisent dans des groupes à plusieurs niveaux, des familles aux groupes locaux en passant par les sous-cultures et finalement les populations entières. (Valente et al., 2003; Rosenquist et al., 2010)
- Les changements dans la prévalence des comportements addictifs semblent montrer des tendances similaires à la contagion dans les maladies infectieuses. (Christakis and Fowler, 2008)

c) Exemples

Théorie de la diffusion :

Cette théorie décrit comment les « innovations » se propagent à travers les réseaux ; dans le cas de l'addiction, cela peut signifier l'utilisation d'un produit addictif ou méthode (par exemple un nouveau médicament ou méthode de sevrage) pour aider à surmonter l'addiction (Ferrence, 1996,2001).

Un processus en cinq étapes est proposé, qui implique la connaissance, la persuasion, la décision, la mise en œuvre et la confirmation. Le processus est fluide et dépend des canaux de communication et d'un ensemble complexe de forces potentiellement concurrentes.

5.2. Théorie de la contagion sociale

Ce modèle se concentre spécifiquement sur les connexions sociales entre les individus et les groupes pour cartographier l'adoption et la cessation des comportements, y compris les comportements addictifs tels que le tabagisme (Einstein & Epstein, 1980 ; Rende et al., 2005).

5.3. Théorie de l'acteur-réseau (ANT)

Dans cette théorie, le monde ne doit pas être pensé en termes de groupes sociaux, mais en réseau. Ce qui *fait* le social, c'est l' « association », la formation de « collectifs » et l'ensemble des relations et les médiations qui les font tenir ensemble. (Latour)

Cette conception, qui se veut « symétrique », est proposée par Latour dans *Nous n'avons jamais été modernes*, (1991). Tout se trouve alors être d'égale importance pour l'analyse, qu'il s'agisse des facteurs organisationnels, cognitifs, discursifs ou, plus généralement, des entités « non-humaines » qui entrent dans la composition des collectifs.

Selon cette théorie, la dynamique du réseau évolue à travers la controverse et tout élément du réseau est un acteur et tout acteur est un réseau. Le retrait d'un objet du réseau pourrait totalement remettre en cause l'ancrage d'un réseau et sa stabilité.

5. Dimension communicationnelle

6.1. Communication / modèles marketing

Un vaste corpus théorique existe autour de l'efficacité de la communication et du marketing persuasif. De tels modèles considèrent les addicts comme des « consommateurs ». Ils pensent la communication au niveau individuel (Hirschman, 1992), mais il est également possible de la penser au niveau de la population.

Ils sont pertinents pour le développement, la prévention et la promotion de la rémission en matière d'addiction.

Dans le cas de produits addictifs licites, le rôle du marketing est clair et il est essentiel que toute stratégie pour lutter contre ces dépendances en tienne compte.

Les ressources à la disposition de fabricants de tabac et d'alcool pour promouvoir leurs produits et l'absence d'une réglementation efficace dans de nombreuses régions du

monde contribuent sans aucun doute à la prévalence de l'addiction à ces produits.

La promotion des jeux de hasard, aussi bien sur le terrain que dans les médias de masse, est également bien financée et adopte un puissant marketing. Même les drogues illicites sont plébiscitées par l'utilisation de techniques de marketing relationnel.

a) Théorie

Le développement et l'extinction des comportements addictifs sont influencés par la persuasion découlant des activités de communication et de marketing de ceux qui encouragent ou cherchent à combattre les comportements concernés.

b) Validation

- Les campagnes de marketing de l'industrie de l'alcool et du tabac sont efficaces pour promouvoir les ventes de leurs produits (Gordon et al., 2011).
- Dans certains cas, les campagnes de marketing social de lutte contre certains produits addictifs ont réduit les ventes de ces produits. (DeJong et al., 2006 ; Gordon et al., 2006 ; Stead et al., 2007)

c) Exemples :

Contemporary marketing theory:

Les concepts clés dans la théorie du marketing moderne sont :

- (1) Établir une relation avec le « client » et le fidéliser ;
- (2) Adapter le produit aux désirs et aux besoins du client ;
- (3) L'utilisation de « l'image de marque » avec de fortes associations positives ;
- (4) La segmentation du marché afin que les produits et services soient adaptés aux besoins des groupes particuliers ;

(5) Exploiter le « comportement du troupeau » dans lequel la popularité perçue d'un produit augmente sa popularité réelle ;

(6) La diffusion de l'innovation, qui implique des processus par lesquels les gens adoptent de nouveaux services, produits et idées.

6. Dimension organisationnelle de l'addiction

7.1. Modèles des systèmes organisationnels

‘La théorie des systèmes’ (Emshoff et al., 1975 ; Ahn et al., 2006 ; Chambers et al., 2007 ; Borland et al., 2010) est en train de devenir un thème important dans la recherche sur l'addiction.

Il est reconnu que la compréhension d'un phénomène complexe de ce type nécessite une spécification des éléments impliqués et de leur interaction, et de modéliser itérativement, comme dans la prévision météorologique, les évolutions à moyen et long terme.

a) Théorie

Les comportements addictifs peuvent être compris en termes de systèmes à composantes en interaction mutuelle au niveau de la société (par exemple, gouvernement, industrie du tabac, public).

Les effets de l'innovation introduite dans le système peuvent être annulés par des changements compensatoires ou peuvent se propager à travers le système ou même être amplifiés.

b) Validation

La théorie des systèmes à un niveau général est difficile à tester en utilisant l'expérimentation car elles contiennent de nombreuses propositions interconnectées,

mais elles ont permis d'expliquer des phénomènes qui seraient difficiles à expliquer sans y avoir recours. (Ahn et al., 2006)

c) Exemples

Système de gestion de l'usage du tabac :

Ce modèle aborde le problème de la lutte antitabac du point de vue des systèmes et identifie les obstacles systémiques au progrès (Borland et al., 2010). Cela conduit à des recommandations concernant la réglementation de l'industrie du tabac en soi, en plus des contre-mesures habituelles qui affectent le prix, la disponibilité, l'addiction et la motivation à fumer.

7.2. Importance de l'aide au sevrage tabagique :

La revue précédente de la multitude de théories concernant l'addiction nous permet aisément de comprendre en quoi certains sujets addicts au tabac pourraient rencontrer des difficultés lors de leurs tentatives d'arrêt ou de réduction de leur consommation.

Il existe cependant différentes manières de les aider à sortir de leur addiction, et de faire en sorte que le processus de sevrage soit moins douloureux et plus facile à vivre.

L'accompagnement et l'aide du fumeur jouent un rôle crucial dans la cessation du tabagisme, en effet, un fumeur aidé et accompagné aura plus de chance d'atteindre son objectif de sevrage qu'un fumeur qui ne le sera pas, les taux de sevrage à 6-12 mois toute méthode d'aide confondu sont au minimum à 10 %, alors qu'ils atteignent à peine 3 % en l'absence d'aide.

La prise en charge et l'aide thérapeutique améliorent en effet et de façon significative les chances qu'aura un fumeur d'abandonner son addiction au tabac. (Mojica W. A. *et al.* 2004 ; Robyn Whittaker *et al.* 2016 ; Carmody *et al.* 2008 ; YF Chen *et al.* 2012)

Conclusion

Dans le chapitre suivant, nous allons explorer les différentes méthodes de prise en charge qui existent, les théories sur lesquelles elle se basent, leurs formes, leur efficacité et les voies d'administration de ces traitements dans un premier temps.

Dans un second temps, nous accorderons un peu plus d'importance aux thérapies Allen Carr en exposant les recherches antérieures les concernant. Cela nous permettra d'introduire l'approche de santé publique et de montrer à la lumière de cette perspective, l'intérêt et la pertinence de la présente étude.

Chapitre II

**Thérapies et méthodes d'aide au sevrage
tabagique (Allen Carr)**

1. Prévention tertiaire

Il existe plusieurs types de préventions que nous avons exposés précédemment et qui répondent à différentes situations en fonction de l'importance et de la prévalence de la pathologie.

La prévention tertiaire « intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie » (Organisation Mondiale de la Santé, 1984).

C'est donc dans le cadre de la prévention tertiaire et pour atteindre ses objectifs que les différentes thérapies que nous allons évoquer ont été pensées, et c'est à travers la réalisation d'un objectif en particulier (l'arrêt de la consommation de tabac fumé) que nous allons pouvoir les comparer et juger de leur efficacité.

1.1. Différentes théories de la thérapie

Chacun des grands corpus théoriques exposés précédemment apportant une explication concernant l'initiation, le développement et le maintien du comportement addictif propose aussi en parallèle des méthodes favorisant l'extinction de ce dernier et la rémission des sujets addicts.

Cela débouche sur une offre thérapeutique très variée autant sur le fond que sur la forme et qu'il serait judicieux de détailler.

1.1.1. Les théories des automatismes

La prévention et le traitement impliquent de changer d'environnement pour modifier l'exposition aux incentives et/ou aux renforçateurs, repérer et renforcer les comportements concurrents et/ou améliorer l'efficacité des mécanismes inhibiteurs du comportement addictif.

1.1.2 Les théories du choix rationnel

La prévention et le traitement impliquent la modification de la perception des coûts et

avantages réels ou perçus et/ou l'amélioration du processus de prise de décision.

1.1.3. Les théories focalisées sur le but recherché

La prévention et le traitement impliquent de limiter l'accès aux sources de but recherchés en réduisant leur valeur de récompense et en répondant aux besoins d'autres manières, ou de renforcer l'impact des buts antagonistes.

1.1.4. Les théories intégratives

La prévention et le traitement impliquent d'identifier et d'aborder les facteurs environnementaux et internes qui doivent être modifiés au niveau de la conscience, des processus de choix et des traitements automatiques de l'information.

1.1.5 Les théories du changement

Les interventions visant à prévenir l'adoption ou à promouvoir la rémission devraient être axées sur la promotion de processus de changement particuliers, qui doivent être adaptés au stade du changement et/ou aux processus spécifiques de rechute opérant chez l'individu ou dans son environnement.

1.1.6. Les théories des réseaux sociaux

Les théories des réseaux sociaux impliquent que les interventions pour lutter contre les comportements addictifs devraient se concentrer sur l'affaiblissement des liens sociaux qui les favorisent et développer des connexions efficaces pour contrer ce phénomène.

Elles fournissent des indices sur la façon dont les idées pour combattre l'addiction doivent être « semées » et les lieux dans lesquels elles doivent l'être.

Elles produisent également des informations potentiellement utiles sur la mise en œuvre d'interventions efficaces pour contrer l'addiction.

1.1.7. Les théories de la communication et du marketing

Empêcher les industries nuisibles d'utiliser des tactiques de marketing peut réduire la

prévalence de comportements addictifs alors que dans certaines circonstances, le marketing social et les campagnes anti-addiction peuvent réduire l'adoption et promouvoir la cessation ou la réduction du comportement addictif.

1.1.8. La théorie des systèmes organisationnels

Les interventions doivent considérer comment le système organisationnel dans son ensemble s'adaptera à l'introduction de l'innovation. Il se peut qu'il y ait des compensations adaptatives dans une autre partie du système annulant l'effet de l'innovation. Peut-être que l'innovation va déclencher une réaction en chaîne qui conduira à un effet beaucoup plus grand que celui qui était prévu. Prendre en considération ces possibilités peut être utile lors de la conception d'interventions.

1.2. Différentes thérapies pratiquées, mode opératoires et supports thérapeutiques

1.2.1. La gestalt-thérapie :

La gestalt affirme que l'analyse des parties ne peut jamais donner une idée du tout que ces parties forment.

En thérapie cette approche s'oppose à l'idée que l'on doit appréhender le sujet de manière mécaniste et rationnelle.

Cette thérapie se focalise sur l'expérience que le sujet fait du monde, qui est unique en son genre. Le but étant d'aller vers plus de conscience de soi et du monde. Les troubles proviendraient d'expériences vécues à moitié et en quelque sorte « non terminées » (Perls, 1969). Voici quelques principes de la thérapie :

- L'organisme doit être considéré comme un tout.
- Être ici et maintenant est très important afin d'être en bonne santé
- Le comment est plus important que le pourquoi, les causes ne sont pas aussi

importantes que les résultats.

- L'expérience subjective tient une place centrale.
- La puissance se trouve dans le présent (Polster and Polster, 1973). Le présent est le seul moment où nous sommes responsables et pendant lequel le changement peut avoir lieu. Il faut alors aider le patient à être en contact avec le moment présent.

1.2.2. Les thérapies cognitivo-comportementales

Les TCC sont des thérapies brèves, ciblées sur un ou des comportements-problème.

Elles se déroulent lors d'un nombre de séances précis et défini au préalable.

Après avoir établi un pacte thérapeutique avec le patient, une analyse fonctionnelle sera effectuée et aura pour but de préciser les objectifs thérapeutiques communs entre thérapeute et patient et les méthodes qui seront employées.

Une évaluation a lieu au début, pendant et à la fin de la série de séances. Elles permettent de mesurer pour connaître l'évolution du comportement-problème. Un suivi post thérapie à six mois a lieu pour confirmer le maintien des résultats obtenus en premier lieu.

➤ Le rapport collaboratif

-Une alliance thérapeutique conclue entre le patient et son thérapeute.

➤ L'analyse fonctionnelle

Si un comportement se maintient c'est qu'il doit être renforcé.

Quand le patient fume une cigarette, il se sent détendu et peut mieux se concentrer. Cela augmente la probabilité d'une nouvelle cigarette si un travail nécessitant de l'attention se présente.

Cette analyse permet alors de savoir quel stimulus déclenche la réponse : Comportement addictif.

➤ **Les méthodes thérapeutiques**

Les méthodes thérapeutiques sont employées en fonction du stade dans lequel se situe le patient.

La **pré-contemplation** implique l'utilisation de l'entretien motivationnel.

La **contemplation** implique l'utilisation de techniques de remplacement du comportement addictif par des comportements alternatifs et contradictoires.

Une fois le stade de **l'action** dépassé, les techniques de prévention de la rechute seront mises en place.

L'aide à la prise de décision :

Les balances décisionnelles

L'étape décisionnelle repose sur la balance entre les bénéfices et les inconvénients à fumer, et ceux de cesser ce comportement. Le fumeur établit ainsi une liste des avantages et des inconvénients de la cigarette ainsi que du sevrage à court terme et à long terme. Il évalue ensuite, sur une échelle de 10 à 100, l'importance de ses arguments.

➤ **La restructuration cognitive en fonction**

Il s'agit d'isoler les distorsions cognitives à l'œuvre ainsi que les croyances positives envers l'objet de l'addiction.

➤ **Les techniques aversives**

Elles posent des questions d'éthique et des risques somatiques et ne doivent plus être utilisées. Leur efficacité à court terme avec 25 à 30 % de succès est plus discutée à long

terme.

➤ **L'extinction**

L'extinction consiste à exposer le patient aux situations déclenchant l'envie de consommer sans la possibilité de le faire ou bien accompagnées de la prise d'un produit neutre.

D'autres techniques existent telles-que :

➤ **La pratique de la relaxation**

➤ **L'apprentissage de la résolution de problème**

➤ **L'affirmation de soi**

1.3. Évaluation des TCC dans le sevrage tabagique

L'efficacité des TCC a été démontrée par de nombreuses études. Elle est conseillée en première intention pour tous les troubles de l'addiction.

1.3.1. L'acupuncture

Consiste en l'application d'aiguilles sur des points précis de l'oreille et du corps selon des principes de médecine chinoise afin de favoriser l'équilibre énergétique dans le corps du sujet et ainsi améliorer ses chances de faire face aux symptômes de sevrage. En moyenne cinq séances. (He D et al 2001)

1.3.2.L'hypnothérapie :

Au cours de deux séances d'environ une heure et demie en face à face, le thérapeute va plonger le sujet dans un état de conscience altérée, comme endormi. Pendant cet état, il lui suggérera des images négatives quant au fait de fumer et des images positives en relation avec la liberté qui découle de sa nouvelle identité de non-fumeur.

1.3.3. Groupes de parole

Ce sont des thérapies qui ont lieu en groupe du type AA (Alcooliques Anonymes) et au cours desquelles des personnes partageant le même trouble addictif se retrouvent pour en discuter de manière à aller toutes progressivement vers le sevrage total en évitant l'isolation et la solitude propice aux addictions.

3.3.4. Matériel pédagogique

Livres, brochures, films, enregistrements audio, etc.

3.3.5. Programme TV/Téléphone/Internet

Émissions de télé-réalité destinées aux fumeurs, loteries pour fumeurs, applications sur smartphones, jeux vidéo pour arrêter de fumer. Ligne téléphonique et programmes nationaux d'aide au sevrage.

3.3.6. Désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires (EMDR)

Partant du principe que certaines addictions sont maintenues par des traumatismes sous-jacents, certains thérapeutes pratiquent l'EMDR sur des addicts. Cette technique consiste en l'utilisation d'une stimulation sensorielle bi-alternée (droite-gauche) qui se pratique par mouvements oculaires – le patient suit les doigts du thérapeute qui passent de droite à gauche devant ses yeux –, mais aussi par stimuli auditifs – le patient porte un casque qui lui fait entendre alternativement un son à droite, puis à gauche – ou tactiles – le patient tient dans les mains des buzzers qui vibrent alternativement de droite à gauche, ou bien le thérapeute tapote alternativement les genoux du patient ou le dos de ses mains.

Depuis près de 30 ans la thérapie EMDR a prouvé son efficacité à travers de très nombreuses études scientifiques contrôlées mises en place par des chercheurs et cliniciens du monde entier.

3.3.7. Thérapie de pleine conscience (mindfulness)

L'intérêt de la pleine conscience dans le domaine des addictions est multiple. Elle favorise principalement la prise de conscience des risques de rechute.

Jon Kabat-Zinn définit la pleine conscience comme « une manière de porter son attention, intentionnellement, au moment présent sans porter de jugement ». Elle permet au sujet de prendre du recul et de se détacher de son comportement habituel et automatique.

En s'entraînant à la pleine conscience il pourra déconstruire l'automatisme à la base de son comportement addictif. De cette manière, les patients peuvent progressivement adopter un comportement « réfléchi » et conscient plutôt que d'être dans la réaction face à une situation donnée.

Elle met l'accent sur le fait de voir les choses telles qu'elles sont et non pas telles qu'elle se présentent. On passe ainsi d'acteur à spectateur en apprenant à vivre les ressentis internes plutôt que d'essayer de les éviter.

Dans l'attitude de pleine conscience il s'agit également de se permettre d'être bienveillant envers soi-même quelles que soient nos défaillances.

3.3.8. Thérapie de l'acceptation et de l'engagement (Hayes et al., 1999)

Traiter l'addiction devient possible à travers la mise en œuvre des six processus

Suivants :

L'acceptation

Apprendre à accepter le sentiment de manque induit par le sevrage et le vivre en toute sérénité, faire la paix avec ce dernier au lieu de lutter contre et essayer de l'éviter ; ce qui en définitive ne fait que le renforcer (manque = le refus de manquer).

La défusion cognitive

Modifier la fonction d'une pensée plutôt que de la modifier entièrement. Cela veut dire ne plus fusionner avec ses pensées, prendre du recul par rapport à celles-ci, c'est-à-dire les traiter comme ce qu'elles sont et pas ce qu'elles reflètent (ex. sens littéral "je veux une cigarette" ; ce qui est vécu ("j'ai la pensée que je veux une cigarette")). Le résultat de la défusion est habituellement une diminution de la crédibilité de ces événements ou de l'attachement à ces derniers plutôt qu'un changement dans leur fréquence.

Être présent

L'ACT favorise le contact continu sans jugement avec les événements psychologiques et environnementaux alors qu'ils se produisent. Le but est d'expérimenter le monde plus directement afin que le comportement soit plus flexible et les actions plus consistantes avec les valeurs. Cet aspect, qui fait partie de plusieurs approches de psychothérapie cognitive dite « de 3ème vague », a été appelé la pleine conscience.

Le Soi observateur

En considérant le soi comme un contexte, la personne peut être consciente du flux d'expériences sans attachement à celles-ci : la défusion et l'acceptation sont ainsi favorisées.

Les valeurs

L'acceptation, la défusion et la pleine conscience du moment présent ne sont pas des fins en elles-mêmes, mais ouvrent la voie à une vie plus consistante avec les valeurs (ce qui est désiré). L'ACT vise à identifier ces valeurs.

-L'action engagée

L'ACT encourage le développement de patterns de plus en plus larges d'actions efficaces liées aux valeurs choisies.

Cette thérapie est issue de la théorie des cadres relatif, elles s'inspirent également de la logothérapie (intention paradoxale) et de la gestalt.

2. La méthode Allen Carr :

La méthode Allen Carr, avant d'être une thérapie, est le fruit de l'histoire personnelle d'un expert-comptable ex-fumeur anglais, qui est avant tout parue sous la forme d'un livre qui fut un best-seller et s'est vendu à au moins 13 millions d'exemplaires à travers le monde.

Après de nombreuses tentatives infructueuses d'arrêter de fumer, Allen Carr pense avoir trouvé la clef de la délivrance pour des millions de fumeurs en 1983, il la consigne alors dans son livre « The easy way to stop smoking », « Arrêter de fumer c'est facile ».

Il reste cependant très méconnu du monde de la recherche scientifique. Il faudra attendre plus de 20 ans après la publication du livre pour que les premières recherches sur ses thérapies ne voient le jour. Depuis, quelques essais ont eu lieu, nous allons tenter de les présenter brièvement.

2.1. Présentation de recherches antérieures sur l'efficacité des thérapies Allen Carr

H. P Hutter, H. Moshammer *et al*, 2003 (puliée en 2006) :

Étude menée en Autriche, par téléphone, sur d'anciens participants aux séances Allen Carr en entreprise. Après 3ans, 46% au moins des participants ont déclaré avoir observé une abstinence totale.

-Arie Dijkstra *et al*, 2014 :

Étude quasi-expérimentale menée aux Pays bas sur le lieu de travail des sujets montrant que ceux ayant suivi les seances Allen Carr avaient 6 fois plus de chances de devenir non-fumeurs que ceux qui n'ont pas reçu le traitement. Prévalence ponctuelle,

validation par CO

Sheila Keoga *et al*, 2017 :

La méthode Allen Carr n'a cessé de gagner en popularité depuis 1985. Certains affirment qu'elle aurait aidé dix millions de fumeurs à arrêter. Les bases scientifiques de cette méthode restent ambiguës. En dépit de cette popularité, jamais aucune étude de type aléatoire et contrôlée n'a tenté de mettre la lumière sur l'efficacité de ces thérapies.

Méthode de recherche :

300 participants ont été recrutés à travers une publicité.

Les sujets potentiels ont été triés par le TFRI (Tobacco Free Research Institute) pour déterminer leur éligibilité à la participation à l'étude. Ceux correspondant aux critères ont été distribués aléatoirement entre les centres Allen Carr où le programme national de lutte contre le tabac du gouvernement irlandais Quit.ie.

Les participants ont été suivis à 1, 3, 6 et 12 mois après avoir assisté à soit à une séance Allen Carr soit Quit.ie.

Le sevrage a été infirmé ou confirmé à l'aide d'un testeur de monoxyde de carbone.

Résultats :

Sur 300 participants, 151 ont été affectés au groupe Allen Carr et 149 au groupe programme Quit.ie.

Les taux d'abstinence se sont révélés significativement plus élevés pour le groupe affecté aux thérapies Allen Carr à 1 et 3 mois ($P < .001$). Taux établis sur la base d'une prévalence ponctuelle et non continue.

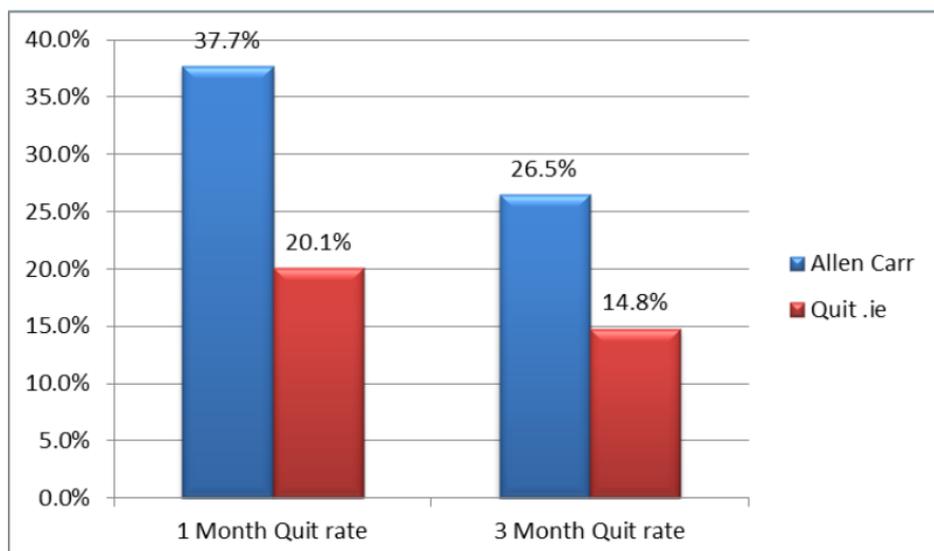


fig.1 Taux d'abstinence toutes catégories confondues.

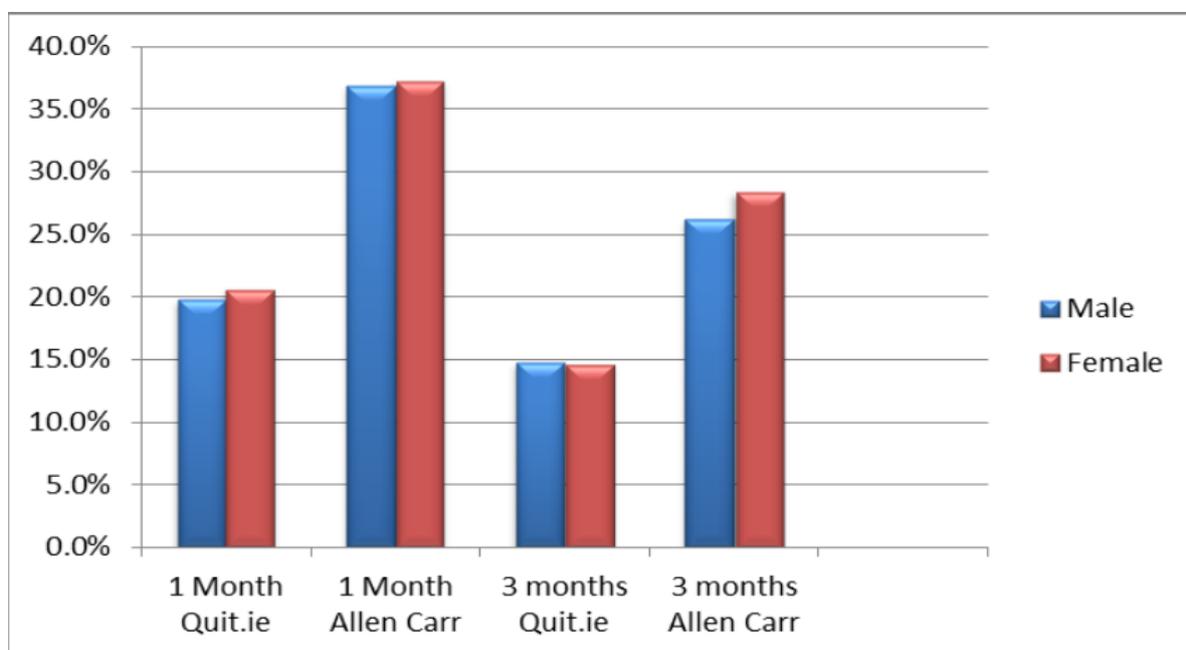
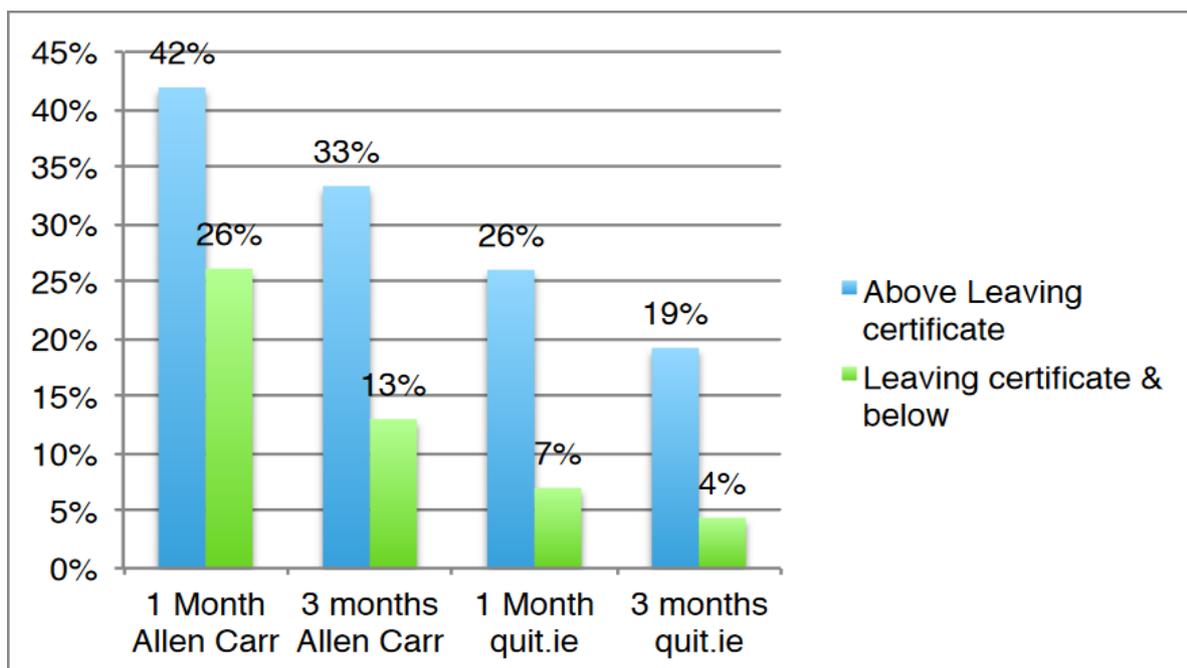


fig.2 Taux d'abstinence Homme/Femme à 1 et 3 mois.



Conclusions

Les premières analyses suggèrent que la méthode Allen Carr est plus efficace que le programme Quit.ie à 1 et 3 mois.

Les résultats à 6 et 12 mois suivront. Une analyse plus complète permettra d'identifier les facteurs de réussite et d'avoir de plus amples retombées à long terme.

Taux d'efficacité comparés de différentes méthodes thérapeutiques :

- **(Gifford et al.,2004)** : (Acceptation et engagement) VS Substituts nicotiques : N=76,21% Vs 9%, abstinence vérifiée biochimiquement. (24h d'abstinence à 12 mois)
- **(Gifford, Kohlenberg et al.)** : (Acceptation et engagement) + (Thérapie basée sur l'analyse fonctionnelle) Vs. Zyban: N = 302; 35% Vs. 20% .30-jours d'abstinence à 12-mois (p <.05).

- **(Hernandez-Lopez, Luciano, Bricker et al., 2009)** : (Acceptation et engagement) vs. TCC : N = 81; 30% Vs. 13% 30-jours d'abstinence à 12-mois ($p < .05$)

A ce jour, il n'existe toujours aucune étude portant sur l'efficacité de la méthode Allen Carr en comparaison avec d'autres méthodes.

Il est cependant possible de noter que la majorité des résultats probants en terme d'efficacité plafonnent à 30% à 12mois de suivi et qu'il est assez rare que ce taux soit atteint, ce qui fait de la méthode Allen Carr une option thérapeutique à considérer.

2.2. Voies d'administration :

La thérapie offerte dans les cliniques Allen Carr consiste en une séance de 5h en groupe (de cinq à huit personnes) au cours de laquelle le thérapeute, lui-même ancien fumeur, aide ses clients à se libérer de leur addiction.

Le patient une fois sevré à la possibilité de recontacter le thérapeute, s'il le souhaite, au cours d'un appel téléphonique pour bénéficier d'une aide supplémentaire.

Ces thérapies sont dispensées au sein de plus d'une cinquantaine de cliniques franchisées Allen Carr dans le monde mais la thérapie a aussi été déclinée sous plusieurs formes.

Parmi ces formes nous pouvons citer le livre qui était le premier support utilisé pour consigner la méthode en 1983, des livres parus par la suite qui répondent à des besoins plus spécifiques (catégorie sociales : femmes, jeunes, personne âgées) mais aussi sous forme de livre illustré avec de nombreuses caricatures pour ceux qui n'ont pas l'habitude de lire.

Elle existe aussi sous forme d'application pour téléphones mobiles, de jeu vidéo et enfin

sous forme audiovisuelle en DVD ou en support numérique pour ordinateur qui est la forme que nous considérerons dans cette étude.

Le support audiovisuel considéré dans cette étude est d'une durée de 65 minutes et date de 2005(**voir annexe**), une nouvelle version de ce film existe aujourd'hui, elle a été traduite dans plusieurs langues dont l'arabe et son format de quatre heures en six parties correspond d'avantage au format d'origine des séances menées dans les centres Allen Carr.

Assise théorique de la méthode Allen carr :

Les recherches antécédentes sur cette méthode nous fournissent très peu d'informations sur l'assise théorique sur laquelle elle serait fondée.

Elle est le plus souvent labellisée « comportementale » sans plus de détails.

Arie Dijkstra *et al.* Notent en 2014 que la méthode cherche beaucoup plus à réduire la motivation du sujet pour le tabagisme qu'à augmenter sa motivation à arrêter de fumer.

A l'analyse du contenu des thérapies de groupe, on peut dégager les mécanismes suivants : l'argument principal pour inciter les sujets au sevrage est que fumer n'a aucun intérêt ou bénéfice, le fumeur ne fait que soulager partiellement les symptômes de sevrage dus à la dépendance physique à la nicotine. Si la dépendance physique disparaît, fumer n'a alors plus aucun intérêt quelconque.

Cette idée principale est répétée plusieurs fois à travers différentes analogies. Les croyances des fumeurs sont restructurées et défiées à l'aide de ce point de vue.

Le sujet voit alors le manque comme punition qui mène vers l'extinction du comportement tabagique au lieu de voir la cigarette comme renforçateur négatif agissant sur ce manque en le soulageant. La cigarette ne soulage que ce qu'elle provoque, c'est une addiction en négatif.

Exemple d'analogie : « Fumer, c'est comme mettre des chaussures trop petites, pour ressentir un soulagement lorsqu'on les enlève. »

Le thérapeute évoque également les distorsions cognitives existantes telles que :

-La Minimisation : « Ne vous dites pas : Rien qu'une seule cigarette, ça ne me fera pas de mal. »

Cette restructuration cognitive et ce travail sur les croyances du sujet accordant des bénéfices au tabac nous font penser que la thérapie est inspirée de la deuxième génération de techniques cognitivo-comportementales.

Cela dit la thérapie aborde également le conflit existant chez le sujet fumeur entre désir de sevrage et désir de fumer et compte le résoudre en démontrant qu'il n'existe aucune réelle conséquence négative au fait d'abandonner un comportement inutile.

Cela s'inspire probablement de la théorie du conflit, citée précédemment (cf. Théorie du choix biaisé) qui stipule qu'il y a maintien du statu quo si le sujet perçoit que dans les deux cas son choix aura des conséquences négatives. Cette théorie est issue d'un corpus théorique plus vaste considérant que le comportement est le résultat d'une évaluation des bénéfices et des pertes qui découleraient de telle ou telle décision.

Elles s'inspirent aussi de la théorie de l'apprentissage social car elle expose le sujet à des modèles à suivre : à travers les témoignages d'anciens fumeurs préconisant la méthode, les différentes célébrités sevrées grâce à la méthode, le thérapeute lui-même ancien fumeur, l'histoire d'Allen Carr et le non-fumeur qui est présenté au cours de la vidéo.

On y retrouve également des références à des théories de l'addiction mettant en cause les similarités existantes entre le manque physique de nicotine et la faim et la confusion que cela peut amener dans le processus de cessation. (Kokavec, 2008 ; Yeomans, 2010)

La 3ème vague de TCC y est également représentée ainsi que la logothérapie existentialiste à travers l'intention paradoxale et l'acceptation : accepter le manque, ne

pas l'éviter, le rechercher, le souhaiter et le vivre comme expérience libératrice (indiquant la mort de l'addiction, « du petit monstre », de « la petite voix »).

Il y a là une modification de la fonction de la pensée « je suis en manque » : au lieu de la supprimer, le patient l'utilise, ce qui est fréquent dans la thérapie d'**acceptation** et d'engagement, sans oublier le **soi comme contexte** (sujet contenant le petit monstre), et la **défusion** que cela implique (c'est le petit monstre désagréable qui a faim, qui est en manque et nous décidons de le nourrir ou de le laisser mourir) qui indique une prise de recul dans la perception des pensées et brise leur potentiel automatique et les émotions qui en découlent.

Il apparaît clairement que la méthode Allen Carr est une méthode thérapeutique intégrative qui accorde une grande importance à la production d'analogies multiples et variées qui consiste à exprimer une idée centrale ce qui pourrait indiquer un ancrage supplémentaire dans la théorie des cadres relationnels, comme c'est le cas de la thérapie d'acceptation et d'engagement.

Cependant, il reste un dernier aspect à évoquer quant à l'assise théorique de cette méthode qui pourrait se résumer à l'expression d'une dimension psychosociale de cette dernière qui n'est pas sans rappeler le modèle de Stanton Peele :

- L'alimentation de la controverse comme déterminant du changement social, le tabagisme étant un fait social (cf. théorie de l'acteur-réseau en sociologie)
- Remise en question de la puissance de l'addiction physique au tabac et par là-même de la crédibilité de la vision « médicaliste », « pathologisante » (diseasing de S.Peele) et victimisante qui rend le sujet plus vulnérable, spectateur-consommateur et aboutit à la commercialisation de solutions biochimiques consommables à des problématiques psychosociales d'adaptation et de subjectivité de l'expérience vécue.

Exemple de l'avion :

- La nicotine quitte le corps à hauteur de 75% après une heure et 97% après six heures.

- *Même un grand fumeur arrive à supporter un vol long-courrier sans difficulté lorsqu'il pense qu'il va pouvoir fumer à la fin.*

- *C'est seulement lorsque l'atterrissage est retardé qu'il panique soudainement.*

- *La panique n'est que le résultat du conflit provenant du désir de fumer sans pouvoir le réaliser.*

- *Résultat : l'addiction est l'expérience subjective d'un désir non satisfait et non pas la conséquence du sevrage de la nicotine.*

- Remise en question du discours social concernant la difficulté du sevrage :

Le même fumeur pouvant supporter de longues périodes d'abstinence sans difficulté ni expression physique du manque, même après élimination quasi totale de la nicotine de son organisme (3h), peut faire l'expérience d'un puissant syndrome de sevrage qui se manifesterait physiquement à la seconde où il éteint sa dernière cigarette quand il veut arrêter de fumer. La vitesse d'élimination de la nicotine reste pourtant la même.

- Critique de la prescription de substituts nicotiques pour faire face aux symptômes de sevrage découlant de la consommation d'un produit nicotinique (la cigarette). Cela perpétue l'idée que le sevrage est intolérable.
- Idée selon laquelle s'il est admis socialement, par tous, y compris les experts, qu'il est difficile d'arrêter alors arrêter devient plus difficile, d'où le titre du livre d'Allen Carr « Arrêter de fumer, c'est facile ».
- Qualité de la stratégie de communication :

a) Branding : Allen Carr a été développé telle une marque, une enseigne multinationale, un symbole, contextualisé comme une « success story ».

b) Utilisation de différents relais, stars, grand noms du cinéma, signature de contrat avec de grandes entreprises pour aider les employés sur leur lieu de travail et délivrer le message.

c) Utilisation d'une grande variété de canaux pour atteindre le maximum de personnes (jeu vidéo, application mobile, livre, livre audio, BD, DVD, entretien thérapeutique, etc.).

d) traduction de la méthode dans de très nombreuses langues et le développement de franchises au niveau international.

Hormis le fait que la méthode Allen Carr montre une certaine efficacité dans les dernières études présentées précédemment, il reste cependant un problème à résoudre.

En effet, ces études, se focalisent uniquement sur l'efficacité d'un point de vue clinique des thérapies testées et négligent leur capacité à impacter la population cible pour laquelle la thérapie a été conçue initialement.

Cette lacune en terme **d'impact** sur la population et donc sur la prévalence du trouble traité tient sa source d'un déficit en terme **d'atteinte** de la population par la thérapie, ou autrement dit, la population cible n'utilise pas assez la thérapie pour résoudre un le problème donné.

A cet égard, il est intéressant de considérer quelques chiffres qui reflètent la réalité étasunienne :

- **Dépression :**

*Seulement 10% à 30% des dépressifs diagnostiqués ont eu recours à une psychothérapie (Young *et al.*, 2001).

*Seulement 4% de tous les dépressifs vont au-delà de la 4ème séance (Horvits *et al.*, 2003).

- **Tabagisme :**

Seulement 1% des fumeurs tente d'arrêter de fumer en faisant appel aux TTC ou toute autre forme de counseling (Shiffman *et al.*, 1998).

- **En général :**

Seulement 11% des personnes souffrant psychologiquement cherchent à consulter (Andrews *et al.*, 2001).

Dans les pays africains, aucun centre Allen Carr n'est implanté. L'offre psychothérapeutique de soutien dans le sevrage tabagique n'est pas très importante.

En Algérie par exemple, les thérapies issues du courant cognitivo-comportementaliste sont quasi inexistantes et ce par manque de thérapeutes formés à ces techniques et l'absence d'offre de formation.

Le taux d'atteinte dépend de différents facteurs dont les principaux sont :

Le coût : il est coûteux de former des thérapeutes, de les superviser mais aussi de mettre en pratique la thérapie et l'administrer (aucune couverture par l'assurance maladie).

Le temps : Une thérapie représente en moyenne douze séances d'environ 50 minutes auxquelles il faut ajouter le temps passé dans les transports depuis/vers la clinique.

L'inégalité des chances selon la catégorie sociale : Les hommes, les minorités, le niveau d'instruction, les moins de 30 ans et plus de 60 ans y auront plus difficilement accès (Young *et al.*, 2001).

Lieu de résidence : Milieu ruraux, banlieues lointaines.

La stigmatisation : relative à la démarche de consultation d'un psychologue (associé au fait d'être dérangé, faible, fou, etc.

3. Approche de santé publique

Présentation :

L'approche de santé publique ne se focalise pas sur les mêmes aspects que ceux

considérés dans une approche de psychologie clinique classique :

- Elle donne beaucoup plus d'importance à la population plutôt qu'à l'individu : quel est l'impact d'une intervention au niveau de la population ?
- Elle définit une population-cible et cherche à établir à quel point une intervention pourra atteindre cette population.
- Elle est axée sur le coût des interventions, comment mettre en place une intervention qui soit économiquement efficace. (Investissement/ retour sur investissement).

Dans cette perspective, des études ont été menées avec pour objectif de déterminer à quel point des psychothérapies seraient efficaces si le traitement est prodigué par internet, par téléphone, ou toute autre mode de communication.

Parmi celles-ci :

- **David kessler *et al.*, en 2009** : ont testé l'efficacité de psychothérapies délivrées par un thérapeute par internet pour traiter la dépression, et indiquent un taux d'efficacité de 42% à huit mois de suivi. Le traitement a fonctionné y compris pour les dépressions sévères.

- **Christensen *et al.*, 2005**: le pourcentage d'individus qui abandonnent une psychothérapie en cours de traitement n'est pas significativement différent, qu'elle soit pratiquée en présentiel ou sur internet.

- **Zhu *et al.*, en 2002**: ont testé l'efficacité comparée de trois différentes conditions sur le sevrage tabagique : brochures d'aide à la cessation (A), brochures avec un entretien téléphonique (B), et enfin brochure avec six entretiens téléphoniques

(C). Les résultats à 12 mois d'abstinence continue sont respectivement de 5.4% pour la condition (A), 7.5% pour la condition (B), et 9.9% pour la (C).

Dans le cadre dans notre étude, l'approche de santé publique sera adoptée en ce sens

que nous allons considérer une modalité alternative de présentation d'une thérapie, dont l'efficacité a été par ailleurs démontrée, afin d'augmenter sa capacité à atteindre une population de fumeurs.

Les obstacles réduisant la capacité de la thérapie à atteindre cette population sont principalement : l'absence de centre Allen Carr à Bejaia, l'absence de thérapeute formé, le coût éventuel de la thérapie (investissement risqué), la nécessité de se déplacer jusqu'au centre.

La modalité choisie pour le test d'efficacité est le support audiovisuel et ce pour plusieurs raisons qui se résument dans le fait qu'il permet de contourner les obstacles à un meilleur taux d'atteinte de la population de fumeurs :

- Le coût d'acquisition du film n'est pas un obstacle.
- Il est accessible (visionnage possible sur téléphone (68% des algériens possèdent un smartphone), TV, ordinateur (80% des foyers possèdent un ordinateur, rétroprojecteur, salle de cinéma, etc.).
- Il garantit la fidélité du contenu de la thérapie car produit par Allen Carr.
- Gain de temps : se présente en une seule séance (vidéo de 65 minutes)
- Il peut atteindre les différentes classes sociales, ethniques, d'âges, etc.

S'ajoute à cela le fait que le support audiovisuel a été choisi pour cet étude car il est plus adapté à une recherche de courte durée que ce que ne l'aurait été le livre par exemple ou le film de quatre heures. Cela permet ainsi de préserver l'aspect quantitatif de l'étude.

3.1. Efficacité.

Aucune donnée n'est disponible dans la littérature concernant l'efficacité thérapeutique du film Allen carr considéré (65 min) dans l'aide à la cessation du tabagisme.

L'efficacité sera définie ici comme étant la relation de cause à effet existante entre le

visionnage complet du film et l'incidence de celui-ci en terme de cessation du tabagisme chez les sujets participant à l'expérience.

3.2. Taux d'atteinte et impact

Comme exposé précédemment, **le taux d'atteinte** est exprimé en pourcentage et il représente la part des individus de la population cible qui sont atteints par la thérapie, c'est-à-dire ceux faisant appel à la thérapie considérée dans le traitement de leurs souffrances.

L'impact, quant à lui, est fonction du taux d'atteinte d'une thérapie donnée et de son efficacité clinique tel que :

$$\begin{array}{c} \text{IMPACT (échelle allant de 0 à 100)} \\ = \\ \text{Taux d' (utilisation ou atteinte) X taux d'efficacité X 100} \end{array}$$

4) Opérationnalisation des concepts

Pour tester l'efficacité thérapeutique du support audiovisuel sur le comportement tabagique des étudiants, celle-ci sera réduite - en tant que concept - à la variable « cessation du tabagisme ».

Cette cessation dépendra du support audiovisuel Allen Carr représenté par l'événement « visionnage du film » dans les conditions expérimentales qui seront précisées par la suite.

Dans cette configuration, la variable indépendante sera donc le visionnage du film par les sujets du groupe expérimental et la variable dépendante sera la cessation qu'il nous faudra apprécier à l'aide de ses indicateurs.

Quatre indicateurs de cette variable ont été identifiés et seront considérés lors de l'élaboration du cadre opératoire , il s'agira de mesurer :

- **M1** : L'initiation de la cessation : pourcentage de sujets du groupe expérimental ayant constaté une extinction de leur comportement tabagique après visionnage.
- **M2** : L'ampleur de la cessation : Le total du nombre de jours que les sujets du groupe expérimental ont passés sans fumer de cigarettes.
- **M3** : La solidité de la cessation : Le maintien de l'extinction du comportement tabagique 10 jours après visionnage du film.
- **M4** : La qualité de la cessation : pourcentage de sujets du groupe expérimental ayant un profil de type C (*arrêt de la consommation pendant au moins 7 jours après visionnage*)

Cette opérationnalisation peut aussi se traduire par le schéma suivant :

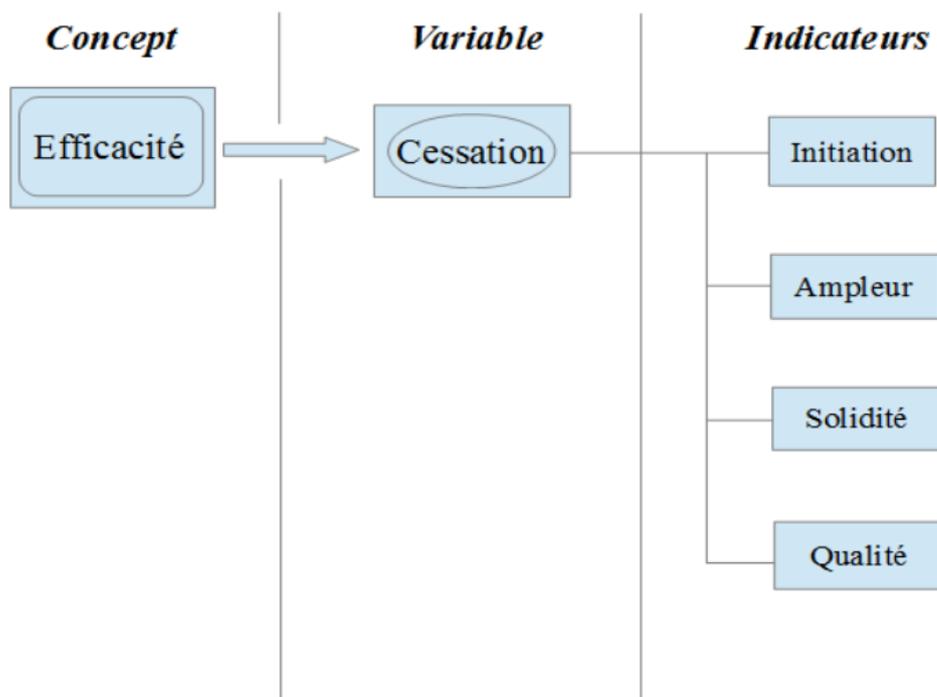


Fig 2. Opérationnalisation du concept d'efficacité

Conclusion :

L'opérationnalisation ayant été effectuée, le prochain paragraphe abordera la question du cadre opératoire, c'est à dire celle de la stratégie adoptée lors de la collecte de données et de mesures empiriques de manière à ce que ces données soient pertinentes et qu'elles puissent apporter des réponses à notre problématique. Cela nous permettra aussi de confirmer ou infirmer nos hypothèses de départ.

Partie pratique

Chapitre III

Cadre opératoire

Nous proposons dans ce chapitre d'exposer de manière détaillée la construction du dispositif ou cadre opératoire qui nous a permis de tester les modalités de notre variable et de recueillir les données découlant de ces tests.

1. Démarche de la recherche :

La présente recherche démarre du constat de l'absence de données probantes sur l'efficacité des vidéos d'aide à la cessation du tabagisme en général, et celles produites par Allen Carr en particulier.

La découverte de l'approche de santé publique nous a permis d'appréhender cette lacune comme étant le résultat de l'adoption quasi-systématique d'une approche clinique traditionnellement centrée sur l'individu lors de l'évaluation de l'offre thérapeutique dans le domaine des addictions.

La recherche se fait dans le cadre d'une pré-étude de faisabilité, qui a pour objectif de déterminer s'il serait intéressant de mener des études plus poussées sur l'impact des support audiovisuels d'aide à la cessation du tabagisme sur les fumeurs en milieu universitaire.

Il s'agit alors d'en évaluer l'efficacité clinique avant toute chose et c'est pour cela que cette recherche a été conçue, mais aussi et surtout, démontrer en quoi l'impact serait plus important sur la population de fumeurs si la solution audiovisuelle est efficace.

pour ce faire, l'opérationnalisation des concepts (**voir fig.2**) nous a permis d'identifier les modalités à tester empiriquement pour mesurer les indicateurs de notre variable indépendante « Cessation ».

2. Contexte :

➤ 2.1.Lieu

La recherche a été effectuée en partie au sein du campus Aboudaou de l'université Abderrahmane Mira de Bejaia qui regroupe cinq facultés dont la faculté des sciences humaines et sociales et accueille pas moins de 20.000 étudiants et au sein de

« LICOOL » qui est un établissement privé d'enseignement des langues qui nous a ouvert ses portes pour nous permettre d'accueillir du public.

➤ **Population de recherche**

La population-cible au sein de laquelle notre échantillon a été prélevé est celle des étudiants fumeurs de sexe masculin poursuivant actuellement un cursus au sein de l'université de Bejaia et plus précisément dans une des cinq facultés présentes sur le campus d'Aboudaou.

➤ **Critères de sélection**

Les sujets faisant partie de l'échantillon ont été sélectionnés à l'aide d'un questionnaire de recrutement dont environ 1200 exemplaires ont été distribués au sein du campus en version papier mais aussi en version électronique sur les réseaux sociaux associés à l'université (**voir annexe I**) et qui nous a permis de confirmer que les sujets répondaient effectivement aux critères de sélection pré-établis, à savoir que le sujet :

- Doit être motivé à participer à la recherche.
- Doit être de sexe masculin.
- Doit être étudiant.
- Doit avoir donné son numéro de téléphone pour permettre de le recontacter.
- Doit être capable de consacrer deux heures de son temps à l'étude sur une durée de 2 mois.
- Doit être âgé de 18ans et plus.
- Doit être fumeur.
- Doit avoir un niveau de compréhension de la langue française assez satisfaisant.
- Ne présente aucune pathologie cardiaque, respiratoire et mentale.

A l'issue de cette étape de recrutement, environ 150 étudiants correspondaient aux critères de sélection.

➤ **Critères d'inclusion dans la recherche :**

A la suite du dépouillement des questionnaires de recrutement remplis par les étudiants et après avoir effectué un tri sélectif en accord avec les critères de sélection cités précédemment, les étudiants retenus ont été contactés par téléphone pour confirmer leur participation à l'étude.

Un numéro de sujet leur a été alors attribué et un entretien préalable a eu lieu pour nous permettre de confirmer deux critères essentiels d'inclusion des sujets dans la recherche :

- L'obtention de leur consentement éclairé pour la participation après présentation de l'étude et de son déroulement, signature à l'appui.
- Sujet contrôlé Positif, c'est à dire fumeur (résultat du test de monoxyde de carbone supérieur ou égal à 6 PPM (Parties Par Million) (**voir annexe II**).

3. Méthodes et outils de collecte de données.

La méthode quasi-expérimentale a été retenue pour cette recherche avec un pré-test et un post-test, un groupe expérimental (GE) et un groupe contrôle (GC).

L'échantillon final comportait 20 sujets (N=20), dix d'entre eux ont été affectés à la condition expérimentale, c'est à dire qu'ils ont visionné le film, et les dix autres représentent le groupe contrôle qui n'a subi aucune condition particulière.

L'affectation des sujets de l'échantillon n'a pas été fait de manière aléatoire, elle a été effectuée en fonction du libre arbitre des participants et leur désir ou non d'être exposés au visionnage et ce sans savoir ce que contient le film.

Tous les sujets faisant partie de l'échantillon de recherche ont participé au pré-test et au post-test quel que soit le groupe auquel ils ont été affectés.

Nous procéderons ensuite à la comparaison des résultats obtenus au sein des deux

groupes pour rendre compte de l'incidence de la présence ou l'absence de la variable indépendante sur la variable dépendante.

3.1. Techniques

Les techniques de collecte de données et d'observation qui ont été utilisées sont :

Le questionnaire :

Le questionnaire de recrutement utilisé nous a permis d'atteindre la population ciblée et de prélever un échantillon qui pourra servir de base à la recherche.

L'entretien :

Deux entretiens courts ont été réalisés (**voir annexe III**) :

Le premier permettant de présenter l'étude à chaque sujet et d'obtenir son consentement en vue d'une participation à la recherche, mais aussi de confirmer sa condition de fumeur (pré-test).

Le deuxième, au cours duquel a eu lieu le post-test et qui nous a permis de recueillir les déclarations des sujets quant à l'évolution de leur comportement tabagique.

Testeur CO (smoklyzer) Bedfont:

Cet appareil sert à mesurer le taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré des sujets.

Il indique la consommation de tabac à fumer dans les 24 heures précédant le test si la valeur affichée sur l'écran est égale ou supérieure à 6 PPM, selon l'échelle fournie par le concepteur de ce dispositif.

4. Déroulement de l'expérience

L'expérience se résume au visionnage du film de 65 minutes par le sujet dans des conditions contrôlées.

Nous avons procédé à la mise en place d'un poste de visionnage dédié à l'expérience

dans un bureau qui a été mis à notre disposition par notre encadrante.

Le poste de visionnage comprenait : Un bureau, une chaise, un ordinateur contenant la vidéo à visionner avec un écran sur lequel la vidéo a été projetée, une paire d'écouteurs, quatre paquets de cigarettes, un briquet et un cendrier.

L'expérience, c'est-à-dire le visionnage, avait lieu dans ce bureau, le sujet étant seul dans la pièce, de manière à ne pas être dérangé. (**Voir annexe IV**)

Les horaires des séances de visionnage dépendaient des disponibilités des sujets. Ces séances étaient chronométrées pour s'assurer de retrouver le sujet après la fin du film et ne pas le déranger pendant le visionnage.

Les consignes données au sujet étaient simplement de se détendre et de regarder la vidéo sachant qu'ils étaient autorisés à fumer autant qu'ils le voulaient durant la séance de visionnage.

Les séances de visionnage ont pu commencer après simulation du déroulement d'une séance, vérification du son, de l'image, et en s'assurant que ces conditions soient restées identiques à chaque séance.

5) Difficultés

Nous avons rencontré de nombreuses difficultés au cours de ce travail de recherche,

Principalement liées à l'aspect quantitatif et expérimental de notre démarche. En effet :

- Un recrutement quantitativement significatif aurait nécessité la distribution d'un plus grand nombre de questionnaires de recrutement. En admettant que le rapport (nombre de sujets effectivement inclus/ nombre de questionnaires distribués) reste approximativement le même, prélever un échantillon de 60 sujets nécessiterait la distribution d'environ 4000 questionnaires, et multiplierait au moins par deux le temps nécessaire à cette phase de recrutement.
- L'absence de postes d'expérimentation équipés d'ordinateurs a été un obstacle

facilement contourné par ailleurs.

- L'étude portant sur les sujets de sexe masculin, nous avons été confrontés à la forte présence féminine dans notre population de base.
- L'adhésion des sujets au processus expérimental et leur motivation à faire partie de l'étude étant totalement basées sur le volontariat, elles ont pu faire défaut.
- L'aspect expérimental de la recherche a déstabilisé quelques-uns de nos sujets.
- L'appareil testeur de monoxyde de carbone étant indisponible à la vente sur le marché algérien, nous avons été contraints à l'importer.
- L'absence de données antérieures scientifiques et plus particulièrement théoriques concernant les thérapie Allen Carr.
- Les nombreux désistements des sujets retenus, qui avaient pourtant confirmé leur participation par téléphone après la première phase de tri, menaçant ainsi le caractère quantitatif de la recherche.

Chapitre IV

Présentation, analyse et interprétation des résultats

1. Présentation des résultats

Après avoir rencontré les sujets du groupe expérimental et contrôle pour le pré-test, l'expérience et enfin le post-test avec entretien, voici les résultats recueillis :

Résultats du Groupe expérimental

<u>sujet</u>	<u>Pré test</u>	<u>Post test</u>	<u>Remarques</u>
1/s15	19ppm	17ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
2/S12	17ppm	14ppm	arrêt de 8jours (fumeur)
3/S13	10ppm	6ppm	arrêt de 3jours (fumeur)
4/S30	6ppm	7ppm	arrêt de 7jours (fumeur)
5/S34	9ppm	6ppm	arrêt de 3jours (fumeur)
6/S19	7ppm	7ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
7/S36	9ppm	9ppm	arrêt de 2jours (fumeur)
8/S21	26ppm	24ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
9/S29	7ppm	5ppm	arrêt de 9jours (fumeur)
10/S46	11ppm	14ppm	Aucune tentative d'arrêt (fumeur)

Résultats du Groupe contrôle

Sujet	Pré test	Post test	Remarques
1/S26	21ppm	18ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
2/S44	8ppm	10ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
3/S48	18ppm	8ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
4/S48bis	20ppm	20ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
5/S23	31ppm	28ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
6/S49	37ppm	45ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
7/S50	22ppm	22ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
8/S43	14ppm	11ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
9/S47	8ppm	6PPM	aucune tentative d'arrêt (fumeur)
10/S40	7ppm	9ppm	aucune tentative d'arrêt (fumeur)

- Les valeurs de monoxyde de carbone présent dans l'air expiré sont exprimées en ppm : partie par million.
- Le nombre de jours de cessation est basé sur les déclarations des sujets lors du second entretien à l'occasion du post-test. (Réponses complètes **en annexe V**)
- Chaque sujet est désigné par S et un nombre.

2. Analyse des données recueillies

➤ Méthode d'analyse :

L'analyse des données de cette recherche est quantitative et s'organise principalement à travers les fréquences d'apparition de chaque modalité au sein

des deux groupes de recherche. L'unité de mesure est le nombre de jours d'extinction du comportement tabagique.

Groupe expérimental

1^{er} modalité

Initiation de la cessation :

- ✓ % de cessation après le visionnage de la vidéo = **60%**.

2^{eme} modalité

Ampleur de cessation

- ✓ Nombre total de jours d'arrêt/ nombre de jours total
(32%)

3^{eme} modalité

Solidité de la cessation :

- ✓ Maintien après le test 2 (post test) = ppm < 6 pour le test 2 = **(10%)**.

4^{eme} modalité

Profils de qualité de la cessation

3 profils :

- ✓ A : nombre de jours cessation = 0 jours = **(40%)**
- ✓ B : nombre de jours cessation < 7 jours = **(30%)**
- ✓ C : nombre de jours cessation ≥ 7 jours = **(30%)**

Groupe contrôle

1^{er} modalité

Initiation de la cessation :

- ✓ % de cessation après le visionnage de la vidéo = **0%**.

2^{eme} modalité

Ampleur de cessation

- ✓ Nombre total de jours d'arrêt/ nombre de jours total

(**0%**)

3^{eme} modalité

Solidité de la cessation :

Maintien après le test 2 (post test) = ppm < 6 pour le test 2 = (**0%**).

4^{eme} modalité

Profils de qualité de la cessation

3 profils :

- ✓ A : nombre de jours cessation = 0 jours = (**100%**).
- ✓ B : nombre de jours cessation < 7 jours = (**0%**)
- ✓ C : nombre de jours cessation \geq 7 jours = (**0%**)

En premier lieu, la fréquence d'initiation de l'extinction du comportement tabagique a été analysée chez les sujets du groupe expérimental, il en ressort que 6 sujets sur 10 ont observé un arrêt de leur consommation de tabac d'au moins deux jours et que 4 sujets sur 10 ont continué à fumer sans aucun arrêt significatif,

alors que pour le groupe contrôle, le comportement tabagique s'est maintenu chez la totalité des sujets, on peut alors dire que le visionnage de la vidéo influence l'initiation de l'arrêt de la consommation de tabac.

En seconde position, la fréquence des jours sans consommation de tabac sur l'ensemble des jours vécus après visionnage a été analysée pour le groupe expérimental. Il apparaît que 32 jours au total ont été vécus sans consommation de tabac sur les 100 jours qui se sont écoulés pour tout le groupe alors que le groupe contrôle n'a pas connu un jour vécu sans consommation de tabac, il est donc possible de conclure que le visionnage influence l'ampleur de la cessation, c'est-à-dire l'augmentation du nombre de jours de cessation du tabagisme.

La 3ème analyse porte sur la fréquence d'apparition de cessation solide, c'est à dire celle où le nombre de jours d'extinction du comportement tabagique atteint les 10 jours. Il s'avère que dans le groupe expérimental, une personne sur 10 a connu ce type de cessation alors qu'aucun cas de ce type n'a été remarqué dans le groupe contrôle. Il est donc possible de dire que le visionnage peut avoir comme conséquence une extinction durable du comportement tabagique

Enfin, une analyse portant sur la fréquence d'apparition, au sein du groupe expérimental, de cessations dont la durée est de minimum 7 jours montre que 3 personnes sur 10 correspondent à ce profil alors qu'aucune cessation de ce type n'est à noter parmi les sujets du groupe contrôle. On peut alors déduire que le visionnage de la vidéo induit des cessations d'assez bonne qualité.

Modalités	Groupe expérimental	Groupe contrôle
M1 (initiation)	60%	0%
M2 (Ampleur)	32%	0%
M3 (Solidité)	10%	0%
M4 (Qualité)	C=30%	C=0%

Tableau récapitulatif de l'analyse des données

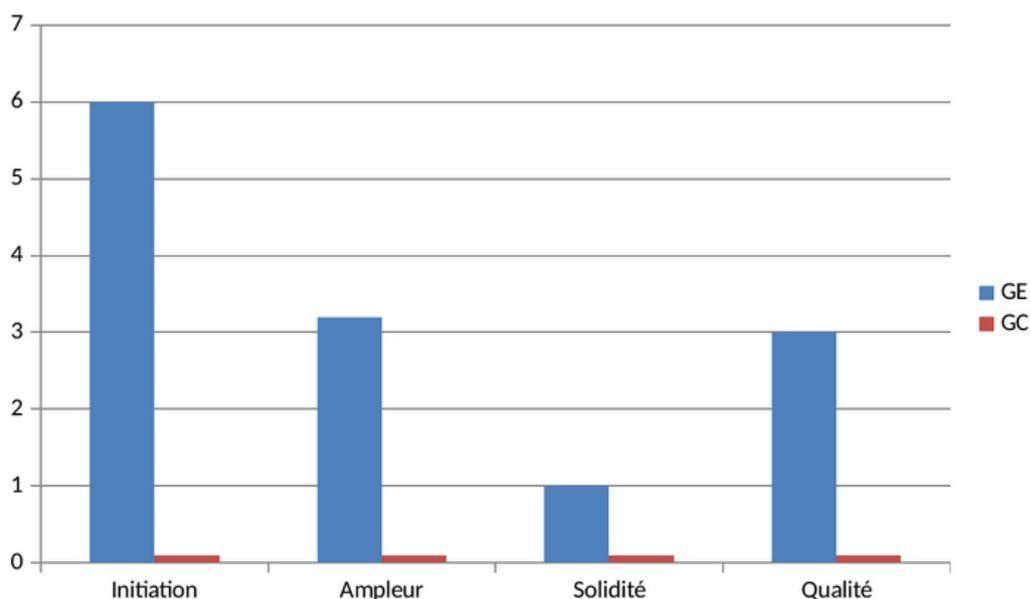


Fig :Analyse comparative des modalités dans les groupes expérimental et contrôle

L'analyse des données révèle que la cessation du tabagisme est sensiblement différente entre le groupe expérimental ayant visionné le support audiovisuel Allen Carr et le groupe contrôle. En effet, la cessation est plus importante chez les sujets du groupe expérimental que ceux groupe contrôle,

3. Interprétation des données et discussion des hypothèses

La collecte des données et leur analyse ont permis de mettre en évidence une plus grande cessation du comportement tabagique chez les sujets exposés au film thérapeutique que chez les sujets n'ayant pas subi cette condition.

Le visionnage du film a initié un sevrage tabagique (minimum 2 jours) chez 60% des sujets ayant été exposés à ce dernier, cela confirme donc notre première hypothèse opérationnelle de départ.

Le nombre de jours passés sans fumer après visionnage du film est grandement plus important chez les sujets du groupe expérimental, cela vaut donc confirmation de la deuxième hypothèse opérationnelle de recherche.

10 % des sujets ont été contrôlés négatif ($\text{ppm} < 6$) au post-test (après 10 jours) et était donc non-fumeurs à ce moment-là, comme prédit par notre troisième hypothèse opérationnelle au début de l'étude.

30% des sujets du groupe expérimental ont passé au moins 7 jours sans consommer de cigarettes, un taux plus important que celui prédit dans la 4ème hypothèse opérationnelle mais qui vient tout de même la confirmer.

Ces confirmations pourraient avoir tendance à nous mener vers une conclusion hâtive à l'efficacité de ce film dans l'aide à la cessation du tabagisme.

Il faudrait tout de même nuancer cet état de fait en pensant notamment au fait que nos résultats peuvent difficilement être généralisés étant donné le manque de significativité en terme de quantité de notre échantillon, l'affectation non aléatoire aux deux groupes d'étude et enfin le manque de représentativité de notre échantillon.

Néanmoins, il serait judicieux d'établir à quel point l'intervention d'un nouveau facteur, tel que la motivation des sujets à cesser de fumer, pourrait faire évoluer les résultats de cette étude étant donné que les sujets considérés ici n'avaient aucune volonté particulière de se sevrer. La projection du film dans le cadre de séances en groupe serait aussi une piste à explorer.

Conclusion générale

La problématique soulevée au début de cette étude était d'explorer les possibilités et les modalités d'une réponse efficace à une lacune thérapeutique en terme de santé publique et plus particulièrement celle relative au fléau et l'épidémie que représente l'addiction à la cigarette.

Notre regard s'est alors porté sur des thérapies que l'on sait efficaces aujourd'hui tant par le grand nombre de témoignages l'attestant que par les récents travaux académiques sur le sujet mais qui n'ont encore aucun impact sur notre société.

Nous nous sommes alors proposé de déterminer à quel point l'efficacité de ces thérapies serait préservée si elles étaient prodiguées différemment, de manière à atteindre un plus large public.

Nous avons alors imaginé la présente étude comme un moyen d'exploration à travers lequel une réalité pouvait être mise à jour, celle de la nécessité de l'adoption de nouvelles formes et de nouveaux canaux par les psychothérapeutes à travers le monde afin de réduire le fossé qui les séparent de leurs sociétés.

Les modestes résultats apportés par cette pré-étude semblent indiquer qu'une étude similaire quantitativement plus importante et méthodologiquement plus rigoureuse pourra certainement valider l'impact pressenti ici d'un nouveau genre de thérapies s'inspirant de l'industrie du cinéma pour répondre à certaines des habitudes morbides qu'elle a transmis à nos populations.

Bibliographie

- (Ahmed, 2012).: Ahmed, S. H. (2012). The science of making drug-addicted animals. *Neuroscience*, 211, 107-125., ,
- (Anderson & Kilduff, 2009).: Anderson, C., & Kilduff, G. J. (2009). The pursuit of status in social groups. *Current Directions in Psychological Science*, 18(5), 295-298., ,
- (Andrade,2009).: Andrade, J. C. (2009). L'apport de l'approche psychanalytique à la compréhension des addictions: objet primaire et avatars de la fixation archaïque., ,
- (Bandura & Walters,1977).: Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall., ,
- (Benowitz,2010).: Benowitz, N. L. (2010). Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*, 362(24), 2295-2303., ,
- (Bergevin & Brochu,1991): Bergevin, J. P., & Brochu, S. (1991). *Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie*. Montréal: Méridien., ,
- (Berridge, Robins & Aldridge, 2009).: Berridge, K. C., Robinson, T. E., & Aldridge, J. W. (2009). Dissecting components of reward: 'liking', 'wanting', and learning. *Current opinion in pharmacology*, 9(1), 65-73.
- (Dervaux, 2009): Dervaux, A. (2009). Le tabac et la tabacologie. *Le Courrier des addictions*, 11(2), 19-22., ,

- (Descarpentries,2007): Descarpentries, J. (2007, August). Entre prédiction et prévention: des questions pour l' épistémologie de l' éducation pour la santé?. In Communication au colloque international d' Actualité de la recherche en éducation et en formation. Strasbourg (Vol. 28)., ,
- (Ferhat yazid,2012): Ferhat yazid, F. Y. (2012, 22 juin). Algérie - Une industrie du tabac florissante et coûteuse pour la santé publique. Récupéré 3 mars, 2018, de <http://www.tabacologue-afrique.fr/spip.php?article132>, ,
- (fouquet, 1994: Fouquet, P. (1994). Histoire des ivresses. In Les ivresses (pp. 188-201). L'Esprit du temps, ,
- (Goodchild, Nargis & d'Espaignet, 2017): Goodchild, M., Nargis, N., & d'Espaignet, E. T. (2017). Global economic cost of smoking-attributable diseases. Tobacco control, tobaccocontrol-2016., ,
- (Gwaltney, Shiffman, Balabanis & Paty, 2005).: Gwaltney, C. J., Shiffman, S., Balabanis, M. H., & Paty, J. A. (2005). Dynamic self-efficacy and outcome expectancies: prediction of smoking lapse and relapse. Journal of abnormal psychology, 114(4), 661., ,
- (Heyes, 2011).: Heyes, C. (2011). Automatic imitation. Psychological bulletin, 137(3), 463., ,
- (Hutter,Moshammer, & Neuberger, 2006).: Hutter, H. P., Moshammer, H., & Neuberger, M. (2006). Smoking cessation at the workplace: 1 year success

of short seminars. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 79(1), 42-48., ,

- (Hyman, Malenka & Nestler, 2006): Hyman, S. E., Malenka, R. C., & Nestler, E. J. (2006). Neural mechanisms of addiction: the role of reward-related learning and memory. *Annu. Rev. Neurosci.*, 29, 565-598., ,

- (Jane-Llopis, E. V. A., Jané-Llopis, E., Matytsina, I., Jané-Llopis, E & Matytsina, 2006).: Jane-Llopis, E. V. A., Jané-Llopis, E., Matytsina, I., Jané-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and alcohol review*, 25(6), 515-536., ,

- (Jazaeri & Habil, 2012): Jazaeri, S. A., & Habil, M. H. B. (2012). Reviewing two types of addiction—pathological gambling and substance use. *Indian journal of psychological medicine*, 34(1), 5., ,

- (Jimenez-Gomez & Shahan, 2007).: Jimenez-Gomez, C., & Shahan, T. A. (2007). Resistance to change of alcohol self-administration: effects of alcohol-delivery rate on disruption by extinction and naltrexone. *Behavioural pharmacology*, 18(2), 161-169., ,

- (Kandel & Andrews, 1987). : Kandel, D. B., & Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of the Addictions*, 22(4), 319-342., ,

- (Kirsch, 2010): Kirsch, M. (2010). Génèse d'une épidémie. La lettre du Collège de France, (Hors-série 3), 5-14, ,
- (Kokavec, 2008).: Kokavec, A. (2008). Is decreased appetite for food a physiological consequence of alcohol consumption?. *Appetite*, 51(2), 233-243., ,
- (Koob, 2008).: Koob, G. F. (2008). Hedonic homeostatic dysregulation as a driver of drug-seeking behavior. *Drug Discovery Today: Disease Models*, 5(4), 207-215., ,
- (Kostowski, 2002).: Kostowski, W. (2002). Drug addiction as drive satisfaction (" antidrive") dysfunction. *Acta neurobiologiae experimentalis*, 62(2), 111-117, ,
- (Lemaire,1997): Lemaire, J. F. (1997). L'usage du tabac dans l'histoire. *Que sais-je?*, 5(1859), 19-28, ,
- (Lovato, Watts & Stead, 2011). : Lovato, C., Watts, A., & Stead, L. F. (2011). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *The Cochrane Library*., ,
- (McClure & Bickel, 2014). : McClure, S. M., & Bickel, W. K. (2014). A dual- systems perspective on addiction: contributions from neuroimaging and cognitive training. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1327(1), 62-78., ,

- (McDougall,2004).: McDougall, J. (2004). L'économie psychique de l'addiction. *Revue française de psychanalyse*, 68(2), 511-527., ,
- (Mojica, et al.,2004): Mojica, W. A., Suttorp, M. J., Sherman, S. E., Morton, S. C., Roth, E. A., Maglione, M. A., ... & Shekelle, P. G. (2004). Smoking-cessation interventions by type of provider: a meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 26(5), 391-401., ,
- (Mook,1987).: Mook, D. G. (1987). *Motivation: The organization of action*. WW Norton., ,
- (Nevin & Grace, 2000).: Nevin, J. A., & Grace, R. C. (2000). Behavioral momentum: Empirical, theoretical, and metaphorical issues. *Behavioral and Brain Sciences*, 23(1), 117-125., ,
- (Nutt et al, 2007): Nutt, David & King, Leslie & Saulsbury, William & Blakemore, Colin. (2007). *Lancet*. 369. 1047-53. 10.1016/S0140-6736(07)60464-4. , Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse, ,
- (Ocampo,2006).: Ocampo, E. V. (2006). Au fil du temps. In *La psychanalyse, encore!* (pp. 219-222). ERES., ,
- (Odier, 2014): Odier, N. (2014). *Apports des sciences sociales à la compréhension des addictions: un enjeu de santé publique? (Doctoral dissertation, Aix-Marseille).*, ,

- (Perry & Carroll, 2008): Perry, J. L., & Carroll, M. E. (2008). The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology*, 200(1), 1-26., ,
- (Quick & Shahan, 2009): Quick, S. L., & Shahan, T. A. (2009). Behavioral momentum of cocaine self-administration: effects of frequency of reinforcement on resistance to extinction. *Behavioural pharmacology*, 20(4), 337-345., ,
- (Rones, Mykletun & dahl, 2005): Rones, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 51-58., ,
- (S.Sussman et A.Sussman, 2011): Sussman, S., & Sussman, A. N. (2011). Considering the definition of addiction., ,
- (Shiffman,2000): Shiffman, S. (2000). Comments on craving. *Addiction*, 95 (Suppl2), S171-S175., ,
- (Tiffany,1990): Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological review*, 97(2), 147., ,
- (US Public Health Service,1964): US Public Health Service. (1964). Smoking and health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General. DHEW publication (PHS), 1103, ,
- (Valleur, 2012): Valleur, M. Définir l'addiction: question épistémologique,

conséquences politiques., ,

- (Willemsen & Wagena, 2003).: Willemsen, M. C., & Wagena, E. J. (2003). The efficacy of smoking cessation methods available in the Netherlands: a systematic review based on Cochrane data. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 147(19), 922-927., ,

- (Yeomans, 2010).: Yeomans, M. R. (2010). Alcohol, appetite and energy balance: is alcohol intake a risk factor for obesity?. *Physiology & behavior*, 100(1), 82-89., ,

- American Psychiatric Association. (2000): American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 75, 78-85., ,

- American Society of Addiction Medicine, 2011): American Society of Addiction Medicine, A. S. A. M. (2011, 12 avril). Definition of Addiction. Récupéré 7 mai, 2018, de <https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction>, ,

- De La Santé, O. M. (1993). : De La Santé, O. M. (1993). *CIM 10–Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.*, ,

- Deniker, P. (1966). *La psychopharmacologie*. France :Presses universitaires

de France.

- descombey, 1998: Descombey, J. P. (1998). L'homme alcoolique. Odile Jacob., ,
- Driessen & Hollon, 2010): Driessen, E., & Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 537-555., ,
- Fernandez & Sztulman,1997): Fernandez, L., & Sztulman, H. (1997). Approche du concept d'addiction en psychopathologie. In *Annales médico-psychologiques* (Vol. 155, No. 4, pp. 255-265)., ,
- Glasgow, Vogt & Boles,1999): Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American journal of public health*, 89(9), 1322-1327., ,
- Goldstein, Volkow, Wang, Fowler & Rajaram, 2001): Goldstein, R. Z., Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., & Rajaram, S. (2001). Addiction changes orbitofrontal gyrus function: involvement in response inhibition. *Neuroreport*, 12(11), 2595., ,
- Henden, Melberg & Rogeberg, 2013): Henden, E., Melberg, H. O., & Rogeberg, O. (2013). Addiction: choice or compulsion?. *Frontiers in psychiatry*, 4, 77., ,

- Robinson & Berridge, 2001: Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2001). Incentive- sensitization and addiction. *Addiction*, 96(1), 103-114.
- Rodgers, A., Vaughan, P., Prentice, T., Edejer, T., & Evans, D. (2002). *The world health report* . Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Schultz, Tremblay & Hollerman, 2000): Schultz, W., Tremblay, L., & Hollerman, J. R. (2000). Reward processing in primate orbitofrontal cortex and basal ganglia. *Cerebral cortex*, 10(3), 272-283., ,
- Winnicott, 1969): Winnicott, D. W. (1969). *Objets et phénomènes transitionnels. Une étude de la première possession non-moi. De la pédiatrie à la psychanalyse*, trad. par J. Kalmanovitch, Paris, Payot., ,
- World Health Organization.(2008). *Research WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package..* Récupéré sur <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=y6YsDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA7&dq=number+of+smokers+in+the+world&ots=Y5TEZNLun1&sig=qE4ff0Oy08SCPydM8RZs8CFfVIU#v=onepage&q=number%20of%20smokers%20in%20the%20world&f=false>, ,

ANNEXES

ANNEXE I

Les deux questionnaires du recrutement à l'étude

Status: **Reviewed**

Entry #: 25

Date Submitted: 09-04-2017 10:06

Êtes vous intéressés par la participation à notre étude?

Oui (Suivez les instructions ci-dessous, cela vous prendra 4min SEULEMENT)

Instructions

Répondez aux questions suivante. Dans la plupart des cas, cochez la case qui vous correspond le plus.

Pouvez vous donner 2h de votre temps à notre étude (sur 2mois) ?

Oui

Votre numéro de téléphone? (Pour vous contacter si vous êtes retenu(e))

Vous êtes?

Etudiant

Quel est votre campus universitaire

Aboudaou

sexe

Feminin

Age

18-25

Votre compréhension de la langue française est:

Moyenne

Êtes-vous fumeur(se)? (L'information Restera confidentielle et anonyme)

Oui

Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

De 0 à 5 cigarettes/jour

Souffrez d'une pathologie cardiaque, respiratoire ou mentale?

Non

Essai 1: Ligne OFF

Merci d'avoir pris le temps de répondre à nos questions (^_^)



Département des sciences sociales

Master 2 psychologie clinique

Réalisé par M.Djermoune et N.Gougam

Questionnaire de recrutement

1. Êtes vous intéressés par la participation à notre étude?

- Non** (vous pouvez ne pas remplir le questionnaire)
 Oui (Suivez les instructions ci-dessous, cela vous prendra **4min SEULEMENT**)

Instructions

Répondez au questions suivante. Dans la plupart des cas, cochez la case qui vous correspond le plus.

2. Pouvez vous donner 2h de votre temps à notre étude (sur 2mois) ?

- Oui Non

3. Votre numéro de téléphone? (Pour vous contacter si vous êtes retenu(e))

Tel :

4. Quel est votre Age ?

(choisir une seule proposition)

- 17 ou moins
 18-25
 26-35
 36-45
 46 et plus

5. Quel est votre sexe?

- Féminin
 Masculin

6. Votre compréhension de la langue française est:

- Mauvaise
 Moyenne
 Plutôt bonne
 Bonne
 Très bonne
 Excellente

7. Êtes-vous fumeur? (L'information sera confidentiel et anonyme)

- Non
 Oui..... De 0 à 5 cigarettes/jour
 De 5 à 10 cigarettes/jour
 De 10 à 20 cigarettes/jour
 Plus de 20 cigarettes/jour

8. Souffrez d'une pathologie cardiaque, respiratoire ou mentale?

- Oui Non

Merci d'avoir pris le temps de répondre à nos questions (^_^)

Annexe II

Exemple d'un résultat d'une mesure pour un sujet



Annexe III

Fiche du consentement



Effet d'un support audiovisuel sur le comportement Humain

1. Quel est le sujet de l'étude.?

C'est une étude contrôlée au cours de laquelle l'effet du visionnage d'une vidéo sur le comportement du sujet sera mesuré.

2. Qu'est ce qu'implique la participation à l'étude ?

Après avoir obtenu votre consentement à la participation au cours du premier entretien, (15min), vous répondrez à un questionnaire après lequel vous serez assigné à l'un des deux groupes suivants:

1. **Groupe expérimentale:** Une date vous sera communiquée pour le jour de la projection du film qui aura lieu au LISP(laboratoire interdisciplinaires santé et population) (campus aboudaou-bloc des enseignants) . Un autre entretien (15min) sera organisé un mois après la projection au cours duquel vous aurez à répondre encore une fois à un dernier questionnaire.

2. **Groupe contrôle:** Si vous êtes assignés à ce groupe, la procédure sera identique à celle décrite pour le groupe expérimentale à l'exception du fait que vous n'assisterez pas à la séance de projection. Vous ne devrez donc assister qu'aux deux entretiens à un mois d'intervalle.

3. Comment décidez vous de nous assigner au premier ou au deuxième groupe?

Vous serez assignés aux différents groupes au hasard et de manière aléatoire. Nous allons cependant nous assurer d'avoir deux groupes similaires quant aux âges, sexes et habitudes, pour qu'il puissent être comparés par la suite. Nous ne formerons pas les groupes suivant d'autres facteurs que ceux cités précédemment et nous ne pouvons vous affecter à un groupe à la suite d'une demande émanant de votre part. Une fois affecté à un groupe, nous ne pourrions pas renouveler votre affectation.



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Suis-je obligé de participer?

Absolument pas, la participation est à 100% basée sur le volontariat. Aucune personne ne sera incluse dans l'étude sans avoir donné son autorisation et son consentement préalable. Les participants peuvent retirer leur consentement à n'importe quelle phase de l'étude.

Est-ce que les informations resteront confidentielles?

Toute information collectée dans le cadre de cette étude restera 100% confidentielle. Vos informations seront stockées sans identité correspondante sur un ordinateur sécurisé qui ne sera utilisé que par les chercheurs menant cette étude. Personne n'aura accès aux informations collectées lors de l'étude à l'exception des chercheurs et elles serviront exclusivement et uniquement dans le cadre de cette recherche. Les informations issues de cette recherche seront analysées et interprétées et pourront faire l'objet de publications dans des journaux scientifiques et de présentations lors de différentes conférences.

Qui mène cette étude?

Deux étudiants en fin de cycle de MASTER en psychologie clinique de la faculté des sciences humaines et sociales de BEJAIA.

C'est à travers des études comme celle-ci que nous pouvons aller vers une meilleure compréhension du comportement humain et planifier des campagnes de promotion de la santé de la population plus efficaces et avec un plus grand impact.

Nous espérons que vous pourrez nous aider dans notre travail et tenons à vous remercier, par avance pour votre aide.

Département des sciences sociales
Master 2 psychologie clinique
Réalisé par M.Djermoune et N.Gougam



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Consentement du participant:

J'ai bien lu le document de présentation de l'étude

J'ai bien compris que l'étude est menée par deux étudiants de psychologie clinique de la faculté des sciences humaines et sociales et que ma participation est complètement volontaire.

J'ai bien compris que mon affectation à l'un des deux groupes de l'étude est aléatoire.

J'ai bien compris qu'en acceptant de faire partie de cette étude, je serais amené à assister à deux entretiens au cours du prochain mois et qu'il est nécessaire d'y assister pour être inclu dans l'étude.

Nom du participant _____

Signature du participant _____,

Date _____,

Nom du chercheur _____,

Signature du _____,

Date: _____

Département des sciences sociales
Master 2 psychologie clinique
Réalisé par M.Djermoune et N.Gougam

ANNEXE IV

Lieu de déroulement de l'expérience

(Poste du visionnage)



ANNEXE V

Réponses et déclarations des sujets (post-test)

Remarque et témoignage de chaque sujet (groupe de témoin) :

1 : S 44 :

Avez-vous arrêté de fumer ?

- Non, je suis toujours fumeur.
- Pourquoi ? C'est difficile d'arrêter.
- Quel est le Nombre de jours d'arrêt ? 0jours.

2 : S 26 :

Avez-vous arrêté de fumer ?

- Non, je suis toujours fumeur.
- Pourquoi ? : Je trouve du plaisir quand je fume.
- Quel est le Nombre de jours d'arrêt ? 0jours.

3 : S 23 :

Avez-vous arrêté de fumer ?

- Non, je suis toujours fumeur.
- Pourquoi ? Je n'ai pas encore pris la décision d'arrêter,
- Quel est le nombre de jours d'arrêt : 0jours.

4 : S 50

Avez-vous arrêté de fumer ?

- Non, je suis toujours fumeur.
- Pourquoi ? Je fume par envie, et dès que je rentre a la fac l'envie e fumer persiste,
- Quel est le nombre de jours d'arrêt : 0jours.

5 : s 49 :

Avez-vous arrêtez de fumer ?

- Non, je suis toujours fumeur.
- Pourquoi ? Je n'ai pas envie d'arrêter, j'en ai aucune volonté d'arrêter en plus c'est difficile d'arrêter subitement,
- Quel est le nombre de jours d'arrêt ? 0jours.

6 : s43

Avez-vous arrêtez de fumer ?

- Non, je suis toujours fumeur
- Pourquoi ? Je n'ai pas trouvé un moyen qui m'aide pour arrêter de fumé, quand je rencontre mes camarades de classe a la fac, l'envie de fumer persiste donc j'allume une clope.
- Quel est le Nombre de jours d'arrêt ? 0jours

7 : S 48 :

Avez-vous arrêtez de fumer ?

- Non, je suis toujours fumeur
- Pourquoi ? fumer c'est devenu une habitude pour moi et je trouve du plaisir quand je fume.
- Quel est le nombre de jours d'arrêt : 0jours

8 : S 47

Avez-vous arrêtez de fumer ?

- Non, je suis toujours fumeur.
- Pourquoi ? je trouve du plaisir quand je fume, le vide me donne envie de fumer, c'est devenu une habitude.
- Quel est le nombre de jours d'arrêt : 0jours

9 : s 40 :

Avez-vous arrêtez de fumer ?

- Non, je suis toujours fumeur
- Pourquoi ? j'ai essayé d'arrêter mais je n'ai pas pu même avec un substitut (tabac à chiquer).

10 : s 48 :

Avez-vous arrêtez de fumer ?

Non, je suis toujours fumeur

- Pourquoi ? fumer c'est devenu une habitude pour moi et je trouve du plaisir quand je fume.
- Quel est le nombre de jours d'arrêt : 0 jours

Remarque et témoignage des sujets (groupe expérimentale) :

1 : s29 :

Avez-vous arrêtez de fumer après le visionnage de la vidéo ?

- Oui, J'ai arrêté pour une durée de 9 jours.
- Pourquoi ? je perds l'envie du fumer dès que je me rappelle du petit Monstre, la vidéo ma vraiment aidé à comprendre le piège de la cigarette, d'ailleurs elle m'a aidé d'arrêter du fumer pour une période de 9 jours, et après les 9 jours d'abstinence j'ai fumer qu'une seule cigarette en une durée de 3 jours.

2 : S36 :

Avez-vous arrêtez de fumer après le visionnage de la vidéo ?

- Oui, J'ai arrêté pour une durée de 2 jours.
- Pourquoi ? j'ai arrêté de fumer pour une période de deux jours grâce a la vidéo, mais j'ai repris à cause du stress, j'avais plus cette motivation d'arrêter, et d'ailleurs j'aime toujours occuper mes mains.

3 : S21 :

Avez-vous arrêtez de fumer après le visionnage de la vidéo ?

- Non, aucun arrêt.
- Pourquoi ? c'est mon choix d'être fumeur, la vidéo ma aider a comprendre le piège de cigarette.

4 : S46 :

Avez-vous arrêté de fumer après le visionnage de la vidéo ?

- Non, aucun arrêt.
- pourquoi ? Je n'ai pas décidé d'arrêter, c'est un choix que je sois fumeur.

5 : S13 :

Avez-vous arrêté de fumer après le visionnage de la vidéo

- oui, j'ai arrêté pour une période de 3 jours.
- Pourquoi ? la vidéo ma motivé d'arrêter de fumer, J'ai fait un arrêt de 3 jours, c'est grâce au petit Monstre

6 : S19 :

Avez-vous arrêté de fumer après le visionnage de la vidéo ?

- Non, je suis toujours fumeur.
- Pourquoi ? je fume par envie, je trouve du plaisir quand je fume une cigarette.
- Quel est le nombre de jours d'arrêt ? 0JOURS.

7 : S12 :

Avez-vous arrêté de fumer après le visionnage de la vidéo ?

- Oui, j'ai arrêté pour une durée de 8jours.
- Pourquoi ? c'est grâce au petit monstre qui illustre le piège du manque,

8 : S34 :

Avez-vous arrêté de fumer après le visionnage de la vidéo ?

- Oui, pour une durée de 3jours
- Pourquoi ? grâce à la vidéo qui m'a fait changer ma vision en vers la cigarette et grâce au petit monstre que j'ai vu sur la vidéo,

9 : S15 :

Avez-vous arrêté de fumer après le visionnage de la vidéo ?

- non, aucun arrêt (toujours fumeur)
- pourquoi ? Je n'ai pas pris la décision d'arrêter.

10 : S30 :

Avez-vous arrêté de fumer après le visionnage de la vidéo ?

- Oui, pour une durée de 7jours
- Pourquoi ? La vidéo m'a vraiment changé ma visionne envers la cigarette, elle m'a aidé à comprendre son piège, et je perds l'envie de fumer à chaque fois que je pense au petit monstre.

Résumé

Le tabac, un fléau de santé publique qui devrait être pris au sérieux vu les conséquences dévastatrices engendrées pour les fumeurs, dans cette étude nous avons essayé de démontrer l'effet du support audiovisuel ALLEN Carr sur le comportement tabagique d'un groupe d'étudiants qui visionneront un film de 65 minutes produit sur la base de la méthode (ALLEN Carr), Si l'efficacité du support audiovisuel est démontrée il sera plus facile d'atteindre un plus grand nombre de personnes concernées par l'addiction tabagique ce qui aura pour effet d'amplifier l'impact du traitement.

Mot clé : Addiction, Allen Carr, Etudiants, Tabagisme.