

Robert Langlois et Kieron P. O'Connor¹

Centre de Recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

Évaluation d'un programme de gestion du style de vie dans la modification de l'habitude du tabagisme

Résumé

Le but premier de cette étude est de comparer un programme intégrant une gestion du style de vie dans le but de prévenir des rechutes chez des fumeurs (PGV) avec un programme standard traditionnel de prévention des rechutes (PR) et une condition de contrôle centrée sur la modification du comportement de fumer mais excluant toute forme de stratégie de prévention des rechutes (CO). Soixante-six participants recrutés dans la population générale ont été désignés au hasard dans l'un des trois programmes expérimentaux. Une diminution significative est observée pour l'ensemble des groupes entre le pré-test et le post-test. A neuf mois post-traitement, les groupes ayant bénéficié des stratégies de prévention de la rechute demeurent inférieurs aux participants contrôlés en termes de fréquence de consommation.

Mots-Clefs : Tabagisme, prévention de la rechute, style de vie

Evaluation of a life style management program for the modification of smoker behavior

Abstract

The aim of the study was to evaluate the impact of changing life style on smokers ability to reduce or quit smoking. Sixty-six subjects were allocated to three treatment groups: a group based on integrating changes in life style to response prevention (PGV), a traditional response prevention group (RP), and a control group (CO). All groups reduced smoking significantly and there was no overall difference in outcome between groups post-treatment programme. But at 9-month follow-up the control group showed more relapse than the group receiving relapse prevention.

Keywords: Smoking, relapse prevention, lifestyle

¹ Veuillez adresser toute correspondance à Dr Kieron O'Connor, Centre de Recherche Fernand-Seguin, 7331, rue Hochelaga, Montréal, Québec, Canada H1N 3V2. Les auteurs tiennent à remercier Dr Manon Vézina pour sa collaboration dans les analyses biochimiques. Cette recherche a été réalisée en partie grâce à une subvention du Conseil Québécois de la Recherche Sociale (#RS-1421-1653). Le deuxième auteur était également chercheur-boursier du Fonds de la Recherche en Santé du Québec.

La prévention des rechutes dans la modification de l'habitude du tabagisme demeure un défi pour les chercheurs en psychologie de la santé. Bien que de nombreux fumeurs réussissent à abandonner leur habitude par eux-mêmes (Carey, Snell, Carey, & Richards, 1989; Cohen et al., 1989) ou avec l'aide d'une méthode de traitement spécifique (Glasgow & Lichtenstein, 1987), la majorité d'entre eux rechutent dans les 12 mois suivant la cessation (Marlatt & Gordon, 1985).

Le processus de modification du tabagisme peut être conceptualisé en une série de phases: (a) prendre la décision de cesser de fumer; (b) passer à l'action en réduisant sa consommation ou en cessant de fumer; (c) maintenir le changement comportemental et prévenir les rechutes (DiClemente et al., 1991; Marlatt & Gordon, 1985). Alors que différents programmes ont été développés pour inciter (phase 1) et aider le fumeur à cesser (phase 2), ce n'est que depuis quelques années que les chercheurs se centrent sur la phase du maintien.

Les programmes de prévention de la rechute (PR) développés jusqu'à maintenant se sont surtout centrés autour du modèle de Marlatt et Gordon (1985). Ce modèle, inspiré de la théorie sociale-cognitive de Bandura (1977, 1982), met l'accent sur la *décision* de l'individu de maintenir ou non l'objectif qu'il s'est fixé (être abstinent ou fumer un nombre déterminé de cigarettes). Ce processus décisionnel est influencé, d'une part, par l'exposition à diverses situations à haut risque de rechute mais, surtout, par l'évaluation que se fait l'individu de sa capacité à transiger efficacement avec ces situations de crise, cette évaluation référant au concept d'efficacité personnelle de Bandura (1977, 1982). Quelques études font d'ailleurs ressortir qu'un niveau d'efficacité personnelle élevé à la fin d'un traitement est corrélé à un meilleur maintien, alors que les participants qui présentent un faible niveau d'efficacité personnelle ont plus tendance à rechuter (Coletti, Supnick, & Rizzo, 1982; Conditte & Lichtenstein, 1981; DiClemente, 1981; Kavanagh, Pierce, Kailo, & Shelley, 1993; Kirscht et al., 1987; Yates & Thain, 1985).

Selon Marlatt et Gordon (1985), l'émission d'une première réponse consommatoire entraîne immédiatement une baisse dans le sentiment d'efficacité personnelle et un effet cognitivo-émotionnel, l'effet de violation de l'abstinence. Ainsi, la façon dont l'individu perçoit et interprète la dérobade, tantôt comme un événement isolé, tantôt comme un échec ou une catastrophe, influencera grandement sa propension à rechuter (i.e. reprendre son rythme de consommation initial).

Les programmes de PR standardisés évalués jusqu'à maintenant mettent essentiellement l'accent sur l'apprentissage d'habiletés cognitives et comportementales visant à contrer les situations à haut risque, à accroître l'efficacité personnelle et à transiger adéquatement avec l'effet de violation de l'abstinence (Brown, Lichtenstein, McIntyre, & Harrington-Kostur, 1984; Curry, Marlatt, Gordon, & Baer, 1988; Davis & Glaros, 1986; Hall, Rugg, Tunstall, & Jones, 1984; Stevens & Hollis, 1989; Supnick & Coletti, 1984). Les résultats positifs parfois obtenus dans ses études sont, règle générale, plutôt modestes (Lichtenstein & Glasgow, 1992).

Ces résultats modestes pourraient s'expliquer par le fait que les programmes de PR étudiés jusqu'à maintenant étaient centrés sur le tabagisme de façon isolée. Or, certains chercheurs ont mis en évidence l'importance du style de vie comme facteur de

maintien du tabagisme. Ainsi, dans une revue de plusieurs études réalisées dans des pays occidentaux, Istvan et Matarazzo (1984) découvrent une interaction entre le tabagisme et la consommation d'alcool et de café, laissant voir un pattern additif. Remington et al. (1985) font également ressortir une interaction entre le fait de fumer et l'habitude de l'alcool. Cricqui (1980) met aussi en évidence une relation inverse entre l'habitude de fumer et l'habitude de l'activité physique.

L'interaction entre différentes habitudes de vie considérées néfastes à la santé chez les fumeurs, et ce de façon plus marquée chez les gros fumeurs, pourrait favoriser le maintien d'un pattern additif où chaque habitude renforce l'autre dans un cycle de rétroaction (Castro, Newcomb, McCreary, & Baezconde-Garbanati, 1989). L'utilisation de la cigarette en interaction avec le café ou l'alcool, par exemple, favorise une régulation de l'affect, agissant tantôt en atténuant un affect désagréable (anxiété, stress, ennui, dépression), tantôt en stimulant un affect agréable ou positif (joie, concentration) (Carmody, 1989).

Ainsi, la recherche de gratification immédiate associée aux effets pouvant être obtenus de ces substances favorise l'habitude, la surconsommation et complique donc le processus de prévention de la rechute. De plus, l'abandon du tabagisme s'accompagne généralement de symptômes de sevrage caractérisés par des sensations physiques et des émotions désagréables. Le développement et l'apprentissage de stratégies alternatives compensatoires pourraient donc faciliter l'expérience de l'abstinence. D'autre part, le développement d'habiletés de gestion du stress et d'habitudes de vie orientées vers la santé pourraient également favoriser une meilleure régulation des affects tant positifs que négatifs et, donc, faciliter la prévention des rechutes.

A notre connaissance, aucune étude contrôlée n'a mis l'accent sur l'évaluation d'un programme intégrant une gestion du style de vie dans le but de prévenir les rechutes chez les fumeurs. Le but premier de cette étude est de comparer un tel programme à un programme standard traditionnel de PR et à une condition de contrôle centrée sur la modification du comportement de fumer mais excluant toute forme de stratégies de PR.

Méthodologie

Recrutement

Les participants ont été recrutés dans la population générale via des annonces dans un quotidien montréalais et dans les journaux des quartiers entourant le Centre de Recherche Fernand-Seguin à Montréal. Les fumeurs des deux sexes, âgés entre 25 et 50 ans et intéressés à cesser de fumer en participant gratuitement à un programme de groupe de 10 semaines, devaient ainsi laisser leurs coordonnées et leur disponibilité en vue d'une évaluation.

Évaluation initiale

Parmi une liste de plus de 250 appels potentiels, 120 participants ont été évalués par un psychologue (R.L.) au Centre de Recherche. L'entrevue, d'une durée de 30 minutes, visait à évaluer la motivation des participants, les raisons évoquées pour cesser de fumer, les tentatives antérieures de cessation, le support social, les habitudes de vie et les attentes face à un programme de cessation. L'entrevue visait également à

identifier la présence possible de problèmes psychiatriques importants qui pourraient nuire à la cohésion du groupe. Finalement, des informations étaient données sur le projet de recherche en regard de la durée du programme, du rationnel sous-jacent aux stratégies utilisées et de l'engagement des participants au niveau du processus d'évaluation.

Suite à l'entrevue, les participants toujours intéressés à participer devaient compléter une série de questionnaires et des fiches d'auto-observation pendant les sept jours suivant la date de l'évaluation. Ces fiches visaient à établir un niveau de base en regard de la fréquence de consommation et au niveau de certaines habitudes de vie. La complétion de ces fiches, exigeant un certain effort, constituait également un bon indice de la motivation des participants à participer à un programme centré sur l'auto-contrôle. Finalement, chaque candidat devait donner un échantillon de salive dans une pipette, laquelle était ensuite congelée, ce de façon à analyser et à mesurer le taux de cofine pré-traitement.

Répartition des participants

Parmi les participants évalués, 66 fumeurs ont complété le processus d'évaluation en retournant les questionnaires et les fiches d'auto-observation. Ces participants étaient âgés de 37,8 ans ($\bar{E.T.} = 5,98$) en moyenne et fumaient 22,0 cigarettes ($\bar{E.T.} = 7,6$) par jour depuis 14,8 ans ($\bar{E.T.} = 8,7$) en moyenne. Un plus grand nombre de femmes, soit 46 (70%) ont été sélectionnées, ce qui est caractéristique des programmes de recherche sur les fumeurs où un plus grand nombre de femmes s'inscrivent.

Ces 66 participants ont été désignés au hasard dans l'une ou l'autre des conditions expérimentales en fonction de leur disponibilité, laquelle devait être fixe pour une période de 10 semaines. Pour chacune des trois conditions expérimentales, deux groupes variant de 9 à 12 fumeurs ont été formés, lesquels ont reçu des traitements identiques. Ainsi, chaque condition était constituée du nombre de participants suivant: (a) Programme de PR + gestion du style de vie (PGV) ($n = 24$); (b) Programme de PR ($n = 21$); (c) Groupe contrôle (CO) ($n = 21$).

Déroulement et description des programmes

Tous les participants étaient suivis dans le cadre d'un programme d'intervention s'orientant dans une perspective cognitive-behaviorale et se donnant en groupe. Le format de groupe constitue la norme dans les études sur le tabagisme et présente de nombreux avantages dont l'économie du temps thérapeutique et le support social entre les participants (Bentaru & Eaker, 1984).

Ces groupes étaient composés de 9 à 12 participants et étaient animés par un psychologue clinicien spécialisé en thérapie behaviorale et expérimenté dans le traitement du tabagisme (R.L.). Afin de contrôler l'influence du temps de contact thérapeutique, tous les groupes se sont échelonnés sur une période de 10 semaines à raison de 90 minutes par séance pour un total de 10 séances, soit 900 minutes de temps thérapeutique. D'autre part, pour contrôler le facteur "expérience clinique" et pour limiter les coûts liés à la formation de plusieurs intervenants, il a été convenu que le même thérapeute anime les six groupes nécessaires à la réalisation de cette étude. Une grille d'évaluation post-programme permet de vérifier la consistance entre les traitements et la crédibilité du thérapeute.

Programme de gestion du style de vie (PGV)

Ce programme vise à faciliter la modification de l'habitude du tabagisme et le maintien en accordant une attention particulière au style de vie du fumeur. Dans ce programme, les participants reçoivent un manuel au début du traitement, lequel décrit les différentes étapes d'une méthode de modification des habitudes tabagiques centrée sur l'apprentissage *graduel* d'habiletés cognitives et comportementales intégrées à une gestion du style de vie. Cette méthode s'articule autour de trois grands axes: (a) la préparation à la cessation; (b) la modification des automatismes et l'apprentissage de comportements substitués; (c) le maintien.

La première étape vise à accroître la motivation des fumeurs par la modification de certaines croyances pouvant constituer des obstacles à la modification de l'habitude. D'autre part, des exercices visant à favoriser une prise de conscience de l'habitude et des bases situationnelles du tabagisme sont pratiquées par le fumeur pendant les séances et à la maison. Cette phase dure deux semaines (séances 1 et 2).

La seconde phase vise à aider le fumeur à apprendre et à mettre en pratique des actions motrices spécifiques agissant comme des substitués au tabagisme. Ces substitués sont planifiés en fonction d'une hiérarchie de situations tabagiques préalablement identifiées au *Questionnaire sur les Situations Tabagiques*. Les substitués varient en fonction du type d'activité requis dans la situation tabagique. Dans les situations impliquant un niveau d'activité élevé, les stratégies substitutives visent à favoriser un maintien du niveau d'activation requis par la situation (situations de maintien). Dans les situations qui requièrent un faible niveau d'activation, les stratégies substitutives visent à aider la personne à s'activer à un niveau optimal de performance (situations de transformation). Cette phase dure quatre semaines (séances 3 à 6) et l'objectif est de favoriser une réduction de la consommation ou l'abstinence selon l'objectif fixé initialement par chaque fumeur.

Pendant ces six premières semaines du programme, les participants sont sensibilisés à l'importance du style de vie dans le maintien de l'habitude du tabagisme. De la séance 2 à la séance 6, les participants reçoivent de l'information orale et écrite sur les thèmes suivants: (a) la gestion du stress par la planification d'activités de loisirs et de détente; (b) l'activité physique régulière; (c) l'équilibre dans l'alimentation (incluant le café et l'alcool) et (d) l'équilibre dans le sommeil.

Dans la troisième phase du programme, une gestion *active* du style de vie est planifiée avec chaque participant de façon individualisée en fonction des axes suivants: (a) planification quotidienne d'au moins une activité de loisir ou de détente d'une durée minimale de 30 minutes, parmi un menu d'activités (v.g. relaxation, lecture, etc.); (b) planification et développement d'au moins une habitude de santé adaptée à l'individu (e.g. activité physique régulière de faible intensité, équilibre dans l'alimentation, diminution dans la consommation de caféine, etc.). D'autre part, cette phase intègre les stratégies de prévention de la rechute telles que définies par Marlatt et Gordon (1985): identification des situations à haut risque, apprentissage d'habiletés de coping, informations sur l'effet de violation de l'abstinence et sur les moyens d'y faire face. Cette phase dure quatre semaines (séances 7 à 10).

Programme axé sur la cessation, avec prévention de la rechute (PR)

Cette condition de comparaison permet de faire ressortir l'importance relative de la composante «gestion du style de vie» du programme PGV. Ce programme est semblable au premier en regard du format et les participants reçoivent le même manuel au début du traitement à l'exclusion des sections portant sur la gestion du style de vie.

Les participants effectuent les exercices de prise de conscience sur une période de deux semaines, pour ensuite réduire graduellement leur consommation de cigarettes par la modification des automatismes cognitifs et comportementaux et par l'apprentissage de comportements substitués sur une période de quatre semaines. Finalement, les stratégies de prévention de la rechute sont enseignées au cours des quatre dernières semaines du programme.

Programme axé sur la cessation uniquement (CO)

Dans cette condition de contrôle, aucune référence n'est faite en regard du maintien et de la prévention des rechutes. Les participants suivent le même programme de cessation que les groupes PGV et PR et reçoivent le même manuel à l'exception des sections sur la gestion du style de vie et la prévention de la rechute. Les participants du groupe CO ont reçu un traitement standard combinant des stratégies comportementales et cognitives efficaces dans la modification de l'habitude du tabagisme. Toutefois, compte tenu des objectifs de l'étude, aucune stratégie liée à la prévention des rechutes n'a été enseignée.

Les trois premières séances sont centrées sur la préparation à la cessation (c.-à-d. restructuration cognitive et prise de conscience), suivies de sept séances axées sur la réduction graduelle du taux de consommation.

Instruments de mesure

Questionnaire sur la santé et les habitudes de vie. Ce questionnaire général utilisé lors de l'enquête Santé-Québec (1987) permet d'identifier et de mesurer les principaux problèmes de santé et les habitudes de vie d'un individu. La fidélité test-retest de l'instrument est élevée. Ce questionnaire administré au niveau de base, au post-test et aux suivis permet de quantifier les principales habitudes de vie de chaque fumeur. Les comportements évalués sont les suivants: (a) activité physique régulière (fréquence); (b) consommation d'alcool (fréquence) et (c) consommation de café (fréquence).

Questionnaire sur les situations tabagiques (QST). Ce questionnaire a été développé à partir d'analyses factorielles sur les fumeurs (O'Connor, 1985). Il comprend une liste de 12 situations tabagiques qui varient en fonction du degré d'activité requis par la situation. Les fumeurs doivent évaluer à quelle fréquence ils ont l'habitude de fumer (sur une échelle de 0 à 100) pour chaque situation. Ce questionnaire est administré au niveau de base, au post-test et aux suivis. Les situations sont en rapport avec le stress émotionnel et l'attention, ainsi qu'avec des activités sociales et des loisirs. Le questionnaire démontre une bonne résolution factorielle et couvre l'ensemble des situations reconnues (Axelrod, 1991; O'Connor & Langlois, 1991).

Échelle d'efficacité personnelle pour le tabagisme. Cette échelle permet d'évaluer le niveau de confiance (0-100) qu'a un individu en regard de sa capacité à résister à la tentation de fumer dans 12 situations tabagiques habituelles. Semblable au questionnaire de Condiotte et Lichtenstein (1981), ce type de mesure est de plus en plus

utilisé dans les recherches sur le tabagisme. Condiotte et Lichtenstein (1981) ont observé une corrélation de 0,59 entre le niveau d'efficacité à la fin d'un traitement et le statut clinique (abstinent, fumeur) des participants lors d'un suivi trois mois post-traitement. L'échelle est administrée au niveau de base, au post-test et aux suivis.

Échelle d'anxiété situationnelle et de trait (STAI, Spielberger, 1983). Ce questionnaire standard traduit et validé sur une population québécoise (Bergeron, Landry, & Bélanger, 1976) permet d'évaluer tout changement au niveau de l'anxiété entre le niveau de base et la fin du traitement. Un haut niveau d'anxiété et de stress constitue une variable prédictive des rechutes (Carmody, 1989).

Mesure de fréquence comportementale (tabagisme). La fréquence de consommation (nombre de cigarettes/jour) est mesurée à partir de fiches d'auto-observations conventionnelles utilisées en psychologie clinique. Les participants doivent noter, pour chaque cigarette fumée, le contexte situationnel, l'heure et l'intensité de l'envie de fumer sur une échelle de 0 à 5, ce, tout au long de l'étude. Ces fiches d'observation sont de la grosseur d'un paquet de cigarettes et sont facilement transportables. Les participants doivent effectuer ces auto-observations tout au long de l'étude.

Mesure de l'abstinence. Bien que les programmes d'interventions utilisés dans cette étude ne s'orientent pas vers l'abstinence absolue, les taux d'abstinence sont mesurés au post-test et aux suivis. Pour chaque point d'évaluation, l'abstinence est définie comme l'absence de consommation au cours de la semaine précédant l'évaluation, ce qui correspond au critère suggéré par Lando (1989). Afin de corroborer le statut clinique des participants se disant abstinent, une évaluation biochimique (cotinine dans la salive) est faite au post-test et aux suivis. Le niveau de cotinine dans la salive fut mesuré via une procédure de chromatographie liquide à haute performance (HPLC) combinant une détection UV.

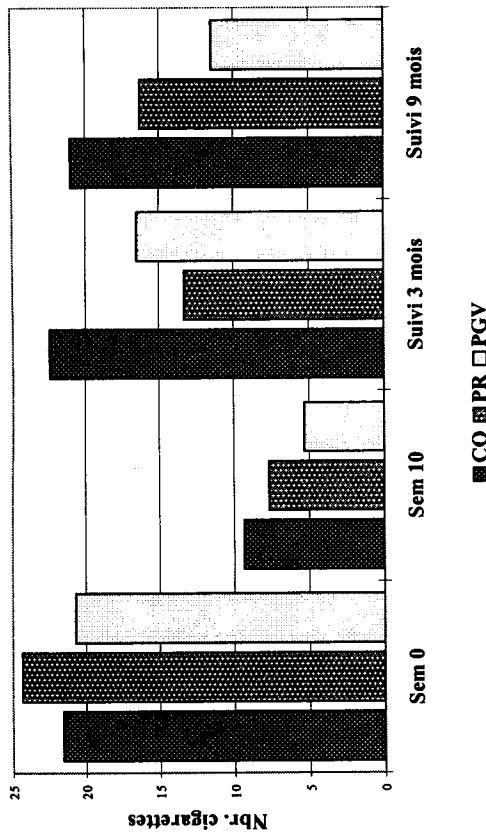
Mesures cognitives. Une échelle d'attribution mesurant 13 croyances associées au tabagisme et à la cessation a été utilisée au niveau de base et en post-test. Cette échelle permet de faire ressortir la tendance du fumeur à attribuer la modification de son habitude de fumer à des facteurs externes ou internes, stables ou instables, et globaux ou spécifiques (Anderson et al., 1986).

Aux mêmes points d'évaluation, une mesure de la perception des fumeurs fut utilisée à partir d'un questionnaire de 40 adjectifs décrivant des aspects positifs ou négatifs et où le participant devait évaluer comment il percevait habituellement les fumeurs.

Résultats

Les données obtenues ont été soumises à une analyse de variance multivariée (MANOVA) de façon à mesurer les différences intergroupes et les différences en fonction du temps. Une analyse de variance multivariée avec mesures répétées sur la variable temps fut menée.

Figure 1 - Nombre moyen de cigarettes (par jour) par thérapie selon différentes périodes



Équivalence entre les groupes

Des analyses faites sur les données du pré-test n'ont fait ressortir aucune différence significative entre les groupes en regard des variables suivantes: l'âge, la durée de l'habitude, le nombre de tentatives de cessation antérieures à l'étude, le nombre de cigarettes consommées quotidiennement. D'autre part, aucune différence significative n'est observée au niveau de base en ce qui a trait aux diverses variables mesurées à partir des questionnaires et des grilles d'auto-observation.

Profil des abandons et de l'adhérence au traitement

Parmi les 66 fumeurs ayant débuté le programme, 51 participants ont complété le processus de traitement et d'évaluation jusqu'au suivi de neuf mois post-traitement. Un plus grand nombre d'abandons est observé dans le groupe PR ($n=8$) comparativement au groupe PGV ($n=4$) et au groupe contrôle ($n=3$). Quatre-vingt-six pour cent des participants ($n=57$) ont complété le programme de 10 semaines en participant à au moins sept séances sur dix. Six participants ont abandonné ou n'ont pu être recontactés entre le post-test et les suivis, ces derniers étant comptabilisés comme des abandons.

Le tabagisme

En regard de la consommation quotidienne de cigarettes, une diminution significative est observée pour l'ensemble des groupes entre le pré-test et le post-test ($F_{1,49} = 133,98; p < .001$), ce qui indique que l'ensemble des participants ont répondu au programme thérapeutique offert. Toutefois, le programme n'a pas été plus efficace pour l'un ou l'autre des groupes, les différences mesurées au post-test n'étant pas significatives.

Tableau 1a
Degré des rechutes lors du suivi 3 mois selon la moyenne des cigarettes consommées quotidiennement.

Degré de rechute (%)*	CO	PR	PGV
0%	2	3	2
1-50%	15	9	16
>50%	1	3	2

Tableau 1b
Degré des rechutes lors du suivi 9 mois selon la moyenne des cigarettes consommées quotidiennement.

Degré de rechute (%)*	CO	PR	PGV
0%	0	2	6
1-50%	2	0	4
>50%	16	13	9

* Degré de rechute lors des sessions de suivi :

0% = Cessation complète.

1-50% = Rechute non supérieure à 50% du nombre de cigarettes à la base.

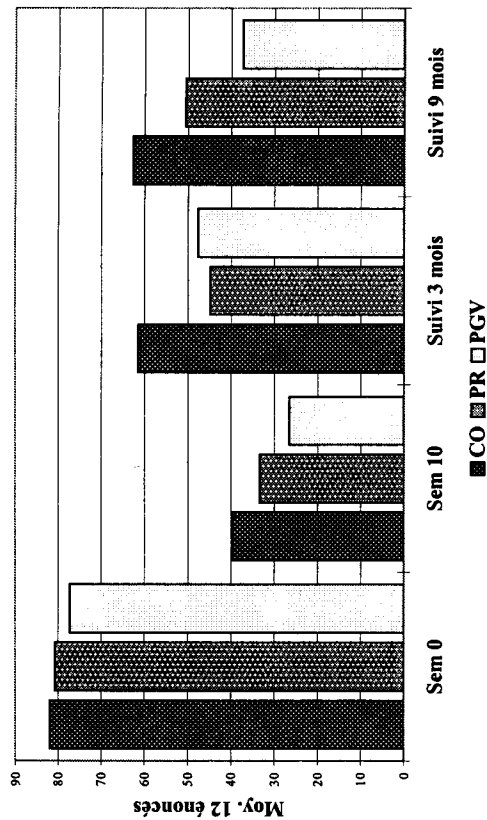
>50% = Rechute supérieure à 50% du nombre de cigarettes à la base.

La Figure 1 fait ressortir une augmentation marquée dans le nombre de cigarettes consommées entre le post-test et le suivi de trois mois post-traitement. Le groupe contrôle a rechuté au niveau de consommation initiale alors que les groupes expérimentaux ont aussi augmenté leur consommation mais de façon moindre. Bien que non significative au seuil de .05, des analyses font ressortir une différence plus marquée entre le groupe contrôle et le groupe PR ($p < .07$).

Aucune différence significative n'est observée entre le suivi de trois mois et le suivi de neuf mois, sauf pour le groupe PGV où quatre fumeurs de cette condition ont cessé de fumer au cours de cet intervalle. L'abstinence de ces quatre participants à neuf mois post-traitement (validée biochimiquement) permet d'expliquer la différence significative ($p < .05$) mesurée entre le groupe PGV ($M = 11,47; \hat{E}.T. = 10,89$) et le groupe contrôle ($M = 21,0; \hat{E}.T. = 11,87$) à ce point d'évaluation.

Il est par ailleurs intéressant de noter que le pourcentage de participants consommant moins de 50% de leur consommation initiale de cigarettes, à neuf mois post-traitement, était plus élevé pour le groupe PGV par rapport aux deux autres groupes ($\chi^2(4) = 11,98; p < 0,02$). Cette observation laisse supposer un maintien des acquis thérapeutiques (en terme de réduction de consommation) à long terme chez ce groupe. Il était prévu, initialement, d'effectuer une relance à 12 mois post-traitement mais, compte tenu qu'un grand nombre de participants n'ont pu être rejoints, les analyses se sont limitées à 9 mois post-traitement. D'autre part, comme l'étude s'est déroulée il y a plus d'un an, la possibilité de relancer à nouveau les participants nous apparaît irréalisable.

Figure 2 - Échelle envie situationnelle (ES) (moyenne des 12 énoncés) par thérapie selon différentes périodes



Les habitudes de vie

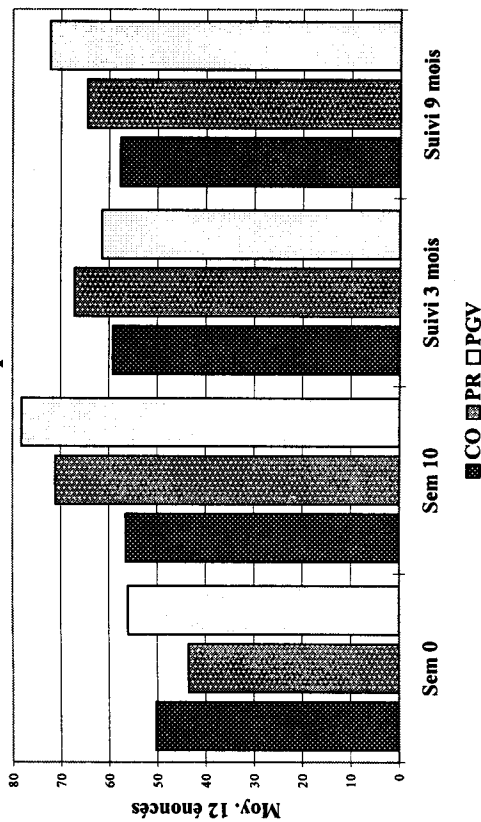
Les mesures des habitudes de vie (activité physique, alcool, café) ont été prises via le *questionnaire Santé Québec* (1987). Les résultats ne font ressortir aucune différence entre les groupes au post-test et au suivi de neuf mois au niveau de la consommation d'alcool et de café et en ce qui a trait à la fréquence de pratique de différentes formes d'activités physiques (aérobiques, non-aérobiques et autres activités quotidiennes) mesurées comme un ensemble. Cependant, une différence intergroupe est observée à neuf mois post-traitement pour la fréquence de pratique d'activités de type aérobique. Ainsi, 45% ($n=9$) des participants du groupe PGV faisaient une activité de ce type une ou plus d'une fois par semaine comparé à 27% ($n=5$) dans le groupe contrôle et 0,06% ($n=1$) dans le groupe PR ($\chi^2(2) = 6.21, p < 0.04$).

La fréquence de consommation situationnelle (FCS)

L'analyse des données au questionnaire sur les situations tabagiques fait ressortir une diminution linéaire significative pour tous les groupes entre le pré-test et le post-test ($F_{1,49} = 109,83; p < 0.001$), ce qui indique que l'ensemble des participants ont évalué avoir diminué leur fréquence de consommation par rapport à diverses situations en cours de thérapie. Toutefois, les analyses de l'effet temps indiquent une augmentation de la fréquence de consommation situationnelle entre le post-test et le suivi de trois mois, augmentation qui se stabilise entre les deux suivis.

En regard des différences inter-groupes, aucune différence significative n'est ressortie tant au post-test qu'au premier suivi. Cependant, tout comme pour la mesure de la fréquence de consommation de cigarettes, une différence significative est observée au suivi de neuf mois ($F_{2,49} = 3,66; p < 0.05$). À ce niveau, une comparaison

Figure 3 - Échelle d'efficacité personnelle (EEP) (moyenne des 12 énoncés) par thérapie selon différentes périodes



pairée démontre que le groupe PGV présente une fréquence de consommation situationnelle significativement moins élevée par rapport au groupe contrôle ($p < 0.05$).

L'efficacité personnelle

L'analyse de l'effet temps pour la mesure d'efficacité personnelle fait ressortir une augmentation significative entre le pré-test et le post-test pour l'ensemble des groupes ($F_{1,49} = 14,74; p < 0.001$), ce changement étant plus marqué pour les groupes expérimentaux. Les analyses démontrent également que les changements au niveau de cette variable se maintiennent entre le post-test et le suivi de trois mois et entre le suivi de trois mois et le dernier suivi de neuf mois. Bien que le groupe contrôle présente un niveau d'efficacité personnelle inférieur par rapport aux deux autres groupes, cette différence se révèle non significative au post-test ($F_{2,49} = 2,39; p = 0.10$). Les analyses ne font également ressortir aucune différence significative entre les groupes aux suivis de trois et de neuf mois.

Il est toutefois intéressant de noter, sur la base d'une analyse item par item à neuf mois post-traitement, que le groupe contrôle présente un niveau d'efficacité personnelle significativement inférieur à celui observé dans le groupe PGV aux items suivants: 4. Quand je me concentre; 7. Quand je m'ennuie; 12. Quand je suis stressé(e).

Mesure des changements sur le plan affectif et émotionnel

Les mesures obtenues à l'Échelle d'évaluation de l'affect et à l'échelle "état" de l'ASTA ont permis d'évaluer les changements affectifs et émotionnels, tant négatifs que positifs, pouvant résulter de la modification de l'habitude de fumer. Malgré une diminution significative du nombre de cigarettes consommées pour l'ensemble des groupes, il semble que la majorité des participants se soit bien adaptée à ce

Tableau 2
Stratégies utilisées au cours du programme pour chaque groupe

	Behaviorale	Cognitive	Prévention de rechute	Style de vie
PGV	2,61 (1,11)	2,70 (1,37)	2,04 (1,57)	2,33 (1,02)
PR	3,28 (0,73)	3,35 (0,97)	2,07 (1,46)	2,23 (1,21)
CO	2,70 (1,29)	2,56 (1,34)	1,53 (1,55)	1,86 (1,44)
Total	2,84 (1,08)	2,85 (1,26)	1,87 (1,53)	2,14 (1,23)

changement. En effet, aucune différence significative n'est mesurée à ces deux échelles entre le pré-test et le post-test pour l'ensemble des groupes. D'autre part, aucune différence significative entre les groupes n'est observée au post-test.

Mesures cognitives

Mesure de la perception des fumeurs

Alors que les groupes étaient équivalents en pré-test en regard de la perception négative et de la perception positive des fumeurs, le changement observé au post-test se situe au niveau d'une diminution significative dans la perception des fumeurs comme ayant des caractéristiques négatives et positives ($F_{1,49} = 6,34; p < .05$), ce pour l'ensemble des groupes.

Mesure de l'attribution

Tous les groupes ont significativement ($p < .01$) diminué leurs croyances selon lesquelles: leur habitude de fumer est reliée à une dépendance physique (#1); ils auront toujours envie de fumer après avoir cessé (#4); alors que les croyances suivantes ont augmenté: l'envie de fumer peut être contrôlée (#3); et qu'il est possible de cesser de fumer pour soi-même (#9). Cependant, alors que le groupe PGV présente une diminution dans la croyance selon laquelle l'envie de fumer ne varie pas selon les situations (#11), le groupe PR manifeste une augmentation dans cette croyance. Ce dernier groupe présente également une augmentation dans la croyance selon laquelle si cesser de fumer exige un effort, c'est que le fumeur n'est pas prêt à cesser (#8). Par ailleurs, les participants du groupe PGV diminuent leur croyance selon laquelle ils n'ont pas les traits de personnalité nécessaires pour arrêter de fumer (#13), alors que le groupe contrôle seulement évalue se sentir moins en contrôle sur l'ensemble de ses habitudes de vie (#7) au post-test par rapport au pré-traitement.

Évaluation de l'importance des stratégies utilisées

Au post-test, cette évaluation a permis aux participants d'évaluer, sur une échelle de un à cinq, à quel point les 31 stratégies décrites ont été importantes dans la modification de leur habitude de fumer. Ces stratégies sont divisées en quatre catégories: (1) comportementale; (2) cognitive; (3) prévention des rechutes; (4) style de vie.

Aucune différence significative n'est mesurée entre les groupes pour chaque catégorie de stratégie quant à leur degré d'importance (Tableau 2). Toutefois, une légère différence est observée dans le niveau d'importance accordée aux stratégies de

prévention de la rechute et au style de vie entre les groupes expérimentaux et le groupe contrôle, ce dernier groupe n'ayant pas été sensibilisé à ces interventions, les jugeant moins utiles.

Évaluation du niveau de satisfaction par rapport au programme

Cette évaluation visait à mesurer le niveau de satisfaction des participants en regard du programme offert. Cette évaluation se fait sur 12 points précis évalués sur une échelle de un à cinq, allant de très peu satisfaisant (1-3) à très satisfaisant (4-5). L'évaluation au post-test démontre un niveau de satisfaction élevé pour tous les groupes, les scores moyens obtenus allant de 4,12 ($\bar{E.T.} = 1,06$) pour l'item "durée du programme", à 4,86 ($\bar{E.T.} = 0,35$) pour l'item "échanges entre les participants (esprit de groupe)". Dans l'ensemble, le programme a correspondu aux attentes des participants ($M = 4,48; \bar{E.T.} = 0,89$) et le contenu du programme correspondait aux objectifs énoncés par l'animateur ($M = 4,70; \bar{E.T.} = 0,52$).

Finalement, les participants ont évalué de façon très satisfaisante le contenu et la clarté des explications dans le manuel de traitement utilisé, le contenu des séances, la démarche graduelle des séances, la clarté des présentations et le style de l'animateur. Les moyennes à ces échelles s'échelonnent de 4,46 à 4,76.

Le psychologue clinicien (R.L.) était aussi l'un des auteurs de la recherche compte tenu d'un budget limité. Comme mesure de contrôle intermédiaire, les participants ont complété une *Échelle de satisfaction par rapport au programme*, qui incluait des points liés à l'animation. D'un groupe à l'autre, le niveau de satisfaction des participants était élevé et nous n'avons pu mettre en évidence de différence significative inter-groupe.

Discussion

Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'un programme thérapeutique pour les fumeurs, intégrant des stratégies de prévention de la rechute à une gestion du style de vie. Une hypothèse voulait qu'un tel programme soit plus efficace, en terme de maintien des acquis thérapeutiques à long terme, qu'un programme de prévention de la rechute traditionnel et qu'une condition de contrôle axée uniquement sur la modification de l'habitude de fumer et excluant toute forme de stratégie visant à prévenir les rechutes.

Le programme de base, centré sur l'application de stratégies cognitives et comportementales (O'Connor & Langlois, 1991) était le même dans les trois conditions. Les résultats, exprimés par une réduction significative du nombre de cigarettes consommées, indiquent que le programme offert s'est révélé efficace pour les participants des trois conditions. Ces résultats sont semblables à ceux obtenus dans la majorité des études sur le tabagisme, où les stratégies cognitivo-comportementales centrées sur l'apprentissage d'habiletés spécifiques donnent habituellement les meilleurs résultats (e.g., Stevens & Hollis, 1989).

Les résultats obtenus à l'*Échelle d'évaluation du programme* font par ailleurs ressortir un niveau de satisfaction élevé (supérieur à 4 sur une échelle de 1 à 5) en regard des différentes facettes du programme, et ce pour les trois conditions de traitement. Par ailleurs, il ne ressort pas que l'un ou l'autre des types de stratégies enseignées (cognitives ou behaviorales) ait été plus important dans la modification de leur habitude de fumer.

Tel que prévu, des variations importantes ont été observées entre le post-test et les deux suivis. Le profil de rechute est similaire à celui décrit antérieurement (O'Connor & Langlois, 1993). À trois mois post-traitement, des participants du groupe contrôle ont recommencé à fumer à une fréquence quotidienne légèrement supérieure au niveau de base. Ce retour à la case départ se maintient à long terme (suivi de 9 mois). Il semble donc qu'à moyen terme, les participants des groupes expérimentaux aient pu bénéficier des stratégies de prévention de la rechute puisque la fréquence de consommation quotidienne mesurée, bien qu'elle ait augmenté du post-test au suivi, demeure inférieure au niveau de base. Toutefois, on ne peut conclure que l'utilisation de stratégies reliées à une gestion du style de vie entraîne de meilleurs résultats à moyen terme, la différence inter-groupe la plus importante à ce point d'évaluation se situant entre le groupe contrôle et le groupe cognitif-behavioral axé sur la prévention de la rechute.

Toutefois, à long terme (suivi de 9 mois), un changement important est observé pour le groupe PGV où une réduction moyenne de cinq cigarettes par jour est observée entre les deux suivis. Ce changement s'explique essentiellement par le fait que quatre fumeurs de cette condition ont cessé de fumer entre ces deux points d'évaluation. Il est possible que ces quatre participants aient pu bénéficier des stratégies enseignées "à retardement". Il n'est pas rare, en effet, d'observer chez les fumeurs en processus de cessation, des cycles de réduction-cessation et de rechute où chaque cycle constitue une expérience d'apprentissage utile pour la prochaine tentative (Curry, Marlatt, Gordon, & Baet, 1988).

À ce stade-ci, il apparaît difficile de tirer des conclusions définitives en regard de l'importance des stratégies reliées à la gestion du style de vie. L'observation clinique aura permis de constater qu'il peut être difficile, voire irréaliste, pour certains participants du groupe "style de vie" d'amener des changements importants dans l'ensemble de leurs habitudes de santé tout en intégrant des stratégies pour modifier leur habitude de fumer.

Il n'en demeure pas moins que la modification d'habitudes de vie collatérales au tabagisme, comme la pratique d'une activité physique régulière, est de plus en plus recommandée comme moyen visant à atténuer certains effets négatifs liés à la cessation tels que les changements sur le plan affectif et le gain pondéral (Klesges, Bonowitz, & Meyer, 1991; Plante & Rodin, 1990; Steptoe & Cox, 1988). Toutefois, la capacité d'un individu à modifier ses habitudes de vie pourrait dépendre de certains traits de personnalité (Babbitt, Rowland, & Franklin, 1990) et de ses croyances quant à sa capacité à acquérir un meilleur contrôle sur certains aspects de sa santé (McMahon, Jason, & Salena, 1994; Hine, Summers, Tilleczek, & Lewko, 1997).

Ainsi, il pourrait être intéressant, dans les recherches futures, d'évaluer un tel programme sur une base individuelle plutôt qu'en groupe. Davantage de temps devrait être accordé à la *préparation individuelle* des fumeurs en regard à l'importance des changements comportementaux demandés en cours de traitement (Ward, Klesges, & Halpern, 1997). En effet, en raison de la complexité des interactions entre les différents comportements de santé et de la difficulté pour certains à intégrer un trop grand nombre d'informations et de stratégies à la fois, la thérapie de groupe, bien qu'économique sur le plan du temps clinique, ne permet pas d'accorder suffisamment de temps à chaque individu.

Références

- Axelrod, S. (1991). Smoking cessation through functional analysis. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 24, 717-718.
- Babbitt, A., Rowland, G., & Franken, R. (1990). Sensation seeking and participation in aerobic exercise classes. *Personality and Individual Differences*, 11, 181-183.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Benfaru, R.C., & Eaker, E. (1984). Cigarette smoking outcomes at four years of follow-up: Psychosocial factors and reaction to group interactions. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1089-1097.
- Bergeron, J., Landry, M., & Bélanger, D. (1976). The development and validation of a French form of the State-Trait Anxiety Inventory. In C.D. Spielberger et R. Diaz-Guerrero (Eds), *Cross-Cultural Anxiety*, pages 17-22. New York: Halsted Press/Wiley.
- Brown, R.A., Lichtenstein, E., McIntyre, K.O., & Harrington-Kostur, J. (1984). Effect of nicotine fading and relapse prevention on smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 307-308.
- Carey, M.P., Snell, D.L., Carey K.B., & Richards, C.S. (1989). Self-initiated smoking cessation: A review of the empirical literature from a stress and coping perspective. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 323-341.
- Carmody, T.P. (1989). Affect regulation, nicotine addiction, and smoking cessation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 331-342.
- Castro, F.G., Newcomb, M.D., McCreary, C., & Baezconde-Garbanati, C. (1989). Cigarette smokers do more than just smoke. *Health Psychology*, 8, 107-129.
- Cohen, S., Lichtenstein, E., Prochaska, J.O., Rossi, J.S., et al. (1989). Debunking myths about self-quitting. *American Psychologist*, 44, 1355-1365.
- Coletti, G., Supnick, J.A., & Rizzo, A.A. (1982). Long term follow-up (3-4 years) of treatment for smoking cessation. *Addictive Behavior*, 7, 429-433.
- Condiotte, M.M., & Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Crüqui, M.H. (1980). Cigarette smoking and plasma high-density lipoprotein cholesterol. *Circulation*, 62, 70-76.
- Curry, S.J., Marlatt, G.A., Gordon, J.R., & Baer, J.S. (1988). A comparison of alternative theoretical approaches to smoking cessation and relapse. *Health Psychology*, 7, 545-556.
- Davis, J.R., & Giaros, A.G. (1986). Relapse prevention and smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 11, 105-114.
- DiClemente, C.C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance. *Cognitive Research and Therapy*, 5, 175-187.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.A., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., & Rossi, J.F. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.

- Glasgow, R.E., & Lichtenstein, E. (1987). Long-term effects of behavioral smoking cessation interventions. *Behavior Therapy, 18*, 297-324.
- Hall, S.M., Rugg, D., Tunstall, C., & Jones, R.T. (1984). Preventing relapse to cigarette smoking by behavioral skill training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 372-382.
- Hine, D.W., Summers, C., Tilleczek, K., & Lewko, J. (1997). Expectancies and mental models as determinants of adolescents' smoking decisions. *Journal of Social Issues, 53*(1), 35-52.
- Istvan, J., & Matarazzo, J.D. (1984). Tobacco, alcohol, and caffeine use: A review of their interrelationships. *Psychological Bulletin, 95*, 301-326.
- Kavanagh, D.J., Pierce, J., Kailo, S., & Shelley, J. (1993). Self-efficacy and social support as predictors of smoking after a quit attempt. *Psychology and Health, 8*, 231-242.
- Kirscht, J.O., et al. (1987). Beliefs about control of smoking and smoking behavior. *Addictive Behavior, 12*, 205-210.
- Klesges, R.C., Benowitz, N.L., & Meyers, A.W. (1991). Behavioral and biobehavioral aspects of smoking and smoking cessation: The problem of postcessation weight gain. *Behavior Therapy, 22*, 179-199.
- Lando, M.A. (1989). Treatment outcome evaluation methodology in smoking cessation: Strengths and key issues. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 11*, 201-214.
- Lichtenstein, E., & Glasgow, R.E. (1992). Smoking cessation: What have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 518-527.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- McMahon, S.D., Jason, L.A., & Salina, D. (1994). Stress, coping, and appraisal in a smoking cessation intervention. *Anxiety, Stress, and Coping, 7*, 161-171.
- O'Connor, K.P. (1985). A model of situational preference amongst smokers. *Personality and Individual Differences, 6*, 151-160.
- O'Connor, K., & Langlois, R. (1993). Situational typing and graded smoking reduction. *Psychological Reports, 72*, 747-751.
- O'Connor, K.P., Langlois, R., & Lamontagne, Y. (1990). *Comment arrêter de fumer pour de bon*. Montréal: Sogides.
- O'Connor, K.P. & Langlois, R. (1991). Smoking types or smoker types profiles of craving amongst smokers. *Personality and Individual Differences, 12*(2), 189-194.
- Plante, T.G., & Rodin, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology: Research & Reviews, 9*, 3-24.
- Remington, P.L., Forman, M.R., Gentry, E.M., Marks, J.S., Hogelin, G.C., & Trowbridge, F.L. (1985). Current smoking trends in the United States: The 1981-1983 behavioral risk factor surveys. *Journal of the American Medical Association, 253*, 2975-2978.
- Santé-Québec (1987). *Et la Santé, Ça Va? Ministère de la santé et des services sociaux*. Québec: Les Publications du Québec.

- Stepoe, A., & Cox, S. (1988). Acute effects of aerobic exercise on mood. *Health Psychology, 7*, 329-340.
- Stevens, V.J., & Hollis, J.F. (1989). Preventing smoking relapse using an individually-tailored skills-training technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 420-424.
- Supnick, J.A., & Coletti, G. (1984). Relapse coping and problem solving training following treatment for smoking. *Addictive Behaviors, 9*, 401-404.
- Ward, K.D., Klesges, R.C., & Halpern, M.T. (1997). Predictors of smoking cessation and state-of-the-art smoking interventions. *Journal of Social Issues, 53*(1), 129-146.
- Yates, A.J., & Thain, J. (1985). Self-efficacy as a predictor of relapse following voluntary cessation of smoking. *Addictive Behaviors, 10*, 291-298.