

## Analyse de la problématique des rechutes au niveau des comportements de santé

ROBERT LANGLOIS<sup>1</sup>

*Hôpital Louis H.-LaFontaine et Centre de Psychologie comportementale*

La problématique des rechutes au niveau des comportements reliés à la santé fait l'objet de cet article. Dans un premier volet, l'étendue du problème est exposé en fonction de différents comportements de santé. Un second volet a pour cadre l'analyse du modèle de Marlatt et Gordon (1980, 1985) comme paradigme explicatif du processus de rechute. Enfin, un dernier volet est consacré à un survol des stratégies d'interventions découlant de ce modèle. L'ensemble de cette analyse donne lieu à des conclusions théoriques et à des recommandations pour les recherches futures.

L'attention portée aux problèmes de santé a subi des changements importants au cours des dernières décades. Jusqu'alors orientée vers la lutte contre les maladies infectieuses, l'attention des chercheurs se centre de plus en plus sur l'étude des maladies chroniques et des facteurs de risque susceptibles de favoriser le développement de telles maladies (Brownell, 1982; Koop, 1983). Ce changement d'orientation, qui s'inscrit dans une perspective préventive plutôt que curative, tient à la source de l'expansion de ces mouvements que sont la psychologie de la santé et la médecine comportementale. Le nombre sans cesse croissant d'articles théoriques et de recherches publiées dans des journaux tels que *Health Psychology*, *Preventive Medicine* et *Journal of Behavioral Medicine* fait foi de cette expansion.

Parallèlement au développement de ces nouveaux courants, le concept de «maladie» fait graduellement place au concept de «santé active». Alors qu'auparavant l'individu malade pouvait être considéré comme une victime passive de son environnement microbien et de l'absence de technologies bio-médicales, aujourd'hui, il est perçu responsable de l'évolution de sa propre santé. Être en santé ne implique ici la mise en oeuvre d'actions préventives spécifiques par l'individu pour *maintenir* ou *atteindre* un état de fonctionnement physiologique et psychologique optimal (Kirscht, 1983).

---

oute correspondance doit être adressée à l'attention de Robert Langlois, Centre de Recherche, Hôpital Louis-H. Fontaine, 7401 Hochelaga, Montréal (Québec) Canada H1N 3M5

L'acquisition et le maintien d'attitudes et de comportements contribuant à la santé constituent toutefois des problèmes de force majeure auxquels sont confrontés une multitude de professionnels de la santé (Haynes, Taylor & Sackett, 1979; Stuart, 1982). Il n'est pas rare en effet d'observer de fortes résistances au changement chez les individus qui veulent modifier de mauvaises habitudes de santé (e.g. tabagisme, sédentarité, suralimentation, etc.) fermement ancrées dans leur répertoire comportemental. Si l'on considère que ces habitudes insalubres sont aujourd'hui les principaux facteurs de morbidité et de mortalité dans la population, il apparaît prioritaire (1) d'identifier les variables sous-jacentes à ces résistances au changement, et (2) de développer des stratégies d'intervention susceptibles de contrecarrer ces résistances et, donc, de favoriser le maintien régulier des habitudes de santé.

Dans un premier volet, nous exposerons l'étendue du problème et les points de concordance semblant exister entre les «patterns» de rechute (i.e. non-maintien d'une habitude de santé) observés dans les programmes visant à contraindre différents schèmes comportementaux considérés à risque pour la santé. Un second volet aura pour cadre l'analyse du modèle cognitif-behavioral développé par Marlatt et Gordon (1980, 1985) comme paradigme explicatif du processus de la rechute. Enfin, un troisième volet sera consacré à un survol des stratégies d'intervention découlant de ce modèle et qui peuvent être appliquées dans un cadre de prévention de la rechute. L'ensemble de cette analyse donnera lieu à des conclusions théoriques et à des recommandations pour les recherches futures.

#### *Le maintien des habitudes de santé: un problème de taille*

Bien que de nombreuses études épidémiologiques soulèvent l'importance de certaines habitudes de vie dans l'étiologie des maladies chroniques (Dawber, 1980; Hubert, Feinler, McNamara & Castelli, 1983), la majorité des individus de nos sociétés industrialisées n'arrivent que difficilement à adopter un style de vie sain orienté vers la prévention de la maladie.

Le processus de changement d'une habitude de santé doit être reconceptualisé en une série de phases plutôt que comme une démarche dichotomique indiquant la présence ou l'absence d'un comportement à un moment précis dans le temps (Marlatt, 1985a; Prochaska & Di Clemente, 1983; Prochaska, Velicer, DeClemente & Forst, 1988). Pour Marlatt (1985a), ce processus implique généralement trois phases: (1) la motivation et la décision de changer; (2) l'initiation du changement comportemental (e.g. cesser de fumer, débiter un programme d'activités physiques); (3) le maintien du comportement.

Jusqu'à maintenant, de nombreux chercheurs et cliniciens ont démontré que la manipulation des stimuli antécédents et des conséquences associées à un comportement de santé, par la voie de différentes techniques dérivées de l'approche behaviorale, pouvait favoriser une augmentation ou une diminution dans la fréquence d'émission de ce comportement (Brownell, 1982). De fait, la technologie behaviorale s'est avérée efficace dans la modification à court terme (phases 1 et 2

du processus de changement) de certains facteurs de risque, comme le tabagisme, l'obésité et l'inactivité physique chez ceux qui persistent dans le programme (Fisher, Levenkron, Lowe, Lord & Green, 1982; McAlister, Farquhar, Thoresen & Maccoby, 1976; Williams & Gentry, 1977). Cependant, l'efficacité des interventions utilisées est probablement beaucoup moindre si l'on considère les taux d'abandon souvent élevés qui sont observés dans les différents programmes thérapeutiques visant la promotion de la santé. Ainsi, des taux de désistement de 50% et plus sont fréquemment rencontrés dans les programmes de conditionnement physique offerts dans un cadre de prévention primaire ou secondaire (Dishman, 1982; O'Leary, 1982). Des données plus optimistes sont rapportées par Wilson et Brownell (1980) en regard des programmes behavioraux de contrôle du poids; ainsi, une analyse de 17 études fait ressortir que le taux d'abandon moyen en cours de traitement est de 13,5%. Des taux d'abandon beaucoup plus élevés seraient toutefois rencontrés dans les programmes d'auto-traitement ou dans les groupes commerciaux (e.g. Weight Watchers) visant à contraindre l'obésité (Stunkard & Brownell, 1979; Volkmar, Stunkard, Woolston & Bailey, 1981).

D'autre part, la généralisation et le maintien à long terme des comportements de santé nouvellement acquis constitue une problématique en soi. Par exemple, des données obtenues dans des programmes de traitement du tabagisme indiquent que la majorité des clients qui réussissent à arrêter de fumer pendant le programme (environ 70%) rechutent dans les quelques mois suivant la fin de l'intervention (Baer & Lichtenstein, 1988; Bernstein & McAlister, 1976; Cummings, Jaen & Giovano, 1985; Lichtenstein & Brown, 1980).

L'analyse du phénomène de l'abandon et des rechutes dans le traitement des comportements dits consommatoires (e.g. tabagisme, suralimentation, alcoolisme) nous fait voir une certaine similarité avec le «pattern» de rechute observé dans les programmes de conditionnement physique, lequel peut être représenté par une courbe décroissante négativement accélérée (Martin & Dubbert, 1982). Les taux d'abandon et de rechutes sont les plus élevés à l'intérieur des trois premiers mois, suivis d'une détérioration pouvant atteindre de 50% à 80% entre 12 et 24 mois plus tard (Carmody, Senner, Malinow & Matarazzo, 1980; Hunt, Barnett & Branch, 1971; Rosenthal & Marx, 1981). Compte tenu de cette similarité dans les «patterns» de rechute, il semble intéressant de postuler l'existence d'invariants factoriels susceptibles d'expliquer et, dans une certaine mesure, de prédire les rechutes, peu importe l'habitude de santé sujette à modification.

#### *Une explication du processus de la rechute?*

Au cours de la dernière décennie, Marlatt et Gordon (1980, 1985) ont développé un paradigme explicatif du processus de la rechute. Ce modèle permet de mettre en relief les variables critiques à la source de la décision d'un individu de maintenir ou d'abandonner une habitude de santé nouvellement acquise.

Notons en premier lieu que Marlatt (1985a) fait une distinction importante entre ce qu'il est convenu d'appeler une dérobade (slip) et une rechute (relapse). La

dérobade étant définie comme une erreur de parcours caractérisé par un retour momentané à l'ancienne habitude, et se différencie donc d'une perte de contrôle totale sur le comportement. Pour Marlatt (1985a), une *rechute* sera caractérisée par un retour permanent à l'ancienne habitude. Elle se produira ou non dépendamment des réactions cognitives et affectives associées à une première dérobade suivant une période de maintien de l'habitude de santé.

Le modèle, illustré à la figure 1, utilise en partie le construit d'efficacité personnelle (Bandura, 1977, 1982) en tant que concept permettant de comprendre comment une simple dérobade peut influencer les rechutes subséquentes. Ce construit réfère ici au jugement ou à l'évaluation que la personne se fait d'elle-même en regard de sa compétence à accomplir une performance adéquate face à une situation ou une tâche spécifique. Selon le modèle, un individu qui adhère et se conforme à un ensemble de règles gouvernant un comportement sain (e.g. courir deux kilomètres au moins trois fois par semaine, cesser de fumer) expérimente un sentiment de contrôle et d'efficacité en regard de ce comportement. Plus cette période est longue, plus l'individu se perçoit apte à maintenir sa nouvelle habitude de santé.

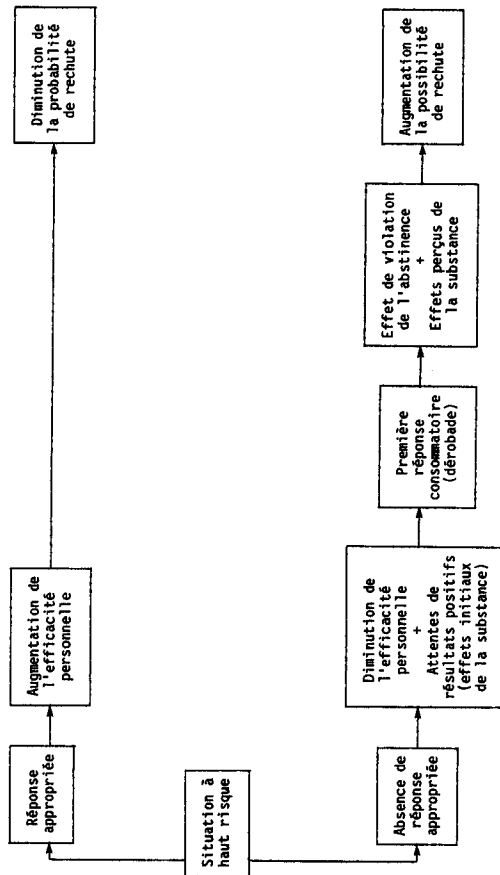


Fig. 1. Modèle cognitif-behavioral du processus de la rechute selon Marlatt et Gordon (1985).

Cette perception de contrôle persistera jusqu'à ce que la personne se retrouve dans une situation à haut risque. Ce type de situation étant défini comme toute condition qui représente une menace au contrôle qu'a l'individu sur son comportement et qui augmente les risques de dérobade et de rechute (Marlatt, 1985a).

Pour la personne obèse qui entreprend une diète, par exemple, des situations à haut risque fréquemment mentionnées sont les états émotionnels négatifs tels l'ennui, la colère et la tristesse et les états émotionnels positifs associés à des événements comme les festivités ou les activités sociales (Rosenthal & Marx, 1981; Sternberg, 1985). En ce qui a trait au tabagisme, les symptômes de sevrage, le fait de faire face à des situations de crise et/ou d'être exposé à certains stimuli (présence d'autres fumeurs, consommation d'alcool et de café) auparavant associés à l'acte de fumer sont les situations à haut risque les plus souvent citées (Cummings, Jaen & Giovano, 1985; Shiffman, Read, Maltese, Rapkin & Jarvik, 1985).

Confronté à une situation à haut risque, l'individu peut se sentir plus vulnérable, mais la probabilité d'observer une dérobade dépendra de son habileté à s'adapter et à faire face à cette situation. S'il réussit à transiger efficacement avec la situation et résiste à la tentation du moment, son sentiment d'efficacité personnelle s'en trouve augmenté et la probabilité de rechute diminue. Ce sentiment d'efficacité personnelle sera d'autant plus fort que le niveau de difficulté de la situation et les efforts déployés pour faire face à la tentation seront grands.

Cependant, à un moment ou un autre, l'individu aura à faire face à une situation à haut risque pour laquelle il n'est pas préparé. S'il ne peut émettre de réponses adaptatives pour contrer la tentation de dérobade suscitée par la situation, le modèle prévoit une baisse immédiate du sentiment d'efficacité personnelle, une augmentation parallèle d'un sentiment d'impuissance et une tendance à démissionner devant la situation présente. De plus, dans le cas des comportements dits consommatoires (i.e. tabagisme, suralimentation, alcoolisme, etc.), la propension à rechuter sera plus forte si la personne s'attend à retirer des bénéfices immédiats de son comportement. Par exemple, pour de nombreuses personnes, fumer une cigarette, croquer une barre de chocolat ou prendre un verre d'alcool longtemps après une réponse associée à une réduction de stress. Les attentes de résultats positifs associées aux effets initiaux d'une réponse consommatoire constituent donc une variable cognitive antécédente susceptible de déclencher une dérobade. Bref, si l'individu se sent inapte à maîtriser la tentation suscitée par la situation à haut risque et s'il croit en plus que le comportement consommatoire peut augmenter son sentiment de contrôle, les composantes de la dérobade sont en place.

Une fois que l'individu a transgressé une règle de conduite pré-établie (e.g. fume une cigarette, mange une pointe de gâteau, s'absente d'une séance d'exercice), le modèle prévoit un effet de violation de l'abstinence (EVA) pour expliquer la réponse de l'individu à cette transgression. L'intensité de cette réaction cognitive et affective varie en fonction de plusieurs facteurs, incluant le degré d'effort et d'implication personnelle à maintenir l'habitude de santé, la durée du maintien et l'importance subjective de l'habitude pour la santé (Marlatt, 1985a). Le modèle propose deux composantes à l'EVA: une composante de dissonance cognitive et un effet d'attribution personnelle.

En premier lieu, la dissonance cognitive (Festinger, 1964; voir Marlatt, 1985a) survient lorsque le comportement (e.g. fumer une cigarette) et la perception cognitive qu'a l'individu de lui-même (e.g. «Je suis un ex-fumeur») sont incompatibles.

bles l'un avec l'autre. Ce conflit interne dont l'ampleur est variable motive l'individu à s'engager dans des comportements (e.g. fumer davantage) qui vont réduire la honte et la culpabilité associées à la reprise de l'ancienne habitude. En second lieu, si l'individu se sent personnellement responsable de sa dérobade, la théorie de l'attribution prévoit qu'il attribuera son échec à des causes internes, stables et globales (voir Curry, Marlatt & Gordon, 1987; Shoeneman, Hollis, Stevens, Fisher & Cheek, sous presse). Cette attribution personnelle procure à l'individu une explication facile de son incapacité à maintenir l'habitude de santé et une excuse pour les dérobades subséquentes. Par conséquent, le sentiment d'efficacité personnelle diminue, et un sentiment d'échec s'installe.

Un dernier facteur à considérer dans l'ensemble de ce processus est l'effet subjectif de la substance ou du comportement consommatoire. Par exemple, plusieurs agents pharmacologiques (e.g. nicotine, alcool, etc.) produisent un effet d'excitation physiologique ou de détente, selon le cas, qui peut être interprété comme un sentiment de contrôle accru face à la situation (McClelland, Davis, Kalin & Wanner, 1972; voir Marlatt, 1985a). Les attentes de certains effets physiologiques et affectifs interagissent ainsi avec l'action pharmacologique de la substance.

Les effets cumulatifs de l'EVA et des gratifications immédiates associées à l'émission de la réponse consommatoire augmentent considérablement la probabilité qu'une première dérobade soit suivie d'un retour aux anciennes habitudes. Le modèle explique ainsi la force de la première dérobade à affecter les réponses subséquentes et, par conséquent, le maintien de l'habitude de santé à long terme.

#### *Vers une stratégie globale de prévention de la rechute*

La tendance générale dans un cadre de promotion de la santé est d'essayer à tout prix de faire cesser un comportement ou une habitude néfaste (e.g. tabagisme) et/ou d'augmenter la fréquence d'émission d'un nouveau comportement de santé (e.g. activité physique). Le but étant principalement de promouvoir un style de vie susceptible de préserver la santé et de limiter l'expansion de la maladie. En réponse aux taux de rechute élevés, les intervenants font appel à un traitement multimodal composé des techniques les plus efficaces pour initier un changement comportemental. On postule alors que si on ajoute suffisamment de composantes au programme d'intervention, les résultats devraient durer plus longtemps. Or, il ressort de plus en plus que ce type d'approche ne fait que reporter le constat d'échec à une période un peu plus lointaine (Marlatt, 1985a).

A l'instar de la panoplie des programmes de traitement comportementaux, une grande partie des efforts pour modifier les habitudes de santé de la population est basée sur les modèles généraux de la communication, plus particulièrement de communication de masse (Kirscht, 1983). On assume alors qu'un changement de croyance ou d'attitude sera suffisant pour entraîner un changement comportemental. En général, le processus en est un d'information, d'éducation et de persuasion.

Les campagnes de promotion de la santé par la voie des mass media donnent des résultats mitigés (Atkin, 1977; Lau, Kane, Berry, Ware & Rot, 1980; Wallack, 1981). Les résultats positifs parfois obtenus se reflètent surtout au niveau d'un changement dans les croyances et les connaissances, amenant Atkin (1977) à conclure que le rôle potentiel des mass media en regard des habitudes de santé peut être positif mais limité dans son étendue. En fait, l'argent et les énergies qui sont investis dans la promotion de la santé sont souvent contrecarrés par d'autres forces allant à l'encontre des actions reliées à la santé (e.g. publicité sur le tabac et l'alcool).

Malgré ces contreforces, un certain nombre d'individus décident d'entreprendre par eux-mêmes des actions préventives sans le support du système de santé. Toutefois, pour éliminer un facteur de risque, il est essentiel que le changement comportemental se maintienne à travers le temps, ce qui n'est généralement pas le cas, que le processus de changement soit entrepris par l'individu lui-même ou avec l'aide d'un professionnel de la santé. C'est dans cette phase de maintien que l'individu doit travailler le plus pour persister dans sa démarche de changement. La personne est alors confrontée à un ensemble de situations et de stressseurs qui l'incitent à reprendre son ou ses anciennes habitudes. Les bénéfices retirés d'un tel changement comportemental vis-à-vis de la santé sont parfois longs à se faire sentir. Les effets, comme un sentiment de bien-être, l'amélioration de la santé et la prévention des risques de maladies, sont les conséquences d'un maintien régulier d'une ou de plusieurs habitudes de santé.

Compte tenu de ces points, il est tout de même surprenant que la majorité des programmes d'intervention proposés jusqu'à tout récemment se soient si peu centrés sur cette phase cruciale du maintien. Tout au plus propose-t-on, à l'occasion, des séances de renfort (« booster sessions ») ou un support par voie téléphonique, une fois le programme terminé (Brownell, 1982).

Ayant pour objectif de combler les lacunes de ces différents programmes en regard de l'importance accordée au maintien, Marlatt et Gordon (1980, 1985) ont développé un programme d'auto-contrôle orienté vers la prévention des rechutes. Ces auteurs prévoient, en cours d'intervention, enseigner des habiletés d'adaptation (coping skills) spécifiques qui permettront à l'individu d'anticiper et de transiger efficacement avec les situations à haut risque et, advenant le cas, avec les effets cognitivo-émotionnels associés à une première dérobade. Ainsi, des stratégies cognitives et comportementales sont proposées pour chacune des composantes du processus cognitif-behavioral de la rechute.

Le problème du maintien est considéré et travaillé dès le début de l'intervention et non pas ajouté comme une étape subséquente au traitement. Par ailleurs, les attentes et le système de croyances de l'individu sont vues comme des cibles d'intervention privilégiées, le but du traitement n'étant pas seulement de favoriser l'apparition d'un nouveau comportement mais de développer un sentiment d'efficacité personnelle en regard de ce comportement.

Dans le cadre de cet article, nous n'aborderons que brièvement les composantes du programme développé par Marlatt et Gordon (1985). Une description plus

extensive des stratégies de prévention de la rechute, appliquées au tabagisme, fera l'objet d'un prochain article.

Dans ses grandes lignes, le programme de prévention de la rechute s'oriente, dans un premier temps, vers l'identification des stimuli discriminatifs internes et externes (i.e. situations à haut risque) qui peuvent entraîner une dérobade. Ici, l'auto-observation est généralement utilisée et s'avère fort utile dans la mesure où cette procédure brise le lien étroit entre ces situations spécifiques et l'émission du comportement-cible. Après avoir identifié les situations à haut risque, il s'agit d'évaluer si l'individu a les habiletés d'adaptation pour transiger efficacement avec ces situations. A cet égard, l'utilisation de questionnaire tel que le « Test de Compétence Situationnelle », les jeux de rôle et la description de dérobades et de rechutes passées permettent de préciser comment la personne a l'habitude de réagir face à ces situations; ce qui permet d'orienter l'apprentissage des habiletés d'adaptation en fonction des déficits propres à l'individu.

L'individu peut ainsi bénéficier d'un entraînement aux habiletés sociales s'il s'avère qu'il ne sait résister aux pressions sociales l'incitant à reprendre son ancienne habitude. Par ailleurs, si cette habitude est une réponse à des états de tension ou d'anxiété, un programme de relaxation ou de gestion du stress pourrait être recommandé. Finalement, afin de rehausser l'efficacité personnelle, Marlatt (1985b) propose de faire appel à différentes procédures de restructuration cognitive. Il s'agit essentiellement d'aider l'individu à analyser ses pensées négatives et ses croyances irrationnelles (e.g. « Je suis un fumeur-né et le restera toute ma vie ») et l'amener à les confronter et à les remplacer par un schéma de pensées plus approprié (e.g. « Je ne fume plus depuis une semaine, je peux donc contrôler mon habitude »).

Une seconde étape vise à informer l'individu de l'existence et de la nature de l'effet de violation de l'abstinence (EVA). Il est alors conseillé d'analyser avec la personne les réactions cognitives et émotionnelles qu'elle a probablement vécues dans des situations similaires (e.g. échec face à une résolution du jour de l'An). Il semble également indiqué de faire appel aux stratégies cognitives pour surmonter l'EVA, l'identification et la modification des pensées défaitistes survenant lors d'une dérobade peuvent favoriser un changement de registre émotionnel. L'objectif global est alors d'amener l'individu à considérer les dérobades occasionnelles qui peuvent survenir comme des épisodes isolés et non comme des pertes de contrôle totales sur le comportement.

Pour certains clients chez qui on soupçonne une forte propension à rechuter, malgré l'apprentissage des stratégies de base, Marlatt (1985b) suggère une approche controversée, la *dérobade programmée*. Cette stratégie vise essentiellement à planifier une dérobade (e.g. prendre un verre d'alcool, fumer une cigarette) dans le contexte de la thérapie, en présence de l'intervenant. L'idée sous-jacente à cette stratégie est qu'en étant autorisé à émettre le comportement-cible, l'individu réalise qu'il peut garder le contrôle sur celui-ci, qu'une dérobade n'est pas une rechute. Avant d'appliquer cette stratégie avec nos clients, il faudra cependant attendre qu'elle soit validée cliniquement.

Bien que peu d'études contrôlées aient été réalisées pour vérifier l'efficacité de ce programme de prévention de la rechute, les données existantes sont encourageantes. Diverses variations du programme de Marlatt et Gordon (1985) se sont avérées fructueuses pour la facilitation du maintien d'une diversité de comportement de santé. Des études récentes font ressortir l'efficacité d'un tel programme pour des comportements tels que le tabagisme (Brown, Lichtenstein, McIntyre & Harrington-Kostur, 1984; Hall, Rugg, Tunstall & Jones, 1984; Shiffman, Read, Maltese, Rapkin & Jarvik, 1985; Stevens et Hollis, 1989), l'activité physique récréative (Bélisle & Roskies, 1984; King & Fredericksen, 1984), les comportements alimentaires (Abrams & Follick, 1983; Perri, Shapiro, Ludwig, Twentyman & McAdoo, 1984; Sternberg, 1985) et l'alcoolisme (Donovan & Chaney, 1985).

Brownell, Marlatt, Lichtenstein et Wilson (1986) soulignent cependant, avec justesse, qu'il est encore trop tôt pour tirer des conclusions de ces études. En effet, les études effectuées jusqu'à maintenant ont pour la plupart utilisé diverses stratégies en combinaison avec un programme de prévention de la rechute, rendant compliquée l'interprétation des résultats. D'autre part, l'utilisation de petits échantillons de sujets, l'absence de groupe contrôle et l'absence de suivi à long terme constituent des lacunes méthodologiques qui devront être considérées dans les recherches futures.

### Conclusion et recommandations

Le problème du faible maintien des comportements de santé constitue une barrière importante au déclin de la morbidité et de la mortalité dans la population. Depuis quelques années, cette problématique fait l'objet de nombreuses études par des chercheurs d'une diversité de disciplines.

Comment expliquer en effet qu'un individu qui adopte un nouveau style de vie orienté vers une santé active soit si enclin à reprendre ses anciennes habitudes néfastes? Existe-t-il des dénominateurs communs dans le processus de rechute observé à l'intérieur de différents comportements de santé? Comment prévenir les rechutes et favoriser le maintien à long terme de ces comportements? Ces quelques interrogations ont fait l'objet de notre analyse.

Les modèles théoriques traditionnels n'ont su véritablement répondre à ces questions. Analysant la difficulté à maintenir une habitude de santé sous l'angle des caractéristiques de la personnalité (modèle médical) ou par une étude rigoureuse des déterminants environnementaux (modèle behavioral), ces modèles n'arrivent à saisir qu'une partie de la complexité du processus sous-jacent à cette problématique (Leventhal, Zimmerman & Sutmann, 1984). Mentionnons, entre autres, qu'ils ignorent tous la composante cognitive de l'individu, à savoir la perception qu'il a quant à son habileté potentielle à adopter et à maintenir certaines actions préventives (attentes d'efficacité) et à quel point il croit que ces actions pourront l'aider à améliorer sa santé (attentes de résultats). Pourtant, ces variables cognitives sont considérées par Bandura (1977, 1982) comme les éléments actifs de tout changement comportemental. D'autre part, ces modèles traditionnels

conceptualisent généralement le changement d'une habitude de santé comme un processus de «tout ou rien» (présence ou absence du comportement-cible à un moment donné) plutôt que comme une série de phases (initiation, acquisition, maintien). Or, il est démontré que certains ordres de facteurs influencent chacune de ces phases de façon différentielle (Dishman, 1982; Marlatt, 1985a). Finalement, signalons que les interventions découlant de ces modèles se centrent presque exclusivement sur une modification rapide du comportement ou du facteur de risque alors que l'aspect du maintien n'est pratiquement pas considéré. Bien qu'il soit encore dans ses premiers stades de développement, le modèle cognitif-behavioral développé par Marlatt et Gordon (1980, 1985) semble combler la plupart des lacunes des modèles précédents. Ce modèle est à notre avis le plus élaboré et celui qui explique le mieux le processus sous-jacent à la décision d'un individu de persister ou non dans son habitude de santé. Toutefois, certains points sont peu ou non abordés par le théoricien. Ce modèle met essentiellement l'accent sur les facteurs cognitifs à l'origine des rechutes. D'autres variables importantes, comme les réactions physiologiques de sevrage et les pressions sociales, si intégrées au modèle, pourraient accroître son pouvoir prédictif. À cet égard, McCrady (1989) suggère une extension du modèle en intégrant les facteurs conjugués comme une variable centrale dans le processus de rechute chez les alcooliques.

D'autre part, le modèle n'explique pas vraiment quel rôle peut jouer la motivation dans le processus de changement d'une habitude de santé et comment on peut rehausser la motivation. Par ailleurs, le modèle s'applique-t-il mieux à des individus ayant à priori un lien de contrôle interne par rapport à ceux ayant un lien de contrôle externe?

Depuis quelques années, de plus en plus de recherches supportent l'évidence conceptuelle de la théorie et la valeur prédictive de certains construits comme l'effet de violation de l'abstinence (Curry, Marlatt & Gordon, 1987; Harackiewicz, Sansone, Blair, Epstein & Manderlink, 1987; Schoeneman, Hollis, Stevens, Fisher & Cheek, sous presse).

Il est clair que d'autres études sont nécessaires pour vérifier la puissance du modèle à expliquer et à prédire les rechutes. Il apparaît prioritaire d'évaluer l'interaction entre les facteurs psychologiques (sentiment d'efficacité personnelle, motivation, EVA, attentes positives liées à la substance), environnementaux (support conjugal, pressions sociales) et physiologiques (symptômes de sevrage, effets positifs liés à la substance). Comme le soulignent Brownell, Marlatt, Lichtenstein et Wilson (1986), il est possible que les facteurs à l'origine d'une dérobade soient différents des variables associées à une rechute. Par ailleurs, certains facteurs sont peut-être plus importants pour certains comportements et moins pour d'autres.

Certaines avenues sont également très stimulantes pour les chercheurs. Ainsi, se pourrait-il qu'une personne soit moins apte à rechuter après avoir eu quelques dérobades par rapport à un individu qui a une dérobade suite à une longue période d'abstinence? Existe-t-il un point dans le temps (e.g. 3 mois) après lequel les dérobades et les rechutes sont moins probables? Quelles sont les stratégies

utilisées par les individus qui réussissent à modifier leurs habitudes de santé d'eux-mêmes, sans l'aide d'un professionnel? Quelle est l'importance des stratégies cognitives par rapport aux stratégies comportementales dans le programme de prévention de la rechute?

Il pourrait également être intéressant de vérifier l'applicabilité du programme de prévention de la rechute sur différentes populations (e.g. enfants, personnes âgées) et sous différentes modalités (e.g. manuel auto-didactique, cours par correspondance, en groupe, etc.).

Il ne reste plus aux chercheurs qu'à passer à l'action.

### Abstract

The problem of relapse with health-related behaviors is the subject of this article. After, we expose the magnitude of the problem within the range of different health behaviors, an analysis of Marlatt and Gordon's (1980, 1985) cognitive-behavioral model of the relapse process is done. Finally, theoretical conclusions and suggestions for future research are discussed.

### Références

- Abrams, D.B., & Follick, M.J. (1983). Behavioral weight loss intervention at the worksite: Feasibility and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 226-233.
- Atkin, C. (1977). Research evidence on mass mediated health communication campaigns. In: D. Nimmo (Ed.), *Communication Yearbook 3*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books.
- Baer, J.S., & Lichtenstein, E. (1988). Classification and prediction of smoking relapse episodes: An exploration of individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 104-110.
- 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.
- Bélisle, M., & Roskies, E. (1984). L'amélioration de l'adhérence à l'activité physique. *Rapport présenté à Condition Physique Canada*.
- Bernstein, D.A., & McAlister, A. (1976). The modification of smoking behavior: Progress and problems. *Addictive Behaviors, 1*, 89-102.
- 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.
- Brownell, K.D. (1982). Behavioral medicine. In: C.M. Franks, G.T. Wilson, P.C. Kendall, K.D. Brownell (Eds.), *Annual Review of Behavior Therapy: Theory and Practice (Vol. 8)*. New York: Guilford Press.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E., & Wilson, G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist, 41*, 765-782.
- Carmody, T.P., Senner, J.W., Malinow, M.R., & Matarazzo, J.D. (1980). Physical exercise rehabilitation: Long term dropout rate in cardiac patients. *Journal of Behavioral Medicine, 3*, 163-168.

- Cummings, K.M., Jaen, C.R., & Giovano, G. (1985). Circumstances surrounding relapse in a group of recent ex-smokers. *Preventive Medicine, 14*, 195-202.
- Curry, S., Marlatt, G.A., & Gordon, J. (1987). Abstinence violation effect: Validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 145-149.
- Dawber, T.R. (1980). *The Framingham study: The epidemiology of arterosclerotic disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dishman, R.K. (1982). Compliance/adherence in health-related exercise. *Health Psychology, 1*, 237-267.
- Donovan, D.M., & Chaney, E.R. (1985). Alcoholic relapse prevention and intervention: Models and methods. In: G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds), *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (pp. 351-416). New York: Guilford Press.
- Festinger, L. (1964). *Conflict, Decision and Dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Fisher, E.B., Levenkron, J.C., Lowe, M.R., Lord, A.D. & Green, L. (1982). Self-initiated self-control in risk reduction. In: R.B. Stuart (Ed), *Adherence, Compliance and Generalisation in Behavioral Medicine*. New York: Brunner/Mazel.
- 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.
- Harackiewicz, J.M., Sansone, C., Blair, L.W., Eptain, J.A., & Mandlerink, G. (1987). Attributional processes in behavior change and maintenance: smoking cessation and continued abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 372-378.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W., & Sackett, D.L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hubert, H.B., Feinler, M., McNamara, P.M., & Castelli, W.A. (1983). Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: A 26-year follow-up of participants in the Framingham heart study. *Circulation, 67*, 768-777.
- Hunt, W.A., Barnett, L.W., & Branch, L.G. (1971). Relapses rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology, 27*, 455-456.
- King, A.C., & Frederiksen, L.W. (1984). Low-cost strategies for increasing exercise behavior: Relapse preparation training and social support. *Behavior Modification, 8*, 21-31.
- Kirscht, J.P. (1983). Preventive health behavior: A review of research and issues. *Health Psychology, 2*, 277-301.
- Koop, C.E. (1983). Perspectives on future health care. *Preventive Medicine, 2*, 302-312.
- Lau, R., Kane, R., Berry, S., Ware, J., & Rot, D. (1980). Channeling health: A review of televised health campaigns. *Health Education Quarterly, 7*, 56-89.
- Leventhal, H., Zimmerman, R., & Sutmann, M. (1984). Compliance: A self-regulation perspective. In: W.D. Gentry (Ed), *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 369-436). New York: Guilford Press.
- Lichtenstein, E., & Brown, R.A. (1980). Smoking cessation methods: Review and recommendation. In: W.R. Miller (Ed), *The Addictive Behaviors*. Oxford: Pergamon Press.
- Marlatt, G.A. (1985a). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: G.A. Marlatt & J. Gordon (Eds), *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (pp. 3-70). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1985b). Cognitive assessment and intervention procedures for relapse prevention. In: G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds), *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (pp. 201-279). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implication for the maintenance of behavior change. In: P.O. Davidson & S.M. Davidson (Eds), *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.

- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Martin, J.E., & Dubbert, P.M. (1982). Exercise application and promotion in behavioral medicine: Current status and future direction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 1104-1117.
- McAlister, A., Farquhar, J., Thoresen, C., & Maccoby, N. (1976). Behavioral sciences applied to cardiovascular health: Progress and research needs in the modification of risk-taking habits in adult population. *Health Education Monographs, 4*, 45-74.
- McClelland, D.C., Davis, W.N., Kalin, R., & Wanner, E. (1972). *The Drinking Man*. New York: Free Press.
- McCready, B.S. (1989). Extending relapse prevention models to complex. *Addictive Behavior, 14*, 69-74.
- Oldridge, N.B. (1982). Compliance and exercise in primary and secondary prevention of coronary heart disease: A review. *Preventive Medicine, 11*, 56-70.
- Perri, M.G., Shapiro, R.M., Ludwig, W.W., Twentyman, C.T., & McAdoo, W.G. (1984). Maintenance strategies for the treatment of obesity: An evaluation of relapse prevention training and post-treatment contact by mail and telephone. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 404-413.
- Prochaska, J.O., & Di Clemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DeClemente, C.C., & Forst, J. (1988). Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 520-528.
- Rosenthal, B.S., & Marx, R.D. (1981). Determinants of initial relapse episodes among dieters. *Obesity and Bariatric Medicine, 10*, 94-97.
- Shiffman, S., Read, L., Maltese, J., Rapkin, D., & Jarvik, M.E. (1985). Preventing relapse in ex-smokers: A self-management approach. In: G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds), *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (pp. 472-520). New York: Guilford Press.
- Shoemaker, T.J., Hollis, J.F., Stevens, V.J., Fisher, K., & Ckeek, P.R.: Recovering strike versus letting it slide: Attribution for sleep following cessation treatment. *Health Psychology* (sous presse).
- Sternberg, B. (1985). Relapse in weight control: Definitions, processes, and prevention strategies. In: G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds), *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (pp. 521-545). New York: Guilford Press.
- 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.
- Stuart, R.B. (1982). *Adherence, Compliance and Generalization in Behavioral Medicine*. New York: Brunner/Mazel.
- Stunkard, A.J., & Brownell, K.D. (1979). Behavior therapy and self-help program for obesity. In: J.F. Munro (Ed), *The Treatment of Obesity*. Londres: MTP.
- Volkmar, F.R., Stunkard, A.J., Woolston, J., & Bailey, R.A. (1981). High attrition rates in commercial weight reduction programs. *Archives of Internal Medicine, 141*, 426-428.
- Wallack, L. (1981). Mass media campaign: The odds against finding behavior change. *Health Education Quarterly, 8*, 209-260.
- Williams, R.B., & Gentry, W.D. (1977). *Behavioral Approaches to Medical Treatment*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Wilson, G.T., & Brownell, K.D. (1980). Behavior therapy for obesity: An evaluation of treatment outcomes. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 3*, 1049-86.