Fonds des Affections Respiratoires a.s.b.l.

Communauté française

Comparaison des profils psychologiques chez les patients fumeurs et non fumeurs hospitalisés en cardiologie et statut tabagique post-hospitalisation

Mémoire réalisé dans le cadre de la

FORMATION CONTINUEE EN TABACOLOGIE

Coordonnée par le FARES

Bardiau Kim

Psychologue

Psychothérapeute cognitivo-comportementaliste

Année académique 2011-2012

Résumé

Le mémoire que nous allons vous présenter est une étude comparant certains aspects psychologique chez des patients fumeurs et non-fumeurs, présentant des pathologies cardiaques.

La première partie reprend ce que nous connaissons de ces pathologies cardiaques (pathologie coronarienne et trouble du rythme cardiaque), leurs liens avec le tabagisme, ainsi que la présentation de plusieurs facteurs psychologiques tels que l'alexithymie, le lieu de contrôle, l'anxiété et la dépression.

La seconde partie est une présentation de l'étude que nous avons menée dans le service de Cardiologie du CHU Mont-Godinne. Nous avons comparé les patients fumeurs et non-fumeurs en fonction des différents facteurs psychologiques, et nous avons également procédé à des analyses en fonction de leur pathologie cardiaque (pathologie coronarienne ou trouble du rythme cardiaque). Nous avons testé différentes hypothèses.

Les résultats obtenus sont, pour la majorité, non-significatifs et non-généralisables, du fait de l'échantillon limité. Toutefois, nous espérons que ce travail pourra lancer de nouvelles pistes de réflexions ou d'études pour approfondir ce que nous avons tenté de mettre en lumière.

Remerciements

Ce mémoire a été mené à bien par la présence de différentes personnes que nous aimerions remercier.

Tout d'abord, un grand merci à notre promoteur, Madame Galanti, pour son soutien, ses conseils judicieux et son dynamisme contagieux.

Merci à Monsieur Janne pour son aide dans le traitement statistique des données…

Merci aux patients du service de Cardiologie du CHU Mont-Godinne d'avoir accepter de participer à cette étude.

Enfin, merci à David et aux filles pour leur soutien tout au long de ces années d'études…

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION……...6

PARTIE THEORIQUE……..9

I. Tabagisme et cardiologie……...10

I.1.Pathologies cardiaques……...10

I.1.1. Les pathologies coronariennes…….....10

I.1.1.1. Définition……10

I.1.1.2.Diagnostic……11

I.1.1.3. Traitement……...11

I.1.1.4. Tabagisme et coronaropathies……12

I.1.2. Les troubles du rythme……..14

I.1.2.1 Troubles du rythme cardiaque…….15

I.1.2.2. Traitement……..16

I.1.2.3. Tabagisme et trouble du rythme cardiaque……18

II. Tabagisme et psychologie……...19

II.1. Facteurs psychologiques……19

II.1.1. Alexithymie……19

II.1.1.1. Définition…….19

II.1.1.2. Evaluation……20

II.1.1.3. Alexithymie et addiction…….21

II.1.2. Lieu de contrôle…….23

II.1.3. Anxiété et dépression…….....25

II.1.3.1. Anxiété……25

II.1.3.2. Dépression……..26

III. Conclusions……..27

PARTIE PRATIQUE……28

I. Position du problème…….29

I.1. Hypothèses……29

II. Méthodologie……30

II.1. Echantillonnage……30

II.2. Mesure des variables……31

II.2.1. Test de Fagerström……31

II.2.2. HADS……32

II.2.3. TAS-20…….32

II.2.4. Lieu de contrôle……....33

II.3. Procédure…….33

III. Résultats……..34

III.1. Hypothèse 1……34

III.2. Hypothèse 2……35

III.3.Hypothèse 3…….37

III.4. Hypothèse 4……39

III.5. Hypothèse 5……40

III.6. Dernières données……..40

IV. Discussion…….42

IV.1. L'alexithymie……42

IV.2. Le lieu de contrôle……42

IV.3. La motivation……43

IV.4. L'anxiété et la dépression……..44

IV.5. La dépendance en lien avec l'anxiété et la dépression……..44

CONCLUSION…….46

BIBLIOGRAPHIE……...49

ANNEXES…….....55

INTRODUCTION

Les pathologies cardio et cérébrovasculaires sont responsables annuellement de plus du tiers des décès en Belgique. Outre les facteurs de risques non modifiables tels que l'âge, le sexe du patient, les antécédents familiaux, il en est d'autres qui peuvent être corrigés afin de diminuer significativement le taux de décès. Parmi eux se trouvent le tabagisme.

L'objectif de ce mémoire est de faire une comparaison non seulement entre les patients fumeurs et non-fumeurs hospitalisés dans le service de Cardiologie du CHU de Mont-Godinne, mais également entre les patients hospitalisés pour pathologies cardiovasculaires et ceux hospitalisés pour trouble du rythme cardiaque. Sont-ils différents sur le plan psychologique ou sur le plan de la motivation à l'arrêt et au maintien de l'abstinence tabagique ?

La première partie de ce mémoire sera consacré à l'apport théorique sur le sujet. Ainsi nous présenterons dans le premier chapitre un état des lieux des liens entre le tabagisme et la cardiologie. Nous y aborderons une brève présentation des pathologies coronariennes ainsi que leur lien avec le tabagisme, ensuite nous ferons de même avec les pathologies du rythme cardiaque.

Le second chapitre sera consacré aux liens entre le tabagisme et les aspects psychologiques au travers des différents articles menés sur le sujet. Nous nous sommes centrés sur certains aspects psychologiques, l'alexithymie, le lieu de contrôle, l'anxiété et la dépression.

La seconde partie de ce mémoire sera consacré à notre partie empirique. Nous tenterons de vérifier nos différentes hypothèses :

- Les patients fumeurs auront un score d'alexithymie plus élevé que les patients non fumeurs.
- Les patients ayant un lieu de contrôle interne adopteront des comportements sains, à savoir dans notre cas, un arrêt de la consommation de tabac.
- Les patients hospitalisés pour accidents cardiaques seront plus motivés à arrêter de fumer et tenteront plus d'arrêter de fumer que les patients hospitalisés pour trouble du rythme, le tabagisme étant considéré comme un facteur de risque coronarien et non d'un trouble du rythme.
- Les patients fumeurs auront un score d'anxiété et dépression plus faible que les non-fumeurs étant donné le rôle de la cigarette dans la gestion des émotions.
- Les patients plus dépendants auront un score de dépression et d'anxiété plus élevé que les patients moins dépendants.

Enfin, nous conclurons ce mémoire.

PARTIE THEORIQUE

I. Tabagisme et cardiologie

Les effets néfastes du tabac sur la santé ont été largement démontrés par de nombreuses études et concernent en particulier certaines pathologies cardiaques.

I.1.Pathologies cardiaques

Deux grandes classes de pathologies cardiaques sont les pathologies coronariennes et les troubles du rythme.

I.1.1 Les pathologies coronariennes

I.1.1.1 Définition

Les maladies coronariennes concernent les artères coronaires, irrigant toutes les régions du myocarde. Elles sont provoquées par l'athérosclérose qui est la formation de plaques d'athérome jaunes, graisseuses et riches en cholestérol sur la paroi intérieure des artères coronaires. En s'accumulant, ces plaques d'athérome peuvent provoquer une sténose des vaisseaux sanguins du myocarde et par conséquent, entraîner une ischémie du myocarde.

Il existe différentes formes de maladies coronariennes. L'angine de poitrine (ou angor) s'exprime par une douleur dans la poitrine lorsque l'irrigation du cœur devient insuffisante. L'infarctus du myocarde s'exprime lui quand un caillot s'est formé au niveau d'une plaque athéromateuse obstruant dès lors l'artère coronaire et entraînant ensuite une nécrose d'une partie plus ou moins importante du myocarde.

Divers facteurs de risque favorisent ces maladies dont le sexe, l'âge, l'hérédité, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, l'obésité, la sédentarité, le stress et LE TABAC.

I.1.1.2. Diagnostic

Le diagnostic des maladies coronariennes se base sur différents paramètres :

- Les symptômes cliniques : douleur thoracique, pouvant irradier vers la gorge, les mâchoires, les bras ou les épaules et provoquant parfois malaise, transpiration, essoufflement ou vertige.
- Electrocardiogramme : au repos ou à l'effort permettant de mettre en évidences des anomalies non détectées au repos.
- Les dosages biologiques : la concentration sanguine d'enzymes spécifiques augmente lors de l'atteinte des cellules myocardiques.
- Coronarographie ou angiographie : permettant la visualisation des artères coronaires et ainsi déceler d'éventuels rétrécissements.

I.1.1.3. Traitement

Différents types de traitement peuvent être envisagés :

- Le traitement médicamenteux permet de prévenir et soulager les douleurs de l'angine de poitrine, de freiner l'évolution de la maladie et d'en prévenir les complications et récidives.
- L'angioplastie transluminale ou dilatation coronaire est une technique proche de la coronarographie dans sa mise en œuvre, mais la sonde permet d'introduire un ballonnet au niveau de l'artère rétrécie et dilater le segment coronaire sténosé. Le placement éventuel d'un stent maintiendra l'artère ouverte. Certains stents sont

enrobés par un médicament diminuant sa réepithélialisation excessive et ainsi la resténose. D'autres stents sont en polymère biorésorbable.

- Le pontage coronarien est envisagé lorsque les deux traitements précédents ne sont pas satisfaisants ou possible. Cette intervention chirurgicale consiste à prélever une veine dans la jambe pour la greffer d'une part sur l'aorte et d'autre part sur l'artère coronaire au-delà de la sténose. Il se peut que le chirurgien utilise une artère mammaire ou épigastrique qui sera alors déviée et implantée dans l'artère coronaire obstruée.

I.1.1.4. Tabagisme et coronaropathies

Perriot et al. (2003), résument le rôle du tabac dans la physiopathologie des maladies cardiovasculaires. Avec l'hypertension artérielle et la dyslipidémie, le tabagisme est un des trois facteurs principaux d'athérosclérose. La nicotine, composante de la fumée, augmente la fréquence cardiaque et la pression artérielle, et le monoxyde de carbone est un facteur d'hypoxie tissulaire. Le tabagisme triple le risque de pathologie coronarienne avant l'âge de 45 ans. Une consommation de 20 cigarettes par jour augmente le risque d'infarctus et de mort subite. La persistance du tabagisme après nécrose myocardique ou après angioplastie ou pontage, augmente le risque de récidive d'obstruction, d'apparition de nouvelles nécroses, ou même de mort subite.

De nombreux auteurs ont mis en évidence l'importance de l'arrêt tabagique dans l'amélioration des risques cardio-vasculaires, mais dans la pratique clinique, malgré les efforts de ces dernières années, force est de constater qu'encore beaucoup de médecins ne mettent pas en place les éléments nécessaires à une prise en charge optimale du patient fumeur (Dornelas et al., 2000 ; Sutherland, 2003 ; Erhardt, 2009 ; Gadomski et al.,

2010 ; Aboyans et al., 2010 ; Pipe et al., 2010 ; Shah et al., 2010 ; Gaemperli et al., 2010).

Certains auteurs ont étudié l'impact d'une prise en charge durant l'hospitalisation et après le retour à la maison. En 2000, Dornelas et son équipe ont mis en évidence l'efficacité des programmes de sevrage tabagique basés sur le soutien et l'assistance au sevrage ainsi que le suivi téléphonique pendant 6 mois après l'hospitalisation des suites d'un infarctus. Bredie et al. (2010) ont mis en évidence l'efficacité des entretiens motivationnels réalisés par les infirmières. Par ces techniques peu coûteuses, les médecins et les hôpitaux pourraient ainsi aider certains patients et permettre une prise en charge minimum des patients fumeurs.

L'aide optimale au sevrage tabagique comprend une prise en charge pharmacologique (les substituts nicotiniques, la varénicline, le bupropion, la nortriptiline, …) et un soutien psychologique (thérapies comportementales avec gestion du stress, psychoéducation, analyse du comportement, …) (Sutherland, 2003 ; Eisenberg et al., 2010).. Les substituts nicotiniques sont bien tolérés et ont fait la preuve de leur efficacité, y compris chez les patients coronariens qui peuvent ainsi leur être prescrit sous contrôle médical.

Si le tabagisme actif est un facteur de risque important de pathologies cardiaques, le tabagisme passif a également un effet néfaste sur les artères. En effet, comme le démontre l'étude de Panagiotakos et al. (2007), les patients qui ont été hospitalisés pour un syndrome coronarien aigu (infarctus) et qui subissent encore du tabagisme passif, ont 61% de risque de refaire un problème coronarien durant les 30 premiers jours après leur hospitalisation, en comparaison des patients non exposé au tabagisme passif.

La majorité des patients arrêtent ou décident d'arrêter de fumer après un infarctus ou une intervention pour pontage coronarien. Il semble en effet que ces situations jouent un rôle déterminant dans l'initiation du processus de sevrage tabagique (Salive et al., 1992 ; Pietrobon et al., 2010). Néanmoins, le taux de rechutes à 6 mois est important. Guevel-Jointret et al. (2010) ont trouvé un taux de 38,9 % de rechutes endéans les 6 mois après accident coronarien, alors que l'étude EUROASPIRE II (cité dans Guevel-Jointret et al., 2010) rapportait un taux équivalent à 50% de rechute à 6 mois.

I.1.2. Les troubles du rythme

Le rythme normal d'un cœur humain varie entre 60 à 80 battements par minute au repos. Le « nœud sinusal » situé dans l'oreillette droite commande les impulsions électriques dans les fibres myocardiques. Par l'intermédiaire du nœud sino-atrial, les impulsions sont transmises aux ventricules, où les fibres spécialisées veillent à ce que toutes les régions du myocarde soient activées simultanément (St Jude Medical, 2003 ; Medtronic, 2005 ; Boston Scientific, 2007).

I.1.2.1. Troubles du rythme cardiaque

Il existe 3 types principaux de trouble du rythme (St Jude Medical, 2003 ; Medtronic, 2005) :

- Bradycardie : le rythme cardiaque est inférieur à 60 battements par minute. L'étiologie est variée : pratique de sport d'endurance, décours d'un infarctus, dégénérescence du nœud sinusal. Elle peut nécessiter la mise en place d'un pacemaker.
- Extrasystole : caractérisée par des battements isolés et prématurés dont l'origine est hors du nœud sinusal. Sans danger en général, elles peuvent, lors d'une atteinte myocardique, entraîner une tachyarythmie.
- Tachycardie : le rythme cardiaque est supérieur à 100 battements par minute. Les tachycardies sont classées en deux catégories en fonction de leur localisation :
  - *La tachyarythmie supraventriculaire* existe sous différentes formes : tachycardie sinusale (rythme régulier donné par le nœud sinusal), fibrillation auriculaire (caractérisée par une activité électrique auriculaire désorganisée accompagné d'un rythme de 350 à 600 battements par minute mais sans contractions auriculaires), flutter auriculaire dont la fréquence est de 300 battements/minute mais avec une activité régulière des oreillettes.
  - *La tachycardie ventriculaire* : la fréquence cardiaque se situe entre 100 et 250 battements par minute. Il s'agit d'un trouble grave du rythme cardiaque qui peut se transformer en fibrillation ventriculaire (battements >300 battements/minute accompagnés d'une activité électrique désorganisée), entraînant sans traitement le décès du patient (mort subite) après 3 à 4 minutes. A un rythme de plus de 250 battements/minute, les contractions du myocarde sont inefficaces et le flux sanguin dès lors insuffisant.

I.1.2.2. Traitement

Les traitements consistent également en un médicamenteux (anti-arythmique) ou si nécessaire une intervention plus massive.

En cas de bradycardie, un pacemaker, stimulateur cardiaque à pile, peut être implanté dans la poitrine d'un patient et permettre ainsi de régler le rythme cardiaque.

Lors de fibrillation auriculaire, le médecin peut pratiquer une cardioversion, un choc électrique externe, ou des interventions plus invasives du type ablation par radiofréquence (envoi d'un courant alternatif sinusoïdal qui a un effet thermique et dont les cicatrices fibreuses sont isolantes), Maze (technique chirurgicale où le chirurgien incise les oreillettes droites et gauches à des endroits bien précis).

Lors de tachycardie ventriculaire ou fibrillation ventriculaire, le chirurgien peut implanter un défibrillateur cardiaque (proche du stimulateur cardiaque) qui peut administrer des chocs électriques internes pour prévenir l'arrêt cardiaque.

Tableau récapitulatif des différents troubles du rythme cardiaque (Christyn de Ribeaucourt, 2000) :

	EXTRASYSTOLE	BRADYCARDIE	TACHYCARDIE
Définition	Contraction prématurée du cœur	Ralentissement des battements du cœur	Accélération des battements du cœur
Remarque			Fibrillation : accélération + activité électrique désordonnée
Fréquence cardiaque		<60/min	>100/min
Symptomatologie	Palpitation, à-coups avec angoisse, sensation de choc	Dyspnée d'effort, syncope, asthénie	Palpitations, sensation du cœur qui bat vite, fatigue, malaise
Gravité	Troubles bénins	Selon l'importance	Troubles bénins sauf la fibrillation ventriculaire (FV) et la tachycardie ventriculaire (TV) qui sont des troubles grave du rythme
Traitement	Traitement si symptômes majeurs	Dépend de l'étiologie, recours possible au Pacemaker	Antiarythmique, choc électrique (cardioversion). Pour les FV et TV antiarythmiques, choc électrique externe et défibrillateur

I.1.2.3. Tabagisme et trouble du rythme cardiaque

Le tabagisme semble jouer un rôle limité dans les troubles du rythme cardiaque (augmentation du nombre d'extrasystoles) et n'est pas considéré comme facteur de risque d'arythmie. Il nous a semblé dès lors intéressant de comparer le profil des patients fumeurs atteints de cardiopathies ischémiques, dont le rôle du tabac n'est plus à démontrer, à celui des patients fumeurs atteints de pathologie du rythme cardiaque pour lesquels le tabac semble jouer un rôle moins important dans la survenue ou le maintien de leur pathologie.

II. TABAGISME ET PSYCHOLOGIE

II.1. Facteurs psychologiques

Le profil psychologique des patients fumeurs peut être établi en fonction de certains traits de la personnalité ou aspects psychologiques dans le maintien ou le sevrage tabagique. Quatre aspects de ce profil vont être analysés, l'alexithymie, le lieu de contrôle, l'anxiété et la dépression.

II.1.1. Alexithymie

II. 1.1.1. Définition

L'alexithymie peut être définie comme la difficulté à prendre conscience de ses émotions et sentiments et l'incapacité à l'exprimer aux autres. Les principaux éléments sont la difficulté marquée à décrire ses sentiments, l'absence ou la réduction de la vie fantasmatique et la manifestation de la pensée opératoire, pensée centrée sur le concret avec une tendance à décrire les événements sans intégrer une connotation affective. Il existerait deux types d'alexithymie (Corcos et al., 2000) :

- Alexithymie trait (ou primaire) serait d'origine génétique ou neurophysiologique. Elle constitue un trait de personnalité proche d'un mode de fonctionnement opératoire.
- Alexithymie état (ou secondaire) serait réactionnelle et fait office de stratégie d'adaptation pour faire face à une symptomatologie ou à des événements de vie traumatiques.

Luminet (2002) parle plutôt d'alexithymie absolue et relative. La stabilité absolue « se réfère aux variations d'une échelle de personnalité à travers le temps ». La stabilité

relative est quant à elle le reflet de différences individuelles observées entre deux périodes de temps données, comme par exemple, au début et à l'issue d'un traitement.

Peu importe l'origine de l'alexithymie, il est important de la concevoir d'une manière multifactorielle : un dysfonctionnement affectif peut autant être le résultat d'un héritage neurophysiologique, psychologique familial que socio-culturel. De plus, il est également important d'envisager cette problématique comme un phénomène de « maintenance psychique », c'est-à-dire comme le maintien de certaines pathologies (Corcos et al. 2003).

II.1.1.2. Evaluation

Il existe différents questionnaires aux qualités psychométriques satisfaisantes visant l'évaluation de l'alexithymie : Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire, Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) (Bouvard, 2002).

La TAS-20 (auto-observation) évalue 3 différentes facettes cliniques de l'alexithymie : la difficulté à exprimer ses émotions, la difficulté à identifier et différencier ses sentiments des sensations corporelles, la pensée opératoire (Bagby et al., 1994). Son intérêt réside dans le fait que les dimensions sous-jacentes correspondent aux facettes cliniques de l'alexithymie

Le score global du questionnaire est obtenu en additionnant les notes des différentes échelles. Si le score est supérieur ou égal à 61, la personne est considérée comme alexithymique. Toutefois, comme le souligne Luminet et al. (2003), les individus qui présentent un tel score « ne se caractérisent pas par une incapacité à ressentir des états émotionnels et à les exprimer, mais plutôt par une difficulté à les différencier et à les

verbaliser ». De plus, ne se baser que sur l'évaluation globale « ne permet pas de distinguer un individu dont le score est moyen sur l'ensemble des échelles d'un autre dont le score est faible sur certaines échelles et très élevés sur d'autres ». D'où l'importance d'examiner chacune des dimensions.

II.1.1.3. Alexithymie et addiction

Les conduites addictives peuvent être envisagées comme des troubles développementaux de la régulation émotionnelle. Les individus alexithymiques qui manquent d'un sentiment de cohésion de soi et de capacités à réguler leurs affects de façon autonome sont en difficultés pour gérer les séparations et peuvent alors être amenés à établir des relations de dépendance avec des personnes extérieures jouant le rôle de régulateurs ou encore avec des objets addictifs (Jouanne, 2006). L'objet addictif remplace grâce à sa disponiblité immédiate, la dépendance à un objet humain par une dépendance à un objet extérieur (Jeammet, 1989).

Dans leur étude multicentrique concernant la prévalence de l'alexithymie chez des patients souffrant de conduites d'addictions (alcoolisme, toxicomanie, anorexie et boulimie) comparativement à une population témoin, Guilbaud et al. (2002) ont mis en évidence une prévalence significativement plus élevée de l'alexithymie dans le cadre des conduites de dépendance. De plus, Loas et al. (1997) retrouvent à 15 mois, une proportion d'abstinents nettement supérieure dans le groupe des non alexithymiques (60 %) tandis qu'elle est seulement de 19% chez les alexithymiques. Les auteurs concluent au terme de leur étude et de leur revue de la littérature à l'existence d'une association d'un fonctionnement alexithymique aux conduites addictives. Néanmoins, il n'y a pas d'éléments discriminants pour savoir si l'alexithymie est préexistante sous forme de dimension psychopathologique au comportement addictif, favorisant alors son émergence

et/ou si l'alexithymie est secondaire à une dépression et constitue une voie évolutive de la conduite addictive installée et chronicisée.

Farges et Farges (2002) ont proposé une vaste revue critique de la littérature sur l'alexithymie et les substances psychoactives. L'ensemble des recherches cliniques retrouvent une prévalence particulièrement élevée d'alexithymie chez des patients alcooliques variant entre 35 et 80% selon les études. Il en va de même chez des patients toxicomanes où les chercheurs mettent également en évidence une prévalence élevée d'alexithymie. A partir de ces observations il serait légitime de penser que dans le cas du tabagisme, nous pourrions retrouver des résultats similaires entre alexithymie et tabagisme.

Carton et al. (2008) ont constaté le peu d'études explorant les liens entre l'alexithymie et le tabagisme contrairement aux autres conduites addictives.

Dans leur revue de la littérature, Guilbaud et al. (2003) n'ont pas trouvé l'alexithymie comme facteur de risque à la consommation tabagique. Ils n'ont relevé que peu d'études s'intéressant à la prévalence de l'alexithymie chez les fumeurs. Ils ont relevé l'étude de Lumley et al. (1994) qui ne trouvaient pas de taux significativement élevé de l'alexithymie dans la population de fumeur. Pour leur étude, Guilbaud et al. émettent l'hypothèse que les sujets tabaco-dépendant pourraient avoir un taux d'alexithymie plus élevé que les sujets non-fumeurs. Les résultats de leur recherche n'ont pas confirmé leur hypothèse de départ, et donc vont dans le sens de Lumley et al. Néanmoins, en regardant les résultats de l'alexithymie en fonction de ses différentes composantes, les auteurs remarquent une différence entre les hommes dépendants au tabac ou les anciens fumeurs et les non-fumeurs au niveau de la composante cognitive.

Ce style est marqué par une pensée tournée vers l'extérieur, à contenu pragmatique. L'élévation de la composante cognitive de l'alexithymie serait un style de fonctionnement cognitif plus fréquemment retrouvé chez les hommes dépendant à la nicotine, et pourrait persister après le sevrage au tabac.

Une autre étude menée par Brognon et relayée lors du 2ème Congrès de la Société Française de Tabacologie en novembre 2008, ne permettait pas non plus d'établir un lien significatif entre le tabagisme et l'alexithymie. Par contre Carton et al. (2008) ont quant à eux trouvé une moyenne des scores de l'alexithymie plus élevée chez les fumeurs.

II.1.2. Lieu de contrôle

La notion de « lieu de contrôle » (« locus of control ») a été développée par Rotter en 1966. Le lieu de contrôle (LOC) est la tendance généralisée à croire que ce qui nous advient dépend, soit de nous-mêmes (internalité), soit de facteurs extérieurs (externalité).

La dimension inter-externe des attributions causales a été appliquée à la santé à travers la notion de locus de contrôle relatif à la santé (LCRS). Ainsi, une personne qui a un locus de contrôle relatif à la santé interne considère que sa santé est contrôlable par elle-même. A l'opposé, une personne au lieu de contrôle relatif à la santé externe considère que sa santé est incontrôlable par elle-même et est entre les mains du destin (ou de la chance) ou sous le contrôle d'autrui tout-puissant.

Les individus externes sont plus confiants lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes graves comme la maladie. En effet, ceux-ci peuvent y attribuer une raison (externe) et accepter l'événement qu'ils subissent. Un individu interne cherchera probablement une cause (interne) qui sera inexistante, ce qui pourrait entraîner un état de stress et d'anxiété.

Le concept de lieu de contrôle relatif à la santé (LCRS) s'est avéré fructueux pour prédire les comportements de santé des individus et en particulier leur possibilité de s'impliquer activement dans une démarche de type préventif.

Une échelle de lieu de contrôle de la santé (la Multidimensional Health Locus of Control Scale ou MHLCS) a été élaborée par Wallston et coll en 1978, et est fondée sur un modèle tri-dimensionnel du contrôle (interne, externe « chance », externe « autres »).

Selon ces auteurs, certaines croyances concernant la santé sont apprises au cours de la vie et dépendent des expériences personnelles (de santé et de maladie), de l'expérience de problèmes de santé d'autrui (apprentissage vicariant) et des croyances véhiculées par la culture (ou appris par la sub-culture de l'individu). Ils posent à priori l'hypothèse d'une subdivision du lieu de contrôle de la santé en trois facteurs (I, P et C) : un contrôle interne (I) et deux dimensions du contrôle externe : croire que sa santé est contrôlable grâce à des personnages (P) tout-puissants (médecins, chercheurs, …) ; croire qu'elle dépend de la chance (C) ou d'autres facteurs aléatoires (hasard, destin).

Dans leur population de patients hospitalisés pour problèmes coronariens, Ockene et coll (1992) ont trouvé que ceux qui manifestaient un degré élevé de lieu de contrôle externe tendent à dénier la responsabilité de leur propre style de vie, estimant que la chance joue un rôle essentiel dans leur état de santé.

Mais des résultats totalement opposés ont été également obtenus. Ainsi, une étude de Norman (1995) montre une corrélation négative entre le lieu de contrôle interne et le statut tabagique : les fumeurs ont un lieu de contrôle interne plus élevé que les non-fumeurs.

Dans son étude, Herrmann (2004) a fait l'hypothèse selon laquelle un lieu de contrôle « interne » favoriserait un sevrage tabagique. Toutefois, aucun lien n'a pu être mis en évidence entre le lieu de contrôle de la santé et le sevrage tabagique.

Le lieu de contrôle relatif à la santé est lié au changement de comportement et au style de communication des professionnels (Ogden, 2008). En effet, si un médecin encourage un patient à changer de style de vie, celui-ci aura peu de chance de l'écouter dans la mesure où il ne se sent pas responsable de son état. Ainsi, il faudrait tenir compte du lieu de contrôle des patients pour faciliter leur sevrage tabagique.

II.1.3. Anxiété et dépression

II.2.3.1. Anxiété

L'anxiété est un état psychique qui s'accompagne de manifestations de stress. Tordeurs et al. (2009) soutiennent que l'individu ne commence pas à fumer pour combattre une anxiété. Mais, le fumeur trouve au tabac un effet stimulant mais également un effet relaxant. Ainsi le tabagisme chronique serait un comportement inadapté utilisé par le fumeur pour faire face au stress (Ockene et al, 1985) et de ce fait, il serait opportun d'apprendre à gérer son stress pour diminuer l'anxiété et faciliter le maintien de l'abstinence.

Néanmoins, de nombreuses études ont démontré que les fumeurs ont un plus haut score d'anxiété que les non-fumeurs. Fakhfakh (2003) a mené une étude sur 72 fumeurs hospitalisés pour abstinence tabagique. Il a mis en évidence une association entre les troubles anxio-dépressifs et un niveau élevé de dépendance tabagique. Alati et al. (2004) ont également trouvé une association entre symptômes anxio-dépressifs et le statut

tabagique, mais ce, uniquement chez les hommes. Le lien entre anxiété et tabagisme reste controversé.

Concernant l'arrêt du tabac, il semblerait selon les conclusions de Tordeurs et al., (2008) que l'arrêt du tabac est lié à l'anxiété du fumeur. En effet, le fumeur ne serait pas anxieux, mais il rechercherait l'anxiolyse. De ce fait, plus il est anxieux, plus il tentera d'arrêter.

Il existe une multitude d'échelles d'évaluation de l'anxiété. Une de ces échelles classiquement utilisée est la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) de Zigmond et Snaith (1983).

II.1.3.2. Dépression

Tordeurs et al. (2008) relève dans leur revue de la littérature les liens entre le tabac et la dépression. Ainsi, ils citent Fakhfar (2002) qui a mis en évidence les effets anti-dépressifs de la nicotine. En effet, Dutrannois (2004) explique également cette relation entre nicotine et dépression : « la nicotine inhalée, arrivant très rapidement au cerveau, induit, outre les effets immédiats ressentis par le fumeur, une sécrétion de sérotonine par activation des récepteurs nicotiniques ». Néanmoins, en cas d'usage chronique de la nicotine, les adaptations neurobiologiques à la nicotine peuvent induire une augmentation de la dépression (Picciotto, 2002).

De plus, l'état dépressif semble également jouer un rôle dans la rechute tabagique. En effet, dans leur étude portant sur la rechute tabagique après une hospitalisation pour pathologie cardiovasculaire, Thorndike et coll. (2010) ont montré que les patients ayant un score élevé de dépression rechutaient plus fréquemment que les patients ayant un

score faible de dépression à 3 mois et un an. Par contre, les résultats étaient non significatifs lorsque le niveau de dépression était modéré.

Il semble donc important de pouvoir prendre en charge les patients fumeurs dépressifs durant leur hospitalisation afin de faciliter le sevrage tabagique ensuite.

III. CONCLUSIONS

Au terme de cette première partie, nous avons pu aborder certains aspects de la complexité du problème lié au tabac dans le champ de la pathologie coronarienne. Ainsi, nous avons pu nous familiariser avec la littérature traitant de la pathologie coronarienne, tant du point de vue organique que de l'impact du tabac, ainsi que les troubles du rythme cardiaque.

Ensuite, nous avons pu relever que certains facteurs psychologiques tels que l'alexithymie, le lieu de contrôle, l'anxiété et la dépression ont un rôle complexe dans le tabagisme et le sevrage tabagique. Il semble donc important de tenir compte de ces facteurs pour toutes prises en charge de patients afin de mieux comprendre les mécanismes en jeu et permettre une optimalisation d'un sevrage tabagique à long terme.

PARTIE PRATIQUE

I. Position du problème

I.1. Hypothèses

L'aspect psychologique joue un rôle important dans le statut tabagique des patients cardiaques. Il nous semblait donc intéressant de l'investiguer.

Nos différentes hypothèses de travail sont :

1. Les patients fumeurs auront un score d'alexithymie plus élevé que les patients non fumeurs. En effet, selon les études de Farges et Farges (2002) et Guilbaud (2002), portant sur une population de personnes souffrant de conduites addictives, il est possible de penser qu'il existerait également une relation entre tabagisme et alexithymie, comme l'a précédemment évoqué Carton et al. (2008).

2. Les patients ayant un lieu de contrôle interne adopteront des comportements sains (Ockene et coll., 1992), à savoir dans notre cas, un arrêt de la consommation de tabac.

3. Les patients hospitalisés pour accidents cardiaques seront plus motivés à arrêter de fumer et tenteront plus d'arrêter de fumer que les patients hospitalisés pour trouble du rythme, le tabagisme étant considéré comme un facteur de risque coronarien et non d'un trouble du rythme.

4. Les patients fumeurs auront un score d'anxiété et dépression plus faible que les non-fumeurs étant donné le rôle de la cigarette dans la gestion des émotions (anxiété et dépression).

5. Les patients plus dépendants auront un score de dépression et d'anxiété plus élevé que les patients moins dépendants, comme l'a souligné Fakhfakh et al. (2003).

II. Méthodologie

II.1. Echantillonnage

L'échantillon de cette étude se compose des patients hospitalisé dans le service de cardiologie :

- pour accident coronarien aigu ou pour trouble du rythme cardiaque,
- francophone,
- hommes et femmes
- âgé de 18 à 70 ans. Dans notre population, l'âge variait de 23 ans à 66 ans, avec un âge moyen de 51.62 +/- 8.8.

L'échantillonnage final se compose de :

	n	Homme	Femme	Age moyen	Pathologie coronarienne	Trouble du rythme
Fumeurs	25	18	7	50.8 ± 9.6	16	9
Non-fumeurs	25	21	4	52.44 ± 8.1	12	13

II.2. Mesures des variables

Les données ont été recueillies sur base d'un questionnaire (voir annexe) complété pendant l'hospitalisation dans le service de cardiologie de Mont-Godinne. Le questionnaire destiné aux patients fumeurs comportant :

- Des informations sur le statut tabagique du patient et le taux de CO expiré
- Le test de Fagerström
- Deux questions sous forme d'une échelle visuelle analogique de 0 à 10 concernant la motivation à l'arrêt : importance perçue d'arrêter de fumer et confiance en sa propre capacité d'arriver à arrêter de fumer
- Une liste sous forme également d'une échelle visuelle analogique de 0 à 10 de 11 raisons qui poussent à fumer
- Le test HAD évaluant le niveau d'anxiété et de dépression chez des patients « non-psychiatriques »
- Le TAS-20 évaluant le niveau d'alexithymie des patients
- Le MHLC évaluant le lieu de contrôle par rapport à la santé des patients.

Le questionnaire destiné aux patients non fumeurs ou ex-fumeurs ne comportaient que les 3 derniers questionnaires, le test HAD, le TAS-20 et le MHLC.

II.2.1. Test de Fagerström

Ce test permet de mesurer le niveau de dépendance à la nicotine. La consistance interne du test est évaluée à 0.61. Il comporte 6 items pour lesquels le patient doit choisir une réponse correspondant à son comportement tabagique. Les réponses sont cotées de 0 à 3. Le score total (de 0 à 10) s'acquiert en additionnant les scores obtenus à chaque item :

- Un score entre 0 et 2 indique l'absence de dépendance ;

- Un score entre 3 et 4 montre une dépendance faible
- Un score entre 5 et 7 montre une dépendance moyenne
- Un score entre 7 et 10 montre une dépendance forte à très forte.

II.2.2. HADS

La HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) de Zigmond et Snaith (1983) est une échelle permettant de donner une mesure rapide de la sévérité de l'anxiété (7 items) et de la dépression (7 items) sans être biaisée par la symptomatologie physique pour une population de patient « non-psychiatrique ». Chaque item est coté de 0 à 3. Les scores totaux vont donc de 0 à 21 pour chacune des sous-échelles d'anxiété et dépression. La consistance interne des deux sous-échelles est de 0.93 pour l'anxiété et 0.90 pour la dépression.

II.2.3. TAS-20

La TAS-20 (Bagby, Parker &Taylor, 1994) est un questionnaire validé, rapide comportant 20 items, facile d'utilisation, qui tient compte de 3 dimensions :

- la difficulté à identifier et à différencier ses sentiments des sensations corporelles
- la difficulté à exprimer ses émotions
- la pensée opératoire

Le score global obtenu en additionnant les notes des différentes échelles est indépendant de l'âge et du sexe. Selon les scores « cut-off » français (Guilbaud et al., 2002), les sujets peuvent être catégorisés en 3 groupes : les non-alexithymiques (score $<$ 45), les sub-alexithymiques (45 $\leq$ score $\leq$ 55) et les alexithymiques (score $>$55). Néanmoins il reste important d'examiner chacune des dimensions pour distinguer les

individus qui auraient un score moyen dans les trois dimensions des individus dont le score serait faible à une sous-échelle mais très élevées à une autre.

II.2.4. Le lieu de contrôle

Le lieu de contrôle est évalué par le MHLC (Multidimensionnal Health Locus of Control Scale) de Wallston et al. (1978). Cet instrument comporte 18 items pour lesquels le patient doit indiquer son degré d'accord ou de désaccord avec chaque item, sur base d'une échelle de Likert à 6 points. Trois scores séparés sont obtenus formant les 3 sous-catégories décrites dans la partie théorique (Internalité, Pouvoir des autres et Chance). Chaque item est coté de 1 à 6. Les scores séparés vont donc de 6 à 36 et le score obtenu sur chaque sous-échelle indique l'importance accordée par le patient dans chacune des dimensions de contrôle de sa santé (plus le score est élevé, plus la croyance est importante). La consistance interne des sous-échelles est de 0.67 à 0.76.

II.3. Procédure

Nous avons rencontré les patients hospitalisés dans le service de Cardiologie du CHU de Mont-Godinne pour expliquer l'étude et leur demander leur accord pour y participer. Les patients ont ensuite été répartis en 4 groupes en fonction du statut tabagique et de la pathologie cardiaque (coronarienne ou rythmologique).

Pour les patients fumeurs (toute pathologie confondue), un entretien d'approximativement 20 minutes permettait de relever les informations concernant le statut tabagique, la dépendance tabagique, le degré de motivation à l'arrêt et la confiance en sa propre capacité d'arriver à arrêter de fumer et la liste de 11 raisons qui poussent à fumer. Le monoxyde de carbone a été mesuré dans l'air expiré. Une information sommaire était de plus donnée aux patients quant aux effets du tabac sur la santé, le

mécanisme des dépendances (physique, psychologie et comportementale) et l'aide disponible à l'hôpital (passage de la tabacologue ou prise de rendez-vous à la consultation de tabacologie en fonction de leur souhait éventuel). Les patients remplissaient alors seuls les 3 questionnaires psychologiques, HADS, TAS-20 et MHLC après en avoir reçu les explications. Enfin, ils ont été contactés par téléphone après 1, 3 et 6 mois afin de recueillir des informations quant à l'évolution leur statut tabagique.

Pour les patients non-fumeurs, un entretien de courte durée présentait l'étude et des différents questionnaires psychologiques, qui une fois complétés étaient récupérés plus tard dans la journée.

III. Résultats

Les résultats ont été obtenus avec le logiciel IBM© SPSS© Statistics version 19.

III.1. Hypothèse 1

Nous avons voulu vérifier si les patients fumeurs avaient un score d'alexithymie plus élevés que les patients non-fumeurs. Nous avons comparé à l'aide d'un test non-paramétrique de Mann-Whitney les scores du questionnaire TAS-20 en fonction du statut tabagique des patients au moment de l'hospitalisation. Les résultats montrent qu'il existe une différence significative (p=.002) entre les deux groupes étudiés (fumeurs vs non-fumeurs) pour le score global à la TAS-20. A l'analyse plus approfondie des résultats, nous constatons que certaines questions et deux sous-échelles semblent plus discriminatives que d'autres, expliquant le score global significatif. Ces deux sous-échelles sont la difficulté à identifier les émotions (p=.002) et la pensée opératoire (p=.002).

Tableau 1 : Résultat de la comparaison entre les patients fumeurs vs non-fumeurs au niveau de l'alexithymie (Mann-Whitney)

	TAS 20 global	Difficulté à identifier les émotions	Difficulté à exprimer les émotions	Pensée opératoire
U de Mann-Whitney	153,50	150,50	251,50	156,00
Z	-3,09	-3,15	-1,19	-3,05
Signification asymptotique (bilatérale)	**,002**	**,002**	,235	**,002**

La comparaison entre les deux groupes réalisés sur base d'un test paramétrique (T-test montre que les patients non-fumeurs ont un niveau d'alexithymie plus élevé que les patients fumeurs, ce qui va à l'encontre de notre hypothèse.

Tableau 2 : Moyenne des scores au TAS entre les patients fumeurs vs non-fumeurs

	Groupe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
TAS 20 global	fumeur	25	43,72	10,52	2,10
	non-fumeur	25	54,32	10,60	2,12
Difficulté à identifier les émotions	fumeur	25	13,60	4,83	,97
	non-fumeur	25	18,68	5,19	1,04
Difficulté à exprimer les émotions	fumeur	25	12,48	5,05	1,01
	non-fumeur	25	14,28	4,17	,83
Pensée opératoire	fumeur	25	17,64	4,27	,85
	non-fumeur	25	21,36	4,36	,87

III.2. Hypothèse 2

Nous avons fait l'hypothèse que les patients ayant un lieu de contrôle interne ont adopté des comportements sains à savoir dans notre cas, un arrêt de la consommation de tabac. Pour tester cette hypothèse, nous avons dans un premier temps calculé le ratio entre lieu de contrôle interne et lieu de contrôle externe (pouvoir des autres et chance), que nous pouvons exprimé comme : (LOC interne x 2)/(LOC autres + LOC chance). Plus le ratio est élevé, plus il exprime une tendance à l'internalité du lieu de contrôle. Nous avons ensuite comparé les deux groupes (fumeurs vs non-fumeurs) grâce à un test

non paramétrique de Mann-Whitney. Les résultats sont non-significatifs, les deux groupes ne diffèrent donc pas en ce qui concerne le lieu de contrôle.

Tableau 3 : Résultat de la comparaison entre les patients fumeurs vs non-fumeurs au niveau du Lieu de Contrôle (Mann-Whtiney)

	LOC interne	LOC autres	LOC chance	Ratio
U de Mann-Whitney	299,50	268,00	268,50	290,00
Z	-,25	-,87	-,86	-,44
Signification asymptotique (bilatérale)	,800	,386	,392	,662

Néanmoins, en analysant les résultats, 3 items semblent plus prédictifs que les autres :

- item 2 « *quoique je fasse, si je suis sur le point de tomber malade, je serai malade* » : p = 0,019 ;
- item 6 « *mon état de santé est sous mon contrôle* » : p= 0,017 ;
- item 12 « *mon état de santé dépend principalement de la façon dont je prends soin de moi-même* » : p= 0,02.

Nous avons dès lors procédé au sein du groupe des patients fumeurs, à une comparaison du lieu de contrôle entre les fumeurs et les ex-fumeurs à 1 mois, 3 mois et 6 mois post-hospitalisation. Aucun résultat significatif n'a pu être mis en évidence ne permettant pas de confirmer la seconde hypothèse.

Tableau 4 : Comparaison du lieu de contrôle entre les fumeurs et les ex-fumeurs à 1 mois (Mann-Whitney).

	LOC interne	LOC autres	LOC chance
U de Mann-Whitney	62,00	66,00	57,00
W de Wilcoxon	182,00	186,00	102,00
Z	-,33	-,09	-,63
Signification asymptotique (bilatérale)	,741	,928	,530
Signification exacte [2*(signification unilatérale)]	,770[a]	,953[a]	,558[a]

Tableau 5 : Comparaison du lieu de contrôle entre les fumeurs et les ex-fumeurs à 3 mois (Mann-Whitney).

	LOC interne	LOC autres	LOC chance
U de Mann-Whitney	50,50	50,00	59,50
W de Wilcoxon	170,50	95,00	104,50
Z	-1,02	-1,05	-,48
Signification asymptotique (bilatérale)	,308	,293	,632
Signification exacte [2*(signification unilatérale)]	,318[a]	,318[a]	,640[a]

Tableau 6 : Comparaison du lieu de contrôle entre les fumeurs et les ex-fumeurs à 6 mois (Mann-Whitney).

	LOC interne	LOC autres	LOC chance
U de Mann-Whitney	47,50	57,00	54,00
W de Wilcoxon	200,50	85,00	82,00
Z	-,77	-,16	-,35
Signification asymptotique (bilatérale)	,443	,873	,726
Signification exacte [2*(signification unilatérale)]	,455[a]	,901[a]	,757[a]

III.3.3 Hypothèse 3

L'hypothèse était que la motivation à l'arrêt ou à la tentative d'arrêt du tabac des patients hospitalisés pour accidents cardiaques seraient supérieure à celle des patients hospitalisés pour trouble du rythme. La motivation était évaluée par 2 VAS, la première évaluant l'importance d'arrêter de fumer allant de 0 (pas du tout important d'arrêter de fumer) à 10 (très important d'arrêter de fumer) et la seconde évaluant la capacité du patient à arrêter de fumer, allant de 0 (aucune confiance à parvenir à arrêter) à 10 (totale confiance à pouvoir arrêter), les moyennes observées étant élevées chez nos patients fumeurs.

Tableau 7 : Moyennes et écart-types de la motivation

	Moyenne importance	Ecart-type	Moyenne capacité	Ecart-type
Patients fumeurs (n=25)	8.64	1.73	5.96	2.50
Patients fumeurs hospitalisés pour pathologie cardiaque (n=16)	8.50	2	6.19	2.81
Patients fumeurs hospitalisés en rythmologie (n=9)	8.89	1.17	5.56	1.88

Les résultats obtenus après comparaison des moyennes par un test non-paramétrique de Mann-Whitney sont non-significatifs et ne confirment donc pas notre hypothèse.

Tableau 8 : Comparaison entre les patients fumeurs hospitalisés en cardiologie vs ryhtmologie au niveau de la motivation au sevrage tabagique et de leur capacité à y arriver (Mann-Whitney)

	importance arrêt (VAS)	capacité subjective d'arrêt (VAS)
U de Mann-Whitney	70,50	62,00
Z	-,09	-,57
Signification asymptotique (bilatérale)	,928	,567
Signification exacte [2*(signification unilatérale)]	,934[a]	,598[a]

Si nous examinons les raisons qui poussent à fumer, les patients hospitalisés en cardiologie ne diffèrent pas des patients hospitalisés en rythmologie si ce n'est une tendance à davantage fumer pour combattre le stress chez ces derniers patients.

Tableau 9 : Résultat de la comparaison entre les patients hospitalisés en cardiologie vs rythmologie au niveau du stress comme raison à fumer (Mann-Whitney)

	pour combattre le stress
U de Mann-Whitney	41,50
Z	-1,75
Signification asymptotique (bilatérale)	**,079**
Signification exacte [2*(signification unilatérale)]	**,084**

Tableau 10 : Résultat du t-test entre les patients hospitalisés en cardiologie vs rythmologie au niveau du stress comme raison à fumer

		Test-t pour égalité des moyennes		
		t	ddl	Sig. (bilatérale)
Pour combattre le stress	Hypothèse de variances égales	-2,10	23	**,047**
	Hypothèse de variances inégales	-2,54	22,47	**,018**

III.4. Hypothèse 4

L'hypothèse suivante porte sur un score d'anxiété et dépression plus faible chez les fumeurs que chez les non-fumeurs étant donné le rôle supposé de la cigarette dans la gestion des émotions (anxiété et dépression). La différence des scores d'anxiété et de dépression entre les patients fumeurs et non-fumeurs a été évaluée sur base d'un test non-paramétrique de Mann-Whitney. Les résultats sont non-significatifs pour l'échelle de dépression mais nous observons une tendance pour les scores de l'échelle d'anxiété (p=.067) à un degré d'anxiété plus important chez les patients non-fumeurs par rapport aux patients fumeurs.

Tableau 11 : Résultat de la comparaison entre les patients fumeurs vs non-fumeurs au niveau de l'anxiété et de la dépression (Mann-Whitney).

	HADS (A)	HADS (D)
U de Mann-Whitney	218,50	289,50
Z	-1,83	-,45
Signification asymptotique (bilatérale)	**,067**	,654

Tableau 12 : Résumé des statistiques descriptives pour les patients fumeurs vs non-fumeurs au niveau de l'anxiété et de la dépression.

	Groupe étudié	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
HADS (A)	fumeur	25	8,20	4,00	,800
	non-fumeur	25	10,48	4,48	,90
HADS (D)	fumeur	25	4,80	3,69	,74
	non-fumeur	25	5,24	3,37	,67

Tableau 13 : Résultat du T-test concernant le niveau d'anxiété et de dépression chez les patients fumeurs vs non-fumeurs.

		Test-t pour égalité des moyennes			
		t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne
HADS (A)	Hypothèse de variances égales	-1,90	48	**,064**	-2,28
	Hypothèse de variances inégales	-1,90	47,39	**,064**	-2,28
HADS (D)	Hypothèse de variances égales	-,44	48	,662	-,44
	Hypothèse de variances inégales	-,44	47,62	,662	-,44

III.5. Hypothèse 5

Enfin, notre dernière hypothèse était que les patients plus dépendants auraient un score de dépression et d'anxiété plus élevé que les patients moins dépendants. Nous avons procédés par corrélation non paramétrique (Rho de Spearman) entre le score de Fagerström et les résultats du HADS (Anxiété et Dépression). Les résultats mettent en évidence, outre une corrélation positive entre le HADS anxiété et HADS dépression (p=,001), une corrélation positive entre le niveau de dépendance calculé par le score de Fagerström et le score du HADS dépression (p=,027). Ainsi, plus le patient est dépendant plus il présente un score de dépression élevé au HADS et inversément.

Tableau 14 : Corrélation entre le niveau de dépendance (test de Fagerström), le niveau d'anxiété et le niveau de dépression.

			Score au test de Fagerström	HAD (A)
Rho de Spearman	Score au test de Fagerström	Coefficient de corrélation	1,00	,22
		Sig. (bilatérale)		,292
		N	25	25
	HAD (A)	Coefficient de corrélation	,22	1,00
		Sig. (bilatérale)	,292	.
		N	25	50
	HAD (D)	Coefficient de corrélation	,44	,46**
		Sig. (bilatérale)	**,027**	,001
		N	25	50

III.6. Dernières données

Nous voudrions également souligner à titre indicatif quelques éléments intéressants que nous avons pu retenir après traitement des données :

- 40% (10 sur 25) des fumeurs ont tenté d'arrêter de fumer, mais seuls 28 % (7/25) des fumeurs sont restés abstinents après 6 mois.

- Les 3 patients qui ont rechuté l'ont fait suite à des soucis professionnels ou personnels (inondations).
- Sur les 3 patients qui ont rechuté, 2 étaient hospitalisés pour trouble du rythme cardiaque.
- Les 7 patients abstinents après 6 mois étaient tous hospitalisés pour pathologie coronarienne.
- La motivation entre les abstinents à 6 mois (7) et ceux qui ont continués ou rechutés (18) ne diffèrent pas (8,5 vs 8,6). Toutefois la capacité à arrêter de fumer est supérieure chez les abstinents que chez les autres (7,5 vs 5,3). Mais le nombre de sujet parmi les deux groupes sont trop faible pour pouvoir être analysable.

Enfin, il n'y a pas d'interdépendance entre l'âge et le sexe des participants à l'étude.

IV. Discussion

Nous sommes conscients de la présence d'un biais important lié au petit nombre de sujets participant à notre étude. Les résultats obtenus ne sont dès lors pas généralisables et les conclusions tirées ne sont qu'hypothétiques.

IV.1. L'alexithymie

Certains éléments, concernant l'alexithymie, peuvent être mis en évidence sur base de notre étude. Contrairement à notre hypothèse, les patients non-fumeurs ne présenteraient pas un niveau d'alexithymie supérieur aux patients fumeurs, principalement pour 2 des 3 sous échelles. La difficulté à identifier les émotions et la pensée opératoire. Ces résultats diffèrent de ceux trouvés par Carton et al. (2008) pour qui les fumeurs avaient un score d'alexithymie plus élevé. Nos résultats ne concordent pas non plus avec les résultats obtenus par Lumley et al (1994) et Guilbaud et al. (2003) qui n'avaient pas trouvé de différences entre les patients fumeurs et non fumeurs en ce qui concerne l'alexithymie alors que nous avons mis en évidence une différence entre ces deux groupes mais dans le sens opposé à notre hypothèse de départ. Il est dès lors difficile de tirer une conclusion, mais nous pourrions éventuellement supposer que la dépendance au tabac serait à comprendre de manière différente en matière d'alexithymie que d'autres substances psychoactives.

IV.2. Le lieu de contrôle

Au niveau du lieu de contrôle, nos résultats ne permettent pas de différencier les patients fumeurs des non-fumeurs, ni les patients fumeurs qui arrêtent de fumer. Aucun lien n'a donc pu être mis en évidence entre le lieu de contrôle et l'arrêt ou non du tabagisme. De ce fait, l'hypothèse du comportement sain, à savoir l'arrêt du tabagisme,

chez les patients avec un lieu de contrôle interne tel que proposé par Ockene et al. (1992) n'a pu être vérifié. De même, nos résultats diffèrent de ceux obtenus par Norman (1995) montrant une forte corrélation entre le lieu de contrôle interne et le statut tabagique, avec un lieu de contrôle interne plus élevé chez les patients fumeurs que chez les non-fumeurs.

Nos résultats rejoignent ceux de Herrmann (2003) et Dutrannois (2004).

IV.3. La motivation

Le tabagisme étant considéré comme facteur à risque de pathologie coronarienne, nous pensions que les patients « coronariens » seraient plus « motivés » à arrêter de fumer. Notre étude n'a pas mis en évidence de différence entre le type de pathologie cardiaque (pathologie coronarienne ou trouble du rythme cardiaque) entrainant une hospitalisation, et la motivation à arrêter de fumer. Cependant, le nombre de patients dans les deux catégories, coronarien ou rythmologique, était très faible (n= 16 pour les « coronariens » et n=9 pour les « rythmologiques ») rendant les résultats difficilement interprétables. Un échantillonnage plus important aurait peut-être permis d'obtenir des résultats différents. Il faut toutefois souligner que la moyenne du niveau d'importance à arrêter de fumer était déjà fort élevée, à plus de 8,5 sur une VAS allant de 0 jusqu'à 10. Il semble donc que la grande majorité des patients trouvent important pour eux d'arrêter de fumer lors de leur hospitalisation. Mais la majorité des patients continuent à fumer à leur sortie d'hospitalisation… Le sentiment de leur propre capacité à y arriver joue sans doute un rôle, qui serait, selon nos constations, plus élevé chez ceux qui sont restés abstinents au bout des 6 mois que chez les autres.

Enfin, comme nous l'avons souligné précédemment, on constate que les 7 patients abstinents depuis plus de 6 mois faisaient partie du groupe de patients hospitalisés pour

pathologie coronarienne, et que sur les 3 patients qui ont rechuté avant les 6 mois, 2 appartenaient au groupe de patients hospitalisés pour trouble du rythme cardiaque tendant à montrer que le tabagisme perçu comme un facteur de risque des pathologies coronariennes, jouerait un rôle dans l'abstinence tabagique. Des études plus seraient nécessaires pour confirmer cette hypothèse.

IV.4. l'anxiété et la dépression

Nos résultats statistiques ne nous permettent pas de confirmer l'hypothèse de départ. Les patients fumeurs ne sont pas moins déprimés que les patients non-fumeurs. Il ne semble pas, dans notre étude, que le tabagisme soit lié à la thymie du sujet. Selon nos résultats, les patients non-fumeurs auraient une tendance à être plus anxieux que les patients fumeurs, comme si le tabagisme permettait effectivement de gérer l'anxiété chez les fumeurs. Une étude plus large permettrait de confirmer la pertinence éventuelle de ces résultats qui vont toutefois à l'encontre d'autres études démontrant un score d'anxiété plus élevé chez les patients fumeurs (Fakhfakh, 2003 ; Alati et al., 2004 ; Dutrannois, 2004).

IV.5. La dépendance en lien avec l'anxiété et la dépression

Les résultats de notre étude semblent confirmer en partie notre hypothèse. Nous pensions trouver une relation entre le niveau de dépendance à la nicotine, évalué par le test de Fagerström, et le niveau de dépression et d'anxiété des patients fumeurs, évalué par le HADS. Nous avons pu mettre en évidence une relation proportionnelle entre la dépendance et le niveau de dépression. Ainsi plus le patient est dépressif, plus il est dépendant et inversement. Par contre, nous n'avons pas trouvé de lien entre l'anxiété et la dépendance indiquant une corrélation et non une relation causale linéaire entre la dépendance et la dépression. D'autres études devraient être menées afin de déterminer

cette relation causale afin de donner des pistes de travail et de prise en charge en vue d'améliorer le sevrage tabagique.

CONCLUSIONS

L'objectif de ce mémoire était de faire le point sur le tabagisme chez les patients souffrant d'une pathologie cardiaque ainsi que sur le tabagisme et certains aspects psychologiques. Nous avons étudié les liens qui pouvaient exister entre le tabagisme, facteur de risque cardiovasculaire, et les pathologies coronariennes et les troubles du rythme cardiaque. Nous avons également présenté différents aspects psychologiques qui pourraient intervenir dans le tabagisme, tels que l'alexithymie, le lieu de contrôle, l'anxiété ou la dépression.

Dans la partie empirique de ce travail, nous avons voulu confronter la théorie à une expérience de clinique. Bien que notre échantillonnage soit limité, nous avonbs procédé à des comparaisons de variables psychologiques entre les patients fumeurs et les non-fumeurs, les patients hospitalisés pour pathologie coronarienne et ceux hospitalisés pour trouble du rythme et tester différentes hypothèses.

Certains résultats n'ont pas confirmé les hypothèses posées. En effet, nous n'avons pas trouvé de différence entre les patients fumeurs et les non-fumeurs au niveau de l'alexithymie. De même que nous n'avons pas trouvé de différence entre ces deux populations et le lieu de contrôle, ni entre les patients fumeurs et les ex-fumeurs à 1 mois, 3 mois et 6 mois et le lieu de contrôle. La motivation à arrêter de fumer ne diffère pas entre les patients hospitalisés pour pathologie coronarienne et ceux hospitalisés pour trouble du rythme cardiaque.

Par contre, il semblerait que le sentiment de capacité à pouvoir arrêter de fumer joue un rôle dans le sevrage tabagique, plus que l'importance perçue d'arrêter de fumer. Un autre résultat intéressant est le lien entre le niveau d'anxiété et le statut tabagique des patients. Nous avons en effet trouvé que les patients non-fumeurs étaient plus anxieux

que les patients fumeurs, la cigarette servant dès lors à faire baisser l'anxiété. Enfin, une corrélation positive a été trouvée entre le niveau de dépendance et le niveau de dépression.

Nous sommes conscients que cette étude ne peut être généralisée vu le faible échantillonnage, mais nous espérons avoir pu lancer de nouvelles pistes de réflexions ou d'études pour approfondir ce que nous avons tenté de mettre en lumière.

Bibliographie

- Aboyans, V., Thomas, D. & Lacroix, P. (2010) The cardiologist and smoking cessation. Current Opinion in Cardiology, 22 (5), 469-477.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994a). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research, 38, 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. Journal of Psychosomatic Research, 38, 33-40.
- Bardiau, K. (2000). L'hostilité en tant que prédicteur de maladie coronarienne et de risque de décompensation dépressive post-opératoire chez des patients opérés du cœur. Comparaison entre des patients « coronariens » et des patients « valvulaires ». Rapport de DES en Psychologie de la Santé non publié. Université Catholique de Louvain-La-Neuve. Louvain-La-Neuve.
- Bouvard, M. (2002). Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. Masson (2ème édition) : Paris
- Bredie, S.J., Fouwels, A.J., Wollersheim, H. & Schippers, G.M. (2010). Effectiveness of nurse based motivational interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients : a randomized trial. European Journal of Cardiovascular Nursing, doi :10.1016/j.ejcnurse.2010.06.003.
- Carton, S., Bayard, S., Jouanne, C. & Lagrue, G. (2008). Emotional awareness and alexithymia in smokers seeking help for cessation : a clinical analysis. Journal of Smoking Cessation, 3, 81-91.

- Christyn de Ribaucourt, S. (2000). Impact psychologique du défibrillateur cardiaque implantable. Mémoire de Licence non publié, Université Catholique de Louvain. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Louvain-la-Neuve.
- Collet, A.-S. (2003). La boulimie et l'alexithymie. Mémoire non publié. Université Catholique de Louvain-La-Neuve. Louvain-La-Neuve.
- Corcos, M ;, Guilbaud, O., Sperenza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P. & Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. Psychiatry research, 93, 263-266.
- Corcos, M & Speranza, M. (2003). Psychopathologie de l'Alexithymie. Paris : Dunod.
- Dornelas, E.A., Sampson, R.A., Gray, J. F., Waters D. & Thompson, P.D. (2000). A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. Preventive Medicine, 30, 261-268.
- Dutrannois, J.(2004). Gestion du tabagisme après un événement coronarien : étude rétrospective des modifications tabagiques et de quelques caractéristiques psychologiques chez des patients adultes coronariens ayant entamé un programme de réadaptation cardiaque ambulatoire. Mémoire non publié. Fares. Bruxelles.
- Eisenberg, M.J., Blum, L.M., Filion, K.B., Rinfret, S., Pilote, L., Paradis, G., Joseph, L., Gervais, A. & O'Loughlin, J. (2010). The efficacy of smoking cessation therapies in cardiac patients : a meta-analysis of randomized controlled trials. Canadian Journal of Cariology, 26 (2), 73-79.
- Erhardt, L. (2009). Cigarette smoking : an undertreated risk factor for cardiovascular disease. Atherosclerosis, 205, 23-32.
- Farges, F. & Farges, S. (2002). Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature. Psychotropes, 2002/2 (8), 47-74. DOI : 10.3917/psyt.082.0047.

- Gadomski, A.M., Gavett, J., Krupa, N., Tallman, N. & Jenkins, P. (2010). Effectiveness of an inpatient smoking cessation program. Journal of Hospital Medicine, doi :10.1002/jhm.641.
- Gaemperli, O., Liga, R., Bhamra-Ariza, P. & Rimoldi O. (2010). Nicotine addiction and coronary artery disease : impact of cessation interventions. Current Pharmaceutical Design, 16 (23), 2586-2597.
- Guevel-Jointret, A.-L., Borel, M.L., Munier, S., Cornily, J.-C., Pennec, P.-Y., Gilard, M. & Mansourati, J. (2007). Tolérance et efficacité de la substitution nicotinique précoce au décours d'un syndrome coronarien aigu. Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux, 100 (6-7), 514-518.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Loas G., Speranza, M., Taïeb, O., Perez-Diaz, F., Dugré-leBigre, C. & Jeammet, P. (2003). Alexithymie et dépendance au tabac. In Les conduites de dépendances : dimensions communes. Corcos, M., Flament, M. & Jeammet, P. (Eds). Masson : Paris
- Guilbaud, O., Loas G., Corcos, M., Speranza, M., Stephan, Ph., Perez-Diaz, F., Venisse, J.L., Gulefi, J.D., Bizouard, P., Lang, F., Flament, M., Jeammet, P. & le Réseau Inserm n°494013 (2002). L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez les sujets sain : valeur en population française et francophone. Annales Médico-Psychologiques, 160 : 77-85.
- Herrmann, A. (2004). Evénement coronarien et gestion du tabagisme. Le lieu de contrôle en tant que prédicteur de l'arrêt tabagique chez les patients coronariens. Mémoire non publié. Fares. Bruxelles.
- Jeammet, P ; (1989). Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. Confrontations psychiatriques, 31, 179-202.

- Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. Psychotropes, 12 :193-209.
- Li, W.W. & Froelicher, E.S. (2008). Predictors of smoking relapse in women with cardiovascular disease in a 30-month study : extended analysis. Heart and Lung, 37 (6), 455-465.
- Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C. & Delahousse, J. (1997). Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence ? A follow-up study. Compr Psychiatry, 38, 296-299.
- Luminet, O. (2002). Psychologie des émotions : confrontation et évitement. Bruxelles : De Boeck Université.
- Luminet, O., Taylor, G. & Bagby R. La mesure de l'Alexithymie. Paru dans « Psychopathologie de l'alexithymie ». Corcos, M & Speranza, M. (Eds). Paris, Dunod (2003)
- Lumley, M., Downey, K., Stettner, L., Wehmer, F. & Pomerleau, O. (1994). Alexithymia and negative affect : relationship to cigarette smoking, nicotine dependance, and smoking cessation. Psychotherapy and Psychosomatics, 61 : 156-162.
- Martinet,Y., Bohadana, A., Wirth, N. & Spinosa, A. (2007). Le traitement de la dépendance au tabac : guide pratique. Elsevier Masson : Issy-les-Moulineaux.
- Norman, P. (1995). Health locus of control and health behaviour : an investigation into the role of health value and behaiviour-specific efficacy beliefs. Person Individ Diff., 18, 213-218.
- Ogden, J (2008). Psychologie de la Santé. De Boeck : Bruxelles.
- Ockene, K., Kristeller, JL, Goldberg Ockene, I., Merriam, P., Barrett, S., Pekow, P & al (1992). Smoking cessation and severity of disaese : the coronary artery smoking intervention study. Health Psychology, 11 (2), 121-126.

- Ockene, JK, Hosmer, D., Rippe, J., Willimas, J., Goldberg, RJ, DeCosimo & al ; (1985). Factors effecting cigarette smoking statis patients with ischaemic heart disease. J. Chron Dis , 48 (12), 985-994.
- Panagiotakos, D.B., Pitsavos, C. & Stefanadis, C. (2007). Chronic exposure to second hand smoke and 30-day prognosis of patients hospitalised with acute coronary syndromes : the Greek study of acute coronary syndromes. Heart, 93, 309-312.
- Picciotto, M., Brunzell, D. & Caldarone, B. (2002). Effect of nicotine and nicotinic receptors on anxiety and depression. Neruoreport, 13 (9), 1097-1106.
- Perriot, J., Llorca, P.-M., Boussiron, D. & Schwan, R. (2003). Tabacologie et sevrage tabagique. John Libbey Eurotext : Paris.
- Piepoli, M.F., Corra, U., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Dendale, P., Gaita, D., McGee, H., Mendes, M., Niebauer, J., Olsen Zwisler, A.-D. & Schmid J.-P. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation : physical activity counselling and exercise training. European Heart Journal, 31, 1967-1976.
- Pietrobon, R.C. & Barbisan, J.N. (2010). Impact of coronary artery bypass graft surgery in smoking cessation. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, 25 (1), 79-84.
- Pipe, A.L., Papadakis, S. & Reid, R.D. (2010). The role of smoking cessation in the prevention of coronary artery disease. Current Atherosclerosis Reports, 12, 145-150.
- Salive, M.E., Cornony-Huntley, J., LaCroix, A.Z., Ostfeld, A.M., Wallace, R.B. & Hennekens, C.H. (1992). Predictors of smoking cessation and relapse in older adults. American Journal of Public Health, 82 (9), 1268-1271.
- Shah, A. M., Pfeffer, M. A., Hartley, L.H., Moyé, L.A., Gersh, B.J., Rutherford, J.D., Lamas, G.A., Rouleau, J.L., Braunwald, E. & Solomon, S.D. (2010). Risk of all-cause mortality, recurrent myocardial infarction, and heart failure hospitalization

associated with smoking status following muyocardial infarction with left ventricular dysfunction. The American Journal of Cardiology, 106, 911-916.

- Sutherland, G. (2003). Smoking : can we really make a difference ?. Heart, 89 (suppl II), ii25-ii27.
- Thorndike, A.N., Regan, S., McKool, K., Pasternak, R.C., Swartz, S., Torres-Finnerty, N. & Rigotti, N. (2008). Depressive symptoms and smoking cessation after hospitalization for cardiovascular disease. Archive of Internal Medicine, 168(2), 186-191.
- Wallston KA., Wallston BS., De Vellis R., (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. Health Educ Monog, 6: 160-170.

ANNEXES

Annexe 1 : lettre d'information et consentement éclairé

Kim BARDIAU
Psychologue en Cardiologie
et Chirurgie Cardiaque

Lettre d'information destinée au patient

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un mémoire en Tabacologie, je réalise une étude sur les facteurs psychologiques et le statut tabagique chez les patients souffrant de pathologies cardiaques (ischémiques ou rythmologiques). Pour ce faire, je compte mener une recherche où je serai amenée à rencontrer les patients fumeurs (et non fumeurs) hospitalisés en cardiologie ou venant en consultation de cardiologie. Le but de cette étude sera de mettre en évidence le profil psychologique et tabagique des patients fumeurs cardiaques selon leur pathologie de départ et en comparaison avec des patients cardiaques non fumeurs (ou ex-fumeurs).

Pratiquement, les patients seront soit vus lors de leur hospitalisation, soit vu après leur consultation chez leur cardiologue, par l'expérimentatrice (madame Bardiau) qui fera des mesures de l'imprégnation au tabac par un dosage en CO ainsi qu'une évaluation psychologique à travers 3 questionnaires :

- HADS : évaluant la dépression et l'anxiété
- MHLCS : évaluant le lieu de contrôle de la santé (sentiment de maîtrise sur sa santé)
- TAS-20 : évaluant le niveau d'alexithymie (difficulté dans l'expression verbale des émotions)

Les patients non fumeurs rempliront uniquement ces 3 questionnaires.

Seule l'expérimentatrice (moi-même) connaîtra l'identité des patients participant à l'étude. Les questionnaires seront toutefois codés. Toutes les données relatives à ce travail seront traitées de manière confidentielle et couverte par le secret médical.

Sachez que vous êtes tout à fait libre de refuser de participer à cette étude, et si c'est le cas, cela ne changera en rien votre prise en charge. Par ailleurs, si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter (Madame Bardiau, 081/42.36.33).

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Etude portant sur les facteurs psychologiques et le statut tabagique chez les patients souffrant de pathologies cardiaques

Partie réservée au participant :

Je soussigné(e), confirme par la présente que cette étude m'a été expliquée en détail et que j'ai reçu une copie du document d'information au patient.
J'ai lu cette information et j'en ai compris le sens.

- Je suis conscient(e) que je peux à tout moment mettre fin à ma participation à cette étude après en avoir préalablement informé l'expérimentatrice, sans que cela ne me porte préjudice.
- Mes données médicales seront traitées de manière strictement confidentielle. Je suis conscient(e) des fins auxquelles ces données seront collectées, traitées et utilisées dans le cadre de cette étude.
- Je consens à la collecte, au traitement et à l'utilisation de ces données.
- Je consens de manière entièrement volontaire à participer à cette étude.

Nom du participant :

_____

Date :_____/_____/_____

Signature du participant :

Partie réservée à l'expérimentatrice :

Je soussignée BARDIAU Kim confirme par la présente que j'ai informé en détail _____ et qu'il (elle) accepte de participer à cette étude.

Signature : **Date : _____/_____/_____**

Annexe 2 : questionnaire pour les patients fumeurs

Dossier étude tabacologie

Patient n° :……..

Date :…….

Expérimentateur : Madame Kim BARDIAU
081/42.36.33

UCL Mont-Godinne, 2010-2011

Bilan tabagique

Fumez-vous ? ☐ oui ☐ non

Si non, avez-vous fumé dans le passé ? ☐ oui ☐ non

Fumez-vous tous les jours ? ☐ oui ☐ non

Combien en moyenne fumez-vous chaque jour de :

Cigarettes manufacturées achetées en paquet ?_____ cigarettes roulées ?_____ tubes ?_____

☐ Cigarillos (____) ☐ cigare (____) ☐ pipe (____) ☐ Narguilé/chicha (____)

Avez-vous déjà arrêté de fumer ? ☐ oui ☐non

Si oui : - à quelle date la première fois :

- à quelle date la dernière fois :
- la durée maximale de l'arrêt :

Age du début du tabagisme :_____

Taux de CO expiré :_____

Test de Fagerström

1. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 minutes 6 à 30 minutes 31 à 60 minutes Plus de 60 minutes	3 2 1 0
2. Vous paraît-il difficile de ne pas fumer lorsque c'est interdit (cinéma, métro, avion, église,…) ?	Oui Non	1 0
3. Quelle cigarette auriez-vous le plus de mal à abandonner ?	La 1ère de la journée Une autre	1 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	10 ou moins 11 à 20 21 à 30 Plus de 30	0 1 2 3
5. Fumez-vous plus fréquemment dans les heures qui suivent votre lever que dans le reste de la journée ?	Oui Non	1 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit la plus grande partie de la journée ?	Oui Non	1 0
Total des scores	……	

Motivation à l'arrêt

A quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation : (0 signifie : « pas important du tout » et 10 signifie : « extrêmement important »).

Pas important du tout *Extrêmement important*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si vous décidez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation : (0 signifie : « aucune confiance » et 10 signifie : « totale confiance »).

Aucune confiance *totale confiance*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pourquoi fumez-vous

Evaluez par une note de 0 à 10 les raisons qui vous poussent à fumer. Lisez chaque proposition et entourez le chiffre qui correspond à votre réponse : 0 signifie « jamais » et 10 signifie « toujours ».

Je fume …	Toujours										Jamais
- parce que c'est un geste automatique	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- par convivialité	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour le plaisir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour combattre le stress	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour mieux me concentrer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour me soutenir le moral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- pour ne pas grossir	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
- par besoin	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Besoin du geste : Mains /10

Bouche /10

Inhalation /10

Test HAD (Hospital Anxiety and Depression scale)

1. Je me sens tendu, énervé	La plupart du temps Souvent De temps en temps Jamais	3 2 1 0
2. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent	Oui, toujours Le plus souvent De plus en plus rarement Tout est plus difficile	0 1 2 3
3. Je me sens ralenti	Pratiquement tout le temps Très souvent Quelquefois Pas du tout	3 2 1 0
4. J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué	Très souvent Assez souvent Parfois Jamais	3 2 1 0
5. Je n'ai plus d'intérêt pour mon aspect	Totalement Je n'y fais plus attention Je n'y fais plus assez attention Je suis comme d'habitude	3 2 1 0
6. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Oui, c'est tout à fait le cas Un peu Pas tellement Pas du tout	3 2 1 0
7. J'envisage l'avenir avec optimisme	Comme d'habitude Plutôt moins qu'avant Beaucoup moins qu'avant Pas du tout	0 1 2 3
8. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Oui, très nettement Oui, mais ce n'est pas trop grave Un peu, sans trop d'importance Pas du tout	3 2 1 0
9. Je sais rire et voir le bon côté des choses	Toujours autant Plutôt moins Nettement moins Plus du tout	0 1 2 3
10. Je me fais du souci	Très souvent Assez souvent Occasionnellement Très occasionnellement	3 2 1 0
11. Je me sens heureux	Jamais Pas souvent Quelquefois La plupart du temps	3 2 1 0
12. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux	Jamais Rarement Oui, en général Oui, quoiqu'il arrive	3 2 1 0
13. Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télé	Souvent Assez souvent Rarement Pratiquement jamais	0 1 2 3
14. J'éprouve des sensations soudaines de panique	Très souvent Assez souvent Rarement Jamais	3 2 1 0

TAS-20

Indiquez, en utilisant la grille, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent. Il suffit de mettre une croix (X) à la place appropriée.

1. : désaccord complet
2. : désaccord relatif
3. : ni accord, ni désaccord
4. : accord relatif
5. : accord complet

		1	2	3	4	5
1.	Souvent, je ne vois pas très clair dans mes sentiments.					
2.	J'ai du mal à trouver les mots qui correspondent bien à mes sentiments.					
3.	J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.					
4.	J'arrive facilement à décrire mes sentiments.					
5.	Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.					
6.	Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.					
7.	Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.					
8.	Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.					
9.	J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.					
10.	Etre conscient de ses émotions est essentiel.					
11.	Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.					
12.	On me dit de décrire davantage ce que je ressens.					
13.	Je ne sais pas ce qui se passe à l'intérieur de moi.					
14.	Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.					
15.	Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.					
16.	Je préfère regarder des émissions de variétés plutôt que des films dramatiques.					
17.	Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.					
18.	Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silence.					
19.	Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.					
20.	Rechercher le sens caché des films ou des pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.					

MHLC

Les 18 affirmations qui suivent concernent la santé. On vous demande d'indiquer dans quelle mesure ces phrases correspondent à votre façon de penser et d'agir. Vous avez 6 possibilités pour répondre pour chaque phrase. Plus vous estimez que la phrase correspond à votre personne, plus vous placez votre choix du côté vrai ; plus vous estimez qu'elle ne correspond pas à vous-même, plus vous marquez votre croix du côté faux. Répondez à toutes les phrases.

1.	Lorsque je suis malade, c'est mon propre comportement qui détermine le temps qu'il me faudra pour guérir.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
2.	Quoique je fasse, si je suis sur le point de tomber malade, je serai malade.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
3.	Avoir des contacts réguliers avec mon médecin, c'est pour moi la meilleure façon d'échapper à la maladie.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
4.	Il me semble que mon état de santé est en grande partie influencé par des événements accidentels, des faits du hasard.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
5.	Chaque fois que je ne me sens pas bien, je devrais consulter quelqu'un de compétent dans le domaine médical (ou paramédical)	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
6.	Mon état de santé est sous mon contrôle.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
7.	Ma famille a beaucoup d'influence sur le fait que je sois ou non en bonne santé.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
8.	Quand je tombe malade, c'est de ma faute.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
9.	La chance joue un grand rôle pour déterminer le temps qu'il me faudra pour recouvrer la santé.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
10.	Les médecins (ou professions médicales) me gardent en bonne santé.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
11.	Pour moi, être en bonne santé, c'est pour une grande part avoir de la chance de mon côté.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
12.	Mon état de santé dépend principalement de la façon dont je prends soin de moi-même.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
13.	Si je prends soin de moi-même, je peux éviter la maladie.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
14.	Lorsque je guéris, c'est habituellement parce que d'autres personnes (docteurs, infirmières, famille, amis) ont bien pris soin de moi.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
15.	Quoique je fasse, je suis susceptible de tomber malade.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
16.	Lorsque je deviens malade, c'est le fait du destin.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
17.	Si je prends des précautions, je peux rester en bonne santé.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI
18.	Suivre à la lettre les conseils du médecin, c'est pour moi la meilleure façon de rester en bonne santé.	FAUX	FAUX	FAUX	VRAI	VRAI	VRAI