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

Communauté française

Critères de décision d'arrêt du tabac au moment du diagnostic du cancer bronchique

Mémoire réalisé dans le cadre de la
FORMATION CONTINUEE EN TABACOLOGIE
Coordonnée par le FARES

FLAMANT Tiphaine

Psychologue

Année académique 2011-2012

Table des matières

Introduction p3

I- Théorie p4

1- Le cancer en général: les chiffres p4

2- Le cancer du poumon: les chiffres p4

3- Lien entre tabac et cancer du poumon p5
- Un lien étroit? p5
- Quel impact sur son tabagisme chez un patient entendant son diagnostic? p6
- Le cycle du fumeur p7
  - Le cycle du fumeur de Prochaska p7
  - La synthèse du Professeur Prignot p8

4- Lien entre tabac et les traitements du cancer du poumon p9
- En cas de chirurgie p9
- En cas de chimiothérapie et/ou radiothérapie p10
- Résistances des soignants p11

5- L'aide à l'arrêt du tabac: partie intégrale du traitement contre le cancer p12
- Les gains du sevrage tabagique p12
- L'approche spécifique du patient atteint d'une néoplasie pulmonaire et fumeur actif p13

6- Le sevrage tabagique chez le patient cancéreux p15
- La motivation p15
- La culpabilité p15
- La gestion de l'humeur p16
- Une maison sans fumée p16
- Le support social p17
- Des contacts répétés p17

7- L'annonce d'une maladie p17
- Les règles p18
- Les enjeux p19

II- Méthodologie p20

1- La population p20

2- Création du questionnaire p20

3- La passation p21

III- Analyse des résultats p22
1- Description de l'échantillon p22
• Sexe et âge p22
• Statut familial et niveau d'étude p23
• Catégorie socio-professionnelle p23
• Sport et consommation p24
• Dépression et anxiété p25

2-Comportement tabagiques de l'échantillon p26
• Age de début et conscience de la nocivité p26
• Test de Fagerström p26
• Pourquoi fumez-vous? p27

3- Quand le fumeur devient un fumeur malade: quels changements? p29
• Un lien? p29
• Quelles modifications et pourquoi? p29

4- L'action du médecin et/ou pneumologue p31

5- Six semaines après p32
• Les ex-fumeurs p32
• Les fumeurs toujours actifs p34

IV- Discussion p36
1- Un nombre élevé de patients continuant à fumer p36

2- Un nombre peu élevé de personnes liant totalement leur cancer et leur tabagisme p37

3- Pas de conseil de sevrage lors du diagnostic p39

4- Ouverture à la discussion p39

5- Lien entre tabac et efficacité du traitement p40

6- Critiques de la recherche p42

Conclusion p42

Bibliographie p44

Annexes
1- Questionnaire au moment du diagnostic p48
2- Questionnaire 6 semaines après : arrêt du tabac p54
3- Questionnaire 6 semaines après : arrêt puis rechute p56
4- Questionnaire 6 semaines après : pas d'arrêt du tabac p58
5- Lettre de consentement éclairé p60

Introduction:

Selon l'OMS et Fujiwara [1], la première cause de décès évitable dans le monde est le tabagisme. Pendant l'année 2010, 5,8 millions de personnes ont été tuées par le tabac. La projection pour 2030 est de 8 millions de personnes par an.

En Belgique, 20.000 personnes décèdent par an dont 8.700 d'un cancer. Ce chiffre est considérable et mérite que l'on s'y attarde.

20.000 décès/an en Belgique dus au tabac :
8.700 cancers
4.500 maladies cardio-vasculaires
4.100 maladies respiratoires
2.100 autres

Au sein de cette population condamnée par le cancer, une grosse partie souffre d'un cancer d'origine pulmonaire. Selon Waller [2]: « Des futures études sont nécessaires afin de définir la meilleure approche pour encourager le sevrage tabagique, en tenant compte des caractéristiques des patients et du stress associé au diagnostic de cancer du poumon». Je vais tenter tout au long de cette recherche de découvrir un peu plus ces patients, d'affiner leurs caractéristiques. Qui sont-ils? Comment les aider au mieux, les soutenir face à leur dépendance à la cigarette?

Dans les familles ayant un membre atteint d'une néoplasie pulmonaire, une étude de Butler [3] a mis en évidence un lien entre la motivation pour arrêter de fumer, le stade du cancer et la perception du risque de cancer du poumon. Peut-on extrapoler les mêmes résultats aux patients eux-mêmes? Comment vivent-ils leur tabagisme après l'annonce d'une néoplasie bronchique?

I- Théorie

1- Le cancer en général: les chiffres

Selon le Registre du cancer [4], il y a eu en Belgique 59 996 nouveaux diagnostics pour l'année 2008, tous cancers confondus. 54% sont des hommes et 46% des femmes. Les cancers les plus fréquents sont chez les hommes: la prostate (27%), les poumons (17%) et le colorectal (14%) et chez les femmes: le sein (35%), le colorectal (13%) et les poumons (6%).

Toujours selon le Registre du cancer [4], il y a eu en Belgique 26.647 décès par cancers pour l'année 2008 tous types confondus. 57% sont des hommes et 43% des femmes. Le cancer ayant le plus haut taux de mortalité sont les hommes est le cancer des poumons (33%) bien avant le colorectal (10%). Chez les femmes, les cancers du sein (20%), du poumon (13%) et le colorectal (12%) sont les plus mortels.

En Belgique, nous pouvons attribuer 8.700 décès par cancer et par an exclusivement au tabac. Gupta [5] attribue 30% des diagnostics de cancer au tabagisme.

Ces chiffres sont effarants mais qu'en est-il pour le cancer pulmonaire?

2- Le cancer du poumon: les chiffres

Dans le monde, le cancer pulmonaire est le plus diagnostiqué (Parsons [6]). En Belgique, le Registre du cancer [4], 5.406 hommes et 1.776 femmes ont été diagnostiqués comme développant un cancer bronchique pour l'année 2008 (total=7.182).

Il est aussi celui qui a le plus mauvais pronostic: 14% de survie à 5 ans (Goldstraw [7]). Une majorité de patients ont des traitements palliatifs dès la découverte de leur maladie (Parsons [6]). En 1997, la Belgique détenait le record de la mortalité pour les néoplasies pulmonaires (Plan Fédéral de Lutte contre le tabagisme [8]). En 2008, le Registre du cancer [4] comptabilise 4.943 hommes et 1.544 femmes décédés d'un cancer bronchique (total=6.487).

Selon les calculs de Cooley [9] le cancer du poumon cause, dans le monde, plus de morts que les trois autres cancers les plus fréquents réunis (prostate, colorectal et sein), tous sexes confondus. Selon nos calculs, cela ne s'applique pas à la Belgique pour l'année 2008 mais de très peu:

Prostate: 1.410 + Colorectal: 2.930 + Sein: 2.329 = 6.669 décès en 2008

Poumon = 6.487 décès en 2008

Ainsi nous constatons, la très grande gravité du diagnostic de cancer pulmonaire. Nous allons voir à présent le lien étroit entre le cancer pulmonaire et le tabac.

3- Lien entre tabac et cancer du poumon

- Un lien étroit?

Pendant longtemps, les firmes cigarettières ont tenté de nous faire croire qu'il n'y avait pas de lien entre le tabagisme et le cancer du poumon. Même si cela nous paraît évident à présent, il a fallu plusieurs études démontrant scientifiquement ce lien étroit. C'est l'étude de Doll & Hill publiée en 1964 qui établit de manière incontestable cette corrélation. Gupta [5] indique que 85 à 90% des néoplasies

pulmonaires peuvent attribuées au tabagisme (actif et passif). Parsons [6] dans son étude confirme aussi ce chiffre. Il constate aussi que la durée et l'intensité du tabagisme a une incidence proportionnelle sur la santé. Le tabagisme est donc le facteur le plus important pour le risque d'un cancer bronchique.

L'incidence et les dégâts du tabac sont peu visibles à court terme mais font des ravages à long terme, parfois même des années après un sevrage complet. Le risque de cancer du poumon diminue dès l'arrêt du tabac mais ne rejoint le risque du non-fumeur que 15 ans après le sevrage complet (Godtfredsen [10]). Cataldo [11], a constaté que 50 % des patients sont fumeurs au moment du diagnostic. Cela laisse donc une grosse proportion de personnes apprenant une maladie grave lié à un tabagisme qu'ils ont arrêté depuis des années. Leur passé les rattrape.

- <u>Quel impact sur son tabagisme chez un patient entendant son diagnostic ?</u>

Concernant cet aspect de la recherche, nous avons trouvé des résultats très variables. Ainsi selon Cataldo [11], 83% des patients fumeurs au moment de l'annonce du diagnostic persistent dans leur tabagisme. Dans l'article Ask the expert: lung cancer [12], ce chiffre est légèrement différent: 70% des patients continuaient à fumer. Ces chiffres sont impressionnants. Mais, il y a d'autres études réunies par Cooley [9] qui dépeignent une réalité bien différente. Il y aurait entre 8 et 17% de personnes maintenant leur tabagisme. Parsons [6] avance l'idée que l'inconfort et la difficulté du sevrage tabagique sont les freins essentiels au passage à l'acte. Nous rajouterions une nuance: l'inconfort et la difficulté « imaginés » par les fumeurs.

La plupart des néoplasies peuvent être attribuées à la malchance statistique et/ou à la génétique. A l'inverse, le cancer pulmonaire est un des rares cancers induit par un comportement. Il est donc à la fois le plus mortel et le plus évitable. De plus en plus de personnes ont donc intégré que la cigarette entraine la mort notamment via le cancer pulmonaire. Nous verrons par la suite si cette évidence pour certains l'est aussi pour les patients.

- Le cycle du fumeur

  - Le cycle du fumeur de Prochaska [13]

Prochaska et Di Clemente [13] ont établi les diverses étapes que traverse un fumeur qui décide d'arrêter de fumer:

- La pré-intention: le fumeur ne souhaite pas changer son comportement même s'il en perçoit quelques désagréments.

- L'intention: Le fumeur s'interroge sur le bénéfice d'un arrêt ou non.

- La préparation: Il est prêt au changement et s'en donne les moyens: recherches d'aides, d'informations...

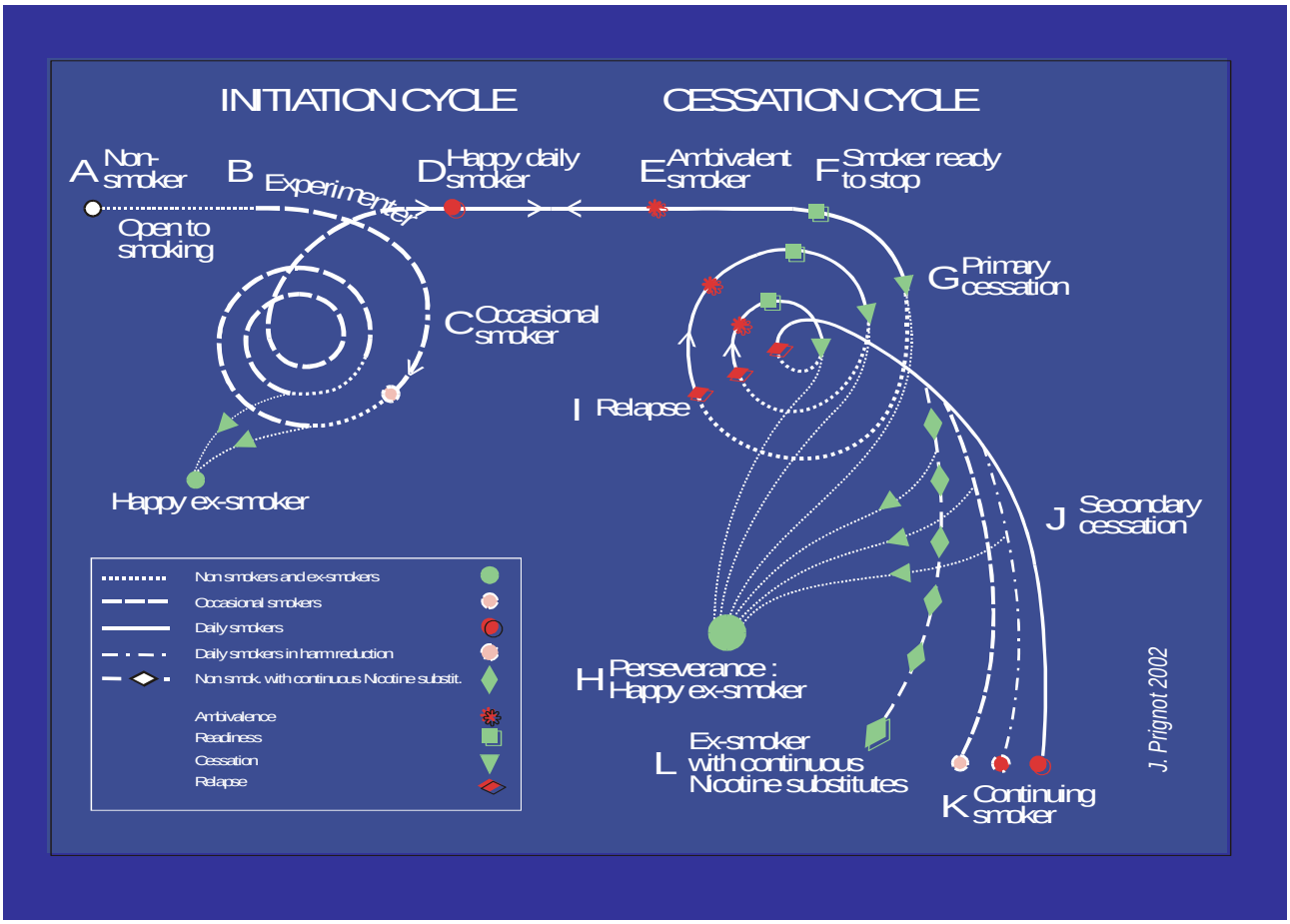
- L'action: Le fumeur modifie ses habitudes. Cela lui demande beaucoup d'énergie, d'attention, et de vigilance au quotidien.

- Le maintien: Il faut éviter la rechute. Les efforts restent présents moins intenses.

- La résolution: la personne est certaine de ne plus rechuter même lors d'un moment de stress. La tentation d'un retour en arrière n'apparait plus.

- La synthèse du Professeur Prignot [14]

Le professeur Prignot [14] en s'inspirant du travail de Prochaska et Di Clemente [13], a synthétisé en un seul schéma toutes les étapes traversées par un fumeur depuis l'ouverture à la fume jusqu'à l'arrêt de la consommation:



Prignot 2000

Selon le professeur Prignot [14] nous naissons non fumeurs (A). Certaines personnes seront exposées au tabac, ce qui entraine une expérimentation. C'est le temps des premières cigarettes (B). Si des personnes continuent à fumer, elles deviendront des fumeurs occasionnels (C). Entre 30% et 50% passeront à l'étape suivante: ils deviendront fumeurs réguliers (D). Pour le moment tout le monde est heureux; le fumeur car il consomme selon ses souhaits et l'ex-fumeur

puisqu'il a arrêté sans difficulté une consommation qui ne lui convenait plus.

Souvent, après quelques années de tabagisme le fumeur commence à se poser des questions et à peser les avantages et les inconvénients de la cigarette. Il est un fumeur ambivalent (E). Quand les inconvénients de la cigarette dépassent les avantages, le fumeur est prêt à l'arrêt (F). Ensuite, il se lance: c'est l'arrêt primaire (G). 20% des fumeurs parviendront à devenir dès le premier essai un ex-fumeur heureux (H). Par contre, les 80% qui restent rechutent (I). En rechutant, ils retournent à l'étape du fumeur ambivalent. Ils doivent retraverser toutes les étapes afin de tenter un second arrêt (J). De nouveau, certains parviendront à persévérer dans le sevrage et d'autres rechuteront. Malgré plusieurs tentatives, ils restent fumeurs. Ils sont souvent nommés les hard-core smokers.

4- Lien entre tabac et traitements du cancer du poumon

Nous venons donc de voir qu'il y a un lien entre le tabac et le cancer du poumon mais qu'en est-il entre le tabac et les traitements combattant ce même cancer? Le tabagisme du patient a-t-il des conséquences sur l'efficacité des thérapies proposées?

- En cas de chirurgie

Lorsqu'il y a résection chirurgicale de la tumeur, les auteurs sont unanimes quant à l'utilité d'un sevrage tabagique contigu. Balduyck [15] affirme que l'arrêt du tabac augmente la réussite de la chirurgie à tous points de vue. Burke [16] précise que le tabagisme accroit les risques d'infections pendant l'acte chirurgical et ralentit la cicatrisation. Être fumeur accentue les risques d'insuffisance respiratoire post-

opératoire et prolonge le séjour en soins intensifs adulte.

- En cas de radiothérapie et/ou chimiothérapie

Lorsqu'il y a radiothérapie et/ou chimiothérapie les études montrent aussi un bénéfice d'un sevrage tabagique. Cooley [9] affirme qu'il y existe un lien entre la fumée du tabac et ses constituants et l'efficacité des traitements. Burke [16] explique que le tabagisme augmente le risque de complication lors de la radiothérapie et diminue son efficacité. Parsons [6], constate qu'il y a une plus grande résistance des tumeurs chez les patients fumeurs (pour les petites cellules et non petites cellules). Selon Cooley [9], les fumeurs actifs auraient 20% de risque supplémentaire de développer une pneumonie pendant leur radiothérapie. Voici l'explication médicale de Cooley [9] du lien entre tabagisme actif et chimiothérapie:

« Continuer de fumer peut avoir des effets nuisibles sur l'efficacité de la chimiothérapie chez les patients souffrant d'un cancer du poumon. Des mécanismes multiples incluant la chimiorésistance, l'insensibilité à la chimiothérapie et des changements de doses de chimiothérapiques peuvent partiellement expliquer ce phénomène. Nous avons la preuve que la nicotine augmente le métabolisme de multiples médicaments via l'induction d'enzymes hépatiques, diminuant potentiellement l'efficacité de certains agents. Un autre mécanisme pour expliquer des résultats cliniques plus pauvres: bien que la nicotine ne soit pas cancérigène, elle peut inciter la prolifération cellulaire et l'angiogenèse tout en supprimant apoptose induit par des certains agents chimiothérapeutiques. Une étude récente a démontré, in vivo, que la nicotine inhibe le potentiel apoptotique du cisplatine, une molécule couramment utilisée dans le traitement du cancer du poumon. »

Cataldo [11] et Waller [2] confirment ces propos en apportant la preuve que le fait de fumer peut induire une résistance ou une insensibilité à la chimiothérapie. Pour lui, la pharmacocinétique et le profil de toxicité de certains médicaments sont perturbées par la fumée et ses constituants. Les risques d'effets secondaires dus aux traitements sont donc accrus. Sachant que l'apparition de certains effets secondaires perturbe le plan de traitement et oblige le report de chimiothérapie, l'efficacité des soins est aussi par ce biais diminuée.

Face à ces résultats les chercheurs plaident pour un sevrage tabagique qui leur paraît « essentiel » (Cooley [9]). Baser [17] pense que tous ces arguments sont, pour les médecins, des preuves supplémentaires quant à l'utilité de faire cette recommandation.

- Résistances des soignants

Malgré des résultats qui semblent limpides, nous avons constaté tout au long de l'étude qu'il reste beaucoup de résistances face aux bénéfices d'un sevrage tabagique après l'annonce d'une néoplasie bronchique. Les résistances sont du côté de certains patients (les hard-core smokers) mais aussi du côté des soignants. Nous avons entendu de la part d'infirmières et de médecins des réflexions du type:

- Oh pourquoi les embêter avec ça, ils vont de toutes façons mourir!
- Cela ne changera rien!
- C'est leur dernier plaisir, pourquoi les en priver?
- C'est trop tard

Ces soignants ne voient que les inconvénients du sevrage sans les contrebalancer avec les avantages réels. Ainsi, ils n'imaginent pas que même pour

un patient ayant une espérance de vie réduite, le sevrage tabagique augmente les chances d'efficacité du traitement, diminue les risques d'une récidive précoce ou du développement d'une seconde tumeur. Ils n'imaginent pas non plus qu'outre la durée de vie du patient, la qualité de vie du patient peut être favorablement influencée par l'arrêt du tabac: diminution de l'essoufflement, réduction de la toux et des expectorations, récupération du goût (important en cas de traitement par chimiothérapie), stabilisation de la tension artérielle...

Il nous semble quand même nécessaire de nuancer qu'il est effectivement difficile d'aborder la question d'un sevrage tabagique avec des patients dont l'état est très avancé et pour qui le pronostic vital s'établit sur quelques jours ou semaines. Au-delà de ce délai, l'arrêt du tabac est une question importante à soulever avec les patients.

5- L'aide à l'arrêt du tabac: partie intégrale du traitement contre le cancer

- Les gains du sevrage tabagique

Selon Parsons [6], même si le cancer pulmonaire détient le record du plus mauvais pronostic, lorsque le diagnostic est précoce, soit dans 20% des cas, le traitement peut être curatif. Dès lors l'arrêt du tabac apparait comme un traitement complémentaire à la chirurgie, radiothérapie et/ou chimiothérapie.

Au-delà des effets néfastes du tabagisme actif pendant tout le temps des traitements que nous avons vu lors du paragraphe précédent, il a aussi des effets plus à long terme. Cataldo [11] a démontré que les fumeurs actifs durant leurs traitements ont plus de risque de développer une seconde tumeur soit concomitante soit plus tard dans le temps. Dans les cas précoces de cancers à petites cellules, le

patient a 29% de survie à cinq ans s'il fume durant ses traitements. S'il arrête son tabagisme au moment du diagnostic alors il augmente ses chances à 63% (Parsons [6]). Le même auteur, Parsons [6], a fait une méta-analyse de 10 études s'intéressant aux patients fumeurs ou non lors de leurs traitements d'un cancer du poumon. Les résultats montrent que les fumeurs actifs doublent leur risque de décès.

L'arrêt du tabac entraine des effets à courts terme: diminution de la fatigue, diminution de l'essoufflement, augmentation de la qualité du sommeil, de l'appétit et de l'humeur. Il entraine aussi des effets à long terme: diminution du risque de décès, diminution du risque de développement d'un second cancer (Cataldo [11]). Cooley [9] résume ces constats simplement en affirmant que le sevrage tabagique améliore le taux de survie et la qualité de vie.

Les auteurs soutiennent tous le sevrage tabagique. Selon eux, il faut le considérer comme une partie intégrale du traitement des néoplasies bronchiques. Plus les traitements par chirurgie, radio - ou chimiothérapie seront efficaces, plus le sevrage tabagique sera nécessaire (Cataldo [11]).

- <u>L'approche spécifique du patient atteint d'une néoplasie pulmonaire et fumeur actif</u>

Nous pouvons nous demander si l'approche du patient atteint d'un cancer pulmonaire et fumeur actif est différente de l'approche pour un patient souffrant d'une autre pathologie ou ancien fumeur?

Les différences de prise en charge entre un patient cancéreux fumeur actif

ou non, se trouvent dans le taux de nicotine plus élevé, les risques co-morbidités plus élevés, un état de santé plus fragile, une qualité de vie plus altérée, une majoration de leur stress et des difficultés à gérer les émotions. A cause des ces complications, Cataldo [11] préconise un suivi plus intense et plus adapté pour cette population particulière.

De plus, comme nous l'avons vu lors du chapitre précédent, la cigarette engendre un tas de difficultés directement liées aux traitements. Le statut tabagique est donc un élément à prendre systématiquement en considération car il aura un impact sur la qualité de vie patient mais aussi sur l'efficacité du traitement et donc sur la survie du patient.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que les patients apprenant un diagnostic de cancer pulmonaire qui continuent à fumer activement sont des patients fortement dépendants. Pour ce type de fumeur, l'alliance d'interventions comportementales et d'une aide médicamenteuse est la plus efficace (Galanti [18]).

Peu d'études ont été faites sur le sujet du sevrage tabagique chez les malades atteints d'une néoplasie pulmonaire. Nous émettons deux hypothèses face à cette pauvreté:

- les patients avaient jusque là, peu de temps de vie après leur diagnostic. Cette durée de vie courte ne permet ni de faire un sevrage tabagique, ni de l'évaluer
- les soignants/chercheurs présentent des résistances face au servage tabagique pour des personnes malades d'un cancer bronchique, le thème était donc peu attractif. Il existait jusqu'il y a peu un nihilisme de la situation.

6- Le sevrage tabagique chez le patient cancéreux

Comme nous venons de le souligner, peu d'études sur le sevrage tabagique chez les patients atteints d'une néoplasie pulmonaire ont été réalisées. Malgré tout, nous avons trouvé un article, écrit par Cataldo [11] abordant ce thème spécifique, qui sera notre source principale pour ce chapitre.

Selon l'auteur il y a plusieurs facteurs à pendre en considération lorsqu'un patient souffrant d'une néoplasie pulmonaire souhaite entamer un sevrage tabagique.

- la motivation: « l'amélioration de la santé ne peut pas être la seule motivation à l'arrêt du tabac, cependant une information quant aux bénéfices à court et à long terme d'un sevrage tabagique durant les traitements contre le cancer est essentielle. Nous savons que la majorité des patients recevant un diagnostic de cancer du poumon sont motivés pour arrêter de fumer. Bien qu'un diagnostic de cancer pulmonaire soit un fort motivateur, tous les patients ne sont pas au même stade d'empressement face au renoncement du tabac (Cfr. cycle du fumeur de Prochaska [13]). Pour les patients cancéreux, le temps du diagnostic est un temps où la réceptivité du discours sur l'utilité du sevrage tabagique est améliorée ».

Si le médecin n'a pas eu le temps d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac lors du diagnostic, celle-ci peut se faire tout au long du traitement.

« Quand le patient sera prêt, le message sera : il est important pour vous que vous arrêtiez le plus tôt possible le tabac, et je peux vous aider ».

- la culpabilité : les fumeurs sont stigmatisés, marginalisés, culpabilisés. Ces dimensions doivent être prises en compte lors d'un sevrage tabagique. La notion de déni est aussi très présente chez ces patients. Il est en effet difficile pour eux

d'arrêter le tabac car cela signifie qu'ils acceptent l'idée que le tabac est à l'origine de leur maladie. Et par conséquent ils doivent accepter d'être eux-mêmes la cause de leur maladie à travers leur comportement. De plus, souvent les proches sont aussi très en colère contre le patient. Ils sont culpabilisés car ils n'ont pas suivi les injonctions de sevrage émises par leurs familles.

- la gestion de l'humeur: « Suite au diagnostic de cancer du poumon, le patient ressent une grande détresse psychologique, un fort sentiment de fardeau, du stress et de la culpabilité. Les patients souffrant d'un cancer du poumon ressentent une détresse psychologique plus importante que les patients souffrant d'autres cancers. Il est important d'évaluer, de traiter les troubles de l'humeur et d'aider le patient à identifier des stratégies de coping efficaces. Les stratégies de coping sont une part essentielle dans la réussite du sevrage tabagique ». L'intervention du psychologue et/ou du tabacologue prend là tout son sens. Le soutien de la santé mentale du patient est essentiel. L'aide médicamenteuse dans ce domaine est rendue difficile vu l'état de santé souvent dégradée des patients. De plus, les anti-dépresseurs ne sont pas indiqués dans ce cas, car le patient ne souffre pas d'une dépression au sens psychiatrique du terme mais éventuellement d'une dépression réactionnelle face à la situation qu'il doit affronter.

- une maison sans fumée: « Un lien évident est établi entre le fait de vivre dans une maison sans fumée et une augmentation de la réussite du sevrage tabagique. Les patients qui adoptent le principe de la maison sans fumée ont 5 fois plus de chances d'arrêter le tabac pendant au moins 90 jours. Il est important d'expliquer l'impact du tabagisme passif sur les animaux domestiques et les proches

afin d'encourager le patient et ses proches à signer un contrat pour vivre dans une maison sans fumée ».

- le support social: « Un lien entre une perception d'un faible entourage social et le risque de rechute a été identifié. Il est important d'inclure dans la gestion du sevrage le réseau social et d'identifier les personnes soutenant les efforts du sevrage tabagique ». Ce sont des personnes ressources. Bottoroff [19] s'est intéressé aux patients qui continuent de fumer après un diagnostic et il a constaté qu'il « fallait se concentrer sur le comportement collectif de la famille pour comprendre les processus influençant les changements de comportements pour la santé ». Il est important de travailler avec la famille et/ou le couple car cela augmente les chances d'arrêt à long terme. Il faut travailler avec la diade car il a plus de rechute chez les patients ayant un proche (souvent le conjoint) qui fume au domicile.

- des contacts répétés: Cooley [9] rajoute aux points que nous venons de voir, qu'il est souvent nécessaire que les contacts avec le médecin et/ou tabacologue soient réguliers et répétés si on veut favoriser le sevrage à long terme.

7- L'annonce d'une maladie

Puisque nous évoquons souvent le moment du diagnostic, il nous semble intéressant de se questionner sur cette tâche difficile pour un médecin, qu'est l'annonce d'un cancer du poumon ou toute autre maladie grave. Reich [20] rappelle que l'annonce du diagnostic est un moment traumatisant pour la personne qui la reçoit mais aussi pour celui qui l'énonce. Comment faire pour que cet instant soit le moins traumatique possible?

- Les règles

Les auteurs s'accordent sur l'idée qu'il y des règles à respecter afin de faire une annonce correcte. Reich [20] pense que ces règles doivent respecter une temporalité particulière et les mécanismes de défenses psychiques des personnes présentes. Bien sûr le contenu verbal de l'annonce doit être préparé et adapté au patient qui le reçoit, mais il ne faut pas oublier le côté non verbal de la communication (débit, ton, hauteur de la voix...). Nous ajouterions qu'il faut aussi régulièrement se permettre de laisser du silence. Ce moment sans parole est aussi un moment de communication. Il permet aux deux parties de prendre le temps d'accuser réception de ce qu'il vient d'être dit, de faire un point sur les émotions générées par le discours médical, et éventuellement de laisser place aux questions. Reich [20] parle du respect du temps de sidération du patient.

Bettery [21] a résumé les critères de qualité de l'annonce du diagnostic:

- « Disposer de plus de temps pour mener les consultations d'annonce
- Etre disponible professionnellement et psychologiquement pour écouter, expliquer, accompagner le malade au bon moment
- Proposer des interlocuteurs complémentaires avant ou après la consultation d'annonce faite par le médecin pour mieux répondre aux différents besoins et attentes du malade
- Mettre à disposition des malades des informations sous forme écrite, audiovisuelle ou électronique
- Accueillir le malade dans des locaux dignes et conviviaux. »

A cette liste, nous ajouterions deux autres points :

- Arrêter le téléphone et/ou le bip

- Répéter plusieurs fois les informations.

- Les enjeux

Au-delà du fait que faire une bonne annonce est nécessaire par humanisme pour la personne qui la reçoit, il s'y joue des enjeux plus complexes. Pour Dauchy [22], les médecins doivent garder en mémoire que la compréhension et la mémorisation des informations est parfois perturbée par l'anxiété générée par le diagnostic. Une bonne annonce favorise donc la compréhension et la mémorisation. Reich [20] précise que ce moment douloureux est l'instant où se joue la confiance entre médecin et patient. Un patient qui a confiance en son médecin sera un patient plus compliant aux divers traitements proposés. Les traitements du cancer du poumon sont souvent invasifs et entrainent de nombreux effets secondaires. Il est important que le malade ait confiance en son médecin pour accepter l'idée que pour aller mieux il lui faut parfois subir des traitements qui lui feront du mal.

Après la compréhension et la mémorisation, un autre enjeu se joue lors de l'annonce du diagnostic, l'éducation. Nous venons de parler de confiance, l'éducation est l'étape suivante. Comment le patient peut-il être acteur de son traitement? Rendre le malade actif dans son traitement permet une meilleure prise en charge. Reich [20] ajoute que pour que l'éducation soit optimale elle est forcément multidisciplinaire. Pour les patients qui nous intéressent dans ce travail, la présence de soignants ou para-médicaux tels que: psychologue, diététicien, assistante sociale, infirmière coordinatrice, esthéticienne sociale, masseuse, offre de soins de bien-être,... nous semble indispensable. Cataldo [11] affirme qu'un même conseil dit par 10 personnes différentes est plus entendu et/ou suivi que dix fois le même conseil dit

par une seule personne.

Il nous semble que l'évocation du sevrage tabagique lors d'une annonce diagnostic d'un cancer du poumon prend là tout son sens. Le patient devient acteur de ses soins et participe à sa guérison. Le médecin et le malade (et l'équipe pluridisciplinaire) travaillent ensemble contre la maladie. Deux plans d'action pour un même but: les traitements médicaux pour le médecin et l'arrêt du tabac pour le patient. Toute l'équipe doit être concernée par les traitements médicamenteux mais aussi à l'arrêt du tabac.

II- Méthodologie

1- La population

Travaillant comme psychologue au CHC (Centre Hospitalier Chrétien), la population de mon étude est entièrement sélectionnée en interne et il s'agit donc d'une étude unicentrique. Le CHC est un groupement de 6 cliniques réparties sur la province de Liège. L'ensemble regroupe 1.047 lits aigus. Mon travail de psychologue consiste à soutenir les patients atteint d'une néoplasie et/ou leur famille. L'accès à la population sélectionnée était donc direct. De plus, j'ai pu assister aux CMO (Commissions Multidisciplinaire Oncologiques) de pneumologie afin d'être rapidement au courant des nouveaux diagnostics de cancer pulmonaire. Afin d'être inclus dans la recherche le patient doit présenter deux critères: avoir reçu récemment son diagnostic de cancer pulmonaire et être fumeur à ce moment-là.

2- Création du questionnaire

Pour la création du questionnaire, je me suis tout d'abord librement inspirée

du travail de fin d'étude de Paul-Emile Baugné [23] pour l'obtention de son diplôme de tabacologue. A cette base, j'ai ajouté le test de Fagerström (questions 17 à 22) et le HAD. (Annexes)

Ce protocole et projet de mémoire ont été soumis au Comité d'Ethique du CHC et ont été acceptés.

3- La passation

Afin d'éviter des problèmes de compréhension, j'ai choisi d'administrer personnellement les questionnaires. La passation se déroulait en deux temps. Un premier questionnaire était proposé au plus près du moment du diagnostic. Le but était de faire un état actuel de leur comportement tabagique. Cela durait environ une demi-heure. S'en suivait en général de longues conversations sur le tabac.

Un second questionnaire était proposé 6 semaines après le premier. Cette fois-ci, le but était de constater s'il y avait eu ou non des changements dans leur comportement tabagique. Ce moment était très court: quelques minutes mais il permettait d'ouvrir à nouveau la discussion sur le thème du tabac. Trois questionnaires étaient prévus en fonction de l'évolution du tabagisme du patient : arrêt du tabac, pas d'arrêt du tabac, et arrêt du tabac suivi d'une rechute. Ce dernier questionnaire n'aura pas été utile au cours de cette recherche car aucun patient n'a été dans ce cas de figure.

L'ensemble des questionnaires a été administré sur une période de huit mois. Les données récoltées ont été saisies sur un fichier Excell et analysées avec le logiciel SPSS.

III- Analyse des résultats

1- Description de l'échantillon

Au début de cette recherche, je pensais que l'accès à la population serait aisé. Au fur et à mesure des semaines, la tâche est apparue plus ardue. En effet, bon nombre des personnes atteintes d'une néoplasie pulmonaire ne remplissaient pas les deux critères d'inclusion (pour rappel: nouveau diagnostic et fumeur actif). La plupart des patients avaient déjà souffert d'une maladie cancéreuse et surtout beaucoup avaient déjà arrêté de fumer, l'arrêt du tabac allant de quelques jours jusqu'à plusieurs années. Cette première difficulté m'a permis néanmoins de constater à quel point les ravages du tabac sont à contre-temps de la consommation. Les ex-fumeurs payent encore des années après leur sevrage leur ancienne addiction.

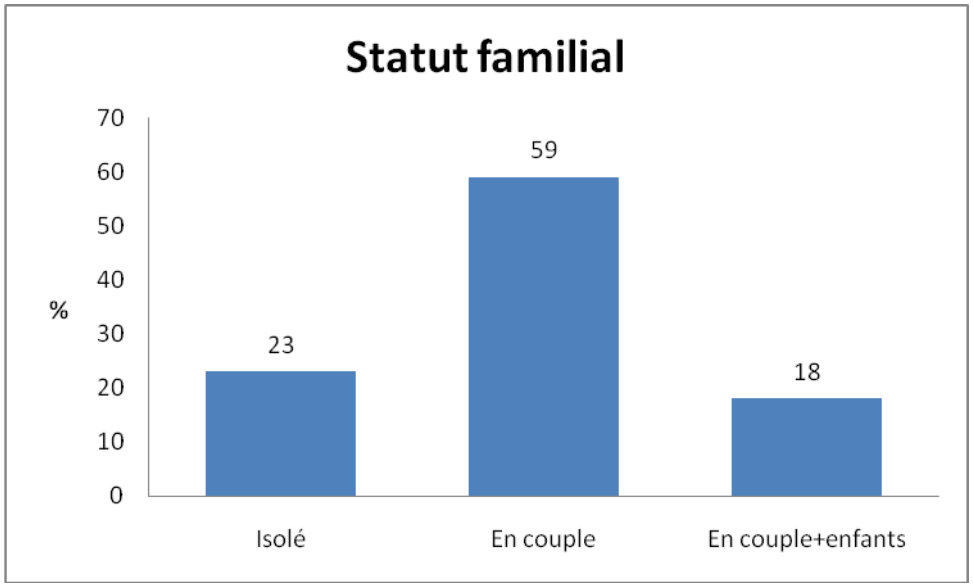
J'ai tout de même eu accès à 20 patients entrant dans mes critères d'inclusion. Un patient a refusé de participer à l'étude. Deux patients sont malheureusement décédés quelques jours avant la passation du second questionnaire. Ces morts rapides nous rappellent que le cancer du poumon est le plus mortel et que le diagnostic est souvent fait très tard dans l'évolution de la maladie.

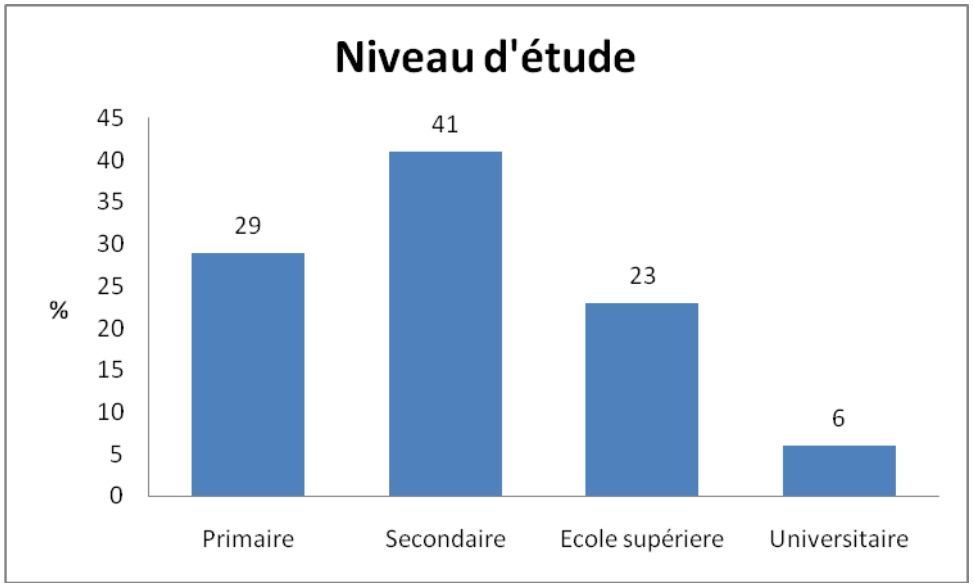
- Sexe et âge

Il reste donc 17 patients pouvant constituer mon échantillon. Celui-ci est composé de 14 hommes et 3 femmes. L'âge moyen est de 61 ans avec un écart allant de 45 ans à 80 ans.

- Statut familial et niveau d'étude

Le statut familial est variable: 18 % vivent en famille (couple+enfants), 23 % vivent seul et 59 % vivent en couple. Le niveau d'étude est tout aussi disparate: un seul patient (6 %) a fait des études universitaires, 4 (23 %) sont allés dans une école supérieure, 7 (42 %) ont finit leurs études secondaires et enfin 5 (29 %) se sont arrêtés après les années d'école primaire.

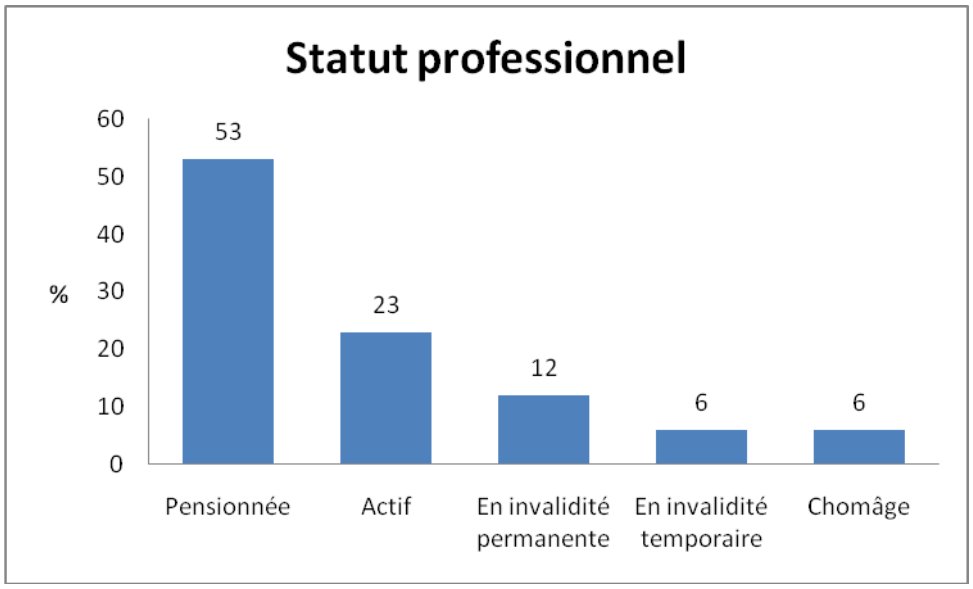




- Catégorie socio-professionnelle

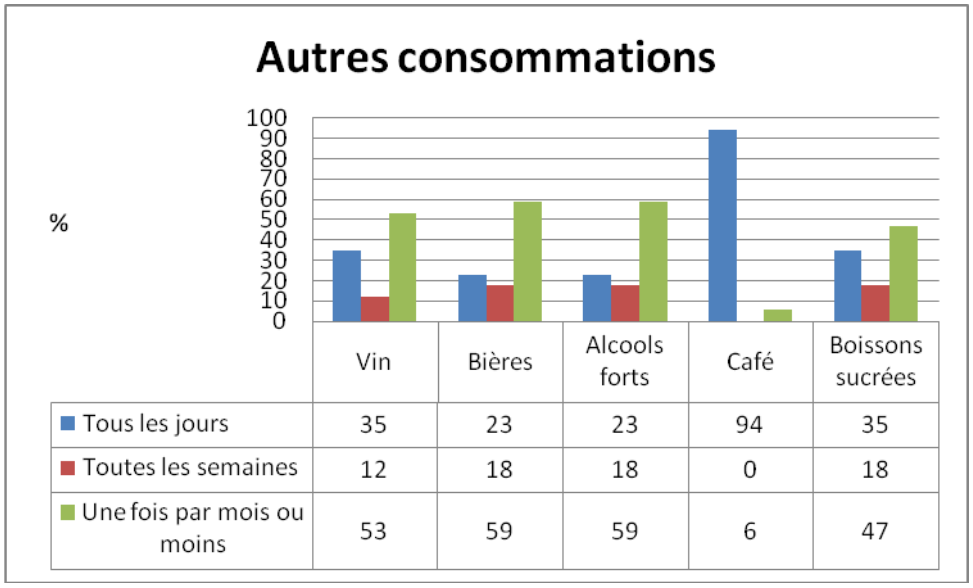
La catégorie socio-professionnelle la plus représentée est celle des personnes

pensionnées: 53% (n=9). Il s'en suit les personnes actives professionnellement 23% (n=4), ceux en invalidité permanente 12% (n=2), puis à égalité les personnes en invalidité temporaire et ceux en recherche d'emploi 6% (n=1).



- <u>Sport et consommation</u>

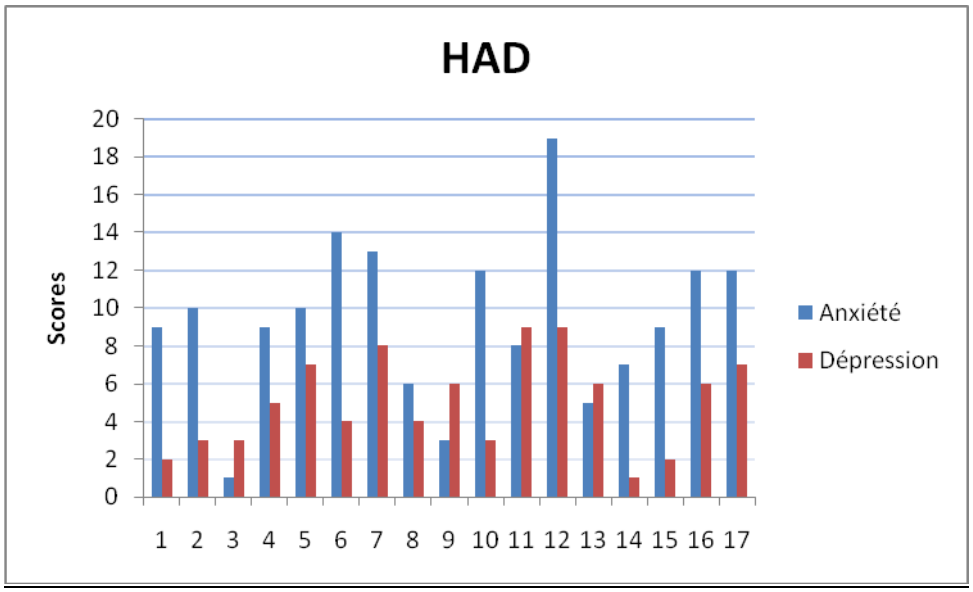
Une grande majorité du groupe est non sportive: 82 %. 12 % font du sport une fois par semaine et 6% tous les jours. La consommation de produits comme le vin, la bière ou alcool fort n'est pas élevée. Le café est par contre consommé tous les jours chez 94 % des individus.



	Vin	Bières	Alcools forts	Café	Boissons sucrées
Tous les jours	35	23	23	94	35
Toutes les semaines	12	18	18	0	18
Une fois par mois ou moins	53	59	59	6	47

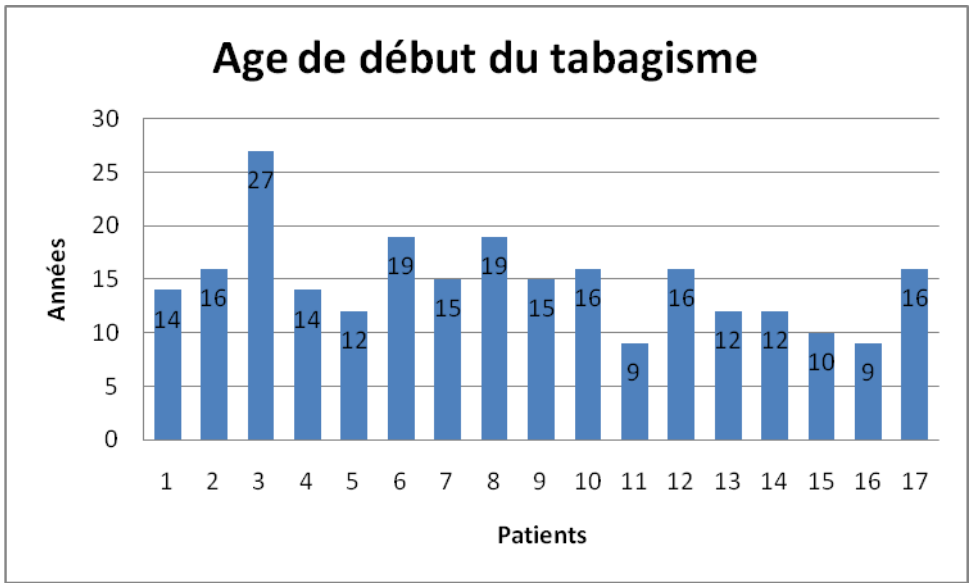
- <u>Dépression et anxiété</u>

Un seul patient avoue avoir souffert de dépression et suivi un traitement via des anti-dépresseur dans le passé. Ces résultats sont à mettre en miroir avec ceux du test HAD. Je constate que selon les résultats du test, aucun patient ne souffre de dépression au moment de la passation. La moyenne est de 5, les extrêmes allant de 9 à 1. Par contre les résultats au niveau de l'anxiété sont bien différents. 8 patients sont à 10 points ou plus, indiquant une anxiété pathologique. La moyenne est de 9 avec un minimum de 1 et un maximum de 17. Ces résultats ne sont pas surprenant voir même normaux. Il semble évident qu'une personne venant d'apprendre qu'elle souffre d'une maladie va avoir un niveau d'anxiété majoré.



2-Comportement tabagique de l'échantillon

- Age de début et conscience de la nocivité



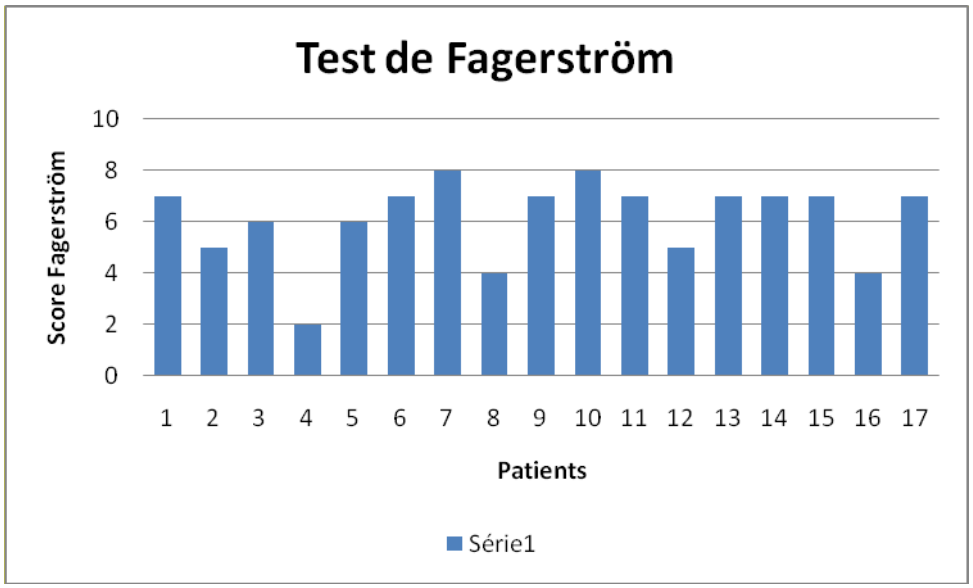
L'âge auquel les patients ont commencé à fumer est très variable allant de 9 ans à 27 ans, la moyenne étant de 14,7 ans. La majorité a commencé sa consommation au moment de l'adolescence voire pré-adolescence. La plupart d'entre eux inhale toujours la fumée (76 %).

71 % des participants expliquent avoir commencé à fumer sans avoir conscience de la nocivité du tabac. A l'inverse, 30 % des patients savaient qu'il cela était mauvais pour leur santé.

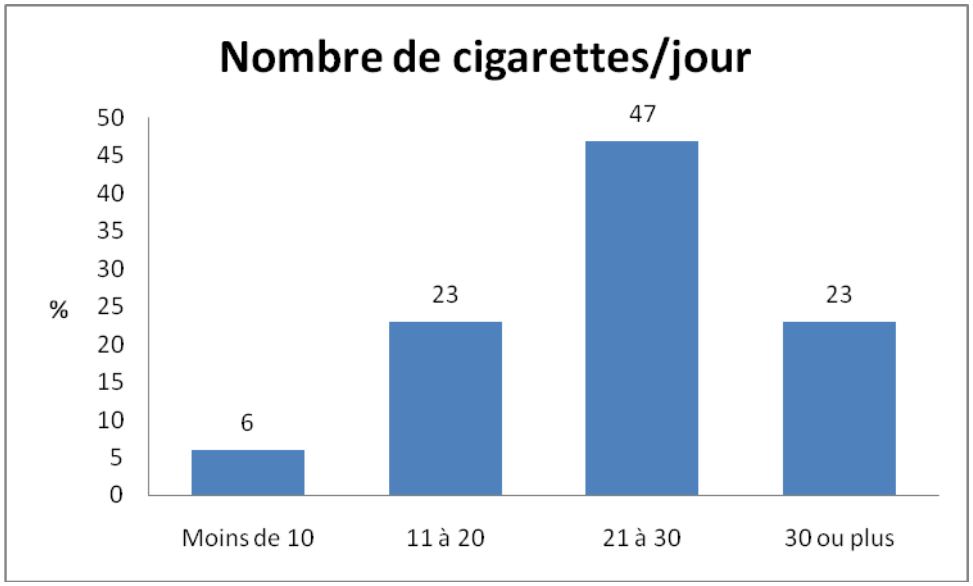
Seulement deux patients soient 12 % disent se lever pour fumer la nuit.

- Test de Fagerström

Au milieu de mon questionnaire, j'ai glissé le test de Fagerström afin d'évaluer la dépendance des patients. La moyenne calculée est de 6,35. Ce résultat correspond à une forte dépendance. Seul un patient est en dessous du chiffre 5.



Les patients fument à 47 % entre 21 et 30 cigarettes par jour. Puis deux tranches sont ex-æquo à 23 %: entre 11 à 20 cigarettes/jour et plus de 31 cigarette/jour. Enfin, ceux fumant moins de cigarettes/jours sont 6 %. La majorité de l'échantillon est donc constituée de gros fumeurs.

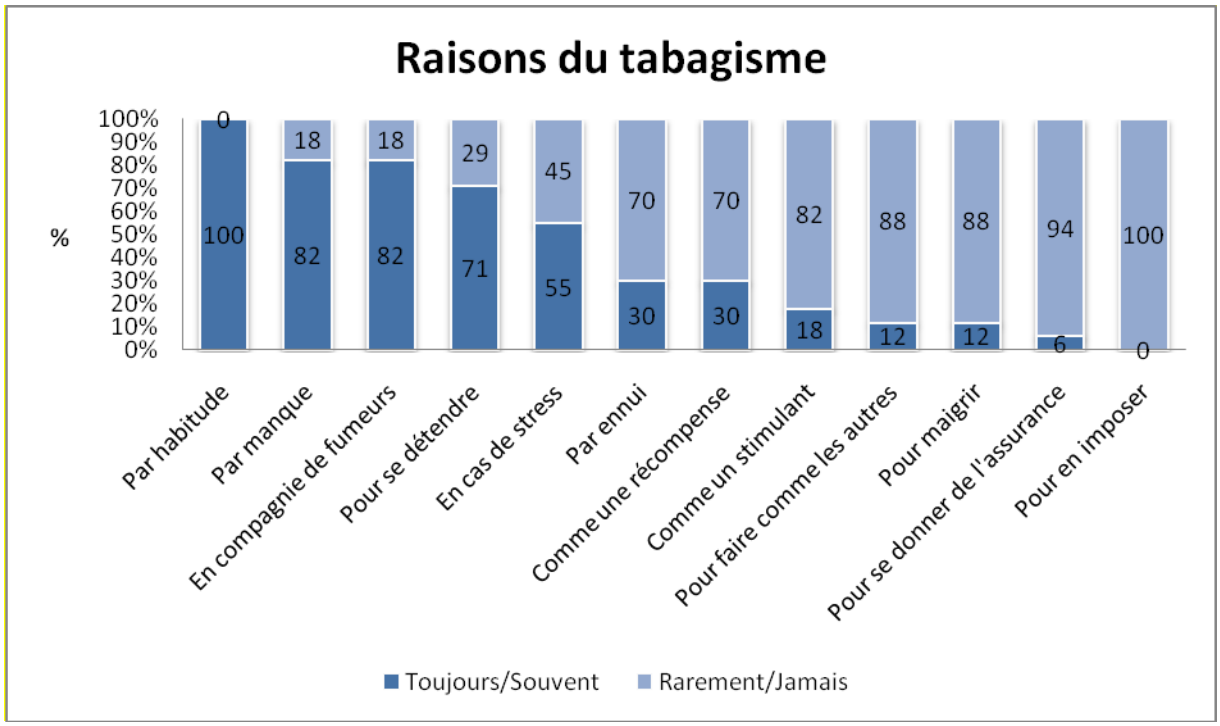


- <u>Pourquoi fumez-vous?</u>

Je vais détailler ici les réponses où les patients ont majoritairement répondu « toujours » ou « souvent » aux suggestions de raison de leur consommation de

tabac. Une réponse est choisie par 100% des personnes: par habitude. Nous voyons bien que le tabagisme devient une façon de vivre, une routine qui n'est pas remise en question. Ensuite, deux autres réponses sont très fréquentes: par manque et en compagnie d'autres fumeurs. 82 % des patients répondent qu'ils fument « toujours ou souvent » pour ces deux raisons. Ici nous constatons que deux aspects différents du tabac sont mis en avant. Ces réponses renvoient à la dépendance physique de la nicotine et à la dépendance comportementale liée au contexte. Enfin, c'est la raison de la détente qui est mise en avant chez 71 % de l'échantillon. Cette fois-ci c'est la dépendance psychologique qui est mise en avant.

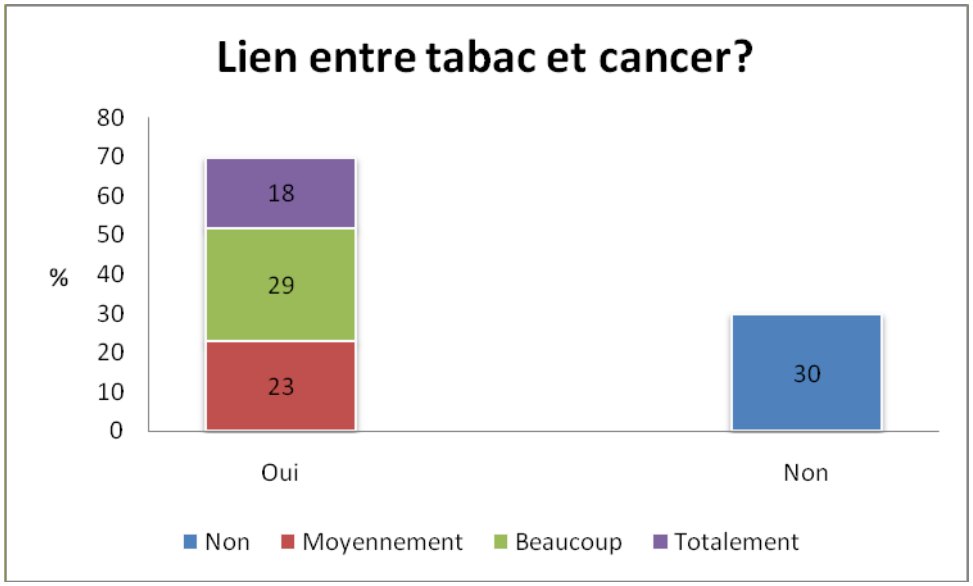
A travers ces données, nous pouvons de nouveau constater à quel point le tabagisme entremêle trois dépendances et que l'une ne peut pas être traitée au dépend des deux autres.



3- Quand le fumeur devient un fumeur malade: quels changements?

- Un lien?

70 % des patients interrogés pensent qu'il y a un lien entre leur cancer bronchique et leur tabagisme. Dans ce pourcentage, 23 % estime que leur maladie est moyennement liée au tabac, 29 % qu'elle est beaucoup liée, et enfin 18 % que leur cancer est totalement lié au fait qu'il soit fumeur. Ceux qui pensent que le tabac n'est pas l'unique agent responsable de leur problème de santé mettent en avant les problèmes de pollution de l'air, la guerre du golfe ou encore la catastrophe nucléaire de Tchernobyl.

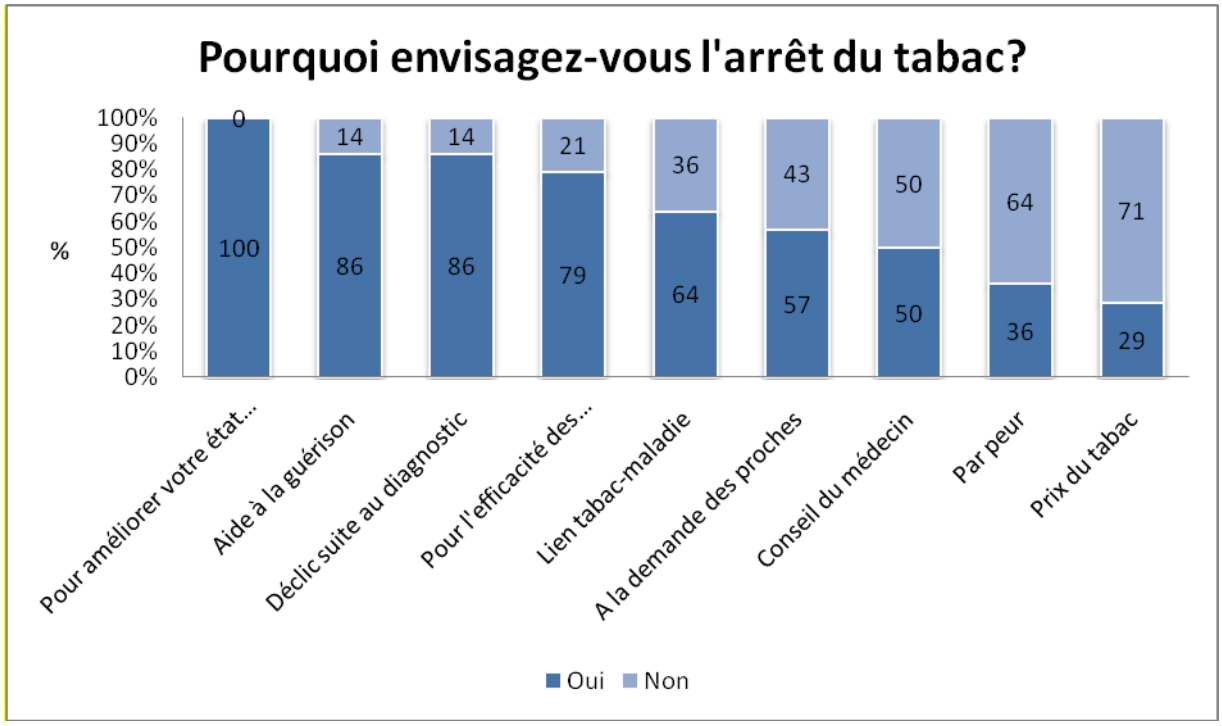


Il y a donc 30 % des patients qui pensent que leur néoplasie pulmonaire est sans lien avec le tabac. Ces derniers avancent diverses raisons expliquant leur maladie: une activité professionnelle les exposant à des solvants, acides, plâtre.

- Quelles modifications et pourquoi?

82 % des patients annoncent au moment de la passation du questionnaire qu'ils vont modifier leur comportement tabagique. A l'inverse, 18 % annoncent qu'ils ne changeront en rien leurs habitudes.

Dans la sous catégorie de ceux annonçant un changement 50 % déclarent qu'ils vont complètement arrêter le tabac. Dans la même proportion, 50 % des patients programment une forte diminution de leur consommation de tabac. Lorsque j'interroge ces patients sur leurs raisons pour arrêter de fumer, plusieurs réponses sont régulièrement choisies. La réponse plébiscitée par tous est l'envie de se sevrer afin d'améliorer son état de santé (100 %), s'en suit ex-æquo pour aider à la guérison et le diagnostic vécu comme un déclic (86 %), enfin l'envie d'améliorer l'efficacité des traitements (86 %).



Malgré la petite taille de la sous catégorie des personnes annonçant un statu quo de leur comportement tabagique (n=3) nous allons tenter d'analyser les résultats. 100 % des patients expliquent ne pas arrêter de fumer pour 2 raisons principales: ils pensent que le tabac n'a pas d'interaction avec les traitements et, selon eux, leur médecin ne leur en a pas parlé. 2/3 pensent que l'arrêt du tabac

n'améliora pas leur état de santé.

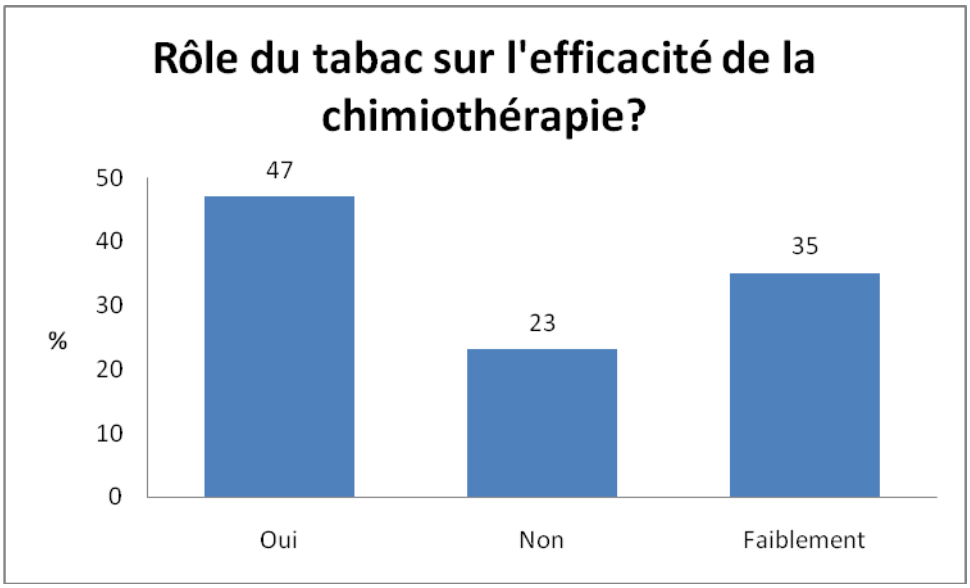
4- L'action du médecin et/ou pneumologue

71 % des patients interrogés ont eu un médecin ou pneumologue qui leur a parlé de leur comportement tabagique que ce soit au moment du diagnostic ou plus fréquemment lors de précédentes consultations.

Le chiffre baisse à 53 % lorsqu'on demande aux patients si le médecin leur a conseillé d'arrêter le tabac. Le chiffre diminue encore à 41 % lorsqu'on interroge les personnes sur les aides au sevrage qui leur ont été proposées.

Pour ces trois données: le lien avec le tabac, le conseil du servage et la proposition d'aide au sevrage, les médecins-pneumologues en parlaient surtout avec les patients lors de précédentes consultations pour des suivis de BPCO, d'asthme ou autres problèmes médicaux, plutôt qu'au moment du diagnostic. Nous remarquons que cette variable était très « médecin-dépendant ». Certains en parlent systématiquement, d'autres jamais.

Pour la dernière interrogation du questionnaire: « Pensez-vous que le tabac a une influence sur l'efficacité des traitements? », toutes les personnes ont été déstabilisées. Après quelques secondes de réflexions, ils répondaient. 47 % ont choisit de dire oui; 23 % ont répondu faiblement et enfin 35 % pensent que non.



5- Six semaines après

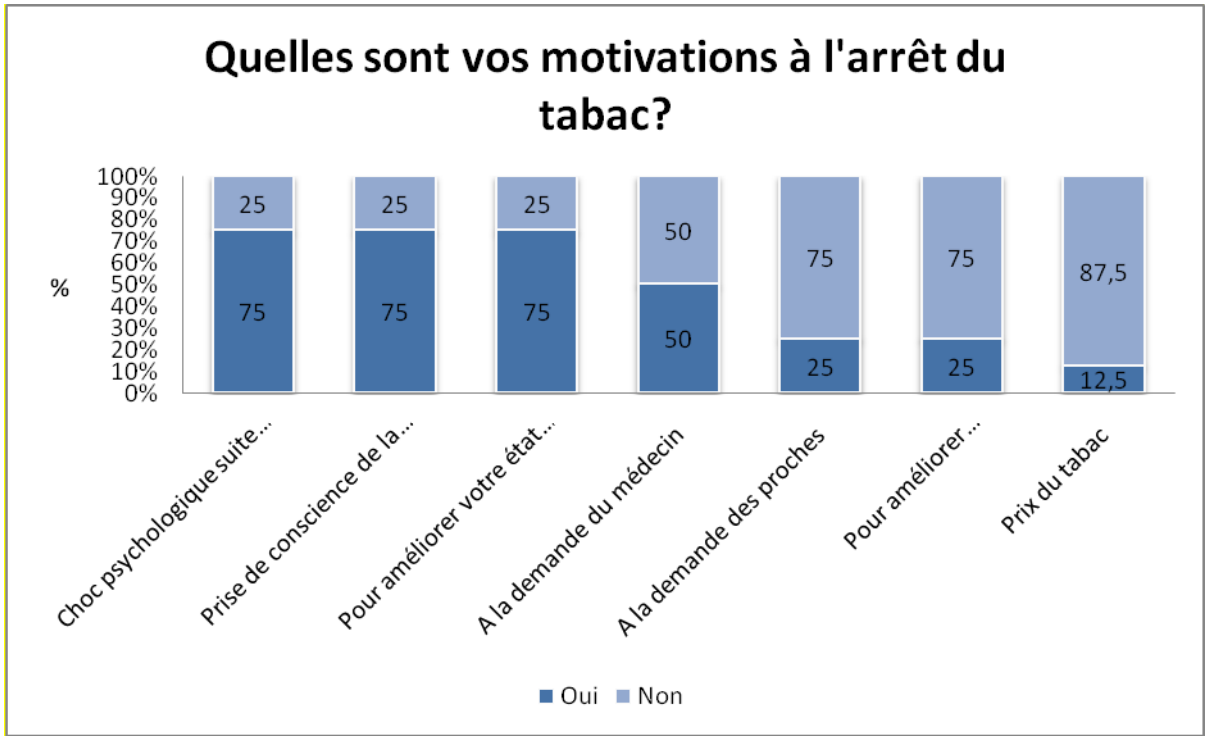
Deux groupes distincts se sont formés: ceux qui ont arrêté c'est à dire 47 % de l'échantillon et ceux qui ont continué leur consommation à savoir 53 %. Aucun patient n'a arrêté de fumer puis rechuté dans ce laps de temps. Nous allons en premier analyser les résultats du groupe en sevrage, puis en second ceux du groupe toujours fumeur.

- Les ex-fumeurs

87,5 % des patients (n=7) ont arrêté de fumer dès l'annonce du diagnostic de leur cancer pulmonaire. 12,5 % (n=1) ont fumé encore quelques jours avant de stopper. La moyenne de ces patients au test de Fagerström est de 4,75.

Les motivations avancées par 75 % de l'échantillon sont: un choc psychologique après l'annonce de la mauvaise nouvelle, une prise de conscience de la nocivité du tabac et un souhait d'améliorer sa santé. Ensuite 50 % d'entre eux, disent arrêter à la demande du médecin contre 25 % à la demande des proches.

Notons que le prix du tabac et une éventuelle interaction entre les traitements et le tabac sont évoqués dans les deux cas que par 12,5 % et 25 % des individus interrogés.



Pour 75 % des personnes, la fumée des autres fumeurs ne les dérange pas. Seulement 12 % ont utilisé une aide pour le sevrage à savoir des patchs.

La moitié d'entre eux expliquent avoir encore une sensation de manque après 6 semaines c'est à dire le temps entre les deux questionnaires. Les autres se répartissent entre 0 jours et 30 jours de sensation de manque. La totalité de l'échantillon avoue avoir parfois encore des envies de fumer.

Pour 50 % des patients, le sevrage a été plus facile qu'ils ne l'imaginaient. 25 % eux trouvent que cela a été beaucoup plus facile mais 25 % d'autres trouvent que cela a été plus difficile.

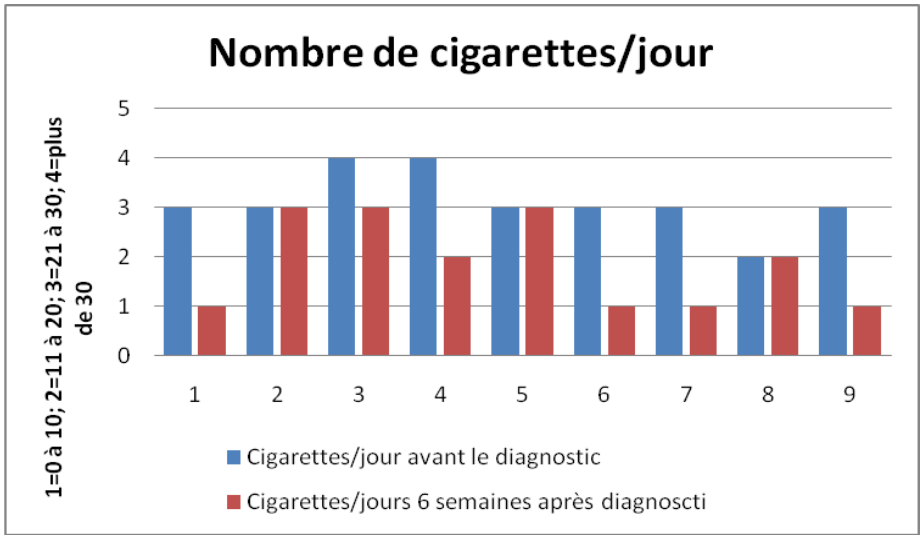
Si c'était à refaire, 75 % choisiraient de nouveau d'arrêter le tabac. 25 %

disent qu'ils ne referaient pas ce choix mais malgré tout ils maintiennent leur abstinence. Dans la sous catégorie de ceux qui maintiennent leur choix d'arrêt, la moitié arrêterait au même moment. Seulement 17 % arrêteraient plus tôt et 17 % des personnes ne commenceraient jamais.

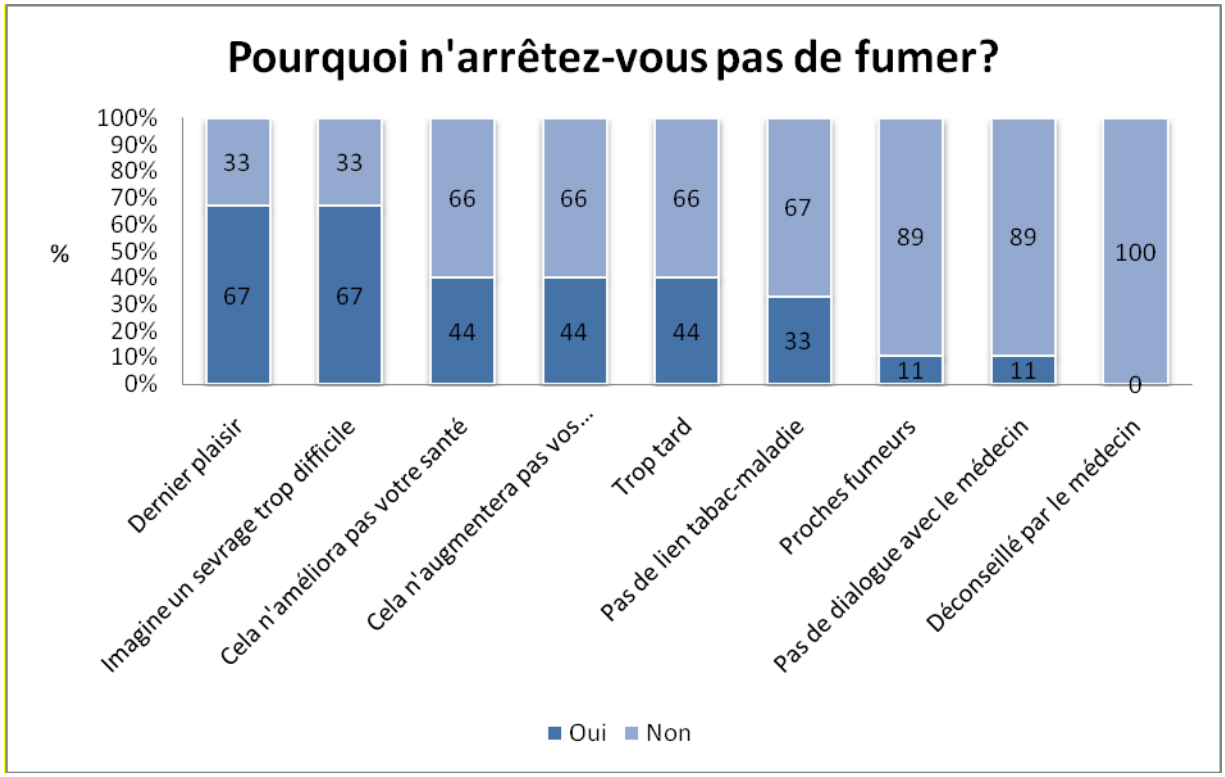
- Les fumeurs toujours actifs

9 patients ont continué leur tabagisme (53 %). Les 3 femmes de mon études sont dans le groupe des personnes n'ayant pas modifié leur comportement tabagique. Leur score au test de Fagerström est en moyenne de 7. Nous constatons que ce chiffre est nettement plus élevé que pour le groupe d'ex-fumeur. La dépendance physique de la nicotine est donc une part non négligeable du choix d'arrêt ou non le tabagisme après une annonce de diagnostic.

1/3 des patients ont gardé la même consommation de cigarettes et les 2/3 des patients ont choisit de fortement diminuer leur nombre de cigarette par jour c'est-à-dire au minimum 10 cigarettes de moins quotidiennement. Voici la nouvelle répartition : 1/3 fument moins de 10 cigarettes/jour, 1/3 fument entre 11 et 20 cigarettes/jour et enfin 1/3 fument entre 21 et 30 cigarettes/jour.



Les raisons évoquées par les patients pour expliquer ce non-changement sont pour 67 % des personnes: la crainte que le servage soit trop difficile et que fumer est un plaisir pour eux. Le médecin/ pneumologue n'a jamais dit que le servage serait inutile mais 12 % des patients expliquent qu'il n'en a pas parlé. Les avis sont très partagés concernant la notion d'un bénéfice pour sa santé, une aide à la guérison ou l'idée qu'il soit trop tard.



Il est à noter que 100 % d'entre eux envisage un arrêt du tabac dans l'avenir. Le suivi des patients en ma qualité de psychologue me fera découvrir qu'aucun ne mettra en œuvre ce projet de ce sevrage.

IV- Discussion

Nous avons choisi d'extraire les cinq éléments qui me semblent les plus intéressants de l'analyse chiffrée du paragraphe précédent.

1- Un nombre élevé de patients continuent à fumer

Lors de la partie théorique, la revue de la littérature avait montré que les études n'arrivent pas toutes aux mêmes résultats (Cfr paragraphe I-3). Dans notre étude, nous trouvons un chiffre encore différent : 53% des patients interrogés n'ont pas arrêté complètement le tabac. Lorsque nous avons entamé ce projet, il était difficile d'anticiper ce résultat : les avis instinctifs des différents soignants concernés par le projet étaient très variables. Ainsi, certaines personnes sont interpellées par ce chiffre élevé.

Dés lors, nous pouvons nous demander quelles sont les raisons qui poussent les patients atteints d'une néoplasie pulmonaire à continuer leur tabagisme. Nous voyons deux explications principales:

- Les patients avouent prendre du plaisir à fumer. En tant que professionnel de la santé, il nous parait difficile de lutter contre le plaisir de ces fumeurs. Seul un conseil de sevrage répété par plusieurs personnes amènera peut-être le patient fumeur heureux à passer au stade de fumeur ambivalent.

- Les patients expliquent imaginer un sevrage trop difficile. Cette crainte est un véritable frein pour eux. Ils imaginent être très mal psychologiquement, ressentir des douleurs liées au manque, grossir, avoir un besoin de compenser, devenir très nerveux et agressifs. Nous constatons aussi un grand scepticisme face aux traitements médicamenteux ou aux substitutifs nicotiniques. En opposition au paragraphe précédent, pour cette problématique il nous semble que les soignants

ont un rôle important à ce niveau là. Des explications, des encouragements, des propos rassurants nous semblent importants. Encadrer un patient qui a peur pour réellement l'aider à passer le cap, à faire une tentative d'arrêt est très important.

2- Un nombre peu élevé de personnes lient totalement leur cancer et leur tabagisme

Malgré des campagnes d'informations médiatiques, malgré les avertissements sur les paquets, malgré les conseils des médecins seulement 18 % de l'échantillon font un lien complet entre tabac et cancer bronchique. Comment expliquer un chiffre si bas?

L'hypothèse de la mise en action d'un mécanisme de défense psychologique nous paraît probable. La définition la plus couramment utilisé du mécanisme de défense est:

« Il s'agit de l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu bio-psychologique » (Laplanche et Pontalis [24])

Si un mécanisme de défense se met en place c'est qu'il est nécessaire et utile à la personne. Dés lors, il doit être respecté. Concernant notre étude, il semble que les patients aient du mal à se dire qu'ils ont eux-mêmes participé à leur propre mort. Ils ne parviennent à accepter cette grande ambivalence: « j'ai fumé pendant des années tout en sachant que c'était mauvais pour moi ». 30% des patients avouent avoir commencé à fumer tout en ayant conscience de la nocivité du tabac. Ce chiffre ne pourra aller qu'en grandissant au vu de l'augmentation des avertissements.

Dans le cadre de notre étude, deux mécanismes de défense ont été rencontrés : le déni et la projection.

- Le déni : « Action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi » (Ionescu [25]). C'est un mécanisme de défense qui sert à protéger son auteur, qui refuse d'entrevoir la réalité. Un déni peut être pathologique ou sain. Pas exemple, les fumeurs disent couramment qu'ils savent bien que le tabac est dangereux mais pas pour eux et ils argumentent en parlant du grand-père mort à 90 ans ! Ils dénient le caractère mortel de leur addiction.

- La projection : « opération par laquelle le sujet expulse dans le monde extérieur des pensées, affects, désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui et qu'il attribue à d'autres, personnes ou choses de son environnement » (Ionescu [25]). Elle est souvent utilisée en réponse aux conflits ou aux stress. Etre le seul coupable, le seul responsable de sa maladie est trop lourd psychologiquement. Le patient a besoin de se déculpabiliser. Il lui faut trouver un autre responsable. La pollution, l'amiante, les solvants... sont alors de bons coupables. Nous ne nions pas l'existence de cancers pulmonaires liés à une activité professionnelle, pas plus que nous nions la nocivité de la pollution de l'air ou des émissions de gaz d'échappement mais la proportion de ces cancers est bien moindre que celle liée au tabac.

Comme nous l'avons expliqué plus haut, si un mécanisme de défense s'active chez un patient nous devons le respecter. Néanmoins, nous pouvons tenter doucement de le remettre en question, de voir s'il est solidement encré ou si une discussion est possible. Il nous semble que l'action du médecin/pneumologue est ici primordiale. Lors de l'annonce du diagnostic ou lors de la consultation suivante, le médecin peut lui-même faire le lien entre le cancer du patient et son tabagisme. Ainsi, les patients n'ont pas de doute quant à l'avis du spécialiste.

3- Pas de conseil de sevrage lors du diagnostic

Une moitié des patients (53 %) indiquent que le médecin leur a conseillé d'arrêter de fumer. Il apparaît que ce conseil de sevrage avait la plupart du temps lieu au cours d'autres consultations médicales mais pas lors de l'annonce du diagnostic. Les patients répondaient: « Oui, bien sur que mon médecin traitant/pneumologue m'a déjà dit qu'il fallait arrêter de fumer mais pas ce jour là ».

Il nous semble important que le médecin/pneumologue évoque le tabac au cours de l'annonce de diagnostic. Cela permet d'ouvrir le dialogue, de laisser émerger les questions et de faire comprendre que c'est un élément important au sein des traitements contre le cancer. Voici un exemple:

- Mon conseil est d'arrêter complètement le tabac. Nous avons la possibilité de vous soutenir dans cette démarche tant physiquement que psychologiquement. Aujourd'hui, vous avez beaucoup d'éléments à digérer mais la prochaine fois que l'on se voit, nous parlerons du tabac plus longuement. Est-ce que cela vous convient comme ça?

Sans cette approche, il est plus difficile de parler avec le patient du soutien possible pour son sevrage, qu'il soit psychologique et/ou plus médicamenteux.

4- Ouverture à la discussion

Comme nous l'avons expliqué lors des deux précédents paragraphes l'ouverture au dialogue est extrêmement importante. Nous avons constaté que faire passer les questionnaires aux patients à permis cette ouverture.

Rapidement, les personnes interrogées posaient des questions sur le tabac, le sevrage et les aides proposées. C'était une première accroche très efficace. Ils avaient très envie de raconter la façon dont ils ont commencé à fumer, pourquoi ils

ont continué et surtout les difficultés qu'ils ont à arrêter.

Cette expérience nous permet d'avancer l'hypothèse que quelques questions de plus sur le tabac au moment de l'anamnèse classique du patient leur permettraient peut être de parler de leur tabagisme et de rendre les conseils de sevrage plus convaincant. Etre curieux de l'âge du début du tabagisme, le nombre de cigarette, s'ils ont déjà tenté des arrêts et des raisons de leur consommation, nous semble des questions possibles au moment d'une anamnèse. Après cela si l'infirmier(e) constate chez le patient un intérêt à ce sujet, il peut proposer le passage d'une personne compétente en la matière qui pourrait lui fournir de plus amples informations.

5- Lien entre tabac et efficacité du traitement

Les patients étaient tous très déstabilisés par cette question. Pour beaucoup, il a fallu quelques instants de réflexion avant de pouvoir me répondre. A posteriori, nous enlèverions la possibilité de réponse « faiblement », car cela fut souvent un choix par défaut quand les personnes ne savaient trancher. Pour rappel, 47 % des patients pensent qu'il y a une interaction entre le tabac et les produits de chimiothérapie, 23% pensent que ce lien et faible et enfin 35 % estiment qu'il n'y en a pas.

A nos yeux, le résultat le plus important obtenu par cette question ne se trouve pas dans les chiffres mais dans deux réflexions faites par les patients pour justifier leur choix de réponses. En résumé ces deux patients ont conclu qu'il n'y avait pas de lien entre le tabac et la chimiothérapie « sinon le médecin/pneumologue me l'aurait dit! ». Pour eux, si le médecin n'explique pas c'est qu'il n'y a rien à

expliquer. Il nous apparait alors que cette interaction néfaste pour leurs traitements pourrait être un argument de poids poussant vers le sevrage. Au vu des résultats décevants quant au nombre de patient choisissant l'arrêt du tabac, il nous semble important de ne pas nous priver d'un incitant supplémentaire.

Suite à ce constat, nous avons pensé qu'il serait peut être pertinent d'expliquer aux patients ce lien entre tabac et chimiothérapie qui diminue les bénéfices attendus du traitement. Il nous semble intéressant que les infirmiers(ères) faisant l'éducation du patient lors de son premier traitement puissent évoquer cette problématique. De plus, nous pourrions travailler sur le projet de création d'un feuillet explicatif sur le tabac, ses conséquences sur les chimiothérapies et sur les aides proposées pour le sevrage. Ce feuillet pourrait trouver sa place au sein des cahiers expliquant les précautions à suivre en cas de chimiothérapie.

Chaque patient atteint d'une néoplasie reçoit un tas de documents: les aides financières, les possibilités de soutiens psychologiques ou autre,... et un cahier où il sera retracé son parcours chimiothérapeutique, ses effets secondaires, ses médicaments. A l'intérieur, il y a des conseils quant aux effets secondaires des traitements. Un feuillet sur le tabac nous semble être pertinent à cet endroit.

Nous constatons que les patients atteints d'une maladie pulmonaire font peu le lien entre leur maladie et le tabac et entre le tabac et les chimiothérapies. Nous pouvons alors craindre le pire pour tous les autres types de cancers. Cela n'était pas l'objet de notre recherche mais nous savons que certains autres types de cancer sont favorisés par le tabagisme du patient (cancer de l'œsophage, de la vessie, ORL...) (Bartsch [26]). Dès lors, nous pouvons craindre que ces personnes fassent encore

moins le lien entre tabac et cancer et/ou chimiothérapie. Le feuillet sur le tabac aurait donc son importance dans le « cahier patient » car il est donné à tous sans distinction selon le type de cancer.

6- Critiques de la recherche

Il bien évident que nous avons plusieurs critiques à émettre concernant la recherche. La première concerne la taille de l'échantillon. Nous aurions aimé avoir plus de patients mais les critères étaient assez difficiles à réunir. Dans le futur, continuer la même étude pourrait être intéressant afin d'affiner les résultats.

Nous pensons aussi qu'il aurait pu être intéressant d'intégrer au sein de notre questionnaire, le test de Richmond mesurant la motivation à l'arrêt. Ainsi, nous aurions pu découvrir l'existence ou non d'une corrélation entre le test de Richmond et le nombre de patients qui choisissent d'arrêter de fumer après leur diagnostic. Les plus motivés à l'arrêt sont-ils ceux qui ont réellement stoppé leur tabagisme?

Conclusion

Malgré la taille critiquable de l'échantillon, cette étude apparait comme une photographie représentative d'une population jusqu'ici peu étudiée: les personnes atteintes d'un cancer du poumon. Comme annoncé dans l'introduction, le but de la recherche n'était pas d'émettre des hypothèses mais de connaitre un peu mieux la population ciblée. Notre première question de base était: qui sont-ils? Il y avait aussi la curiosité de comprendre un peu plus l'état psychologique d'un patient et sa vision de son tabagisme suite à l'annonce de son diagnostic.

Il nous semble que nous avons déjà quelques pistes de réponses. Le chiffre assez élevé de fumeurs restant actifs après le diagnostic nous permet de constater

que le travail de prévention mais surtout d'accompagnement au sevrage reste encore très important. C'est dans ce souci, que les idées telles que poser des questions sur le tabagisme au moment de l'anamnèse du patient, plus de dialogue entre le médecin et le patient et la création d'un feuillet sur les interactions entre produits chimiothérapeutiques et tabac sont venues.

Au delà de cette recherche, nous pensons personnellement garder en tête ces pistes afin de, nous l'espérons, augmenter les patients choisissant d'arrêter le tabac suite à leur diagnostic. Les personnes s'occupant de la lutte contre le tabac au sein du CHC seront contactées afin de leur soumettre les résultats et les conclusions qui en découlent. Nous espérons ainsi, pouvoir mettre en pratique les idées jusqu'ici théoriques.

Bibliographie:

1- Fujiwara, H. (2010). Smoking is a disease and smokers are patients, *Circulation Journal*, 74, 628-629.

2- Waller, LL., Weaver, KE., Petty, WJ. & Miller, AA. (2010). Effects of continued tobacco use during treatment of lung cancer, *Expert Revue Anticancer Therapy, 10*(10), 1569-1575.

3- Butler, KM., Rayens, MK., Zhang, M. & Hahn, EJ. (2011). Motivation to quit smoking among relatives of lung cancer patients, *Public Health Nursing, 28*(1), 43-50.

4- Cancer Incidence in Belgium (2008). Belgian Cancer Registry.

5- Gupta, A. et al. (2009). Smoking intensity, oxidative stress ans chemotherapy in non-small cell lung cancer: A correlated prognostic study, *Biosciencetrends, 3*(5), 191-199.

6- Parsons, A., Daley, A., Begh, R. & Aveyard, P. (2010). Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on pronosis: systematic review of observational studies with meta-analysis, *British Medical Journal, 340*, 1-7.

7- Goldstraw, P., Crowley, J., Chansky, K. et al. (2007). The IASLC Lung Cancer Staging Project : proposals for the revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM Classification of malignant tumours,

Journal Thorac Oncol, 2, 706.

8- Leuven Mortality Monitoring System, in Plan Fédéral de Lutte contre le tabagisme (1997), p6.

9- Cooley, M.E., Sipples, R.L., Murphy, M. & Sarna, L. (2008). Smoking cessation and lung cancer: oncology nurses can make a difference, *Seminaire Oncology Nursing, 24*(1), 16-26.

10- Godtfredsen, N., Prescott, E. & Olser, M. (2005). Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA, 294,* 1505.

11- Cataldo, J.K., Dubey, S., & Prochaske, J.J. (2010). Smoking cessation: An integral part of lung cancer treatement, *Oncology, 78,* 289-301.

12- Spiro, S. (2007). Ask the expert: lung cancer, *Breathe, 3*(3), 249.

13- Prochaska JO et al. (1986). Thowards a comprehensive model of change. In Miller WR, Healther N Eds. Treating addictive behaviours; process of change. New-York Plenum Press, 3-27.

14- Prignot, J. (2000). A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles, *Tobacco control, 9*, 113. (Note de cours, Formation en tabacologie 2010-2011, Le statut tabagique, Galanti, L.)

15- Balduyck, B. et al (2011). The effect of smoking cessation on quality of life after lung cancer surgery, *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 40*(6), 1437-1438.

16- Burke L., Miller, L-A., Saad, A.S. & Abraham, J. (2099). Smoking behaviors among cancer survivors: a observational clinical study, *Journal of Oncology Practice, 5*(1), 6-9.

17- Baser, S. et al. (2011). Smoking cessation after diagnosis of lung cance is associated with a beneficial effect on performance status, *American College of Chest Physicians, 26*, 1784-1790.

18- Galanti, L. Médicaments d'aide à l'arrêt tabagique, Note de cours pour la formation de tabacologue, Fares, 2010-2011.

19- Bottorff, J.L., Robinson C.A., Sullivan, K.M. & Smith, M.L. (2009). Continued family smoking after lung cancer diagnosis : the patient's perspective, *Oncology Nursing Forum, 36*, 126-132.

20- Reich, M., Vennin, P. & Belkacémi, Y. (2008). L'annonce du diagnostic de cancer : L'acte du doit sceller le pacte de confiance médecin-malade, *Bulletin du cancer, 95*(9), 841-847.

21- Bettery, F., Dufranc, C. & Hofmann, G. (2006). Critères de qualité de l'annonce du diagnostic : point de vue des et de la Ligue nationale contre le cancer,

Risques et qualités, 3(2), 67-72.

22- Dauchy, S. (2008). L'annonce du diagnostic de cancer, *Wyeth*, 1-3.

23- Baugné, P.E. (2005-2006). I*nfluence de la pathologie respiratoire sur le comportement tabagique.* Mémoire de fin de formation en tabacologie, non publié. FARES, Bruxelles, Belgique.

24- Laplanche, J. & Pontalis J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse,* Paris: PUF.

25- Ionescu, S., Jacquet, M.M. & Lhote, C. (2007). *Les mécanismes de défenses : théorie et clinique.* Paris : Armand Colin.

26- Bartsch, P. Maladies respiratoires – Sphère ORL – Cancers – Maladies digestives. Note de cours pour la formation de tabacologue, Fares, 2010-2011.

Annexes

Critères d'arrêt du tabac lors du diagnostic d'un cancer bronchique

Questionnaire au moment du diagnostic

Tiphaine FLAMANT, PSYCHOLOGUE

Formation en tabacologie 2010-2011

Données générales

Numéro d'étude:.....

1-Nom: ..... **2-Prénom:** ..... **3-Sexe:** M / F **4-Age:** .....

5-Statut familial: Vivez-vous ❍ seul ❍ en ménage

❍ avec enfant nombre: ❍ avec parents

❍ autres (précisez): .....

6-Niveau d'études: ❍ primaire ❍ secondaire

❍ école supérieure ❍ université

7-Profession: .....

Etat actuel: ❍ actif(ve) ❍ en recherche d'emploi ❍ pensionné(e)

❍ en invalidité permanente ❍en invalidité temporaire

8-Avez-vous une activité physique régulière ?

❍ 1 fois par jour ou plus ❍ 1 fois par semaine ou plus

❍ 1 fois par mois ou plus ❍ moins d'une fois par mois

Si oui, laquelle ? .....

9-Consommez-vous:

Du vin ?	❍ tous les jours	❍ toutes les semaines	❍ moins souvent
De la bière ?	❍ tous les jours	❍ toutes les semaines	❍ moins souvent
De l'alcool fort ?	❍ tous les jours	❍ toutes les semaines	❍ moins souvent
Du café ?	❍ tous les jours	❍ toutes les semaines	❍ moins souvent
Du coca ou boisson sucrée	❍ tous les jours	❍ toutes les semaines	❍ moins souvent

10-Avez-vous pris des médicaments pour la dépression?

❍ Dans le passé ❍ Actuellement ❍ Jamais

11-Avez-vous fumé sur toute votre vie au moins 100 cigarettes? (ou 30 cigarillos ou 30 pipes) ❍ oui ❍ non

12-Avez-vous fumé pendant le dernier mois? ❍ oui ❍ non

Comportement tabagique

13-A quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement? .....

14-A l'époque, saviez-vous que le tabac est mauvais pour la santé?

❍ oui ❍ non

15-Inhalez-vous la fumée? ❍ toujours ❍ souvent ❍ rarement ❍ jamais

16-Vous réveillez-vous parfois la nuit pour fumer?

❍ oui ❍ non

17-Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette?

❍ dans les 5 min ❍ 6 à 30 min ❍ 31 à 60 min ❍ plus de 60 min

18-Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinéma, bibliothèque, restaurant...)

❍ oui ❍ non

19-A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement?

❍ à la première de la journée ❍ à une autre

20-Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?

❍ 10 ou moins ❍ 11 à 20 ❍ 21 à 30 ❍ 31 ou plus

21-Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée?

❍ oui ❍ non

22-Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée?

❍ oui ❍ non

23-Pourquoi fumez-vous? (répondre à toutes les propositions)

Pour vous détendre	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
Par habitude	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
Comme récompense	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
Comme stimulant	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
Pour faire comme les autres	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
Parce que ça vous manque	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
Pour maigrir	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
En compagnie de fumeur	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
Par ennui	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
Pour en imposer aux autres	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
Pour me donner de l'assurance	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
En cas de stress	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais
Autre:	❍ toujours	❍ souvent	❍ rarement	❍ jamais

Perception de votre maladie

24-D'après vous, votre maladie est-elle liée au tabagisme?

❍ oui ❍ non

Si oui, de quelle manière?

❍ un peu ❍ moyennement ❍ beaucoup ❍ totalement

Si non, à quoi attribuez-vous votre maladie? .....

25-L'annonce de votre maladie va-t-elle modifier votre comportement tabagique?

❍ oui ❍ non

Si oui, dans quelle mesure?

❍ arrêt du tabac ❍ forte diminution ❍ faible diminution

Si oui, répondez à toutes les questions sauf la 30

Si non, passez à la question 30

26-Pourquoi envisagez-vous un changement dans votre comportement tabagique? (répondre à toutes les propositions)

❍ vous pensez que cela peut améliorer votre état de santé ❍ oui ❍ non
❍ vous pensez que les traitements seront plus efficace ❍ oui ❍ non
❍ prix du tabac ❍ oui ❍ non
❍ vous pensez que cela participe à votre guérison ❍ oui ❍ non
❍ par peur ❍ oui ❍ non
❍ demande des proches ❍ oui ❍ non
❍ vous aviez besoin d'un déclic, comme votre diagnostic, pour arrêter ❍ oui ❍ non
❍ vous pensez votre maladie est lié au tabac ❍ oui ❍ non
❍ votre médecin ou pneumologue vous l'a conseillé ❍ oui ❍ non
❍ autre: .....

27-Avez-vous réellement envie de cesser de fumer?

❍ pas du tout ❍ un peu ❍ moyennement ❍ beaucoup

28-Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir?

❍ non ❍ peut-être ❍ vraisemblablement ❍ certainement

29-Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois?

❍ non ❍ peut-être ❍ vraisemblablement ❍ certainement

30-Pourquoi n'envisagez-vous aucun changement dans votre comportement tabagique? (répondre à toutes les propositions)

❍ vous pensez que cela n'améliora pas votre état de santé ❍ oui ❍ non
❍ vous pensez que le tabac n'a pas d'interaction avec les traitements ❍ oui ❍ non
❍ vous pensez qu'il est trop difficile d'arrêter ❍ oui ❍ non
❍ vous pensez que cela n'a aucun effet sur votre guérison ❍ oui ❍ non
❍ c'est l'un de vos derniers plaisirs ❍ oui ❍ non
❍ tous vos proches fument au domicile ❍ oui ❍ non
❍ vous pensez qu'il est trop tard ❍ oui ❍ non
❍ votre médecin ou pneumologue ne vous en a pas parlé ❍ oui ❍ non
❍ vous pensez que votre maladie n'a aucun lien avec le tabac ❍ oui ❍ non

❍ autre: .....

31-Lors de l'annonce du diagnostic, votre médecin ou pneumologue vous a-t-il parlé de votre comportement tabagique?

❍ oui ❍ non

32-Vous a-t-il conseillé d'arrêter de fumer?

❍ oui ❍ non

Si oui, vous a-t-il proposé une aide au servage tabagique?

❍ oui ❍ non

33-Pensez-vous que le tabac a une influence sur l'efficacité des traitements?

❍ oui ❍ faiblement ❍ non

Questionnaire 6 semaines après le diagnostic

version arrêt

Données générales

Numéro d'étude:.....

1-Nom: ..... **2-Prénom:** ..... **3-Sexe:** M / F **4-Age:** .....

Comportement tabagique

5-Depuis le diagnostic, votre comportement tabagique a-t-il changé?

❍ oui, vous avez arrêter

❍ oui, vous aviez arrêté mais vous avez rechuté

❍ non

6-Combien de temps après le diagnostic votre comportement a-t-il changé?

❍ quelques jours ❍ quelques semaines ❍ dès l'annonce

7-Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?

❍ zéro ❍ 10 ou moins ❍ 11 à 20 ❍ 21 à 30 ❍ 31 ou plus

8-Quelles sont vos motivations? (répondre à toutes les propositions)

❍ le prix du tabac ❍ oui ❍ non

❍ un choc psychologique après le diagnostic ❍ oui ❍ non

❍ prise de conscience de la nocivité du tabac ❍ oui ❍ non

❍ pour améliorer votre état de santé ❍ oui ❍ non

❍ pour améliorer l'efficacité des traitements ❍ oui ❍ non

❍ à la demande des proches ❍ oui ❍ non

❍ à la demande du médecin ❍ oui ❍ non

❍ autre, à préciser: .....

9-La fumée des autres vous gène-t-elle?

❍ oui ❍ non

10-Avez-vous diminué ou arrêté avec une aide au sevrage?

❍ oui ❍ non

Si oui, laquelle?

❍ brochures ❍ suivi médical ❍ patchs

❍ gommes ❍ Zyban ❍ Champix

❍ autre: .....

11-Comment avez-vous procédé pour diminuer ou arrêter le tabac?

❍ en diminuant progressivement votre consommation

❍ en arrêtant du jour au lendemain

❍ en arrêtant à une date précise

❍ en passant à un autre type de tabac (pipe, cigarillo, filtre...)

❍ en profitant d'une situation particulière:

Si oui, laquelle? .....

12-Combien de temps le tabac vous a-t-il manqué? .....

13-Le tabac vous manque-t-il encore parfois?

❍ oui ❍ non

14- La diminution ou l'arrêt du tabac a été?

❍ beaucoup plus facile que ce vous imaginiez

❍ plus facile que ce vous imaginiez

❍ comme vous l'imaginiez

❍ plus difficile que ce vous imaginiez

❍ beaucoup plus difficile que ce que vous imaginiez

15-Si c'était à refaire, auriez-vous arrêté ou diminué de fumer?

❍ oui ❍ non

Si oui: ❍ plus tôt ❍ au même moment

❍ plus tard ❍ vous n'auriez jamais commencé

Questionnaire 6 semaines après le diagnostic

version rechute

Données générales

Numéro d'étude:*.....*

1-Nom: ..... **2-Prénom:** ..... **3-Sexe:** M / F **4-Age:** .....

Comportement tabagique

5-Depuis le diagnostic, votre comportement tabagique a-t-il changé?

❍ oui, vous avez arrêter

❍ oui, vous aviez arrêté mais vous avez rechuté

❍ non

6-Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?

❍ 10 ou moins *❍ 11 à 20* *❍ 21 à 30* *❍ 31 ou plus*

7-La fumée des autres vous gène-t-elle?

❍ oui ❍ non

8-A quel moment après le diagnostic, avez-vous décidé d'arrêter votre consommation de tabac ?

❍ quelques jours ❍ quelques semaines ❍ dès l'annonce du diagnostic

9- Combien de temps avez-vous arrêté ?.....

10-Avez-vous diminué ou arrêté avec une aide au sevrage?

❍ oui ❍ non

Si oui, laquelle?

❍ brochures ❍ suivi médical ❍ patchs

❍ gommes ❍ Zyban ❍ Champix

❍ autre: .....

11-Comment avez-vous procédé pour diminuer ou arrêter le tabac?

❍ en diminuant progressivement votre consommation

❍ en arrêtant du jour au lendemain

❍ en arrêtant à une date précise

❍ en passant à un autre type de tabac (pipe, cigarillo, filtre...)

❍ en profitant d'une situation particulière:

Si oui, laquelle? .....

12- Pourquoi avez-vous recommencé à fumer ? (répondre à toutes les propositions)

❍ le manque physique était trop fort	❍ oui	❍ non
❍ l'envie était trop forte	❍ oui	❍ non
❍ lors d'un moment de stress	❍ oui	❍ non
❍ par reflexe	❍ oui	❍ non
❍ vous étiez trop irritable	❍ oui	❍ non
❍ vous avez pris trop de poids	❍ oui	❍ non
❍ lorsque vous étiez dans une atmosphère enfumée (café, proches au domicile...)	❍ oui	❍ non
❍ vous avez retrouvé un paquet de cigarette	❍ oui	❍ non
❍ un proche vous en a proposé	❍ oui	❍ non
❍ vous n'avez pas senti d'amélioration de votre état de santé	❍ oui	❍ non

❍ autre, à préciser : .....

13- Envisagez-vous une nouvelle tentative d'arrêt de votre consommation de tabac ?

❍ oui ❍ non

Questionnaire 6 semaines après le diagnostic

version sans changement

Données générales

Numéro d'étude:.....

1-Nom: ..... **2-Prénom:** ..... **3-Sexe:** M / F **4-Age:** .....

Comportement tabagique

5-Depuis le diagnostic, votre comportement tabagique a-t-il changé?

❍ oui, vous avez arrêter

❍ oui, vous aviez arrêté mais vous avez rechuté

❍ non

6-Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?

❍ 10 ou moins ❍ 11 à 20 ❍ 21 à 30 ❍ 31 ou plus

7-La fumée des autres vous gène-t-elle?

❍ oui ❍ non

8-Pourquoi n'avez-vous pas modifié votre comportement tabagique? (répondre à toutes les propositions)

❍ vous imaginez que le sevrage va être trop difficile	❍ oui	❍ non
❍ votre médecin vous a dit que cela ne servait à rien	❍ oui	❍ non
❍ vous pensez que cela n'améliora pas votre état de santé	❍ oui	❍ non
❍ vous pensez que cela aucun effet sur votre guérison	❍ oui	❍ non
❍ c'est l'un de vos derniers plaisirs	❍ oui	❍ non
❍ tous vos proches fument au domicile	❍ oui	❍ non
❍ vous pensez qu'il est trop tard	❍ oui	❍ non
❍ votre médecin ne vous en a pas parlé	❍ oui	❍ non
❍ vous pensez que votre maladie n'a aucun lien avec le tabac	❍ oui	❍ non

❍ autre: .....

9- Envisagez-vous dans l'avenir une tentative d'arrêt de votre consommation de tabac ?

❍ oui ❍ non

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT POUR UN PATIENT ADULTE PARTICIPANT A UNE ETUDE

Titre de l'étude :

Critères d'arrêt du tabac lors du diagnostic de cancer bronchique.

Nous vous invitons à participer à une étude clinique. Avant de prendre une décision, il est important que vous compreniez les raisons pour lesquelles cette étude est réalisée, la façon dont vos informations seront utilisées, ce que l'étude implique et les bénéfices, risques et désagréments éventuels.

Veuillez prendre votre temps pour lire attentivement les informations ci-après et discutez-en éventuellement avec votre médecin oncologue et/ou traitant si vous le souhaitez.

Le responsable de cette étude est Madame Tiphaine FLAMANT, psychologue.

Les services participants sont les services d'oncologie, de pneumologie, de médecine et les hôpitaux de jour.

Quel est le contexte et le but de l'étude ?

De nombreux cancers bronchiques sont diagnostiqués au CHC.

Alors que ces patients connaissent la gravité de leur affection et la relation directe avec leur tabagisme, environ 20% n'arrêtent pas de fumer.

Par notre étude, nous voulons examiner quels sont les critères liés à d'arrêt du tabac lors du diagnostic de cancer bronchique, ce qui permettrait de mieux aider nos patients à arrêter de fumer dans ces circonstances.

A travers une meilleure connaissance de ces critères de décision, nous espérons améliorer la prise en charge du comportement tabagique des patients recevant un diagnostic de cancer bronchique.

Que vous arrivera -t-il si vous participez à l'étude ?

Vous devrez répondre à deux questionnaires à deux reprises: au moment de votre diagnostic puis 6 semaines plus tard.

Vous êtes libre de participer ou non à cette étude. Votre décision n'affectera en aucune manière la qualité de votre prise en charge.

Si vous décidez de participer, on vous demandera de signer un formulaire de consentement éclairé.

Vous pourrez à tout moment vous retirer de l'étude sans que vos soins en soient affectés.

Quels sont les risques et désagréments liés à la participation à l'étude ?

Il n'y a aucun risque de participer à cette étude.

Les désagréments éventuels sont que l'on prendra un peu de votre temps pour répondre à des questions. Sachez cependant que la plupart de celles-ci vous seraient posées même si vous ne participez pas à cette étude.

Quels sont les bénéfices possibles liés à la participation à l'étude

La qualité de votre prise en charge sera sans doute renforcée puisque vous serez suivi(e) de près et de façon multidisciplinaire.

Si vous le souhaitez, une prise en charge par un tabacologue pourra être envisagée.

Quels sont les frais de participation à l'étude ?

Vous ne serez pas rémunéré (ée) pour votre participation à l'étude mais celle-ci n'entrainera pas de frais supplémentaires à votre charge.

Que m'arrivera-t-il en cas d'effets secondaires ou de dommage ?

Il n'y a pas de risque significatif lié à l'étude puisqu'il s'agit uniquement de donner des informations qui seront notées sur des questionnaires. L'étude n'a aucun traitement invasif.

De quelles façons mes données seront-elles utilisées ?

En signant ce formulaire, vous consentez à ce que le médecin de l'étude et son personnel recueillent et utilisent les données vous concernant pour les besoins de l'étude.

Vos données seront rendues anonymes de façon que votre nom ne figure pas sur les documents de l'étude. Un numéro de code vous sera attribué. Seuls les responsables de l'étude pourront relier votre nom à ce code.

Vous avez le droit de demander des informations concernant les données d'étude détenues par le responsable de l'étude. Vous avez également le droit de demander que toute inexactitude dans ces données soit corrigée.

Qui dois-je contacter si j'ai besoin de plus d'information ?

Vous pouvez contacter Madame Tiphaine FLAMANT, responsable de l'étude au 04.91.27.17.65.

Si votre médecin traitant souhaite aussi de plus amples informations, le responsable de l'étude se tient à sa disposition.

DECLARATION DE CONSENTEMENT ECLAIRE

J'ai reçu des informations verbales concernant cette étude et j'ai lu les informations écrites ci-jointes.

J'ai eu l'occasion de discuter de l'étude et de poser des questions.

J'accepte de participer à l'étude et je suis conscient(e) que ma participation est entièrement volontaire.

Je sais que je peux me retirer de l'étude à tout moment sans que ma décision n'affecte mes soins futurs.

En signant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles, y compris les données sur ma santé ou ma condition physique ou mentale, puissent être utilisées de manière anonyme.

Je sais que je recevrai un exemplaire de ce formulaire de consentement et d'information.

Signature du patient | Date de la signature

……... | ……...

Nom du patient (en majuscules)

……...

Signature de la personne qui récolte ce consentement éclairé | Date de la signature

……... | ……...

Nom de la personne qui récolte ce consentement (en majuscules)

……...