FARES (Fonds des Affections Respiratoires)

Communauté française

Mise en œuvre d'un projet « Pleine Conscience » dans la prise en charge du sevrage tabagique

mémoire rédigé dans le cadre de la

formation continuée inter-universitaire en tabacologie

Françoise Rassart

Promoteur : Dr Vincent Lustygier

Co-promoteur : Lieven Stevens

CHU Brugmann – service de psychiatrie

Années académiques 2010-2012

Résumé

Dans la **partie théorique**, nous commencerons par étudier les liens entre **tabac**, sevrage du tabac, émotions, dépression et anxiété.

Nous présenterons ensuite « la **mindfulness** ». « Mindfulness » ou « pleine conscience » est un état de conscience volontaire, en centrant son attention intentionnellement sur l'instant présent et sur l'expérience qui se déploie moment après moment, basée sur l'observation bienveillante et sans jugement. Nous parlerons de son origine, de la méditation, de sa position paradigmatique, de ses différents aspects et branches, des différentes thérapies qui s'en inspirent, des domaines d'application. De nombreuses études scientifiques mettent en évidence l'efficacité de cette méthode. Une des techniques prometteuses, intéressante pour le sevrage et la prévention des rechutes, est la MBRP (mindfulness based relapse therapie). Nous développerons les études spécifiques à l'approche de la **mindfulness liée au sevrage du tabac** et les pratiques cliniques s'inspirant de la pleine conscience dans l'accompagnement des fumeurs.

Dans la **partie pratique,** nous présenterons le **projet expérimental** d'animation d'un groupe thérapeutique de 16 semaines de « mindfulness et sevrage tabagique » que nous avons réalisé **du 17-2-2011 au 9-6-2011 et l'évaluation à 6 mois et à 1 an** après la date d'arrêt tabac. Nous développerons notre recherche, notre hypothèse, notre méthodologie et nous présenterons la population testée.

Dans les **résultats**, nous comparerons les résultats des tests HAD et STAI, chez les patients en arrêt tabagique ou non, objectivés par la mesure de CO et en lien avec la compliance à la mindfulness.

Nous **discuterons** les résultats obtenus aux diverses échéances. Nous n'avons malheureusement pas pu sélectionner un échantillon sans comorbidité psychiatrique, ce qui a influencé négativement nos résultats. Nous présenterons une réflexion sur ce programme expérimental.

En **conclusion** : les résultats de notre étude ne sont pas statistiquement significatifs, vu le petit nombre de patients testés. Cette étude est une première tentative d'évaluation du programme complet MBSR, après 1 an, dans le sevrage tabagique.

Nous tenterons d'ouvrir des perspectives d'avenir sur le plan clinique et pour des études ultérieures.

Dans les **annexes**, le lecteur trouvera le programme détaillé des 16 séances du groupe expérimental, tous les questionnaires utilisés et les graphiques des résultats par patient, et 6 fiches techniques sur les études portant sur la mindfulness et le sevrage tabagique ».

Remerciements

Mes remerciements vont, avant tout, à Monsieur Lieven Stevens, mon co-promoteur et collègue, pour tout ce qu'il m'a appris en tabacologie et en « pleine conscience » .
Sans sa compétence en mindfulness, ce mémoire n'aurait pas pu être réalisé. Cela a été un cadeau pour moi, d'être à côté de lui, dans la co-animation du groupe. Dans un dialogue fructueux, nous avons mis en commun les richesses des communautés flamande et wallonne.
Merci aussi pour ses conseils précieux dans la rédaction du mémoire.

Merci au Docteur Vincent Lustygier, mon promoteur, pour son accompagnement efficace tout au long de la conception et de la rédaction du mémoire, pour ses précieux conseils méthodologiques.

Merci au Professeur Verbanck, à Madame Anne-Marie Beke, à Madame Maud Amiot de nous avoir autorisés à réaliser cette expérience et de l'avoir rendue matériellement possible.

Merci à toutes mes collègues pour leur soutien, pour leur souplesse horaire, …

Merci à Madame Fabienne Bauwens, instructrice en mindfulness au CHU Erasme, de m'avoir initiée à « la pleine conscience » et de me permettre d'approfondir ma pratique, par le groupe de suivi, depuis plus de 2 ans.

Merci à Mr S. Piret, bibliothécaire à la FARES pour son aide à la recherche de la littérature scientifique, à Mme M. Lefèvre et à Mme C. Meeus, Mr G. Piro, Mme M. Bastien, Mme C. Godrie pour leur relecture et leurs avis judicieux, à Mr P. Boland pour ses conseils informatiques.

Table des matières

Résumé II
Remerciements IV
Table des matières V
Liste des abréviations IX

Introduction 1

I. Partie théorique 2

Chapitre 1. Tabac et émotions, dépression et anxiété

1. Tabac et émotions 2
1.1. Le tabac provoque des émotions, les émotions provoquent le tabagisme 2
1.2. Sevrage du tabac et émotions 3

2. Tabac, dépression et troubles anxieux : données générales 5

3. Tabac et dépression 5
3.1. Le tabac provoque-t-il la dépression ou la dépression provoque-t-elle le tabagisme ? 5
3.2. Sevrage du tabac et dépression 5

4. Tabac et anxiété 6
4.1. Le tabac provoque-t-il l'anxiété ou l'anxiété provoque-t-elle le tabagisme ? 6
4.2. Sevrage du tabac et anxiété 7

Chapitre 2. Mindfulness 8
1. Introduction 8
2. Origine du terme mindfulness 8

3. Mindfulness et méditation 9
3.1. Méditation 9
3.1. Méditation dans la mindfulness 9

4. John Kabat-Zin 9
4.1. Généralité 9
4.2. Définition de la pleine conscience 10
4.3. Méditation formelle et informelle 10
4.4. Création de MBSR : un programme de 8 semaines 10
4.5. Un nouveau paradigme 11
4.6. Le paradoxe 12

5. L'évolution depuis Kabat-Zin 13
5.1. Mindfulness, 3ème génération de la TCC 13
5.2. Les programmes de mindfulness 14
5.3. Différentes thérapies s'inspirant des techniques et attitudes de mindfulness 15

6. Contre-indications, limites et dangers de la pleine conscience et conseils de sécurité 15

7. Quelques domaines d'applications de mindfulness 16

8. Etudes scientifiques validant la pleine conscience 17

9. Mindfulness et assuétudes 18
9.1. le programme MBRP 19
9.2. Etudes scientifiques validant la pleine conscience dans les assuétudes 21
9.3. Quelques pratiques cliniques en Europe francophone 21
9.4. Au CHU Brugmann, à Bruxelles 22

10. Mindfulness et arrêt tabac 23
10.1. Etudes scientifiques sur la pleine conscience dans l'arrêt tabac 23
10.1.1. Introduction 23
10.1.2. Les hypothèses et/ou objectifs de recherche 23
10.1.3. La méthodologie 24
10.1.4. Les évaluations 24
10.1.5. Les résultats 25
10.1.6. Conclusion 25
10.2. Pratiques cliniques 25
10.2.1. Aux USA, Pavel Somov 26
10.2.2. En Australie, John Williams 26
10.2.3. En France : Michaël Ramain 27
10.2.4. En Belgique Néerlandophone : Luc Rombaut 28
10.2.5 En Belgique francophone 29
10.3. Au CHU Brugmann, à Bruxelles 29
10.4. Conclusion 29

11. Hypothèses de notre étude 30
11.1. Introduction 30
11.2. Nos hypothèses de travail 30

II partie pratique 31

1. préparation du projet 31
1.1. Recherche théorique
1.2. Contacts avec d'autres professionnels 31
1.3. Contacts à l'hôpital 31
1.3.1. Avec la direction
1.3.2. Avec le comité d'éthique
1.4. Evolution de notre projet 32
1.5. Conception du programme
1.6. Recrutement 33

2. méthodologie de la recherche médicale et psychologique 35

3. profil de population 36
3.1. Age et sexe 36
3.2. Statut tabagique au départ 36

3.2.1. Nombre de cigarettes par jour 36
3.2.2. Test de Fageström 36
3.2.3. Taux de CO 36

4. analyse du profil de population 37
4.1. Sexe 37
4.2. Statut professionnel 37
4.3. Statut psychiatrique et psychologique 37
4.4. Statut alcoolique 38
4.5. Consommation actuelle d'autres drogues 38
4.6. Statut fumeur 38
4.7 Conclusion 38

5. Résultats 39
5.1. Introduction 39
5.2. Evaluation tabagique 40
5.2.1. Nombre de fumeurs 40
5.2.2. Mesure de CO 40
5.2.3. Traitement utilisé 40
5.2.4. Notes pour l'évaluation tabagique 40
5.3. Compliance au programme 41
5.3.1. Taux de fréquentation des séances 41
5.3.2. Pratique de la méditation formelle et de l'auto-observation à domicile 41
5.4. Evaluation psychologique 42
5.4.1. Evaluation psychologique en lien avec l'arrêt tabac 42
5.4.2. Evaluation psychologique en lien avec la compliance à la mindfulness 43
5.5. Apports subjectifs de la pleine conscience 43

6. Discussion 44
6.1. Limites de l'étude 44
6.1.1. Nombre de patients 45
6.1.2. Pas d'étude en aveugle 45
6.1.3 Pas de cas contrôle 45
6.1.4. Utilisation de patch et champix en plus de la mindfulness 45
6.1.5. La population : co-dépendance 46
6.2. Evaluation du programme 46
6.2.1. Longueur du programme : 16 séances 46
6.2.2. Manque d'approche théorique 46
6.2.3. Date d'arrêt tabac : imposée ou choisie ? 46
6.2.4. Le paradoxe 47
6.3. Les résultats 47

7. Conclusion et perspectives 48

Bibliographie 50

Annexes 1

Annexe 1 : accord du comité d'éthique 1

Annexe 2 : consentement éclairé 2

Annexe 3 : dépliant de présentation du parcours 3

Annexe 4 : programme des 16 semaines 4

Annexe 5 : dossier d'entrée avant de commencer le groupe 18
a) dossier tabac 18
b) test de Demaria-Grimaldi 25
c) test HAD 26
d) test STAÏ (Sipelberg) 28
e) questionnaire en vue de la participation à un groupe de mindfulness 30

Annexe 6 : évaluation à mi-parcours (après 8 séances) 33
a) évaluation de mon désir d'arrêt du tabac 33
b) évaluation de la compliance à mindfulness 34

Annexe 7 : évaluation à la fin du parcours (16 séances) 37
évaluation du groupe mindfulness et sevrage tabagique
37

Annexe 8 : évaluation 6 mois après la date d'arrêt tabac 42

Annexe 9 : évaluation 12 mois après la date d'arrêt tabac 43

Annexe 10 : résultats : lien entre les tests HAD et STAI avec l'arrêt tabac
ou le non arrêt 44

Annexe 11 : résultats : lien entre tests HAD et STAI et CO avec la compliance/non
compliance à la mindfulness 45
11.1. Les 4 patients en arrêt tabac 45
11.2. Les 6 patients pas en arrêt 46

Annexe 12 : 6 fiches techniques sur les 6 études « mindfulness et sevrage tabagique »
47
. 1. Davis et all 47
2. Cropley et all 47
3. Vidrine et all 48
4. Bowen S., Marlatt A. 50
5. Rogojanski et all 51
6.Brewer et all 52

Liste des abréviations

ACT : acceptatie and commitment therapy

CAF : centre d'aide aux fumeurs

CHU : centre hospitalier universitaire

DBT : dialectical behavior therapy

DSM IV : manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, 4ème édition

EEG : électro-encéphalogramme

MBCT : mindfulness based cognitive therapy

MBRP : mindfulness based relapse prevention

MBSR : mindfulness based stress reduction

PET-SCAN : positron emission tomography scanner

PPM : particules par millions de particules d'air

PTSD : post traumatique symptôme

RMN : résonance magnétique

SPECT-SCAN : single photon emission computed tomography

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

TCD : thérapie comportementale dialectique

Test HAD : hospital anxiety depression

Test STAI : State - Trait Anxiety Inventory

Unité 72 : unité d'assuétude au CHU Brugmann

Introduction

Infirmière en clinique d'assuétude (unité 72), dans l'institut de psychiatrie du CHU Brugmann, je constate que les traitements médicamenteux aident les patients en sevrage tabagique. Néanmoins, cela ne les aide pas à gérer les émotions éveillées par le sevrage.

L'expérience du programme « apprivoiser le stress par la pleine conscience » m'a appris à accueillir ma propre souffrance, à gérer mon anxiété.

De là est parti mon questionnement : si ce programme m'a aidée à gérer mon anxiété, peut-il aussi aider les patients en sevrage à gérer leurs émotions, pendant et après le sevrage du tabac ?

Mon collègue infirmier et tabacologue, néerlandophone, Lieven Stevens a suivi, en 2 ans, un post-graduat en Mindfulness. Depuis plus de 2 ans, dans l'unité 72, il anime des groupes d'information sur la pleine conscience et donne aux patients la possibilité d'expérimenter cette approche. Beaucoup en ont goûté les bienfaits et ont émis le désir de continuer sur ce chemin en demandant où ils peuvent suivre le programme. D'où le désir de L. Stevens de commencer le programme d'entraînement à la pleine conscience, en 8 semaines, au CHU Brugmann, pour les patients dépendants de substances.

Nos désirs se sont rencontrés. C'est dans ce contexte qu'est né notre projet commun visant à tester un programme de mindfulness dans le sevrage tabagique. Dans ce projet, nous avons chacun notre place : L. Stevens comme animateur et moi-même en comme réalisatrice de cette étude.

Notons dès maintenant que « mindfulness » a été traduit en français par « pleine conscience ». Dans la suite du mémoire, les 2 termes, anglais ou français, seront utilisés indifféremment.

Partie théorique

CHAPITRE I :

TABAC ET EMOTIONS, DEPRESSION, ANXIETE

Nous allons étudier comment le tabagisme provoque et est provoqué par les émotions, la dépression et l'anxiété.

1. Tabac et émotions

1.1. Le tabac provoque des émotions, les émotions provoquent le tabagisme

D'après Bruyr[1], dans l'analyse de la dépendance tabagique, il est commun de parler d'une dépendance, physique, psychologique et comportementale. Ces dépendances sont co-liées avec des fluctuations émotionnelles qu'éprouve le fumeur.

« La **dépendance psychologique** se manifeste par le besoin de maintenir ou de retrouver des sensations de plaisirs, de satisfaction, de détente, de bien-être ainsi que de stimulation intellectuelle et d'éveil »[2].

La **dépendance physique** : l'individu fume pour éviter ou faire disparaître une sensation de manque qui se produit lorsque le taux de nicotine diminue dans son organisme. Cette sensation de besoin très désagréable s'accompagne de nervosité, d'irritabilité, parfois de crise de colère, d'un trouble de la concentration et d'une pulsion irrésistible à fumer à nouveau.

Quant à la **dépendance comportementale**, il est aisé de comprendre qu'un produit qui nécessite un réapprovisionnement très fréquent rend le comportement d'auto-administration rapidement très automatique.

1.2. Sevrage tabagique et émotions

« De nombreuses études ont rapporté une augmentation des affects négatifs chez les fumeurs dépendants en sevrage ».[3] « En effet, des corrélations significatives existent entre le sevrage et les

[1] Bruyer B., 2006, p. 4 à 6
[2] Lagrue G., 1998

changements d'humeur ».[4] « Des situations expérimentales de sevrage rendent compte également d'une augmentation d'affects négatifs, augmentation auto-rapportée par les sujets »[5].

« Les symptômes d'émotions négatives comme l'anxiété, l'irritabilité, la frustration ou la colère et l'humeur dépressive sont des critères majeurs dans le sevrage nicotinique selon le DSM IV. Enfin, dans la pratique clinique, les fumeurs rapportent eux-mêmes des perturbations affectives telles que l'inquiétude, un stress accru, une irritabilité, et une dysphorie pendant le sevrage tabagique. Néanmoins il semble que les fumeurs, plus que n'importe qui d'autre dans la population générale, semblent avoir des **problèmes quant à leur capacité à réguler leurs affects négatifs**, et ces problèmes se manifestent conjointement avec des symptômes sévères dûs au sevrage, comme par exemple des symptômes de dépression et/ou d'anxiété, et un risque de rechute »[6] .

Dès lors, nous pouvons penser que des techniques comme la mindfulness qui apprennent aux personnes à gérer leurs émotions puissent être utiles. Nous y reviendrons dans le 2ème chapitre.

« **Des interventions conçues en vue d'augmenter** le potentiel du système volontaire de **la régulation des émotions** peuvent, dès lors, prévenir des rechutes en préparant les ex-fumeurs à réguler leurs émotions durant les périodes critiques où le stress est intense. De plus, la prise de conscience des ex-fumeurs qu'ils ne sont pas sans ressources face aux affects négatifs quand ils arrêtent de fumer, peut générer une plus grande motivation et une plus grande confiance en eux »[7].

D'après Galanti et Schreiden, « Il est donc judicieux de ne plus parler de compensation : c'est en fait la cigarette qui permettait au fumeur de se maintenir artificiellement dans un état plus ou moins insatisfaisant sans trop s'en rendre compte. Prévenir une rechute éventuelle se fait donc naturellement si ce principe est bien compris, il s'agira par exemple d'évaluer et de **renforcer les moyens de gérer le stress**, de stimuler l'affirmation de soi, de favoriser les pensées positives au sujet de cette nouvelle vie, d'encourager les activités physiques, de souligner l'importance des habitudes alimentaires et d'insister sur les possibilités d'aide et de soutien.

---

[3] Hughes, J.R., Higgins, S.T., Bickel, W.K. , 1994
[4] Hall S. et al., 1993
[5] Zinner M.C. et all, 1992
[6] Black, D., Zimmerman, M. , Coryell, W. ,1999
[7] Bruyer B. 2006. Op. cit. 1

Identifier les besoins physiques et psychologiques concernés ou occultés par la consommation tabagique est d'une grande utilité ».[8]

« Nous pensons qu'il est essentiel pour l'ex-fumeur de réfléchir à ce qui déclenche l'envie de fumer et ainsi progressivement de prendre conscience et d'identifier certaines émotions dont l'émergence lui pose problème. La prise de conscience, déjà thérapeutique en soi, peut permettre de travailler sur ces émotions, sur leur origine, sur leur gestion et sur leur saine expression. Nous privilégions la confrontation, la prise de conscience et la gestion des émotions pénibles au fumeur plutôt que l'élimination ou l'inhibition par une autre activité ou un autre subterfuge. Pour finir, il nous semble préférable que le fumeur ait déjà entamé cette **prise de conscience avant le sevrage** en tant que tel. Ceci étant fait, il ne sera que mieux préparé quand des émotions fortes, masquées jusque-là par le tabac, (ré)apparaîtront dès les premiers jours d'arrêt »[9].

Nous rejoignons l'avis de B. Bruyer, c'est pourquoi, dans notre groupe expérimental, nous avons choisi d'apprendre aux personnes à gérer leur stress pendant 8 séances, avant l'arrêt éventuel du tabac. Nous l'expliciterons dans les hypothèses de notre étude.

« L'utilisation du **tabac** intervient comme réponse face à différents besoins humains physiques ou psychologiques. Les processus à l'œuvre sont l'anesthésie ou la pseudo-satisfaction, mais le résultat est l'**occultation** d'un ou plusieurs **besoins** de la personne….

Sortir de la dépendance, ce n'est pas faire preuve d'abstinence, mais bien atteindre ou **retrouver un état de réelle satisfaction de ses besoins physiques ou psychologiques dont les signaux de manque étaient modifiés ou occultés par la cigarette**. Pour cela, un changement d'attitudes et de comportements est nécessaire. Autrement dit, l'étape de satisfaction est l'apprentissage d'une vie différente où la personne répond (enfin) adéquatement aux signaux de son organisme. Elle atteint alors un équilibre de vie beaucoup plus satisfaisant, **l'étape de réelle satisfaction des besoins** : c'est l'apprentissage d'une nouvelle vie où la personne répond adéquatement aux signaux de son organisme.

---

[8] Galanti L.et Schreiden L. 2011

[9] Bruyer B. , 2006, p. 30-31. Op. cit. 1

Dans le cas d'un sevrage tabagique, cela représente une période relativement longue (plus de 12 mois)» [10].

2. Tabac, dépression et troubles anxieux : données générales

Breslau et al[11] ont étudié le risque de dépendance à la nicotine chez des sujets adultes de 21-30 ans du Michigan, avec/sans trouble psychiatrique.

Diagnostic	***risque***
Trouble anxieux sans dépression	X 2
Dépression sans trouble anxieux	X 3
Dépression avec trouble anxieux	X 4

3. Tabac et dépression

3.1. Le tabac provoque-t-il la dépression ou la dépression provoque-t-elle le tabagisme ?

« La dépression est plus fréquente chez le fumeur (6,6%) que chez le non-fumeur (2,9%). Les fumeurs avec antécédents de dépression ont moins de chance d'arrêter de fumer (14%) que le fumeur sans antécédent dépressif (28%) »[12].

3.2. Sevrage tabagique et dépression

« Le sevrage tabagique peut être responsable de l'apparition de symptômes ou de syndromes dépressifs. Lors du sevrage, les sujets ayant des antécédents de dépression signalent **plus de symptômes dépressifs** au cours de la **première semaine de sevrage** que les fumeurs sans antécédents de dépression et le syndrome de sevrage semble, de manière générale, plus sévère chez un fumeur présentant des antécédents dépressifs. La survenue de symptômes dépressifs au cours de la première semaine de sevrage semble avoir une valeur pronostique puisqu'elle est plus **fréquemment associée à un échec** »[13].

---

[10] Galanti L. et Schreiden L. 2011. Op. cit. 8
[11] Breslau N.et all, 1991
[12] Glassman A.H., 1993
[13] Glassman A.H., 1993. Op. cit. 12

4. Tabac et anxiété

4.1. Le tabac provoque-t-il l'anxiété ou l'anxiété provoque-t-elle le tabagisme ?

« Une des plus grande vertu que les fumeurs attribuent paradoxalement à la cigarette est qu'en dépit de ses propriétés stimulantes, elle leur procure une sensation de détente. C'est d'ailleurs ces effets relaxants qui sont le plus fréquemment mis en avant par les fumeurs. La cigarette soulage l'anxiété »[14].

En psychopathologie, « Le tabagisme est plus fréquemment retrouvé chez les sujets souffrant d'une phobie sociale, d'une agoraphobie, d'un trouble panique, d'une phobie simple, d'un trouble anxieux généralisé ou d'un état de stress post-traumatique, mais pas chez ceux souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif »[15].

« Le tabagisme induit-il l'anxiété ou l'anxiété induit-elle le tabagisme ?

Des données épidémiologiques issues de deux enquêtes prospectives et de quatre études transversales ont montré que la dépendance tabagique augmente le risque de développer certains troubles anxieux comme l'agoraphobie, le trouble panique ou le trouble anxieux généralisés (preuve de grade B). Inversement, ces études ont montré que les troubles anxieux ne sont pas associés à une augmentation du risque de développer une dépendance tabagique (preuve de grade C) »[16].

4.2. Le sevrage tabagique et anxiété

« Les fumeurs souffrant de troubles anxieux ont un syndrome de sevrage tabagique en moyenne plus intense que les fumeurs sans trouble psychiatrique. Leur syndrome de sevrage est caractérisé par une irritabilité, une anxiété, des difficultés de concentration et une agitation plus importante»[17].

« Il est **possible d'apprendre à gérer les réactions émotionnelles** que le stress engendre, celles qui étaient avant, partiellement calmées par les cigarettes »[18]. « En cette matière, les thérapies cognitivo-

[14] Molimard R., 1997
[15] Aubin H., 2009
[16] Aubin H., 2009. Op. cit. 15
[17] Aubin H., 2009. Op. ci.t 15

comportementales peuvent être une aide précieuse pour l' (ex)fumeur. Elles reposent essentiellement sur l'apprentissage et l'analyse des pensées. Par un nouvel apprentissage, ces thérapies aident le fumeur à se débarrasser du comportement qui le dérange. Les approches cognitives tiennent compte du comportement observable, mais aussi des idées que la personne se fait de son comportement et de son environnement » [19].

« Certains auteurs ont montré que le niveau d'anxiété était devenu plus faible un mois après l'arrêt du tabac par rapport à la période précédent le sevrage ou que le niveau de stress se réduisait progressivement au cours des 6 premiers mois suivant l'arrêt du tabac »[20].

Pour conclure, nous pourrions dire avec Molimard « La sérénité des ex-fumeurs, on peut y voir un effet de sélection, seuls pouvant s'arrêter ceux qui n'ont pas besoin de la nicotine ou de la cigarette pour régler leurs angoisses. Mais elle pourrait aussi être acquise, fruit de la **longue maturation** et du changement profond de la personnalité qui aboutit, point terminal du processus, à l'arrêt définitif du tabac. La leçon de notre étude est que non-fumeurs et ex-fumeurs sont parfaitement distincts sur le plan de l'anxiété. On ne devient pas « non-fumeur », on devient « ex-fumeur ». Ceci suppose un « plus » dans le contrôle de soi, un gain par rapport au fumeur, assorti d'une expérience que n'aura jamais le non-fumeur de toujours. Cette donnée pourrait être exploitée pour présenter aux fumeurs l'**arrêt du tabac** non comme un sevrage castrateur, mais comme **une expérience positive, enrichissante, un épanouissement de la personnalité** »[21].

D'après notre expérience personnelle, la mindfulness est un des moyens pour apprendre à gérer son anxiété, pour augmenter le contrôle de soi, pour épanouir sa personnalité.

A partir de notre petite expérience professionnelle d'avoir pu aider individuellement des patients en utilisant les bases et attitudes fondamentales de cette méthode, nous croyons qu'elle peut aider au sevrage du tabac.

Dans le deuxième chapitre, nous allons présenter la mindfulness.

---

[18] Lagrue G., 1998. Op. cit 2
[19] Bruyer B., 2006. p. 33-34. O.p cit 1
[20] Aubin H., 2009. Op. cit. 15
[21] Molimard R., 1997. Op. cit. 14

CHAPITRE II : MINDFULNESS

1. Introduction

Aujourd'hui, les termes « mindfulness » et « pleine conscience » sont « à la mode », ils sont utilisés « à toutes les sauces », c'est-à-dire que chacun leur donne une signification différente. Pour les uns, c'est un programme bien rigoureux de 8 semaines, pour d'autres c'est une technique de méditation, pour d'autres encore, c'est une manière de vivre ou de travailler. Certains leur donnent encore d'autres sens très variés.

Nous allons commencer par éclaircir ce terme en cernant ses origines, puis en évoquant la méditation. Nous développerons le programme MBSR (mindfulness based stress reduction) de J. Kabat-Zinn, avant d'expliquer en quoi la mindfulness peut être une aide dans la prévention de la rechute des assuétudes en général et du tabac, en particulier.

Dans la suite du mémoire, nous parlerons de « méditation mindfulness » et non pas de méditation, car celle utilisée dans ces programmes est bien spécifique. C'est cette même « méditation mindfulness » que nous avons utilisée dans notre groupe expérimental.

2. Origine du terme mindflulness

Mindfulness est un mot introduit par **Tich Nath Hann** (moine bouddhiste vietnamien).

Il a traduit le terme « prajan » (vision juste) en mindfulness et en a fait le point central de son enseignement. Depuis la guerre du Vietnam, il vit en France. C'est ainsi que le terme Mindfulness est arrivé en Occident.

D'après Kabat-Zinn[22], dans le bouddhisme, il existe 4 vérités, l'une d'elle parle de l'universalité de la souffrance, une autre propose 8 chemins menant à la fin de la souffrance. 3 de ces 8 chemins se regroupent dans un ensemble : « prajan » c'est-à-dire « vision juste » ou mindfulness.

Dans le bouddhisme, Prajan (**Mindfulness**) est donc un terme précis.

Pour les occidentaux, il ***représente un programme bien spécifique d'entrainement de l'esprit, introduit par John Kabat-Zinn, qui en a fait un programme de 8 semaines, utilisant la méditation.***

[22] Kabat-Zinn J., 2005, p.159

Mais qu'est-ce que la méditation ?

3. Mindfulness et méditation

3.1. La méditation.

Différentes philosophies et religions utilisent la "méditation", mais en donnant à ce terme des contenus très variés. Il existe de nombreuses approches et formes de méditation.

Dans le bouddhisme, la méditation est une méthode d'exploration et d'étude de son expérience et de son esprit, dans l'objectif de mettre fin à la souffrance. Elle est très rigoureuse, très scientifique, elle demande des années d'apprentissage et beaucoup de discipline.

3.2. La méditation dans mindfulness

La méditation utilisée dans le programme Mindfulness de Kabat-Zinn est un ensemble de deux méthodes de méditation bouddhiste : « s'arrêter » (shamatha) et « regarder » (vipashyana).

- Shamatha : est une forme de méditation dont le but est d'arrêter toute activité mentale. Le moyen utilisé est la concentration.
- Vipassana : regarder.

« La méditation est une façon d'être, non une technique. Le but de la méditation n'est pas de tenter d'accéder à un ailleurs, mais de permettre d'être exactement là où l'on est , tel que l'on est, et de permettre au monde d'être exactement tel qu'il est à cet instant même »[23].

La méditation mindfulness n'est ni une méditation transcendantale, ni une relaxation.

4. Kabat-Zin

4.1. Généralité

John Kabat-Zinn a adapté la méditation au contexte médical. Son génie est d'avoir pu retirer l'essence universelle, de son contexte religieux. « Une des plus grandes forces de la pleine

[23] Kabat-Zinn J. , 2010, p. 20

conscience est de ne dépendre d'aucun système de croyance, ni d'aucune idéologie, si bien que ses bénéfices sont accessibles à quiconque veut les essayer sur lui-même»[24].

4.2. définition de la pleine conscience

D'après Kabat-Zinn[25], « la pleine conscience signifie « faire attention » d'une manière particulière : délibérément, au moment présent et sans jugements de valeur. » Les attitudes qui fondent la pratique de la pleine conscience sont la bienveillance, le non-jugement, la patience, l'esprit du débutant, la confiance, le non-effort, l'acceptation, le lâcher-prise.

Cultiver ces attitudes demande engagement, autodiscipline et intentionnalité.

Pour y arriver, il utilise la méditation.

4.3. Méditation formelle et méditation informelle

Dans le programme Mindfulness, 2 types de méditation sont utilisés.

La **pratique formelle** consiste à s'asseoir pour pratiquer. Il s'agit vraiment de prendre le temps, 45 minutes par exemple, pour effectuer différents exercices. Plus concrètement, il s'agit de focaliser son attention sur sa respiration, sur un endroit du corps, sur un mouvement, ou sur tout autre stimulus, et de ramener son esprit à cette focalisation chaque fois que l'attention s'en éloigne.

La **pratique informelle** consiste, elle, à focaliser son attention, moment après moment, sur ce qui se passe à un moment donné de la journée ; par exemple : quand on fait la vaisselle, quand on prend sa douche, quand on monte les escaliers, etc….

4.4. Création de la MBSR : un programme de 8 semaines

La mindfulness a été développée par Dr Kabat-Zin et son équipe, à la clinique de réduction du stress du centre médical de l'Université du Massachusetts, en 1979. Il l'a soumis à des études scientifiques rigoureuses.

---

[24] Kabat-Zinn J., 2009, p. 49
[25] Kabat-Zinn J. , 2004, p. 22

Il a proposé un entraînement à la méditation de 8 semaines, en l'essayant d'abord sur des patients qui souffraient de douleurs chroniques. Il a appelé son programme : MBSR « **Mindfulness Based Stress Reduction** ».

Il a construit son programme en 3 phases :

La 1ère phase vise la stabilisation des pensées par des méditations de concentration. Elles apportent calme et stabilité.

Dans la 2ème phase, on travaille avec des méditations d'attention.

La 3ème phase est orientée vers « prendre soin de soi ».

Ce programme s'inscrit dans un nouveau paradigme de la santé.

4.5. Un nouveau paradigme

La clinique du stress fondée par J. Kabat-Zinn, est une clinique de médecine comportementale dans un département de médecine d'un grand centre médical.

J. Kabat-Zinn nous témoigne que « les résultats de nouvelles recherches et de nouvelles façons de penser la santé et la maladie en médecine comportementale mènent … à une perspective médicale qui reconnaît l'**unité fondamentale du corps et de l'esprit**. Cette vision reconnaît que les personnes doivent participer activement et autant que possible à la prise en charge de leur santé…. Nous ne pouvons plus penser la santé en la limitant à une caractéristique du corps ou de l'esprit, car le corps et l'esprit sont interconnectés. Cette nouvelle vision reconnaît l'importance centrale du processus de la pensée en termes de totalité et d'interconnexion, ainsi que la nécessité de porter attention aux interactions entre l'esprit, le corps et le comportement dans les efforts faits pour comprendre et traiter la maladie….

La médecine étend actuellement son propre modèle de travail à ce que sont la santé et la maladie, et à la façon dont le style de vie, les schémas de pensées et de sentiments, les relations et les facteurs environnementaux interagissent tous pour influencer la santé….

Cette transformation en médecine est un renversement de paradigme »[26].

[26] Kabat-Zinn J., 2009, p. 205. Op. cit. 24

Le programme MBSR non seulement nous fait changer de paradigme, mais aussi nous confronte à un paradoxe.

4 .6. Le paradoxe

D'après Kabat-Zinn, « Le paradoxe est que l'on ne peut se changer ou changer le monde qu'à condition de s'écarter un instant de soi-même, de s'abandonner et de permettre aux choses d'être telles qu'elles sont déjà, **sans rechercher quoi que ce soit** »[27].

Dans les exercices de méditation, « le plus étonnant, contrairement à ce que l'on serait tenté de croire, c'est que **rien d'autre n'est censé se produire**. En renonçant à tenter de faire se produire quelque chose de particulier, peut-être nous rendrons-nous compte que quelque chose de très particulier se produit déjà, et se produit en permanence, à savoir notre vie qui émerge en chaque instant dans la conscience »[28].

Là est tout le paradoxe : rien n'est censé se produire, la méditation ne poursuit **aucun objectif**, elle cherche seulement à être présent ….. Et c'est à ce moment que quelque chose se passe, change … comme un fruit mûr qui tombe de l'arbre sans qu'on doive le cueillir… Le stress diminue, la dépression s'améliore, l'envie de consommer un produit comme l'alcool ou le tabac diminue … Nous retrouverons le vécu de ce paradoxe dans la partie pratique de notre mémoire.

D'après E. Maex, cela s'exerce. « Personne n'a jamais appris a jouer du piano dans un livre. C'est en s'exerçant qu'on apprend à jouer un instrument de musique, et en jouant encore et encore. Aucun livre, aucune théorie ne peut remplacer l'exercice, ni l'expérience propre. … aucun professeur ne remplacera vos exercices. C'est la même chose pour la pleine conscience »[29].

---

[27] Kabat-Zinn J. , 2010, p. 22. Op. cit. 23
[28] Kabat-Zinn J., 2010, p. 23. Op.cit. 23
[29] Maex E. 2007, p. 14
(Maex E. est psychiatre à Anvers. Il a importé la mindfulness en Belgique et a aidé plus de 3000 patients depuis 15 ans)

5. L'évolution depuis Kabat-Zin

Nous verrons d'abord comment la pleine conscience s'inscrit dans le courant des TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales) Nous aborderons ensuite les approches « purement » mindfulness et celles qui s'en inspirent.

5.1. Le programme de méditation mindfulness : 3° génération des T.C.C.

Les interventions basées sur la pleine conscience s'inscrivent dans le mouvement des TCC.

Dans les années 1960, le premier mouvement était essentiellement comportementaliste. Dans les années 1970, le deuxième mouvement cognitiviste a centré son approche sur le processus de pensées et leur articulation avec les émotions. Dans les années 1990, le troisième mouvement s'est centré sur le processus de régulation des émotions.

D'après Segal [30], les TCC visent essentiellement à changer les croyances dans les pensées et les attitudes dysfonctionnelles. Elle agit en changeant le contenu des pensées et la relation des personnes à leurs pensées et à leurs sentiments négatifs. Cela sert à outiller les patients pour qu'ils puissent choisir comment répondre à un événement, plutôt que d'être simplement emportés par l'expérience elle-même.

« La pleine conscience » travaille essentiellement sur **la relation des patients à leurs pensées**.

D'après Bruyer[31], les principes actifs de la mindfulness sont

- l'exposition : observation de son vécu
- le changement cognitif : les pensées ne sont pas la réalité
- la gestion de soi : choix du coping[32]
- l'acceptation : accueil du réel

Notons encore que la relaxation n'est pas un but de la méditation mindfulness.

Kabat-Zinn résume les effets essentiels de la pleine conscience comme suit :

---

[30] Segal Z. et all., 2006, p. 60 à 63 (Segal est le créateur de la méthode MBCT)
[31] Bruyer B. et all, 2010 (Bruyer est psychologue et tabacologue en Belgique)
[32] Le coping est l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant, afin d'en maîtriser ou diminue l'impact sur son bien-être physique et psychique

« C'est un **sentiment de liberté** remarquable d'être capable de voir que vos pensées ne sont que des pensées et qu'elles ne sont ni « vous » ni la « réalité ». Le simple fait de reconnaître vos pensées comme des pensées peut vous libérer de la réalité déformée qu'elles créent souvent et permettre une vue plus claire des choses et une plus grande sensation de pouvoir gérer votre vie »[33].

D'après Dunker D.[34], « il existe des similitudes entre la TCC et la pleine conscience, notamment le fait de se centrer sur l'expérience ici et maintenant et de promouvoir une meilleur connaissance du **lien** entre les **pensées,** les **émotions,** les **comportements** et la **gestion des émotions** (par l'acceptation dans le cas de la pleine conscience). Toutefois, l'application de la pleine conscience ne se base pas sur des objectifs thérapeutiques explicites comme dans la TCC. Au contraire, les participants sont encouragés à laisser de côté leurs objectifs ».

En cela, nous retrouvons le paradoxe cité plus haut.

Une autre différence est que les intervenants doivent s'engager dans une pratique personnelle de la pleine conscience.

Nous notons deux directions d'évolution.

Les thérapies/approches "purement" Mindfulness, et les thérapies/approches qui s'inspirent de certains techniques/attitudes de Mindfulness.

5.2. Les programmes mindfulness.

Plusieurs branches se sont créées :

MBSR : Mindfulness Based Stress Reduction (J. Kabat-Zinn, 1982)

est utilisé pour les problèmes de stress quels qu'en soient les symptômes physiques ou psychologiques.

MBCT : Mindfulness Based Cognitive Therapy (Teasdale, Segal et Williams, 1995)

est utilisé pour la prévention de la rechute dépressive.

---

[33] Kabat-Zin J. 1990.

[34] Dunker D., 2007 (Dunker D. est instructrice mindfulness et anime des groupes de prévention de la rechute avec mindfulness, en Suisse)

MBRP : Mindfulness Based Relapse Prevention (Marlatt, 1994)

est utilisé dans la prévention de la rechute dans le cadre d'assuétudes.

5.3. Différentes thérapies s'inspirant des techniques et attitudes de mindfulness.

Différentes thérapies s'inspirent des techniques et attitudes de la mindfulness, tout en ne proposant ni les 8 séances, ni l'apprentissage à la méditation. Les plus connues sont :

DBT : Dialectical Behavior Therapy, développée par M. Linehan, depuis 1993

(en français : TCD : thérapie comportementale dialectique)

DBT a été créé, au départ, pour les patients borderlines.

ACT : Acceptance and Commitment Therapy, développé par Hayes, depuis 1999

(en français : Accepter, Choisir, Tenir le cap)

Tenir le cap c'est-à-dire s'engager dans la direction choisie.

L'ACT inclut l'attitude d'acceptation au processus de changement de comportement.

6. Contre-indications, limites, dangers de la pleine conscience et conseils de sécurité

D'après G. Herbette [35], les **contre-indications** de la pleine conscience sont :

un épisode dépressif aigu, le trouble bipolaire non stabilisé, des séquelles psychologiques d'abus physiques, émotionnels ou sexuels non traités, certaines séquelles de PTSD (syndrome post-traumatique), les attaques de panique récurrentes, les dissociations, les troubles psychotiques (délires, hallucinations).

D'après Bruyr[36], les **limites pratiques** de la mindfulness résident dans le fait que le développement des techniques demande une pratique quotidienne longue (45 minutes) qui n'est pas toujours facile à appliquer. Elle nécessite donc un niveau de motivation élevé avant d'en commencer l'apprentissage.

[35] Herbette G., 2011 (G. Herbette est docteur en psychologie et instructrice MBSR et MBCT en Belgique).

E. Maex[37] propose aux instructeurs de répéter certaines instructions pour créer un climat sécurisant :

- veiller à ce que la position corporelle soit confortable et respecter les limites physiques de la personne (pour contrecarrer la dureté, les exigences et la violence que certains se font subir).
- répéter que ce ne sont pas des exercices de respiration, mais d'observation de la réalité.
- souligner qu'il est normal que l'esprit s'éloigne par l'imaginaire (afin d'éviter les jugements négatifs sur eux-mêmes et les découragements).

E. Maex souligne que les personnes fragiles ont besoin d'un autre thérapeute à leur côté.

Il note que la faiblesse du programme est de s'arrêter à 8 séances. (Certains instructeurs organisent des groupes de suivi).

Avec E. Maex[38] , nous pouvons conclure que quand on tient compte de ces contre-indications, limites, dangers de la méditation, celle-ci est « guérissante ». Elle construit un **sentiment intérieur de sécurité**. Elle est un acte d'amour face à soi-même, lorsqu'on se donne du temps pour être avec ce qui est : sa souffrance, sa peur, … sans jugement, avec bienveillance, lorsqu'on respecte ses propres limites.

7. Quelques domaines d'applications du programme mindfulness

D'après G. Herbette[39], la pleine conscience a été initialement développée pour **réduire le stress** chez des personnes souffrant de problèmes physiques ou psychologiques. Plus récemment, une équipe de chercheurs a adapté ce protocole à la prise en charge de la dépression, plus précisément dans un cadre visant à **prévenir les rechutes dépressives**. Tout cela a été précisément évalué et les résultats sont très positifs.

On peut également travailler avec la pleine conscience dans la gestion de problèmes de sommeil, de douleur chronique, dans les troubles anxieux généralisés, dans les troubles obsessionnels compulsifs,

---

[36] Bruyr B., 2010. Op. cit 31
[37] Maex E. 21-12-2011
[38] Maex E. 15-8-2011
[39] Herbette G., 2011 Op.cit. 35

dans le traitement de acouphènes chroniques, le psoriasis, la fibromyalgie, l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires, etc ….

Des études ont évalué et validé les résultats positifs.

« Notons que la pleine conscience ne doit pas être considérée comme une thérapie en soi mais un complément à un traitement déjà effectué ou en cours »[40].

8. Etudes scientifiques validant la pleine conscience

Parmi les très nombreuses études scientifiques sur la mindfulness, épinglons en quelques-unes qui ont validé la mindfulness et qui sont importantes pour le sujet de ce mémoire.

D'après R. Van Barel[41], des études scientifiques sur la médiation ont utilisé des imageries médicales sur le cerveau de personnes qui méditent : résonance magnétique, résonance magnétique fonctionnelle, pet-scan, spect-scan EEG. Ces images du cerveau de personnes qui méditent montrent un changement structurel et fonctionnel.

Elles font encore l'objet d'études et de discussions.

Amishi P. et all[42] ont enquêté sur les effets de la pleine conscience chez les individus dans des situations de stress élevé. Ils expliquent les résultats de leur étude : «Ces résultats mettent en lumière les mécanismes basés sur la conscience. Ils démontrent que l'expérience de stress peut non seulement être réduite avec un programme de 8 semaines de formation de l'attention, mais que ce changement d'expérience correspond à des changements structurels dans l'amygdale, un constat qui ouvre la porte à de nombreuses possibilités pour des recherches plus poussées sur le potentiel de la pleine conscience ».

[40] Bruyer B. et all, 2010. Op.cit. 31
[41] Van Barel R., 2008
[42] Amishi P. et all, 2007

Grossman et all[43] ont fait une méta-analyse reprenant 20 études sur 1605 sujets de pathologies variées : douleur, cancer, maladies cardio-vasculaires, anxiété, dépression, troubles alimentaires, stress. Les résultats montrent que la MBSR est une aide pour faire face à ces maladies.

Baer[44] a fait une méta-analyse sur différentes approches de la mindfulness et leur utilité dans le traitement de différentes maladies. Les résultats montrent que des interventions basées sur la mindfulness sont une aide dans le traitement de nombreuses pathologies.

Taesdale et al[45] ont fait plusieurs études montrant les effets spécifiques du programme MBCT sur la rechute dépressive.

En Belgique, Heeren et Philippot[46] ont réalisé de nombreuses études sur les effets de la mindfulness. Ils ont passé en revue les modèles théoriques et les recherches empiriques investiguant la pertinence clinique de la pleine conscience. Ils ont examiné les domaines d'efficacité de cette approche ainsi que les processus de changement qu'elle implique. Ils valident globalement cette démarche et lui donnent un substrat scientifique structurel et fonctionnel.

D'après Kabat-Zinn[47], les nombreuses études et articles publiés dans de prestigieuses revues scientifiques ont conféré ses lettres de noblesses à la recherche sur la méditation et sur la mindfulness, domaine qui, jusqu'alors n'avait guère été pris au sérieux.

Nous n'en avons évoqués que quelques-uns pour nous centrer sur les études plus spécifiques sur la mindfulness et les assuétudes.

9. Mindfulness et assuétudes

Abordons maintenant la manière dont cette technique peut aider dans la prise en charge des assuétudes en général et plus spécifiquement dans le sevrage du tabac.

Nous parlerons d'abord du programme MBRP de Marlatt. Nous mentionnerons quelques expériences cliniques avant d'évoquer l'expérience au CHU Brugmann.

---

[43] Grossman P. et all, 2004
[44] Baer R.A., 2003
[45] Taesdale J.D. et all, 1995
[46] Heeren A. et Philippot P., 2009
[47] Kabat-Zinn J., 2005, p. 15. Op. cit. 22

9.1. Le programme MBRP (mindfulness based relapse prevention)

En se basant sur la structure de MBSR (réduction du stress) et MBCT (prévention des rechutes dépressives) , Marlatt[48] (qui travaille depuis de nombreuses années sur des programmes de prévention de la rechute) a développé un programme de 8 séances d'intégration de la mindfulness dans la prévention de la rechute traditionnelle : MBRP (prévention de la rechute basée sur la mindfulness). Il a réalisé de nombreuses études avant de publier son guide clinique en 2011.

Sa recherche permet de trouver l'**équilibre entre l'indulgence** pour ce qui nous est nuisible **et** la stricte **renonciation**, entre l'auto-compassion et l'auto-discipline. Il a intégré l'habileté de la pleine conscience, basée sur les principes d'**auto-compassion** et d'acceptation de toutes les expériences, y compris les envies et le **craving.**

La pratique de la pleine conscience augmente la sensation de liberté et de capacité de choisir. Entre le stimulus et la réponse, il y a un espace, et dans cet **espace**, il y a une **possibilité de choisir**. La pratique de la mindfulness augmente cet espace et la possibilité de remplacer la réponse automatique et habituelle par une réponse adéquate. Chez les personnes dépendantes d'un produit, le choix conscient diminue donc le risque de rechute.

De plus, l'approche de la mindfulness peut aider à réduire la tendance à exacerber les émotions négatives : la stigmatisation, la honte, le blâme, et toutes les expériences négatives que vivent les personnes accrochées à un produit.

Les 3 premières séances de son programme sont axées sur l'apprentissage de la pratique de la pleine conscience et de son intégration dans la vie quotidienne. Les 3 séances suivantes sont centrées sur l'acceptation de l'expérience présente et la prévention de la rechute. Les 2 dernières séances sont centrées sur le « prendre soin de soi », le réseau social et le style de vie équilibré.

D'après la tabacologue B. Bruyer[49] , le craving est comme une **vague**. Si la personne n'est pas consciente, la vague emporte tout. Si elle est consciente et accepte cette vague sans jugement, elle a

---

[48] Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. , 2011, p. VII et IX et 3. Traduction libre

[49] Bruyer B.et all, 2010. Op.cit. 31

la possibilité de choisir la façon d'y répondre, sans la combattre, ni se laisser emporter. Surfer sur la vague c'est donc ne pas la combattre, mais plutôt monter dessus comme un surfeur, et l'expérimenter d'un point de vue cognitif, affectif et physiologique, c'est-à-dire en prendre encore plus conscience.

D'après Bruyer[50] , la mindfulness se situe au niveau de la prévention de la rechute, comme **adjonction aux autres traitements**.

Les principes sont :

- **Identifier** les déclencheurs du craving (et donc les situations à risque) pour pouvoir y faire face de façon plus adaptée.

- apprendre une nouvelle stratégie de coping à utiliser dans les situations à risque pour ne plus y répondre de façon automatique.

L'acquisition de cette nouvelle façon de faire face au craving va augmenter le sentiment d'**auto-efficacité** et donc diminuer le risque de rechute.

Les moyens de la mindfulness sont

- se positionner en tant qu'**observateur** de la situation de craving.

- prendre conscience de la non-permanence de cet état désagréable.

- **accepter** l'inconfort lié au craving (et non pas le supprimer), cela permet de ne pas répondre au craving de façon automatique et de choisir la réponse en toute conscience.

- prendre conscience des pensées, idées intrusives qui amènent au craving, donc identifier les déclencheurs.

D'après Dunker D.[51] , lorsqu'un individu **accepte** l'expérience (en l'occurrence l'envie), elle devient plus gérable et cela induit une diminution naturelle de l'envie.

De nombreuses études ont été réalisées sur les effets de mindfulness sur les envies de divers produits et l'aide que le programme peut apporter dans la prévention de la rechute.

---

[50] Bruyer B.et all, 2010. Op.cit 31
[51] Dunker Scheuner D., 2007. Op.cit. 34

9.2. Etudes scientifiques validant la pleine conscience dans les assuétudes

Notons-en quelques-unes.

D'après une étude de Bowen [52], des prisonniers qui ont suivi un module intensif de méditation ont présenté une **diminution de leur consommation de substances** (excepté pour le tabac), ainsi qu'une diminution de leurs symptômes psychiatriques.

D'après une étude de Bowen [53], des personnes qui ont suivi un module de méditation intensif ont présenté une **diminution de leur consommation d'alcool** ainsi qu'une diminution de leur tentative d'éviter les pensées intrusives.

D'après une étude de Zgierska[54], des personnes alcoolo-dépendantes ont suivi une session de 8 séances de mindfulness et ont présenté une **diminution de leur consommation** ainsi qu'une diminution des scores d'anxiété, de dépression et de stress (des déclencheurs possible de la rechute).

A notre avis, ce programme peut être adapté aux personnes en sevrage tabagique. Nous développerons nos arguments dans l'hypothèse de notre groupe expérimental.

9.3. Quelques pratiques cliniques en Europe francophone

Quelques instructrices en mindfulness animent, avec leurs équipes, des groupes de « pleine conscience et prévention de la rechute ». Ces groupes sont pour la plupart constitués de patients alcooliques.

Scheuner Danielle Dunker, psychologue à la clinique d'alcoologie Tamaris, à Prilly en ***Suisse*** et Laetitia Veyron à ***Paris***, toutes deux, instructrices en mindfulness animent, avec leurs équipes, des groupes « mindfulness et assuétudes » et des groupes de travail entre professionnels, sur ce sujet.

Sandra Campanaro, psychologue à l'hôpital Erasme à ***Bruxelles***, a animé un groupe « mindfulness et assuétudes ».

---

[52] Bowen, S. et al.l 2006
[53] Bowen. S.et al.l 2007
[54] Zgierska, A et all. 2008

9.4. Au CHU Brugmann à Bruxelles

L'unité 72 est un service d'hospitalisation psychiatrique, de 29 lits, spécialisé dans les assuétudes. Il fait des sevrages d'alcool, de tabac, de médicaments, de cannabis, de jeux pathologiques.

La thérapie la plus utilisée est la thérapie cognitivo-comportementale. Outre le suivi individuel par un(e) psychiatre, une psychologue et un(e) infirmièr(e) de référence, l'essentiel du travail se réalise lors des 15 groupes d'une heure, qui sont proposés aux patients.

Nous ne parlerons ici que des 2 groupes qui nous intéressent.

a. **Le groupe prévention de la rechute** une fois par semaine. Il est obligatoire pour tous les patients. Une fois par mois, L. Stevens (post-gradué en mindfulness à l'Arteveldeschool en 2009) anime sur le thème « **mindfulness et prévention de la rechute** ».

Il fait un exposé théorique en montrant entre autre comment l'alcool ou la cigarette donne une (pseudo)- satisfaction immédiate aux besoins, comment trouver un nouvel équilibre en donnant une satisfaction réelle aux besoins normaux et naturels. Cela passe

- par l'accueil des émotions, portes d'entrée de nos besoins,
- par l'entraînement à sortir du « pilote automatique », à prendre conscience pour retrouver la liberté de choisir.

Ensuite, il permet aux patients d'expérimenter, de "goûter" la méditation, pendant 15-20 minutes, suivie d'un temps de partage de l'expérience.

b. **Le groupe mindfulness** est un groupe libre, organisé une fois par semaine.

Y participent librement les patients qui désirent expérimenter plus longuement la pleine conscience. Dans ce groupe, pas d'exposé théorique ; on commence par l'expérience de 30 minutes de méditation, suivi d'un partage au cours duquel L. Stevens donne quelques éléments théoriques.

10. Mindfulness et arrêt tabac

Marlatt nous dit : « pour le fumeur, il est inimaginable de rester plus de 45 minutes sans fumer, mais il n'imagine pas que son désir, apparemment insurmontable, puisse s'atténuer seulement s'il lui donne de l'attention. La mindfulness développe une habilité à accueillir les envies et le craving, seulement en l'observant, sans consommer la cigarette. Le fumeur croit que son envie ne passera qu'en allumant une cigarette. L'envie peut disparaître simplement si on lui accorde le temps de passer ! ».[55]

10.1. Etudes scientifiques sur la pleine conscience dans l'arrêt tabac

10.1.1. Introduction

Parmi les nombreuses études sur la mindfulness et assuétudes, il y a peu d'études disponibles sur l'efficacité de la mindfulness dans le sevrage du tabac. Elles sont pour la plupart récentes. Leurs impacts méthodologiques nous paraissent faibles. Nous n'avons trouvé sur le net que 6 études spécifiques sur mindfulness et tabac. Nous allons les synthétiser. Vu leur importance dans le propos de ce mémoire, un résumé sous forme de fiches techniques de ces 6 études se trouve en annexe 10 page 47. Nous verrons, comme nous l'avons dit plus haut, que les chercheurs rangent des expériences tout à fait différentes sous le terme mindfulness.

Toutes les études ont porté sur des fumeurs de minimum 10 ou minimum 5 cigarettes par jour.

10.1.2. Les hypothèses et/ou objectifs de recherche

Les hypothèses et/ou objectifs de recherche étaient très variés :

Cropley[56], Bowen[57] et Rogojanski[58] ont évalué les effets d'interventions brèves de mindfulness sur le besoin de fumer, les affects négatifs, l'humeur dépressive, le comportement du fumeur, le sentiment d'auto-efficacité dans la réponse au craving.

---

[55] Bowen S., Chawla N., Marlatt A. 2011. P. IX traduction libre de l'anglais. Op. cit. 44
[56] CropleyM. et all, 2007
[57] Bowen S. et all, 2009
[58] Rogojanski J. et all, 2010

Davis[59], Vidrine[60] et Brewer[61] ont évalué l'effet du programme mindfulness de 8 séances sur l'habilité cognitive acquise pour gérer le craving (Davis), sur le contrôle de l'attention et de l'automaticité, la diminution des symptômes de manques et des affects négatifs et le sentiment de la capacité à réussir l'arrêt du tabac (Vidrine). Brewer et all ont évalué la corrélation entre la pratique formelle et informelle de la méditation à domicile et l'arrêt du tabac.

10.1.3. La méthodologie

La méthodologie était très variée :

3 de ces études ont porté sur des attitudes ou des interventions brèves de la mindfulness. Cropley et all ont utilisé une relaxation par body scan de 10 minutes. Bowen et all ont utilisé des CD audio (de 11 minutes) suggérant aux patients d'accepter leurs besoins et leurs envies. Rogojanski et all ont utilisé des CD (de 20 minutes) suggérant aux patients de rester attentifs, d'accepter les pensées, sentiments qui surgissaient, d'accueillir le craving.

3 études ont porté sur un programme de 8 séances : Davis et Vidrine ont étudié les résultats du cycle MBSR. Dans ces 2 études les séances étaient hebdomadaires. Brewer et all ont étudié les effets d'un cycle de 8 séances de mindfulness inspirée du manuel de Marlatt sur la prévention de la rechute de drogues. Les séances étaient données 2 fois par semaine.

Il est difficile de comparer des études qui ont des hypothèses et une méthodologie aussi différentes.

10.1.4. Les évaluations

Les évaluations ont aussi été faites à des moments très différents, qui varient de 5 minutes après l'intervention à 17 semaines après la fin du programme. Il nous est donc impossible de synthétiser les évaluations.

10.1.5. Les résutlats

Malgré toutes ces difficultés, nous allons tenter de dégager quelques résultats de ces études. L'intervention brève du body scan (scanner corporel) peut être bénéfique dans la gestion des envies

[59] Davis M.J. et all, 2007
[60] Vidrine J. et all, 2009
[61] Brewer J. et all, 2011

de fumer et des symptômes de sevrage (Cropley). Des instructions basées sur les techniques de mindfulness (acceptation des envies et besoins) ont un effet sur la gestion des envies de fumer et peuvent donc être une aide pour changer le comportement tabagique (Bowen). Les stratégies de mindfulness peuvent être utiles dans la gestion des envies de fumer, en augmentant le sentiment d'auto-efficacité, en diminuant les affects négatifs, les symptômes dépressifs et le niveau subjectif de dépendance tabagique. (Rogojanski). Il y a une corrélation claire entre la pratique de la mindfulness formelle et informelle et l'abstinence tabagique (à 6 semaines : Davis), (à 17 semaines : Brewer). La pratique de mindfulness est associée à des symptômes de manque moins sévères et à une augmentation de la capacité à s'abstenir de fumer dans les situations à hauts risques (Vidrine).

10.1.6. Conclusion

En conclusion, nous pouvons dire que ces 6 études ouvrent des pistes.

Les 3 études portant sur le programme MBSR adapté au sevrage du tabac, sont très prometteuses. Mais l'utilisation de la mindfulness dans le sevrage du tabac doit encore être validée. Aucune étude évaluée 6 mois et 1 an après l'arrêt du tabac n'est disponible. Une grande étude prospective, de long terme, incluant un grand nombre de patients reste nécessaire pour évaluer la pertinence objective de cette technique.

10.2. Pratiques cliniques

Nous avons trouvé 4 personnes qui s'inspirent de la mindfulness dans l'accompagnement des fumeurs en vue de la diminution ou de l'arrêt du tabac : P. Somov, J. William, M. Ramain et L. Rombaut. Les 3 premiers n'utilisent pas le cycle classique de 8 séances de MBSR. L. Rombaut organise un cycle de 8 séances dans lequel il s'est inspiré de la MBSR.

10.2.1. Aux USA, Pavel Somov

P. Somov[62] propose une méthode en 5 étapes :

- 1ère étape : se préparer à quitter le tabac.

* 1ère partie : réveiller le zombie qui fume. Pour cela, Somov propose 4 petits exercices pratiques par jour, pendant 30 jours pour passer d'une manière de fumer inconsciente à une manière consciente et se poser des questions sur sa réalité de fumeur.

* 2ère partie : des exercices de respiration : « fumer l'air pur ».

- 2ème étape : destination abstinence : Somov propose une série d'exercices pour apprendre à contrôler le craving.

- 3ème étape : se préparer à quitter le tabac : Somov offre des exercices de conscience, d'auto-acceptation, de prendre soin de soi, de coping.

- 4ème étape : se tester et quitter le tabac : Somov propose des tests pour vérifier si la personne est prête à quitter le tabac et fixer une date d'arrêt.

- 5ème étape : l'arrêt ou la diminution du tabac et la prévention de la rechute. Somov s'inspire des attitudes mindfulness d'auto-acceptation, de non-jugement pour travailler sur les reconsommations accidentelles ou les rechutes.

Sa méthode donne des outils intéressants pour travailler avec des personnes en pré-contemplation. Il utilise la consommation de cigarettes comme moment privilégié de méditation en pleine conscience pour devenir de plus en plus présent à soi et s'éveiller à sa vie. Son programme aide les personnes à transformer les pauses cigarettes en moments de méditation pour gérer le stress, les envies, puis arriver à profiter des pauses sans cigarettes et prévenir ainsi les rechutes.

10.2.2. En Australie, John Williams

J. Williams[63]commence aussi son programme par des exercices pour fumer consciemment. Ce qui aide les personnes dans le stade de la pré-contemplation, à prendre conscience de leur addiction et des effets de la cigarette Il préconise une diminution progressive du tabac jusqu'à 5 ou 2 cigarettes

[62] Somov P., Somova M., Totarsky A. 2011
[63] Williams J. 2012

par jour, avant l'arrêt total. Avant l'arrêt, Williams propose des exercices pour être conscient de la montée et descente du craving, de ce qui est à l'origine de celui-ci, des émotions qui sont à l'origine des situations à risque de rechute. Les fumeurs deviennent ainsi capables de surfer sur l'envie.

Le fumeur décide lui-même de sa date d'arrêt quand il se sent prêt. La reconsommation n'est pas un problème à condition d'être conscient de la raison et de recommencer le programme.

10.2.3. En France, Michaël Ramain

M. Ramain[64] propose une méthode d'arrêt tabac sur son site internet « libre du tabac ».

Sa méthode est basée sur des exercices inspirés de la pleine conscience, des exercices de prise de conscience et d'auto-observation de plus en plus pointus sur ce que vit le fumeur avant de fumer et pendant qu'il fume. La première étape consiste à « remettre un pilote dans l'avion » en pointant chaque cigarette et en notant la différence entre les cigarettes-plaisir, et les cigarettes-besoin.

Ramain aide le fumeur à découvrir les pensées et émotions qu'il ne veut pas voir derrière « son écran de fumée » et quels sont les besoins qu'il cherche à satisfaire faussement en fumant. Il invite à aller voir dans les profondeurs de l'iceberg. Il offre des exercices pour apprendre à « surfer » sur les envies de fumer.

Le processus commence par un temps de préparation à l'arrêt de 47 jours, guidés par « 7 clés d'or » (copyright) envoyées par mail une fois par semaine. Les fumeurs sont encouragés par des mails quotidiens.

Vient ensuite la journée d'arrêt tabac, vécue lors d'un séminaire en groupe. Celle-ci est suivie de possibilité d'un coaching de soutien par téléconférence.

10.2.4. En Belgique néerlandophone, Luc Rombaut

L. Rombaut[65], en s'inspirant de J. William, P. Somov et M. Ramain, propose un parcours en 4 étapes :

---

[64] Ramain M., 2010
[65] Rombaut L. juin 2012

- Etape 1 : « Moi, arrêter le tabac ? Jamais ! ». Aux personnes en pré-contemplation et contemplation, il propose une séries d'exercices pratiques pour « éveiller le zombie » qui fume et l'encourager à fumer consciemment.

- Etape 2 : « Arrêter le tabac ? Peut-être un jour ! ». Pour explorer l'ambivalence, il propose des exercices de pleine conscience pour accueillir toutes les pensées, émotions, sentiments, les sensations corporelles, en lien avec le tabac.

- Etape 3 : « Je veux arrêter mais comment ? ». Rombaut propose des exercices pour apprendre à surfer sur l'envie en accueillant toutes les émotions, pensées, etc… liées au craving. Il suggère 2 tests pour vérifier si on est vraiment prêt à arrêter le tabac.

- Etape 4 : « Hourra, j'ai arrêté et maintenant ? ». Accueillir l'ennui, l'envie.

- Etape 5 : « Je suis un ex-fumeur heureux ».

- Etape 6 : « Ouie ! la rechute ! ». Rombaut propose des exercices pour se reprendre en main après une reconsommation ou une rechute.

A partir de septembre 2012, Luc Rombaut[66] proposera, pour la première fois, à Gand, un parcours de 8 séances réparties sur 10 semaines :

- Semaine 1 à 3 : fumer consciemment et exercices de pleine conscience (concentration et conscience du corps).

- Semaine 4 à 5 : surfer sur l'envie et être conscient de ses pensées, sentiments, sensations.

- Semaine 6 : gérer les rechutes et essai d'arrêt.

Les personnes choisissent un jour d'arrêt entre les semaines 6 et 7, si elles se sentent prêtes.

- Semaine 7 : évaluer l'arrêt et prévenir les rechutes.

- Entre les semaines 7 et 10 : possibilité d'être aidé par mail ou téléphone.

- Semaine 10 : conclusion et perspective**s.**

[66] Rombaut L. 31/5/2012

10.2.5. En Belgique francophone,

Les tabacologues contactés qui ont suivi pour eux-mêmes le cycle MBSR ou MBCT, reconnaissent qu'ils adaptent la méthode aux fumeurs qu'ils accompagnent. Toutefois nous n'avons pas trouvé de programme spécifique basé sur la pleine conscience, adapté au sevrage du tabac et couvrant une pratique clinique.

Nous voyons ces dernières années et même ces derniers mois, partout dans le monde, des personnes inventer des approches pour aider les fumeurs, à partir d'exercices de pleine conscience. Tout ceci est prometteur. Même si aucune conclusion ne peut être tirée de ces méthodes car aucune étude de validation n'est disponible.

Notons que Lieven Stevens est, à ce jour, le seul tabacologue (belge) qui ait suivi la formation d'instructeur en mindfulness.

10.3. Au CHU Brugmann,

Le CAF organise, plusieurs fois par an, dans le cadre du projet « renaissance », une semaine motivationnelle d'arrêt tabac.

Lors de la semaine motivationnelle de mars 2011 (à laquelle j'ai eu la chance de participer comme stagiaire), Lieven Stevens a présenté la mindfulness comme une aide dans la prévention de la rechute. Après les 20 minutes d'expérimentation de la méditation, un patient s'est exclamé : « Cela fait le même effet qu'une cigarette ! Je ne me suis jamais senti aussi détendu ». La majorité des patients était étonnée d'avoir pu rester 20 minutes sans rien faire, sans ressentir aucune envie de fumer et, à la fin de l'expérience, ils se sentaient si bien, qu'ils n'avaient pas besoin de courir fumer une cigarette.

L. Stevens présente maintenant la pleine conscience lors de chaque semaine motivationnelle.

10.4. conclusion

En conclusion, nous pouvons dire que des initiatives ont été prises récemment en s'inspirant des attitudes et exercices de la pleine conscience dans la prise en charge du sevrage tabagique. Mais

aucune pratique clinique n'utilise le programme mindfulness (MBSR ou MBPR) dans le sevrage tabagique. Notre projet est donc innovateur.

11. Hypothèses de notre étude

11.1. Introdution

Nous adhérons au concept de l'ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement) qui parle de l'évitement expérimentiel. Il est défini comme le refus de ressentir l'expérience des phénomènes négatifs comme les émotions, les sensations, les besoins et le fait de poser des actes pour les éviter ou les éliminer, même si cela est nuisible. Certaines psychopathologies et l'utilisation de produits addictifs peuvent être des essais infructueux et des efforts contreproductifs pour éviter les expériences négatives.[67]

11.2. Nos hypothèses de travail

1. Notre première hypothèse est celle formulée par l'équipe de Davis et Al [68] :

« L'habileté cognitive acquise par la mindfulness peut être utilisée pour gérer le craving, les symptômes de manque et le stress émotionnel ».

2. Il existe un autre chemin pour répondre à l'envie. Ce chemin est différent de celui de céder à l'envie ou de lutter contre celle-ci. C'est le chemin de l'acceptation de l'envie.

3. Il est démontré que la mindfulness est un outil qui offre aux personnes la possibilité d'augmenter leur capacité de gérer leurs émotions, leur anxiété et le syndrome dépressif.

Nous pensons que l'entraînement à la pleine conscience avant l'arrêt du tabac peut offrir aux personnes, la possibilité d'augmenter :

- leur capacité de gérer les symptômes qui apparaissent lors du sevrage tabagique,
- leur capacité de gérer leurs émotions et par là, à prévenir les rechutes tabagiques à long terme.

---

[67] Beart R. 2006

[68] Davis M.J. et all , 2007. Op. cit. 55

Partie pratique

1. Préparation du projet

1.1 Recherche théorique

La partie théorique du mémoire montre l'importance que nous avons accordée à la recherche théorique afin de fonder notre étude sur une littérature scientifique.

1.2. Contacts avec d'autres professionnels

Avant de commencer notre projet, nous avons contacté, par mail :

- D. Dunker (Suisse) et L. Vayron (Paris), toutes deux instructrices en mindfulness ayant déjà une pratique clinique de mindfulness et assuétude, afin qu'elles nous partagent un peu leur pratique clinique.
- S. Campanaro, psychologue à l'hôpital Erasme à Bruxelles, qui anime un groupe « mindfuless et assuétudes »
- Dr M. Ramain, médecin français, qui a créé une méthode de sevrage tabagique, par mail, en s'inspirant de mindfulness (sans animer le cycle de 8 semaines).

Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt le guide clinique de Marlatt[69] dès sa publication. (en mars 2011, alors que notre programme de 16 séances avait commencé en février 2011).

1.3. Contacts à l'hôpital

1.3.1 Avec la direction

Nous avons reçu un plein soutien et un accord de l'ensemble des responsables de notre secteur.

1.3.2. Avec le comité éthique

Nous avons demandé et reçu l'accord du comité éthique du CHU Brugmann (annexe p. 1)

[69] Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A., 2011. Op. cit. 44

1.4. Evolution de notre projet

Sur base de la théorie, nous avons décidé de créer un cycle de 16 séances : 8 séances MBSR suivi de l'arrêt tabagique et de 8 séances de prévention de la rechute. Nous restons ainsi fidèles à notre hypothèse c'est-à-dire apprendre la pleine conscience avant l'arrêt du tabac.

1.5. Conception du programme

Les *8 premières séances* ont été le programme mindfulness, tel qu'il est donné dans le cycle *MBSR.*

A la fin de chaque séance, les participants ont reçus des *exercices à faire à domicile*. Ils ont été téléchargés sur site francophone sur la pleine conscience[70]. A cela, L. Stevens a ajouté quelques exercices tirés des cours qu'il a suivis lors de sa formation en mindfulness à Gand [71].

Les participants ont reçus 4 CD avec des méditations pour s'exercer à domicile.

Pour les 3 premiers CD, ces médiations ont été téléchargées sur le site internet cité plus haut[72] Le 4ème CD a été recopié de F. Bauwens[73], avec son aimable autorisation.

Vous trouverez, *en annexe,*(page 4 à 17*)* 16 pages avec *l'objectif, le contenu des 16 séances.*

(L'annexe est en Néerlandais car ce programme a été créé par L. Stevens, néerlandophone). Ce programme, très précis pour la gestion du temps, a bien sûr été adapté en fonction des besoins réels des patients au moment même de la séance.

Dans cette *première partie*, nous avons fait le choix, nous animateurs, de ne pas parler du tabac. Si les participants en parlaient durant le partage, nous accueillions bien sûr leur vécu.

Nous avons proposé, au cours de la *7ème séance*, une évaluation de leur désir d'arrêt du tabac, des conseils précis pour l'arrêt avec entre autre un dosage de patch adapté à chacun, et nous avons suggéré à ceux qui se sentent prêts d'arrêter le tabac, le jour de leur choix, entre la 7ème et la 8ème séance.

---

[70] Ségal et all, 2002
[71] Formation mindfulness. Artevelde school. Gand 2008-2009
[72] Weber B., Philippot P., Bondolfi G., Myers-Arrazola L. enrégistrement audio des exercices
[73] Bauwens F. (est instructrice en mindfulness au CHU Erasme) enrégistrement audio des exercices

De la 8ème à la 16ème séance, nous avons continué des exercices de méditation. Durant le partage, nous avons ouvert la possibilité de parler soit du sevrage tabagique, de ses difficultés et de la prévention de la rechute, soit de la méditation et de faire le lien entre les deux.

Chaque séance comportait une *pause* au cours de laquelle nous avons décidé d'offrir (pour 1 euro)

- une tisane différente à chaque séance : une tisane pour couper leur réflexe : tabac + café, et pour leur permettre de découvrir de nouveaux goûts.
- un fruit (différent à chaque séance) parce que la majorité des patients mangent peu de fruits et craignaient de grossir pendant le sevrage tabagique.
- et un biscuit.

Cette pause était présentée comme un temps de méditation informelle, avec consigne de boire et manger en pleine conscience.

1.6. Recrutement

Le recrutement s'est fait en 2 étapes.

Nos responsables nous ont demandé de recruter uniquement en psychiatrie au CHU Brugmann.

Nous avons donc recruté dans un *premier temps*

- auprès des patients hospitalisés en unité 72, lors des groupes « information tabac », « mindfulness » et « prévention de la rechute et mindfulness » ,
- auprès des patients qui font partie du groupe « prévention de la rechute pour les patients qui ont terminé leur cure »,
- et nous avons demandé aux tabacologues qui travaillent en psychiatrie à Brugmann s'ils étaient d'accord de nous envoyer des patients.

Résultat : 3 semaines avant le début du groupe : nous avions *4 inscriptions*.

Dans un *deuxième temps*, nous avons décidé d'ouvrir l'information tout azimut.

- Nous avons envoyé l'information à tous les psychiatres du CHU Brugmann par mail,
- Nous avons déposé des dépliants (annexe 3 p. 3) dans les salles d'attente des consultations de psychiatrie, de cardiologie, de pneumologie, de gynécologie, d'ORL,

- et dans les 8 pharmacies les plus proches du CHU Brugmann-Horta,

- Nous avons fait circuler l'information aussi auprès de nos amis et connaissances et du club de gym que je fréquente.

Résultat : 18 personnes intéressées

Nous avons accepté tous les volontaires qui se sont présentés.

3 personnes ont décidés elles-mêmes de se retirer, en entendant notre demande de participer régulièrement pendant 16 semaines et de faire au moins une demi-heure d'exercice par jour, chez soi.

Parmi les 15 inscrits

- 1 personne est non fumeuse et ne rentre donc pas dans les critères de l'étude.
- 1 personne n'est jamais venue, car elle a été opérée la première semaine du parcours et a achevé sa convalescence dans sa famille à la frontière française.
- 1 dame est venue 1 fois et s'est rendue compte que la méditation ne lui convenait pas.
- 2 personnes sont venues 2 fois et ont arrêté ensuite,

  L'un parce qu'il a repris une formation professionnelle et s'est rendu compte qu'il ne pourrait pas s'investir sérieusement dans ce travail de pleine conscience en plus de son travail professionnel et de sa formation.

  L'autre a fait un épuisement professionnel (burn out), a été en congé de maladie pendant 5 mois. Or, la dépression aiguë est une contre-indication à la mindfulness.

Il nous reste donc **10 personnes dans l'étude**.

Origine des 10 personnes : elles sont venues

- 3 par le groupe prévention de la rechute
- 3 par le groupe mindfulness de l'unité 72
  (2 d'entre eux étaient encore hospitalisés en unité 72 lors de la première séance)
- 2 via la consultation de psychiatrie
- 1 a trouvé le dépliant dans sa pharmacie
- 1 via le club de gym

Nous sommes bien conscients que 10 patients pour une étude, c'est très peu, et que nos résultats ne seront pas extrapolables.

Exclusion

Nous avions exclu les personnes de moins de 18 ans et les patients psychiatriques lourds : en dépression grave, patients bipolaires, psychotiques décompensés, pour respecter les contre-indications de la mindfulness. Mais aucune de ces groupes ne s'est présentée.

2. Méthodologie de la recherche médicale et psychologique

Avant l'entretien d'admission, chaque patient a rempli un dossier tabac (annexe 5a p. 18), le test de mesure de l'anxiété et de la dépression HAD (annexe 5c p.26) , le test de mesure de l'anxiété trait et anxiété au moment présent STAI (annexe 5d p. 28), et le test de motivation de Demaria-Grimaldi (annexe 5b p. 25) et un test en vue de participer à un groupe mindfulness (annexe 5e p. 30)

Lors de l'entretien d'admission, une mesure de CO a été effectuée, ainsi qu'une évaluation clinique, de la motivation et de l'engagement dans ce cycle. Le formulaire de consentement éclairé (annexe 2 p. 2) a été signé.

Avant la 7ème séance, ils ont à nouveau rempli le test HAD et STAI, une évaluation au programme mindfulness (annexe 6b p. 34) et une évaluation de leur désir d'arrêt du tabac (annexe 6a p. 33).

A la fin des 16 séances, ils ont une 3ème fois rempli le test HAD et STAI et une évaluation de ce que le cycle leur a apporté dans leur vie (annexe 7 p.37).

Lors de l'évaluation à 6 mois et 12 mois après la date d'arrêt tabac, Ils ont rempli une 4ème fois et une 5ème fois, les tests HAD et STAI, ainsi qu'une évaluation de ce que le programme a changé dans leur vie (annexes 8 et 9 p. 42 et 43).

La *1ère séance* a commencé par la *mesure de CO, du rythme cardiaque et du poids*, de même que chacune des *séances 7 à 16*. (cela n'avait pas de sens de le mesurer tant que les patients n'étaient pas en arrêt du tabac).

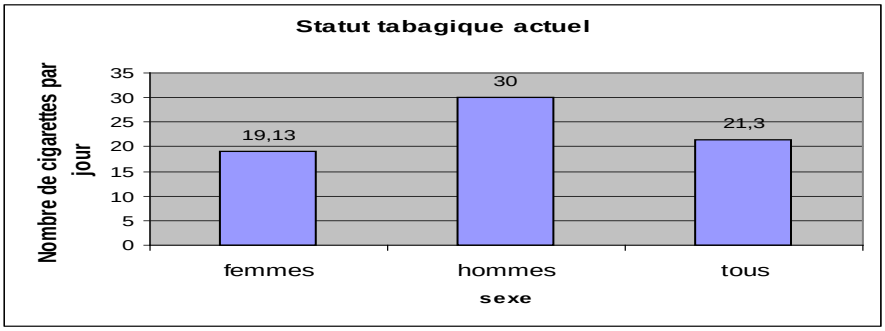
3. Profil de population

3.1. Age et sexe

	femmes	hommes	tous
sexe	8	2	10
âge moyen	50,25	46,5	49,5

3.2. Statut tabagique au départ

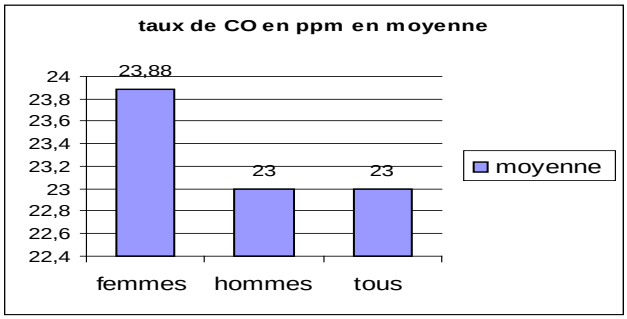
3.2.1.Nombre de cigarettes par jour



3. 2.2. Test de Fagerström

test Fagerström court /6			
	femmes	hommes	tous
moyenne	4,25	5	4,4

3.2.3.Taux de CO



4. Analyse du profil de population

4.1 Sexe : 8 femmes et 2 hommes.

Peut-être les femmes sont-elles spontanément plus portées à l'intériorité, donc à une méthode de méditation ?

4.2. Statut professionnel : 3 travailleurs et 6 inactifs.

Cela vient probablement du fait que la majorité a été recrutée en psychiatrie.

4.3. Statut psychiatrique et psychologique

D'après l'anamnèse, 7 personnes se sentent en dépression actuellement, dont 5 sont en arrêt de travail, 9 personnes ont des antécédents de dépression, 2 personnes ont actuellement des troubles anxieux avec arrêt de travail.

Le test HAD dépression confirme que 3 personnes sont à la limite de la dépression et que 2 personnes sont franchement en dépression. Tandis que le test HAD anxiété nous dit que 5 personnes sont dans un état d'anxiété anormal.

Le test STAI indique que 3 patients manifestent des traits d'anxiété et une anxiété actuelle très élevée.

Ces 2 tests confirment l'anamnèse. Il s'avère aussi que plus de personnes se sentent dépressives et moins de personnes se sentent anxieuses.

Nous savons que le sevrage tabagique augmente l'anxiété et les affects dépressifs.

Nous avons choisi le défi d'accepter ces patients, conscients que les résultats du sevrage tabagique seront probablement moins bons, mais confiant que la mindfulness a déjà fait ses preuves dans l'aide des personnes souffrants de ces pathologies.[74]

Puisque nous avons fait le choix de travailler avec des personnes fragiles, nous nous sommes assurés de leur suivi médical, psychiatrique ou/et psychologique.

4.4 Statut alcoolique

6 patients sur 10 sont alcooliques. Cela s'explique par le fait que nous travaillons dans une unité d'alcoologie. Nous y sommes donc connus et nous y avons recruté en priorité.

Parmi eux :

- 1 est abstinent 100% depuis 4 ans.

[74] Kabat-Zin J. 2009. Op. cit. 23 et Ségal et all 2006. Op. cit. 30

- 1 est abstinente depuis 15 mois, mais avec des courtes périodes de consommation contrôlée.
- 2 sont abstinents depuis 4 mois et participent régulièrement au groupe de prévention de la rechute.
- 2 sont abstinents depuis quelques jours, puisqu'ils sont encore en cure de désintoxication.

Pour accueillir les patients abstinents depuis quelques jours, nous nous sommes appuyés sur l'étude de Hughes[75] qui dit que l'abstinence d'alcool semble meilleure si les patients arrêtent de fumer.

Nous avons été audacieux en acceptant 2 patients abstinents depuis 4 mois, alors que les experts préconisent d'attendre 1 an après le sevrage d'alcool pour commencer le sevrage du tabac.

4.5. Consommation actuelle d'autres drogues

2 patientes consomment actuellement du cannabis régulièrement, avec désir d'arrêter.

Nous les avons accueillies, conscients que c'est une difficulté supplémentaire à l'arrêt du tabac.

4.6. Statut fumeur

3 fumeurs consomment plus de 30 cigarettes par jour. 3 femmes fument moins de 15 cigarettes par jour.

3 femmes et 2 hommes ont un test de Fagerström (version courte : max 6) de 5 ou 6.

2 femmes ont un CO supérieur à 30 ppm. 8 patients sur 10 ont un CO supérieur à 18 ppm, alors que la moyenne des fumeurs atteint de 17 ppm.

Globalement, nous remarquons avoir travaillé avec 7 gros fumeurs.

Tous ont fait des tentatives d'arrêt antérieur, même si pour 4 d'entre eux, la dernière tentative date de plus de 10 ans.

4.7. Conclusion

Nous avons travaillé avec de gros fumeurs, dont la majorité a des antécédents psychiatriques et/ou d'alcool ou de drogue.

---

[75] Hughes J.R., Callas PW. , 2003

5. Résulats

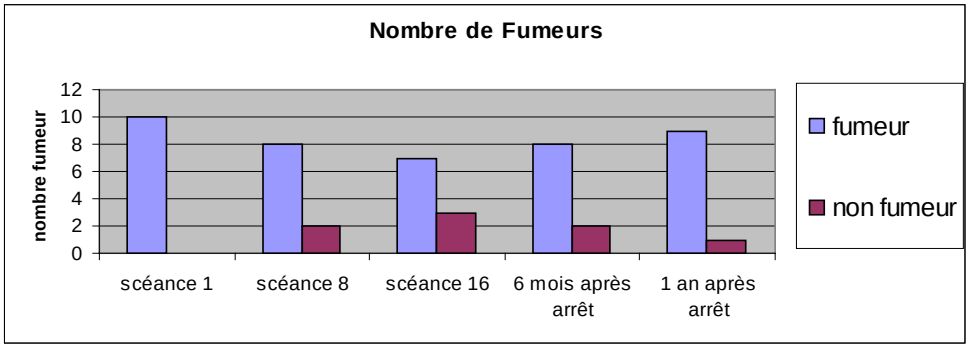
5.1 Introduction

Nous présenterons les résultats des différents tests en séparant, chaque fois, en 2 graphiques, les 4 patients qui ont arrêté le tabac au cours du parcours et les 6 patients qui ont décidé de ne pas arrêter. Dans tous les graphiques, le même chiffre représentera chaque fois le même patient.

Nous notons ici uniquement les résultats des tests significatifs, qui ont été réalisés au début de la première séance (15 février 2011), la 8ème séance (7 avril 2011), la 16ème séance (9 juin 2011), 6 mois après la date (prévue) d'arrêt tabac (27 octobre 2011) et 1 an après la date (prévue) d'arrêt tabac (19 avril 2012). Pour 2 patients les évaluations s'arrêtent à la 8ème séance, au moment où ils ont arrêté de participer au programme.

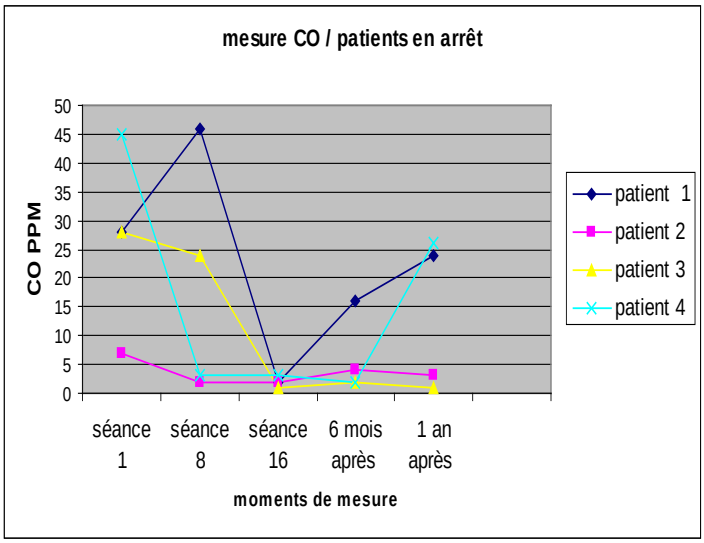
5.2. Evaluation tabagique

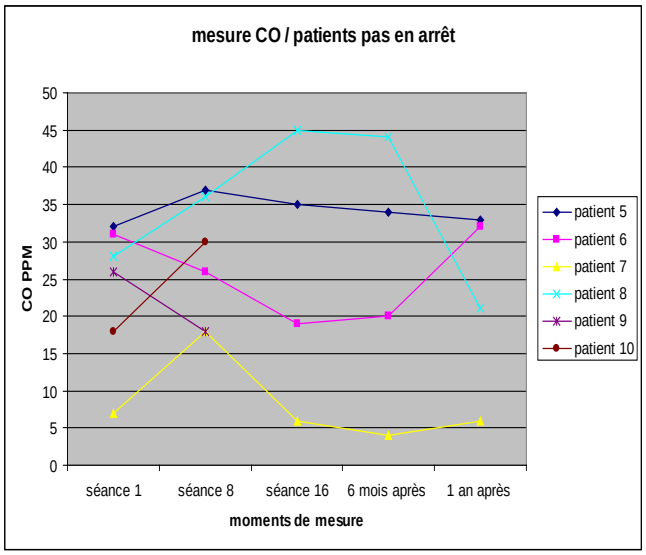
5.2.1. Nombre de fumeurs



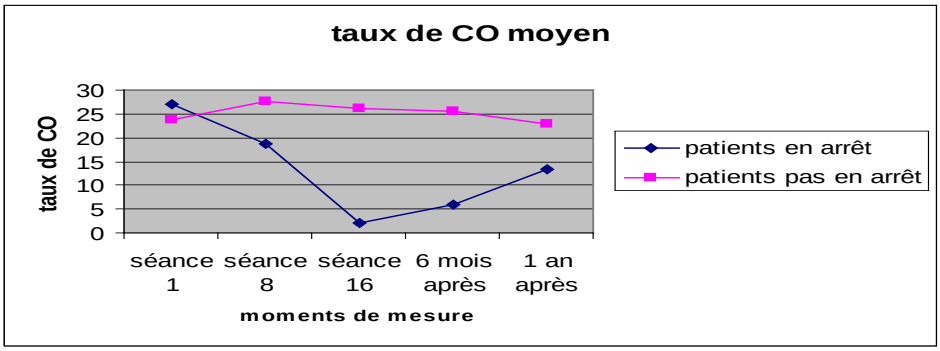
5.2.2 Mesure de CO

Par patient, en comparant les 4 patients en arrêt tabagique et les 6 patients qui n'ont pas arrêté.

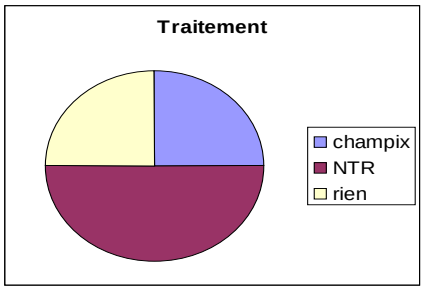




Taux de CO moyen



5.2.3. Traitement utilisé



5.2.4. Notes pour l'évaluation tabagique

Le patient 1 a arrêté le tabac pendant la 10ème semaine à l'aide du champix, il a eu 4 mois d'abstinence.

La patiente 2 a arrêté le tabac avant la 7ème semaine, sans médicament et sans substitution. Elle a été abstinente quelques semaines et depuis elle s'autorise 1 à 2 cigarettes par jour, avec la fierté de garder une abstinence d'alcool et de cannabis. Elle garde un taux de CO entre 2 et 4 ppm, encore après 1 an.

La patiente 3 a arrêté le tabac pendant la 11 ème semaine, avec des patchs et l'inhalateur de nicotine. Elle est restée 100% abstinente sans aucune reconsommation pendant 1 an.

La patiente 4 a arrêté le tabac après la 2ème séance, avec des patchs et l'inhaleur de nicotine. Elle est restée abstinente 11 mois sauf 1 rechute d'un mois.

Les 6 autres patients ont choisi de ne pas arrêter le tabac.

Les patientes 5 et 6, parce que elles ont vécu la fin de vie puis le décès l'une de son père, l'autre de sa voisine puis de son mari : ce n'était pas le moment favorable.

La patiente 7, qui fume peu, a choisi de conserver son plaisir.

Les patients 8, 9 et 10 ont choisi de donner la priorité à leur abstinence alcool et ne se sentaient plus prêts à arrêter le tabac en même temps.

5.3. Compliance au programme

5.3.1. Taux de fréquentation des séances

taux moyen de présence sur un total de 16 séances		
les 4 patients en arrêt	les 6 patients pas en arrêt	les 10 patients au total
12,25	9,67	10,7

Cette différence est-elle en lien avec le sevrage tabagique et la mindfulness ou est-elle due au hasard ?

$T10 = 1{,}16$ $P = 0{,}28$: la différence n'est donc pas statistiquement significative.

5.3.2 Pratique de la méditation formelle et de l'auto-observation à domicile

Nous avons classé les patients en

Méditants très compliants (méditent un temps égal ou supérieur au min requis (30 min/jours) : 2 patients.

Méditants modérément compliants (méditent moins que le minimum requis) : 4 patients.

Méditants non compliants (ceux qui ont arrêté la méditation pendant les 16 semaines) :

4 patients.

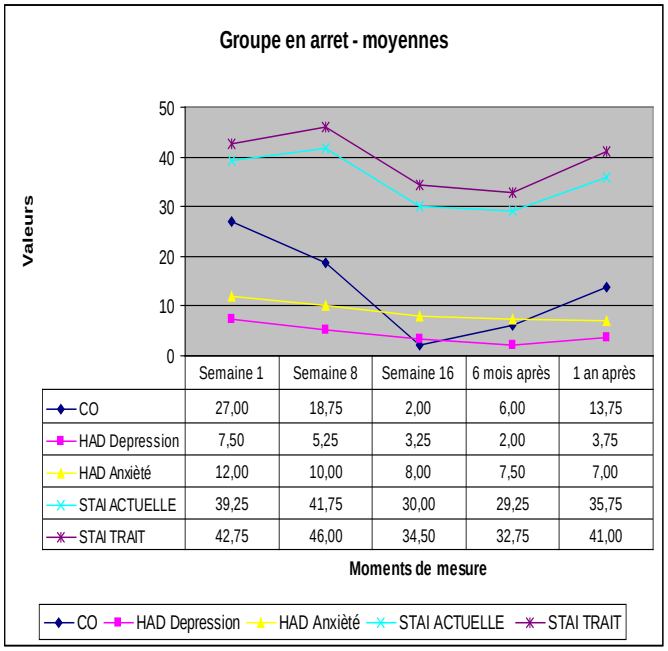
5.4. Evaluation psychologique

5.4.1 Evaluation psychologique en lien avec l'arrêt tabac

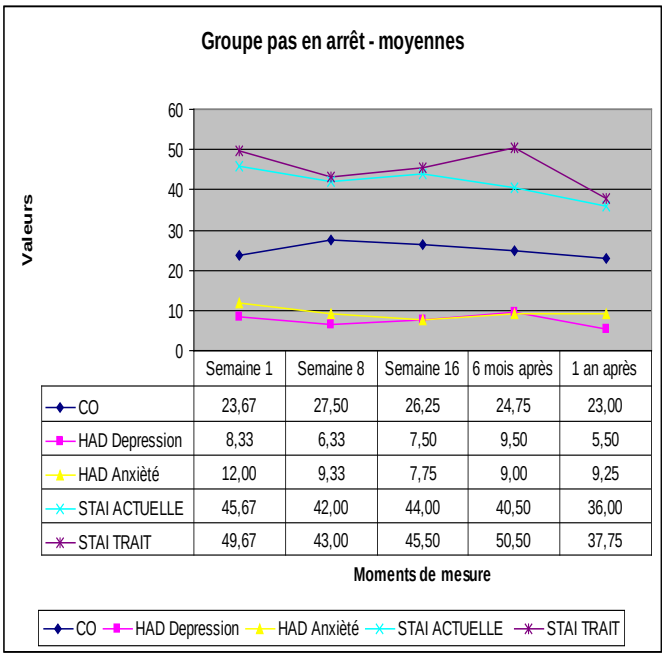
Les lecteurs intéressés trouveront en annexe 10 p. 44**,** les résultats individuels des tests HAD dépression, HAD anxiété, STAI anxiété maintenant et STAI anxiété trait, sur les tableaux linéaires, par patient, répartis en 2 groupes : ceux qui ont arrêté le tabac et ceux qui n'ont pas arrêté.

Ils trouveront aussi 10 graphiques (annexe 11 p. 45) pour les 10 patients évaluant le lien entre la compliance à la mindfulness et les mêmes tests.

Nous ne notons ici que 2 graphiques qui comparent les moyennes des différents tests d'anxiété, en lien avec la mesure du CO, d'une part chez 4 patients qui ont arrêté le tabac et d'autre part chez les 6 patients qui n'ont pas arrêté.



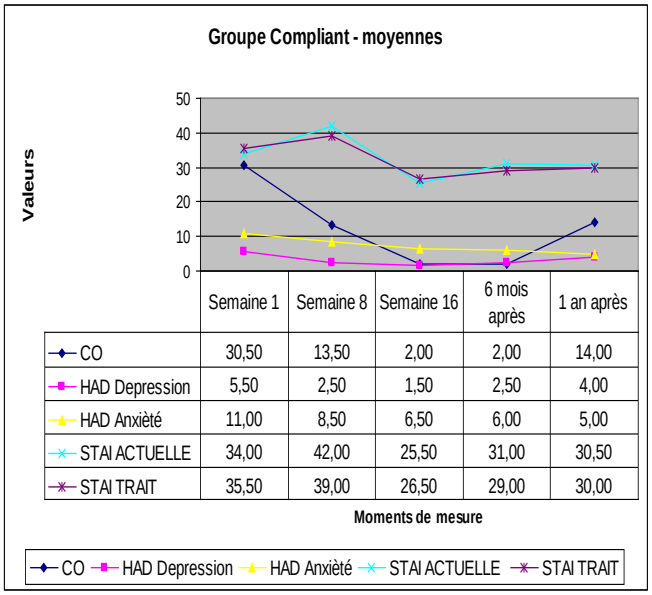
	Semaine 1	Semaine 8	Semaine 16	6 mois après	1 an après
CO	27,00	18,75	2,00	6,00	13,75
HAD Depression	7,50	5,25	3,25	2,00	3,75
HAD Anxièté	12,00	10,00	8,00	7,50	7,00
STAI ACTUELLE	39,25	41,75	30,00	29,25	35,75
STAI TRAIT	42,75	46,00	34,50	32,75	41,00



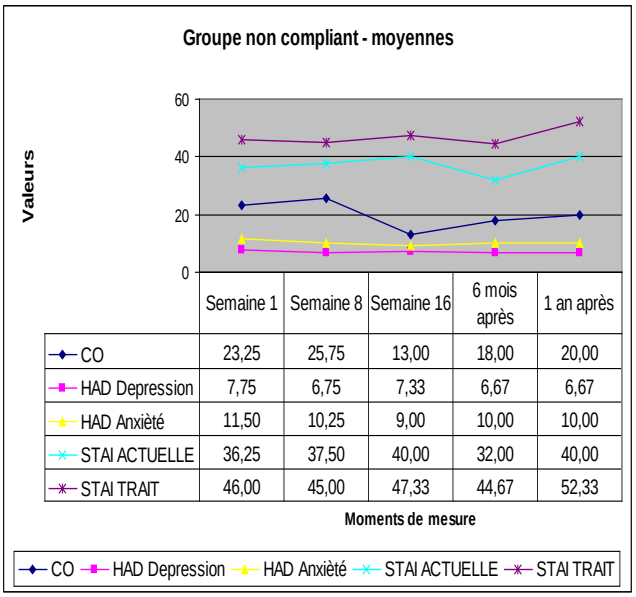
	Semaine 1	Semaine 8	Semaine 16	6 mois après	1 an après
CO	23,67	27,50	26,25	24,75	23,00
HAD Depression	8,33	6,33	7,50	9,50	5,50
HAD Anxièté	12,00	9,33	7,75	9,00	9,25
STAI ACTUELLE	45,67	42,00	44,00	40,50	36,00
STAI TRAIT	49,67	43,00	45,50	50,50	37,75

Chez les patients en arrêt tabagique, nous voyons une nette diminution des différents tests de dépression et d'anxiété pendant les 16 semaines du parcours et une augmentation après 6 mois et 1 an, en lien avec la rechute du tabac. Chez les patients qui n'ont pas arrêté le tabac, les fluctuations sont plus légères et non significatives.

5.4.2. Evaluation psychologique en lien avec la compliance à la mindfulness



	Semaine 1	Semaine 8	Semaine 16	6 mois après	1 an après
CO	30,50	13,50	2,00	2,00	14,00
HAD Depression	5,50	2,50	1,50	2,50	4,00
HAD Anxièté	11,00	8,50	6,50	6,00	5,00
STAI ACTUELLE	34,00	42,00	25,50	31,00	30,50
STAI TRAIT	35,50	39,00	26,50	29,00	30,00



	Semaine 1	Semaine 8	Semaine 16	6 mois après	1 an après
CO	23,25	25,75	13,00	18,00	20,00
HAD Depression	7,75	6,75	7,33	6,67	6,67
HAD Anxièté	11,50	10,25	9,00	10,00	10,00
STAI ACTUELLE	36,25	37,50	40,00	32,00	40,00
STAI TRAIT	46,00	45,00	47,33	44,67	52,33

Nous voyons l'ensemble des chiffres diminuer chez les patients compliants à la mindfulness, pendant les 16 séances et les tests HAD et STAI rester à peu près stables encore après un an, même si le CO remonte.

Chez les patients non compliants à la mindfulness, les changements des tests HAD et STAI sont peu significatifs, même si le CO connaît une baisse puis une remontée.

5.5. Apport subjectif de la mindfulness

Nous reprenons ici quelques phrases dites ou écrites par les patients lors des évaluations.

La méditation mindfulness et l'auto-observation leur a apporté bien-être, calme, sérénité, détente, énergie, recul, douceur envers soi-même, créativité, équilibre, acceptation du réel, assurance, joie de vivre, « plaisir de regarder les petits bonheurs de chaque jour qui sont à la portée de tous, quelles que soient les situations extérieures », « des moments de répit face aux crises d'angoisse ».

« Face à un problème, habituellement, je m'emballe. Maintenant, je m'arrête en pleine conscience, je note le souci et je prends distance, je dédramatise. ». « Quand je me sens envahie par le stress, je respire, cela me calme et les sentiments négatifs retombent ». « Avant je râlais ou me mettais en colère, maintenant, je respire, j'accueille, j'accepte, je laisse aller et je retrouve la paix. D'où la souffrance est allégée et les conflits diminuent ».

Une patiente qui, (après les 16 séances) a été opérée de métastases cérébrales, opération suivie d'une radiothérapie « Quand on lutte, on est épuisé par le stress. Quand on accepte, c'est simple. Grâce à la méditation quotidienne, je n'ai pas déprimé et je suis mieux qu'avant ».

« Ma vie a complètement changé, il y a un avant et un après, sans retour en arrière. Je savoure les instants, je dédramatise, mindfulness défait les complications, tout se simplifie, je trouve les bonnes réponses face à l'agressivité, aux résistances. Avant, je ne supportais pas d'attendre (une personne ou un bus ou …), maintenant, ce sont devenus des instants de bonheur ».

« C'est une petite pousse qui va continuer à grandir ».

« J'ai découvert un autre plaisir plus fort que la cigarette ». « Ce qui m'a aidé, c'est de fumer en conscience, j'ai éteint mes cigarettes 20 fois ». « Après la méditation, je n'ai pas envie de fumer pendant 1 heure », « Je prends conscience à quel point la cigarette est mauvaise, malodorante et que je fume sans plaisir ». « La méditation fait plus d'effet que 3 cigarettes ! ».

6. Discussion

6.1.Limites de l'étude

6.1.1. Nombre de patients

Sur 18 personnes intéressées, 3 n'ont pas commencé le programme par peur de la durée de 16 semaines et de notre demande de 30 minutes d'exercices par jour. Parmi les 15 inscrits, 1 ne rentre pas dans les critères de l'étude (non fumeuse), 4 ont abandonné après 2 séances parce qu'ils n'étaient pas à l'aise avec la nature des exercices (méditation) et l'engagement de temps élevé. L'étude porte donc sur 10 patients dont 2 ont arrêté à mi-parcours. Le petit nombre de patients déforce la puissance des résultats.

Les exigences de la méthode apportent elles-mêmes déjà une sélection.

L'idéal aurait été de faire l'étude sur 3 cycles et de tripler le nombre de patients. Cela n'a pas été possible dans le temps imparti pour ce mémoire et aussi parce que l'institution ne nous a pas permis plusieurs sessions.

6.1.2. Pas d'étude en aveugle

Comme pour toutes les études sur des psychothérapies et puisque le programme mindfulness requiert la collaboration très active des participants, il nous a été impossible de faire une étude en aveugle.

6.1.3. Pas de cas contrôle

Nous n'avions pas la possibilité (disponibilité de temps) de faire passer les mêmes tests à des patients ne participant pas au programme.

Nous n'avons pas comparé l'apport de mindfulness avec l'apport d'une autre psychothérapie.

6.1.4. Utilisation de patch, champix

Nous avons fait le choix de laisser les patients libres de choisir d'arrêter avec ou sans médicament (champix) ou substitution nicotinique. Nous ne pouvons donc pas évaluer l'effet mindfulness « pur ». Nous croyons que mindfulness est une aide en plus des substituts nicotiniques ou médicaments et qu'elle ne se substitue pas à ceux-ci.

6.1.5. La population : co-dépendance

6 des 10 patients ont été recrutés en psychiatrie, à l'unité 72. C'est une population fort fragile. 6 sont alcooliques, 2 dépendants au cannabis.

Ce peut être un biais de l'étude. Malgré leur désir d'arrêter le tabac, leur priorité, en participant à ce groupe de pleine conscience, était de maintenir leur abstinence d'alcool.

Parmi eux, 4 ont choisi de centrer leur effort sur l'abstinence d'alcool et d'attendre d'être plus solide dans leur vie sans alcool avant de commencer le sevrage tabagique. Ce qui est tout à fait respectable et peut-être un effet positif de la méditation.

Parmi les 2 patients alcooliques qui ont arrêté de fumer, l'un a rechuté (dans le tabac en gardant son abstinence d'alcool), l'autre a choisi de continuer à s'offrir le plaisir d'une cigarette le soir, tout en maintenant son abstinence d'alcool et de cannabis et elle est très fière d'être arrivée à ce résultat.

6.2. Evaluation du programme

6.2.1. Longueur du programme 16 séances

16 séances : c'est trop long et trop court.

L'avantage des 8 séances avant de proposer l'arrêt du tabac est que les patients ont reçu tous les outils de gestion du stress avant l'arrêt. Ils ont exprimé à quel point la méditation et l'auto-observation les ont aidés à gérer les émotions éveillées par le sevrage.

8 séances (8 semaines en suivant) après l'arrêt, c'est trop court. Les patients ont besoin d'un soutien pendant 6 mois à 1 an après l'arrêt du tabac.

Tenir dans la fidélité 16 semaines en suivant, c'est long. Aucun des patients n'a participé aux 16 séances (seule exception : la personne qui n'entre pas dans les critères de l'étude).

6.2.2 Manque d'approche théorique

Durant le parcours des 16 séances, nous nous sommes centrés sur la gestion du stress. Nous n'avions pas prévu d'exposé théorique sur le tabac et le sevrage tabagique. Les patients qui ont été hospitalisés à l'unité 72 avaient eu la possibilité de participer au groupe info-tabac. Certains patients qui ne sont pas passé à l'unité 72 en ont exprimé le regret. Ils ont été invités à participer au groupe info-tabac qui a lieu 2 fois par mois pour les patients hospitalisés à l'unité 72. 2 patients y ont participé, ils y ont reçu la théorie qu'ils attendaient et ont trouvé là une motivation supplémentaire pour arrêter le tabac.

6.2.3. Date d'arrêt tabac imposée ou choisie ?

Notre projet initial était que les patients arrêtent de fumer entre la 7ème et la 8ème séance. Cela ne s'est pas passé comme prévu : 1 patiente a arrêté après la 2ème séance, 1 après la 7ème, 1 après le 10ème, 1 après la 11ème séance. Cela montre que le programme MBSR leur a donné la liberté face au projet des animateurs. Dans notre formation en tabacologie, Mr Bodo et Mr Schreiden nous ont appris que, lorsque la date d'arrêt est fixée, on la maintient quelles que soient les bonnes raisons des patients de postposer, en individuel et surtout dans un programme en groupe. Nous avons vécu un tiraillement entre cette théorie à laquelle nous adhérons et la théorie de mindfulness à laquelle nous

adhérons aussi et qui rendent les patients autonomes et compétents pour sentir ce qui est bon pour eux et donc libres de leurs choix. Nous avons opté pour laisser la liberté aux patients de choisir leur date d'arrêt ou de choisir de ne pas arrêter pour le moment.

6.2.4. Le paradoxe

Dans la partie théorique, nous avons parlé du paradoxe : la méditation mindfulness ne poursuit aucun objectif, elle vise seulement à être présent et à accueillir avec bienveillance le réel. L'animateur en mindfulness encourage cela.

Or en tant que tabacologue, notre désir est que les patients arrêtent de fumer. Nous avons dû nous-mêmes lâcher notre désir, accueillir chacun avec bienveillance, laisser le fruit mûrir au rythme du patient.

6.3. Les résultats

1 seule patiente est abstinente à 1 an. Ce qui objectivement n'est pas un bon résultat.

Néanmoins, nous avons travaillé avec une **population fragile et à risque**. Une 2ème patiente a été abstinente jusqu'à 11 mois, a rechuté à ce moment et a repris son abstinence après la dernière évaluation. Une 3ème patiente est très heureuse d'avoir arrêté l'alcool et le cannabis, elle s'autorise 1 à 2 cigarettes par jour et arrive à maintenir son taux de CO sous 4 ppm depuis 1 an. D'autres sont fiers d'avoir maintenu leur abstinence d'alcool et attendent de se sentir suffisamment solides dans leur vie sans alcool pour commencer le sevrage tabagique.

Chez les **patients compliants à la mindfulness**, nous voyons une **nette diminution** des scores de **dépression et d'anxiété**, **même sans arrêt tabac**, pendant le parcours. Ce qui nous donne de croire que **cela peut être un effet de mindfulness**.

Les évaluations remontent globalement à 6 mois et 1 an. Nous pouvons faire le lien soit avec l'arrêt de la méditation personnelle soit avec la reprise tabagique.

Les données de la littérature nous disent que l'anxiété diminue après l'arrêt du tabac. Nous retrouvons cela dans notre étude. Il est donc **difficile de déterminer si cette diminution de l'anxiété est due à l'arrêt du tabac ou à la pleine conscience**.

7. Conclusion et perspectives

Vu notre petit échantillon de 10 personnes, les résultats de notre étude ne sont **pas statistiquement significatifs**. Donc ils ne sont **pas extrapolables**, à cause du petit échantillon de patients qui ont suivi le programme et du petit nombre de patients qui ont arrêté le tabac.

Nous constatons que, pour les **2 patients très compliants à la pratique de la pleine conscience**, il **y a eu arrêt tabac avec nette diminution de l'anxiété et des syndromes dépressifs. La pratique quotidienne de la mindfulness pourrait avoir aidé** à ce type de résultat ; sans que l'on puisse faire la part des choses avec l'usage du patch chez ces patients. **Notre hypothèse** d'un effet potentiel positif adjuvant de la pleine conscience dans le sevrage tabagique **reste donc ouverte**.

Cette étude est une **première tentative d'évaluation du programme complet de MBSR, après 1 an, dans le sevrage tabagique**.

Elle s'est heurtée à l'impossibilité, dans notre situation professionnelle d'infirmière travaillant en unité d'assuétude (alcool essentiellement), d'organiser un groupe de sevrage tabagique sans comorbidité d'alcool. Il est évident qu'une étude spécifique sur des patients en sevrage tabagique uniquement serait souhaitable pour étayer de manière plus concrète l'impact propre de la mindfulness dans le sevrage du tabac.

Quoique bien vécue par les patients pratiquant la pleine conscience régulièrement, cette étude ne permet pas d'apporter des réponses à nos hypothèses de départ, concernant la diminution de l'anxiété et de la dépression, que les patients arrêtent de fumer ou non.

Au cours de ce travail, nous avons rencontré des **tabacologues** intéressés par la mindfulness et des **formateurs mindfulness** intéressés par l'adaptation de la mindfulness au sevrage tabagique. Il serait profitable d'**organiser des rencontres** afin de favoriser les échanges d'expériences entre personnes ayant des expertises différentes et complémentaires.

Par rapport au programme initial, une proposition serait d'**étaler le programme de 16 séances sur 1 an** : un programme de 8 séances MBSR 1x/semaine comme nous l'avons fait et 8 séances de

prévention de la rechute (MBRP), étalées sur 10 mois. Ce qui offrirait aux patients le support à long terme dont ils ont besoin pour solidifier leur arrêt tabagique.

Une autre proposition serait d'ajouter, dans la phase préparatoire à l'arrêt, quelques exercices où les personnes sont invitées à fumer consciemment et, plus tard, d'autres exercices visant à gérer le craving, tels que les décrivent P. Somov[76] et L. Rombaut[77] dans leurs livres parus après notre expérience.

Au CHU Brugmann, sont organisées des semaines motivationnelles d'arrêt du tabac. On pourrait imaginer une intégration de la pleine conscience pendant cette semaine, associée à un accompagnement pendant 1 an avec la mindfulness.

Une **étude moins biaisée et randomisée**, avec des personnes sans comorbidité psychiatrique et sans co-dépendance, sur l'usage de la pleine conscience dans le sevrage tabagique, tel que nous venons de le décrire, **doit donc encore être réalisée afin de valider la mindfulness dans le sevrage du tabac**.

[76] Somov P. décembre 2011 Op. cit 62
[77] Rombaut L. juin 2012 Op. cit 65

5. Bibliographie

(Le chiffre correspond à la première note en bas de page où la référence est citée. Une référence est parfois citée plusieurs fois, ce qui explique les sauts de chiffres)

(1) Bruyr B. (2006). Le processus de régulation émotionnelle par le tabac. Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat en tabacologie. FARES.

(2) Lagrue, G. (1998). Arrêter de fumer. Paris : Ed . Odile Jacob.

(3) Hughes, J.R., Higgins, S.T., Bickel, W.K. (1994). "Nicotine withdrawal versus other drug withdrawal syndromes : similarities and dissimilarities" in Addiction, 89, 1461-1470.

(4) Hall, S., Munoz, R., Reus, V., Sees, K. (1993) "Nicotine, negative affect, and depression. Journal of Consulting and Clinical" in Psychology, 61, 761-767.

(5) Zinner, M.C., Baker, T.B., Sherman, J.E., Cannon, D.S. (1992)." Relation between Self reported affect and drug urges and cravings in continuing and withdrawing smokers" in Journal of Abnormal Psychology, 101, 617-629.

(6) Black, D., Zimmerman, M. , Coryell, W. (1999). "Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample." In Annals of Clinical Psychiatry, 11, 129-136.

(8) Galanti. L. et Schreiden, L. (2011). Prise en charge d'un patient tabagique prévention de la rechute – techniques de communication. Notes de cours de la formation en tabacologie, FARES.

(11) Breslau N. Kilbey M., Andreski P.(1991) « Nicotine dependence, major depression, and anxiety in young adults », in Arch gén psychiatry 48(12), 1069-74

(12) Glassman, A.H. (1993). "Cigarette smoking : implications for psychiatric illness." In J. Psychiatry, 150, 546-553

(14) Molimard R. (1997) « Cigarette et anxiété » in Nicotine et troubles Psychiatriques. Aubin H-.J. édition Masson. Paris. P. 67-74

(15) Aubin H.-J. (2009.) «Relations épidémiologiques entre tabagisme et anxiété » et « Conduite de l'arrêt du tabac chez un patient ayant des troubles anxieux » in Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Conférence d'experts, p. 61-64.et 147-148 - OFT.

(22) Kabat-Zinn J. (2005.) L'éveil des sens. Vivre l'instant présent grâce à la pleine conscience . Ed Arènes. Paris.

(23) Kabat-Zinn J. (2010.) Méditer : 108 leçons de pleine conscience + un CD de 12 méditations avec la voix de B. Giraudeau. Ed des Arènes. Paris.

(24) Kabat-Zin J. (2009.) Au cœur de la tourmente, la pleine conscience (MBSR la réduction du stress basée sur la mindfulness : programme complet en 8 semaines). Ed De Boeck Bruxelles.

(25) Kabat-Zinn J. (2004). Où tu vas, tu es. Edition j'ai lu. Paris.

(29) Maex E. (2007) Mindfulness : apprivoiser le stress par la pleine conscience. Ed De Boeck Bruxelles.

(30) Segal Z., Williams JMG, Taesdale JD, (2006) La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience : une nouvelle approche pour prévenir la rechute dépressive. Ed De Boeck, Bruxelles.

(31) Bruyr B., Desmedt A., Lorsignol C., Mignot C. ,(20-2-2010). "La mindfulness. MCC psychothérapie – séminaire d'accompagnement de psychothérapie ". Louvain-La-Neuve. Document non publié.

(33) Kabat-Zin J. (1990). "Full castastrophe living : using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness". in Dell publishing. New York.

(34) Dunker Scheuner Daniela (2007). « Gestion des envies d'alcool par la thérapie basée sur la pleine conscience » in Alcoologie et addictologie . 29 (2): 179-183.

(35) Herbette G. (2011?). La pleine conscience. Consulté le 25/8/2011. http://www.lepsychologue.be/psychologie/mindfulness-pleineconscience.php?PHPSESSID=1c7206a0baf1c16e8324ced0e8ea0daa

(37) Maex E. (21-12-2011). « Is meditatie gevaarlijk ? » een profesionele workshop, Stressclinique van het ZNA, Antwerpen.

(38) Maex E. (15-8-2011), « Is meditatie gevaarlijk », www.levenindemaalstroom.be. Site consulté le 30/10/2011.

(41) Van Barel R. (2008) « Neurowetenschappen en meditatie » cours donné à la formation mindfulness à l'Artevelde School à Gand.

(42) Amishi P. Jha, JasonKrompinger, Michael J. Baime (2007) « Mindfulness training modifies subsystems of attention » in Cognitive, affective and Behavioral Neuroscience 2007, 7 (2), 109-119.

(43) Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H. (2004) « Mindfulness-based stress reduction and health benefits : a meta-analysis » in Journal of psychosomatic Research, vol 57, issue 1, p .35-43.

(44) Baer R.A. (2003) « Mindfulness training as a clinical intervention : a conceptual and empirical review » in Clinical Psychology : Science and Practice, 11, 230-241.

(45) Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.M.G. (1995) « How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help ? » in Behaviour Research and Therapy, 33, 25-39.

(46) Heeren A. et Philippot P. (2009) « Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique » in Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 14, 13-23.

(48) Bowen S., Chawla N., Marlat G.A. (2011) Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. A clinician's guide. the Guilfort press. New York.

(52) Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth. T.M., Chawla, N., Simpson, T.L., Ostafin, B.D., Larimer, M.E., Blume, A.W., Parks. G.A., Marlatt G.A. (2006). "Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population". In Psychology of Addictive Behaviors, 20(3), 343-347.

(53) Bowen. S., Witkiewitz, K ., Dillworth, T.M., Marlatt, G.A. (2007) « The role of thought suprresion in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use". In Addictive Behaviors, 32, 2324-2328.

(54) Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., Fleming, M. (2008). « Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention : a feasibility pilot study." In Journal of Addiction Medicine, 2, 1-9.

(56) Cropley M., Ussheer M. charitou E. (2007) « Acute effects of a guided relaxation routine (body scan) on tobacco withdrawal symptoms and cravings in abstinent smokers" In Addiction volume 102, issue 6, 989-993.

(57) Bowen S., Marlatt A. (2009) « Surfing the urge : brief mindfulness-based intervention for college student smokers » in psychology of addictive behaviors, vol 23(4).

(58) Rogojanski J., Vettese L., Antony M. (décembre 2010). « Coping with cigarette craving : comparison of suppression versus mindfulness-based strategies ». http://www.springerlink.com/content/kj204130784w6053/ site consulté le 3/10/2011.

(59) Davis M. J., Fleming M.F., Bonus C.A. Baker T.B, (2007), « A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers » BMC complementary and alternative medecine 2007 ; 7 :2 . http://www.biomedcentral.com/1472.6882/7/2.

(60) Vidrine J. Businelle M. Cinciripini P. et all.(2009) « Associations of mindfulness with nicotine dependance, withdrawal, and agency » In substance abuse, volume 30, issue 4.

(61) Brewer J, Mallik S., babuscio T. et all (mai 2011) « Mindfulness training for smoking cessation : results from a randomized controlled trial » in biomed.http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871611002535 site consulté le 3/10/2011.

(62) Somov P., Somova M., Totarsky A. (décembre 2011) Smoke-free Smoke break. Stop smoking with mindfulness and acceptance. Ed. New Harbinger. USA.

(63) Williams.J. http/www.mindfulsmoking.com/technique.html. et www.quitsmokingmindfully.com sites consultés le 4/5/2012.

(64) Ramain Michaël . http.//www.libredutabac.com. site consulté en /2010-2011-2012.

(65) Rombaut L. (juin 2012) mindful stoppen met roken en er nog genieten van. Ed. Van Halewyck. Leuven.

(66) Rombaut L. (31 mai 2012) workshop : mindful stoppen met roken. Deinze .Slide reçus de l'auteur, document non publié.

(67) Beart R. A. (2006) Mindfulness-Based Treatment Approches. Clinicians Guide to Evidence Base and Applications. Ed. Elsevier Inc. USA.

(70) Ségal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2002) mindfulness-base cognitive therapy for depression : a new approach to preventing relapse ; New York : Guilfort Press. Syllabus destiné aux participants. Site francophone sur la pleine Conscience .Matériel didactique téléchargeable http://www.ecsa.ucl.ac.be/mindfulness/pdf/EncadreParticipant MBCT.pdf. site consulté en 2010, 2011, 2012.

(72) Weber B, « body scan »

Philippot P. « pleine méditation avec pleine conscience de la respiration »

Philippot P. « méditation assise avec pleine conscience des sons et des pensées »

Bondolfi G., « 3 minutes de respiration : condition normale »

Bondolfi G., « 3 minutes de respiration : condition de faire face »

Bondolfi G. « mouvements en pleine conscience »

Myers-Arrazola L., « méditation assise »

Myers-Arrazola L. « 3 minutes de respiration : condition normale »

Myers-Arrazola L. « 3 minutes de respiration : condition de faire face »

Enrégistrement audio des exercices, site francophone sur la pleine conscience : matériel didactique téléchargeable http:/www.cps.emotions.be/mindfulness/matériel-mindfulness.php site consulté en 2010, 2011, 2012.

(73) Bauwens Fabienne (2010) « méditation avec les limites », « la montagne », « le lac », « bercer le cœur », « l'amour bienveillant » CD non publiés. Peuvent être achetés chez l'auteur au CHU Erasme.

(75) Hughes J.R., Callas P.W. (2003) "Past alcohol problems do not predict worse smoking cessation outcomes in Drug Alcohol" Depend sept 10, 71 (3); 269-27.

Annexes

Annexe 1 : accord du comité d'éthique du CHU Brugmann

ASSOCIATION HOSPITALIERE DE BRUXELLES ET DE SCHAERBEEK
Association de droit public régie par la loi du 8 juillet 1976

SITE BRUGMANN

PLACE A. VAN GEHUCHTEN 4
1020 BRUXELLES
Tél. : 02/477.21.11

SITE SCHAERBEEK

RUE DU FOYER SCHAERBEEKOIS 36
1030 BRUXELLES
Tél. : 02/247.22.11

SITE REINE ASTRID

RUE BRUYN 1
1120 BRUXELLES
Tél. : 02/477.21.11

Mme F.RASSART
M. L. STEVENS
U 72
PSYCHIATRIE

V/Réf. :

Bruxelles, le 9 novembre 2010

N/Réf. : **CE 2010/117**
(à rappeler dans la correspondance)

COMITE D'ETHIQUE HOSPITALIER
OM 026
Secrétariat
☎ ***02 / 477**.39.16*
🗐 ***02 / 477**.39.22*
christine.potie@chu-brugmann.be

Chers Collègues,

Concerne : **TFE : Groupe expérimental de gestion du stress et de l'anxiété par Mindfulness dans le cadre de l'arrêt tabac et la prévention de la rechute (tabac, alcool…)**

Le Comité d'Ethique Hospitalier du C.H.U. BRUGMANN a pris connaissance de votre travail de fin d'étude et marque son accord pour sa réalisation.

Nous vous prions d'agréer, Chers Collègues, l'expression de nos sentiments distingués.

Président
Dr J. VALSAMIS

Secrétaire
Dr P. VERBANCK

Membres
Dr P. BERGMANN
Dr J-C CAVENAILE
Dr P. DECOODT
Dr A. DEMULDER
Dr P. JENSEN
Dr VEREECKEN
Mme K. PAEMELAERE
M. C. NYS
M. E. SIMON

Docteur P. VERBANCK, Secrétaire.

Docteur J. VALSAMIS, Président.

Annexe 2 : formulaire de consentement éclairé

Formulaire de consentement éclairé

1. Je, soussigné, …… ……..

…….

déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer au groupe expérimental de gestion du stress et de l'anxiété par mindfulness dans le cadre de l'arrêt tabac et de la prévention de la rechute (tabac, alcool, …) .

2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que la note d'information. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de ce programme expérimental et j'ai été informé de ce qu'on attend de ma part. Les avantages et risques éventuels du programme m'ont été expliqués. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur le groupe et l'étude; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.

3. Je sais que cette étude a été soumise à l'approbation du comité d'éthique du CHU Brugmann.

4. Je suis libre d'accepte ou non de participer à cette étude ; de quitter l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que ceci ait une influence quelconque sur la suite de ma prise en charge à l'hôpital et à l'unité 72.

5. Je sais que les représentants du Comité d'Ethique peuvent souhaiter inspecter mes données pour vérifier l'information recueillie. En signant ce document, j'autorise cette inspection de mes données dans le respect de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, de la loi belge du 22 août 2002 relative aux droits du patients et de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

7. Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Date - signature

……

……..

Annexe 3 : folder de présentation du programme

CONTACT

Renseignements et inscriptions

Mr. Lieven Stevens
lieven.stevens@chu-brugmann.be

Mme Françoise Rassart
Françoise.rassart@chu-brugmann.be

Clinique d'assuétude
Unité 72: 02/477 27 42

ANIMATEUR

Lieven Stevens

Formation Post Graduat
en Mindfulness (2 ans)
– Haute Ecole Artevelde –
Gand (2008-2009)

Bachelier en sciences de la
famille, Tabacologue
et infirmier.

Formé en différentes
techniques de méditation
depuis 1990
Zen, Tao-zen, Vipassana
et Mindfulness

PREMIER CYCLE

17 février	14 avril
24 février	21 avril
3 mars	28 avril
10 mars	5 mai
17 mars	12 mai
24 mars	19 mai
31 mars	26 mai
7 avril	9 juin

Ce cycle expérimental est gratuit

Quand ?
Les jeudis de 18h15 à 21h

Lieu
CHU Brugmann
Entrée coin av. Stienon
et av. de Romelaere 1020 Laken

Hôpital de jour Sivadon
Salle de gym—Entrée Hd2

Nombre de participants
Limité à 15

BRUGMANN

Comment vivre
de plus en plus
heureux et libre,
sans avoir
« besoin »
de produits addictifs
(alcool, tabac, cannabis)?

Arrêt tabac
et
"pleine conscience"
(Mindfulness)

Introduction

Mindfulness à été développé dans un objectif médical (diminution du stress – MBSR) par le Dr. John Kabat-Zinn (USA) dans les années '90.

Lui-même pratiquant la méditation Vipassana depuis des années, il a sorti la pratique de méditation bouddhiste de son contexte spirituel/religieux, et a créé un programme basé sur ses anciennes techniques.

Ainsi il l'a rendu accessible au monde occidental avec une approche tout a fait scientifique. Depuis lors différentes types de programmes basés sur la méditation se sont créé (MBCT, ACT,...)

On peut actuellement visualiser les « effets » sur le cerveau à l'aide des techniques d'imagerie médicale moderne.

En quoi consiste notre programme de 16 semaines?

Le travail se fait en deux étapes:
Module d'introduction aux Mindfulness (8 semaines),
Suivie de la 2° étape: Module « d'action » (8 semaines, avec arrêt tabagique)

Le programme se déroule sur une durée de 16 semaines à raison d'une séance par semaine de 2h30 de pratique en groupe et 45 minutes d'entrainement à réaliser quotidiennement chez soi, six jours sur sept, pendant les 16 semaines du programme.

Au moyen d'une pratique spécifique, on centre l'attention, volontairement, et avec bienveillance, sur l'expérience présente de toutes nos réalités, sans jugement, en l'acceptant telle qu'elles se présentent dans l'ici et le maintenant.

Qui peut en bénéficier ?

Le programme est ouvert aux personnes désireuses de vivre une vie de meilleure qualité, de diminuer leur anxiété, stress, gérer leurs envies de consommer, de devenir plus conscient de leurs réels besoins normaux et naturels, afin de pouvoir y donner un réponse plus adéquate et plus satisfaisante, d'améliorer ses relations avec son entourage, et de grandir en tant que personne.

Les personnes désireuses de participer au programme sont invitées à contacter Mr. L. Stevens ou F. Rassart.

Aspects pratiques

Les participants s'engagent à participer à la totalité des 16 séances et à pratiquer tous les jours comme prévu dans le programme.

Venir avec des vêtements amples, un tapis yoga, éventuellement un coussin ou un banc de méditation, et une couverture.

Etre accepté pour le programme par l'animateur.

S'engager à répondre aux questionnaires

Annexe 4 : programme des 16 semaines

week 1					
		Uurschema	**Tijd nodig**	**Francoise**	**Lieven**
Onderzoek	**Mesure CO**	18.15	20'	Onderzoek	Stoelen
	Poids				
	Ritme Cardiaque				
Uitdelen CD, Doc.					
	S1				
Thema	Pilote automatique				
Inhoud thema					
Contenue	Inleiding	18.35	10'		
	Groepsregels		"		
	Wat is Mindfulness? Zien ≠ stilleggen van denken, van reactiviteit. Verschil reactief en responding		"		
	Voorstellen: **waarom zijn we hier nu**?	18.45	20'		
	Rozijn-oefening als informele eerste mindfulness oefening	19.05	20'	Francoise deelt ze uit	
	Feedback				
	Pauze	19.25	15'	Francoise maakt the tijdens laatste deel feedback	
	Bodyscan	19.45	45'		
	Feedback	20.30	15'		
	Huiswerk opdracht	20.45	15'		
Huiswerkopdracht					
Formeel	6 x bodyscan cd				
Informeel	In aandacht eten (1 keer, of 1 hap per dag)				
	Dagelijkse routine handelingen in aandacht				
Geschreven huiswerkopdracht	9 punten oefening, en feedback				
Afruimen en feedback		21.00	30'		

Week 2			
		Uurschema	**Tijd nodig**
Onderzoek	Rien		
Thema	**S2**		
Inhoud thema	Observer et attitude de base		
Contenue	**Bodyscan**	18h40	45'
	Feedback	19h25	35'
	Pauze	20h00	20'
	Psycho-educatie: **Walking down a street** (relatie G-E-S)	20h20	10'
	Feedback		
	Verschil waarnemen versus interpreteren		
	Ademfocus. Zitmeditatie introduceren: 10 minuten aandacht voor adem	20h30	10'
	8 factoren	20h40	10'
	Door de aandacht voor het lichaam wordt de onrustige aard van de geest duidelijk en zijn neiging tot automatisch interpreteren		
	Bespreken huiswerk	20h50	10'
	Nieuwe huiswerkopdracht		
Huiswerkopdracht			
Formeel	6x bodyscan cd		
	Ademfocus ' 10 cd		
Informeel	Dagelijkse routine handelingen in aandacht		
Geschreven huiswerkopdracht	Logboek prettige gebeurtenissen		
Afruimen en feedback		21h00	15'

Week 3			
		Uurschema	**Tijd nodig**
Onderzoek			
	S3		
Thema	Grenzen. Hier en nu gewaarzijn		
Inhoud thema	**Thema 1**: Grenzen naar aanleiding van yoga. **Thema 2:** Hier en nu gewaarzijn n.a.v kalender prettige gebeurtenissen		
Contenue	Bewegen in aandacht (**liggende yoga**)	18h40	45'
	Feedback	19h25	10'
	Meditatie met aandacht voor **geluiden + lichaamssenaties** (15-20')	19h35	20'
	Pauze	20h00	20'
	Bespreken huiswerk: Kalender **plezierige ervaringen** + herhalen van **Walking down a street**. Theorie op bord.	20h20	25'
	Introductie **3-minuten ademruimte**	20h45	5'
Huiswerkopdracht		20h50	10'
Formeel	Ene dag bodyscan, andere dag liggende yoga oefening cd		
	10-15' zitmeditatie met aandacht voor de ademhaling cd		
Informeel	Bij wakker worden, 1' blijven liggen en AH observeren		
Geschreven huiswerkopdracht	Logboek onprettige gebeurtenissen		
Afruimen en feedback		21h00	

Week 4			
		Uurschema	Tijd nodig
Onderzoek			
Thema	Stress en stressreacties		
Inhoud thema	Aanwezig blijven ook bij onprettige ervaringen		
Contenue	Stapmeditatie	18.35	15'
	Korte uitleg over hoe zitten	18.50	10'
	Begin zitmeditatie: A. Le cheval	19.00	5'
	B. Zitmeditatie, gedachten en emoties	19.05	40'
	Pauze	19.45	15'
	Onderzoek prettige/onprettige ervaringen (≠ activiteiten) , voorkeur en afkeer	20.00	20'
	Psycho-educatie: Gedachten en emoties	20.20	15'
	3' AR coping	20.35	5'
	Het verhaal van de steenhouwer	20.40	5'
Huiswerkopdracht		20.45	15'
Formeel	Elke dag hele zitmeditatie aandacht voor adem en lichaamssensaties		
	Experimenteel met wandelmeditatie voor of na de zitmeditatie		
	2 à 3 keer bodyscan		
	3 x per dag AR op vastgesteld interval. Schrijf commentaar en moeilijkhede, kruis telkens een o aan als je een onplezierig gevoel ervaart.		
Informeel / tips	Telkens wanneer je je houding van zittend naar staand verandert, wees ervan gewaar. Als je ergens moet wachten... Voel je je dan ongeduldig? Breng je aandacht naar je ademhaling. Lichaamssensaties opmerken. Vraag je af en toe af: "loop ik mezelf voorbij of ben ik hier en nu aanwezig in mijn leven?"		
Geschreven huiswerkopdracht			
Afruimen en feedback		21.00	15'

Week 5			
Onderzoek			
		uurschema	**Tijd nodig**
Thema	Stress bewust beantwoorden		
Inhoud thema	Integratie: "acceptatie"		
Contenue	**Staande yoga**	18.35	20'
	45' zitmeditatie, aandacht voor reactiviteit op problemen	18.55	45'
	Tekst Rumi	19.40	5'
	Pauze	19.45	15'
	Huiswerk bespreken + feedback	20.00	45'
	3'minuten meditatie bij moeilijke situaties	20.45	5'
Huiswerkopdracht		20.50	10'
Formeel	3 keer per week zitmeditatie '30, afwisselend met 3 keer per week liggende of staande yoga.		
	3 keer per week 10' loopmeditatie		
	3' respiration tous les jours 3x		
Informeel	experimenteer op de autosnelweg: rijd 5 km onder de snelheidslimiet etn neem waar wat er gebeurt fysiek		
Geschreven huiswerkopdracht	Communicatiedagboek invullen		
Afruimen en feedback		21.00	

Week 6		uurschema	tijd nodig
Onderzoek			
Thema	Contact in aandacht		
Inhoud thema	Communicatie		
Contenue	**Bergmeditatie**	18.30	25'
	Oefeningen rond **communciatie** aan de hand van lichaamsoefeningen (luisteren naar jezelf, ander, agressief, passief, evenwichtig, depressief, neen zeggen, Rosenberg)	19.00	37'
	Pauze	19.45	15'
	Vervolg **communicatie** oefn.	20.00	15'
	30' zitmeditatie keuzeloos bewustzijn	20.15	30'
Huiswerkopdracht		20.45	15'
Formeel	6 x zitmeditatie ('40) met of zonder CD		
	3' respiration 3x par jour a des moments que vous avez décidés à l'avance		
	3' respiration: quand vous remarquez des sentiments désagréables.		
	Omgekeerde terugblik		
Informeel	Wanneer je praat, zeg je precies wat er gezegd moet worden zonder te overdrijven?		
	Als je emotioneel wordt in een gesprek, geef dan eerst aandacht aan je lichaamssensaties voor je antwoordt.		
	Schenk aandacht aan alles wat je binnen in je lichaam/geest laat komen, eventueel een lijst maken.		
Geschreven huiswerkopdracht	Lijst van motivatie voor rookstop. Avantages et difficultés (14)		
	Observations des entretiens stressants		
Afruimen en feedback		21.00	

Week 7	Preparation	uurschema	Tijd nodig
Onderzoek	Mesure CO	18.15	30'
	Poids		
	Ritme Cardiaque		
Thema	Bilan		
Inhoud thema	Bilan afgelopen weken, vooruitzicht komende weken. Zorgen voor jezelf.		
Contenue	Intro Lieven	18.45	5'
	Meermeditatie	18.50	20'
	Do-in meditatie	19.10	25'
	Pauze	19.35	15'
	Info -tabac en persoonlijke raad	19.50	60'
	Oefening S.O.S.E.R.	20.50	5'
Huiswerkopdracht		20.55	5'
Formeel	Vrije meditatiekeuze		
	3' ademruimte, 3 maal per dag		
	Oefening eenvoudig voorwerp voordoen in groep		
Informeel			
Geschreven huiswerkopdracht	J'observe les moments d'envie (4)		
Afruimen en feedback		21.00	

Week 8	Preparation	uurschema	Tijd nodig
Onderzoek	Mesure CO	18.15	30'
	Poids		
	Ritme Cardiaque		
Thema	**Hervalpreventie**		
Inhoud thema			
Contenue	**Introductie**	18.45	5'
	Bergmeditatie	18.55	25'
	Ademfocus en waardigheid	19.20	10'
	Stapmeditatie	19.30	15'
	Pauze	19.45	15'
	Feedback	20.00	45'
	Meditatie "goesting"	20.45	5'
Huiswerkopdracht		20.50	5'
Formeel	Vrije meditatiekeuze		
	3' ademruimte, 3 maal per dag		
Informeel	Oefening eenvoudig voorwerp voordoen in groep		
Geschreven huiswerkopdracht			
Afruimen en feedback	J'observe les moments d'envie (4)		

Week 9		Uurschema	Tijd nodig
Onderzoek	Mesure CO	18.15	30'
	Poids		
	Ritme Cardiaque		
Thema	Besoins et emotions		
Inhoud thema	Emoties als de koninklijke weg naar de diepere noden/behoeften. Aan het eind lijst geven van noden/besoins		
	Uitleg noden, en hoe bevredigend vervullen. Roken als "strategie" voor een behoefte		
Contenue	Intro	18.45	5'
	Bergmeditatie	18.50	25'
	Metta	19.15	20'
	Pauze	19.35	10'
	Feedback huiswerk (Moments d'envie)	19.45	60'
	S.T.O.P. Meditatie	20.45	5'
Huiswerkopdracht		20.50	10'
Formeel	Eigen keuze meditatievorm		
	Oefening eenvoudig voorwerp '2		
Informeel			
Geschreven huiswerkopdracht	Observeren noden, lijst maken met alternatieven		
Afruimen en feedback		21.00	

Week 10		Uurschema	Tijd nodig
	Mesure CO	18.15	30'
Onderzoek	Poids		
	Ritme Cardiaque		
Thema	Zelfzorg en aandacht voor actie		
Inhoud thema	Emoties als de koninklijke weg naar de diepere noden/behoeften.		
Contenue	**Bercer le coeur**	18.45	20'
	Wandelmeditatie - buiten elkeen appart	19.05	40'
	Pauze	19.45	15'
	Feedback	20.00	45'
	Inslaapoefening	20.45	10'
	3' Ademruimte bij moeilijke gedachten/gevoelens	20.55	5'
Huiswerkopdracht		21.00	1'
Formeel	Eigen keuze (formele) meditatievorm		
Informeel			
Geschreven huiswerkopdracht			
Afruimen en feedback		21.00	

Week 11		Uurschema	Tijd nodig
Onderzoek	Mesure CO	18.15	30'
	Poids		
	Ritme Cardiaque		
Thema	Hervalpreventie		
Inhoud thema			
Contenue	**Intro**	18.45	15'
	Meer meditatie/of Bercer le coeur:	19.00	20'
	Wandelmeditatie Lieven	19.20	30'
	Thé-meditatie gevolgd door pauze	19.50	15'
	S.O.B.E.R.	20.05	20'
	Feedback	20.25	35'
Huiswerkopdracht		21.00	1'
Formeel	Eigen keuze (formele) meditatievorm		
Informeel			
Geschreven huiswerkopdracht			
Afruimen en feedback		21.00	

Week 12		Uurschema	Tijd nodig
Onderzoek	Mesure CO	18.15	30'
	Poids		
	Ritme Cardiaque		
Thema	Hervalpreventie		
Inhoud thema			
Contenue	**Meer meditatie**	18.45	15'
	Stille zitmeditatie	19.00	30'
	Thé-meditatie	19.30	10'
	Pauze	19.40	10'
	S.O.B.E.R.	19.50	20'
	Feedback	20.10	50'
Huiswerkopdracht		21.00	1'
Formeel	Eigen keuze (formele) meditatievorm		
Informeel			
Geschreven huiswerkopdracht			
Afruimen en feedback		21.00	

Week 13		Uurschema	Tijd nodig
Onderzoek	Mesure CO	18.15	30'
	Poids		
	Ritme Cardiaque		
Thema	Hervalpreventie		
Inhoud thema			
Contenue	**4 Elementenmeditatie**	18.45	25'
	Wandelmeditatie	19.10	20'
	Thé-meditatie	19.30	15'
	Pauze	19.45	15'
	Feedback & vraag naar wensen voor volgende week	20.00	50'
Huiswerkopdracht		21.00	1'
Formeel	Eigen keuze (formele) meditatievorm		
Informeel			
Geschreven huiswerkopdracht			
Afruimen en feedback		21.00	

Week 14		Uurschema	Tijd nodig
Onderzoek	Mesure CO	18.15	30'
	Poids		
	Ritme Cardiaque		
Thema	Hervalpreventie		
Inhoud thema			
Contenue	**S.O.B.E.R.**	18.45	30'
	Wandelmeditatie	19.15	30'
	Thé-meditatie gevolgd door pauze	19.45	15'
	Feedback	20.00	45'
Huiswerkopdracht		21.00	1'
Formeel	Eigen keuze (formele) meditatievorm		
Informeel			
Geschreven huiswerkopdracht			
Afruimen en feedback		21.00	

Week 15		Uurschema	Tijd nodig
Onderzoek	Mesure CO	18.15	30'
	Poids		
	Ritme Cardiaque		
Thema	Hervalpreventie		
Inhoud thema			
Contenue	**Meditation assise**	18.45	35'
	Wandelmeditatie	19.20	30'
	Thé-meditatie gevolgd door pauze	19.50	15'
	Feedback	20.05	55'
Huiswerkopdracht		21.00	1'
Formeel	Eigen keuze (formele) meditatievorm		
Informeel			
Geschreven huiswerkopdracht			
Afruimen en feedback		21.00	

Week 16		Uurschema	Tijd nodig
Onderzoek	Mesure CO	18.15	30'
	Poids		
	Ritme Cardiaque		
Thema	Afsluiten		
Inhoud thema			
Contenue	**Intro**	18.45	5'
	Staande oefening	18.50	15'
	Découvrir son désir profond	19.05	10'
	Stille zitmeditatie	19.15	15'
	Thé-meditatie / pauze / Feedback	19.30	90'
Afruimen		21.00	

Annexe 5 : dossier d'entrée avant de commencer le groupe

Annexe 5a : dossier pour sevrage tabagique

Dossier pour sevrage tabagique (patients ambulatoires)

1. Mon nom : ……..

2. La date : .. /. ./….

3. N° de téléphone : …… /….. …. …..

4. N° du GSM : …../.. …. …..

5. Pour les femmes :
   - Etes-vous actuellement enceinte ? Oui / Non
   - Prenez-vous la pilule ? Oui/ non

6. Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? ……
(Actif = 1 ; Retraité = 2 ; Chômage, CPAS, VIPO = 3 ; Sans activité = 4 ;
En formation = 5)

7. Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie professionnelle ? Oui / non.
……

8. Actuellement, rencontrez-vous des difficultés particulières dans votre vie familiale ? Oui / non
……
……
   - Marié : oui / non
   - Divorcé : oui / non
   - Séparé : oui / non
   - Célibataire : oui / non
   - En concubinage : oui / non
   - Enfants : oui / non
   - Logement : oui / non
   -

9. Y-a-t-il des fumeurs dans votre entourage ? Oui / non

10. A la maison, y-a-t-il des « règles » concernant la consommation de tabac ?
    Oui / non
    Lesquelles ?
……
……

Maladie et traitements.

11. Avez-vous l'un des facteurs de risque cardiovasculaire suivants ?
    - Hypertension : oui / non
    - Diabète : oui / non
    - Excès de cholestérol : oui / non

12. Etes-vous ou avez-vous été traité(e) pour une ou plusieurs des maladies cardio-vasculaires ci-dessous ?
    - Un infarctus du myocarde, angine de poitrine : Oui / non
    - Un accident vasculaire cérébral : oui / non
    - Une artérite des membres inférieurs : oui / non

13. Etes-vous ou avez-vous été soigné(e) pour l'une des maladies respiratoires suivantes ?
    - Un cancer du poumon, de la gorge, du larynx : oui / non
    - Une bronchite chronique : oui / non
    - De l'asthme : oui / non

14. Prenez-vous assez régulièrement les médicaments suivants ?
    - Des tranquillisants : oui / non
    - Des antidépresseurs : oui / non
    - Un traitement de substitution (méthadone,..) : oui / non

15. Avez-vous déjà été ou êtes-vous soigné(e) pour ?
    - Une dépression nerveuse ayant occasionné un arrêt total ou partiel de l'activité : oui / non

Consommation de boissons alcoolisées.

16. Combien de verres de boissons alcoolisées buvez-vous par jour ? ……..

Autres dépendances : oui / non

17 Lesquelles : ……

18. Consommation cannabis : oui/ non.
    Hasijsch : oui / non.

Cures de désintoxications

19 . Avez-vous déjà fait une ou plusieurs cures de désintoxication ?
    - alcool oui / non
    - cannabis oui / non
    - autres drogues oui / non
    - médicaments oui / non

Vos habitudes alimentaires.

20. Combien de tasses de café buvez-vous par jour ? ……

21. Combien de repas prenez-vous par jour ? ……

22. Vous arrive-t-il fréquemment de sauter un repas ? Oui / non.

23. Avez-vous tendance à grignoter entre les repas ? oui / non.

24. Votre poids est-il stable ? oui / non

25 . Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ? Oui / non

Si oui, à quelle(s) occasions ?
……
……

Bilan de dépendance tabagique.

26. Combien de cigarettes fumez-vous actuellement chaque jour ? ……

27. Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

28. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ? (T.T.F.C.)

Dans les 5 minutes	3
De 6 à 30 minutes	2
De 31 à 60 minutes	1
Après 60 minutes	0

Total des scores : ……

Interprétation du total :
0-2 : dépendance très faible / 3 : faible / 4 : moyenne / 5 : forte / 6 : très forte

29. Si vous avez été hospitalisé en psychiatrie, votre consommation de cigarettes a-t-elle été augmentée, diminuée ou est-elle restée la même ?
Oui / non
Augmentée / diminuée de combien par jour……

30. Contextes conditionnant la dépendance socio-comportementale.
Fumez-vous :
- Quand vous êtes en compagnie d'autres fumeurs ? oui / non
- A la fin d'un repas ? oui / non
- Quand vous buvez une tasse de café, un apéritif, un digestif ? oui / non
- Quand vous parlez au téléphone ? oui / non
- Quand vous lisez un livre, écoutez un CD, regardez la télévision ? oui / non
- Quand vous faites une pause entre deux tâches ? oui / non
- Quand vous rencontrez une personne qui vous plaît ? oui / non

Quelle est votre histoire avec le tabac ?

31. A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? ……

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

33. Quel budget annuel consacrez-vous au tabac ?
(Le nombre de paquets par jour x 365 jours par an) …. x 365 = ……..
(le total du nombre de paquets par an x le prix par paquet)
…….. x …… = € ……

34. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? oui / non

35. Combien de fois avez-vous arrêté de fumer complètement pendant au moins 7 jours (aucune cigarette) ? ……

36. De quelle manière ?
- Substitution de nicotine : oui / non
  - Patch : oui / non Dosage : …..Combien de temps : ……
  - Gommes : oui / non Dosage :……Combien de temps :……
  - Comprimés sublinguaux : oui / non
    Dosage :…. Combien de temps :……
  - «Inhaler» : oui / non Dosage : …. Combien de temps :……
- Médicament : oui / non / lequel :…….
- Aide professionnelle : oui / non/ laquelle :……..

37. Combien de temps a duré votre arrêt le plus long ? ……..

38. Quelle est la date de votre dernière tentative ?…….

39. Quels troubles avez-vous ressenti à l'arrêt du tabac ?
Aucun ☐
Pulsion à fumer ☐
Irritabilité, colère ☐
Agitation, nervosité ☐
Anxiété ☐
Tendance dépressive ☐
Difficultés de concentration ☐
Troubles du sommeil ☐
Augmentation de l'appétit ☐
Autres ☐
Lesquels ? ……..

40. Avez-vous pris du poids en arrêtant de fumer ? Oui / non.
Si oui, combien de kilos ? …….

41. Pour quelle(s) raison(s) pensez-vous avoir **recommencé** à fumer ? (par ordre d'importance)
1 …….
2 …….
3 …….
4 …….

Pourquoi fumez-vous ?

42. 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…….	Jamais										Toujours
- 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

43. Quel est votre de degré de motivation ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Niveau de confiance ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

44. Pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ?

J'aimerais bien arrêter de fumer parce que je voudrais ……..
……
……
……
……
……

45. Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?

En essayant d'arrêter de fumer, j'ai peur de ……
……
……
……
……

46. Bilan. (à remplir par le tabacologue)

Niveau de motivation : ……
Niveau de confiance : ……

Test HAD :

1. Anxiété: ……
2. Dépression: ……..

Test STAI ……

Test de Demaria-Grimaldi : ……..

Autres dépendances :
……
Avis médical, psychiatrique :
……..

Cotinine urinaire : ……..µg/l.

Fägerstrohm score :……..

CO Expiré : Traitement actuel : ……

Date	Dosage : ppm.

L' avis du tabacologue:
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

……
……
…

47. Conclusions.

Décision d'arrêt ? Oui / non.

Jour prévu pour l'arrêt : ……

Traitement de substitution : oui / non
- par patch : Oui / non Dosage : ……..
- par comprimés sublinguaux : oui / non Dosage : ……..
- par gommes : oui / non Dosage : ……
- par «inhaler» : oui / non Dosage: ……

Traitement médicamenteux : Oui / non
Lequel ? :……

Un suivi est prévu : oui / non
Lequel ?……

Annexe 5b : test de motivation de Demaria-Grimaldi

Portail Santé
GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

TEST DE MOTIVATION de DEMARIA-GRIMALDI

Test d'auto-évaluation des chances de réussir à arrêter de fumer

	Points
Je veux arrêter de fumer spontanément par décision personnelle	2
Je veux arrêter de fumer suite à un avis médical	1
Je veux arrêter de fumer à la demande de ma famille	1
J'ai déjà arrêté de fumer pendant plus d'une semaine	1
Actuellement, je n'ai pas de problèmes professionnelles	1
Actuellement je n'ai pas de problèmes familiaux	1
Je veux me libérer de cet esclavage	2
Je fais du sport ou j'ai l'intention d'en faire	1
Je veux préserver mon aspect physique	1
J'ai des enfants en bas âge	2
Je suis enceinte ou ma conjointe est enceinte	2
J'ai bon moral actuellement	1
J'ai l'habitude de réussir ce que j'entreprends	1
Je suis plutôt d'un tempérament calme, détendu	1
Mon poids est habituellement stable	1
Je veux accéder à une qualité de vie meilleure	2
Score total	

Interprétation du Test de Demaria-Grimaldi

- **0 à 7 points** : est-ce le bon moment pour arrêter de fumer ?
- **8 à 12 points** : chances réelles de réussir, mais des difficultés à prévoir.
- **13 à 15 points** : grandes chances de réussir
- **16 et plus** : très grandes chances de réussir

Source
Test d'auto-évaluation des chances de réussir à arrêter de fumer
(d'après Demaria-Grimaldi et coll. 1987)

Test HAD

1. Je me sens tendu, énervé		
	La plupart du temps	3
	Souvent	2
	De temps en temps	1
	Jamais	0
2. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent		
	Oui, toujours	0
	Le plus souvent	1
	De plus en plus rarement	2
	Tout est plus difficile	3
3. Je me sens ralenti		
	Pratiquement tout le temps	3
	Très souvent	2
	Quelquefois	1
	Pas du tout	0
4. J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou I'estomac noué		
	Très souvent	3
	Assez souvent	2
	Parfois	1
	Jamais	0
5. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence		
	Totalement	3
	Je n'y fais plus attention	2
	Je n'y t`ais plus assez attention	1
	J'y fais attention comme d'habitude	0
6. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place		
	Oui, c'est tout à fait le cas	3
	Un peu	2
	Pas tellement	1
	Pas du tout	0
7. J'envisage l'avenir avec optimisme		
	Comme d'habitude	0
	Plutôt moins qu'avant	1
	Beaucoup moins qu'avant	2
	Pas du tout	3
8. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		
	Oui, très nettement	3
	Oui, mais ce c'est pas trop grave	2
	Un peu, mais cela ne m'importe pas	1
	Pas du tout	0
9. Je sais rire et voir le bon côté des choses		
	Toujours autant	0
	Plutôt moins	1
	Nettement moins	2
	Plus du tout	3

10. Je me fais souvent du souci		
	Très souvent	3
	Assez souvent	2
	Occasionnellement	1
	Très occasionnellement	0
11. Je me sens heureux		
	Jamais	3
	Pas souvent	2
	Quelquefois	1
	La plupart du temps	0
12. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux		
	Jamais	3
	Rarement	2
	Oui, en général	1
	Oui, quoiqu'il arrive	0
13. Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télé		
	Souvent	0
	Assez souvent	1
	Rarement	2
	Pratiquement jamais	3
14. J'éprouve des sensations soudaines de panique		
	Très souvent	3
	Assez souvent	2
	Rarement	1
	Jamais	0

Anxiété:	**Dépression:**
Somme scores questions 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14	Somme scores questions 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13
Score anxiété > 10: état anxieux anormal	Score dépression > 10 : forte probabilité de dépression

Annexe 5d

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et Al.

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-A

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Date de passation : _____

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme	•	•	•	•
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté	•	•	•	•
3. Je suis tendu(e), crispé(e)	•	•	•	•
4. Je me sens surmené(e)	•	•	•	•
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau	•	•	•	•
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e)	•	•	•	•
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment	•	•	•	•
8. Je me sens content(e)	•	•	•	•
9. Je me sens effrayé(e)	•	•	•	•
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien)	•	•	•	•
11. Je sens que j'ai confiance en moi	•	•	•	•
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable	•	•	•	•
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur)	•	•	•	•
14. Je me sens indécis(e)	•	•	•	•
15. Je suis décontracté(e), détendu(e)	•	•	•	•
16. Je suis satisfait(e)	•	•	•	•
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)	•	•	•	•
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e)	•	•	•	•
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e)	•	•	•	•
20. Je me sens de bonne humeur, aimable	•	•	•	•

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et Al.

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-B

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Date de passation : _____

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez GENERALEMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments HABITUELS.

	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
21. Je me sens de bonne humeur, aimable	•	•	•	•
22. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e)	•	•	•	•
23. Je me sens content(e) de moi	•	•	•	•
24. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres	•	•	•	•
25. J'ai un sentiment d'échec	•	•	•	•
26. Je me sens reposé(e)	•	•	•	•
27. J'ai tout mon sang-froid	•	•	•	•
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter	•	•	•	•
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance	•	•	•	•
30. Je me sens heureux (heureuse)	•	•	•	•
31. J'ai des pensées qui me perturbent	•	•	•	•
32. Je manque de confiance en moi	•	•	•	•
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté	•	•	•	•
34. Je prends facilement des décisions	•	•	•	•
35. Je me sens incompétent(e), pas à la hauteur	•	•	•	•
36. Je suis satisfait(e)	•	•	•	•
37. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent	•	•	•	•
38. Je prends les déceptions tellement à coeur que je les oublie difficilement	•	•	•	•
39. Je suis une personne posée, solide, stable	•	•	•	•
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis	•	•	•	•

Annexe 5e :

Questionnaire d'évaluation en vue de la participation à un groupe de mindfulness

(merci de remplir en letters majuscules)

Date ……

Nom ……

Prénom ……

Date de naissance ……..

Adresse …….

…….

Mail ……

Profession ……..

Merci de répondre aux questions suivantes …

Toutes les informations seront traitées confidentiellement

1. Etes-vous actuellement en traitement chez un médecin, psychologue, psychiatre ou autre professionnel de la santé ?
   Expliquez SVP

2. Quelle est votre motivation la plus importante pour participer à ce groupe ?

3. Avez-vous des tendances à ruminer ?
Oui / non ?

4. Avez-vous facilement des pensées négatives ?
Oui/non ?

5. Actuellement, êtes-vous le plus souvent d'humeur triste ?
Oui / non

6. Votre humeur est-elle actuellement bonne et stable ?
si oui, depuis combien de temps ?

7. Qui vous a envoyé ?

8. Etes-vous d'accord de vous exercer tous les jours,
pendant 30 à 45 minutes ?

9. Avez-vous déjà d'autres expériences de méditation ?

si oui, lesquelles ?

10. Avez-vous encore des questions ou le désir de nous communiquer certaines choses ?

Nous vous remercions pour votre collaboration

Françoise Rassart francoise.RASSART@chu-brugmann.be
Lieven Steven lieven.stevens@chu-brugmann.be

Tél : 02/477 27 42 ou 02/477 27 41

Annexe 6 : évaluation à mi-parcours (après 8 séances)
Annexe 6a : évaluation de mon désir d'arrêter le tabac

NOM date :

Evaluation de mon désir d'arrêter le tabac

Dans le programme nous vous proposions
- 6 séances de mindfulness pour apprendre la technique d'accueil et de gestion du stress et de vos émotions, de vos pensées …
- la 7ème séance, une évaluation,
- ensuite, pour ceux qui se sentent prêts, l'arrêt tabac, le jour qui vous convient le mieux, entre la 7ème et la 8ème séance
- suivi de 9 séances où nous continuons les exercices de mindfulness, mais en axant davantage sur la prévention de la rechute.

Après ces 6 séances de mindfulness, où en suis-je face à mon désir d'arrêter le tabac ?

……...
……...
……..….
.
Aujourd'hui,
quel est mon degré de motivation à arrêter le tabac ? (de 1 à 10) …….

quel est mon degré de confiance ? (de 1 à 10) …….

Face à notre proposition d'arrêter de fumer le jour qui vous convient,
entre la 7ème et la 8ème séance, c'est-à-dire entre le 1 et le 7 avril 2011,
à l'aide de patch de nicotine et de gommes
quels sont mes sentiments ?
quelles sont mes pensées ?
que me dit mon corps ?

……..
……..
…….
…….
……..

ai-je des résistances, des peurs ?

…….

puis-je décider , en liberté :
OK, j'arrête le tabac entre le 1 et le 7 avril ?

……

Annexe 6b :

Evaluation de la compliance au programme mindfulness

Dans le programme, il est demandé
- de pratiquer la méditation 30 à 45 min par jour
- de faire des exercices d'auto-observation pendant la journée

1. Je pratique la méditation ? OUI / NON

1.1 Si oui, combien de temps
( ) 45 minutes par jour avec le CD
( ) entre 30 et 45 minutes par jour seul
( ) entre 15 et 30 minutes par jour
( ) entre 1 et 15 minutes par jour
( ) en moyenne 1 jour sur 2
( ) 2 fois par semaine
( ) 1 fois par semaine
( ) jamais

1.2. Qu'est-ce que cela m'a apporté ?
……
……
……
……
……

1.3. Si je n'ai pas pratiqué la méditation,
quels ont été les freins ?
……
……
……
……
……

2. Ai-je fait les auto-observations pendant la journée ? OUI / NON

2.1 Si oui, combien de fois
( ) je les ai faites tous les jours et j'ai noté
( ) j'en ai fait tous les jours, mais je n'ai pas noté
( ) j'en ai fait en moyenne 1 jour sur 2
( ) j'en ai fait 2 fois par semaine
( ) j'en ai fait 1 fois par semaine
( ) je ne l'ai jamais fait

2.2. Qu'est-ce que cela m'a apporté ?

……..
……..
……
……
……..

2.3. Si je n'ai pas pratiqué les auto-observations,
quels ont été les freins ?

……
……
……
……
……....

3 . Ai-je parfois observé ce que je vis lorsque je fume ? OUI / NON
Qu'ai-je découvert ?

……...
……...
……....
……
……..

Est-ce que cela a changé quelque chose ?
Quoi ?

……..
……
……..
…….
…….

Annexe 7 : évaluation à la fin du parcours

<u>Évaluation du groupe mindfulness et sevrage tabagique (du 17/2/2011 au 9/6/2011)</u>

Vous avez participé au groupe expérimental mindfulness et sevrage tabagique.
Merci de répondre à ces quelques questions

- pour nous permettre d'évaluer l'apport de ce parcours et de voir comment nous améliorer,
- pour me permettre de rédiger mon mémoire à partir de vos réponses

Merci de remplir de questionnaire **STAI** et **HAD** pour la 3ème fois

1. Ce parcours m'a-t-il apporté quelque chose ?

- oui (entourez votre réponse)
- non
- pas d'opinion

Si oui, que m'a-t-il apporté ?

1a . Mes tendances à ruminer ont-elles évolués depuis le début du parcours ?

- oui
- non
- pas d'opinion
- si oui, comment ?

1b. Mes réactions face à mes ruminations ont-elles changé ?

- oui
- non
- pas d'opinion
- si oui, comment ?

1c. Mes pensées négatives ont-elles évolué depuis le début du parcours ?

- oui
- non
- pas d’opinion
- si oui, comment ?

1d. Mes réactions face à mes pensées négatives ont-elles changé ?

- oui
- non
- pas d’opinion
- si oui, comment ?

1e. Mon humeur a-t-elle évolué depuis le début du parcours ?

- oui
- non
- pas d’opinion
- si oui, comment ?

1f. Mes réactions face à mes changements d’humeur ont-elles changé ?

- oui
- non
- pas d’opinion
- si oui, comment ?

1g. Mon anxiété a-t-elle évolué depuis le début du parcours ?

- oui
- non
- pas d’opinion
- si oui, comment ?

1h. Mes réactions face à mon anxiété ont-elle évolué ?

- oui
- non
- pas d’opinion
- si oui, comment ?

2a. Ce parcours a-t-il changé quelque chose dans ma vie personnelle ?

- oui
- non
- pas d'opinion
- si oui, quoi ?

2b. Ce parcours a-t-il amélioré ma qualité de vie ?

- oui
- non
- pas d'opinion
- si oui, en quoi ?

3. Ce parcours m'a-t-il apporté quelque chose dans ma relation au tabac, cannabis, alcool, autres produits,….ou à la nourriture ?

- oui
- non
- pas d'opinion
- si oui, quoi ?

3a. Avez-vous <u>arrêté</u> tabac, cannabis, alcool, excès de nourriture ?

- oui
- non
- expliquez

3b. Avez-vous diminué tabac, cannabis, alcool, excès de nourriture ?

- oui
- non
- expliquez

3c. Avez-vous augmenté votre consommation de tabac, cannabis, alcool, excès de nourriture ?

- oui
- non
- expliquez

3d . Comment avez-vous vécu les moments d'envie d'un produit pendant cette période ?
Ont-elles évolués pendant le parcours ?

- oui
- non
- comment ?

3e. Avez-vous utilisé les techniques de mindfulness dans ces moments d'envie ?

- oui
- non
- si oui, quels ont été les résultats ?

- si vous ne l'avez pas utilisé, pourquoi pas ?

4. Si j'ai arrêté le parcours en route,
Quelles ont été les raisons ?

5. Evaluation des animateurs, de l'animation

5.1. C'était un groupe expérimental,
Qu'est-ce que j'ai particulièrement apprécié ?

5.2. Qu'est-ce qui m'a le plus aidé ?

5.3. Qu'est-ce qui m'a gêné ?

5.4. Qu'est-ce qui, selon moi, pourrait être amélioré ?

5.5. Qu'est-ce qu'il n'y a pas eu et que j'attendais ou que j'aurais aimé …

5.6. Comment ai-je vécu la durée du parcours ?
16 séances,
- c'était trop ?
- c'était trop peu ?
- c'était bien ?
- pourquoi ?

5.7. Comment ai-je vécu la répartition des 2 parties ?
La première partie centrée exclusivement sur mindfulness sans parler du tabac et autres produits (7 séances)
La deuxième partie où on a continué mindfulness en centrant plus sur la prévention de la rechute (9 séances)
- c'était bien ?
- ce n'était pas bien réparti ?
- pourquoi ?

5.8 Désirez-vous encore exprimer quelque chose ?

Nous vous remercions de votre collaboration
Lieven Stevens et Françoise Rassart

Annexe 8 :

Evaluation 6 mois après la date d'arrêt tabac

1. pratiquez-vous encore la pleine conscience ?

- la méditation ?

- l'auto-observation ?

- Si oui, à quel rythme ?

2. avec les mois de recul, qu'est-ce que ce programme vous a appporté ?

a-t-il changé quelque chose dans votre vie ?

Si vous avez arrêté le tabac
- êtes vous abstinent à 100 % actuellement ?

- avez-vous eu des reconsommations ?
(définition de reconsommation : tout acte de fumer, mais moins que 5 cigarettes pendant 3 jours consécutifs)

- avez-vous eu des rechutes ?
(définition de rechute : au moins 5 cigarettes pendant 3 jours consécutifs)

Si vous êtes en rechute actuellement
Combien fumez-vous ?

Avez-vous de nouveau le désir d'arrêter de fumer ?

Si vous n'avez pas arrêté de fumer
Où en êtes vous dans votre désir d'arrêter le tabac ?

Merci pour votre collaboration
Françoise Rassart

Annexe 9

Evaluation du programme « mindfulness et sevrage tabagique », 1 an après la date d'arrêt

1. pratiquez-vous encore la pleine conscience ?

- la méditation ?

- l'auto-observation ?

- Si oui, à quel rythme ?

2. avec an de recul, qu'est-ce que ce programme vous a appporté ?

a-t-il changé quelque chose dans votre vie ?

3. face au tabac

Si vous avez arrêté le tabac

- êtes vous abstinent à 100 % actuellement ?

- avez-vous eu des reconsommations ?
  (définition de reconsommation : tout acte de fumer, mais moins que 5 cigarettes pendant 3 jours consécutifs)

- avez-vous eu des rechutes ?
  (définition de rechute : au moins 5 cigarettes pendant 3 jours consécutifs)

Si vous êtes en rechute actuellement

Combien fumez-vous ?

Avez-vous de nouveau le désir d'arrêter de fumer ?

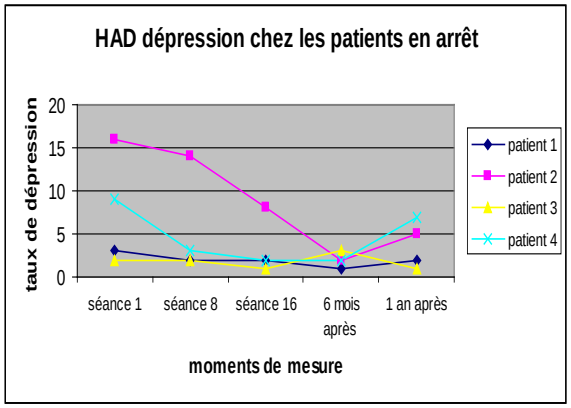
Si vous n'avez pas arrêté de fumer

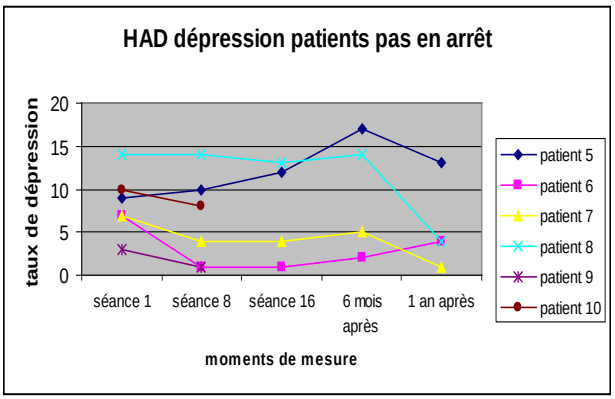
Où en êtes-vous dans votre désir d'arrêter le tabac ?

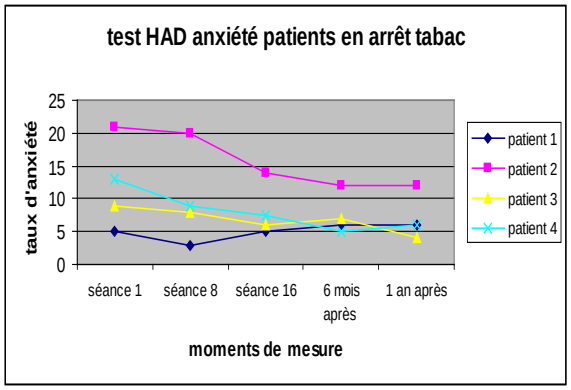
Merci de remplir une dernière fois les tests HAD et STAI

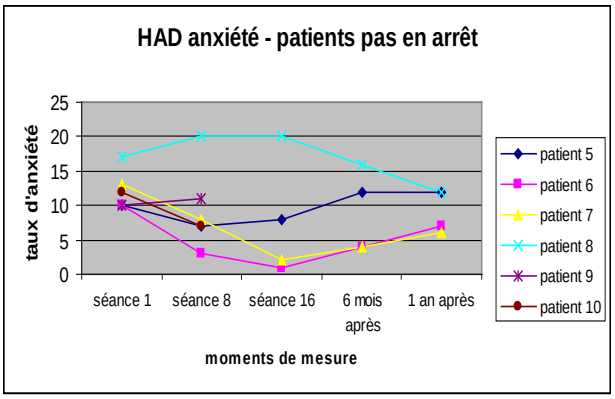
Merci pour votre collaboration
Françoise Rassart

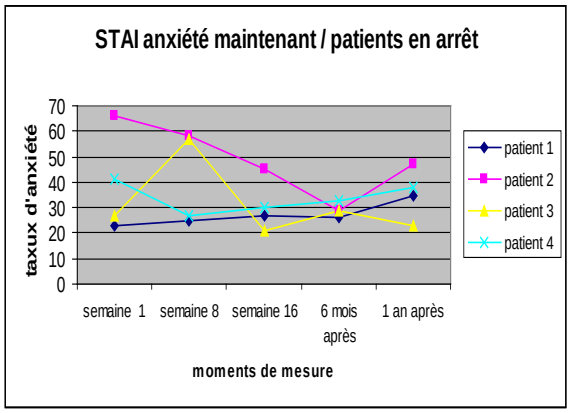
Annexe 10 : Résultats : lien entre les tests HAD et STAI avec l'arrêt du tabac ou le non arrêt

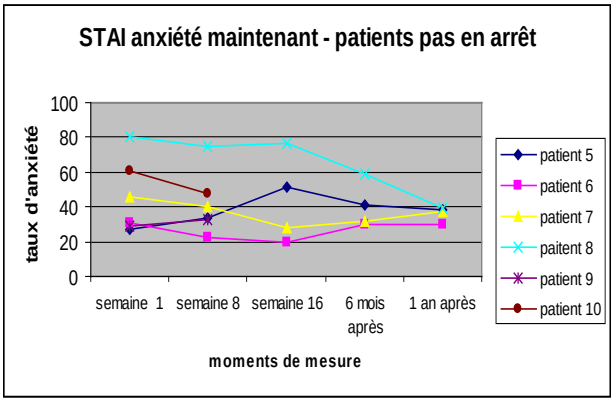


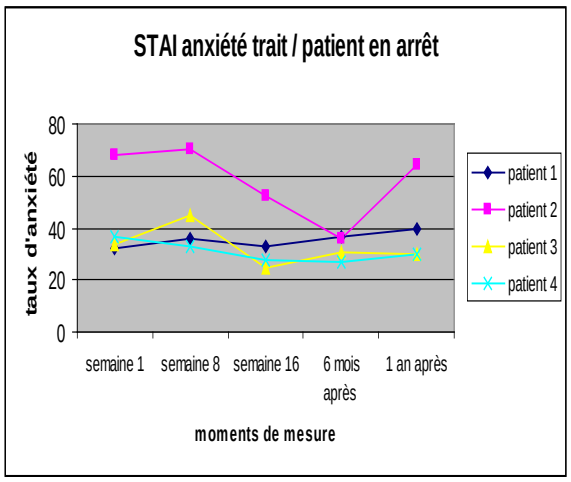


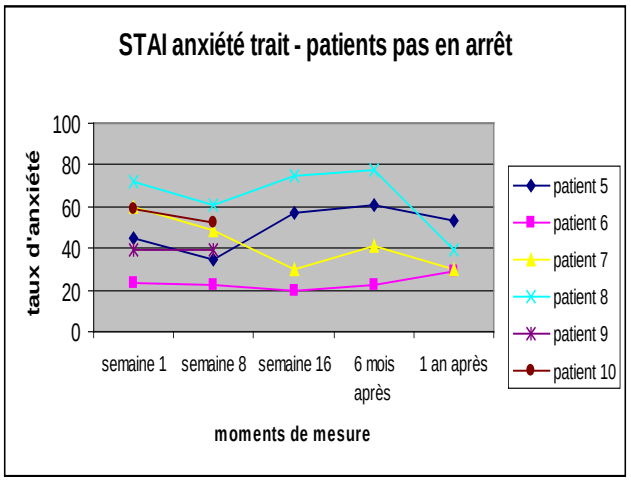






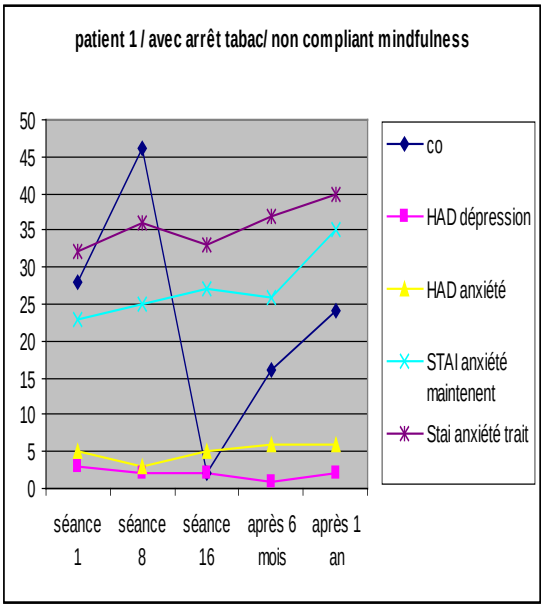


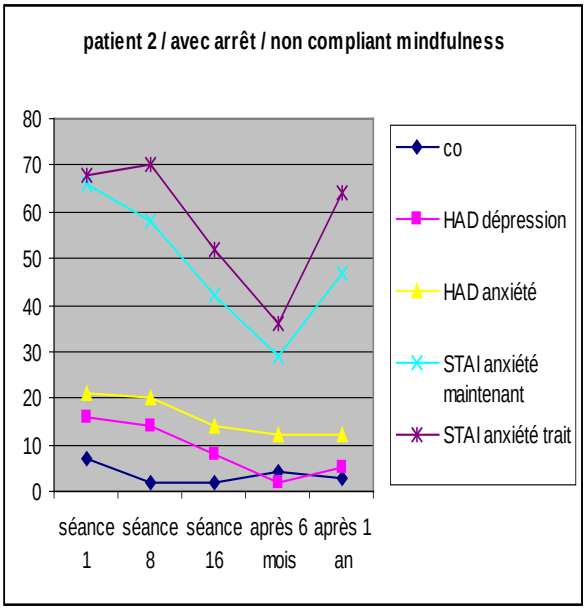


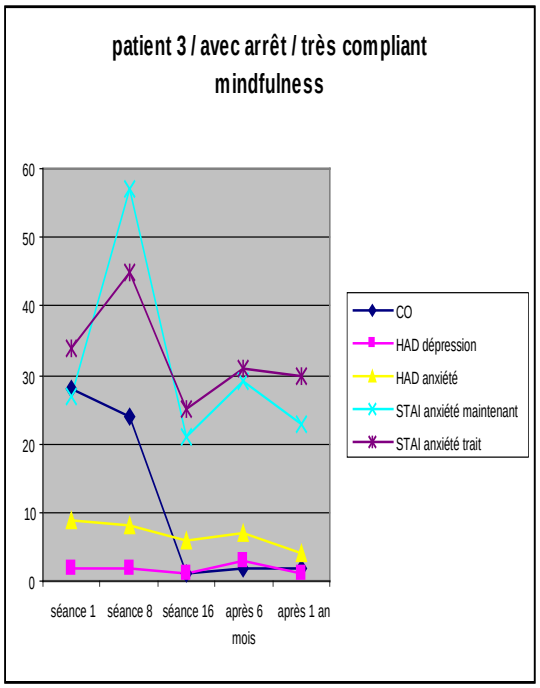


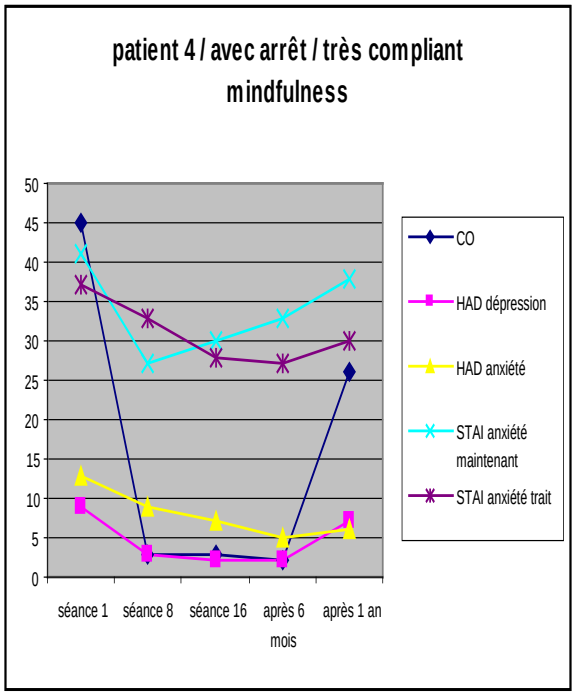
Annexe 11 : Résultats : 10 tableaux par patient :
lien entre la compliance / non compliance à la mindfulness et les mesures de CO, HAD, STAI.

11.1. Les 4 patients en arrêt du tabac



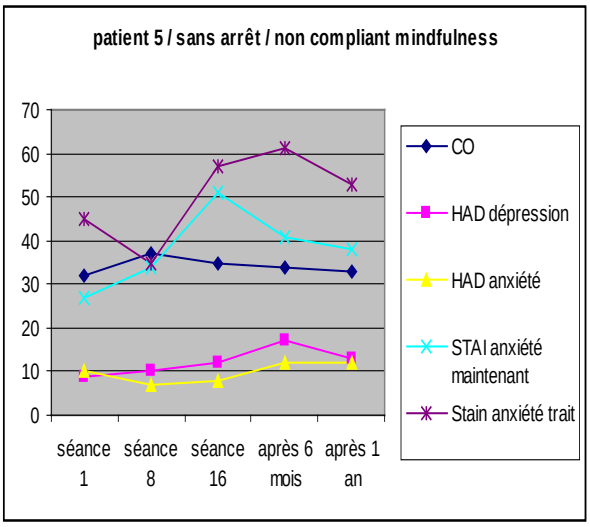


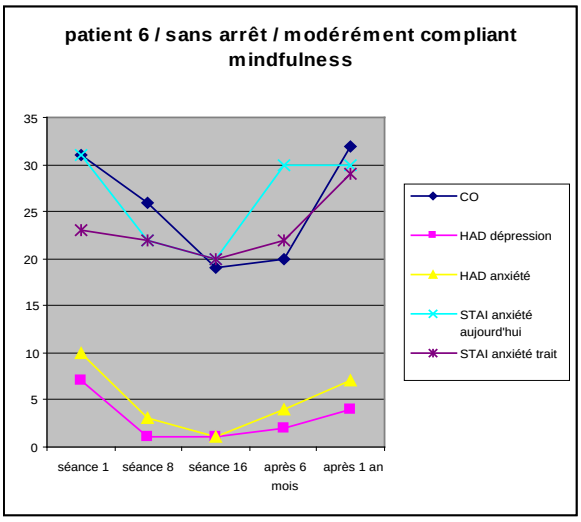


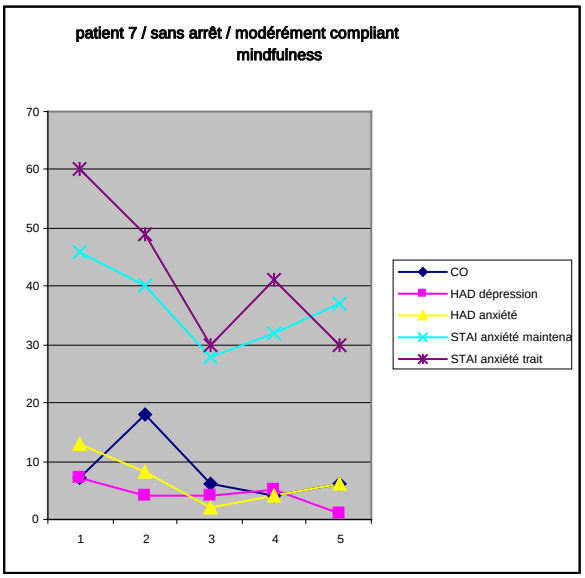


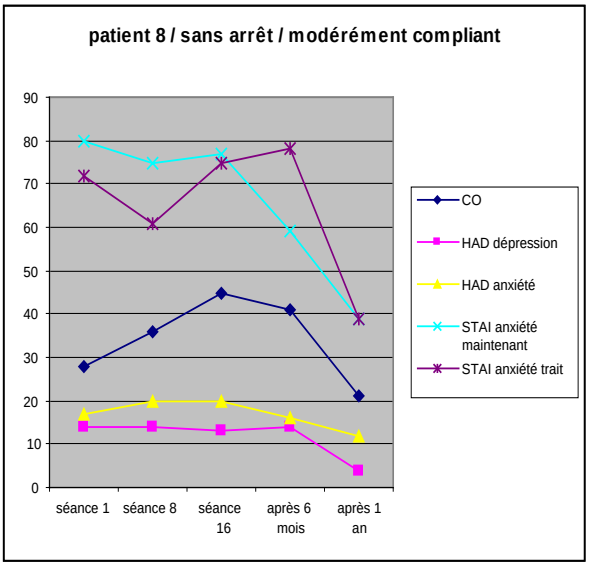
Lien entre la compliance/non compliance à la mindfulness et les mesure de CO, HAD, STAI .

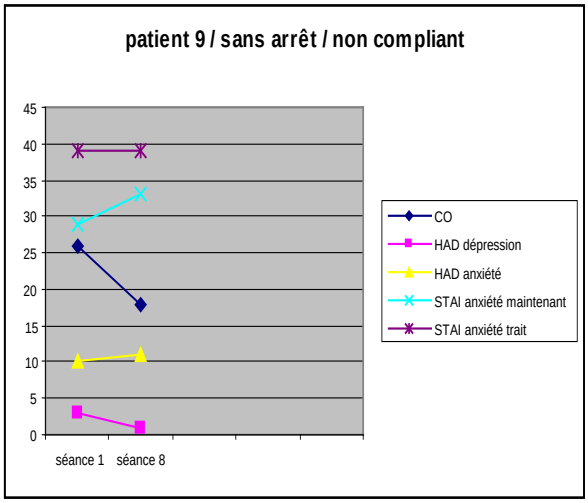
11.2. Les 6 patients pas en arrêt

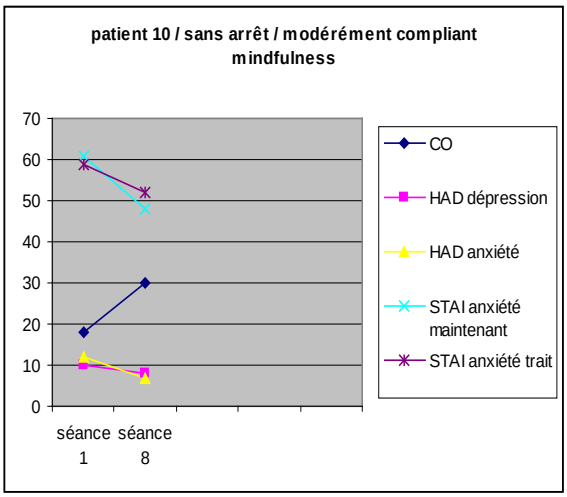












Annexe 12 : 6 fiches techniques sur les 6 études trouvées sur le net sur « mindfulness et tabac »

1. **Davis et All**

Auteur : Davis M. J., Fleming M.F., Bonus C.A. Baker T.B, 2007.

Titre : A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers.

Edition : BMC complementary and alternative medecine 2007 ; 7 :2.

Année de l'étude : 2007.

Nombre du sujets : 18 fumeurs d'au moins 10 cigarettes par jour.

Hypothèse : L'habileté cognitive acquise par mindfulness peut être utilisée pour gérer le craving, les symptômes de manque et le stress émotionnel.

Méthodologie : Les patients ont suivi le cycle de 8 semaines MBSR. Une date d'arrêt a été proposée lors d'une journée mindfulness, 10 jours avant la fin du cycle. Certaines instructions étaient plus ciblées sur l'attention portée aux craving et aux symptômes de manque. Les patients étaient invités à ne pas se focaliser sur l'arrêt tabac comme but de l'intervention. Ils ont été encouragés à pratiquer la pleine conscience de manière formelle avec des CD, 45 minutes par jour et de manière informelle toute la journée, y compris dans les situations à haut risques.

Utilisation d'autre médicament ou substitut nicotinique : non.

Évaluation : 6 semaines après le jour d'arrêt.

Résultat : 6 semaines après la date d'arrêt 10 patients (56%) étaient abstinents.

Conclusion : Ils ont établi une corrélation claire entre la pratique de la méditation, l'abstinence tabagique et la diminution du stress.

2. **Cropley et all**

Auteur : Cropley M., Ussheer M. charitou E.

Titre : Acute effects of a guided relaxation routine (body scan) on tobacco withdrawal symptoms and cravings in abstinent smokers.

Edition : Addiction volume 102, issue 6, 989-993, juin 2007.

Année de l'étude : 2007.

Nombre de sujets : 30 fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour depuis au moins 3 ans.

Hypothèse : Une relaxation guidée par le body scan peut diminuer le craving chez le fumeur abstinent.

Méthodologie

Le groupe contrôle a bénéficié d'une écoute (CD) d'une histoire naturelle.

Le groupe cible a bénéficié d'un body scan de 10 minutes (CD).

Utilisation de médicaments ou substitut nicotinique : Non puisque expérience de 30 minutes qui ne vise pas l'arrêt du tabac.

Évaluation : L'évaluation a été faite 5, 10 et 15 minutes après l'intervention.

Résultats :

Les résultats sont significativement différents dans les 2 groupes. Ils ont noté une diminution de l'envie de fumer, de l'irritabilité, de la tension et de l'irritation dans le groupe cible.

Conclusion : L'intervention brève du body scan peut être bénéfique dans la gestion des envies de fumer et des symptômes de sevrage.

3. Vidrine et all

Auteurs : Vidrine J., Businelle M,. Cinciripini P., Yisheng L., Marcus M., Waters A., Reitzel L., Wetter D.

Titre : Associations of mindfulness with nicotine dependance, withdrawal, and agency

Edition : Substance abuse, volume 30, issue 4, 2009.

Année de l'étude : 2009.

Nombre de sujets : 158 adultes fumeurs de minimum 5 cigarettes par jour, pendant l'année écoulée et motivés à arrêter le tabac dans les 30 jours.

Hypothèses :

- Mindfulness a un impact sur la dépendance par ses effets de contrôle de l'attention et de diminution de l'automaticité.
- Le degré de mindfulness est associé à une diminution des symptômes de manque et des affects négatifs.
- Mindfulness améliore les résultats d'arrêt tabac en augmentant le sentiment de la capacité à réussir l'arrêt.

Méthodologie

Les patients du groupe cible ont eu 8 séances de MBSR, une fois par semaine, en ajoutant les approches de prévention de la rechute cognitivo-comportementale standard.

Les patients du groupe contrôle ont eu un traitement standard.

Utilisation de médicaments ou substitut nicotinique : NON

Evaluation : Le moment de l'évaluation n'est pas précisé dans l'étude.

Résultats

Mindfulness et de la dépendance : un degré de mindfulness plus important était associé à une dépendance nicotiniuqe moins sévère.

Mindfulness et sévérité du manque : un degré de mindfulness plus élévé était associé à des symptômes de manque moins sévères.

Mindfulness et ses effets : le degré de mindfulness est associé à plus grand degré de self efficacité et d'habileté à s'abstenir de fumer dans les situations à hauts risques.

Conclusions

Les résultats suggèrent que le degré de mindfulness pourrait être un prédicteur important de la vulnérabilité à la rechute chez les fumeurs prêts à arrêter.

MIndfulness a un impact important sur la régulation comportementale et émotionnelle.

Mindfulness pourrait donc aider à diminuer le stress d'arrêter de fumer et prévenir les rechutes.

Des interventions de mindfulness, qui augmentent la capacité d'attention, peuvent donc améliorer les signes de sevrage et prévenir les rechutes.

4. **Bowen S, Marlatt A.**

Auteurs : Bowen S., Marlatt A.

Titre : Surfing the urge : brief mindfulness-based intervention for college student smokers.

Edition : Psychology of addictive behaviors, vol 23(4), déc 2009, 666-671.

Année de l'étude : 2009.

Nombre de sujets : 123 étudiants, fumeurs réguliers, en arrêt tabac pendant 12 heures avant la première séance.

Hypothèse : Des interventions brèves de mindfulness peuvent avoir un effet sur les affects négatifs, le besoin de fumer, le comportement de fumer chez des fumeurs en manque de nicotine.

Méthodologie :

Tous les participants étaient en arrêt tabac depuis 12 heures avant la première séance.

Les séances se pratiquaient avec exposition de cigarettes.

Tous les participants écoutaient des CD audio, de même longueur (11 minutes).

Les patients du groupe cible entendaient des suggestions d'accepter leurs besoins et leurs envies.

Les patients du groupe contrôle entendaient des suggestions de lutter contre leurs envies comme ils l'ont toujours fait.

Utilisation de médicaments ou substitut nicotinique : non.

Evaluation : l'évaluation a été faite par téléphone après 24 heures et après 7 jours.

Résultats : Les résultats ne suggèrent pas de différence significative sur les pulsions de fumer dans les 2 groupes. Cependant, 7 jours après l'intervention, les patients du groupe cible avaient moins fumé que ceux du groupe contrôle.

Conclusion :

Des instructions basées sur les techniques de mindfulness ont un effet sur la gestion des envies de fumer et donc peuvent être une aide pour changer le comportement tabagique.

5 Rogojanski et all

Auteurs : Rogojanski J., Vettese L., Antony M.

Titre : Coping with cigarette craving : comparison of suppression versus mindfulness-based strategies.

Edition : http://www.springerlink.com/content/kj204130784w6053/.

Année de l'étude : 2010.

Nombre de sujets : 61 adultes fumeurs d'au moins 10 cigarettes par jour

Hypothèse : Des stratégies basées sur mindfulness peuvent améliorer les réponses aux affects négatifs, à l'humeur dépressive, au craving, le sentiment d'auto-efficacité dans la réponse au craving de cigarettes.

Méthodologie

Tous les patients ont fumé leur dernière cigarette 30 minutes avant la séance. Ils ont eu 2 séances de 20 minutes de mindfulness, espacées de 7 jours. Les instructions de méditations, écoutées sur un CD, avaient lieu avec exposition aux stimuli (cigarettes, briquet, cendrier). Dans le groupe cible, les instructions mindfulness encourageaient les participants à rester attentifs et à accepter les pensées, sentiments qui surgissaient de l'exposition aux stimuli, sans

succomber à la tentation de fumer, à accueillir le craving comme des vagues qui vont et viennent.

Dans le groupe contrôle, les instructions étaient de prendre distance de l'expérience d'exposition et de repousser les pensées et émotions éveillées par celle-ci.

Aucun participant n'a reçu l'instruction de continuer la pratique à domicile.

Utilisation de médicaments ou substitut nicotinique : NON.

Evaluation : L'évaluation a été faite 7 jours après la 2ème séance.

Résultats

Les patients des 2 groupes ont montré une diminution du nombre de cigarettes fumées et une augmentation du sentiment d'auto-efficacité.

Cependant, seuls les patients du groupe cible ont montré une diminution des affects négatifs, des symptômes dépressifs et du niveau subjectif de dépendance nicotinique.

Conclusion :

Les stratégies mindfulness peuvent être utiles dans la gestion des envies de fumer et dans des programmes d'arrêt tabagique.

6. Brewer et all

Auteurs : Brewer J, Mallik S., babuscio T. et all

Titre : « Mindfulness training for smoking cessation : results from a randomized controlled trial ».

Edition : biomed. mai 2011.

Année de l'étude :2011.

Nombre de sujets : 88 fumeurs.

Hypothèses :

- Evaluer l'efficacité de mindfulness par rapport à FFS dans l'arrêt tabagique.

- Evaluer les corrélations entre la quantité de pratique de la mindfulness à domicile et l'arrêt tabagique.

Méthodologie

Le groupe cible a reçu des séances de mindfulness, le groupe contrôle des séances de FFS (american lung association's freedom from smoking)

Les patients du groupe cible ont bénéficié de 8 séances de mindfulness, à raison de 2 séances par semaine, pendant 4 semaines. Les séances étaient adaptées du manuel de Bouwen et Marlatt sur la prévention de la rechute de drogue (de 2009). La date d'arrêt tabac a été proposée à la fin de la 2ème semaine (après 4 séances). Ils ont reçu des CD et un manuel pour pratiquer à la maison 30 minutes par jour.

Les patients du groupe contrôle ont bénéficié de 8 séances de FFS au même rythme.

Utilisation de médicaments ou substitut nicotinique : Les patients n'étaient ni encouragés, ni découragés à prendre des substituts nicotiniques.

Evaluation

Une évaluation par le nombre de cigarettes fumées par jour et par mesure de CO a été réalisée après 6, 12 et 17 semaines.

Résultats

Les résultats montrent une corrélation entre la pratique à domicile formelle et informelle et l'arrêt du tabac. Ils montrent un taux plus grand de diminution de cigarette après 4 et 17 semaines.

Conclusion

L'étude suggère que mindfulness est prometteur comme traitement bref dans l'arrêt du tabac, avec ou sans substitut nicotinique.