



HAL
open science

Asthme, tabagisme et déficits émotionnels

Edith Barthelemy

► **To cite this version:**

Edith Barthelemy. Asthme, tabagisme et déficits émotionnels. Psychologie. Université de Lyon, 2019. Français. NNT : 2019LYSE2126 . tel-02641382

HAL Id: tel-02641382

<https://theses.hal.science/tel-02641382>

Submitted on 28 May 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



N° d'ordre NNT : 2019LYSE2126

THESE de DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Opérée au sein de

L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2

École Doctorale : ED 485

Education Psychologie Information Communication

Discipline : Psychologie

Soutenue publiquement le 18 décembre 2019, par :

Édith BARTHÉLÉMY

Asthme, tabagisme et déficits émotionnels.

Devant le jury composé de :

Agnès BONNET-SUARD, Professeure des universités, Université Lumière Lyon 2, Présidente

Vincent BREJARD, MCF Docteur d'État, Aix-Marseille Université, Rapporteur

Gilles DEVOUASSOUX, Professeur des Univ. Praticien HOSP, Hôpital de la Crix-Rousse , Examineur

Pascal MENECIER, Chargé de cours Praticien Hosp., Université Lumière Lyon 2, Examineur

Lydia FERNANDEZ, Professeure des universités, Université Lumière Lyon 2, Directrice de thèse

Contrat de diffusion

Ce document est diffusé sous le contrat *Creative Commons* « [Paternité – pas d'utilisation commerciale – pas de modification](#) » : vous êtes libre de le reproduire, de le distribuer et de le communiquer au public à condition d'en mentionner le nom de l'auteur et de ne pas le modifier, le transformer, l'adapter ni l'utiliser à des fins commerciales.

Université Lumière Lyon 2

Institut de Psychologie, université Lyon 2

École Doctorale Éducation, Psychologie, Information et Communication (EPIC)

L-VIS Laboratoire sur les Vulnérabilités et l'innovation dans le sport (EA 7428),
université Lyon 1

Hôpital de la Croix-Rousse, service de pneumologie, Pr Devouassoux

Asthme, tabagisme et déficits émotionnels

Par Edith Barthélemy

Thèse de doctorat de psychologie

TOME 1

Sous la direction des professeurs

Lydia Fernandez et Gilles Devouassoux

Présentée et soutenue publiquement le 18/12/2019

Devant un jury composé de :

Mme. Agnès BONNET-SUARD, *Professeur en psychologie de la santé, Université Lyon 2, examinatrice.*

M. Vincent BREJARD, *Maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique, Habilité à la Direction de Recherche, Université de Aix-Marseille, rapporteur.*

M. Gilles DEVOUASSOUX, *Professeur des universités, praticien hospitalier, chef de service, Pneumologie, Hospices Civils de Lyon, Hôpital de la Croix-Rousse, Faculté de médecine Lyon Sud Charles Mérieux, Université Claude Bernard Lyon 1, co-directeur de la thèse.*

Mme. Lydia FERNANDEZ, *Professeur en psychopathologie clinique de la santé et du vieillissement, Université Lyon 2, directrice de la thèse.*

M. Pierluigi GRAZIANI, *Professeur en psychopathologie, Université de Nîmes, rapporteur.*

M. Pascal MENECIER, *Médecin, unité d'addictologie, consultation mémoire du Mâconnais, examinateur.*

*« Plus tard, j'appris l'étymologie du mot « maladie ». C'était « mal à dire ».
Le malade était celui qui avait du mal à dire quelque chose.
Son corps le disait à sa place sous la forme d'une maladie.
Idée fascinante qui supposait que si l'on réussissait à dire, on ne souffrait plus. »*

***Amélie Nothomb
Biographie de la faim***

Table des matières

REMERCIEMENTS	1
INTRODUCTION.....	3
PARTIE I : THEORIE	5
CHAPITRE 1 – L’ASTHME ET LE TABAGISME	5
1. L’asthme.....	5
1.1. Définition	5
1.2. Différents types d’asthme	6
1.3. Spécificité de l’asthme selon l’âge et le sexe.....	10
1.4. Exacerbations	11
1.5. Sévérité et contrôle de l’asthme	13
1.6. Facteurs de risque et comorbidité	14
1.7. Croyances et conduites dans le soin.....	19
1.8. Observance thérapeutique dans le traitement anti-asthmatique.....	23
1.9. Prises en charge de l’asthme	26
1.10. Modèles en psychologie de la santé et les applications à l’étude de l’asthme ...	35
2. Le tabagisme	48
2.1. Définition, chiffres et cadre légal.....	48
2.2. Facteurs étiologiques du tabagisme	51
2.3. Dépendance tabagique	52
2.4. Tabagisme actif et passif.....	59
2.5. Prévalence du tabagisme	60
2.6. Tabagisme comme trouble psychiatrique	63
2.7. Tabagisme et autres addictions	64
2.8. Tabagisme et comorbidités psychiatriques	65
2.9. Tabagisme et affections liées au tabac	69
2.10. Facteurs psychopathologiques du tabagisme	70
3. Asthme et tabagisme	75
3.1. Niveau physiologique	76
3.2. Niveau social et professionnel	76
3.3. Niveau génétique	77
3.4. Niveau environnemental : asthme et tabagisme passif	78
3.5. Effets du tabac sur le contrôle et la sévérité de l’asthme.....	79

3.6.	Cause de mortalité.....	80
3.7.	Intérêt de l'arrêt du tabac sur l'asthme	81
3.8.	Sevrage tabagique et prise en charge	82
CHAPITRE 2 – ASTHME ET ÉMOTIONS : DES ÉMOTIONS À L'ALEXITHYMIE.....		91
1.	Définitions de l'émotion.....	91
1.1.	Émotion.....	91
1.2.	Le processus émotionnel.....	92
1.3.	Émotion, sentiment, affect et concepts voisins	95
1.4.	Fonctions des émotions.....	96
1.5.	La régulation émotionnelle	96
1.6.	Les émotions pathologiques.....	98
2.	L'alexithymie	99
2.1.	Naissance du concept d'alexithymie.....	99
2.2.	Définition	100
2.3.	Alexithymie primaire et secondaire (trait – état)	101
2.4.	Modèles explicatifs et facteurs de vulnérabilité.....	103
2.5.	Alexithymie et autres déficits émotionnels.....	108
2.6.	Alexithymie et facteur de personnalité	112
2.7.	Alexithymie, symptômes somatiques et pathologies psychosomatiques.....	113
2.8.	Prévalence actuelle de l'alexithymie.....	115
2.9.	Méthode de mesure de l'alexithymie	116
2.10.	Un concept clinique.....	118
2.11.	Prises en charge spécifiques de l'alexithymie	119
3.	Alexithymie, asthme et tabagisme	121
3.1.	Alexithymie et asthme	121
3.2.	Alexithymie et tabac	123
PARTIE II : PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODE		127
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE, OBJECTIFS, HYPOTHÈSES ...		127
1.	Problématique.....	127
2.	Objectifs et hypothèses.....	129
3.	Perspectives attendues.....	131
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....		132
1.	Étude préliminaire.....	132

1.1.	Présentation.....	132
1.2.	Intérêt théorique et clinique de la recherche	133
2.	Méthode.....	133
2.1.	Population de l'étude	133
2.2.	Critères d'inclusion	134
2.3.	Critères d'exclusion	134
2.4.	Modalités de recrutement.....	134
2.5.	Éthique et déontologie	135
3.	Outils	136
3.1.	Choix des outils.....	136
3.2.	Intérêt méthodologique	137
3.3.	Fiche de renseignement.....	138
3.4.	Evaluation de la pathologie asthmatique	138
3.5.	Evaluation de la dépendance tabagique	142
3.6.	Evaluation des émotions, des déficits émotionnels et de la symptomatologie anxieuse et dépressive.....	145
4.	Procédure des inclusions	152
5.	Modalités de recueil et de traitement des données	153
PARTIE III : RÉSULTATS		157
CHAPITRE 1 : LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION		157
1.	Les patients asthmatiques.....	157
1.1.	Caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients asthmatiques	157
1.2.	Caractéristiques psychologiques des patients asthmatiques	160
2.	Les patients asthmatiques fumeurs.....	165
2.1.	Caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients asthmatiques fumeurs	165
2.2.	Caractéristiques liées au tabagisme des patients asthmatiques fumeurs.....	168
2.3.	Caractéristiques psychologiques des patients asthmatiques fumeurs	169
3.	Les patients asthmatiques non-fumeurs.....	171
3.1.	Caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients asthmatiques non-fumeurs	171
3.2.	Caractéristiques psychologiques des patients asthmatiques non-fumeurs.....	174
CHAPITRE 2 : LIENS ENTRE LES FACTEURS MÉDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES CHEZ LES PATIENTS ASTHMATIQUES		177

1. Objectif spécifique et hypothèses opérationnelles	177
2. Hypothèse 1 : patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs	178
3. Hypothèse 2 : patients asthmatiques fumeurs	183
4. Hypothèse 3 : patients asthmatiques non-fumeurs	188
CHAPITRE 3 : ALEXITHYMIE : effet de l'alexithymie sur les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques	193
1. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles	193
2. Hypothèses 1 : Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques selon l'alexithymie	194
2.1. Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) selon l'alexithymie	194
2.2. Facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) selon l'alexithymie	197
3. Hypothèse 2 : Relations entre les facteurs psychologiques et médicaux et le niveau d'alexithymie chez des patients asthmatiques	199
3.1. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) alexithymiques et non-alexithymiques selon les facteurs médicaux	199
3.2. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) alexithymiques et non-alexithymiques selon les facteurs psychologiques.....	200
CHAPITRE 4 : CONTRÔLE DE L'ASTHME : effets du contrôle de l'asthme sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques	202
1. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles	202
2. Hypothèses 1 : Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques selon le contrôle de l'asthme	203
2.1. Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques selon le contrôle de l'asthme	203
2.2. Facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques selon le contrôle de l'asthme.....	206
3. Hypothèse 2 : Relations entre les facteurs psychologiques et médicaux et le contrôle de l'asthme chez des patients asthmatiques	208
3.1. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) dont l'asthme est contrôlé et non-contrôlé selon les facteurs médicaux	208
3.1. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) dont l'asthme est contrôlé et non-contrôlé selon les facteurs psychologiques.....	209
CHAPITRE 5 : ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION : effets sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques	210
1. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles	210

2. Hypothèse 1 : Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques selon l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif.....	211
3. Hypothèse 2 : Relations entre les facteurs psychologiques et médicaux et l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif chez des patients asthmatiques	214
3.1. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) selon l'intensité de l'état anxieux.....	214
3.1. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) selon l'intensité de l'état dépressif	215
CHAPITRE 6 : TABAGISME : effets du tabagisme sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques	218
1. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles	218
2. Hypothèses 1 : Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques selon le tabagisme.....	219
3. Hypothèse 2 : Relations entre les facteurs médicaux et psychologiques et le tabagisme chez les patients asthmatiques	220
3.1. Distribution des patients asthmatiques selon les facteurs médicaux et le tabagisme	220
3.2. Distribution des patients asthmatiques fumeurs selon les facteurs psychologiques le tabagisme	221
CHAPITRE 7 : ÉPREUVES PROJECTIVES DE DESSIN : dessin de l'arbre et dessin de la personne	222
1. Objectif spécifique et hypothèse opérationnelle	222
2. Profils psychologiques des patients asthmatiques au dessin de l'arbre	222
3. Profils psychologiques des patients asthmatiques au dessin de la personne.....	223
CHAPITRE 8 : ÉTUDE DES ENTRETIENS ANALYSES AVEC EMOTAIX : analyse des émotions positives et négatives chez les patients asthmatiques selon le tabagisme, l'alexithymie, le contrôle de l'asthme, l'anxiété et la dépression	226
1. Objectif spécifique et hypothèse opérationnelle	226
2. Émotions positives et négatives repérées via Emotaix chez les patients asthmatiques	226
<i>SYNTHÈSE DES RÉSULTATS :</i>	<i>230</i>
PARTIE IV : DISCUSSION.....	237
CHAPITRE 1 : LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	237
CHAPITRE 2 : LES FACTEURS MÉDICAUX	238
CHAPITRE 3 : LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES	243
<i>SYNTHÈSE DE VALIDATION DES HYPOTHÈSES</i>	<i>249</i>

CHAPITRE 4 : INTÉRÊTS ET LIMITES, PERSPECTIVES DE RECHERCHE, IMPLICATIONS CLINIQUES.....	251
1. Intérêts.....	251
2. Limites.....	252
3. Perspectives de recherche.....	253
4. Implications cliniques de l'étude.....	253
CONCLUSION	255
BIBLIOGRAPHIE	256

GLOSSAIRE

- AAG** – Asthme Aigu Grave
ACQ – Asthme Control Questionnaire
ACT – Asthma Control Test
ACT – Asthme Control Test
ANAES – Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé
APA – American Psychiatric Association
AQLQ – Asthme Quality of Life
BDAR – Bronchodilatateur d’Action Rapide
BIQ – Beth Israël Questionnaire
BPCO – Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
BS – Baromètre de Santé
CES-D – Center for Epidemiologic Studies – Depression
CIM – Classification Internationale des Maladies
CNCT – Comité National Contre le Tabagisme
CNIL – Commission Nationale de l’Information et des Libertés
CPP – Comité de Protection des Personnes
DA – Dessin de l’Arbre
DP – Dessin de la Personne
DRCI – Direction de la Recherche Clinique et de l’Innovation
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA – Epidemiologic Catchment Area
EGEA – Étude épidémiologique des Facteurs Génétiques et Environnementaux de l’Asthme
ERS – European Respiratory Society
ETP – Education Thérapeutique du Patient
FFAAIR – Fédération Française des Associations et Amicales des malades, Insuffisants ou handicapés Respiratoires
GINA – Global INitiative for Asthma
HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale
HAS – Haute Autorité de Santé
HBM – Health Belief Model
HRB - Hyperréactivité des Bronches
IMC – Indice de Masse Corporelle
INPES – Institut National de Prévention et d’Éducation pour la Santé
ISAAC – Internationale Study of Asthma and Allergies in Childhood
MACS – Modèle Associatif, Conceptuel et Schématique des émotions
MARS – Medication Adherence Report Scale
MMPI AS – Minnesota Multiphasic Personality Inventory Alexithymia Scale
MMRC – Modified Medical Research Council
NCS – National Comorbidity Survey
NESCARC - National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
OMS – Organisation Mondiale de la Santé

PNRT – Programme National de Réduction du Tabagisme
PPC – Psychothérapie Psychanalytique Corporelle
PTSD – Posttraumatic Stress Disorder
QCT – Questionnaire des Comportements Tabagiques
RGO – Reflus Gastro-Oesophagien
SABA – Short Acting Beta Agonists
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
SSPS – Schalling Sifnéos Personality Scale
TAS – Toronto Alexithymia Scale
TAT – Thematic Apperception Test
TCC – Thérapie Cognitive et Comportementale
VEMS – Volume Expiratoire Maximal par Seconde
VR – Volume Résiduel

Liste des figures

Figure 1 - Schéma multidimensionnel de l'asthme et de sa prise en charge (Newinger et al., 2005).....	30
Figure 2 - Enjeux pour le patient dans la conduite de soins (Lamouroux, 2012)	35
Figure 3 - Synthèse des relations entre antécédents, processus médiateurs et issues s'intégrant dans le modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé de Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014).	40
Figure 4 - Dépendance tabagique d'après Lagrue (2004)	58
Figure 5 - Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017	61
Figure 6 - Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (18-75 ans), le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et la situation professionnelle (18-64 ans), France, 2000-2017.....	62
Figure 7 - Schéma de l'évolution naturelle du tabagisme d'après Pochaska et DiClemente (1997) Dans Sevrage tabagique (Mautrait, 2013)	83
Figure 8 - Ventes de traitements pour l'arrêt du tabac - Évolution depuis 1998	88
Figure 9 - Les composantes du processus émotionnel (Philippot, 2011).....	92
Figure 10 - Rôle du corps calleux et de la commissure antérieure dans l'alexithymie.....	101
Figure 11 - Relations entre les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques	230
Figure 12 - Distribution des tracés au dessin de l'arbre et au dessin de la personne chez les patients asthmatiques.....	235
Figure 13 - Emotions positives et négatives selon l'alexithymie, le tabagisme, le contrôle de l'asthme, l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif	236

Liste des tableaux

Tableau I - Classification GINA de la sévérité de l'asthme.....	7
Tableau II - Étapes nécessaires au diagnostic que l'asthme sévère. Begne et Magnan (2015).	8
Tableau III - Critères cliniques de l'exacerbation d'asthme (Montani et al., 2010)	12
Tableau IV - Impact de la présence de comorbidité(s) sur le contrôle de l'asthme D'après les travaux de El Fadili, et al. (2016).....	16
Tableau V - Liste de prises en charge possible dans le traitement de l'asthme	28
Tableau VI - Techniques de prise en charge comportementales et cognitives (Newinger et al., 2005).....	29
Tableau VII - Modèle de l'épisode de stress (Lassarre, 2002).....	44
Tableau VIII - Critères diagnostiques du DSM-5 pour les « troubles d'utilisation du tabac »	63
Tableau IX - FLAMES: Six ingrédients essentiels aux interventions brèves d'après Rollnick et Miller (1995)	87
Tableau X - Les sept principes directeurs de l'entretien motivationnel d'après Miller et Rollnick (1995)	87
Tableau XI - Principales souches homéopathiques ayant une action sur le tabagisme (Chevalier et al., 2015).....	88
Tableau XII - Dimensions des manifestations émotionnelles selon Scherer (2005).....	92
Tableau XIII - Émotions et concepts voisins. Fernandez (2009).....	95
Tableau XIV - Les quatre types d'émotions pathologiques. D'après les travaux de Philippot (2011).	99
Tableau XV - Résultats principaux concernant les liens entre alexithymie et douleur chronique (El bèze Rimasson, Bouvet et Hamdi, 2018)	114
Tableau XVI - Objectifs et hypothèses de l'étude	130
Tableau XVII - Résultats de l'étude « Les déficits émotionnels chez l'adulte asthmatique fumeur » (Maisonneuve et Niang, 2015).....	133
Tableau XVIII - Grille d'entretien semi-directif, vécu de la maladie par le patient asthmatique	142
Tableau XIX - Grille d'entretien semi-directif, Parcours tabagique	143

Tableau XX - Ensemble hiérarchique EMOTAIX.....	155
Tableau XXI - Caractéristiques de l'échantillon étudié (n=70)	159
Tableau XXII - Données relatives à l'asthme (n=70)	160
Tableau XXIII – Qualité de vie chez les patients asthmatiques (n=70).....	161
Tableau XXIV - L'anxiété et la dépression chez les patients asthmatiques (n=70)	162
Tableau XXV - L'alexithymie chez les patients asthmatiques (n=70)	163
Tableau XXVI - Emotions à l'échelle de bien-être de Diener chez les patients asthmatiques (n=70)	164
Tableau XXVII - Tracés relatifs aux émotions au dessin de l'arbre et dessin de la personne chez les patients asthmatiques (n=70)	165
Tableau XXVIII - Caractéristiques des patients asthmatiques fumeurs (n=26).....	166
Tableau XXIX - Données relatives à l'asthme chez les patients asthmatiques fumeurs (n=26)	168
Tableau XXX - Le tabagisme chez les patients asthmatiques (n=26).....	169
Tableau XXXI - Qualité de vie des patients asthmatiques fumeurs (n=26).....	169
Tableau XXXII - L'anxiété et la dépression chez les patients asthmatiques fumeurs (n=26)	170
Tableau XXXIII - L'alexithymie chez les patients asthmatiques fumeurs (n = 26)	171
Tableau XXXIV - Emotions à l'échelle de bien-être de Diener chez les patients asthmatiques fumeurs (n = 26).....	171
Tableau XXXV - Caractéristiques des patients asthmatiques non-fumeurs (n=44)	172
Tableau XXXVI - Données relatives à l'asthme des patients asthmatiques non-fumeurs (n = 44).....	174
Tableau XXXVII - Qualité de vie des patients asthmatiques non-fumeurs (n=44)	174
Tableau XXXVIII - L'anxiété et la dépression chez les patients asthmatiques non-fumeurs (n=44).....	175
Tableau XXXIX - L'alexithymie chez les patients asthmatiques non-fumeurs (n=44).....	176
Tableau XL - Emotions à l'échelle de bien-être de Diener chez les patients asthmatiques non- fumeurs (n=44).....	176

Tableau XLI - Contrôle de l'asthme et qualité de vie chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs (n=70).....	179
Tableau XLII - Facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs.....	181
Tableau XLIII - Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs.....	182
Tableau XLIV - Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques fumeurs.....	184
Tableau XLV - Facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs.....	186
Tableau XLVI - Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs.....	187
Tableau XLVII - Contrôle de l'asthme et qualité de vie chez les patients asthmatiques non-fumeurs.....	189
Tableau XLVIII - Facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques non-fumeurs.....	191
Tableau XLIX - Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques non-fumeurs.....	192
Tableau L - Facteurs médicaux des patients asthmatiques.....	196
Tableau LI - Facteurs médicaux des patients asthmatiques (alexithymiques vs. non-alexithymiques).....	198
Tableau LII - Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques (NF/F, F, NF) (alexithymiques et non-alexithymiques).....	200
Tableau LIII - Facteurs psychologiques des patients asthmatiques (NF/F, F, NF) (alexithymiques et non-alexithymiques).....	201
Tableau LIV - Facteurs médicaux des patients asthmatiques.....	205
Tableau LV - Facteurs psychologiques des patients asthmatiques (asthme contrôlé vs asthme non-contrôlé).....	207
Tableau LVI - Facteurs médicaux et patients asthmatiques (NF/F, F, NF) (asthme contrôlé vs asthme non-contrôlé).....	208
Tableau LVII - Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques.....	211
Tableau LVIII - Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques.....	212
Tableau LIX - Intensité de l'état anxieux chez patients asthmatiques.....	214

Tableau LX - Intensité de l'état dépressif chez patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs	216
Tableau LXI - Facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques (fumeurs et non-fumeurs)	219
Tableau LXII - Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques (fumeurs ou non-fumeurs)	221
Tableau LXIII - Tracés au dessin de l'arbre selon les facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques (NF/F, F, NF).....	223
Tableau LXIV - Tracés au dessin de la personne selon les facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques (NF/F, F, NF)	225
Tableau LXV - Émotions positives et négatives chez les patients asthmatiques.....	227
Tableau LXVI - Émotions positives et négatives selon le contrôle de l'asthme chez les patients asthmatiques (asthme contrôlé vs. non-contrôlé)	228
Tableau LXVII - Émotions positives et négatives chez les patients asthmatiques selon l'intensité de l'état anxieux	228
Tableau LXVIII - Effet et distribution de l'alexithymie, du contrôle de l'asthme, de l'anxiété et de la dépression et du tabagisme sur les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques.....	231
Tableau LXIX - Tableau récapitulatif de validation des hypothèses chez les patients asthmatiques	249
Tableau LXX - Forces et faiblesses des méthodes quantitatives (Briand, Larivière, 2014) ..	251

REMERCIEMENTS

En premier lieu je souhaite remercier le Professeur Lydia Fernandez, qui a dirigé cette thèse avec intérêt, disponibilité et bienveillance. Je vous remercie pour votre soutien tout au long de ce travail. Après avoir été sous votre direction lors de mon mémoire de master 2, je n'envisageais pas me lancer dans un travail de thèse avec une autre personne.

Je remercie le Professeur Gilles Devouassoux, co-directeur de cette thèse et chef du service de pneumologie dans lequel j'ai pu rencontrer les patients. Je le remercie pour l'intérêt qu'il a porté au sujet de cette thèse dès ses débuts ainsi que pour ses conseils et sa disponibilité.

Je souhaite aussi exprimer mes remerciements au Professeur Agnès Bonnet-Suard, à Vincent Bréjard, au Professeur Pierluigi Graziani ainsi qu'à Pascal Menecier, pour l'honneur qu'ils m'ont fait d'accepter de siéger au jury de cette thèse.

Je souhaite remercier particulièrement monsieur Pierre Pradat, statisticien à l'hôpital de la Croix Rousse, pour l'aide considérable qu'il m'a accordé lors des analyses statistiques des résultats de ma thèse. Sa pédagogie et sa patience m'ont été précieuse.

Mes remerciements vont ensuite à toute l'équipe des essais cliniques de recherche du service de pneumologie de la Croix Rousse : Jodelle Gerbier, Laurianne Giroudot, Joanne Praneuf, Marie-Anne Château, qui pendant l'année et demie d'inclusion m'ont orienté des patients. Je les remercie pour leur accueil, leur précieuse aide et leur bonne humeur.

Merci aux membres du laboratoire L-VIS pour leur accueil, leurs conseils et encouragements lors des comités de suivi et leur bienveillance.

Je souhaite remercier également Laura Boulon, qui fut mon enseignante en master, puis j'ai eu l'occasion d'assister à sa soutenance de thèse au début de mon parcours vers le doctorat. Merci pour ses partages d'expérience, ses encouragements et sa disponibilité.

Je voudrais également remercier Candice Maisonneuve et Célia Niang qui ont fait leur mémoire de master 1 en psychologie de la santé à Lyon 2 sur l'asthme, le tabagisme et les déficits émotionnels, travail qui est à l'origine de la volonté de poursuivre à travailler sur ces thématiques dans le cadre d'une thèse universitaire.

Je remercie chaleureusement ma famille - trop nombreuse pour tous les énumérer ! – en particulier mes parents qui m'ont toujours encouragé dans mes études de psychologie. Grand merci à mon papa pour toutes ses relectures (fond et forme !) déjà pour mon mémoire de Master 2 puis pour ma thèse.

Merci à Bénédicte pour son aide fidèle depuis le début de mes études, pour nos partages d'expérience et nos années de colocation.

A tous mes amis pour leurs encouragements, les instants de joie partagés et leur amitié même quand je me faisais parfois rare auprès d'eux : les NOU, les 6, les moches et tous les autres.

Je voudrais également adresser mes remerciements à mes collègues du lycée Saint Marc dans lequel j'ai travaillé à mi-temps tout le long de ma thèse. Merci pour l'équipe que nous formons, leur joie et leurs encouragements. Merci en particulier à Marc pour la souplesse dont il a fait preuve pour que je puisse jongler entre études et travail. Merci également à tous les élèves pour leur joie et leur dynamisme à toute épreuve.

Je souhaite également mentionner ma sainte patronne Sainte Thérèse Bénédictine de la Croix (Édith Stein), pour son témoignage de persévérance, de courage et de travail tout au long de sa vie et à qui j'ai confié par son intercession mon travail de thèse durant ces trois années.

Merci enfin à tous les patients qui ont rendu possible cette étude de doctorat en acceptant de participer à cette recherche et en prenant le temps de répondre à mes nombreuses questions et de se prêter au jeu du dessin de l'arbre et du dessin de la personne.

INTRODUCTION

Il est de plus en plus admis aujourd'hui que certains facteurs psychiques sont susceptibles d'influencer la santé somatique, constat déjà inscrit dans la médecine hippocratique où pour ce dernier la séparation corps-psyché était artificielle. Dans ce contexte, plusieurs pathologies somatiques sont étudiées dans leur rapport à l'environnement, au contexte d'apparition et d'aggravation ou encore par rapport aux états psychiques et aux émotions du patient.

En cas de stress prolongé ou d'anxiété soudaine, nous conseillons souvent à notre entourage de prendre le temps de respirer. Ce constat du quotidien n'est-il pas le témoin d'un lien entre nos émotions et notre corps, ou plus encore entre l'appareil respiratoire et la gestion de nos émotions ?

Dans le cas de l'asthme, plusieurs études ont mis en parallèle apparition de la maladie et contexte de dépression, d'anxiété ou encore de mauvaise gestion des émotions. La présente étude porte sur le lien entre l'asthme et l'alexithymie qui est un déficit de reconnaissance des émotions.

Le tabagisme étant un facteur reconnu d'aggravation de l'asthme et qu'il est également étudié, par la psychanalyse notamment, dans son lien avec la gestion des émotions, il a semblé pertinent de l'étudier en lien avec la pathologie asthmatique et l'alexithymie.

L'asthme, comme le tabagisme sont des phénomènes inquiétants car ils sont responsables d'un taux de mortalité annuelle important.

Ainsi cette thèse, qui revêt un intérêt à la fois fondamental et appliqué, poursuit plusieurs objectifs principaux :

- Étudier les relations qui peuvent exister entre les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, chez les patients asthmatiques non-fumeurs et chez les patients asthmatiques fumeurs.
- Étudier l'effet de l'alexithymie, du contrôle de l'asthme, de l'anxiété et de la dépression et du tabagisme sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques (fumeurs et non-fumeurs, non-fumeurs, fumeurs).
- Examiner la distribution des patients entre les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques (fumeurs et non-fumeurs, non-fumeurs, fumeurs) selon l'alexithymie, le contrôle de l'asthme, l'anxiété et la dépression et le tabagisme.

Pour traiter ces thématiques de l'asthme, du tabagisme et des émotions, notre étude s'organise autour de quatre parties :

La partie théorique ouvre ce travail de thèse en présentant une revue de la littérature récente sur les thématiques étudiées. Le premier chapitre s'intéresse à l'asthme et au tabagisme en définissant chaque notion, en présentant leurs différentes formes, la prévalence, les enjeux psychologiques et les propositions thérapeutiques proposées et pratiquées actuellement. Le second chapitre concerne les émotions et plus spécifiquement l'alexithymie que nous aborderons largement dans cette étude. Les notions d'anxiété et de dépression sont également étudiées dans ce chapitre.

La deuxième partie est d'ordre empirique, elle présente dans un premier temps la problématique de la recherche et dans un second temps le protocole qui a été mis en place pour réaliser cette étude.

Dans une troisième partie, les résultats obtenus à l'issue de la phase expérimentale sont présentés et analysés.

La quatrième partie sera consacrée à une discussion générale de l'ensemble de ce travail visant à souligner l'intérêt de notre démarche de recherche, dresser ses limites et proposer des recommandations de prises en charge ainsi que des pistes et perspectives pour les recherches à venir.

PARTIE I : THEORIE

CHAPITRE 1 – L’ASTHME ET LE TABAGISME

1. L’asthme

1.1.Définition

L’asthme est une maladie chronique des voies aériennes qui entraîne une obstruction bronchique réversible, suivant son niveau de contrôle et de sévérité. Cela se manifeste par des crises épisodiques de fréquence variable. Sur le plan clinique, les symptômes de l’asthme s’expriment par des sifflements, une dyspnée (difficultés respiratoires accompagnées de sibilances et de râles), une gêne respiratoire et de la toux (Truchot, 2014).

L’obstruction bronchique se produit lorsque les trois couches des parois bronchiques (muqueuse bronchique, « sous-muqueuse », couche périphérique) rencontrent des altérations fonctionnelles : hypersécrétion muqueuse, gonflement œdémateux de la sous-muqueuse et contraction de la musculature bronchique. Un mécanisme physiopathologique dans lequel l’air est expiré conduit à des sifflements et sibilances caractéristiques de l’asthme (Onnis, 2009).

Deux mécanismes semblent particulièrement responsables de la pathologie asthmatique : l’allergie (notamment à la poussière, aux pollens, aux poils d’animaux domestiques) et l’hyperréactivité bronchique pouvant être causées par différents facteurs tels que des infections respiratoires, certains médicaments comme l’aspirine, la fumée de cigarette, l’exercice physique ou encore des facteurs émotionnels (Onnis, 2009). En effet, plusieurs recherches mettent en avant un lien étroit entre asthme et facteurs émotionnels. Déjà dans les années 1950, Wolff et al. (1950) démontrent l’apparition d’asthme chez des patients en condition de stress prolongé. De même Mathé (1971) met en lien émergence d’attaque asthmatique et situations psychologiquement stressantes. Plus récemment, Vazquez et al. (2017) étudient le lien entre attaque de panique et asthme.

L’asthme est une pathologie préoccupante aujourd’hui, car il est responsable de 40 000 hospitalisations en France¹. Le réseau OSCOUR de la santé publique française (2018)²

¹ Bases de données de l’assurance maladie 2017.

² Bulletin du réseau OSCOUR (Organisation de la Surveillance Coordonnée des URgences)/Santé publique France. Point hebdomadaire n° 682 du 30 avril 2018.

reconnait la crise d'asthme comme l'une des dix causes les plus fréquentes de venue aux urgences, particulièrement chez les enfants de moins de 14 ans.

En 2004, le rapport de Global Initiative for Asthma montre que la prévalence de l'asthme varie selon les pays de 1 % à 18 % (Masoli et al., 2004). En France, une enquête épidémiologique nationale fait état d'une prévalence de l'asthme de 6 à 7 % chez l'adulte (Delmas, 2010). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 235 millions de personnes sont atteintes d'asthme en 2017³.

Depuis 1970, on observe une augmentation de la prévalence qui semble en lien avec un mode de vie moderne et urbain (Bousquet, 2005). À l'horizon 2025, la part de la population mondiale vivant en zone urbaine devrait passer de 45 % à 59 %, ce qui laisse à prévoir une augmentation conséquente du nombre de personnes asthmatiques. Masoli et al. (2004) avancent que l'on pourrait atteindre 100 millions d'asthmatiques en plus.

Par ailleurs, l'asthme est une maladie hétérogène sur de multiples facettes : clinique, psychologique, médicale, phénotypique, etc. (Didier et al., 2010). En effet, il n'existe pas un modèle type du malade asthmatique, mais des individus souffrants. La variété et la multiplicité de la pathologie, des traitements et des croyances de santé nous amènent à considérer l'importance d'une prise en charge adaptée à chacun, en fonction de ses besoins et de ses ressources, ainsi que de la nécessaire interdisciplinarité des regards pour penser une meilleure adaptation aux soins. L'apport de la psychologie de la santé dans ce domaine permettrait de mieux concevoir les comportements de santé des patients ainsi que l'impact des émotions sur une telle pathologie.

1.2. Différents types d'asthme

On distingue quatre différents niveaux de sévérité dans l'asthme. Ce classement est proposé par le GINA (The Global Initiative for Asthma), initiative globale qui collabore mondialement avec les professionnels et organisations de santé publique.

Au niveau 1, le sujet asthmatique est gêné moins d'une fois par semaine. Au niveau 2, le patient est gêné au moins une fois par semaine et nécessite un traitement de fond à base de corticoïdes inhalés ainsi que d'un bronchodilatateur d'action rapide à la demande, en cas d'exacerbation. Lorsque le malade est gêné par son asthme quotidiennement, cela correspond

³ <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/asthma>

au niveau 3. Le traitement est alors plus important et les corticoïdes doivent être inhalés à plus forte dose. Enfin, le niveau 4 correspond à l'asthme sévère dont le traitement renforcé nécessite une surveillance plus importante pour suivre l'évolution de la pathologie (Magnan, 2009).

Tableau I - Classification GINA de la sévérité de l'asthme⁴

	<i>Symptômes/jour</i>	<i>Symptômes/nuit</i>
Stade 1 Intermittent	< 1 fois par semaine Asymptomatique	<= 2 fois par mois
Stade 2 Persistant Léger	> 1 fois par semaine, mais < 1 fois par jour Les crises peuvent influencer l'activité physique	> 2 fois par mois
Stade 3 Persistant Modéré	Tous les jours Les crises ont une influence sur l'activité physique	> 1 fois par semaine
Stade 4 Persistant Sévère	Continue Activité physique limitée	Fréquemment

1.2.1. L'asthme sévère

L'asthme sévère concerne 5 à 10 % des asthmatiques en France (Bouée et al., 2018). Il est défini par le consensus international ATS/ERS⁵ comme un asthme nécessitant un traitement conséquent (fortes doses de corticoïdes inhalés en association avec un autre traitement, ou une corticothérapie orale) dans le but de maintenir le contrôle ou qui reste non contrôlé malgré ce traitement (Chung et al., 2014). De plus, les recommandations ATS/ERS considèrent un asthme comme sévère chez une personne de plus de six ans dont l'asthme a nécessité un traitement de palier 4 selon le GINA. Une démarche appropriée en plusieurs étapes est nécessaire au diagnostic de l'asthme sévère (Begne et Magnan., 2015) :

⁴ <https://www.spirometrie.info/directivesgina.html>

⁵ American Thoracic Society/European Respiratory Society

Tableau II - Étapes nécessaires au diagnostic que l'asthme sévère. Begne et Magnan (2015)

Évaluer l'asthme afin de poser de façon certaine ce diagnostic, en éliminant les diagnostics différentiels principaux

Évaluer le contrôle de l'asthme *via* les différents outils que le praticien a à sa disposition tels que les questionnaires ACT/ACQ

Décrypter le phénotype du patient, en faisant notamment de façon systématique un bilan allergologique

Selon le phénotype, il est alors possible de proposer au patient un traitement de façon ciblée

Selon le traitement administré, il ne faut pas oublier d'évaluer le bénéfice et les effets secondaires liés au traitement

Portel et al. (2018) proposent une description épidémiologique sur 1465 patients majeurs asthmatiques sévères (selon les critères ATS/ERS) pris en charge dans les centres hospitaliers généraux de France (CHG). Une atopie personnelle est présente chez 66 % des patients et une atopie familiale dans 39 %. L'asthme a débuté avant l'âge de 12 ans pour 34 % des patients. En effet, il existe un lien entre sévérité et ancienneté de l'asthme : plus un asthme est grave, plus il a tendance à persister.

L'asthme sévère survient pour de nombreuses causes, parmi elles, un taux élevé de sensibilisation aux pneumallergènes, entre 43 et 76 % (Perotin, 2016).

1.2.2. L'asthme aigu grave (AAG)

L'asthme peut se compliquer en crise inhabituelle pouvant aller jusqu'à mettre en jeu le pronostic vital (Tual et al., 2008), on parle alors d'asthme aigu grave (AAG) (Saulnier et al., 2008). Le mode d'installation de l'AAG est déterminant à prendre en compte pour sa prise en charge. On distingue alors (Saulnier et al., 2012a) :

- L'AAG suraigu qui peut entraîner la mort en moins d'une heure sans signes précurseurs
- L'AAG aigu semblable au précédent, mais annoncé par des signes précurseurs les jours ou heures précédents
- L'AAG subaigu anciennement appelé « attaque d'asthme » caractérisé par une instabilité de la maladie avec un ou plusieurs jours de crises de plus en plus graves et fréquents, entraînant une diminution de la sensibilité aux traitements et expose à tout moment le patient à un risque d'épuisement

- Crise d'asthme plus « banale » dont la gravité n'est pas intrinsèque, mais liée aux circonstances dans laquelle la crise survient : insuffisance respiratoire chronique, pathologie cardiaque, grossesse, etc.)

L'AAG peut être lié à un processus inflammatoire chronique ou à une contraction aiguë transitoire des muscles bronchiques (Saulnier et Préau, 2012b). L'hospitalisation lors d'asthme aigu grave est quasi toujours nécessaire. Afin d'optimiser la sortie de l'hôpital après une crise, les recommandations internationales consensuelles (GINA) préconisent « *l'identification et l'éradication des facteurs de risque d'exacerbation, la mise en place d'un plan d'action personnalisé, d'une information appropriée et un accès rapide aux structures pneumologiques* » (Clerc et Lerover, 2015).

Ce type d'asthme présente un terrain psychologique instable lié à la survenue inattendue ou redoutée de la crise : instabilité émotionnelle, déni ou mépris des symptômes, troubles du comportement qui rend difficile le contrôle de l'asthme (Saulnier et Préau, 2012b).

1.2.3. L'asthme d'effort

L'asthme d'effort fait référence à la notion de bronchospasme induit par l'exercice physique chez un asthmatique (Weiler et al., 2007). Le diagnostic de l'asthme d'effort n'est pas aisé, car il se trouve parfois être la seule manifestation asthmatique d'une personne et rend difficile la distinction avec le bronchospasme du sportif (BIE), ce d'autant plus que les voies physiopathologiques de l'asthme d'effort et du BIE sont en partie communes.

1.2.4. L'asthme allergique et non allergique

Perotin (2016) étudie les asthmes d'origine allergique, elle évoque les pneumallergènes les plus fréquents, parmi lesquels : une sensibilisation fongique (Castanhinha, et al., 2015), le rôle des acariens (Trian, et al., 2015), ainsi que l'exposition aux pollens (Erbas, et al., 2015). Particulièrement constaté chez les enfants, on retrouve également des asthmes allergiques d'origine alimentaire. Plus de 25 % des enfants atteints d'allergie alimentaire sont asthmatiques et 4 à 8 % des enfants asthmatiques souffrent d'allergie alimentaire (Bird et Burks, 2009).

S'il est souvent admis que l'asthme est une manifestation de l'atopie, c'est particulièrement le cas chez les enfants et semble moins évident chez l'adulte. Il existe pour l'asthmatique adulte une distinction entre asthme « extrinsèque », c'est-à-dire un asthme allergique et un asthme « intrinsèque » qui est non allergique.

Kwas et al. (2017) montrent que l'asthme non allergique, souvent difficile à contrôler, n'est pas rare, qu'il est principalement féminin et survenant tardivement à la ménopause. Ils ont déterminé une étiologie de ce type d'asthme dans une étude sur 45 patientes asthmatiques non allergiques en Tunisie. L'asthme est persistant modéré dans 55,5 % des cas et sévère à 40 %. L'asthme est contrôlé pour seulement 35 % des patientes.

1.3. Spécificité de l'asthme selon l'âge et le sexe

L'asthme concerne environ trois cents millions de personnes dans le monde et concerne tous les âges, du nourrisson aux personnes âgées (Dutau et al., 2017). Les caractéristiques socioprofessionnelles, le sexe, l'âge, la profession sont autant de caractéristiques qui peuvent entrer en compte quant à la probabilité de développer un asthme.

Riviere et al. (2018) s'intéressent à la prévalence de l'asthme selon les caractéristiques socioprofessionnelles à partir de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012. Cette recherche montre que la probabilité de présenter un asthme est d'autant plus grande chez les personnes au chômage, sans diplôme, aux faibles revenus, ou bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire. Concernant la profession, les employés de commerce et de service aux particuliers ainsi que les employés administratifs avaient une plus grande probabilité d'être asthmatique que les personnes occupant une autre profession.

Concernant le sexe, plusieurs études mettent en avant que l'asthme chez la femme est plus fréquent, mais aussi plus grave et difficile à contrôler que chez l'homme. Une hypothèse explicative est que l'asthme chez la femme a des spécificités modulées par la vie hormonale (Jridi et al., 2015). On constate toutefois qu'avant l'âge de 10 ans, l'asthme est plus présent chez les garçons que chez les filles, puis à la puberté, la tendance s'inverse et l'asthme est retrouvé majoritairement chez la femme (Moukram et al., 2017). Cette constatation va alors dans le sens d'une distinction homme — femme au niveau de la prévalence liée aux hormones masculines et féminines. En 2017, dans un communiqué de l'INSERM, Guéry et al. (2017) s'intéressent au cas de l'asthme allergique et démontrent l'influence de la testostérone sur le système immunitaire, permettant ainsi de réduire le risque d'asthme causé par allergies. Si

l'asthme est particulièrement présent dans la population féminine, il sera d'autant plus important de le suivre de près en cas de grossesse (Piette et al., 2009 ; Godard et al., 2005 ; Nocent-Ejnaini, 2016). On considère qu'entre 3 et 12 % des femmes enceintes présentent de l'asthme (Murphy et al., 2006). L'asthme ne met pas, en soi, le fœtus en danger, mais la survenue d'une exacerbation pendant la grossesse peut entraîner de graves complications pour la mère et pour le bébé (Nocent-Ejnaini, 2016).

Si l'asthme affecte plus particulièrement les femmes que les hommes ou davantage certaines caractéristiques socio-professionnelles, il n'en est pas moins qu'il peut concerner toute la population du plus jeune jusqu'au sujet âgé. Cette maladie est multiforme et présente des phénotypes différents en fonction de l'âge du sujet qui en est atteint (Just, 2013).

Just (2013) distingue différentes formes de l'asthme chez le nourrisson (viro-induit léger, sévère infectieux corticorésistants, etc.) ainsi que chez l'enfant (monoallergique léger, pluri-allergique sévère, etc.) selon son origine et sa sévérité. Distinguer la forme de la pathologie permet de personnaliser et cibler sa thérapeutique.

Le phénotype d'un asthme chez un sujet âgé est spécifique et caractérisé par une obstruction bronchique plus sévère, mais généralement moins perçue par le patient (Robitaille et al., 2014). Le diagnostic d'asthme du sujet âgé est rendu difficile, car souvent confondu avec une autre maladie : la BPCO (Bronchopneumopathie obstructive) ou alors avec le vieillissement naturel des voies aériennes (Radenne et al., 2003). On peut distinguer deux cliniques de l'asthme des personnes âgées de plus de 65 ans : l'asthme « vieilli » qui correspond à l'évolution d'un asthme ayant débuté dans l'enfance ou adolescence et l'asthme tardif survenant généralement à la suite d'un épisode infectieux mal contrôlé (Radenne et al., 2003). Les taux de mortalité et morbidité de l'asthme sont plus élevés chez les personnes de plus de 65 ans, en raison de l'âge avancé d'une part, mais également en raison de difficulté du diagnostic, de la sous-évaluation de la sévérité ou encore d'un traitement inadéquat (Robitaille et al., 2014).

1.4. Exacerbations

Les exacerbations de l'asthme sont des périodes d'aggravation des symptômes qui constituent un signal d'alarme quant au contrôle de la maladie (Lamouroux, 2012). Ces périodes peuvent entraîner un recours aux urgences, reflet d'une mauvaise gestion de la crise, d'un contrôle moins optimal ou d'une perception erronée de la gravité des symptômes

(Patridge et al., 2006). Difficile à soigner, la prise en compte des exacerbations doit pourtant être au cœur d'un projet de soin adapté, car elles sont un facteur important de mortalité (Thomson et al., 2008). Deschildre et al. (2010) rappellent que les infections virales sont fréquemment les causes d'une exacerbation de l'asthme, notamment les rhinovirus dans 40 à 80 % des cas. Montani et al. (2010) soulignent également d'autres mécanismes responsables d'une exacerbation comme les allergènes, la pollution et le tabac, ainsi que le terrain immunogénétique sous-jacent du patient qui peut induire des inflammations responsables de l'exacerbation.

Le GINA définit les exacerbations par « *des épisodes de majoration progressive de la dyspnée, de la toux, des épisodes de sifflements et de l'oppression thoracique ou une combinaison de certains de ces symptômes. Elles s'accompagnent d'une diminution des flux expiratoires qui peut être quantifiée par des explorations fonctionnelles (DEP, VEMS – Volume Expiratoire Maximal par Seconde). Les exacerbations sont classées en quatre stades (légères, modérées, sévères et arrêt respiratoire imminent) selon des critères cliniques, fonctionnels (DEP) et gazométriques* ». ⁶

Montani et al. (2010) proposent un tableau regroupant les critères cliniques de l'exacerbation asthmatique.

Tableau III - Critères cliniques de l'exacerbation d'asthme (Montani et al., 2010)

Augmentation de la fréquence des symptômes de brève durée sans retour à la normale sous 48 heures
Toux
Dyspnée
Oppression thoracique
Sibilants
Réveil nocturne
Augmentation de l'utilisation des bronchodilatateurs d'action rapide
Diminution de l'efficacité des bronchodilatateurs d'action rapide aux doses usuelles
Consultations non programmées
Consultations dans un service d'urgences
Hospitalisation pour asthme
Une exacerbation est retenue en présence d'une aggravation de critères cliniques et/ou fonctionnels (DEP, VEMS), sans retour à l'état de base, nécessitant une prise en charge spécifique durant au moins deux jours.

La prise en charge des difficultés respiratoires ne permet pas de réellement guérir cette pathologie, mais entraîne un meilleur contrôle des symptômes, une meilleure connaissance de

⁶ Global Initiative for Asthma (GINA). <http://www.ginasthma.org> Updated December 2009.

sa pathologie et ainsi une amélioration de la qualité de vie. L'éducation thérapeutique du patient, que nous détaillerons davantage plus bas, apparaît comme une réponse incontournable face aux exacerbations en permettant au patient de développer ses capacités d'ajustements face aux situations asthmogènes (Lamouroux, 2012).

1.5. Sévérité et contrôle de l'asthme

Un asthme difficilement contrôlé altère fortement la qualité de vie à plusieurs niveaux selon le degré de sévérité de la pathologie. Dans certains cas, l'asthme peut entraîner un isolement. Près d'un tiers des patients asthmatiques auraient une vie sociale restreinte à cause de leurs difficultés respiratoires. L'European Federation of Allergy and Airway Diseases Patients Association (EFA) montre que 21 % des sujets asthmatiques estiment avoir manqué une opportunité professionnelle à cause de leur asthme (Siroux et al., 2007). Certains sujets souffrant d'asthme difficile refusent des activités potentiellement asthmogènes pour éviter le déclenchement des crises et des exacerbations. Boussoffara et al. (2017) mettent en avant une corrélation entre mauvaise qualité de vie et faible contrôle de l'asthme.

Un asthme est considéré comme contrôlé lorsqu'il y a peu de symptômes, une possibilité d'activité physique normale, peu d'exacerbations et d'hospitalisations d'urgence, pas d'absentéisme (scolaire ou professionnel), peu d'effets indésirables liés au traitement ainsi qu'une fonction respiratoire normale (GINA, 2003 ; Magnan, 2009). L'objectif principal du traitement, quel que soit le niveau de l'asthme, est son contrôle. Ce contrôle peut être affecté par différents facteurs tels que tabagisme, environnement, surpoids, perception erronée des symptômes, etc. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), 79 % des patients asthmatiques n'auraient pas un asthme considéré comme contrôlé. En effet, il serait sous-optimal en Europe et dans le monde (Rabe et al., 2004). Le but des traitements est ainsi de maintenir un asthme contrôlé sur le long terme, de manière à améliorer la prévention de la progression de la maladie ainsi que la qualité de vie. L'importance d'une bonne adhésion au traitement de la part du patient est de ce fait capitale. Cependant, la plupart des individus n'auraient pas conscience du niveau de contrôle de leur asthme et en sous-estimeraient la sévérité (Patridge et al., 2006). Poser des questions précises, centrées sur le quotidien du sujet permettrait de confronter le patient au handicap que représente son asthme et exposerait ainsi la nécessité d'un soin. Il ne s'agit pas de « piéger » le patient, mais de

l'inscrire dans la co-construction d'un projet de soin, d'en faire un choix pour améliorer sa qualité de vie et non une obligation médicale.

Choubi et al. (2018) proposent une étude dans laquelle ils souhaitent déterminer les facteurs du non-contrôle de l'asthme. Ils relèvent des facteurs environnementaux à 52,3 %, de la non-observance thérapeutique dans 42,2 % des cas et une mauvaise technique d'inhalation est repérée chez 24,1 % des patients. Les facteurs du non-contrôle de l'asthme restent toutefois souvent intriqués et difficilement gérables en une consultation unique. D'autres études encore insistent sur le tabagisme comme facteur aggravant l'asthme et intervenant notamment sur le non-contrôle de la maladie (Jridi et al., 2016), ou encore des facteurs psychologiques (Ritz et al., 2014).

Mesurer le niveau de contrôle de l'asthme est essentiel dans le suivi de la pathologie afin de pouvoir mieux le gérer et l'appréhender. Des questionnaires à proposer régulièrement au patient tels que l'ACT (Asthma Control Test) permettent de suivre l'évolution du contrôle de la maladie, de favoriser la relation patient – praticien et de faire passer des messages quant à l'observance du traitement (Jabri et al., 2017).

1.6. Facteurs de risque et comorbidité

1.6.1. Facteurs de risque

L'asthme, dont l'étiopathogénie reste controversée, résulte d'une interaction entre prédispositions génétiques, facteurs environnementaux et physiologiques (Holgate, 1999 ; Postma, 1995). En effet, des facteurs génétiques (la présence d'asthme dans la famille est un des facteurs prédisposant le plus à l'asthme), environnementaux (la vie à la campagne tendrait à préserver de l'asthme comparativement à l'environnement urbain (Demoly et al., 2005) et physiologiques (surpoids, efforts physiques) alimentent le risque de développer un asthme.

Certains facteurs psycho-sociaux et comportementaux constituent également d'importants facteurs de risque dans l'aggravation ou le développement d'une pathologie respiratoire : mauvaise observance, âge (les personnes âgées et les jeunes enfants sont plus vulnérables), présence d'autres pathologies (allergies alimentaires), antécédent d'hospitalisations pour asthme (Lubret et al., 2011), revenus et situation familiale, etc.

Par ailleurs, les conduites tabagiques constituent un facteur de risque majeur dans la pathologie asthmatique (Axelsson, 2013).

Des troubles somatiques sont également retrouvés parmi les facteurs de risque de l'asthme. L'étude de Gharsalli et al. (2013) portant sur 23 patients, met en avant que 65 % des asthmes difficiles présentent une origine allergique. Des facteurs de risque somatiques aggravants sont aussi mis en évidence dans cette étude : reflux gastro-œsophagiens observés chez 10 patients, une obstruction bronchique due au tabagisme pour 4 patients, une rhinosinusite chez 2 patients, le syndrome de Widal retrouvé chez 2 patients, des facteurs hormonaux présents chez 2 patients et un cas d'obésité.

La personnalité comme facteur de vulnérabilité est aussi un champ exploré en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer et al., 2014). En effet le rôle exact de la personnalité dans la survenue et l'évolution des maladies a été étudié sous différents modèles.

La présence de troubles anxieux et dépressifs semble être un facteur de risque dans la pathologie asthmatique, notamment au niveau du contrôle de la maladie. Tiotiu et al. (2015) montrent que le score d'anxiété est plus élevé chez les patients ayant un asthme léger. De plus, Boussoffara et al. (2018) avancent dans leur étude qu'un mauvais contrôle de l'asthme serait corrélé à la présence significative de troubles anxio-dépressifs. En effet, un tel trouble est significativement plus important dans le groupe dont l'asthme est non contrôlé, par rapport au groupe dont l'asthme est contrôlé. Li et al. (2015) retrouvent ce même constat en observant un contrôle de l'asthme et un score de qualité de vie moins élevé dans le groupe de patients anxieux et dépressifs. Ce lien entre trouble anxio-dépressif et contrôle de l'asthme se retrouve aussi dans une étude menée par Pefura-Yone et al. (2016) au Cameroun où la prévalence de la dépression mentale et de l'anxiété est plus élevée chez les patients asthmatiques ayant un asthme non contrôlé, par rapport à ceux ayant un asthme contrôlé. La recherche systématique de ces comorbidités psychiatriques pourrait permettre d'optimiser la prise en charge des patients asthmatiques (Pefuta-Yone et al., 2016).

L'OMS (2016) rapporte que si « *on n'a pas encore élucidé complètement les causes profondes de l'asthme, les émotions fortes en cas de peur ou de colère par exemple (...) font partie des autres facteurs possibles de déclenchement* ».

Vazquez et al. (2017) proposent une étude dans laquelle ils montrent que des troubles de panique, des attaques de nerfs ou encore la mort liée à l'asthme d'un être cher prédisent une fréquence plus élevée de déclencheur d'asthme psychologique.

D'autre part, des théories psychanalytiques proposent des explications à ce phénomène de déclenchement d'asthme lié à des émotions intenses. Pheulpin (2017) parle des patients à « bout de souffle » en référence aux patients asthmatiques et met en évidence un lien entre l'asthme et trois temps existentiels de la vie : naître, vivre et mourir. La clinique auprès de patients asthmatiques témoigne de cette association tel que le cas de Marie, qui explique « *en se serrant le cou de ses deux mains que sa jumelle est morte étouffée par le cordon* » (Pheulpin, 2017). Le trauma qui semble présent chez cette patiente prend la forme d'un deuil compliqué qui ne semble pas résolu mais s'exprimant à travers les manifestations physiques de l'asthme.

1.6.2. Comorbidité

On retrouve plusieurs associations ou comorbidités entre asthme et autres pathologies chroniques somatiques et psychiatriques. Gharsalli et al. (2014) ont interrogé 250 patients parmi eux, 74 %, soit 186 patients présentaient une ou plusieurs comorbidités dont une pathologie *cardiovasculaire* à 57 %, une *obésité* à 20 %, un *reflux œso-gastroduodéal* à 14 %. De même, Badri et al. (2016), ont montré que sur 383 patients, 62 % présentaient au moins une comorbidité : 48 % avaient un *reflux gastro-œsophagien*, 25 % une *hypertension artérielle*, 21 % du *diabète*, 20 % une *obésité* et 4 % une *pathologie psychiatrique*.

Ces comorbidités somatiques vont jouer un rôle sur la qualité de vie du patient (Badri et al., 2016), ainsi que sur le contrôle de la maladie. En effet, un asthme qui ne présente pas de comorbidité est contrôlé dans 41 % des cas alors qu'un asthme avec au moins une comorbidité l'est dans 20 % des cas (Gharsalli, et al., 2014). On peut observer cette même tendance sur le tableau IV qui reprend les résultats des travaux de El Fadili et al. (2016) sur « asthme et comorbidités » :

**Tableau IV - Impact de la présence de comorbidité(s) sur le contrôle de l'asthme
D'après les travaux de El Fadili, et al. (2016)**

	Asthme avec comorbidité(s)	Asthme sans comorbidité
Asthme contrôlé	49 %	60 %
Asthme partiellement contrôlé	18 %	20 %
Asthme non contrôlé	25 %	15 %

On note également que plus le nombre de comorbidités s'élève, moins de chance a l'asthme d'être bien contrôlé. L'asthme est contrôlé dans 15 % des cas quand il est associé à

une comorbidité, dans 5 % des cas quand il est associé à deux comorbidités ou plus (Gharsalli, et al., 2014).

Concernant **l'asthme et l'obésité**, la revue de la littérature s'accorde à dire qu'un certain nombre de données objectives épidémiologiques, cliniques et de mécanismes physiopathologiques vont dans le sens d'un réel lien entre les deux affections (Didier et al., 2009 ; Elmghari et al., 2016). Un autre constat assez partagé également est celui de voir croître l'incidence et la prévalence de l'asthme et de l'obésité à travers le monde (Cheikh Mhamed et al., 2018). Cette comorbidité n'est pas sans impact sur le contrôle et la sévérité de la maladie. Boussoffara et al. (2014) reconnaissent la contribution de l'obésité quant à la manifestation et sévérité de l'asthme. Pour prévenir cette association trop fréquente, des études épistémologiques proposent une prévention se basant sur plusieurs facteurs nutritionnels : les vitamines A, D et E, le zinc, la consommation régulière de fruits et légumes ainsi que le régime méditerranéen pourraient jouer un rôle protecteur (Didier et al., 2011). Bergeron (2009) met en lien cette association asthme obésité avec le tabagisme. En effet, il constate que pour les fumeurs ou personnes obèses, un déclin accéléré du VEMS (volume expiratoire maximal à une seconde) est observé. Le VEMS est également une donnée contrôlée systématiquement chez le patient asthmatique afin d'évaluer l'ampleur de l'atteinte respiratoire.

La comorbidité **asthme et reflux gastro-œsophagien (RGO)** semble généralement observée mais fait moins l'unanimité, faute d'un nombre suffisant d'études. Toutefois Martinot et al. (2005) rapportent l'étude de Sheikh et al. (1999) dans laquelle sur 84 enfants asthmatiques interrogés, 64 % avaient une pHmétrie œsophagienne anormale et 44 % ne manifestaient aucun symptôme digestif. De plus, on constate une nette amélioration de la symptomatologie respiratoire lorsque l'on traite la production d'acidité gastrique. Miguères et al. (2012) confirment qu'asthme et RGO sont deux pathologies fréquentes et la probabilité d'être affecté simultanément par les deux pathologies est grande. La fréquence du RGO chez l'asthmatique est plus élevée qu'en population générale. Cette association est à double sens puisque le RGO aggrave l'hyperréactivité bronchique et l'asthme aggrave le RGO (Miguères et al., 2012). Le patient asthmatique également atteint de RGO se voit recevoir une prise en charge qui suit les recommandations de la Société française de gastroentérologie sur le diagnostic et le traitement du RGO.

On observe également des comorbidités psychiques et psychiatriques, notamment entre **asthme et trouble anxio-dépressif**. En effet, l'anxiété et la dépression sont

actuellement les aspects psychologiques associés à la maladie les plus étudiés (Sultan et Varescon, 2012). Plusieurs travaux mettent en avant une corrélation significative entre le fait d'avoir une maladie chronique et un niveau élevé d'anxiété et de dépression (Laurin et al., 2012). C'est notamment le cas pour l'asthme où les symptômes d'anxiété et de dépression sont fréquents chez les patients asthmatiques (Boussoffora et al., 2018 ; Khouchilia et al. 2018).

Dans leurs travaux, El Ismaili et al. (2018) expliquent que l'asthme en tant que maladie psychosomatique suscite des réactions émotionnelles. Ils rajoutent que la dépression (ainsi que l'anxiété) sont des facteurs ayant une influence négative sur le contrôle de l'asthme. Il ressort de l'étude qu'ils mènent sur 80 patients asthmatiques, que la dépression est fréquente chez les patients asthmatiques avec environ 30 % des patients qui seraient concernés.

De plus, Nascimento et al. (2002) et Van Lieshout et al. (2009) suggèrent que la prévalence des troubles anxieux et dépressifs est plus élevée chez les patients asthmatiques que dans la population générale. Khouchilia et al. (2018) s'intéressent à la prévalence d'anxiété et de dépression chez les patients asthmatiques et trouvent sur 100 patients interrogés, un épisode dépressif dans 23 % des cas, un trouble anxieux dans 53 % des cas et une dépression dans 2 % des cas, avec une altération significative de la qualité de vie.

El Ismaili et al. (2018) montrent dans leur étude que la dépression est fréquente chez les asthmatiques. Même constat dans l'étude de Raoufi et al. (2015) où la dépression est retrouvée dans 71 % des cas (étude sur 300 patients).

Barnig et al. (2016) expliquent ce lien asthme/trouble anxio-dépressif par le caractère imprévisible de l'asthme, pouvant se traduire en crise à tout moment, représentant alors une menace éventuelle et continue et pouvant engager le pronostic vital. De même que pour les comorbidités somatiques, les comorbidités psychiques dépressives et anxieuses sont considérées comme des facteurs aggravants de l'asthme, au niveau de son contrôle, de sa qualité de vie et des exacerbations, comme nous avons pu l'évoquer plus haut. Si l'anxiété et la dépression sont fréquentes chez les asthmatiques, cela induit la nécessité d'une recherche systématique de ces comorbidités pour une meilleure prise en charge (Khouchilia et al., 2018).

Li et al. (2015) rapportent que l'anxiété est associée à une plus grande dyspnée perçue par les patients asthmatiques, plus encore que ne peut l'être la dépression.

Au-delà de la dépression et de l'anxiété, Bulcun et al. (2018) étudient les caractéristiques psychologiques des patients souffrant d'asthme et avancent que cette maladie respiratoire peut changer ces caractéristiques psychologiques ainsi que la personnalité. Les patients asthmatiques ont des résultats plus élevés quant à la dépression, à l'hystérie, à la psychasthénie et à l'introversion sociale, par rapport au groupe contrôle. Les auteurs concluent en exprimant que les patients asthmatiques ont relativement plus d'inactivité, de culpabilité, de pessimisme, de plaintes non spécifiques, de peurs irrationnelles et introverties. Ils observent toutefois que les patients asthmatiques de longue date ont moins de détresse psychologique, ce qui laisse à penser qu'ils ont appris à faire face à la maladie au fil du temps.

L'alexithymie, qui correspond à un déficit dans l'expression des émotions se retrouve également dans la liste des comorbidités avec l'asthme. Loas (2010) rappelle d'ailleurs que ce déficit a été observé à l'origine au sein des troubles psychosomatiques tels que l'asthme et la maladie de Crohn. Il met aussi en avant le fait que l'alexithymie est retrouvée entre 30 et 60 % chez des patients souffrant de pathologies somatiques parmi lesquelles figure l'asthme. La question toujours ouverte est de savoir si l'alexithymie est primaire ou secondaire dans le cas de l'asthme. À savoir est-ce l'alexithymie qui déclenche de l'asthme ou l'asthme qui entraîne l'alexithymie ? Dans un sens ou dans l'autre, facteur de risque ou conséquence, l'alexithymie se trouve être en lien étroit avec l'asthme et figure à ce titre dans la liste des comorbidités.

On retrouve également une comorbidité entre asthme et troubles émotionnels et cette association ne serait pas sans incidence. Battu (2014) indique que chez les patients asthmatiques, les facteurs psychologiques liés à des émotions intenses telles que la peur, la colère ne représentent pas un facteur de risque, mais peuvent influencer sur sa fréquence et sévérité.

1.7. Croyances et conduites dans le soin

Les croyances ou les attitudes de santé influencent la motivation du sujet asthmatique à adhérer à son traitement et par conséquent le soin (Tarquinio et al., 2007 ; Bouvy et al., 2008). En effet, si le patient ne perçoit pas le caractère chronique de sa maladie, il percevra les crises et les exacerbations comme imprévisibles. Il devient de ce fait difficile pour le sujet de penser l'utilité de son traitement.

La conduite de soin est définie comme « *le résultat de différents niveaux d'élaboration cognitive et comportementale d'un individu qui élabore un travail de décodage complexe et incertain de ce qui lui arrive* » (Lamouroux, 2012). Le sujet asthmatique doit pouvoir se penser comme souffrant d'une maladie chronique et interpréter ses symptômes afin d'amorcer des conduites de soins adéquates. En effet, pour qu'un patient entre dans le soin, il faut qu'il soit en capacité de reconnaître ses symptômes comme tels (Herzlich et al., 1984). Cette appropriation ne va pas de soi. Elle demande du temps pour passer de la perception d'un dysfonctionnement à la reconnaissance d'un symptôme, pour l'identifier comme une alerte et en connaître la réponse à apporter. Il semble donc judicieux de s'intéresser à la sphère émotionnelle de cette pathologie somatique : une bonne évaluation de ses états émotionnels faciliterait probablement cette reconnaissance.

Par ailleurs, cette difficile identification des signaux d'alarme souligne la complexité du traitement anti-asthmatique : il doit être poursuivi même lorsque les symptômes disparaissent. Comment alors penser un traitement contraignant comme utile lorsque l'aspect chronique de la maladie n'est pas reconnu et que l'homéostasie organique est retrouvée ? Pour faire comprendre l'importance du traitement même lors des phases asymptomatiques, il est avant tout nécessaire de s'interroger sur la place de la maladie dans la représentation du patient.

C'est une dimension à explorer, car l'arrêt du traitement ou une observance moyenne entraînera un retour des symptômes, avec une possible aggravation de la pathologie. Charles et al. (2011) analysent la relation entre les représentations liées à l'asthme et l'observance des corticoïdes inhalés. Les résultats montrent que les patients qui ont conscience du caractère chronique de leur pathologie et de ses conséquences sur la vie quotidienne en cas de non-prise du traitement présentent une meilleure adhésion aux médicaments. À contrario, la crainte des effets secondaires, la perception d'un traitement insuffisamment efficace ainsi que des représentations erronées sur la corticothérapie entraînent une moins bonne observance. Par conséquent, pouvoir mettre à jour certaines de ces représentations avec les autres partenaires de santé, tels que le psychologue, se révèle pertinent.

Chéron et al. (2002) évoquent, en plus des croyances individuelles, les croyances familiales notamment pour les jeunes patients enfants et adolescents. En effet, l'entourage familial peut éprouver un certain scepticisme sur l'efficacité du traitement et ainsi cesser d'encourager l'adolescent à observer les prescriptions médicales. Cela peut s'expliquer par un manque de connaissance à propos de la maladie et du traitement, des effets attendus, de

l'usage, des effets secondaires ou encore des facteurs environnementaux susceptibles de déclencher une crise d'asthme (Mansour et al., 2000 ; Ernst, 2001). Un manque d'informations et de connaissance de la maladie entraîne des croyances erronées sur la maladie et son traitement et favorise des réticences à l'observance des recommandations écrites. Radeos et al. (2001) rapportent que 40 % des patients admis aux urgences pour une crise d'asthme expriment qu'ils ne savaient pas gérer une altération de leur état respiratoire.

Dans ce même élan, Magar (2009) évoque les croyances de santé en reprenant le modèle HBM : Health belief model (Rosenstock, 1974 ; Beckere et Maiman, 1975 ; Ogden, 1996). Modèle selon lequel le patient passe par plusieurs étapes pour comprendre, ou même pour croire qu'il est bien atteint d'une maladie : être persuadé d'être malade, avoir conscience des conséquences néfastes de la maladie sur la santé, être convaincu que le traitement proposé aura un effet bénéfique et que les avantages du traitement seront supérieurs à ses inconvénients. Une fois que le patient a pu suivre ce parcours en différentes étapes (non-linéaires), il pourra prendre conscience des bénéfices du traitement et ainsi mieux le respecter. Ce modèle montre ainsi que la probabilité d'adopter un comportement sain dépend du risque et de la gravité perçus vis-à-vis d'une maladie et de l'estimation relative des bénéfices de l'adoption d'un comportement sain par rapport à ses coûts. (Décamps, 2011).

Dans un autre domaine que l'asthme, Zani (2002) donne un exemple qui illustre bien ce modèle : un fumeur d'âge moyen en surpoids, qui a aussi une pression artérielle élevée, peut savoir qu'il risque l'accident cardio-vasculaire (perception de vulnérabilité) qui pourrait l'amener à la mort (gravité perçue). L'éventualité que cette personne décide d'arrêter de fumer, de faire un régime ou du sport va dépendre de son évaluation des bénéfices pour sa santé sur les coûts que cela va lui imposer.

Un autre modèle présente les croyances relatives au sentiment d'auto-efficacité personnelle, qui est une notion centrale dans la théorie socio-cognitive de l'apprentissage de Bandura (Bandura, 1986, 1994). Il s'agit de la croyance personnelle d'un individu en sa capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour maîtriser une situation (Bandura, 1997). Ses effets sont salutogènes : l'auto-efficacité modère l'impact des événements stressants sur la santé, elle est associée à des styles de vie sains et à une bonne adhésion thérapeutique chez les personnes malades (Bruchon-Schweitzer, 2002a). Les croyances relatives à l'auto-efficacité dépendent des expériences antérieures, mais peuvent également être influencées par

l'observation de comportements de personnes de son environnement ou par la persuasion verbale (Weinman et al., 2002).

L'auto-efficacité est un concept important dans les programmes de santé visant à développer l'autogestion des personnes malades. Toutefois s'il est nécessaire au patient de connaître quelles sont les compétences à avoir pour bien gérer soi-même la maladie, il semble indispensable qu'il croie en sa capacité à mettre en œuvre ces pratiques. L'auto-efficacité est une composante significative dans l'autogestion de l'asthme. Nous retrouverons cela dans les programmes d'éducation thérapeutique par exemple — que nous développons par la suite — où l'apprentissage en groupe des gestes à adopter en cas de crise respiratoire permet de développer le sentiment d'auto-efficacité de l'individu sur sa maladie.

Par ailleurs, il est primordial pour les soignants de garder en mémoire que toute crise d'asthme est un moment de vulnérabilité. Elle impacte corporellement, elle déborde et sidère physiquement, mais aussi psychologiquement. La crise reste une expérience de menace vitale, un moment où le corps trahit. Elle est source d'anxiété et d'altération de la qualité de vie. L'enjeu pour les soignants, une fois la crise maîtrisée, serait de pouvoir proposer un espace de parole, où le vécu de la crise puisse s'élaborer. Cette proposition pourrait être l'occasion d'un travail sur la maladie, d'une prise de conscience des enjeux du traitement. Tenir compte de la manière dont le patient vit la crise, et la signification qu'elle prend pour lui nous apparaît être un pari audacieux, certes, mais capital pour un projet de soin personnalisé. En cela, une psychothérapie, centrée sur les émotions et sur la singularité du patient asthmatique, pourrait être un axe intéressant de la prise en charge. L'apport de la psychologie permettrait ici de comprendre l'élaboration d'un comportement de santé et ainsi de développer une démarche de soin adaptée, voire de reconstruire certaines représentations.

Ne pas « croire » à sa maladie, croire que la maladie est bien présente en période de crise comme en période de répit, est susceptible d'impacter le rapport du patient vis-à-vis de son traitement. Comme évoqué précédemment, le Health belief model de Magar (2009) montre que si le patient ne croit pas qu'il souffre d'une pathologie chronique, il ne perçoit pas non plus l'intérêt du traitement. Les croyances sur la maladie et sur les conduites dans le soin peuvent alors avoir un impact négatif non négligeable sur l'observance thérapeutique.

1.8.Observance thérapeutique dans le traitement anti-asthmatique

1.8.1. Définition et cadre

Malgré des traitements optimaux, performants et réajustés lors des examens cliniques, la prise en charge de l'asthme reste pour beaucoup insatisfaisante, en partie à cause de la mauvaise adhésion au traitement. L'observance se définit comme le degré d'adéquation entre les prescriptions et recommandations médicales et le comportement du patient (Haynes et al., 1979 ; Daher, 2018). Dans son rapport de 2003, l'OMS propose le terme d'adhésion thérapeutique, afin d'évoquer davantage l'adhésion du patient au traitement plutôt que l'obéissance à une prescription médicale (Cottin et al., 2012).

On distingue différents types d'inobservance, que l'on distingue d'ailleurs bien dans le questionnaire MARS 5 qui permet de mesurer l'observance thérapeutique. L'inobservance peut se traduire par la modification des doses prescrites, par l'oubli de prendre son traitement, par l'arrêt pendant un temps ou la décision de sauter une prise ou encore de ne pas prendre du tout les médicaments (Magar, 2009).

L'observance est une des conduites primordiales qui permet au sujet de préserver sa santé, et constitue de fait un véritable enjeu dans la prise en charge de la pathologie asthmatique. En 2003, l'estimation de l'observance au traitement de l'asthme était de moins de 40 % (Jones et al., 2003). En 2009, cette estimation a été revue à la hausse, 50 % des patients asthmatiques ne seraient pas observants correctement, certaines études indiquant jusqu'à 60 ou 80 % des patients (Magar, 2009).

Raherison et al. (2017) montrent dans leur étude que 56 % des patients interrogés admettent ne pas prendre leur traitement de fond tous les jours. Pour 46 % d'entre eux, cela se justifie par le sentiment d'un asthme contrôlé, l'absence de besoin ressenti de se traiter quotidiennement et la non-perception de l'impact de la maladie sur les activités quotidiennes.

Une mauvaise observance favorise la mortalité et la morbidité, voire un risque léthal dans le cas des asthmes sévères. Elle entraîne également un important coût médico-social ainsi qu'une augmentation des exacerbations, des symptômes nocturnes, des hospitalisations et des annulations de rendez-vous médicaux (Hamili, 2009).

La difficulté réside dans le fait qu'il s'agit souvent de traitements au long cours, contraignants, à poursuivre même lorsque les symptômes se font silencieux. Les raisons de l'inobservance sont nombreuses. Bien qu'il soit difficile d'affirmer que cette seule défaillance

dans le soin est à l'origine d'un asthme difficile, elle alimente cependant l'aggravation de la maladie respiratoire (De Blic, 2000). L'observance doit pouvoir être pensée comme l'interface entre le contrôle de l'asthme et l'efficacité du traitement, telle une collaboration entre soignant et soigné (Cochrane et al., 1999).

1.8.2. Inobservance thérapeutique consciente

L'inobservance consciente désigne le fait de ne pas prendre son traitement, de le réduire volontairement, ou de le prendre de manière aléatoire (Cochrane et al., 1999). Les raisons d'une mauvaise adhésion aux traitements sont nombreuses et variées. De nombreux facteurs psycho-sociaux et cognitifs influencent l'acceptation des soins (Baudrant-Boga et al., 2012). Par exemple, un traitement conséquent avec peu de bénéfices perçus et un coût élevé favorisera l'inobservance.

Un manque de confiance en l'efficacité du traitement, la peur des effets secondaires (Axelsson, 2013), les croyances de santé où les patients ont le sentiment que le traitement aggrave leur asthme (Cochrane et al., 1999 ; Haughney et al., 2004), le caractère récent et chronique de la maladie, la présence ou non de symptômes et la perception de leur sévérité (Hamili, 2009) interagissent également avec l'adhésion au traitement. D'autres facteurs, tels que l'incompréhension des termes médicaux (Bender et al., 2003), la tendance à réduire le traitement lors des phases asymptomatiques (Laforest et al., 2009), le statut socio-économique, la consommation d'alcool ou de tabac, les événements de vie, les processus d'adaptation à la maladie, les troubles psychopathologiques ou encore l'âge sont autant de causes qui rendraient l'observance moins bonne chez les jeunes adultes (Adams et al., 2002 ; Haughney et al., 2004). De même que les émotions et la dépression par exemple influencent négativement l'observance (Bosley et al., 1995).

1.8.3. Inobservance thérapeutique involontaire

L'inobservance involontaire désigne une mauvaise prise du traitement de manière non consciente. Elle peut être liée à la voie d'administration du traitement. Par exemple, un traitement par inhalation nécessite des gestes techniques, pas toujours bien intégrés par les patients (Magnan, 2009). Une meilleure observance a été constatée lorsque le traitement est pris par voie orale (Kelloway et al., 1994, Belvisi et al., 2003). De plus, un traitement complexe favorise oublis et étourderies dans la prise des médicaments (Horne, 2006). Il est

ainsi important de pouvoir choisir avec le patient le système qui lui convient le mieux, dans la mesure du possible.

1.8.4. Observance rapportée et observance réelle

L'observance perçue par les patients (mesures subjectives avec échelles ou questionnaires) serait plus grande que l'observance réelle (mesures physiologiques objectives) (Rand et al., 1992). De plus, l'observance perçue par les médecins n'est pas directement superposable à l'observance réelle. En effet, l'appréciation de l'observance est soumise à un effet de désirabilité sociale de la part du patient, et peut avoir tendance à être estimée à la hausse, notamment au début des prises en charge. Il faut aussi noter que le taux d'observance varie dans le temps chez un même individu. Il apparaît ainsi important d'instaurer un climat de confiance et un espace sécurisant pour pouvoir apprécier au mieux l'adhésion au traitement et son impact.

1.8.5. Divergence des représentations entre patient et médecin

Le problème de l'observance thérapeutique se heurte à une autre difficulté : celle de la communication entre les soignants et les soignés. En effet, la rencontre entre le vécu personnel du patient et le regard objectif de la médecine semble complexe. Le vécu du malade est soumis à un phénomène d'habitude : les patients ont tendance à sous-évaluer leurs symptômes, tandis que le discours médical a pour but la réduction des exacerbations et une optimisation du contrôle. Pour le patient, il peut être délicat d'évaluer celui-ci, et pour le médecin, il est difficile de penser la difficulté du sujet malade à percevoir ses symptômes comme tels. Ces situations illustrent la divergence du regard sur la crise. En effet, une aggravation de la pathologie est l'occasion pour le soignant de rappeler l'importance de se soigner, alors que le sujet malade perçoit cet évènement comme un épisode douloureux à oublier (Maguchon, 2007).

Il apparaît ainsi pertinent de pouvoir adapter la communication entre les deux parties. Une amélioration de la manière dont sont présentées les informations (par exemple, l'utilisation de questions ouvertes, les aides mnémotechniques, la simplification du traitement dans la mesure du possible) s'inscrirait ainsi dans une forme de « réduction des risques » de l'inobservance. Il est également important que le médecin manifeste de l'empathie et ne force

pas les résistances du patient (Weiss, 2007). Un regard pluridisciplinaire pour penser l'observance semble approprié dans cette optique de langage commun dans le soin (Hamili, 2009). L'approche médicale, à travers des mesures objectives, permet déjà de pointer les comportements à risque, les mauvais maniements des médicaments et les surdosages. Conjuguer ce regard à l'apport de la psychologie de la santé permettrait, par exemple, de mettre à jour l'importance des processus relationnels et sociaux en jeu dans la relation aux soignants et à la maladie. En effet, une maladie chronique nécessite un véritable partenariat dans le soin et une adaptation permanente de la communication et du partage des représentations (Chapman et al., 2000).

Le patient doit pouvoir devenir acteur de sa maladie pour participer à l'amélioration de ses symptômes. Dans cette perspective, un enjeu ambitieux à penser sur le long terme nous semble à étudier, avec la possibilité d'une forme de thérapie courte comme outil d'amélioration de l'observance. Ainsi, axer le travail sur les émotions, les représentations et la motivation pourrait permettre d'augmenter le désir d'adhésion au traitement. Il nous semble important de pouvoir avoir un temps et un espace pour insister sur la complexité et la spécificité de la personne souffrante : se centrer uniquement sur l'organe malade ne semble pas suffisant aujourd'hui. La prise en compte d'une dimension plus personnelle pourrait ainsi être une voie pour une prise en charge personnalisée.

1.9. Prises en charge de l'asthme

1.9.1. Prise en charge médicale

Le diagnostic de l'asthme se fait via un interrogatoire, un examen clinique, une exploration fonctionnelle permettant la mise en évidence d'une obstruction bronchique et de sa réversibilité et d'autres explorations visant essentiellement à éliminer des diagnostics différentiels (Taillé, 2004). La prise en charge médicale de l'asthme vise à diminuer les symptômes, la sévérité et la fréquence des crises et à réduire l'obstruction bronchique.

Le fondement de la prise en charge thérapeutique du patient asthmatique adulte et enfant se constitue d'une administration répétée de bronchodilatateurs d'action rapide (BDAR), une prescription précoce d'une corticothérapie systémique et une oxygénothérapie. (Lubret et al., 2011). Toutefois, la prise en charge est adaptée selon le score de gravité de la maladie, s'il s'agit d'un asthme aigu grave ou non, si le patient est en phase d'exacerbation ou pas (Taillé, 2004).

Deux classes de médicament sont utilisées : les traitements au long cours, à visée essentiellement anti-inflammatoire et les traitements bronchodilatateurs symptomatiques des exacerbations. Les corticoïdes inhalés représentent actuellement la voie la plus efficace et la plus rapide pour réduire l'inflammation bronchique (Taillé, 2004).

Un traitement de fond initial est proposé dès que le diagnostic est posé. L'administration précoce de corticoïdes inhalés améliore la fonction respiratoire, la dose est plus ou moins augmentée en fonction de la sévérité de l'asthme au début de sa prise en charge. Un traitement par corticoïdes oraux peut être indiqué au début du traitement de l'asthme s'il est sévère et mal contrôlé. (Dutau et al., 2017).

Lorsque le traitement est mis en place, la prise en charge est ajustée et réadaptée aux évolutions de la maladie en se référant à cinq paliers indiquant des directives thérapeutiques. Les paliers du traitement de fond sont ascendants (*step up*) ou descendants (*step down*) selon l'amélioration du contrôle de l'asthme ou pas.

La prise en charge médicale de l'asthme est suivie par des consultations régulières, plus ou moins fréquentes selon sa gravité et le niveau de son contrôle, la réponse au traitement, le niveau d'autogestion du malade. En pratique, le pneumologue revoit un patient 1 à 3 mois après le début du traitement, puis tous les 3 à 12 mois, ou plus rapidement s'il y a des exacerbations entre temps (Dutau et al., 2017). La prise en charge sera modifiée et surtout intensifiée en cas d'exacerbation, de crise ou d'asthme aigu grave (Saulnier et al., 2012b). En effet, le traitement d'urgence de la crise d'asthme relève le plus souvent de l'utilisation de béta-2-mimétiques (ventoline), corticothérapie en perfusion ou au masque, ainsi que le recours aux bronchodilatateurs. Une forte crise d'asthme nécessite une hospitalisation, voire une réanimation en cas d'aggravation rapide (Goetz, 2010).

D'autres prises en charge peuvent être proposées, généralement en complément du traitement de fond médicamenteux, pour le traitement de l'asthme. Nous en avons listé quelques-unes dans le tableau V :

Tableau V - Liste de prises en charge possible dans le traitement de l'asthme

<i>Prise en charge</i>	<i>Principe et mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre</i>
Phytothérapie (Goetz, 2010)	De nombreuses plantes peuvent être bénéfiques dans le traitement de l'asthme (<i>Petasites, Euphorbia hirta, Scilla maritima, Tussilago farfara, Oenothera biennis, Aloysia triphylla, Passiflorea incarnata</i> et l'huile de <i>Perilla</i>)	Administration par voie orale, permet de faire croître la résistance pulmonaire et de faire baisser la compliance dynamique du poumon.
Kinésithérapie (Cabillic et al., 2012)	Participation à la réadaptation à l'effort Pratique de techniques de ventilation	Massage, étirement Détente du patient (relaxation) Désencombrement bronchique Techniques instrumentales, examens complémentaires
Homéopathie (Poitevin, 2013 ; McCarney et al., 2004)	Traitement codifié et adapté au niveau de contrôle de la maladie	Prescription par un homéopathe
Vitamine D (Dutau et al., 2012)	Plusieurs auteurs ont établi un lien entre le déficit en vitamine D, un mauvais contrôle de l'asthme et/ou des exacerbations sévères chez l'enfant. (Brehm et al., 2012 ; Goleva et al., 2012)	
Éducation respiratoire par le chant (Herer, 2013)	La pratique du chant demande un contrôle précis de la respiration. L'écoute ou la pratique musicale peuvent avoir des effets favorables sur la sensation de dyspnée et/ou l'anxiété qui lui est souvent associée dans les maladies chroniques respiratoires.	

Quant à la prise en charge des asthmes allergiques, il n'est pas toujours évident pour le médecin lors de la consultation de déterminer les causes de l'allergie avec lesquelles le patient est au contact dans son environnement. En 1991, à Strasbourg, a été créée une nouvelle profession à l'initiative des Prs De Blay et Pauli : conseiller médical en environnement. Ces professionnels ont pour mission de visiter l'environnement du patient afin de déterminer les possibles causes de l'allergie à l'origine de l'asthme et visent ainsi un meilleur contrôle de la maladie (Giovannini-Chami et al., 2013).

1.9.2. Prise en charge psychologique

La survenue d'une maladie chronique vient perturber les bases sur lesquelles un individu construit son identité. L'annonce de la maladie amène le patient à repenser son identité. Bury (1982) parle de « rupture biographique ». Dans le cas de l'asthme, au-delà du diagnostic, les exacerbations viennent faire écho à cette rupture initiale. L'asthme présente une spécificité particulière, car la maladie ne se voit pas, seule la présence des symptômes est visible (Lamouroux, 2012). En plus d'une prise en charge médicale, une prise en charge

psychologique peut être proposée et conseillée pour un meilleur contrôle et qualité de vie du patient asthmatique. Plusieurs approches peuvent être proposées.

1.9.2.1. Thérapies cognitives et comportementales — TCC (Newinger et al. 2005)

Les approches cognitives et comportementales sont souvent une référence en termes de prise en charge des émotions négatives, de comportements inadéquats éventuels suscités par les maladies chroniques ainsi que la compliance au traitement au long cours. Ce type de thérapie s'appuie sur une relation thérapeutique empathique, démonstrative, motivante, contractuelle et évaluable afin de permettre au patient d'être un « partenaire motivé et responsable de sa maladie ». L'objectif de l'utilisation des TCC dans les maladies chroniques consiste à recueillir suffisamment d'informations pour élaborer des hypothèses quant aux facteurs d'apparition et de maintien de la pathologie. Pour cela, la conceptualisation du cas permet de comprendre le fonctionnement du problème du patient via une double analyse : une analyse diachronique mettant en lien l'histoire du patient et les données personnelles, familiales et sociales et une analyse synchronique à savoir comment le problème se maintient dans l'ici et maintenant.

Plusieurs techniques sont utilisées en TCC pour une prise en charge comportementale et cognitive de l'asthme.

Tableau VI - Techniques de prise en charge comportementales et cognitives (Newinger et al., 2005)

Techniques comportementales	
Auto-observation	Observer les symptômes de sa pathologie asthmatique
Éducation du patient asthmatique	Connaître sa maladie, travailler sur la perception des symptômes, apprendre la bonne maîtrise du traitement (inhalation), contrôle de l'environnement
Techniques à référence neuroscientifique	
Gestion du tonus musculaire et imagerie mentale	Par exemple : relaxation de Jacobson, training autogène de Schultz, hypnose
Techniques cognitives	
Restructuration cognitive	Faire face à une représentation erronée de la maladie ou du traitement

Technique de résolution de problème	En 5 étapes : 1) orientation par rapport au problème, 2) définition et formulation du problème, 3) création de solutions, 4) prise de décision, 5) mise en place de la meilleure solution
Stratégies de coping	Travailler l'ajustement centré sur le problème, sur l'émotion ou sur la recherche de soutien social
Gestion du stress	Relaxation, acquisition de compétences de communication
Entretiens motivationnels et stratégies de motivation	Évaluer le stade de motivation du patient, être à l'écoute des réticences, des inquiétudes et obtenir l'adhésion du patient avant d'envisager les méthodes pour la prise en charge de l'asthme

L'approche cognitive et comportementale propose également une prise en charge selon un modèle multidimensionnel de l'asthme. Prenons le symptôme de dyspnée par exemple, il est important de pouvoir distinguer une dyspnée d'origine organique qui est un bon signal d'alarme d'un dysfonctionnement respiratoire et une dyspnée d'origine fonctionnelle qui correspond à un symptôme physique causé par une souffrance psychique ou émotionnelle. Nous pouvons retrouver ce modèle multidimensionnel dans la figure suivante :

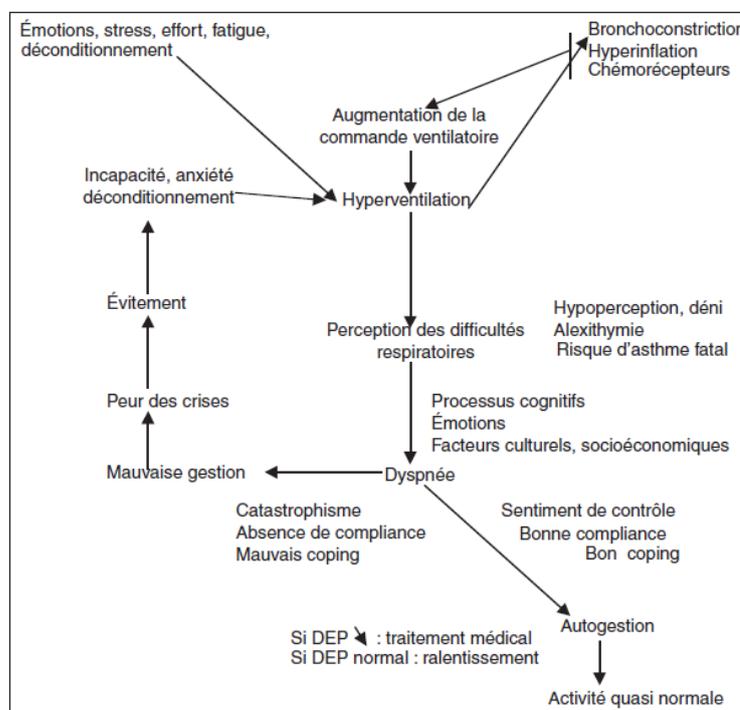


Figure 1 - Schéma multidimensionnel de l'asthme et de sa prise en charge (Newinger et al., 2005)

Le défi des TCC se trouve dans l'intégration de cette psychodynamique fonctionnelle et relationnelle dans la prise en charge médicale afin d'établir une cohérence — une unicité — entre les dimensions somatiques et psychiques du patient asthmatique.

À titre d'exemples plus concrets, peuvent être proposés des exercices de respiration et de relaxation permettant une amélioration des symptômes respiratoires et de la qualité de vie des patients asthmatiques. (Hooloway, et al., 2010). Le but est en effet de travailler au niveau cognitif via la relaxation et la prise de conscience de la respiration pour agir sur le comportement respiratoire. Ainsi, l'étude initiale de 2007, retranscrite par Hooloway et al. (2010), propose de comparer l'évolution de la symptomatologie asthmatique et la qualité de vie de patients asthmatiques ayant le même traitement médical, mais dont certains ont suivi la méthode Papworth. Ainsi pour cette étude tous les participants ont reçu les soins habituels et ceux du groupe test ont eu en plus cinq sessions d'une heure de traitement individuel utilisant la méthode Papworth. Cette méthode propose un entraînement à la relaxation, un apprentissage des volumes courants et minutes appropriés pour l'état métabolique, un apprentissage visant à la minimisation de l'utilisation inappropriée des muscles accessoires et un apprentissage à la respiration diaphragmatique, respiration nasale ; chaque apprentissage ayant pour but l'intégration de ces techniques pour les activités quotidiennes. Les résultats de cette étude sont en faveur d'une amélioration des symptômes de l'asthme et de la qualité de vie chez les patients ayant suivi les entraînements d'après la méthode Papworth.

1.9.2.2. Mindfulness

Dans le sillage des TCC dites de troisième vague ou de nouvelle génération, on retrouve une prise en charge centrée sur la pleine conscience : Mindfulness. Cette proposition de soin vise à la régulation émotionnelle par l'apprentissage de la détection de l'émotion en vue de l'accueillir dans une attitude d'ouverture et d'acceptation. La base de la pleine conscience est cette attention particulière, de chaque moment, qui amène le sujet à vivre pleinement, sans se laisser entraîner de manière automatique, dans ses pensées, désirs ou souvenirs. Un autre pilier de la pleine conscience est la notion d'acceptation, en tentant de ne pas se laisser submerger par ses émotions, pensées, désirs (Baer, 2003). Selon John Kabat-Zinn (2009), la pleine conscience invite à « *prêter attention, intentionnellement au moment présent et sans jugement sur l'expérience qui se déploie moment après moment* » et à augmenter aussi bien la conscience des états affectifs que la capacité à tolérer l'inconfort qui lui est associé (Witkiewitz et al., 2008).

L'étude de Cillessen et al. (2017) porte sur l'influence potentielle du *mindfulness* (*pleine conscience*), sur le contrôle de l'asthme et la qualité de vie d'adolescents asthmatiques, ainsi que sur certains mécanismes comme le stress souvent présent chez les patients asthmatiques. L'idée avancée est que l'écoute de ses états internes, de ses émotions et ressentis permette au sujet de mieux comprendre ce qui se passe en lui lors de la survenue d'une nouvelle crise. Le facteur stress est pris en compte dans le sens où la pleine conscience invite le patient à répondre à des situations potentiellement stressantes (la survenue d'une crise, une difficulté à respirer) par des réponses adaptées et non des réponses automatiques telles que le stress qui fait entrer dans un cercle vicieux, où l'on ne sait plus vraiment déterminer si du stress ou de la difficulté respiratoire est apparue en premier. Les auteurs observent une amélioration de la qualité de vie par le recours à la pleine conscience ainsi qu'une relation indirecte entre pleine conscience et contrôle de l'asthme par l'intermédiaire de la gestion du stress.

1.9.2.3. Éducation thérapeutique du patient (ETP)

Les traitements nécessitent pour les patients d'intégrer des gestes et attitudes spécifiques. Pour insister sur la nécessité du traitement, de son bon usage et pour permettre au patient de vivre au mieux avec sa pathologie, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) recommande la proposition d'une éducation thérapeutique, quels que soient l'âge et le degré de sévérité de la maladie. L'éducation thérapeutique du patient consiste en un apprentissage ciblé et spécifique des symptômes de la maladie, de sa chronicité éventuelle et de son évolution, ainsi que l'intérêt et les techniques d'utilisation des traitements prescrits.

Dans le cas de l'asthme, son caractère chronique et variable encourage le recours à une éducation thérapeutique du patient. De même le traitement exigeant une utilisation correcte et précise du matériel, le bronchodilatateur par exemple, l'éducation thérapeutique semble nécessaire pour les patients asthmatiques (Halimi et al., 2009). L'éducation thérapeutique est un bon outil de prévention des exacerbations et un élément de limitation de la fréquence des crises (Truchot et al., 2014).

Un tel programme centré sur le patient peut entraîner une réduction des facteurs de morbidité et une amélioration de la qualité de vie (Gibson et al., 2004). Cela favorise également l'adhésion au traitement et permet d'améliorer la perception de la sévérité de

l'asthme et des symptômes, afin d'identifier de potentielles crises (Taytard, 2002). L'éducation thérapeutique ne doit pas se résumer à une information et à des conseils à propos des traitements. En effet, l'information ne suffit pas pour changer les croyances sur la maladie et les traitements des patients (Tapp et al., 2007). L'objectif serait de proposer une prise en charge personnalisée, pour permettre d'adhérer au mieux à un traitement contraignant, mais nécessaire, à travers une proposition de soin centrée sur les objectifs du patient (Lamouroux, 2012). En effet, différents facteurs sont à prendre en considération dans l'éducation thérapeutique du patient asthmatique (Raheison, 2006) : la représentation du patient vis-à-vis de son asthme (Cousson-Gélie et al., 1998), la perception qu'il a de ses symptômes et de la prise en charge qui en découle (Couturaud et al., 2002) et les attentes du patient concernant sa prise en charge, ainsi que la part de décision thérapeutique qu'il peut exercer dans cette prise en charge. Caress et al. (2005) présentent une étude soulignant ce dernier facteur dans laquelle on observe que 23,9 % des patients asthmatiques veulent avoir un rôle actif dans la décision thérapeutique, 37,5 % être en collaboration avec le médecin et 40 % avoir un rôle passif.

La promotion de l'éducation thérapeutique apparaît aujourd'hui comme une nécessité pour la santé du patient. Prendre en compte ses attentes, ses croyances, ses comportements de santé, sa représentation du soin, ainsi que ses facteurs de risque constituent une piste pour l'amélioration de ce programme (Cochrane et al., 1999).

Lesourd et al. (2014) réalisent une étude dans laquelle les résultats mettent en avant une amélioration significative du niveau de contrôle de l'asthme après une période de séances d'éducation thérapeutique (plus de 80 % d'asthme contrôlé), une diminution du nombre d'hospitalisations et de consultations aux urgences. Les analyses secondaires témoignent aussi d'une amélioration de la gestion et de la prévention des crises ainsi qu'une amélioration des techniques d'inhalation.

La poursuite de l'activité professionnelle peut être compliquée pour les patients asthmatiques et l'éducation thérapeutique du patient pourrait permettre de rendre cette réinsertion plus facile en abordant certains points particulièrement sensibles lors de la reprise de l'activité. Tomas-Bouil et al. (2016) donnent la parole aux acteurs de l'ETP d'un programme d'île de France et montrent les thèmes les plus abordés comme la santé au travail et la prise en charge de la crise, l'éviction des situations à risque ainsi que la connaissance des facteurs déclenchants professionnels. Ce type de programme a pour but notamment d'améliorer la qualité de vie des patients asthmatiques.

Pour mesurer la qualité de vie, plusieurs échelles sont proposées, notamment l'Asthma Quality of Life (AQLQ) de Juniper et al. (1999), qui est une échelle de mesure spécifique

pour les patients asthmatiques permettant d'évaluer leur qualité de vie en lien avec leur maladie.

Boussoffora et al. (2017) étudient la qualité de vie chez les patients atteints d'asthme et supposent qu'en s'intéressant à la composante subjective qu'a le patient de sa maladie, on pourrait mieux évaluer le fonctionnement quotidien de l'appareil respiratoire indépendamment des mesures objectives habituelles (mesure du contrôle de l'asthme, examens médicaux du fonctionnement respiratoire...).

Pour un asthmatique, une bonne qualité de vie correspond à la possibilité de mener ses activités et projets sans être gêné par les symptômes respiratoires et sans vivre avec la crainte permanente de voir une crise survenir, se réveiller la nuit à cause de la toux et la crainte de se rendre aux urgences (Boussoffora et al., 2017).

Une étude belge (Seret et al., 2018) insiste en effet sur le fait que l'asthme peut avoir plusieurs répercussions négatives sur la qualité de vie du patient asthmatique. Cette maladie respiratoire nécessite un traitement de fond et un suivi régulier, pouvant peser sur le quotidien du patient, notamment sur le long terme. L'European Respiratory Society (ERS) souligne le lien entre la qualité de vie et l'adhésion au traitement et suivi proposé au patient.

Plus le patient asthmatique s'engage dans le plan de soin proposé, plus il a de chance d'améliorer (ou de conserver) une bonne qualité de vie. Cette adhésion au traitement permet d'éviter ou de limiter les conséquences qui en découlent : non-contrôle de l'asthme, augmentation de la fréquence des hospitalisations et visites aux urgences... (Société de pneumologie française, 2005 ; Price et al., 2014).

En effet, la dégradation de la qualité de vie semble être corrélée au niveau de contrôle de l'asthme (Lakhdar et al., 2014). Dans l'étude de Boussoffora et al. (2017), une comparaison entre un groupe ayant un asthme contrôlé et un deuxième groupe dont l'asthme est partiellement ou pas contrôlé montre que la qualité de vie est moins altérée pour les items « limitations dues à l'état physique », « santé perçue » et « limitations dues à l'état psychique » lorsque l'asthme est contrôlé.

Aouadi et al. (2015) montrent que la qualité de vie des asthmatiques est considérée comme faiblement altérée chez 40 % des patients, moyennement altérée chez 35 % des patients et fortement altérée chez 25 % des patients. Cette altération de la qualité de vie liée à

l'asthme est associée au sexe féminin, à un âge avancé, à un début précoce de la maladie, à une obstruction bronchique persistante et à une fréquence élevée de comorbidités et de troubles émotionnels.

Une meilleure connaissance de la maladie ainsi que les traitements actuellement disponibles permettent aujourd'hui d'améliorer la qualité de vie des patients asthmatiques. Pour poursuivre cet objectif, des questionnaires de qualité de vie sont élaborés et certains sont spécifiquement dédiés à l'asthme, permettant ainsi de prendre en compte plusieurs facteurs subjectifs.

1.9.2.4. Prise en charge psychosociale de l'asthme aux urgences (Lamouroux, 2012)

L'admission aux urgences pour un patient peut représenter un accident de parcours ou bien une sorte de pratique habituelle, car les exacerbations et crises d'asthme sont récurrentes. La prise en charge psychosociale est centrée sur l'analyse et la compréhension des patients admis aux urgences, il semble alors de rigueur de distinguer l'enjeu de leur venue (Accident vs Habitude). Pour cela trois étapes permettent d'appréhender les enjeux pour le patient dans les conduites de soin :

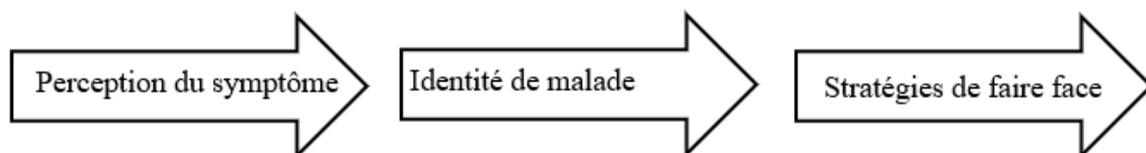


Figure 2 - Enjeux pour le patient dans la conduite de soins (Lamouroux, 2012)

L'approche psychosociale suggère un programme d'accompagnement du patient, par les différents professionnels de santé, au moyen d'entretiens ciblés sur les domaines spécifiques.

1.10. Modèles en psychologie de la santé et les applications à l'étude de l'asthme

1.10.1. Les processus transactionnels : stress, coping et soutien social

En psychologie de la santé, on retrouve plusieurs modèles ayant pour objectif d'expliquer comment les individus vivent et surtout s'adaptent aux différentes expériences

stressantes rencontrées sur leur parcours de vie ou leur parcours de santé. Les modèles diffèrent selon « *le contexte théorique qui les inspire, la nature des antécédents et des critères à prédire et les voies reliant leurs diverses composantes* » (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014).

Trois types de processus proposent des explications sur la façon dont les antécédents psychosociaux affectent la santé : les modèles sociocognitifs, psychobiologiques et transactionnels.

L'intérêt est porté ici sur le processus transactionnel uniquement et plus spécifiquement sur le modèle TIM (Transactionnel, Intégratif, Multifactoriel) de Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014. Ce modèle étant issu de modèles antérieurs : le modèle biopsychosocial d'Engel (1977), le courant psychosomatique, l'approche épidémiologique, le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984), présente une conception dynamique de la santé en restituant au sujet sa subjectivité en le considérant comme véritable acteur de sa santé.

Le modèle TIM développé par Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014) est :

- **Transactionnel** : il s'inspire des processus élaborés pour faire face aux situations aversives (stress, soutien, coping, etc.) ;
- **Intégratif** : il inclut des composantes de nature différente (psychologique, sociale, économique, biologique, etc.) ;
- **Multifactoriel** : il comprend des facteurs ayant des fonctions différentes (prédicteurs, transactions, critères).

Le modèle transactionnel présente différents concepts tels que le stress, le soutien social ou encore les stratégies d'ajustements appelées stratégies de coping (Bruchon-Schweitzer et al., 2014). Nous allons étudier ici ces trois notions et leurs applications chez le patient asthmatique.

❖ Le stress

Lazarus et Folkman (1984), à l'origine du **modèle transactionnel du stress**, définissent ce concept comme étant une « *transaction particulière entre la personne et*

l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant les ressources pouvant menacer son bien-être ».

Les transactions entre l'individu et son environnement correspondent aux efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux que la personne développe pour s'ajuster à la situation. Elle se déroule en deux phases d'évaluation qui se développent en parallèle l'une de l'autre (Lazarus et Folkman, 1984) :

- **Phase d'évaluation primaire** où l'individu détermine si la situation est dangereuse ou pas pour lui. Le stress perçu (par l'annonce d'une maladie chronique par exemple) correspond à la signification que l'individu va attribuer à l'évènement et qu'il pourra évaluer en termes de perte, de menace ou de défi.

- **Phase d'évaluation secondaire** où l'individu mesure ses ressources personnelles et sociales pour faire face à l'évènement stressant.

Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman donne ainsi une place centrale aux processus d'évaluation. Les situations de stress correspondent alors aux contextes dans lesquels la demande de l'environnement sera perçue comme excédant les capacités perçues (Décamps, 2011). En plus de la prise en compte du concept de double évaluation, les auteurs étudient la notion de coping que nous développerons dans la partie suivante.

Plusieurs études notamment en psychologie de la santé évoquent un lien entre stress et apparition ou évolution de maladies (Ogden, 2014). Cropley et al. (2005) avancent par exemple que plus le rythme de vie est stressant, plus le nombre de symptômes physiques rapportés est élevé.

Une étude chinoise (Deng et al., 2018) fait également le lien entre stress parental et prévalence de l'asthme chez l'enfant en soulignant la prévalence significativement associée aux stress socio-économiques et psychosociaux des parents.

Dans le cas de l'asthme, le stress peut être perçu comme cause et conséquence. En effet, une situation stressante pourrait être l'élément déclencheur d'une crise d'asthme, l'asthme viendrait comme une réaction au stress. Mais les manifestations somatiques de l'asthme, la peur de ne plus pouvoir respirer pourraient également constituer un élément stressant favorisant l'apparition d'une crise d'asthme. L'un n'excluant pas l'autre, stress et asthme peuvent s'entretenir dans un cercle vicieux. Des éléments internes (coping) et externes (soutien social) peuvent alors intervenir dans ce cercle vicieux.

Georga et al. (2018) présentent une étude dans laquelle ils mettent en avant l'influence négative du stress élevé sur les symptômes de l'asthme et sur la qualité de vie liée à l'asthme qui en découle. Les auteurs présentent les bénéfices du *stress management*, c'est-à-dire de la gestion du stress dans le traitement de l'asthme en comparant deux groupes, l'un bénéficiant de techniques de stress management, l'autre pas. Les patients ayant suivi le programme de gestion du stress ont présenté une diminution significative du stress perçu, une meilleure qualité de vie à l'asthme et un meilleur contrôle de l'asthme.

❖ Les stratégies d'ajustement : le coping

Le terme coping vient de l'anglais *to cope with*, c'est-à-dire *faire face à*, s'ajuster, s'adapter. Ce concept d'ajustement ou d'adaptation est issu des théories du stress, telles qu'elles ont été présentées par Lazarus et Folkman (1984). Ces auteurs désignent sous le terme de coping « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les exigences externes et/ou internes spécifiques qui sont perçues comme menaçant ou débordant les ressources d'une personne* ». Ainsi, le coping désigne le processus par lequel un individu cherche à faire face à des agressions, contraintes ou conflits, internes ou externes, en développant des ressources qui lui permettent de supporter ou de surmonter la situation, afin de retrouver un certain équilibre biopsychosocial. Le travail d'adaptation est un processus dynamique et multifactoriel et son but est de préserver au mieux l'intégrité physique et psychique de l'individu (Bendrihen et Rouby, 2007).

La crise d'asthme peut apparaître pour le patient comme une agression venant mettre en danger son système respiratoire, voir plus largement sa vie. Le patient doit alors *faire face* à ces crises, à ces différents symptômes en mettant en place des stratégies rassurantes et efficaces. L'absence de stratégies mises en place par le patient est alors susceptible d'intervenir sur le contrôle de la maladie. L'étude de Martins et al. (2012) rapporte que les stratégies d'évitement ou des stratégies d'adaptation passive sont associées à un contrôle médiocre de l'asthme, ainsi qu'à une forte anxiété.

Lazarus et Folkman (1984) proposent de distinguer deux types de stratégies :

- **Les stratégies centrées sur le problème** : permettent de « *réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face* » (Bruchon-Schweitzer, 2002b). Ces stratégies comprennent deux aspects : la résolution du problème

(mise en place d'actions, recherche d'information par le sujet) et l'affrontement de la situation (ce sont tous les efforts et actions qui ont pour objectif de modifier le problème). Ces actions sont généralement de nature : préventive (recherche d'information, planification de l'action, etc.), agressive (attaquer afin de faire disparaître la source de stress) ou d'évitement (renonciation du sujet à se confronter au danger).

La plupart des études avancent que les stratégies actives centrées sur le problème sont accompagnées d'un meilleur pronostic psychologique (Bruchon-Schweitzer et al., 2003 ; Domaison *et al.*, 2012 ; Osowiecki et al., 1999). En effet, la focalisation et/ou la résolution de problème serait une stratégie associée à des effets bénéfiques sur la santé mentale globale (Chen *et al.*, 1996), sur la dépression et l'anxiété (Mishel et al., 1993 ; Morris, 1986) et sur la vigueur (Mishel et al., 1993).

- **Les stratégies centrées sur l'émotion** : il s'agit « *des diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation* » (Bruchon-Schweitzer, 2002b). Cette stratégie renvoie ainsi aux efforts de l'individu pour réduire les émotions néfastes causées par la situation.

À noter qu'il a été montré que le partage social des émotions (Rimé, 1989 ; Rimé, et al. 1998, Rimé, 2007) est généralement considéré comme bénéfique pour le bien-être psychologique des individus, car il permettrait de diminuer le stress et ses effets délétères sur la santé (Pennebaker, et al., 2001). Ces effets bénéfiques dépendent toutefois de la qualité de la relation avec le locuteur. On peut se poser toutefois la question, chez un patient présentant un déficit émotionnel tel que l'alexithymie (déficit dans la reconnaissance des émotions), comment il peut s'adapter par l'émotion à la situation problème.

Plusieurs outils de mesure des stratégies de coping voient le jour, tels que la Ways of Coping Checklist (WCC) qui fera l'objet de nombreuses traductions et adaptations. Si plusieurs stratégies sont mesurées, l'une d'elle semble se détacher et une attention particulière lui sera accordée : la recherche de soutien social. Certains auteurs, Cousson-Gélie notamment, proposent que cette stratégie soit considérée comme une troisième catégorie de stratégie de coping.

- **Les stratégies centrées sur le soutien social** : qui consistent à solliciter les ressources provenant de l'entourage social afin d'obtenir un soutien pouvant être de nature matérielle, informative, affective, etc. Ces stratégies renvoient aux « *efforts du sujet pour obtenir la*

sympathie et l'aide d'autrui » (Bruchon-Schweitzer, 2002b). Le sujet est actif puisqu'il tente d'obtenir chez les autres une écoute ainsi qu'une aide.

Ainsi, ce modèle transactionnel propose d'intégrer dans la compréhension des processus qui se jouent dans l'adaptation du sujet face à sa maladie, un ensemble de facteurs pouvant avoir un effet principal et des effets d'interactions sur les issues, c'est-à-dire sur la santé physique et le bien-être psychologique. Parmi ces facteurs on retrouve (Blois, 2010) :

- Des antécédents environnementaux et sociodémographiques (en d'autres termes, l'individu « subit »)
- Des antécédents individuels, psychosociaux et biologiques (l'individu « est »)
- Des processeurs médiateurs (c'est-à-dire que l'individu « fait » face à sa détresse).

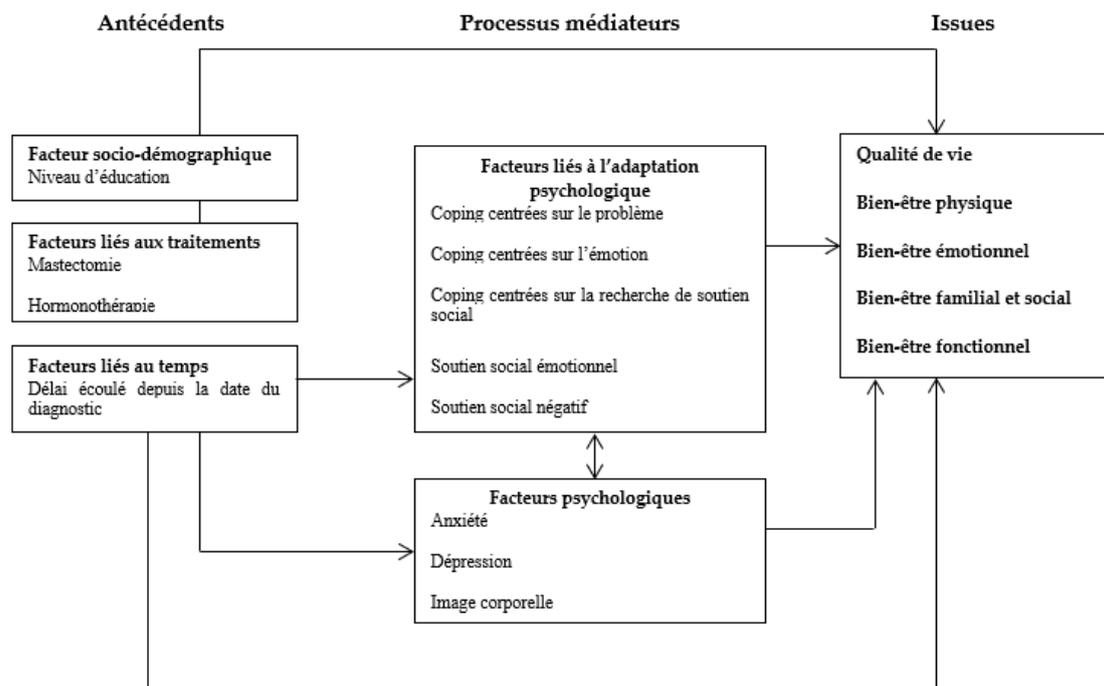


Figure 3 - Synthèse des relations entre antécédents, processus médiateurs et issues s'intégrant dans le modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé de Bruchon-Schweitzer et Boujut (2014).

Dans le contexte de la maladie, l'adaptation psychique se traduit par « *un ensemble de réactions psychologiques, émotionnelles, cognitives et comportementales, qui à chaque phase*

de la maladie vont opérer une intégration complexe entre les expériences passées, la perception des messages futurs, et les ressources personnelles ou sociales disponibles » (Bendrihen et al., 2007)). Tout être humain possède donc la capacité de pouvoir surmonter des « *tragédies personnelles* » (Taylor, 1983) puis de retrouver une qualité de vie satisfaisante (Tavormina, et al., 1976).

Certains individus arriveront à retrouver un équilibre, soit avec l'aide de professionnels, soit de ressources (individuelles, sociales, *etc.*) alors que d'autres en revanche n'y arriveront pas et leur parcours sera marqué par une certaine forme de détresse psychologique. La détresse psychologique résulte de l'effondrement des moyens de défense psychique du patient face à un évènement majeur qui dépasse, temporairement ou non, ses ressources personnelles d'adaptation.

❖ Le soutien social

Le soutien social a connu différentes définitions selon les auteurs. Ainsi, Caplan (1974) le définit comme *le soutien prodigué par les proches, la communauté ou le voisinage dont le but est de protéger l'individu face à divers stressseurs*. Cobb (1976) rapporte que *le soutien fourni par l'environnement vise à protéger l'individu confronté à des évènements stressants*. De plus il correspond *aux informations conduisant la personne à croire qu'elle est appréciée et aimée, qu'elle est estimée et qu'elle fait partie d'un réseau aux obligations mutuelles*.

L'absence de consensus sur la définition du soutien social a amené, dans les années 90, à concevoir cette notion dans une perspective pluridimensionnelle composée de trois dimensions (Barrera, 1986 ; Pierce et al., 1996 ; Vaux, 1988 ; Winnubst *et al.*, 1988).

Bruchon-Schweitzer (2002b) reprend ces différentes composantes et les présente comme suit :

- **Le réseau social** : l'ensemble des personnes vers qui la personne peut se tourner pour obtenir de l'aide. Le réseau social permet de décrire le niveau d'intégration sociale ou à contrario d'isolement d'un individu et correspond au « *nombre de relations sociales qu'un individu a établi avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité des liens* » (Barrera, 1986).

Dans le cas de la maladie chronique telle que l'asthme un changement au niveau du réseau social traduit par une baisse de la fréquence et l'intensité des relations peut conduire le malade à mettre en cause la maladie comme facteur de perte de lien social. Les conséquences peuvent être diverses et de plus ou moindre importance pouvant aller jusqu'à un isolement social, voire des symptômes de dépression.

Une étude originale propose de s'intéresser au lien éventuel entre la sécurité perçue dans son quartier et la prévalence de l'asthme (De Priest et al., 2018). Les résultats de l'étude mettent en avant que les quartiers perçus comme peu sûrs sont associés à une prévalence élevée d'asthme et un mauvais contrôle de la maladie. Cette recherche suggère que l'environnement et les liens sociaux peuvent être corrélés avec l'apparition et le contrôle de l'asthme.

- **Le soutien social reçu** : qui correspond à l'aide effective — en termes d'actions ou de comportements — apportée à un individu par son entourage (Winnubst et al., 1988). House (1981) distingue quatre types de soutien social reçu : émotionnel, d'estime, matériel et informatif.

Les patients asthmatiques peuvent percevoir dans l'ETP (éducation thérapeutique du patient), une forme de soutien social informatif. En effet l'éducation thérapeutique permet au patient de s'informer sur la maladie, l'utilisation du matériel de soin et les effets attendus de tel ou tel traitement. Dans ce cas, le personnel soignant permet d'apporter ce soutien social, ce rôle pouvant également être tenu par la famille, les amis, l'entourage plus ou moins proche du patient.

Les travaux menés sur l'efficacité de ces différents types de soutien dans le contexte d'une pathologie somatique chronique mettent en avant que le soutien émotionnel joue le rôle le plus important et efficace (Bruchon-Schweitzer et al., 2002b).

- **Le soutien social perçu** : qui correspond à l'appréciation subjective du soutien. Il s'agit donc de l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et de la manière dont ses besoins et attentes sont plus ou moins satisfaits (Procidiano et al.1983). On distingue deux composantes au soutien social perçu : la disponibilité qui renvoie au fait de ressentir que des personnes de l'entourage sont susceptibles de venir en aide à l'individu et la satisfaction qui correspond à un aspect qualitatif du soutien social renvoyant à la perception qu'à un individu de la qualité de ses relations interpersonnelles (Gentry et al., 1984).

De nombreuses recherches dans le domaine des pathologies chroniques ont mis en évidence que le soutien social a, soit un *effet direct* sur la santé (le soutien social est bénéfique à la santé et au bien-être indépendamment des expériences effectives de soutien vécues par la personne), soit un *effet tampon* (le soutien social agit sur la santé indirectement, en protégeant la personne contre les effets négatifs du stress) (Rasclé, 1994).

Mo-kyung et al. (2005) proposent une étude mettant en avant les relations entre les connaissances sur l'asthme, l'autogestion et le soutien social chez des adolescents asthmatiques. Les résultats témoignent de l'importance du soutien social qui a des relations positives significatives avec les comportements de gestion de l'asthme.

De plus, des études originales, comme celle proposée par Kopel et al. (2014) étudient le lien entre asthme — chez l'enfant notamment — et désavantage social. Dans cette étude, les auteurs montrent que le soutien social est un facteur prédictif de l'amélioration de la maladie.

Quelques études, s'inspirant du modèle transactionnel (Lazarus et Folkman, 1984), considèrent que le soutien social jouerait un rôle médiateur entre les stressseurs et les issues (Hobfoll et Stokes, 1988).

Si le soutien social permet en effet au patient d'amoindrir ou de pallier les conséquences néfastes de la maladie, des ressources personnelles sont également présentes et disponibles chez l'individu, qu'il devra alors mettre en place, permettant par là même, un ajustement face à la maladie.

1.10.2. Une approche transactionnelle nouvelle : le modèle de l'épisode du stress

Lassarre (2002 ; 2005) propose une approche transactionnelle nouvelle : **le modèle de l'épisode du stress**. L'auteur souligne le fait que les situations étudiées ne prennent sens que lorsque les personnes, les processus psychologiques et les environnements sont envisagés de façon globale (Décamps, 2011). Ce modèle interactionniste de la situation stressante est intéressant parce qu'il permet de travailler sur les ressources (capacités physiques, cognitives, ou émotionnelles relatives à sa personnalité) et les contraintes (limitations, par exemple, vulnérabilités psychologiques — traits de personnalité ou physiques — problèmes de santé, handicap, etc.) propres à l'individu permettant d'appréhender les décalages pouvant exister entre des paramètres situationnels et les perceptions de ceux-ci.

Lassarre parle d'épisode de stress, ce qui implique par définition une dimension temporelle de la situation aversive. Au cours de cet épisode, les effets rétroactifs des actions de faire face mis en place pourront être nombreux et parfois même contribuer à la perdurance ou résolution de l'épisode. L'épisode de stress apparaît dès lors que la situation comporte un enjeu, c'est-à-dire que le sujet a quelque chose à perdre ou à gagner en se confrontant à la situation (Décamps, 2011). La situation stressante est alors basée sur la prise en compte des contraintes et ressources de l'environnement et de l'individu. Le schéma ci-dessous permet de reprendre les différents éléments présentés dans cette approche transactionnelle nouvelle :

Tableau VII - Modèle de l'épisode de stress (Lassarre, 2002)

Environnement bio – psycho – social	Représentations sociales	Court terme Ajustement Adaptation Inadaptation Pathologie
Contraintes et ressources	Évaluations Primaires : perte/défi/menace Secondaire : ressources (émotion + cognitions)	Issue du coping
Sujet social	Stratégies de faire face	Long terme Socialisation Apprentissage Pathologie
	Attentes de résultats	
Situation : « Enjeu »	Processus : « Transaction »	Action : « Faire face »

Lassarre (2002) explique que « *le faire face est la forme que prend l'action pour modifier la situation* ». Il met en avant les effets à court terme et à long terme de ces stratégies. À court terme, le faire face peut prendre la forme de stratégie d'adaptation (modification interne du sujet) ou d'ajustement (modification de l'environnement). Ces deux stratégies sont souvent utilisées en même temps. Par symétrie avec l'adaptation, l'apprentissage est une modification interne à long terme du sujet, de même que la socialisation est un ajustement durable.

Chez le patient asthmatique, un épisode de stress peut correspondre à une crise d'asthme par exemple. En effet, la dimension de la temporalité est présente lors d'une exacerbation, car le patient peut en définir le début et la fin. L'enjeu de l'épisode est alors de pouvoir traiter les symptômes et de revenir à un état respiratoire normal. Dans le cas

d'exacerbations très fortes, l'enjeu peut également être la survie du patient. La situation exige pour le patient d'appréhender les contraintes (vulnérabilités respiratoires, causes environnementales déclenchant la crise : poussière, allergies, fumée de cigarette, etc.) et de faire appel aux ressources disponibles (capacité à demander de l'aide, à s'automédiquer avec de la Ventoline par exemple, etc.).

Les actions de faire face qui sont mises en place par le patient peuvent avoir un effet rétroactif permettant de modifier l'évaluation que le sujet se fait de la situation (dédramatisation, réaction plus en amont dès les premiers signes, etc.). Plus le sujet parvient à évaluer justement la situation (évaluation primaire et secondaire), plus il peut mettre en place des stratégies permettant l'adaptation du sujet face à l'épisode et l'ajustement de l'environnement. Sur le long terme, si le patient a su faire face à une crise, il a acquis certains apprentissages qui permettront lors de prochaines crises de s'ajuster et s'adapter d'autant plus rapidement.

1.10.3. L'approche psychosomatique

On définit traditionnellement la psychosomatique comme « *tout trouble somatique qui comporte dans son déterminisme un facteur psychologique intervenant, non pas de façon contingente, comme cela peut survenir dans n'importe quelle affection, mais par une contribution essentielle à la genèse de la maladie* » (Mukendi Mpinga, 2018). L'auteur précise qu'au sens strict, tout trouble s'accompagnant d'altérations anatomiques cliniques ou biologiques objectivables peut entrer dans le champ de la psychosomatique, comme l'asthme bronchique en exemple. Sont également assimilées à la pathologie somatique, l'expression psychosomatique des émotions comme l'angoisse ou les manifestations somatiques des dérèglements de l'humeur comme la dépression. Enfin certains auteurs englobent dans le champ de la psychosomatique les conséquences somatiques de certains troubles du comportement : alcoolisme, tabagisme, etc. (*Ibid*).

La psychosomatique s'inscrit dans une approche globale, holistique de l'individu malade et ainsi plutôt que de considérer une médecine des organes uniquement, elle met l'accent sur une médecine de l'organisme dans sa globalité (Bécache, 2012). L'auteur précise à ce titre que dans l'étiologie des maladies à manifestations somatiques, comme le sont l'asthme, l'hypertension artérielle, l'ulcère gastrique, « *les observations cliniques ont attribué un rôle important aux facteurs psychologiques et à la personnalité des malades* ». Pour les

patients dits « psychosomatiques », souffrant d'affections que l'on nomme également névroses d'organe, l'examen clinique met en évidence la présence de conflits intrapsychiques (Bécache, 2012).

Pierre Marty propose une approche des processus de somatisation dans laquelle il exprime que « *la science psychosomatique, dont l'ampleur tient à ce qu'elle contient la psychanalyse dont elle est par ailleurs issue, englobe aussi les connaissances de la médecine, de la physiologie, de la biologie* » (Marty, 1981). Selon cet auteur, le processus de somatisation consiste en la décharge d'excitation — normale au fonctionnement humain — qui ne parvenant pas à s'élaborer mentalement ou à emprunter la voie des comportements, utilise la voie somatique et « atteint tôt ou tard les appareils somatiques et neuronaux de manière pathologique » (Marty, 1991). Stora (2012) résume l'approche de Marty en présentant deux types de somatisation :

- **Somatisation par régression**, qui correspond à des fixations fonctionnelles antérieures et se manifeste sous forme de maladies « à crises » telles que l'asthme, l'eczéma ou l'ulcère.
- **Somatisation par désorganisation progressive**, qui semble affecter principalement les sujets plus fragiles souffrant de névroses de comportement et se traduit par des maladies cardio-vasculaires, maladies auto-immunes, cancers, qui mettent en jeu le pronostic vital.

1.10.4. Théorie psychosomatique relationnelle (Sami-Ali)

La psychosomatique relationnelle renvoie à une nouvelle épistémologie, en même temps qu'à une méthode ayant pour but de comprendre et aider l'être humain dans une situation particulière, celle de la maladie (Sami-Ali, 2013a.). Cette théorie se distingue de l'approche psychosomatique présentée plus tôt par le fait que Sami-Ali, qui en est à l'origine, conçoit l'être humain comme « *une unité transcendant la distinction de l'âme et du corps* ». Cette unité dont parle l'auteur renvoie à deux types de causalité qui s'opposent et pourtant s'incluent : la causalité linéaire et la causalité circulaire. La causalité linéaire sous-tend la relation psychique/somatique, qui dans un mouvement circulaire se rapproche ou s'éloigne l'un de l'autre.

Sur un plan pratique, la relation désigne le lien entre deux variables que sont le fonctionnement psychique et la situation dans laquelle la personne est engagée.

Le fonctionnement psychique se définit par rapport à l'activité onirique déclinée en 4 formes : rêves absents ou présents, présents puis absents, absents puis présents, auxquels s'ajoute une cinquième forme qu'est l'instabilité du fonctionnement.

La situation correspond à la pathologie et renvoie à un conflit soluble ou insoluble. S'il est soluble il est le point de départ des pathologies fonctionnelles, s'il est insoluble il renvoie à l'impasse relationnelle. L'impasse relationnelle est un concept proposé et étudié par Sami-Ali selon lequel la personne vit un conflit sans issue et où chaque fois que l'on croit trouver une issue, celle-ci est illusoire (Sami-Ali, 2013b.).

D'après cette approche, l'asthme semble intervenir dans un contexte de conflit soluble, c'est-à-dire que la solution s'effectue à travers une formation symptomatique. La gêne respiratoire devient alors le signe d'un conflit qui demande à être résolu. La psychosomatique relationnelle propose alors de mettre en place une dynamique relationnelle dans laquelle les conflits peuvent être mis à jour et intégrés.

1.10.5. Psychothérapie psychanalytique corporelle (Dechaud-Ferbus, 2011)

La Psychothérapie psychanalytique corporelle (PPC), autrefois appelée « Relaxation psychanalytique Ajuriaguerra », est issue de la rencontre de plusieurs présupposés théorico-pratiques : la technique psychanalytique de Freud (1904-1908)⁷, les aménagements de la cure psychanalytique de Ferenczi (1930) ainsi que la théorie du dialogue tonico-émotionnel d'Ajuriaguerra (1960, 1974).

Il s'agit d'une thérapie s'adressant particulièrement à des patients dont le cadre de la cure psychanalytique habituelle ne semble pas convenir. En effet si la cure psychanalytique permet un chemin vers la guérison pour les patients au fonctionnement névrotique, la PPC s'adresse à deux groupes de patients : d'une part aux patients états-limites et psychosomatiques et d'autre part aux patients psychotiques (Roux, 2011).

Selon Du Pasquier (2011), la PPC s'adresse particulièrement aux patients qui sont en difficultés lorsqu'il faut parler d'eux-mêmes et souvent ne racontent alors qu'une histoire factuelle, qui même si chargée d'émotionnel ne montre pas d'affects particuliers. En effet

⁷ Articles de Freud réunis dans un ouvrage présentant l'évolution de sa technique psychanalytique.

l'auteur rapporte que « *le sentiment d'être en harmonie avec soi-même, dans un accord tonico-émotionnel et représentatif, ne peut naître que lorsque le dire du corps pulsionnel peut se lier au dire des affects* ». Le lien entre émotion et affect ne semble pas établi et les effets de ce manquement peuvent se traduire par des manifestations somatiques diverses : trouble du sommeil, troubles respiratoires, etc. Le cadre de la PPC cherche alors à établir des liens à partir de ce que le patient donne à voir et à entendre.

Dès les origines de la théorie, Ajuriaguerra, parle de « dialogue postural » en faisant référence au tonus et à la motricité axiale qui interviennent dans les premiers mouvements. Selon cet auteur, la vie psychique s'établit dès les premières expériences corporelles et s'inscrit dans des mnésies corporelles inconscientes qui restent actives (Du Pasquier, 2011). Dans le cas de l'asthme, le cadre de la PPC pourrait permettre au patient de faire des liens entre les troubles respiratoires liés à l'asthme et certaines émotions, souvenirs, perceptions corporelles passées — pouvant remonter aux premières années de vie — ou plus récentes. Il peut être alors également intéressant de s'intéresser à la période à laquelle l'asthme est survenu, dans l'enfance pour certains, plus tardivement pour d'autres.

2. Le tabagisme

2.1. Définition, chiffres et cadre légal

En France, le tabac occupe une place particulière dans la société, largement encouragé par les liens existants entre l'État et l'industrie du tabac (comme la SEITA : Société d'Exploitation Industrielle des Tabacs et des Allumettes). Dans une certaine logique de production/consommation, ces liens ont mis en avant une image sociale positive du tabac (Lomazzi, 2015). Pourtant cette image semble changer et la cigarette qui était symbole de liberté, de l'affirmation de soi, de l'indépendance, se présente davantage aujourd'hui comme un produit dangereux et fruit de manipulation par de puissants lobbies (Pasquereau et al., 2017). Il n'en reste pas moins que le tabac reste très consommé en France avec ses 13 millions de fumeurs quotidiens ou occasionnels (Josseran, 2018).

Aubin et al. (2003) définissent le tabagisme comme « *la consommation chronique et prolongée de la feuille de tabac séchée, sous plusieurs formes : tabac mâché (chique), poudre de tabac inhalée par le nez (prise), tabac fumé (cigarette, cigare, pipe...)* ».

Le tabagisme est la première cause de mort évitable et constitue de fait un problème actuel de santé majeur qui concerne une grande partie de la population (Peretti-Watel et al., 2007). L'OMS classe le tabagisme comme cause majeure des maladies « non transmissibles » (Berlin, 2016).

En 2003, on recense environ 60 000 décès en France par an dû au tabac (Hill, 2004). D'après l'OMS (2018), le tabac tue plus de 7 millions de personnes chaque année dans le monde, parmi lesquels plus de 6 millions sont des fumeurs actifs ou d'anciens consommateurs et environ 890 000 sont des non-fumeurs exposés au tabagisme passif⁸. Les prévisions de l'OMS mettent en garde que si aucune mesure d'urgence n'est mise en place, le nombre de fumeurs dans le monde pourrait atteindre les 8 millions en 2030⁹. De plus, l'OMS rapporte que le tabac tue la moitié de ceux qui en consomment.

Aujourd'hui, en France, le tabac tue annuellement plus de 73 000 personnes, ce qui représente 13 % de l'ensemble des décès (Josseran, 2018). On note également qu'un fumeur sur deux décède d'une pathologie liée directement à la consommation de tabac et perd environ neuf années de vie (Bonaldi et al, 2016). L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)¹⁰ rapporte que les cancers consécutifs au tabac entraînent environ 47 000 décès annuels, dont 28 000 liés au cancer du poumon. Le tabagisme est aussi à l'origine de 20 000 décès par an par maladies cardio-vasculaires et 11 000 par pathologies respiratoires telles que la BPCO (Bronchopneumopathie Chronique Obstructive) et autres maladies respiratoires.

Le gouvernement tente de lutter contre ce fléau à travers des mesures préventives. En France, la loi Evin de 1991¹¹ reste la pierre angulaire de la lutte contre le tabac avec la mise en place de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, dont la mise en vigueur date du 1er février 2007 (décret du 15 novembre 2006, Loi Evin). Avant cette loi, 70 % de la population française était exposée au tabagisme passif, aussi connu sous le nom de tabagisme environnemental (Wirth et al., 2009). Cette loi semble être une mesure absolument nécessaire, car l'OMS (2009) rapporte qu'un décès sur dix lié au tabac serait dû au tabagisme passif.

⁸ <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

⁹ <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

¹⁰ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2014/035-tabac-risques.asp>

¹¹ Loi no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&categorieLien=id>

Par la suite d'autres mesures préventives se mettent en place (augmentation des prix, campagnes publicitaires marquantes, inscriptions sur les paquets, etc.) et la mise en place des plans anti-tabac, le dernier datant de 2014¹². Dans ce dernier programme visant la période 2014-2019, des mesures telles que l'interdiction d'ajouter des arômes dans le but de modifier le goût de la cigarette, le renforcement de la vente interdite aux mineurs, l'interdiction d'embellir les paquets de cigarettes (couleurs et typographies réglementées), l'interdiction de fumer en voiture lorsqu'un enfant de moins de 12 ans est présent, ainsi que l'augmentation de la somme remboursable lors d'un sevrage tabagique ont été mises en place.

Ces mesures semblent avoir un impact notable, car on constate des évolutions positives. En effet le Baromètre de Santé (BS) permet le suivi des évolutions de la prévalence du tabagisme au sein de la population française notamment via l'Institut National de Prévention et d'Éducation Pour la Santé (INPES) (Richard et al., 2015 ; Beck et al., 2013). En 2010, l'INPES, recensait 16,4 millions de fumeurs, aujourd'hui on compte environ 13 millions de fumeurs quotidiens ou occasionnels (Josseran, 2018). En termes de nombre de cigarettes journalières, on constate aussi quelques améliorations. En effet, selon l'INPES¹³ le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par l'ensemble des fumeurs recule, il est passé de 15,1 en 2005 à 11,3 en 2014. Cette diminution est volontiers attribuée aux mesures prises par le gouvernement que nous avons citées plus tôt : interdiction de fumer dans les lieux publics, augmentation du prix du paquet de cigarettes, campagnes de prévention, etc. (Barataud, 2016).

Malgré ces évolutions qui tendent vers une diminution de la consommation, les campagnes préventives ne peuvent pas tout et le tabagisme reste très présent en France. La dépendance au tabac est un point caractéristique du tabagisme. Les programmes de prévention en témoignent, car, si les campagnes de prévention de l'alcool appellent à la modération, c'est systématiquement l'abstinence qui est prônée par les pouvoirs publics concernant le tabagisme.

¹² Programme national de réduction du tabagisme 2014 – 2019
<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>

¹³ Programme national Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Les profils des fumeurs en France. Septembre 2014
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>

2.2.Facteurs étiologiques du tabagisme

Olivenstein, psychiatre français du XXème siècle, souvent surnommé « le psy des toxicos », avançait que l'angle de vision que l'on adopte nous fait voir des visages différents de l'addiction. En effet, si l'on se place du côté de la personne, l'addiction semble se comprendre à travers la personnalité du sujet, sa capacité d'affirmation, son sentiment d'efficacité personnelle. Si l'on se place du côté du produit (tabac, alcool, cannabis ou autre), les substances psychoactives et ses effets psychotropes semblent être la cause de l'addiction. Enfin, si l'on se place du côté de l'entourage de la personne, ce sont les facteurs environnementaux, familiaux, les images du produit véhiculé par l'imaginaire collectif qui interviennent.

2.2.1. Facteurs psychologiques

La prise de la première cigarette n'est généralement pas prise sur un coup de tête, le plus souvent elle fait suite à une préparation, à un scénario parfois construit à plusieurs. À la différence de l'initiation à l'alcool ou au cannabis, la cigarette est moins perçue en termes d'objet qui procurera du plaisir, que comme voie d'initiation pour devenir adulte. Les émotions positives (s'intégrer à un groupe, plaire aux autres) ou négatives (anxiété, tristesse, etc.) poussent à continuer à fumer. En plus de la vision psychanalytique pour qui l'objet cigarette renvoie à un symbole phallique, on évoque volontiers un fumeur qui « tête » une cigarette, le recours à la cigarette est *outil de contenance, pour briser la glace, ouvrir le dialogue, séduire* (Dautzenberg et al., 2017).

Par la suite, plusieurs motivations dites « positives » entraînent le maintien de l'addiction : la recherche de plaisir (Honda, 2005 ; Lesourne, 2007), le besoin de stimulation et d'excitation (Valleur et Bucher, 2006), l'automédication psychique, la relaxation et la détente, le mieux-être psychologique (Fernandez, 2004a, Kerr et al., 2006, Lesourne, 2007), la réduction du stress (Kerr et al., 2006) et Fernandez et al., 2010 parlent de régulation physiologique des émotions.

2.2.2. Facteurs sociétaux

Parmi les facteurs sociétaux, on retrouve notamment le rôle de la famille. En effet la Commission Européenne en 2010 montre dans une étude que le lien le plus fort avec le tabagisme chez les enfants de 12,13 ans renvoie aux relations avec les frères, puis aux

relations avec les sœurs, puis avec les mères et enfin avec les pères. Cela se comprend d'autant plus que les enfants ayant un entourage familial qui fume sont plus facilement amenés à voir des paquets de cigarettes, à vivre au contact de la fumée et favorise en conséquence le passage à l'acte. Le rôle du conjoint joue également un rôle important. Il n'est pas rare de voir une personne commencer à fumer, car son conjoint fume et s'aligne alors sur un même rythme. Cela est d'autant plus perceptible par le fait que lorsqu'une des deux personnes du couple souhaite arrêter de fumer, les chances de réussite sont d'autant plus grandes si le conjoint arrête de fumer au même moment (Dautzenberg et al., 2017).

2.2.3. Facteurs biologiques

Parmi les facteurs biologiques, on peut retrouver les récepteurs nicotiques qui sont une partie des causes de la dépendance nicotinique. Le nombre et la sensibilité de ces récepteurs jouent un rôle dans l'installation et le maintien de la dépendance tabagique. Ces récepteurs sont génétiquement déterminés, mais des expositions prolongées à la fumée de cigarette sous forme de « shoot » les rendent plus sensibles (Dautzenberg et al., 2017).

2.2.4. Facteurs de rechute

On distingue volontiers trois classes de personnes concernant le tabac : les non-fumeurs, les fumeurs et les anciens fumeurs. Comme si les personnes ayant fumé ne peuvent pas rejoindre le clan des non-fumeurs, mais ayant un statut à part, où ayant fumé ils restent des fumeurs, mais qui ne consomment plus. En effet, la dépendance tabagique est classée parmi les maladies chroniques récidivantes. Le risque de rechute est en effet un réel enjeu. Certains facteurs favorisent la rechute, tels que l'entourage familial et amical de l'ancien fumeur, l'alcoolisation, même modéré ainsi que le moment de la journée. En effet la tranche horaire vingt heures minuit est plus propice à la rechute, alors même que les signes de besoin et de manque sont les plus forts le matin (Dautzenberg et al., 2017).

2.3. Dépendance tabagique

2.3.1. De l'initiation à la dépendance

Le tabagisme est le fruit d'une rencontre entre le tabac, qui est une substance psychoactive et une personne prédisposée qui évolue dans un environnement socioculturel

favorable. Cette rencontre se produit, dans la très grande majorité des cas, au moment de l'adolescence et cela n'est pas sans impact, car l'installation de la dépendance est d'autant plus rapide, que l'initiation est précoce. Actuellement, plus de 80 % des adolescents de 18 ans ont déjà expérimenté le tabac, toutefois pas tous ne deviendront des fumeurs dépendants par la suite (Dautzenberg et al., 2017).

Plus l'individu s'initiant au tabac a une sensibilité initiale élevée aux psychotropes de la nicotine (Cahill et al., 2011), associée à une forte capacité à développer une tolérance aux effets aversifs, plus il va ressentir les effets positifs de la nicotine. Ceci associé à un environnement favorable et à une répétition du comportement, la dépendance s'installe progressivement.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépendance tabagique (ou alcoolique) est « *un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, pour retrouver ses effets psychiques et parfois pour éviter l'inconfort de son absence* » (Lagrué, 2004).

La dépendance peut aussi être considérée comme « *un processus complexe articulant une forme de souffrance psychique spécifique ou non et une solution par la substance, solutions dont les effets constituent le processus addictif* » (Fernandez, Sztulman, 1999). Ainsi, selon Bonnet (2010), cette définition suggère une dimension adaptative qu'il est important de prendre en compte, en ne luttant pas contre.

De plus, l'OMS (1991) considère qu'il y a dépendance tabagique si au moins trois des six critères suivants sont présents pour décrire le rapport d'un individu au tabagisme :

- Désir compulsif de consommer du tabac ;
- Perte de capacité à contrôler sa consommation de tabac ;
- Symptômes de sevrage après une période d'abstinence ;
- Tolérance : besoin de consommer plus pour ressentir le même effet ;
- Temps croissant consacré à la consommation de tabac ;
- Consommation de tabac malgré ses conséquences nocives.

Ces critères sont présentés dans la CIM-10¹⁴ sous la rubrique « Troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives ». On considère que la dépendance s'est installée à partir du moment où le seuil de 5 à 6 cigarettes par jour est atteint (Pomerleau, 1995).

En fonction du critère évalué, il existe différentes conceptions de la dépendance au tabac, « *la dépendance physiologique à la nicotine et la dépendance psychologique et comportementale au tabac* » (Demaria et al., 1990 ; Fernandez et Sztulman, 1997). Il convient toutefois de ne pas réduire la dépendance à ces deux conceptions (Fernandez et al., 2007), mais d'appréhender l'addiction tabagique comme un phénomène multidimensionnel dans lequel plusieurs aspects entrent en jeu : la substance, la personnalité de la personne, le contexte (Acier, 2016).

2.3.2. Dépendance physiologique

La nicotine est le composant le plus connu de la cigarette et la substance principale cause de dépendance. Cette dépendance via la nicotine apparaît dès les premières semaines d'exposition et pour une faible consommation. Notons toutefois que c'est une interaction entre plusieurs substances comme les inhibiteurs de la monoamine oxydase, associés à la nicotine qui joue un rôle important dans le potentiel addictif de la cigarette (Tassin et al, 2010).

L'intensité de la dépendance physique varie d'un fumeur à un autre, elle apparaît dès que la nicotémie est au-dessous d'un certain seuil. En effet lors de l'inhalation de la fumée de cigarette, la nicotine absorbée se fixe en quelques secondes sur des récepteurs cérébraux, notamment sur la zone dite de « récompense » (Lagrué, 1994). Le fumeur adapte sa consommation (nombre de cigarettes, inhalation plus ou moins profonde, nombre de bouffées...) pour maintenir un taux avant que le manque n'intervienne, il s'agit du phénomène d'autotitration de la nicotine. Ainsi l'autotitration correspond à une recherche d'un taux optimal de nicotémie et il existe également un autre effet appelé « effet bolus », ou « effet shot » qui renvoie à la recherche de pics de nicotémie. Ainsi, le fumeur, selon l'effet recherché par la consommation de cigarette : anxiolytique, relaxant, réductrice de tension, va adapter sa façon de fumer (Lejoyeux, 2017).

¹⁴ World Health Organization. International Classification of Disease (ICD-10), World Health Organization, Geneva 1991.

Lorsque l'on se trouve dans une dépendance physiologique, on parle de renforcement négatif, c'est-à-dire que si l'arrêt du comportement est à l'origine d'un trouble ou malaise, il est renouvelé pour supprimer la sensation désagréable (Lagrue, 2004). On peut noter que le besoin de nicotine est lié à l'action de cette dernière sur le système nerveux central (Fernandez, 2007). Le besoin de nicotine apparaît lors des premières expériences tabagiques et n'est pas présent chez le non-fumeur.

La cigarette du matin est celle qui rendrait le fumeur le plus dépendant à la nicotine. Selon Fagerström (2012), un patient fortement dépendant consommerait sa première cigarette dans les cinq minutes suivant son réveil.

Cette dépendance physiologique va détourner les comportements psycho-sociaux, émotionnels et affectifs du fumeur (des addictions en général), lui donnant l'illusion d'un plaisir partagé, d'une sensation de détente et de bien-être, d'où la difficulté pour lui de sortir de ce comportement tabagique. La dépendance toxique aux drogues agirait comme un pansement masquant « *de souffrances psychiques que le sujet ne peut résoudre et qu'il ne fait que transformer en une autre* » (Fernandez, Finkelstein-Rossi, 2010).

En plus de la nicotine, plusieurs additifs sont présents dans la composition de la cigarette (Chevalier et al, 2016). Ce phénomène de dépendance physiologique causé par les substances additives utilisées dans la fabrication des cigarettes présente plusieurs enjeux¹⁵ :

1. Donner un arôme particulier à la cigarette et ainsi fidéliser le consommateur à une marque en particulier.
2. Donner un arôme permet également de masquer d'autres odeurs ou sensations d'amertumes et de rendre la fumée plus douce.
3. Réduire l'irritation des voies aériennes
4. Aider à contrôler la façon dont la cigarette se consume et ainsi à maintenir une humidité constante afin d'éviter que le tabac ne devienne sec
5. Blanchir la fumée et les cendres pour améliorer l'aspect général de la cigarette et rendre son image plus attrayante.

¹⁵ Laboratoire national de métrologie et d'essais. Projet européen PITOC. Fiches d'information additifs. 2012. www.lne.fr/fr/services_ligne/fiches-pitoc.asp

2.3.3. Dépendance psychologique et comportementale

La **dépendance psychologique**, gestuelle fait référence à des habitudes propres à chaque fumeur, des habitudes sociales qui se transforment rapidement en réflexes, tel que l'association café - cigarette par exemple (Fernandez, 2007). Les effets bénéfiques de la cigarette que va ressentir le fumeur tel que le plaisir est appelé effet psychogène ou de renforcement positif (Martinet et al. 2006). En effet tout comportement est appris progressivement puis est renforcé par des réflexes conditionnés. Le renforcement positif renvoie à l'idée selon laquelle lorsque le comportement a des conséquences bénéfiques, il est renouvelé pour répondre au besoin de retrouver des sensations agréables liées à la consommation de substance. La psychologie comportementale souligne d'ailleurs que l'effet renforçateur est d'autant plus grand que l'intervalle entre le geste et la sensation est plus court et plus souvent renouvelé (Lagrue, 2004).

De nombreux auteurs suggèrent que cette dépendance psychologique concerne le lien entre la cigarette et l'acte de fumer (Lesourne, 1984). L'acte de fumer est mis en sens par une signification particulière, par exemple une personne qui commence à fumer, car son grand-père fumait et l'odeur que dégage la cigarette renvoie à des expériences agréables passées. Dans la perspective où l'acte de fumer est rite, habitude, plusieurs auteurs proposent différentes significations psychologiques de ce geste (Fernandez, 2007) :

Premièrement la cigarette-plaisir, pour laquelle le geste conscient est vécu positivement comme dans l'association café/cigarette par exemple. D'autre part la cigarette dont le geste est également inconscient mais vécu dans un contexte négatif, telle une béquille psychologique elle peut servir à masquer l'anxiété.

Enfin la cigarette dont le geste est inconscient, répétitif, devient une véritable obsession. Dépendance psychologique et comportementale peut-être perçue à travers le concept « d'objet transitionnel » dont parle Winnicott (1971). Agrippement, chaleur, odeur qu'elle dégage, bienfaits perçus, la cigarette pourra évoquer la mère.

Selon J. McDougall (1982), tout objet d'addiction peut fonctionner comme objet transitionnel, ainsi l'addiction se dessine comme une tentative de reconstruction de l'espace et de l'objet transitionnel manquant, par le recours aux objets externes transitoires. En somme l'objet de l'addiction, est un objet témoignant de l'échec de l'introjection de la fonction maternelle ; le recours à une substance tente de diminuer une tension et tente de remplacer un objet transitionnel défaillant (Fernandez, 2010).

Selon Lagrue (2000), cette dépendance se manifeste quand le fumeur ressent un besoin de maintenir ou de retrouver des sensations de plaisir, de détente, de bien-être, d'éveil, de stimulation intellectuelle, etc.

Lagrue (2004) parle également de **dépendance psychique** en faisant référence au besoin de retrouver les sensations de plaisir, de détente, de bien-être et de stimulation intellectuelle que le fait de fumer peut procurer au consommateur. La nicotine contenue dans la cigarette peut être considérée comme un régulateur de l'équilibre psychologique par son action antalgique et anorexigène. La cigarette peut également servir de soutien dans les situations de stress comme facteur de stimulation générale.

La **dépendance comportementale** peut s'envisager, au sens large, selon trois aspects (motricité, pensées, émotions), souvent classés par les comportementalistes en deux catégories de comportements (Guillaumin et al., 2017) :

- Les comportements ouverts, qui font référence à la gestuelle (l'expression motrice des gestes),
- Les comportements fermés qui font référence aux aspects cognitifs (les pensées) et émotionnels (les émotions).

L'étude de Guillaumin et al. (2017) propose que la lutte anti-tabac ne se limite pas à de la prévention bien qu'essentielle, mais s'intéresse également à la dépendance comportementale dans la mesure où elle pourrait permettre de réduire la consommation du tabac en France.

Lagrue (2004) propose un schéma présentant la dépendance tabagique, dans lequel le renforcement positif tend vers des effets positifs recherchés et le renforcement négatif tend vers la compensation d'un manque.

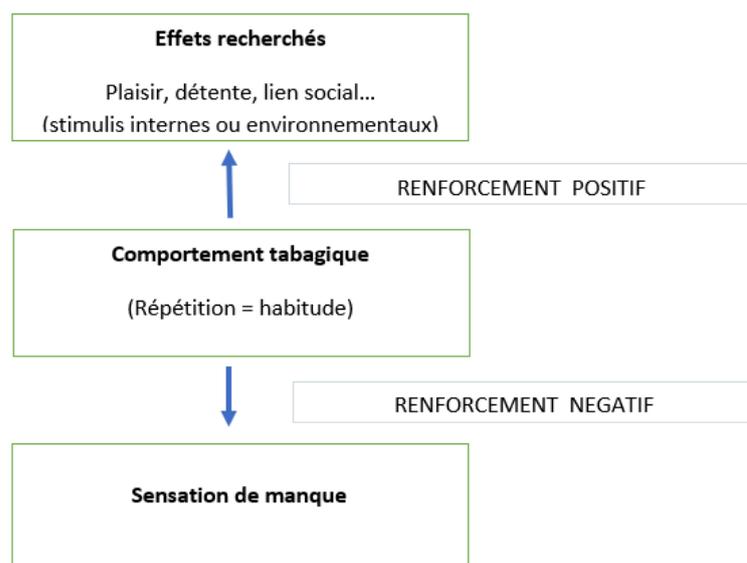


Figure 4 - Dépendance tabagique d'après Lagrue (2004)

Dépendances physiologiques, psychologiques et comportementales ne sont pas sans lien. Le tabagisme débute souvent à l'adolescence (Lesourne, 1984 ; Marcelli, 1999 ; Choquet, 2000). En effet, la moitié des adolescents débuteraient leur consommation de tabac avant l'âge de 15 ans (Lagrue et al., 2001). Au début, le tabagisme peut être dit « social » puisque l'adolescent va fumer essentiellement en groupe, par imitation, influence par les pairs. Il s'inscrit dans un comportement tabagique instable qui varie en fonction du contexte et de la situation dans laquelle on se trouve. Par ailleurs, le tabagisme des adolescents est lié à celui de leurs parents : lorsque l'entourage familial fume, l'adolescent a plus de risque de devenir fumeur à son tour (Nguyen et al., 2002). Dépendance psychologique au départ, puis, lorsque la consommation perdure dans le temps et que le nombre de cigarettes par jour augmente, la dépendance physiologique s'installe. Ainsi apparaissent les sensations de manque, ressenties notamment au niveau des émotions : nervosité, stress, irritabilité, tremblements.

Évaluer la dépendance tabagique peut se faire via différents moyens tels que l'entretien avec le fumeur, par des questionnaires comme le test de Fagerström – que nous développerons plus bas dans la présente étude, par le suivi de la consommation avec un carnet d'auto-évaluation ou un calendrier des consommations, ou encore par des évaluations biologiques de l'impression tabagique qui sont des tests plus objectifs de la dépendance tabagique, car fait appel aux marqueurs biologiques (Lejoyeux, 2017).

2.4. Tabagisme actif et passif

On distingue deux types de tabagisme : le tabagisme passif et le tabagisme actif.

Le **tabagisme passif** est défini comme *l'inhalation involontaire par un sujet non-fumeur de la fumée dégagée dans son voisinage par un ou plusieurs sujets fumeurs* (Bonte et al., 2007). C'est donc le courant latéral (fumée produite par une cigarette seule) qui va être en cause dans ce tabagisme. Ce courant latéral est plus concentré en substance toxique que le courant principal. En effet, le Comité National Contre le Tabagisme (CNCT) explique que la fumée de cigarette est un aérosol qui se constitue de plusieurs gaz et particules et contient environ 4 000 substances différentes, dont 40 admises comme cancérogènes¹⁶. Ceci n'est pas sans lien avec les différentes lois mises en place pour « protéger » les personnes non-fumeurs des volutes de fumée dans les lieux publics.

Chez les asthmatiques, le tabagisme passif entraînerait un excès de symptômes, une augmentation des hospitalisations et des traitements (Taillé, 2013). Nous développerons ce point dans la partie suivante qui s'intéresse au lien entre asthme et tabagisme.

Le **tabagisme actif** correspond à l'inhalation volontaire et consciente de la fumée procurée par la combustion (Wirth et al., 2009). On parlera dans ce cas de courant primaire.

Dans le tabagisme actif, on distingue différents types de fumeurs :

- Les fumeurs « réguliers », avec une consommation d'au moins 20 cigarettes par jour et un résultat supérieur à 7 au test de dépendance de Fagerström¹⁷ (Fernandez, 2007). Dans cette catégorie de fumeurs, on retrouve la présence d'un tableau anxio-dépressif, mais également de consommation d'autres substances psycho-actives (Lagrue, 1997).
- Les fumeurs « modérés » qui consomment environ 10 cigarettes par jour, avec un score inférieur ou égal à 5 au test de Fagerström.
- Les fumeurs dits « petits fumeurs » qui consomment moins de 5 cigarettes par jour, avec un résultat inférieur ou égal à 4 au test de Fagerström. En général, on trouve

¹⁶ Comité national contre le tabagisme (CNCT). La composition de la fumée de tabac. www.cnct.fr/impact-sur-la-sante-72/la-composition-de-la-fumeede-tabac-1-17.html

¹⁷ Échelle de mesure de la dépendance tabagique d'un individu. Fagerström, K. (2012). Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence. *Nicotine and Tobacco Research*, 2012, 14,1, 75-78.

chez ce type de fumeurs une dépendance majoritairement comportementale, il est donc moins difficile pour eux de cesser leur consommation (Lagrue, 1997).

2.5.Prévalence du tabagisme

Les baromètres de santé permettent, grâce à des enquêtes nationales, de déterminer la prévalence du tabagisme en France. L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INEPS) rapporte en 2012¹⁸ que, dans la population générale adulte, 81 % des hommes et 67 % des femmes ont expérimenté au moins une fois la cigarette au cours de leur vie.

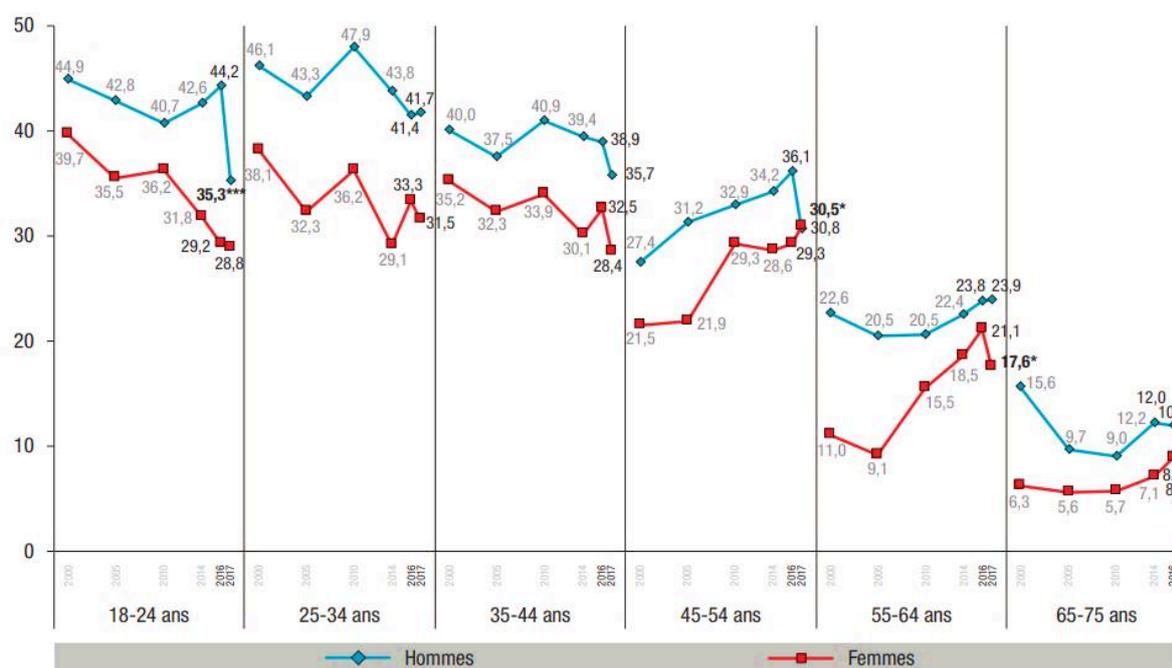
En 2017¹⁹, dans la population des 18-75 ans, 31,9 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elles fumaient au moins occasionnellement et 26,9 % quotidiennement (Pasquereau et al., 2017). Ces prévalences sont en baisse par rapport à l'année précédente, sûrement en lien avec les mesures antitabac de plus en plus présentes. Notamment en 2016, plusieurs mesures d'envergure, dont l'efficacité a été montrée dans d'autres pays, ont été mises en place dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) 2014-2019²⁰.

Les évolutions diffèrent selon les classes d'âge et le sexe. On peut retrouver sur la figure 5, l'évolution de la prévalence du tabagisme quotidien en France, entre 2000 et 2017, selon l'âge et le sexe.

¹⁸ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les profils des fumeurs en France. Inpes. Mai 2012.

¹⁹ http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_1.pdf

²⁰ Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris : Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes ; 2015.



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France.
Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : * p<0,05 ; *** p<0,001.

Figure 5 - Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2017

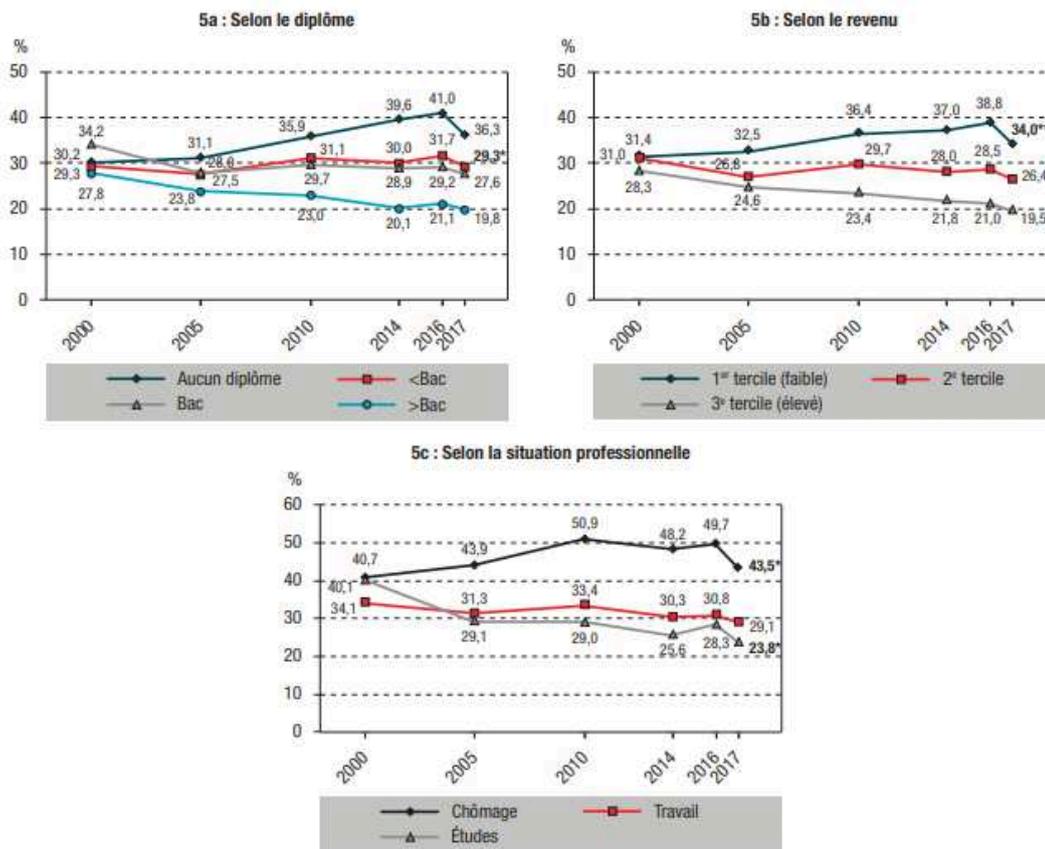
On constate des évolutions significatives entre 2016 et 2017, notamment chez les femmes de 35 à 44 ans, avec une baisse de 4,1 points et chez celles de 55 à 64 ans, avec un taux passant de 21,1 % en 2016, à 17,6 % en 2017. Des évolutions sont notoires également chez les hommes, principalement chez les ceux de 18 à 24 ans, passant de 44,2 % de fumeurs quotidiens en 2016 à 35,3 % en 2017.

La quantité de tabac fumé quant à elle ne semble pas évoluer de manière significative. En 2017, les fumeurs quotidiens consommaient en moyenne 13,3 cigarettes par jour (14,2 chez les hommes, 12,2 chez les femmes). En 2010, la moyenne était de 13,8 cigarettes par jour.

Les baromètres de santé mettent en avant également une prévalence régionale du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans. En 2017, les taux varient d'une région à l'autre entre 21,3 % (pour l'Île-de-France) et 32,1 % (pour la région Provence Alpes Côte d'Azur).

Le niveau socio-économique joue également un rôle dans la prévalence du tabagisme quotidien. En 2017, le tabagisme quotidien est de 36,3 % parmi les personnes n'ayant aucun diplôme, 29,3 % chez les personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat, 27,6 % parmi

les personnes ayant un baccalauréat, 19,8 % parmi ceux ayant un niveau supérieur au baccalauréat. On constate également des écarts selon la situation professionnelle : 43,5 % de tabagisme quotidien parmi les personnes au chômage, 29,1 % chez les personnes ayant un emploi. La prévalence du tabagisme quotidien selon le revenu montre que plus les personnes ont des revenus élevés, moins ils sont fumeurs quotidiens (34 % parmi le 1^{er} tercile, 26,4 % parmi le 2^e tercile, 19,5 % parmi le 3^e tercile).



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France.
 Les * indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001.

Figure 6 - Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (18-75 ans), le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et la situation professionnelle (18-64 ans), France, 2000-2017

Ces différentes prévalences concernant le tabagisme sont en constante évolution. Nous pouvons souligner que ces évolutions depuis ces dernières années, vont de manière générale, dans le sens d'une diminution du tabagisme quotidien (figures 5 et 6).

2.6. Tabagisme comme trouble psychiatrique

Le tabagisme figure dans le manuel des troubles mentaux. (Bellmann et Palazzolo, 2009). La cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5²¹), publié en 2013, a remplacé le *trouble de dépendance à la nicotine* par le *trouble d'utilisation du tabac*. En voici les critères diagnostiques :

Tableau VIII - Critères diagnostiques du DSM-5 pour les « troubles d'utilisation du tabac »

Mode problématique d'utilisation du tabac conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants, survenant dans une période de 12 mois :
1. Le tabac est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
2. Désir persistant de diminuer ou de contrôler l'usage du tabac ou efforts infructueux.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir ou utiliser du tabac.
4. Envie, ou fort désir ou besoin de consommer du tabac.
5. L'usage récurrent du tabac résulte en un manquement à des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (par exemple, interférence avec le travail).
6. Poursuite de l'utilisation du tabac malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du tabac (par exemple, conflits avec d'autres sur l'usage du tabac).
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs, importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du tabac.
8. Usage récurrent du tabac dans les situations dans lesquelles il est physiquement dangereux (par exemple, fumer au lit).
9. L'usage du tabac est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le tabac.
10. Une tolérance, telle que définie par l'un des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none">○ Un besoin de quantités notablement plus grandes de tabac pour atteindre l'effet désiré.○ Un effet notablement diminué avec l'utilisation continue de la même quantité de tabac.
11. Un sevrage, tel que manifesté par un des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none">○ Un <u>syndrome de sevrage du tabac</u>.○ Le tabac (ou une substance très proche, comme la nicotine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

La sévérité du trouble se mesure selon le nombre de symptômes présents. La présence de 2 ou 3 symptômes renvoie à un trouble léger, 4 ou 5 symptômes à un trouble modéré et 6 symptômes ou plus à un trouble sévère.

Le tabagisme est reconnu, par ailleurs, par l'OMS comme une maladie chronique récidivante (Dautzenberg, 2018).

²¹ DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ("*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*"), publié par l'*American Psychiatric Association*.

2.7.Tabagisme et autres addictions

2.7.1. Alcool et tabac

En addictologie, le tabagisme est fréquemment retrouvé chez les patients : de 60 à 90 % et en particulier chez les patients alcoolodépendants (environ 80 %) (Rüther et al., 2014 ; Guydish et al., 2016). De plus, entre 40 et 50 % des patients alcoolodépendants fument plus de 25 cigarettes par jour (Brown et al., 2016).

Par ailleurs, la sévérité de l'alcoolodépendance est corrélée avec la sévérité de la dépendance et le nombre de cigarettes fumées par jour. On constate également que l'alcoolodépendance est dix fois plus fréquente chez les fumeurs que chez les non-fumeurs (Romberger et al., 2004 ; Batel et al., 1995). Le tabac est en cause, pour la moitié des cas, de la mortalité des patients alcoolodépendants (Rüther et al., 2014).

Pas étonnant que de plus en plus, les recommandations s'orientent vers un sevrage simultané de tabac et d'alcool, le sevrage tabagique renforçant l'abstinence vis-à-vis de l'alcool (Romberger et al., 2004 ; Hughes et al., 2006).

Une étude canadienne (Kairouz et al., 2007) met en avant le fait que les fumeurs réguliers et occasionnels boivent davantage d'alcool par semaine que les non-fumeurs et sont plus susceptibles de boire excessivement. Ils avancent également que les non-fumeurs, non consommateurs d'alcool auto-évaluent leur santé de manière plus positive que les fumeurs et/ou buveurs, même occasionnels. La perception de sa santé semble alors être en lien avec sa consommation plus ou moins excessive d'alcool et de tabac. Et pour cause, l'étude de Arvers (2018) met en avant un lien entre consommation d'alcool et effets délétères sur les poumons et jouerait un rôle dans le développement du cancer du poumon.

Bonnin-Scaron et al. (2007) étudient les risques liés à la consommation combinée de tabac et d'alcool et avancent que cela engendre notamment des risques élevés de survenue de cancers et des risques pour la santé qui se multiplient.

Avec l'alcool et le tabac, le cannabis est également très consommé, notamment en France (Fernandez et Finkelstein-Rossi, 2014). Gillet (2007) rapporte qu'alcool, tabac et cannabis sont les trois substances psychoactives les plus consommées en France. L'auteur ajoute que la combinaison alcool/tabac est plus fréquente chez les adultes et la combinaison tabac/cannabis chez les jeunes. Il est alors pertinent d'envisager que la détection de

l'utilisation de l'une de ces trois substances conduise à un dépistage de l'utilisation d'autres substances.

2.7.2. Cannabis et tabac

On retrouve également une comorbidité tabac/cannabis. Des études cliniques montrent que 70 % des patients dépendants à des drogues et 100 % des sujets dépendants à l'alcool et aux drogues fument régulièrement (Hughes et al., 2006).

Cette combinaison cannabis/tabac semble d'autant plus intéressante à étudier que ce sont les deux substances addictives les plus consommées dans le monde (Schweitzer et al., 2016). On constate d'ailleurs que la consommation de cannabis se fait principalement sous la forme de joints associant tabac et cannabis. Les auteurs soulignent que la consommation conjointe aggrave les effets somatiques, psychologiques sur l'individu. Mais également, cela potentialise les phénomènes de dépendance, ce qui participe à entretenir les consommations de chacune des substances et favorise les rechutes en cas de tentative de sevrage. En effet, Kerjean et al. (2012) expliquent que le mélange tabac cannabis potentialise la dépendance à la nicotine en multipliant par deux le taux de nicotine. Ainsi l'association de deux ou plusieurs substances addictives limite les chances d'amélioration thérapeutique.

2.8. Tabagisme et comorbidités psychiatriques

Devraux et Laqueille (2016) avancent que la comorbidité tabagisme et troubles psychiatriques est fréquente. D'ailleurs, plusieurs études vont dans ce sens et tendent à dire que les troubles psychiatriques sont plus fréquents chez les patients tabagiques que chez les non-fumeurs. On retrouve un tabagisme deux à trois fois plus fréquent chez les sujets présentant des troubles psychiatriques que sur la population générale (Kalman et al., 2005 ; Lasser et al., 2000 ; Talati et al., 2016 ; Rütther et al., 2014). De plus, Dautzenberg et al. (2017) rapportent que le tabagisme est très élevé chez les patients atteints de pathologies psychiatriques, dépassant 50 %. On constate également que le nombre d'anciens fumeurs dans cette population est particulièrement bas.

L'étude National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) montre que lorsque le tabagisme diminue en population générale, les sujets qui restent fumeurs sont les plus dépendants à la nicotine, ainsi que les sujets souffrant de pathologies psychiatriques (Talati et al., 2016).

Le lien tabagisme/troubles psychiatriques peut être de trois types différents, mais qui ne s'excluent pas pour autant (Devraux, 2016) :

1. Les pathologies psychiatriques peuvent favoriser le tabagisme (par exemple dans les troubles anxio-dépressifs, psychotiques, bipolaires)
2. Les pathologies psychiatriques peuvent être favorisées par le tabagisme (troubles dépressifs et certains troubles anxieux)
3. Les relations tabac/pathologies psychiatriques peuvent être bidirectionnelles dans un renforcement mutuel.

On note également que les patients souffrant de troubles psychiatriques ont souvent plus de difficultés à arrêter de fumer que les fumeurs sans pathologie psychiatrique. Cette difficulté à arrêter de fumer expliquerait alors la prévalence élevée du tabagisme chez les patients ayant un trouble psychiatrique.

2.8.1. Tabagisme et schizophrénie

Les auteurs rapportent des résultats très variés quant à la comorbidité tabagisme et schizophrénies. En effet selon les études, on retrouve entre 44 et 90 % de fumeurs chez les patients souffrants de schizophrénie (Devraux et al., 2004 ; 2008 Rütther et al., 2014). Cette comorbidité est d'autant plus à prendre au sérieux que le tabac est la cause de mortalité prématurée et de morbidité le plus importante chez les patients schizophrènes et l'espérance de vie est réduite de 10 à 25 ans en raison du tabagisme (Rütther et al., 2014 ; Laursen et al., 2012).

Sur le plan clinique, on constate que par rapport aux fumeurs non psychotiques, les patients schizophrènes présentent une dépendance nicotinique plus sévère (avec un score de 6 ou 7 sur l'échelle de Fagerström), un nombre de cigarettes par jour plus élevé, ainsi qu'une inhalation plus profonde (Devraux et al., 2015).

Si la comorbidité tabagisme/schizophrénie est souvent repérée, cela est lié à la difficulté particulière que rencontre un patient souffrant de schizophrénie à arrêter de fumer, plus encore qu'un sujet non-psychotique. En effet, chez les patients schizophrènes, les symptômes cognitifs induits par le sevrage tabagique sont plus sévères qu'en population générale (Devraux et Laquille, 2016a ; 2016b). Certaines hypothèses proposent que le traitement antipsychotique soit un élément favorisant la dépendance tabagique.

2.8.2. Tabagisme et troubles dépressifs

L'étude Epidemiologic Catchment Area (ECA) met en avant un fort taux de tabagisme (fumeurs ou ex-fumeurs) chez les patients ayant des antécédents de dépression : environ 70 % des hommes et 80 % des femmes. Dans l'étude National Comorbidity Survey (NCS), la fréquence des fumeurs quotidiens chez les sujets souffrant de dépression est de 37 %, et de 22,5 % chez les sujets ne présentant pas de troubles mentaux (Lasser et al., 2000).

Une méta-analyse, portant sur 78 études, montre que les fumeurs avaient environ une fois et demie à deux fois plus de risques d'être déprimés que les non-fumeurs et ex-fumeurs (Luger et al., 2014). De plus, dans l'étude longitudinale : National Longitudinal Study of Adolescent Health, sur 8 704 adolescents suivis sur un an, la consommation de tabac était prédictive de survenue ultérieure de troubles dépressifs (Goodman et al., 2000).

Plusieurs études épidémiologiques suggèrent que la relation dépression et tabagisme est bidirectionnelle, ainsi tabagisme et troubles dépressifs semblent s'influencer et s'encourager mutuellement (Van der Meer et al., 2013 ; Weinberger et al., 2012 ; Aubin et al., 2012).

Sur un aspect clinique, il semble important de faire la distinction entre dépression primaire et symptomatologie dépressive liée au manque/sevrage de tabac (Devraux, 2016). En effet, une humeur dépressive liée au manque de tabac survient lorsque le taux de nicotine sanguin diminue. Elle peut alors s'accompagner de troubles de la concentration ainsi qu'une envie irrésistible de fumer — ce qu'on appelle le *craving* — et la situation s'améliore lorsque le sujet consomme à nouveau du tabac.

Les patients tabagiques et dépressifs ont une dépendance nicotinique plus sévère que les fumeurs sans troubles dépressifs. On constate également que les patients présentant une forte dépendance tabagique ainsi que d'importants troubles dépressifs rechutent plus fréquemment après sevrage, ce qui aura pour conséquence une augmentation de la morbidité et de la mortalité liée au tabac (Van der Meer et al., 2013; Weinberger et al., 2012).

La comorbidité tabagisme et dépression semble être liée à plusieurs facteurs interactionnels, biologiques ou encore génétiques tels que :

- L'automédication de l'humeur dépressive par le tabac (Rüther et al., 2014 ; Van der Meer et al., 2013)
- Certains facteurs neurobiologiques pourraient expliquer en partie la fréquence de la dépression chez les patients tabagiques (Fowler et al., 1996, Conférence d'expert tabac et psychiatrie, 2009).
- Des facteurs de prédisposition génétiques communs à la dépendance tabagique et à la dépression (Williams et al., 2004).

2.8.3. Tabagisme et troubles anxieux

La consommation de tabac est élevée chez les patients souffrant de troubles anxieux. En effet on repère 36 à 46 % de fumeurs chez les sujets souffrant d'un trouble anxieux, contre 22,5 % chez les sujets sans trouble mental (Lasser et al., 2000).

Plusieurs études (Moylan et al., 2012 ; 2013) montrent que les phobies sociales et les états de stress post-traumatiques peuvent favoriser l'initiation à la consommation de tabac. De même le tabagisme ainsi que la dépendance nicotinique pourraient favoriser les troubles anxieux généralisés et les troubles de panique.

Si l'on entend régulièrement des patients tabagiques avancer que le tabac leur permet d'atténuer leur anxiété ou leur stress, il convient d'être vigilant face à ce discours. En fait, le tabac permet d'améliorer l'irritabilité et l'anxiété symptomatiques du manque, du sevrage. Alors une boucle rétroactive d'aggravation de l'anxiété se développe avec la croyance de l'impossibilité de se passer de tabac (Conférence d'experts tabac et psychiatrie, 2009).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la fréquence de la comorbidité tabagisme/anxiété (Moylan et al., 2013 ; Devraux, 2016) :

- Automédication des troubles anxieux
- Interactions au niveau des neurotransmetteurs cérébraux et du système nerveux autonome
- Effets stimulants du tabac favorisant les troubles de panique

2.8.4. Tabagisme et trouble des émotions

La littérature souligne la fonction du tabagisme comme régulateur émotionnel : il permettrait de maîtriser les émotions (Carton, 2004) et d'augmenter les affects positifs tout en

diminuant les affects négatifs (Fernandez et al., 2004a). Les troubles thymiques et de l'émotion comme l'anxiété et la dépression, ainsi que l'alexithymie constitueraient un facteur de vulnérabilité dans la consommation de substances psychoactives comme le tabac (Bonnet et Pedinielli, 2013 ; Reicherts et al., 2007).

Pietri et Bonnet (2017) proposent une étude dans laquelle ils suggèrent la présence de variables émotionnelles telles que l'alexithymie et l'intensité des émotions ressenties ainsi que des variables psychopathologiques, telles que la dépression et l'anxiété dans les conduites tabagiques. Les résultats sont en faveur d'un lien entre consommation de tabac et régulation des émotions. En effet ils observent que les fumeurs ont plus de difficultés à identifier leurs émotions.

Nous nous intéresserons plus particulièrement au lien entre tabagisme et alexithymie dans le chapitre 2 sur les émotions (cf. [Alexithymie et tabac, Partie I, Chapitre 2, pp. 121-123](#)).

2.8.5. Tabagisme et troubles bipolaires

D'après des études cliniques, la consommation de tabac varie entre 60 et 69 % chez les patients souffrant de troubles bipolaires (Kalman et al., 2005 ; Lasser et al., 2000). On retrouve chez les patients bipolaires une plus forte dépendance nicotinique, des difficultés plus importantes à arrêter le tabac et une symptomatologie thymique plus sévère (en particulier dépression et conduites suicidaires) que chez des patients fumeurs non-bipolaires (Estrada et al., 2015 ; Heffner et al., 2011). Le niveau d'impulsivité plus élevé chez les patients bipolaires lors des épisodes maniaques ou hypomaniaques est d'ailleurs certainement en lien avec la difficulté particulière pour ces patients d'arrêter de fumer.

2.9. Tabagisme et affections liées au tabac

Bien que tous les fumeurs ne développent une pathologie liée à la consommation du tabac, Bjartveit et al. (2005) rapportent qu'une consommation d'une à quatre cigarettes par jour suffit à accroître le risque relatif de décéder suite à une pathologie liée au tabac. Plusieurs facteurs interviennent dans les risques de développer des pathologies somatiques liées au tabac : la précocité de l'initiation tabagique, la durée de la période tabagique, le nombre de

cigarettes consommées, mais également des facteurs génétiques, le mésusage d'alcool associé au tabagisme ainsi que les risques professionnels liés à l'exposition à certains toxiques.

On retrouve parmi les affections liées au tabac un risque élevé de cancer. En effet de nombreux cancers sont favorisés par le tabac, le cancer du poumon principalement, mais aussi le cancer du larynx, des voies digestives, de la cavité buccale ou encore de l'œsophage (Gandani et al., 2008). Également des risques pulmonaires, le tabac étant la première cause de bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Une étude finlandaise met en avant cette incidence tabac — BPCO : la BPCO est retrouvée à 32 % chez les fumeurs, à 14 % chez les anciens fumeurs et à 12 % chez les non-fumeurs. On note également que les bronchites chroniques évoluent vers une BPCO chez la moitié des fumeurs (Pelkonen et al. (2006).

Le tabac est également reconnu comme facteur de risque de maladies cardiovasculaires et de maladies digestives (Dautzenberg et al., 2017).

Nous verrons par la suite, les liens étroits qu'entretiennent également le tabagisme et le risque de développer et de contrôler difficilement de l'asthme.

2.10. Facteurs psychopathologiques du tabagisme

Le tabac fait partie de la liste des addictions, au même titre que l'alcool, le cannabis et autres objets soumettant son consommateur à un comportement de dépendance. Venisse et Grall-Bronnec (2017) soulignent que l'on a progressivement substitué le terme de toxicomanie, pour laisser la place au terme addiction. Cette digression semble présenter l'avantage de non plus insister sur la notion de toxique, c'est-à-dire du produit consommé, mais de s'intéresser davantage au comportement lui-même. L'étymologie du mot addiction renvoie à la notion de dette, de contrainte par corps. L'*addictus* est l'esclave pour dettes, celui dont le corps est donné pour gage pour un temps (Fernandez et Sztulman, 1997).

Nous allons alors considérer le tabagisme sous l'angle de l'addiction et faire appel à différents points de vue que sont la psychanalyse et le point de vue comportemental et cognitif.

2.10.1. Point de vue psychanalytique

Nous allons nous intéresser au point de vue psychanalytique des addictions, sous l'angle de trois facteurs : facteurs de vulnérabilité, facteurs déclenchants et facteurs d'entretien.

En premier lieu, les **facteurs de vulnérabilité**, en d'autres termes on peut poser la question : peut-on parler d'un terrain « favorable » d'apparition de l'addiction ? Le point de vue psychanalytique, vient nous rappeler que le tabagisme est avant tout une *fragilité narcissique* et une *dépressivité* et que cela implique des répercussions au niveau de la relation d'objet et de la capacité d'intériorisation (Venisse et Grall-Bronnec, 2017). Cette fragilité narcissique que l'on pourrait retrouver chez le fumeur renvoie à une fragilité de la potentialité de confiance, du sentiment de sécurité personnelle ainsi qu'à une précarité des auto-érotismes et correspond à une *relation d'objet narcissique et anaclitique*²² qui empêchent alors une introjection stable, sécuritaire ou rassurante. Cette *insuffisante délimitation des frontières* rend la perspective de séparation potentiellement dangereuse.

D'après les modèles des théoriciens de l'approche psychanalytique et en particulier des théories de l'attachement, tels que Bowlby, Ainsworth ou encore Winnicott, les facteurs de cette fragilité narcissique sont le fruit d'un développement psychoaffectif précoce. Il s'agit en effet de mettre en avant une certaine discontinuité, voire inadéquation des échanges affectifs primaires. Sont observées chez les sujets souffrants d'addiction des carences qualitatives, c'est-à-dire portant sur la nature de l'investissement. On retrouve alors des préoccupations du type opératoire, au détriment de la *capacité de rêverie maternelle* (Bion, 1962).

Au niveau des **facteurs déclenchants**, dans certains cas, comme nous l'avons évoqué précédemment, le processus adolescent semble à lui seul être l'élément déclencheur. Les enjeux développementaux de la période adolescente révèlent parfois les fragilités antérieures jusqu'alors masquées, compensées ou contenues par le statut de l'enfance. Dans d'autres cas, c'est la *rencontre initiatique* avec l'objet d'addiction qui est déterminant. Peele (1985) parle d'*expérience fondatrice* dans le sens où l'expérience avec l'objet d'addiction révèle une possible jouissance à travers la rencontre avec un objet extérieur à toute relation. La place du

²² Ce terme a été introduit en psychanalyse par René Spitz dans le sens de « s'appuyer sur » pour décrire un type de **relation d'objet** : pour vivre, l'enfant a besoin de s'appuyer — au sens strict et métaphorique — sur sa mère.

groupe de pairs joue également un rôle souvent décisif dans la première expérience à l'objet d'addiction, la prise d'une première cigarette par exemple (Venisse et Grall-Bronnec, 2017).

Enfin concernant les **facteurs d'entretien**, on peut dire que les conduites addictives s'auto-entretiennent et d'auto-renforcent. En effet, si le terrain semble parfois propice à l'installation d'une addiction, un élément vient déclencher la prise d'un objet, qu'est-ce qui peut expliquer cette tendance à la répétition du geste ? Si certains facteurs biologiques et physiopathologiques expliquent ces répétitions traduisant l'empreinte que laisse la répétition comportementale, certains facteurs psychologiques semblent également entrer en compte. Lorsque le comportement (ou expérience addictive) débute à l'adolescence, l'effet réorganisateur de plus en plus invariable via la répétition, permet à l'adolescent de trouver une certaine contenance, stabilité au niveau d'une personnalité en construction. De plus, pour des jeunes en recherche de leur identité, se définir comme fumeur peut servir de *prothèse identitaire* (Venisse et Grall-Bronnec, 2017). La répétition du geste, de l'expérience semble permettre l'installation progressive du maintien de l'addiction. Comme si la personne devient son addiction, l'addiction fait partie du mode de vie.

En plus de ces différents facteurs, l'approche psychanalytique parle d'une organisation addictive (Venisse et Grall-Bronnec, 2017). Nous avons déjà évoqué la possibilité d'une *dépressivité*, qui serait davantage une défense contre la dépression qu'un équivalent dépressif. Les addictions, en ce sens, manifestent un évitement à la confrontation de la position dépressive (Jeammet, 2000).

Enfin, nous pouvons dire que les addictions sont une pathologie de l'agir, dans laquelle la mise en acte prend le pas sur une élaboration psychique impossible.

2.10.2. Point de vue comportemental et cognitif

Du point de vue comportemental, nous pouvons évoquer le **conditionnement opérant** qui renvoie à l'idée selon laquelle en plus du conditionnement classique pavlovien, on repère des variables internes à l'individu qui sont susceptibles d'intervenir dans l'analyse du comportement (Rahioui, 2011). Cette théorie proposée initialement par Skinner, s'appuie sur l'effet Thorndike qui avance que le comportement est fonction de ses conséquences. Ces conséquences sont alors appelées « *renforcement* » et on distingue deux types de renforcement :

- Renforcement primaire : naturel, tend à satisfaire les pulsions basiques comme lorsque je mange, car j'ai faim.
- Renforcement secondaire : augmente la fréquence d'un comportement selon deux possibilités : renouveler une expérience plaisante (je fume, car cela me permet d'appartenir à un groupe) ou diminuer une expérience non plaisante (quand je suis stressé, le tabac me relaxe).

D'un point de vue pratique, le conditionnement opérant consiste à changer les contingences de renforcement pour modifier le comportement problématique. Le but est alors de diminuer, voire de cesser, l'abus de substance en développant des comportements qui sont incompatibles avec cet usage. Le renforcement communautaire, c'est-à-dire s'entourer de personnes défavorables à la consommation de tabac, est un avantage supplémentaire dans la démarche.

Concernant à présent l'aspect cognitif, Beck et al. (1993) proposent un **modèle cognitif de l'abus de substance**. Selon Beck, il existe trois niveaux de dysfonctionnement impliqués dans le mésusage de substance qui sont liés les uns aux autres. Premièrement les schémas cognitifs qui renvoient à des représentations non spécifiques, des croyances que l'individu développe à propos de lui-même et de son environnement. Les schémas cognitifs guident l'interprétation des nouvelles situations et sont souvent responsables de l'activation d'états motivationnels, émotionnels et de réponses comportementales. Deuxièmement les croyances liées à la substance addictive (tabac, drogue, etc.) qui corresponde à des attentes, elles agissent en articulation avec les schémas cognitifs et possèdent toujours une composante comportementale. En effet le recours au tabac amène le sujet à développer différentes croyances spécifiques concernant l'objet. Beck propose trois types de croyances :

- *Des croyances anticipatoires* : attentes positives de la consommation « ce moment sera bon, car accompagné d'une cigarette ».
- *Des croyances soulageantes* : attentes de réduction d'une sensation désagréable « dès que je sors, je vais pouvoir fumer et enfin me relaxer ».
- *Des croyances permissives* : raisonnement déculpabilisant « toute ma famille fume ».

Et enfin, troisièmement les pensées automatiques qui sont des expériences vécues déterminées par des schémas cognitifs, elles sont brèves et apparaissent soudainement. Elles peuvent avoir une influence sur l'état émotionnel et le comportement de l'individu, car elles

constituent la première étape du processus d'information et d'attribution de la signification d'un événement.

Ainsi le modèle de Beck suppose que les personnes consomment du tabac ou d'autres substances addictives quand ils vivent une situation qui peut induire des états émotionnels comme la dépression, l'anxiété, la colère, l'ennui ; des états physiques (sevrage, douleurs) et des circonstances externes. Ces éléments viennent déclencher un schéma cognitif chez l'individu par exemple « en fumant je vais me sentir mieux et moins angoissé ».

L'apport des théories cognitives et comportementales dans le champ des addictions est pertinent et renvoie à différents objectifs auxquels tendent les thérapies cognitives et comportementales (TCC) (Rahiouri, 2011) :

- Modifier les processus cognitifs sous-tendant les comportements inadaptés
- Intervenir dans la chaîne comportementale des événements qui conduisent à l'usage des substances
- Aider les consommateurs à surmonter les situations aiguës ou chroniques de craving conduisant à la reprise de produit
- Développer des comportements sociaux compatibles avec le maintien et l'abstinence.

Rahiouri (2011) rapporte que ce modèle tourne autour de trois piliers que sont l'adaptation fonctionnelle, l'entraînement aux habiletés de coping et la prévention de la rechute.

L'adaptation fonctionnelle correspond à une évaluation des pensées, sentiments et circonstances avant et après la consommation de tabac (ou autre substance addictive). Pratiquée en début de thérapie, cette analyse permet de définir les objectifs de changement, la stratégie thérapeutique et de constater les évolutions au cours de la thérapie en faisant à nouveau une analyse fonctionnelle à différents temps du processus.

L'entraînement aux habiletés de coping (ou d'adaptation) est un élément d'autant plus pertinent pour les personnes souffrant d'addiction, que les consommateurs excessifs de substances psychoactives présentent un fort déficit en habileté de coping. En premier lieu, ce sont les habiletés liées au contrôle de l'usage qui sont traitées, puis l'entraînement s'étend à d'autres problématiques que l'utilisateur peut rencontrer comme l'isolement social, la perte d'emploi, etc. Cette technique d'entraînement aux habiletés de coping est conçue le plus

largement possible afin de faire face à l'extrême hétérogénéité des usagers. Ainsi l'entraînement pourra être proposé sur des habilités personnelles (craving) ou des habilités interpersonnelles (refus de l'offre de substance).

La prévention de la rechute est nécessaire, car on admet aujourd'hui que la rechute est un processus progressif et complexe qui débute avant même la reprise de l'objet et qui n'est pas un phénomène ponctuel. Les états émotionnels désagréables, la pression sociale et les conflits interpersonnels semblent être en cause dans la majorité des cas.

Nous reviendrons sur les TCC et leur application pratique dans la partie suivante qui étudie le lien entre l'asthme et le tabagisme.

3. Asthme et tabagisme

Investiguer l'interaction asthme/tabac s'inscrit dans le contexte actuel des problématiques de santé, car près de la moitié des asthmatiques sont fumeurs actifs ou anciens fumeurs (Girodet, 2008). Charpentier (2016) rappelle que la fumée de cigarette « *provoque une inflammation des voies aériennes... module le système immunitaire et détériore les systèmes de régénération bronchique.* » Agissant ainsi sur les bronches, le tabagisme a sa part de responsabilité dans la pathologie asthmatique. De plus, l'augmentation de la prévalence de l'asthme serait en partie due au tabagisme (Charpentier, 2016).

Si le tabac semble avoir un impact au niveau physiologique chez le patient asthmatique, on note également que l'association de la dépendance tabagique à une pathologie asthmatique entraîne une importante altération de la qualité de vie et entretient les symptômes respiratoires (Godtfredsen et al., 2001). Les risques d'hospitalisation seraient 20 % plus élevés pour les sujets asthmatiques fumeurs comparativement à des sujets asthmatiques non-fumeurs (Raheison et al., 2003).

C'est dans ce contexte que nous pouvons étudier les liens qui unissent la pathologie asthmatique à la dépendance tabagique à plusieurs niveaux : physiologique, social, génétique, environnemental.

3.1.Niveau physiologique

Selon les études, on retrouve une prévalence de tabagisme chez les patients adultes asthmatiques qui tourne autour de 30 à 40 %. Habibeche et al. (2015) estiment que 40 % de la population asthmatique consomme du tabac et que les caractéristiques de cet asthme diffèrent de celles de l'asthme du non-fumeur. Les résultats de l'étude de Cherif et al. (2018) mettent en avant que 32 % des patients asthmatiques sont fumeurs.

Ce tabagisme actif n'est pas sans conséquence sur la pathologie asthmatique. Chez l'adulte et l'adolescent, le tabagisme actif est un facteur favorisant la survenue de l'asthme. (Underner et al., 2015). De plus l'exposition à la fumée de cigarette est susceptible de déclencher une crise d'asthme (Moussaif et al., 2009).

Une étude américaine (Postma, 2015) a suivi les données spirométriques de jeunes adultes de 18 à 30 ans pendant une dizaine d'années. Les résultats avancent qu'un asthmatique fumeur a un déclin de 17,8 % du VEMS²³ entre 18 et 40 ans, tandis qu'un sujet non asthmatique, non-fumeur a un déclin de 8,5 %. On constate également que la quantité de cigarettes fumées a un impact, puisque plus le tabagisme est important, plus le déclin respiratoire est marqué. De plus à tabagisme comparable, les femmes ont plus de symptômes d'asthme et un déclin plus marqué du VEMS (Apostol et al., 2002).

Plusieurs études, notamment celle de Badri et al., 2015 rapportent que l'asthme du fumeur semble plus sévère que celui du non-fumeur et que le contrôle de la maladie est rendu plus difficile, car le tabac entretient l'inflammation bronchique et diminue l'efficacité des traitements tels que la corticothérapie. Le tabac a une influence également quant à l'évolution de la pathologie asthmatique (El Hachimi et al., 2016). Nous développons ce point plus bas dans la partie sur le contrôle et la sévérité de l'asthme chez le patient fumeur.

3.2.Niveau social et professionnel

Concernant la vie quotidienne, le tabagisme des adolescents asthmatiques serait associé à un taux d'absentéisme scolaire notoire. L'étude Internationale Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) menée en 1994 a interrogé 494 adolescents asthmatiques sur leurs habitudes tabagiques et sur l'impact de l'asthme dans leur vie quotidienne. Comparativement à un groupe contrôle, les adolescents asthmatiques fumeurs présentent un

²³ Volume expiratoire maximal par seconde

taux d'absentéisme scolaire plus élevé (quatre fois plus de risques d'être absent par rapport à un adolescent asthmatique non-fumeur), entraînant retard scolaire et difficultés à suivre le rythme, potentiellement handicapant pour une future vie professionnelle. Les résultats suggèrent également un impact négatif de l'asthme sur les loisirs des adolescents asthmatiques fumeurs, ainsi que des symptômes respiratoires plus importants (Nguyen et al., 2002).

En plus d'un impact sur la vie professionnelle ou scolaire, l'association asthme/tabac peut avoir un impact sur la vie sociale et familiale du patient. Notamment par le regard de l'entourage sur une personne asthmatique qui fume qui peut être culpabilisant ou accusateur.

3.3.Niveau génétique

Sur le plan génétique, une étude chinoise portant sur le polymorphisme du gène du récepteur beta-2-adrenergique (récepteur des corticoïdes dans le traitement de l'asthme) montre que le tabac tendrait à modifier ce récepteur. Ce dernier est celui du traitement des corticoïdes, mais également le gène en cause dans l'asthme. Les effets de la cigarette stimulent ce gène, tandis que les corticoïdes vont l'inhiber. Les sujets fumeurs et ex-fumeurs présentaient ainsi un risque plus élevé d'asthme, comparativement à un groupe contrôle (Wang et al., 2001). L'étude EGEA (Étude épidémiologique des Facteurs Génétiques et Environnementaux de l'Asthme, 1991) a interrogé 2048 individus souffrant d'asthme afin de rechercher les facteurs environnementaux et génétiques de l'asthme. Les résultats obtenus suggèrent que le tabagisme (actif et passif) accroît la sévérité de l'asthme, en augmentant le taux d'IgE (Immuglobine E associée aux maladies atopiques telles que l'asthme) (Siroux et al., 2007).

Ainsi, le tabac agit sur la génétique du fumeur en créant un facteur de vulnérabilité au développement d'un asthme. De plus, la fumée du tabac provoque une hyperréactivité des bronches (HRB) entraînant une inflammation d'origine allergique (Taillé, 2003). Ces exacerbations créées par la fumée de cigarette sont les principales causes de mortalité liées à l'asthme (Thomson et Chaudhuri, 2008).

3.4.Niveau environnemental : asthme et tabagisme passif

Concernant le tabagisme passif, les études (Taillé, 2013 ; Underner et al. 2015) postulent l'existence d'une relation entre la pathologie asthmatique et le tabagisme environnemental. L'impact de ce dernier sur les fonctions respiratoires ne serait pas à négliger. En effet, des adultes asthmatiques soumis à un tabagisme passif présenteraient un débit expiratoire plus bas, un taux d'absentéisme plus important, davantage de visites médicales d'urgence ainsi que des traitements plus importants par rapport à un groupe contrôle (Jindal et al., 1994). Ainsi, le contrôle de la maladie serait moins bon lorsque les individus sont concernés par le tabagisme passif. Le tabagisme environnemental serait donc un facteur de vulnérabilité au développement de l'asthme (Jaakkola et al., 2003).

Chez les asthmatiques, le tabagisme passif entraînerait un excès de symptômes, une augmentation des hospitalisations et des traitements (Taillé, 2013). Underner et al. (2015) présentent une étude sur le tabagisme passif et avancent que le tabagisme passif pendant et après la grossesse favorise l'apparition d'asthme et de respiration sifflante chez l'enfant. De plus, l'exposition au tabagisme passif pendant l'enfance favorise l'apparition d'asthme à l'âge adulte. Ce constat est d'autant plus à prendre en compte que l'OMS estime que la moitié des enfants dans le monde est exposé au tabagisme passif (Charpentier, 2016).

Enfin, les résultats montrent que les sujets adultes non-fumeurs, alors même qu'ils n'ont pas d'antécédents d'asthme, lorsqu'ils sont exposés au tabagisme passif présentent un risque plus élevé de développer de l'asthme.

Par ailleurs, le tabagisme passif maternel, in utero et pendant l'enfance, peut-être un facteur déclenchant de l'asthme, augmentant sa fréquence et impactant négativement le contrôle de la maladie (Andersson, 2013). Il serait également en cause dans la sévérité des crises (Martinez et al., 1995 ; Weitzman et al., 1992). D'autres études sur l'influence du tabagisme passif in utero avancent qu'il entraînerait une diminution de la taille des poumons des nouveau-nés ainsi qu'une diminution de la fonction respiratoire (Raherison et al., 2003).

Li et al. (2005) ont démontré que si une grand-mère a fumé lorsqu'elle était enceinte de sa fille, cela peut augmenter le risque que l'enfant de sa fille soit atteint d'asthme, que la fille soit fumeuse ou non.

3.5.Effets du tabac sur le contrôle et la sévérité de l'asthme

Le tabagisme influe négativement dans le traitement de l'asthme. En effet, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le traitement de fond de l'asthme se fait par corticothérapies inhalées ou orales, visant à réduire l'inflammation des bronches. Plusieurs études montrent que le tabac rend les sujets asthmatiques fumeurs cortico-résistants et n'améliore donc pas le contrôle de leur asthme (Pedersen et al., 1996 ; Chaudhuri et al., 2004 ; Girodet, 2008). En effet, le monoxyde d'azote présent en grande quantité dans les cigarettes diminue la réponse aux corticoïdes. Ainsi, les sujets asthmatiques fumeurs doivent augmenter les doses de corticoïdes pour que ces dernières aient un impact sur leur asthme, avec des effets secondaires parfois néfastes (Girodet, 2008). Le tabac va ainsi influencer négativement le contrôle et la sévérité de l'asthme (Althuis et al., 1999 ; Moussaïf et al., 2009).

L'Youssfi et al. (2016) mènent une étude dans le but d'étudier l'influence du tabagisme sur la sévérité de la crise d'asthme et du contrôle de la maladie. L'étude se déroule sur quatre années et concerne 155 patients asthmatiques, fumeurs, dont la moyenne d'âge est de 34 ans. Les patients reçoivent un traitement de fond pour leur asthme et un sevrage tabagique est initié. Seulement 20 % des sujets ont réussi à arrêter de fumer et pour ces personnes-là, l'asthme est à présent bien contrôlé. Les autres sujets n'ont pas réussi à maintenir l'arrêt du tabac pour diverses raisons : pour 49 % d'entre eux, l'asthme est partiellement contrôlé et pour 51 % d'entre eux, l'asthme est non contrôlé. On constate également que parmi les 80 % de sujets n'ayant pas réussi le sevrage tabagique, 26 % d'entre eux ont été hospitalisés au moins une fois pour une crise d'asthme sévère. Les auteurs concluent en avançant que le tabac n'est pas seulement un facteur déclenchant de la crise d'asthme, mais est également responsable de sa sévérité et proposent de faire du sevrage tabagique un des principaux piliers du traitement de l'asthme.

De plus, Choubi et al. (2017) rappellent que le tabagisme, aussi bien actif que passif est un facteur aggravant de l'asthme et contribue à son mauvais contrôle. L'étude menée par ces chercheurs consiste à déterminer le profil de l'asthmatique exposé au tabagisme et l'influence que cela peut avoir sur la maladie asthmatique. Les sujets ont été répartis en deux groupes de 50 et 48 sujets chacun : les non-tabagiques (NT) et les tabagiques (T) comprenant les fumeurs, les ex-fumeurs et les patients exposés au tabagisme passif. Les résultats montrent que dans le groupe T, 56 % présentent un asthme persistant sévère, contre 22 % dans le

groupe NT. L'asthme est non contrôlé pour 25 % du groupe T et partiellement contrôlé pour 36,5 % de ce même groupe. Dans le groupe NT l'asthme est non contrôlé pour 10,6 % d'entre eux et partiellement contrôlé pour 11,5 % du groupe. Cette étude met ainsi en avant les effets délétères de la fumée de cigarette sur la sévérité et le contrôle de l'asthme et encourage une prise en charge particulière des patients asthmatiques insistant sur l'arrêt du tabagisme.

3.6.Cause de mortalité

Si la cause de mortalité par l'asthme est multifactorielle, le tabac semble jouer une part dans ce processus. En effet, le recours à la ventilation assistée est plus fréquent chez des patients asthmatiques fumeurs (Charpentier, 2016). De plus un âge avancé associé à une consommation de tabac entraîne un risque plus important de décès suite à un passage aux urgences après une crise d'asthme (Marquette et al., 1992).

Dans ce sens, une étude Australienne menée par Goerman et al. (2013) indique que sur 283 patients de moins de 70 ans décédés à cause de leur asthme, 25 % d'entre eux étaient fumeurs, alors même que seuls 17 % de la population australienne fument.

Le tabagisme passif impacterait également la mortalité et la morbidité des personnes asthmatiques. Hill et al (2004) ont montré que le taux de mortalité chez des adultes non-fumeurs, mais soumis au tabagisme passif dépassait de 15 % le taux de mortalité des individus préservés du tabagisme environnemental.

Ironie du sort, il fut un temps où la cigarette était considérée comme un médicament pour le traitement des pathologies respiratoires. La cigarette était vendue en pharmacie, présentée comme un médicament permettant de calmer les crises d'asthme. Le sujet asthmatique pouvait ainsi consommer jusqu'à sept cigarettes par jour, prescrites sur ordonnance et remboursées par la sécurité sociale. Il faudra attendre 1992 pour qu'elles soient retirées des pharmacies.

Depuis ce temps, le rapport à la cigarette a évolué, nous pouvons le constater notamment par les législations interdisant de fumer dans les espaces publics. Mackay et al. (2010) montrent que depuis l'entrée en vigueur de ces lois sur le tabac en 2006, le nombre d'admissions pour crise d'asthme dans les hôpitaux a diminué de 18,2 % par an, alors qu'avant 2006, il était en augmentation de 5,2 % par an.

3.7.Intérêt de l'arrêt du tabac sur l'asthme

Un arrêt du tabagisme permet une amélioration fonctionnelle en cas de maladie respiratoire chronique (Le Faou et al., 2005). Il est ainsi pertinent de penser et adapter un sevrage tabagique dans la prise en charge et le soin des sujets asthmatiques. Cependant, les fumeurs ont tendance à sous-estimer l'impact du tabac sur la maladie (Eisner et al., 2005 ; Gremy et al., 2003), tant au niveau des conséquences de la fumée et de la nicotine sur leur organisme que sur l'évolution de la maladie liée au tabagisme. En effet, certains fumeurs se déclarent non-fumeurs, ou en sous-estiment la consommation (Raherison et al., 2003 ; Underner et al., 2015). Par ailleurs, ce qui impacte le plus négativement la santé du fumeur n'est pas le nombre de cigarettes fumées par jour, mais le nombre d'années en tant que fumeur (Doll, et al., 1978 ; Doll, et al., 1994 ; Garfinkel, et al., 1988). C'est pourquoi il n'est jamais trop tard et toujours pertinent de cesser la consommation de tabac.

Perriot et al. (2018) rappellent l'intérêt de l'arrêt du tabac sur la pathologie asthmatique et soulignent le fait que l'objectif de la prise en charge doit-être l'arrêt complet de l'intoxication par la fumée de tabac qui seul peut réduire la mortalité due au tabac.

Peiffer et al. (2018) étudient l'intérêt du sevrage tabagique dans la prise en charge de la BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive), qui au même titre que l'asthme est une pathologie respiratoire chronique. Les auteurs mettent en avant l'importance du sevrage tabagique dans la prise en charge de patients atteints de BPCO : bénéfiques sur la morbidité et mortalité des patients. Il n'en reste pas moins que le sevrage tabagique de ces patients reste difficile avec un niveau élevé de consommation, un tabagisme souvent ancien, une dépendance forte, des facteurs associés tels que des troubles anxiodépressifs qui constituent de véritables obstacles. Les patients ne semblent pas toujours réaliser les risques liés au tabagisme, ne croient pas aux bénéfices de l'arrêt du tabac ou encore ont des doutes quant à leurs capacités à arrêter de fumer. Les réponses des professionnels de santé peuvent se développer à plusieurs niveaux : meilleure communication patient-médecin davantage centrée sur les besoins du fumeur, compréhension des mécanismes de l'addiction, rôle de la motivation dans l'arrêt du tabac, etc.

Il existe à ce propos la Fédération Française des Associations et Amicales des malades, Insuffisants ou handicapés Respiratoires (FFAAIR) qui regroupe plus de 70 associations et 18 000 patients atteints de maladies respiratoires. L'une des causes

prioritaires de cette fédération est la lutte contre le tabac. Une enquête a été réalisée auprès des adhérents à la FFAAIR (Vicaire, 2017), cherchant à étudier les besoins et difficultés rencontrés par les patients fumeurs, atteints de maladies respiratoires. Les résultats ont montré un important déficit d'information et d'accompagnement dans le sevrage tabagique. Les personnes interrogées souhaitent davantage de consultations avec des professionnels de santé pour l'aide à l'arrêt du tabac.

Une nécessaire prise de conscience des conséquences du tabagisme sur la santé doit être favorisée par les professionnels de santé. Cependant, la phrase « Il faut que vous arrêtez ou vous allez en mourir » ne semble pas être la plus pertinente pour aider le patient. C'est une proposition qui ne semble pas pouvoir être entendue d'emblée dans les problématiques addictives. En effet, dans un programme éducatif regroupant 365 adultes asthmatiques, seuls 10 % des sujets consommateurs de tabac suivent le programme (Martin et al., 2007). Il paraît ainsi nécessaire d'adapter le discours médical pour ainsi permettre une réponse plus accessible aux sujets fumeurs.

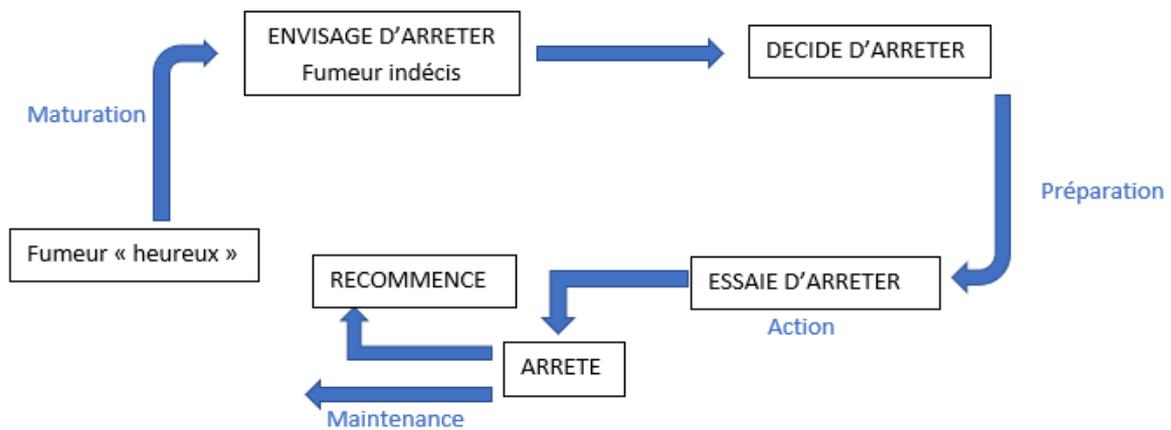
L'asthme et le tabagisme sont par conséquent au cœur des problématiques de santé. Rechercher des solutions adaptées et individualisées pour traiter la dépendance tabagique se présente alors comme une composante essentielle de la prise en charge des individus souffrant de troubles respiratoires.

3.8. Sevrage tabagique et prise en charge

Bien que l'image du fumeur semble avoir bien évolué ces dernières années, en lien avec les interdictions de fumer dans les lieux publics, l'augmentation du prix des cigarettes ainsi que les discours prônant les avantages d'une bonne hygiène de vie, le nombre de fumeurs est encore élevé dans nos sociétés et le sevrage tabagique, un vrai défi pour les personnes les plus dépendantes au tabac. À la différence du modèle médical, le sujet peut être à l'initiative de l'arrêt de la problématique, bien que cela reste souvent très coûteux pour lui. Le sujet peut trouver de lui-même des solutions telle que changer d'environnement, c'est-à-dire côtoyer de préférence des non-fumeurs (Fernandez, 1998).

Si certains fumeurs parviennent à arrêter seuls la consommation de tabac, d'autres rencontrent davantage de difficultés, de résistances. Plusieurs paramètres interviennent dans la démarche de l'arrêt du tabac (Mautrait, 2013) :

La motivation : Le modèle de Prochaska et DiClemente (1997) par exemple qui décrit le parcours motivationnel des sujets tabagiques en différentes phases :



**Figure 7 - Schéma de l'évolution naturelle du tabagisme d'après Prochaska et DiClemente (1997)
Dans Sevrage tabagique (Mautrait, 2013)**

La motivation reste un élément difficilement évaluable car subjectif. La motivation est présente lorsque l'intention d'arrêter est prévue dans un futur proche. Plus le délai prévisionnel de l'arrêt est lointain, plus faible est la motivation (Mautrait, 2013).

L'aide à l'arrêt : par les pairs, la famille, l'entourage social et dans certains cas une prise en charge médicale et/ou psychologique sera nécessaire.

Le syndrome de sevrage : Le syndrome de sevrage peut durer, selon les personnes et l'intensité de la dépendance physique, de 3 à 4 semaines et a des retentissements sur la vie familiale, quotidienne, professionnelle et sociale.

Selon le DSM-5, le syndrome de sevrage au tabac correspond aux critères suivants :

A – Utilisation quotidienne de tabac pendant au moins plusieurs semaines

B – Arrêt brutal de l'utilisation ou réduction de la nicotine utilisée, suivie, dans les 24 heures, d'au moins quatre des signes suivants :

1. Irritabilité, frustration ou colère
2. Anxiété
3. Difficulté de concentration

4. Augmentation de l'appétit
5. Fébrilité
6. Humeur dépressive
7. Insomnie

C — Les signes ou symptômes du critère B entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D — Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, y compris par l'intoxication ou le syndrome de sevrage à une autre substance.

La prévention des rechutes : Les substitutions nicotiques, des prises en charge psychologiques, ainsi qu'un suivi régulier peuvent aider à réduire les difficultés rencontrées lors du sevrage tabagique en évitant une rechute vers la cigarette. Nous développerons plus tard les différentes prises en charge possibles permettant l'accompagnement à l'arrêt du tabac. Les risques de rechutes sont nombreux, parmi lesquels on peut retrouver (Mautrait, 2013) :

Prise de poids (15 %)

Persistance ou reprise de la dépendance physique (8 %)

Perte de la motivation, souvenir du plaisir (16 %)

Dépression (16 %)

Évènement de vie heureux ou malheureux (16 %)

Convivialité de l'environnement (16 %)

Les profils particuliers et comorbidités : risques cardio-vasculaires, troubles anxiodépressifs, arrêt du tabac chez la femme enceinte, chez l'adolescent.

Le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France et représente 78 000 des décès prématurés, l'aide au sevrage tabagique est ainsi une priorité de santé publique (Ribassin-Majed, 2015 ; Bonaldi et al., 2016).

Aide psycho-comportementale et traitements pharmacologiques sont associés dans les programmes d'aide au sevrage tabagique, permettant d'agir sur la motivation et le soutien psychologique d'une part et sur les difficultés liées à l'absence de nicotine d'autre part (Aubin et al., 2014).

❖ Prise en charge médicale

Trois médicaments sont utilisés pour l'aide au sevrage tabagique : les substituts nicotiques, la varénicline et le bupropion (Underner et al., 2018). La Haute Autorité de Santé (2014)²⁴ recommande d'utiliser les substituts nicotiques comme traitements de première intention. La durée du traitement standard est de 2 à 3 mois. Trois mois si l'on débute par les patchs fortement dosés, deux mois si l'on commence par des patchs moyennement dosés. La date de l'arrêt du tabac correspond généralement à la pose du premier patch (Underner, 2018).

Face à des « fumeurs difficiles » caractérisés par une très forte dépendance au tabac et une consommation très élevée de cigarettes par jour, le sevrage tabagique est rendu d'autant plus difficile. Notamment par le fait que ce type de fumeur cumule souvent d'autres facteurs défavorables à la réussite du sevrage tels que des troubles anxiodépressifs, co-consommation de substances psychoactives, précarité socio-économique (Perriot et al., 2012). Il est conseillé aux fumeurs difficiles d'optimiser, de diversifier et de varier les prises en charge afin d'améliorer leur intervention.

De plus, en France, le rapport de la Haute Autorité de Santé (2014) recommande, en plus d'une prise en charge médicale en tabacologie, une prise en charge psychologique.

❖ Les thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Les TCC dans le cadre du traitement du sevrage tabagique reposent sur l'analyse des stimuli (pensées et idées), des circonstances affectives, psychologiques et environnementales qui encouragent la personne à fumer (Claude et Karila, 2005). Via un nouvel apprentissage et une maîtrise de soi, les TCC cherchent à se débarrasser du comportement du fumeur en élaborant des stratégies pour faire face aux pulsions. La durée des TCC est généralement de six semaines environ et ne se substitue pas à un traitement pharmacologique. Le fumeur peut y avoir recours lors d'un premier essai d'arrêt du tabac, mais aussi en cas d'éventuelle rechute.

Les TCC interviennent lors des différentes étapes de l'arrêt du tabac.

Dans un premier temps, le thérapeute procède à une évaluation clinique du fumeur, concernant les facteurs physiologiques (nombre de cigarettes par jour, évaluation de la dépendance, présence ou non de symptômes de sevrage lors de la privation de tabac), les

²⁴ HAS, 2014. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation : <http://www.has-sante.fr>

facteurs psychologiques (évaluation de la motivation de l'arrêt du tabac, le sentiment d'efficacité personnelle, etc.), ainsi que l'identification d'éventuelles comorbidités psychiatriques et la présence de codépendances.

La deuxième étape correspond à la préparation de l'arrêt, pendant laquelle le thérapeute questionnera le patient sur l'ambivalence concernant la cigarette, c'est-à-dire qu'il demandera au fumeur de lister les avantages et les inconvénients à fumer et à arrêter de fumer. Le thérapeute a recours alors à la « balance émotionnelle », c'est-à-dire qu'il se sert des points positifs, avancés par le patient, qui vont dans le sens du bénéfice de l'arrêt pour renforcer la motivation et la confiance en soi pour l'arrêt du tabac.

Les TCC peuvent également s'appuyer sur le soutien environnemental, en encourageant le patient à annoncer à son entourage son intention d'arrêter de fumer afin de mettre le sujet dans la situation du « gagnant ».

Enfin après l'arrêt, il faudra encore du temps au patient pour gérer ses envies. Les TCC proposent différentes stratégies de contrôle telles que l'évitement (éviter le contact de fumeurs, les fêtes enfumées, etc.), la substitution (boire du thé à la place du café, si le café est associé à la prise d'une cigarette), le changement (modifier la situation déclenchante afin de « casser le rituel »).

En effet, ce troisième point nous rappelle ce que nous avons avancé concernant la dépendance comportementale, perçue comme conditionnement d'un geste. Il semble alors intéressant de proposer aux fumeurs des techniques pour se libérer de cette forme de dépendance. Guillaumin et al. (2017) expliquent que le but n'est pas de déconditionner le fumeur vis-à-vis de son geste, mais de créer un nouveau conditionnement, une nouvelle sorte d'apprentissage, qui le délivrera de l'ancien geste. L'idée est de proposer une substitution à l'élément déclencheur d'un conditionnement. Par exemple si le café est associé à la prise d'une cigarette, le fumeur pourrait changer le lieu où il prend son café ou alors d'anticiper un autre programme (appeler un ami lorsqu'il prend un café, prendre un livre, etc.) pour éviter l'action café — cigarette.

Les TCC insistent durant tout le temps de la prise en charge sur le style relationnel du thérapeute, appelé alliance thérapeutique, où il recherche avec le patient les stratégies adaptées à la situation pour augmenter les chances de réussites (Claude et Karila, 2005).

❖ L'entretien motivationnel

Comme nous l'avons observé avec le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente, certains fumeurs parviennent à modifier leur comportement tabagique sans aide

extérieure, on parle alors de « *guérison spontanée* », et ces personnes traversent alors différentes phases, décrites précédemment. À la fin du 20^e siècle, Rollnick et Miller (1995) proposent un type d'intervention brève, dans laquelle ils répertorient six ingrédients essentiels, regroupés sous l'acronyme FLAMES, qui sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau IX - FLAMES: Six ingrédients essentiels aux interventions brèves d'après Rollnick et Miller (1995)

Feedback	<i>Information objective et non biaisée sur la situation personnelle du patient</i>
Libre arbitre	<i>Pour le patient, liberté de choix rappelé régulièrement</i>
Avis	<i>Les avis sont émis de façon dirigée et non coercitive, à la demande du patient</i>
Menu d'options	<i>Un éventail de possibilité de traitement, ou arsenal thérapeutique</i>
Empathie	<i>Résonnance affective</i>
Sentiment d'efficacité personnelle	<i>Penser que l'arrêt du tabac est possible pour soi</i>

Rollnick et Miller ont intégré tous ces ingrédients dans un style d'intervention brève particulier qu'est l'entretien motivationnel (Benyamina, 2005). L'entretien motivationnel correspond à une « *méthode de communication directive et centrée sur le patient, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* ». Les auteurs s'appuient sur des modèles déjà existants tels que les stades de changement de Prochaska et DiClemente (1982), la balance décisionnelle de Janis et Mann (1977) et la théorie de la réactance psychologique (Bem, 1967).

L'entretien motivationnel pour l'arrêt du tabagisme met en avant sept principes directeurs de l'entretien motivationnel :

Tableau X - Les sept principes directeurs de l'entretien motivationnel d'après Miller et Rollnick (1995)

La motivation au changement doit émaner du patient et non être imposée de l'extérieur
Il revient à la personne aidée, et non à l'aidant, de nommer et de résoudre son ambivalence
La persuasion directe n'est pas une méthode efficace pour résoudre l'ambivalence
Le style de <i>counseling</i> de l'entretien motivationnel est généralement doux et invite à l'exploration
Le thérapeute est directif dans l'exploration et la résolution de l'ambivalence
La motivation au changement n'est pas un trait de caractère du patient, mais un état qui vacille selon la qualité d'une interaction personnelle
La relation thérapeutique est plus un partenariat qu'une relation expert-patient

L'entretien motivationnel permet ainsi au patient de travailler sur ses motivations et comportements et peut ainsi permettre au patient fumeur de travailler sur ses motivations propres à fumer ainsi que sur ses motivations à arrêter de fumer, en vue d'un changement de comportement.

❖ Autres prises en charge

D'autres prises en charge peuvent avoir des effets bénéfiques quant à l'arrêt du tabac. L'homéopathie par exemple qui, malgré l'absence de données scientifiques validées, présente des effets positifs dans le sevrage tabagique en associant trois ou quatre souches en fonction des symptômes (Chevalier et al., 2015).

Tableau XI - Principales souches homéopathiques ayant une action sur le tabagisme (Chevalier et al., 2015)

Caladium seguinum 9 CH	<i>Permet de lutter contre l'anxiété, l'irritabilité, l'envie impérieuse de fumer, les vertiges</i>
Lobelia infl ata 5 CH	<i>Pour dégoûter de la cigarette 5 granules à chaque envie de fumer (en prise complémentaire)</i>
Nux vomica 9 CH	<i>Pour diminuer l'agressivité Rééquilibre les troubles psychiques</i>
Tabacum 9 CH	<i>Agit sur les diffi cultés de concentration, troubles du sommeil, troubles du transit, migraines</i>

De même, la phytothérapie, certaines plantes présentant un intérêt dans l'aide au sevrage tabagique, seules ou en association avec d'autres traitements. L'avoine par exemple qui favorise la désaccoutumance au tabac ou la valériane pour ses propriétés sédatives, donne un goût désagréable à la cigarette (Chevalier et al., 2015).

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies fait un rapport en 2018 des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac depuis 1998.

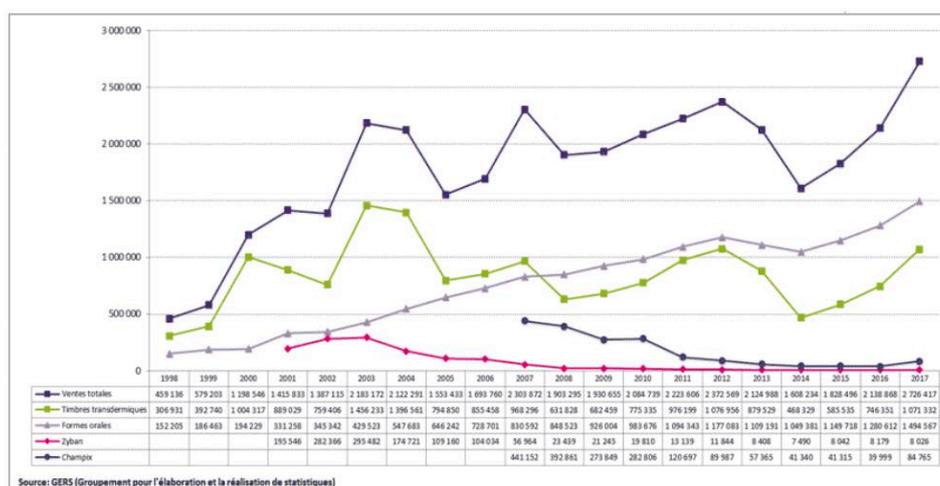


Figure 8 - Ventes de traitements pour l'arrêt du tabac - Évolution depuis 1998²⁵

²⁵ <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes-de-substituts-nicotiniques/>

On peut constater dans cette étude que le nombre « d'équivalents patients traités » pour l'arrêt du tabac a augmenté de plus de 2 millions de patients entre 1998 et 2017, passant de 459 136 en 1998 à 2 726 417 en 2017. Les propositions d'aide au sevrage tabagique, ainsi que les différents programmes de prévention semblent avoir un impact sur la volonté des fumeurs à arrêter la consommation de tabac.

Synthèse chapitre 1 : L'asthme et le tabagisme

Ce chapitre s'intéresse dans un premier temps à l'asthme qui est une maladie chronique des voies aériennes qui entraîne une obstruction bronchique réversible, suivant son niveau de contrôle et sa sévérité. Les patients asthmatiques peuvent présenter des phases d'exacerbations qui correspondent à des épisodes de majoration progressive des symptômes.

Cette maladie pneumologique est une maladie préoccupante car on compte plus de 40 000 hospitalisations en France en 2017 et l'OMS recense cette même année, 235 millions de personnes asthmatiques dans le monde.

S'il existe différents types d'asthme selon sa sévérité (asthme sévère, asthme aigu grave, asthme d'effort ou encore asthme allergique et non-allergique), les facteurs de risque de développer un asthme sont eux aussi divers et semblent résulter d'une interaction entre différents facteurs : prédisposition génétique, facteurs environnementaux, physiologiques, psycho-sociaux et comportementaux.

Au niveau de la prise en charge médicale du patient asthmatique, on retrouve principalement le recours à des bronchodilatateurs d'action rapide et la prescription de corticothérapie. L'observance thérapeutique du patient qui correspond au degré d'adéquation entre les prescriptions et recommandations médicales et le comportement du patient est alors un élément à prendre sérieusement en compte afin de permettre un meilleur contrôle de la maladie.

Une prise en charge psychologique est également possible telle que l'éducation thérapeutique qui propose justement des solutions pour encourager cette observance thérapeutique en offrant un apprentissage ciblé et spécifique des symptômes de la maladie et une aide quant à la bonne utilisation des bronchodilatateurs et autres instruments de soin.

Afin de mieux comprendre cette maladie, plusieurs modèles en psychologie de la santé s'y sont intéressés, notamment les processus transactionnels qui étudient les phénomènes de stress, de coping et de soutien social, le modèle de l'épisode du stress, l'approche psychosomatique, ou encore la psychothérapie psychanalytique corporelle.

Dans un second temps ce chapitre s'intéresse au tabagisme et le présente comme un enjeu de santé publique majeur car il tue annuellement en France 73 000 personnes, ce qui représente 13 % de l'ensemble des décès. Si plusieurs campagnes de sensibilisation et nouvelles législations sont mises en place pour encourager l'arrêt du tabac, le phénomène de dépendance tabagique - sur différents niveaux : physiologique, psychologique, comportementale - complexifie l'entreprise.

Le tabagisme figure dans le manuel des troubles mentaux (DSM 5) sous les termes de « trouble de l'utilisation du tabac ». Plusieurs études rapportent que le tabagisme est parfois associé à d'autres dépendances telles que l'alcool ou le cannabis et qu'il peut présenter certaines comorbidités psychiatriques avec notamment la schizophrénie, les troubles dépressifs, les troubles anxieux, troubles des émotions ou la bipolarité.

La psychopathologie s'intéresse à la dépendance tabagique selon différents points de vue : la psychanalyse étudie les facteurs de vulnérabilités en mettant en avant la fragilité narcissique des fumeurs, les facteurs déclenchants souvent repérés à l'adolescence et les facteurs d'entretiens par la répétition du geste permettant une certaine contenance. Le point de vue comportemental et cognitif avance entre autres que le tabagisme résulte d'un conditionnement opérant c'est-à-dire que le comportement est fonction de ses conséquences.

Dans un troisième temps, l'intérêt est porté sur les liens qu'entretiennent asthme et tabagisme, liens d'autant plus importants que l'augmentation de la prévalence de l'asthme serait en partie due au tabagisme et que près de la moitié des asthmatiques sont fumeurs actifs ou anciens fumeurs. En effet selon les études on retrouve une prévalence du tabagisme chez les patients adultes asthmatiques qui avoisine les 30 à 40 %. Ce constat n'est pas sans conséquence sur l'asthme car la simple exposition à la fumée de cigarette est susceptible de déclencher une crise d'asthme. Aussi, on constate que l'asthme chez le fumeur est plus sévère et le contrôle de la maladie plus compliqué que l'asthme du non-fumeur. Du point de vue de la génétique, associer l'asthme et la consommation de tabac n'est pas neutre car le tabac tendrait à modifier le récepteur beta-2-adrenergique qui est en cause dans l'asthme. Enfin, on constate que les patients asthmatiques fumeurs ont davantage besoin d'avoir recours à la ventilation assistée que les asthmatiques non-fumeurs. Tout espoir n'est pourtant pas perdu car une amélioration fonctionnelle est possible par l'arrêt du tabac. Il n'est donc jamais trop tard pour arrêter de fumer et cela entraîne des bénéfices sur la mortalité et morbidité.

Toutefois le sevrage tabagique n'est pas chose aisée pour le fumeur qui passe par différentes étapes : la motivation, l'aide à l'arrêt, le syndrome de sevrage, la prévention des rechutes. Des prises en charge sont proposées, au niveau médical, mais également au niveau psychologique via les thérapies cognitives et comportementales ou l'entretien motivationnel par exemple.

CHAPITRE 2 – ASTHME ET ÉMOTIONS : DES ÉMOTIONS À L’ALEXITHYMIE

1. Définitions de l’émotion

1.1.Émotion

Du latin *ex movere*, l’émotion signifie initialement *mettre en mouvement*. Nombreux sont les auteurs, appartenant à des disciplines différentes qui se sont intéressés à ce phénomène (Fernandez, 2009), qui étant en mouvement justement et intime à chaque personne est complexe à saisir. Plusieurs auteurs se succèdent pour proposer une définition de l’émotion.

Le neurobiologiste Dantzer (2002) propose une définition de l’émotion présentant trois aspects : « *Il s’agit de processus mentaux complexes comprenant plusieurs composantes, une expérience subjective (en prenant l’exemple de la tristesse, il s’agirait du sentiment de peine), une expression communicative (faire la moue) et des modifications physiologiques (picotements dans la gorge)*. Soulignons que ces trois aspects ne peuvent être pris séparément, car c’est la somme de ces manifestations qui traduisent au mieux l’émotion ressentie.

Selon Anzieu, Doron et Parot (2000), l’émotion “*est un état particulier survenant dans des conditions indéfinies (une situation dite émotionnelle) accompagnée d’une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales*”.

Ou encore, selon Sillamy (2003), l’émotion renvoie à « *une réaction globale, intense de l’organisme à une situation inattendue accompagnée d’un état affectif de tonalité pénible ou agréable* ».

Chaque discipline étudie le concept d’émotion selon les spécificités propres au domaine d’étude. Ainsi certains chercheurs s’intéressent aux manifestations émotionnelles en axant l’analyse sur le discours, d’autres s’orientent davantage vers l’observation de l’activité corporelle (Léglise, Pommier et Fernandez, 2015).

Scherer (2005) propose cinq dimensions renvoyant aux manifestations émotionnelles.

Tableau XII - Dimensions des manifestations émotionnelles selon Scherer (2005)

Dimensions des manifestations émotionnelles	Exemple
Pensées suscitées par un événement interne ou externe	<i>Véhicule roulant à vive allure, souvenir pénible</i>
Modifications neuro-physiologiques	<i>Activation du circuit de la récompense</i>
Modifications neuro-végétatives	<i>Modification du fonctionnement digestif</i>
Tendances à l'action	<i>Continuum entre fuite et combat</i>
Modifications expressives et comportementales	<i>Mimiques faciales, posture, intonation de la voix</i>
Expérience subjective à partir du ressenti du sujet	

Plusieurs auteurs s'accordent sur une distinction entre deux catégories d'émotions (Philippot, 2011 ; Rusinek, 2004, Larivey, 2002). On retrouve alors d'une part les émotions *stricto sensu* appelées émotions de base que sont la peur, la joie, la colère, la tristesse, la surprise et le dégoût, qui sont caractérisées par des manifestations réflexes, universelles, innées, et a-culturelles ; et les émotions mixtes, plus élaborées et nécessitant une évaluation cognitive, telles que la honte, la jalousie, l'humilité, la tendresse, le mépris.

1.2.Le processus émotionnel

L'émotion est souvent présentée comme ayant plusieurs facettes. Philippot (2011) propose un modèle descriptif présentant chacune de ces facettes.

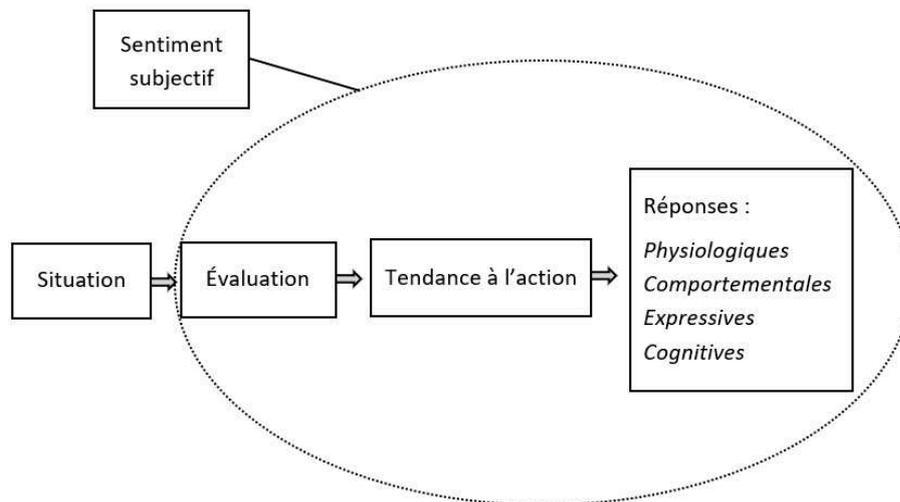


Figure 9 - Les composantes du processus émotionnel (Philippot, 2011)

Ce schéma propose en première instance, une situation ou un élément particulier qui se voit conférer une signification émotionnelle, on parle alors de *stimulus émotionnel*. La situation est objective et clairement identifiable. Les étapes suivantes sont de l'ordre du

sentiment subjectif. En effet, l'évaluation de la situation ou de l'objet objectivable est appelée *évaluation émotionnelle*, elle constitue une condition nécessaire à l'émotion. Cette évaluation est pertinente en clinique, car l'évaluation que la personne va faire de l'objet est différente et propre à chacun. L'exemple le plus parlant est sûrement celui de la phobie, où un objet souvent perçu comme anodin pour beaucoup, tel qu'un pigeon provoque une peur extrême chez le phobique. Lorsque la signification émotionnelle est activée, c'est-à-dire quand la personne a évalué la situation, l'organisme réagit immédiatement et dans toutes ses composantes pour faire face au défi que constitue le caractère émotionnel de la situation (danger à éviter, opportunité à saisir, obstacle à détruire). Ainsi le corps prépare sa réponse, sa réaction : fuir, se cacher, s'approcher, etc. Il s'agit de la *tendance à l'action*. Si cette tendance à l'action est suffisamment activée, se déclenchent alors une ou plusieurs *réponses émotionnelles* à différents niveaux : physiologique (battement du cœur qui s'accélère), comportemental (mouvement de recul par exemple pour le phobique), expressif (expression du visage) et cognitif (l'attention du phobique va se concentrer sur l'objet phobogène).

En somme, les émotions regroupent un ensemble de phénomènes très variés qui mobilisent plusieurs facettes de l'être humain, au niveau psychologique, physiologique, cognitif. Nous pouvons également souligner qu'une caractéristique importante de l'émotion est que tous ces processus sont en interaction les uns avec les autres. Plusieurs auteurs s'intéressent de ce fait aux multi-niveaux des processus émotionnels.

Philippot (2011) propose le modèle Associatif, Conceptuel et Schématique des émotions (MACS), qui est un modèle cognitif multi-niveaux des émotions. Il s'appuie sur plusieurs modèles plus anciens notamment celui de Leventhal (1979) qui semble être le précurseur de la théorie des multi-niveaux des processus émotionnels ; le modèle des sous-systèmes en interaction de Barnard et Teasdale (1991) ; le Schematic model, Propositional, Associative, and Analogue Representational Systems de Power et Dalgleish (1997).

Une première version du modèle ACS est proposée sous l'appellation « *théorie bi-mnésique des émotions* » (Philippot et al., 2003a ; Philippot et al., 2004 ; Philippot et al., 2006).

Ce modèle ACS présente différents systèmes que nous allons présenter :

Le système des réponses corporelles : dès la naissance il existe des systèmes innés qui régissent les premiers phénomènes émotionnels. Des circuits neuronaux organisent des

patterns de réponses permettant la survie et la vie sociale, ainsi que le développement de l'être humain. Keating et al. (2003) rapportent des exemples de situation où les patterns de réponse sont activés : des indices perceptifs de perte de soutien entraînent automatiquement l'activation du pattern corporel de panique chez le bébé.

Le système perceptif : Toute information reçue est, dans un premier temps, décodée par le système perceptif. Il s'agit d'un traitement automatique d'extraction des composantes perceptives de base à partir d'indices visuels. Ce traitement est général et n'est pas en soi proprement émotionnel. Ce système est en parti inné et donc certaines informations sensorielles sont traitées dès la naissance, puis à l'âge adulte, ce système est en lien avec deux autres : le système associatif et le système de reconnaissance d'objet.

Le système associatif : ce système se développe rapidement après la mise en actions des premières connexions entre système perceptif et systèmes de réponse corporelle. On peut citer un exemple chez le nouveau-né : l'odeur du parfum de la mère (assimilé par le système perceptif) peut être associé à un pattern de détente et de bien-être physique (au niveau du système des réponses corporelles) chez le bébé. Ce phénomène opère tout au long de la vie et sur des objets divers. Chez le fumeur par exemple, l'odeur de la cigarette, ou encore la vue d'un paquet de cigarette ou encore le geste de fumer peut facilement être associé à un pattern de détente, de relaxation.

Le système conceptuel : Les systèmes présentés précédemment sont assez simples et interviennent dès les premiers jours de vie. Avec le développement des systèmes perceptifs et la maturation cognitive, des processus plus complexes, élaborés, s'installent et laissent place à un système de reconnaissance d'objet. Ces objets permettent la formation de concepts et d'images mentales dans le système conceptuel. Ce système s'enrichi de nos expériences, de ce que nous apprenons, lisons, vivons. Watkins (2008) rapporte que lors des ruminations émotionnelles, c'est-à-dire lorsque l'on essaye de lier nos émotions à notre vécu personnel, nous cherchons à comprendre les causes et les conséquences de nos émotions. Ce système rend possible un traitement analytique de l'information car permet de penser consciemment à ses émotions, de les exprimer verbalement.

Le système schématique : il s'agit de constructions dynamiques (car en perpétuel changement et adaptation) de modèle de soi et du monde. Selon Power (2010) les schémas sont fluctuants car ce sont des représentations dynamiques qui intègrent au fur à mesure les états des systèmes associatifs et conceptuels.

1.3.Émotion, sentiment, affect et concepts voisins

Sifnéos, un psychiatre américain que nous évoquerons plus largement dans la partie consacrée au concept qu'il a lui-même découvert : l'alexithymie, propose de faire la distinction entre émotion, sentiment et affect.

Selon Sifnéos (1977), l'émotion est la dimension biologique de l'affect : « *visceral emotions* », l'émotion s'exprime alors par des moyens comportementaux. Le sentiment représente l'aspect psychologique de l'affect : « *feeling* » qui a la particularité d'être absent chez les animaux. Et enfin, l'affect est un état interne avec des composantes biologiques et psychologiques, il est le produit de l'émotion et du sentiment.

Les chercheurs s'accordent actuellement sur un classement des concepts voisins de l'émotion, dans lequel on retrouve les concepts d'états affectifs, affects, états émotionnels, humeur, tempérament, sentiment et passion (Fernandez, 2009b).

Tableau XIII - Émotions et concepts voisins. Fernandez (2009)

États affectifs	Ils dépendent d'un équilibre entre deux tendances opposées : agréable/désagréable, plaisir/déplaisir). Le comportement sera alors sans cesse tiré vers un besoin fondamental de recherche de plaisir. Nos états affectifs permettent de renseigner sur les préférences et les aversions.
Affect	Tonalité du sentiment, agréable ou désagréable qui accompagne une idée ou une représentation. Les affects expriment les nuances du désir, du plaisir et de la douleur. Ils sont des manifestations externes, visibles et observables des états émotionnels.
États émotionnels	Débutent comme des émotions de base, mais qui persistent au-delà de la cause qui a provoqué l'émotion. L'état émotionnel commence souvent dans l'anticipation et se poursuit durant l'événement (Chapot, 2005).
Humeur	État affectif qui dure relativement longtemps par rapport à l'émotion. L'humeur s'installe peu à peu tandis que l'émotion apparaît brutalement. L'humeur peut être considérée comme un état chronique (Besche-Richard et al., 2006). Les variations pathologiques de l'humeur peuvent s'orienter vers du négatif comme pour l'humeur dépressive, dans un sens positif comme pour l'humeur expansive ou encore dans le sens d'une indifférence, on parle alors d'humeur athymique.
Tempérament	Ensemble de traits innés ou de dispositions particulières qui caractérisent une personne psychologiquement : colérique, passionné, anxieux et physiologiquement : chétif, solide, robuste.
Sentiment	Plus durable que l'émotion et moins violent que la passion, le sentiment renvoie à un état affectif assez complexe, stable et durable, composé d'éléments intellectuels, émotifs, moraux et imaginatifs, qui persistent en l'absence du stimulus. Le sentiment peut concerner le <i>soi</i> , comme avec l'orgueil, la jalousie ; ou renvoyer à <i>autrui</i> avec des sentiments tels que l'amour, la haine, l'envie.
Passions	Sentiments d'intensité excessive et contraignante, apparentés aux états de dépendance affective, qui caractérisent les addictions pas exemple (passion du jeu, passion amoureuse, etc.)

1.4.Fonctions des émotions

Plusieurs fonctions ont été attribuées aux émotions. D'une part une fonction adaptative permettant à l'homme, mais également à l'animal, de favoriser sa propre survie (Philippot, 2011). Reconnaître le caractère nocif d'un prédateur semble indispensable pour réagir et se sauver. Par exemple la peur nous permet de détecter les éléments menaçants que l'on peut rencontrer dans l'environnement et ainsi réagir en conséquence au danger annoncé. De même que la colère augmente le tonus musculaire et peut nous permettre de réagir, de se défendre plus efficacement face au danger (Mikolajczak et Bausseron, 2013).

Les émotions semblent également jouer un rôle dans l'évaluation de l'environnement. La dichotomie *agréable-désagréable* permet de catégoriser et ainsi de motiver une action, de l'orienter.

D'autre part, l'émotion a valeur de signal, l'individu peut se fier à l'expression faciale de son interlocuteur afin de juger s'il semble plutôt joyeux, triste, en colère, surpris, etc. par la conversation ou action en cours et ainsi ajuster son propre comportement (Dantzer, 2002 ; Luminet, 2002). Ainsi les émotions ont une fonction à jouer au niveau des interactions sociales, les émotions facilitant les relations en communiquant un ensemble d'informations sur les besoins des protagonistes et permet alors une adaptation (Mikolajczak et Bausseron, 2013).

1.5.La régulation émotionnelle

Plusieurs auteurs ont proposé une définition de la régulation émotionnelle (Eisenberg, et al., 2000 ; Koole, 2009 ; Thompson, 1994 ; Walden et Smith, 1997). La définition proposée par Gross (Gross, 2013 ; Gross et John, 2003 ; Gross et al., 2011) synthétise les différents aspects mis en avant dans les diverses définitions. Selon cet auteur, la régulation émotionnelle se définit comme : « *un processus dont le but est d'augmenter ou de diminuer la fréquence d'apparition, l'intensité ou la durée des états émotionnels* » (El bèze Rimasson et al., 2018). On retrouve dans la notion de régulation émotionnelle des processus cognitifs et comportementaux tels que le déploiement attentionnel, l'identification et la compréhension des émotions, les modifications des manifestations physiologiques et de la réponse comportementale (Aldao et al., 2010 ; Berking et al., 2008 ; Gross, 1998 ; Koole, 2009).

En évoquant la régulation émotionnelle, on peut se demander s'il s'agit d'un processus en deux temps ou si les phénomènes émotionnels sont par essence régulateurs (Philippot, 2011).

Dans le premier cas de figure, il s'agit de percevoir l'émotion comme activité à laquelle ferait suite d'autres processus en vue de la réguler. Par exemple, si je suis triste car j'ai rencontré une situation douloureuse, je suis submergé par l'émotion de tristesse puis je vais essayer de réguler l'émotion en en parlant à des amis, en reprenant mon souffle, en prenant du recul. On retrouve cette idée dans la psychologie positive où l'on va tenter de développer davantage, d'insister sur les émotions positives et où l'on va au contraire réguler à la baisse, supprimer les émotions négatives (Campos et al., 2004 ; Seligman et Csikszentmihalyi, 2000).

Dans le second cas de figure, les émotions sont perçues comme régulatrices par essence. Nous avons en effet évoqué plus tôt les différentes facettes de l'émotion, notamment l'évaluation et la tendance à l'action. Ces deux facettes ont pour fonction d'accorder au mieux les buts et désirs qui animent l'organisme et la personne, aux nécessités ou opportunités qu'impose l'environnement. Dans cette perspective, les émotions sont des principes régulant les interactions entre un individu et son environnement.

Selon Gross (2002) la régulation émotionnelle renvoie aux « *processus par lesquels les individus influencent quelles émotions ils ont, quand ils les ont et comme ils éprouvent et expriment ces émotions* ». Cet auteur suggère que les antécédents désignent les différents processus qui vont amener l'évaluation émotionnelle et qui vont être déterminant dans le choix de la tendance à l'action. La régulation émotionnelle centrée sur les antécédents peut alors prendre différentes formes telles que :

- **La sélection de la situation**, c'est-à-dire le fait d'approcher ou d'éviter certaines situations, contextes, personnes ;
- **La modification de la situation** qui renvoie au fait de changer la situation pour modifier l'impact émotionnel ;
- **Le déploiement attentionnel** qui correspond au fait de centrer son attention sur tel ou tel aspect de l'objet afin de ne considérer que certains des aspects émotionnels ;
- **Le changement cognitif** où l'individu peut choisir d'interpréter la situation de la manière qu'il le souhaite, comme lorsque nous donnons une signification différente à un

même comportement (mon interlocuteur fronce les sourcils, c'est un signe de concentration, ou bien c'est un signe de colère me témoignant qu'il n'est pas en accord avec mon propos).

Si ces processus semblent se jouer à un niveau individuel, la régulation émotionnelle intervient également à un niveau social. En effet les émotions sont souvent partagées, communiquées. Plusieurs enquêtes en laboratoire suggèrent que nous avons une tendance importante à parler de nos émotions, ce phénomène est baptisé « *partage social de l'émotion* » (Rimé, 2005).

Nous pouvons également parler de régulation émotionnelle à un niveau développemental. En effet les émotions constituent la première source de motivation dans les interactions entre le nouveau-né et son environnement. Et *vice versa* car ce sont les pleurs et les sourires des bébés qui encouragent l'action de l'entourage. Ces expériences interactives permettent au nouveau-né d'acquérir certains apprentissages et permettent ainsi son développement. Campos et al. (2004), sur une base d'analyse développementale, avancent qu'émotion et régulation sont fonctionnellement indissociables.

Lorsque la régulation émotionnelle est étudiée sous l'angle de la psychopathologie, l'expérience émotionnelle est perçue dans le cas de pathologies données ; il existe alors des troubles de la régulation des émotions dans la schizophrénie, les pathologies neurologiques ou encore dans les addictions.

1.6. Les émotions pathologiques

Dans le champ de la psychopathologie de l'émotion, les auteurs s'intéressent à l'expérience émotionnelle « *troublée* », telle qu'on la retrouve dans l'anhédonie ou l'alexithymie par exemple, qui sont des dysfonctionnements émotionnels observés dans différentes entités cliniques (Sheppes, Suri, Gross, 2015 ; Tabibnia, Zaidel, 2005).

Philippot et al., (2003) rapportent qu'en psychopathologie, les symptômes émotionnels peuvent recouvrir différents cas de figures. Ils proposent une distinction de quatre cas de figures. Les deux premiers concernent l'activation émotionnelle et les deux suivants l'expression émotionnelle. Ces différents types sont rapportés et expliqués dans le tableau ci-dessous.

Tableau XIV - Les quatre types d'émotions pathologiques. D'après les travaux de Philippot (2011).

	<i>Type d'émotions pathologiques</i>	<i>Définition</i>	<i>Exemple</i>
<i>Déficit concernant l'activation émotionnelle</i>	Suractivation émotionnelle	L'émotion est suractivée de manière chronique	Trouble anxieux
	Sous-activation émotionnelle	Émotion sous-activée de manière chronique	Anhédonie
<i>Déficit concernant l'expression émotionnelle</i>	Inhibition émotionnelle	L'émotion est inhibée, le processus de déclenchement de l'émotion est actif mais l'expression est réprimée (de manière consciente ou inconsciente)	La dissociation : dans une situation émotionnelle trop menaçante, l'individu bloque tout ressenti émotionnel (Bates, et al., 2003)
	Déficit de compétence émotionnelle	Difficultés émotionnelles résultant d'un déficit de compétences sociales émotionnelles : l'individu ne sait pas comment exprimer son émotion, sans chercher à l'inhiber.	Alexithymie

C'est principalement sur l'alexithymie, qui renvoie donc à un déficit concernant l'expression émotionnelle que nous allons centrer notre propos.

2. L'alexithymie

2.1.Naissance du concept d'alexithymie

Avant l'apparition du mot « alexithymie », d'autres termes évoquaient un déficit analogue lié aux émotions. Freedman et Sweet (1954) parlent « d'illettrés émotionnels » pour décrire des patients psychosomatiques qui sont dans l'incapacité d'exprimer leurs affects, leurs sentiments. Marty et M'Uzan (1963) emploient le concept de « pensée opératoire » pour évoquer des patients ayant des troubles de la vie imaginaire et de l'expression des affects. Sous un autre angle, ce concept de pensée opératoire sera repris dans la description et définition de l'alexithymie. Nemiah et Sifnéos (1970) dans plusieurs études décrivent des traits reconnus aujourd'hui comme caractéristiques de l'alexithymie, mais sans les placer sous

ce terme. C'est finalement en 1972, lors de la IX^e conférence européenne de la psychosomatique à Vienne que Sifnéos propose ce terme : « *For lack of a better term, I proposed the word alexithymic* ».

2.2.Définition

L'alexithymie est un néologisme proposé par Sifneos (1973) désignant un trouble dans le traitement des émotions. L'étymologie nous permet de comprendre le choix de ce terme : a = absence ; lexis = mot ; thymos = humeur, affectivité, émotion. Ce concept ne désigne pas une absence de manifestations somatiques de l'émotion, mais une difficulté à la reconnaître, la distinguer et la verbaliser (Zimmermann et al., 2008). Il s'agit d'un mode particulier de gestion de la vie émotionnelle, d'une forme de « déficit dans le traitement cognitif des émotions » (Lecours et al., 2009). Ainsi, les sujets rapportent ne rien ressentir ou ne pas savoir ce qu'ils ressentent et seraient dans l'incapacité de discriminer et de mentaliser les émotions négatives (Jouanne et al., 2005).

Cette notion s'articule autour de quatre principaux axes (Corcos et al., 2003 ; Taylor, 1997 ; Pedinielli, 1992). :

- Difficulté à identifier et distinguer les états émotionnels
- Difficulté à exprimer verbalement ses émotions et sentiments.
- Une vie imaginaire limitée, le sujet alexithymique rêverait peu et le contenu des rêves se révélerait pauvre (Pedinielli, 1992). Levitan (1981) propose une classification des rêves évoquant ceux que l'on observe dans l'alexithymie (Pedinielli, 1992) : l'absence d'éprouvés d'un personnage malgré la situation traumatique, expérience traumatique abyssale, mais ne réveillant pas le sujet, les émotions sont attribuées à une autre personne et enfin les préoccupations et situations restent extérieures au sujet, ne semblant pas l'atteindre.
- Une pensée pragmatique, un mode d'expression descriptif où le sujet alexithymique évoque plus volontiers les aspects triviaux des événements plutôt que de les élaborer (Corcos et al., 2011). L'alexithymique présente ainsi un mode de pensée tourné vers l'extérieur, traduisant une pensée plutôt opératoire.

Un cinquième axe est parfois évoqué : le recours à l'action pour éviter les conflits ou exprimer les émotions (Pedinielli, 1992). Mais ce critère n'est pas autonome, car fait écho au trouble de la fonction imaginaire évoqué précédemment.

Ainsi, l'alexithymie serait liée à un faible niveau de conscience émotionnelle (Bochand et al., 2010), processus qui fait l'objet d'une maturation et qui se définit par la capacité à se représenter son propre éprouvé émotionnel et celui d'autrui (Pasquier et al., 2010). La verbalisation du ressenti reflète la manière dont est structurée la conscience émotionnelle.

Une approche multidimensionnelle de l'alexithymie est actuellement privilégiée, dans laquelle on retrouve une dimension émotionnelle qui correspond à une difficulté à identifier et à décrire les émotions et une dimension cognitive qui renvoie à la limitation de la vie imaginaire (Luminet, 2002). Fargès et Fargès (2002) soulignent que contrairement à la dimension cognitive, dans sa dimension émotionnelle, l'alexithymie apparaît comme thymodépendante (Bréjard et al., 2011).

2.3. Alexithymie primaire et secondaire (trait – état)

Lorsque Sifnéos découvre et nomme l'alexithymie au début des années 1970, il suppose que le déficit est lié à un arrêt total ou partiel du développement du corps calleux ou de la commissure antérieure; proposant ainsi une étiologie neuropsychologique de l'alexithymie.

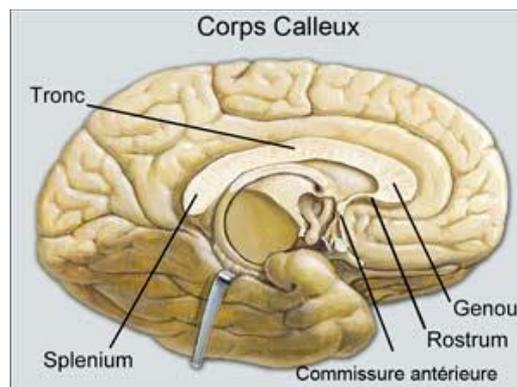


Figure 10 - Rôle du corps calleux et de la commissure antérieure dans l'alexithymie²⁶

26

https://www.google.com/search?q=corps+calleux&rlz=1C1CHBF_frFR786FR786&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjQ9PmJqZHiAhVUAWMBHUWuDdQQ_AUIDigB&biw=1366&bih=625#imgrc=ogsIF5B GrguVUM:

Le point de vue de Sifnéos s'appuie ici sur la conception de l'affect comme le propose Damasio (1995). L'affect présente deux versants : l'un biologique qui est l'émotion et l'autre psychologique, le sentiment. Dans cette perspective neurobiologique, l'alexithymie rejoint l'aphasie émotionnelle décrite par Damasio qui est « *une incapacité de convertir une séquence en symboles et organisations grammaticales qui forment le langage* ».

Cette première découverte par Sifnéos propose une vision neuropsychologique de l'alexithymie. Freyberger (1977) propose de distinguer l'alexithymie primaire, qui s'appuie sur cette vision neurobiologique, d'une alexithymie secondaire qui est d'ordre psychologique. Elle peut soit être liée à une expérience traumatique « *dévastatrice subie à l'âge préverbal* » qui rendrait l'enfant incapable d'exprimer ses émotions par le langage (Sifnéos, 1995) ou bien être liée à un état d'angoisse suscitée par une maladie somatique. (Corcos et al., 2003). Le trouble alexithymique est alors lié à des affections psychosomatiques.

Sifnéos rajoute qu'outre un contexte psychosomatique, le trouble alexithymique peut se retrouver également chez des patients ayant subi un stress post-traumatique (PTSD), ayant une dépendance à la drogue, au tabac, à l'alcool ou encore chez des patients anorexiques, boulimiques ou sociopathes. Dans ces cas l'alexithymie correspond à « *un mécanisme homéostatique permettant une fonction d'adaptation face à une situation d'adversité* » (Montreuil, et al., 1991).

Ainsi, l'alexithymie primaire est perçue comme facteur de risque pour certaines pathologies organiques ou psychiatriques et donc existe avant l'apparition du trouble et l'alexithymie secondaire correspond à une conséquence de la maladie (Loas, 2010).

De plus, des études prospectives sur les pathologies psychiatriques mettent en avant que l'alexithymie serait un facteur pronostic, par exemple comme facteur de récurrence chez les patients alcoolodépendants (Loas, 2010). Speranza et al. (2011) proposent une étude sur trois ans dans laquelle ils mettent en lien les troubles des conduites alimentaires et une moindre amélioration des symptômes chez les patients présentant des difficultés à identifier leurs sentiments.

On parle également de la distinction entre alexithymie trait ou état. En effet, l'alexithymie peut être abordée comme trait, ce qui correspond à l'alexithymie primaire, ou comme état qui renvoie à l'alexithymie secondaire.

Les recherches qui s'intéressent aux liens entre alexithymie et dispositions de la personnalité vont dans le sens d'une alexithymie trait (Pardinielli, 2000). Aussi, d'autres

travaux montrent que l'évolution des symptômes anxieux et dépressifs ne semble pas avoir d'impact sur l'intensité de l'alexithymie.

À l'inverse, chez certains sujets, l'amélioration de variables psychologiques, en lien avec leur état de santé engendre une diminution du score de l'alexithymie. Cela oriente davantage le chercheur vers une conception d'une alexithymie état.

En d'autres termes, nous retrouvons une distinction entre une alexithymie primaire sous-tendue par l'hypothèse d'un facteur biologique inné prédisposant à l'apparition et au développement d'un trouble psychosomatique par l'inhibition de l'expression émotionnelle ; et une alexithymie secondaire correspondant à un état secondaire à l'angoisse suscitée par une maladie somatique grave ou par un traumatisme psychique ou psychologique important (Fernandez, 2006).

Face à cette dichotomie, Berthoz (2000) précise que l'alexithymie comprend différents facteurs qui n'évoluent pas de la même manière et qu'il existe en somme plusieurs façons d'être alexithymique. Ainsi, elle peut être un trait de personnalité pour certains ou bien associée à des états pathologiques pour d'autres.

Si l'alexithymie est primaire, il faut penser ce trouble de la gestion de la vie émotionnelle comme un facteur de vulnérabilité qui prédisposerait l'individu à l'abus de substances. Si l'alexithymie est secondaire, elle peut être perçue comme un processus adaptatif à une maladie chronique ou à des événements de vie stressants (Freyberger, 1977 ; Guilbaud et al., 2002 ; Jouanne et al., 2005).

2.4.Modèles explicatifs et facteurs de vulnérabilité

2.4.1. Facteurs socio-culturels

Certains auteurs se questionnent sur l'origine et la cause de ce déficit émotionnel, serait-ce une modalité de fonctionnement psychique propre à l'Occident ? Cette hypothèse est soutenue par trois axes (Corcos et al., 2011) :

- Un changement de contexte socio-culturel ne pourrait-il pas engendrer une difficulté similaire à l'alexithymie ? Ne pas connaître la langue et la culture priverait la personne de traduire et d'exprimer ses émotions le laissant ainsi dans une situation d'alexithymie fonctionnelle.

- Une société d'agir qui, ne laissant pas de place à l'imagination, transforme désirs et mystères en action et non plus en objet possiblement sublimés. La promesse de dialogue, de rencontre se heurte à une réalité du quotidien dans l'action laissant apparaître « *un noyau dépressif et anxiogène qui ronge le sens de la vie* ».

- L'alexithymie comme défense, comme processus mis en place pour « *faire face* ». Il s'agirait ainsi d'un mode de résistance contre une sorte de désert intérieur (Pirlot, 2009). L'alexithymie permettant ainsi « *d'assumer* » l'insécurité de sa vie affective, un sentiment de solitude malgré les diverses sollicitations de l'environnement, phénomène notamment encouragé par les réseaux sociaux. On pourrait alors reprendre le terme du sociologue américain qui parle d'un sentiment de « *solitude dans la multitude* » (Riesman, 1950).

2.4.2. Modèles neurologiques et cognitifs

Deux modèles se dégagent principalement dans une vision neurologique de l'alexithymie. Un premier modèle met en avant une transmission « *verticale* » défailante des informations entre système limbique et néo-cortex. Et un second modèle s'appuyant sur la spécialisation hémisphérique, met en cause une transmission « *horizontale* » (Pardinielli, 1992).

Le modèle originaire, présenté précédemment, est proposé par l'École de Boston (Sifnéos, 1975 ; Némiah, 1970). Les auteurs mettent en cause une transmission verticale où l'alexithymie « *dépend d'un blocage du passage de l'influx nerveux entre les aires du cerveau : celles qui sont liées à l'activation somatique et celles qui suscitent la prise de conscience des sentiments* » (Luminet et al., 2013).

Puis dès la fin des années 1970, d'autres études, s'appuyant sur la spécialisation hémisphérique, mettent en cause une mauvaise connexion inter-hémisphérique. Une connexion défailante entre les deux hémisphères du cerveau entraîne une transmission d'information réduite et une perte de la capacité à exprimer ses émotions car l'hémisphère droit est impliqué dans la perception et l'expression non-verbale des émotions et l'hémisphère gauche dans le fonctionnement verbal (Luminet et al., 2013). L'étude de Hoppe et Bogen, en 1977, en observant ce phénomène de mauvaise transmission horizontale, parle de patients dits « *commissurés* » présentant une capacité imaginaire réduite, des difficultés dans la description des émotions et un style de pensée opératoire. De même dans l'étude de Parker et al. (1999), les auteurs pointent des différences dans une tâche validée pour l'évaluation de la

communication entre hémisphères droit et gauche — *tactile finger localization task*, entre sujets alexithymiques et non-alexithymiques.

Les avancées en neuro-imagerie fonctionnelle²⁷ permettent une connaissance plus précise de l'étiologie neurologique de l'alexithymie. Ainsi dans l'étude de Berthoz et al. (2002), les auteurs demandent aux participants de regarder simplement des images émotionnelles. Les résultats avancent que l'activation des zones cérébrales face à une image positive ou négative est différente chez les sujets alexithymiques par rapport à des sujets non-alexithymiques. Cette étude trouve son originalité dans le fait de distinguer l'activation selon la valence des images : plus d'activité lorsque l'image est positive chez les sujets alexithymiques et moins d'activation lorsque la valence est négative.

Cette étude et d'autres par la suite (Mantani et al., 2005 ; Mériaux et al., 2006 ; Pouga et al., 2010) soulignent l'influence du cortex cingulaire et de l'insula comme « *les bases neurales des déficits émotionnels et sociaux impliqués dans l'alexithymie* » (Luminet et al., 2013). D'autres régions sont mises en cause telles que l'amygdale ou le cortex orbito-frontal (Wingbermüle et al., 2012) de par leur implication dans le traitement des émotions.

Des biais cognitifs seraient en cause dans l'apparition de symptômes alexithymiques tels que des « *biais de traduction et de représentation des états émotionnels* » (Luminet et al., 2008), c'est-à-dire que la représentation symbolique des émotions ferait défaut. On retrouve également des biais *d'interprétation* qui correspondent à une incapacité de régulation des émotions par des processus mentaux. Ceci peut engendrer à plus long terme, des plaintes somatiques et des troubles somatiques tels que l'hypertension essentielle (Jula et al, 1999) ou des troubles gastro-intestinaux (Porcelli et al., 1999).

Enfin, des aspects génétiques sont aussi avancés comme facteur prédictif de l'alexithymie (Jorgensen et al., 2007 ; Picardi et al., 2011). L'allèle Met serait en cause (Swart et al., 2011), allèle qui est associé à la régulation des émotions et la difficulté à distinguer des émotions (Drabant et al., 2006). Cet aspect, par la stabilité de l'expression génétique, peut alors soutenir l'hypothèse de l'alexithymie comme trait de personnalité stable.

²⁷ Neuro-imagerie fonctionnelle : Techniques médicales permettant l'enregistrement de l'activité cérébrale en direct en fonction des tâches réalisées par le patient. Ces techniques permettent d'identifier les régions du cerveau qui s'activent à un moment donné. La technique la plus connue est l'IRMf — Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (Luminet et al., 2013).

2.4.3. Modèles psychopathologiques

Le modèle neurologique et cognitif présenté précédemment, renvoie à l'alexithymie primaire, tandis que le modèle psychopathologique dont il est question dans cette partie renvoie à l'alexithymie secondaire, car constitue un état transitoire réactionnel à un traumatisme (Corcos et al., 2003).

Le courant psychanalytique semble être à l'origine du concept d'alexithymie, car le premier à développer le modèle de la pensée opératoire est à l'origine de l'alexithymie (Pedinielli, 1992). Marty et M'Uzan (1963) utilisent le terme *pensée opératoire* pour désigner un mode de pensée utilitaire qui ne laisse pas de place aux fantasmes. Ils observent des patients qui sont « *davantage les témoins que les acteurs de leur propre existence. Ils adhèrent particulièrement à tout ce qui est en relation avec les aspects les plus concrets et pragmatiques de l'existence* ».

Nombre d'auteurs se penchent sur ce concept pour en expliquer les fondements. Krystal (1988) souligne les manquements dans le rôle maternel au niveau du « *développement de la capacité de rêverie et d'hallucination du bébé* » (Corcos et al., 2003). Dans ce même esprit, McDougall (1991) insiste particulièrement sur les interrelations précoces mère-enfant, où la mère permet d'accorder réalité interne du bébé et monde extérieur. Lorsque le bébé rencontre des difficultés dans cette relation mutuelle, des difficultés à se représenter psychiquement ce qu'il éprouve, cela peut favoriser un fonctionnement alexithymique. De même, lorsqu'il y a défaut au niveau du *handing* et du *holding* maternel (Winnicott, 1992). McDougall (1991) explique en ces termes : c'est « *comme si les particularités personnelles du bébé se révélaient trop différentes de ce que la mère attend ou de ce qu'elle est capable de supporter, compte tenu de son état du moment.* » Dans cette perspective, l'alexithymie apparaîtrait comme phénomène de « *freezing* », c'est-à-dire de « *gel* », que l'on pourrait qualifier de gel émotionnel où les pulsions ne parviennent plus à être mentalisées, élaborées.

Le modèle psychanalytique comprend l'alexithymie comme « *résultat de la gestion laborieuse de conflits intrapsychiques* » (Corcos et al., 2003).

L'approche psychodynamique présente un modèle « conflictuel », dans le sens où les mécanismes de défense tels que le déni et la répression sont davantage présents que d'autres, permettant ainsi à l'individu de se protéger des affects qu'il perçoit comme menaçants (Alexander, 1950 ; 1951). D'autre part, l'approche psychodynamique décrit les personnes

alexithymiques comme incapables de s'investir ou d'investir les autres psychiquement. « *Ils répondent par la somatisation à tout conflit psychique comme par ailleurs à toute douleur morale* » (Luminet, 2013).

Si la relation mère-bébé a déjà été mise en cause par les théories psychanalytiques sur l'alexithymie, l'approche développementale se base également sur cette relation. Un développement anormal de l'enfant et des perturbations dans les relations précoces de l'enfant avec sa mère sont mis en avant dans cette approche (Luminet et al., 2013).

La compréhension de la signification des expressions émotionnelles de l'enfant par sa mère est essentielle. Du point de vue du bébé également, il va utiliser les expressions faciales et comportements de sa mère comme source d'information de son propre état émotionnel. L'enfant risque d'acquérir des schémas émotionnels qui ne sont pas en lien avec ses états internes (Taylor et al., 2000).

Une autre hypothèse encore est celle de l'alexithymie comme conséquence d'un traumatisme psychique vécu par l'enfant avant qu'il n'acquière une certaine capacité à distinguer et se représenter ses propres états émotionnels (Krystal, 1988). Ce traumatisme peut également être vécu à un stade postérieur alors même que le développement affectif est en principe terminé, stabilisé (Luminet et al., 2013). Cette hypothèse est le fruit d'une observation de Krystal (1988) sur des personnes survivantes aux camps de concentration nazis qui présentent des traits alexithymiques. Il fait références à des personnes narrant leur expérience par une autobiographie factuelle, comme si elles n'étaient plus capables de décrire leurs émotions, leurs sentiments.

Cette observation rappelle la discussion sur l'alexithymie qui doit être considérée comme un trait ou comme un état. L'alexithymie trait correspondant à un trait de la personnalité qui est stable et indépendant. L'alexithymie état renvoie à une situation dépendante d'un état, un processus instable.

Ces différentes approches : socio-culturelles, neuropsychologiques, cognitives, psychopathologiques ne sauraient être en concurrence, mais plutôt en compléments l'une de l'autre et doivent être perçues comme telle et certainement pas comme « *mutuellement exclusives* » (Luminet et al., 2013). Elles permettent de considérer la personne dans sa globalité et dans sa complexité.

2.5. Alexithymie et autres déficits émotionnels

Si les émotions ont différentes fonctions — de survie, de prise de décision, d'adaptation — qu'en est-il lorsque l'expression émotionnelle semble présenter un déficit ? Et où situer la frontière entre le normal et le pathologique ?

Pasquier (2012) affirme que dans le domaine des émotions, il n'existe pas de normes permettant de statuer sur le caractère pathologique ou non des émotions ressenties par les individus. En effet, l'anxiété n'est pas pathologique en soi, car comme nous l'avons vu précédemment, une émotion telle que l'anxiété peut être nécessaire pour prévenir d'un danger. En revanche, l'intensité exacerbée de l'émotion peut provoquer des répercussions négatives sur la vie du sujet, son comportement et son quotidien. Les auteurs s'accordent sur le fait que ce qui témoigne d'un déficit émotionnel se situe davantage sur le « *vécu différent de l'émotion* », c'est-à-dire de l'intensité, que sur un « *vécu d'émotions différentes* » comme si certaines émotions faisaient partie d'une catégorie pathologique.

L'intensité avec laquelle on ressent une émotion et surtout son impact sur le quotidien et le vécu subjectif du patient donne déjà une piste de compréhension du déficit émotionnel. Mais aussi, si on se positionne dans un postulat « *adaptationnel* », c'est-à-dire que l'émotion est perçue comme adaptation à une situation, les émotions s'exprimant en dehors du contexte d'adaptation peuvent renvoyer à un déficit émotionnel (Pasquier, 2012).

Parler de déficits émotionnels peut faire référence à des pathologies à part entière, telles que l'anxiété et la dépression, mais cela peut renvoyer également à des dimensions transnosographiques, c'est-à-dire qu'elles sont présentes dans différents troubles ou syndromes, tels que l'anhédonie qui correspond à la perte des capacités à éprouver du plaisir, l'émoussement affectif qui renvoie à un manque d'expressivité émotionnelle, ou encore l'alexithymie qui renvoie à l'absence de mots pour identifier et exprimer une émotion (Pasquier, 2012).

2.5.1. Alexithymie, dépression et anxiété

La question des relations entre alexithymie, anxiété et dépression est complexe, car selon les études, nous pouvons observer des liens étroits ou bien distants. Toutefois, plusieurs études mettent en avant un lien entre ces différentes notions (Guilbaud, et al., 2002 ; Honkalampi et al., 2000 ; Modestin, Furrer, Malti, 2004).

L'étude de Honkalampi et al. (2000) met en avant que le niveau d'anxiété et de dépression est plus élevé chez des personnes alexithymiques que chez des personnes non alexithymiques. De plus, Bonnet et al. (2012) présentent une étude dans laquelle les résultats montrent que l'affectivité négative et la difficulté à identifier les émotions sont deux facteurs communs de vulnérabilité à l'anxiété et à la dépression. Cependant, cette relation entre alexithymie et dépression n'est pas retrouvée dans une étude exploratoire proposée en 2005 par Bréjard, Bonnet et Pédinielli, portant sur un échantillon d'adolescents.

Dans un contexte de pathologies organiques entraînant des douleurs chroniques, plusieurs études mettent en avant un lien entre alexithymie et anxiété et dépression. Margalit et al. (2014) présentent une étude avec deux échantillons de personnes : 30 participants sont atteints de syndrome douloureux régional complexe et 30 participants atteints de douleurs lombaires. Ils observent que plus le score d'alexithymie est élevé, plus les participants, quel que soit le groupe, ont un score d'anxiété et de dépression élevé. Steinweg et al. (2011) font le même constat avec une population souffrant de fibromyalgie et de polyarthrite rhumatoïde.

Van Middendorp et al. (2005) s'intéressent aussi aux patients souffrants de polyarthrite rhumatoïde et observent sur un échantillon de 335 personnes que plus les patients sont alexithymiques, plus ils sont déprimés notamment concernant la mesure composite des affects négatifs incluant la dépression. Ou encore l'étude de Saariaho et al. (2013) qui met en avant le fait que les patients alexithymiques souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses sont plus déprimés que les patients non alexithymiques atteints de même pathologie.

Également dans un contexte de pathologie somatique, Chaharaoui et al. (2008) explorent le lien entre dépression, anxiété et alexithymie chez des patients atteints de sclérose en plaques. Les résultats ont montré que les sujets alexithymiques étaient plus anxieux et plus déprimés que les sujets non alexithymiques dans cette population. De plus il existe une corrélation positive entre anxiété-trait et anxiété-état, dépression et les scores d'alexithymie.

Aussi, Bailey et Henry (2007) présentent une étude dans laquelle ils montrent une relation significative entre dimensions émotionnelles et cognitives de l'alexithymie, dépression et somatisation.

Par ailleurs, Maisondieu et al. (2008) proposent une étude mettant en lien alexithymie et dépression chez des personnes détenues condamnées à des peines de prison prolongées. Les résultats mettent en avant une forte prévalence de l'alexithymie (42,86 %) dans la population concernée et une corrélation avec la dépression, mesurée grâce à l'échelle de mesure de la

dépression CES-D. En revanche les auteurs ne trouvent pas de corrélation entre alexithymie et durée de la peine.

Il semble toutefois qu'étudier l'alexithymie et son lien avec la dépression est d'autant plus délicat que ces deux notions partagent un certain nombre de caractéristiques cliniques et théoriques communes. A ce propos, l'échelle de Toronto mesurant l'alexithymie et l'échelle de dépression de Beck évaluent des éléments communs sur le vécu émotionnel du sujet (Speranza et al., 2003).

2.5.2. Alexithymie et régulation émotionnelle

L'alexithymie est considérée comme un trouble de la régulation des émotions (Taylor et al. 1997). Les travaux de Mikolajczak et Bausseron (2009) montrent que la régulation des émotions est sous l'influence de différents facteurs, notamment la régulation émotionnelle de ses parents. Cette thèse est également soutenue par Thompson (1994) qui explique que les enfants, voyant leurs parents inhiber leurs émotions ont tendance à reproduire le même fonctionnement. Outre le phénomène d'imitation, la disponibilité des parents aux affects et besoins émotionnels de l'enfant est amoindrie (Zahn-Waxler et al. 1990).

Si Taylor et al. (1997) décrivent l'alexithymie comme une incapacité à communiquer les émotions, mais également par un déficit de reconnaissance et d'identification d'émotions propres, une autre perception de l'alexithymie, soutenue notamment par Jouanne (2006), propose que l'alexithymie serait une stratégie adaptative et protectrice ; ainsi l'indifférence aux émotions que l'on retrouve dans l'alexithymie contribuerait à la régulation émotionnelle.

2.5.3. Alexithymie et conscience émotionnelle

La conscience émotionnelle est la « *capacité à se représenter son propre éprouvé émotionnel et celui d'autrui et renvoie ainsi à un processus cognitif qui fait l'objet d'une maturation* » (Lane et Schwartz, 1987 ; Pasquier et al., 2010). On retrouve des caractéristiques communes entre la conscience émotionnelle et l'intelligence émotionnelle (Salovey et al., 1993). Cette deuxième notion se définit par la « *capacité à contrôler ses sentiments et émotions et ceux des autres, à les distinguer et à utiliser cette information pour guider ses pensées et ses actes* » (Conte et al., 1990).

Selon Bochand et al. (2010), l'alexithymie serait en lien avec un niveau bas de conscience émotionnelle. La conscience émotionnelle étant la capacité à se représenter son propre éprouvé émotionnel et celui d'autrui, cela précise comment la verbalisation du ressenti traduit la façon dont la conscience émotionnelle est structurée.

2.5.4. Alexithymie et anhédonie

L'anhédonie, et l'alexithymie ont été décrites dans les dépressions, les schizophrénies, les addictions, mais également chez le sujet indemne de troubles psychiatriques (Taylor et al., 1997 ; Loas, 2002). Dans les situations où la personne n'est en effet concernée par aucun trouble psychiatrique, alexithymie et anhédonie constituent des marqueurs de vulnérabilité soit des maladies psychosomatiques pour l'alexithymie, soit pour les dépressions et schizophrénies pour l'anhédonie (Loas, 2003).

Sur un plan théorique, le psychanalyste américain Krystal avance qu'anhédonie et alexithymie constituent des régressions des affects (Loas, 2003). La verbalisation des émotions fait partie du développement normal dans un contexte d'échange entre l'enfant et sa mère. Certaines causes peuvent venir perturber ce fonctionnement, tels que des traumatismes qui peuvent provoquer une alexithymie et évoluer par la suite vers des addictions ou des maladies psychosomatiques (Krystal, 1979). Krystal distingue deux types de traumatismes :

- La forme infantile, dans laquelle le traumatisme entraîne un arrêt du développement
- La forme adulte, où le traumatisme fait apparaître une régression.

A un niveau plus empirique, on retrouve peu de travaux entre alexithymie et anhédonie (Loas, 2003). Prince et Berenbaum (1993) avancent dans une étude qu'il existe des corrélations positives et significatives entre la TAS-20 (échelle de mesure de l'alexithymie) et les échelles d'anhédonie physique et sociale. Les auteurs observent notamment que les corrélations les plus élevées concernent la composante communication de la TAS-20.

L'étude de Deborde et al. (2006) montre que les dimensions alexithymiques et anhédoniques sont étroitement liées, notamment concernant le versant physique de l'anhédonie. Aussi, l'ensemble de leur étude témoigne de l'influence du diagnostic sur les relations entre alexithymie et anhédonie.

Anhédonie et alexithymie ont été décrites comme des facteurs de risque ou de mauvais pronostics dans les maladies organiques. Certains auteurs parlent aussi de facteurs de vulnérabilité (Taylor et al., 1997 ; Loas, 2002).

2.6. Alexithymie et facteur de personnalité

L'alexithymie est également considérée comme un facteur de personnalité associé à une vulnérabilité somatique et psychologique (Luminet, et al., 2013). Plusieurs études vont en ce sens en montrant par exemple que les personnes alexithymiques par rapport à des personnes qui ne le sont pas, ont davantage recours à des stratégies de coping non adaptées telles que l'acting out (frapper quelqu'un) ou d'évitement (éloigner la situation problème) (Besharat, 2010 ; Parker et al., 1993). De plus, les personnes alexithymiques auraient davantage recours à des mécanismes de défense dits « immatures » car ne conduisent pas à une amélioration ou une résolution d'une situation problème tels que la projection, agression passive, dévalorisation ou encore le déni (Parker et al., 1993).

Depuis les années 1980, un consensus est proposé à propos de cinq facteurs qui décriraient la personnalité (Goldberg, 1990; McCrae et al., 1997; McCrae et al., 1992; Trapnell et al. 1990):

Le neuroticisme (Watson et al., 1984) correspond à une tendance à ressentir davantage les émotions négatives, peu importe le niveau objectif de la menace présentée dans une situation.

L'extraversion, qui se définit par plusieurs caractéristiques telles que le plaisir d'être avec d'autres personnes (McCrae, 1987), la dominance et l'assertivité (Goldenberg, 1990) et la capacité à ressentir des émotions positives (Watson, et al., 1992).

L'ouverture à l'expérience, qui se rapporte si bien à la créativité intellectuelle (Digman, 1990 ; Goldberg, 1990) qu'au domaine des émotions, de l'imaginaire, de l'esthétique.

La gestion des relations interpersonnelles de manière agréable, c'est-à-dire qui renvoie à de la confiance et de la considération pour autrui (Digman, 1990).

Les consciencieux, caractérisés par une inhibition de l'expression des comportements et un contrôle des pulsions (Hogan, 1986). Ce facteur pouvant être rapproché de la dimension du besoin d'accomplissement (Digman, et al. 1981).

D'après l'étude de Bagby et al. (1994), seul le neuroticisme est positivement corrélé avec l'alexithymie.

D'autre part, certains symptômes observés chez les personnes alexithymiques visent à réguler le désarroi émotionnel et à soulager l'angoisse et le sentiment de vide par une intense stimulation sensorielle et peuvent engendrer des conduites autour desquelles se réorganisent la vie et la personnalité du sujet (Jouanne, 2006). De plus Jouanne (2006) souligne le fait que chez certaines personnes, l'alexithymie peut correspondre à une caractéristique stable de la personnalité en raison de la culture d'origine, car pour certaines cultures, exprimer ses émotions peut être mal perçu.

2.7. Alexithymie, symptômes somatiques et pathologies psychosomatiques

Comme présenté au début de ce chapitre, l'alexithymie est historiquement lié aux travaux concernant le champ de la psychosomatique et de la pensée opératoire (Guilbaud et al., 2014). Plusieurs constatations cliniques et épidémiologiques ont amené à considérer l'alexithymie comme un « style de communication » exposant au risque d'effondrement psychosomatique. Schématiquement, les patients, à défaut de la capacité à exprimer leurs émotions auraient tendance à somatiser leur problème émotionnel avec le risque d'une décompensation psychosomatique.

Si certaines études tentent de rendre compte des relations entre alexithymie et symptômes somatiques, le manque de définition du concept de maladie psychosomatique entraîne des résultats parfois contradictoires (Bréjard et al., 2011). Toutefois une revue de la littérature entreprise par De Gucht et Heizer (2003) et portant sur 16 études publiées entre 1985 et 2000, retrouve une corrélation positive entre alexithymie et symptômes somatiques. De plus, ils observent une différence significative entre sujets alexithymiques et non alexithymiques, ces derniers présentant moins de symptômes somatiques.

Notons également que la difficulté de l'étude des liens entre symptômes somatiques et autres variables réside généralement dans le manque d'un examen médical confirmant l'absence de pathologie somatique (Bréjard et al., 2011).

Une étude menée par El Bèze Rimasson et al. (2018), propose une revue de la littérature scientifique relative à la gestion des émotions et ses déficits chez les personnes

atteintes de douleurs chroniques. Les auteurs mettent en avant douze recherches évaluant les liens entre alexithymie et intensité sensorielles et/ou affectives des douleurs chroniques. Dans neuf de ces études, l'alexithymie est associée à une forte intensité de la douleur, les résultats pouvant toutefois varier notamment en fonction du diagnostic (douleur somatoforme, fibromyalgie, polyarthrite rhumatoïde, etc.). Nous pouvons retrouver ces neuf études, les échantillons étudiés et les principaux résultats dans le tableau ci-dessous :

Tableau XV - Résultats principaux concernant les liens entre alexithymie et douleur chronique (El bèze Rimasson, Bouvet et Hamdi, 2018)

Lumley et al. (1996)	<i>n</i> = 40 participants atteints du syndrome de Ehlers-Danlos ²⁸	La difficulté à identifier ses émotions est associée à la sévérité des douleurs
Lumley et al., (2002)	<i>n</i> = 80 participants atteints de douleurs chroniques myofaciales	Plus le score d'alexithymie est élevé, plus l'intensité affective de la douleur est élevée
Lumley et al. (2005)	<i>n</i> = 155 patients atteints de polyarthrite rhumatoïde	Plus les participants ont des douleurs, plus leur score total d'alexithymie et leur score au facteur DIF (difficulté à identifier ses émotions) sont élevés.
Celikel et Saatcioglu (2006)	<i>n</i> = 30 femmes atteints de douleurs somatoformes <i>n</i> = 37 femmes en bonne santé	Il n'y a pas de différence d'intensité de la douleur entre les participants alexithymiques et non alexithymiques. Il existe un lien entre la durée des douleurs et l'alexithymie
Van Middendorp et al. (2008)	Sous-groupe clinique de <i>n</i> = 403 FMS	Il existe un lien entre la difficulté à identifier ses émotions et l'intensité de la douleur.
Huber et al. (2009)	<i>n</i> = 68 FMS (participants atteints de fibromyalgie)	La difficulté à identifier ses émotions est associée à une plus forte intensité affective de la douleur.
Hosoi et al. (2010)	<i>n</i> = 129 patients atteints de maladie neuromusculaire provoquant des douleurs chroniques	Il existe un lien entre intensité des douleurs et alexithymie.
Saariaho et al. (2013)	<i>n</i> = 271 souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses	Les participants alexithymiques ont des douleurs plus intenses que les participants non alexithymiques.
Margalit, Ben Har, Brill, et Vatine (2014)	<i>n</i> = 30 participants atteints de syndrome douloureux régional complexe	Il existe des liens entre l'alexithymie et la douleur sensorielle et/ou affective.

²⁸ Le syndrome d'Ehlers-Danlos est un groupe de maladies génétiques caractérisées par une anomalie du tissu conjonctif, c'est-à-dire des tissus de soutien. Il existe différentes variantes de la maladie, la plupart présentent une hyperlaxité des articulations, une peau très élastique et des vaisseaux sanguins fragiles. Le syndrome n'affecte pas les capacités intellectuelles.

https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=syndrome-ehlers-danlos_pm

D'autres études s'intéressent aux liens entre alexithymie et maladies à composantes psychosomatiques. En effet l'alexithymie est retrouvée entre 41 % et 57 % selon les études chez des patients atteints d'hypertensions artérielle essentielle (Jula et al., 1999 ; Paulson, 1985), à 51 % chez des patients présentant des ulcères gastro-duodénaux (Fukunishi et al., 1997), entre 34 % et 39 % chez des patients atteints d'asthme (Dirks et al., 1981 ; Kleiger et Jones, 1980).

2.8.Prévalence actuelle de l'alexithymie

La prévalence de l'alexithymie en population générale varie de 17 à 23 %, en fonction des instruments de mesure utilisés (Guilbaud et al., 2014).

Selon les études, l'âge serait ou pas corrélé avec l'alexithymie. En effet, Honkalampi et al. (2000) et Salminen et al. (1999) trouvent une relation entre âge et alexithymie, c'est-à-dire que plus les personnes sont âgées, plus elles sont alexithymiques. À l'inverse une étude japonaise (Moriguchi et al. 2007) présente une relation négative de l'âge et de l'alexithymie. Ou encore, une étude allemande (Franz et al. 2007) ne trouve aucun lien entre l'âge d'une personne et le fait d'être alexithymique. Il est en effet compliqué de distinguer le lien âge/alexithymie, car plusieurs autres facteurs entrent en compte (niveau socio-économique, sexe, culture d'origine, etc.).

En revanche, le lien alexithymie et niveau d'éducation et niveau socio-économique fait plus consensus (Luminet et al. 2013). En effet l'analyse de Mattila (2009) sur plusieurs études (Franz et al., 2007 ; Joukamaa et al., 1996 ; Honkalampi et al., 2000 ; Kokkonen, et al. 2001 ; Parker et al., 2003; Salminen et al., 1999) présente un lien entre niveau d'éducation bas et alexithymie. Et parmi les études qui s'intéressaient au niveau socio-économique, la majorité, des résultats montrent un lien entre niveau socio-économique faible et alexithymie. En revanche, on ne note pas de différence au niveau du sexe (Loas, 2010).

Chez les personnes malades, on retrouve également des prévalences assez élevées, notamment concernant les troubles des conduites alimentaires ainsi que la dépendance à l'alcool, avec des taux allant de 35 à 80 % dans cette population (Loas, 2010). Ces chiffres s'expliquent en partie par le lien souvent admis entre alexithymie et dépression. On retrouve en effet une prévalence d'alexithymie d'environ 50 % chez les sujets dépressifs majeurs.

De plus, comme présenté précédemment, on retrouve une forte prévalence d'alexithymie chez des personnes souffrant de pathologies organiques. En effet, en ce qui concerne les pathologies organiques et notamment les troubles psychosomatiques, la prévalence de l'alexithymie est comprise entre 30 et 60 % chez des patients atteints d'hypertension artérielle essentielle, de polyarthrite rhumatoïde, d'asthme, d'ulcère gastroduodéal (Loas, 2010). Ou encore, on retrouve une prévalence d'alexithymie allant jusqu'à 53 % chez les patients atteints de sclérose en plaque (Capet et al., 2019).

2.9.Méthode de mesure de l'alexithymie

2.9.1. Les méthodes directes

L'alexithymie, ayant différents critères qui la définissent, se prête à la mesure, rendant ainsi le concept attractif à la recherche en psychopathologie, recherches cognitives et comportementales (Pardinielli, 1992 ; Luminet et al., 2013).

Des méthodes directes sont proposées pour mesurer l'alexithymie, et ce depuis la création du concept.

❖ Le beth Israël Questionnaire (BIQ)

Inventé par Sifnéos en 1973, soit au même moment que la découverte de l'alexithymie, la BIQ est un questionnaire qui se remplit par l'observateur. Constitué de 17 items, huit items portent sur les caractéristiques de l'alexithymie, trois sur le niveau socio-économique et six autres items sur le sentiment de l'observateur vis-à-vis du patient.

Cependant cet outil n'a jamais fait l'objet d'une réelle validation. La limite principale de cet outil semble être le faible nombre d'items pertinents, dans le sens où seulement huit items permettent réellement d'apprécier l'alexithymie.

❖ La Schalling Sifnéos Personality Scale. (SSPS)

Directement inspirée de la BIQ, la SSPS est proposée en 1979, par Schalling et Sifnéos. La validation de l'outil est proposée par Shipko et al. (1984), mais si la fidélité test-retest est démontrée, les autres critères méthodologiques ne sont pas suffisants. Trois versions de cet outil se sont succédé pour donner naissance à la version actuelle : Schalling-Sifnéos Personality Scale Revised (SSPS-R), qui comporte vingt items (Sifnéos, 1986). Cette troisième

version ne possède pas non plus les critères de validité, fidélité, consistance interne suffisants, comme le montre l'étude de Parker (1991).

❖ La Minnesota Multiphasic Personality Inventory Alexithymia Scale (MMPI AS)

Cette échelle a été construite par Kleiger et Kinsman, en 1980. Les auteurs ont sélectionné 22 items — en fonction de leur corrélation avec la BIQ — parmi les 550 qui composent le MMPI. Cet outil s'est vu attribué des critiques, notamment au niveau de la validité empirique, jugée trop spécifique, car testée sur une population ciblée : les patients atteints de pathologies respiratoires (Pedinielli, 1992).

❖ Toronto Alexithymia Scale – 20 (TAS 20)

Comme évoqué précédemment, un consensus s'est dégagé autour des quatre dimensions définissant l'alexithymie (Taylor et al., 1997). Initialement ces quatre dimensions étaient évaluées par la TAS-26 (Taylor et al., 1985). Toutefois le critère « vie imaginaire réduite » étant confondu avec une certaine désirabilité sociale, les auteurs ont proposé une seconde version, la TAS-20 qui ne prend plus en compte ce critère. Actuellement la TAS-20 est l'outil le plus utilisé pour la mesure de l'alexithymie (Luminet et al., 2013).

Un autre outil, dérivé de la TAS-20 est élaboré par l'équipe de Toronto (Bagby et al., 2006). L'outil considère les trois facteurs retenus dans la TAS-20 auxquels s'ajoute l'évaluation de la vie imaginaire faible, bien que retiré momentanément, car confondu avec le phénomène de désirabilité sociale. Cette méthode de mesure, la TSIA présente des qualités psychométriques encourageantes dans l'étude de validation anglaise, de même dans sa version allemande (Grabe et al., 2009) et italienne (Carletti et al., 2011). Actuellement aucune validation française n'a été réalisée.

2.9.2. Les méthodes indirectes

❖ Étude du langage

Le Giessen Speech Analyser par exemple, qui est une méthode permettant de traiter et analyser du discours à partir d'enregistrement d'entretien (Overbeck, 1977). La méthode consiste à quantifier les temps de silence ainsi que les temps de parole du patient et du thérapeute. Les travaux d'Overbeck (1977) mettent en avant qu'il existe bien une distinction

entre discours de sujets alexithymiques et les autres, mais ne permet en aucun cas d'établir un diagnostic.

❖ Méthodes projectives

Les traits alexithymiques ont été étudiés au travers de tests projectifs célèbres, tels que le Thematic Apperception Test (TAT) ainsi que le Rorschach. Les auteurs s'appuient sur le test originel et proposent une codification spécifique permettant d'établir une cotation propre à l'alexithymie (Pardinielli, 1992). Ces tests projectifs ne sont pas utilisés de manière systématique dans l'étude de l'alexithymie, mais permettent d'apporter des éléments précieux de compréhension. Ces outils « *ont un rôle essentiel dans la qualification des particularités de l'alexithymie* » (Pardinielle, 1992). Souvent couplé avec d'autres méthodes de mesure plus directes (échelles, questionnaires), le recours à des tests projectifs, ainsi qu'à du recueil de discours via un entretien, permet une évaluation en profondeur du phénomène alexithymique.

2.10. Un concept clinique

Plus de 40 ans après sa première formulation, le concept d'alexithymie est toujours pensé comme pertinent et présente un intérêt au niveau de la recherche, de la théorie et de la clinique, bien qu'il ne figure pas dans le DSM-5 ou la CIM 10. L'alexithymie est ainsi étudiée dans le champ des sciences cognitives (Zimmermann et al., 2008 ; Lecours et al., 2009), de la psychanalyse et de la psychopathologie (Lecours et al., 2009 ; Corcos et al., 2003), des neurosciences (Larsen et al., 2003) ainsi que dans notre domaine de recherche, la psychologie de la santé (Pardinielli et al., 1991).

La problématique alexithymique se retrouve souvent auprès de sujets qui paradoxalement évitent la confrontation avec leurs émotions. Ces personnes consultent rarement des psychologues, mais sont fréquemment au cœur du milieu médical pour des problématiques diverses : troubles du comportement alimentaire, troubles somatiques sans substrat organique, dépendances... Les conséquences de ces conduites sur la santé peuvent être sérieuses. Ainsi, les diverses pathologies en lien avec l'alexithymie semblent avoir un impact sur le bien-être psychologique et la qualité de vie.

2.11. Prises en charge spécifiques de l'alexithymie

Si la réussite d'une psychothérapie tient - en partie au moins - à une bonne capacité d'introspection, un intérêt pour son fonctionnement psychologique, et une analyse de ses états émotionnels, ces aspects-là étant remis en cause chez les personnes alexithymiques, les cliniciens perçoivent le suivi psychothérapeutique de ces patients alexithymiques comme un défi majeur (Luminet et al., 2013). Pour autant, plusieurs prises en charge peuvent être proposées pour les patients alexithymiques.

2.11.1. Psycho-éducation

Dans ce type de prise en charge, appelée psycho-éducation, il s'agit d'interventions individuelles ou groupales dans lesquelles il est proposé aux patients alexithymiques une action avant tout « psychopédagogique » par rapport à leur monde émotionnel (Luminet et al., 2013). Les objectifs de cette prise en charge sont de développer une conscience émotionnelle, une capacité à tolérer le ressenti des émotions et une capacité à développer un vécu imaginaire lié aux affects (Krystal, 1979 ; Swiller, 1988).

2.11.2. L'hypnose

Pratiquer l'hypnose chez les sujets alexithymiques aurait pour intérêt de dégager un état potentiel d'imaginaire exploitable, habituellement restreint chez ces patients, grâce à l'état de conscience modifiée permise par l'hypnose. C'est ce que l'étude de Gay et al., (2008) suggère lorsqu'ils proposent un programme d'hypnose par imagerie mentale en 8 sessions, à un groupe d'étudiants qui présentent un score clinique d'alexithymie. À la suite des séances d'hypnose, une baisse du niveau clinique d'alexithymie est observée.

L'hypnose pourrait en effet favoriser la conscience émotionnelle des patients ainsi que l'identification des situations émotionnelles difficiles à gérer en temps normal (Luminet et al., 2013).

Nous évoquions précédemment la difficulté pour les cliniciens à proposer un suivi psychothérapeutique aux patients alexithymiques, liée aux caractéristiques de la pathologie, la pratique de l'hypnose pourrait alors permettre de limiter ces difficultés grâce à l'état de conscience modifiée dans lequel se trouve le patient lors de la séance d'hypnose.

2.11.3. Les thérapies corporelles

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'une des caractéristiques des patients alexithymiques est le biais d'interprétation de leurs propres sensations corporelles, notamment au niveau de l'amplification des sensations somatiques qui accompagnent l'activation émotionnelle. En plus de cette possible amplification, l'alexithymie est associée également à un déficit d'intéroception, qui correspond à un déficit au niveau de la capacité à percevoir les modifications ou signaux provenant des viscères, muscles, tendons, articulations, ainsi qu'un déficit de proprioception, c'est-à-dire un déficit de la perception de l'équilibre, de la posture, du mouvement. Plusieurs auteurs (Mehling et al., 2011) rassemblent sous le terme de « déficit de la conscience du corps » ces différents déficits retrouvés chez les alexithymiques.

À partir de ces travaux, Le Polain de Waroux (2012), met en avant l'intérêt du recours à des interventions tendant à développer la conscience corporelle pour les patients alexithymiques. L'objectif de la prise en charge sur le versant corporel serait d'atteindre un niveau de perception optimal du fonctionnement corporel, sans ignorer les messages d'habitude laissés de côté, ni en ne les interprétant de manière exagérée. Plus concrètement cette prise en charge s'oriente vers des exercices sur la posture, la coordination des mouvements, la respiration, l'exploration des limites du corps, la capacité à alterner activité et repos musculaire (Luminet et al., 2013).

2.11.4. Prise en charge musicale

Une étude (Vermeulen et al., 2010) suggère que le recours à l'induction musicale facilite la récupération de souvenirs positifs. Il s'agit alors d'associer une musique qui induit des émotions positives à des souvenirs vécus comme positifs par la personne. Cette stratégie d'encodage/récupération permet l'amélioration de l'accès aux souvenirs positifs qui devrait ensuite faciliter la régulation émotionnelle des sujets alexithymiques. En effet la régulation émotionnelle, pour qu'elle soit optimale, consiste en la capacité à retrouver des souvenirs positifs, lors d'évènements négatifs ou douloureux.

L'originalité et l'intérêt de cette proposition thérapeutique est qu'elle ne fait pas appel au registre verbal, parfois difficile pour les patients alexithymiques, mais à la musique et aux capacités mnésiques de la personne.

2.11.5. Prise en charge groupale

Des études mettent en évidence le fait que les thérapies groupales peuvent être bénéfiques pour les patients alexithymiques (Beresnevaite, 2000 ; Grabe et al., 2008). Ces séances groupales peuvent alors proposer des jeux de rôle, des activités d'écriture, de musique, de sport, de relaxation, etc. et ainsi visent à aider les patients à se reconnecter à leurs émotions, à verbaliser leur état et difficultés émotionnels dans le but de les résoudre.

3. Alexithymie, asthme et tabagisme

3.1. Alexithymie et asthme

Disposant aujourd'hui d'outils pertinents pour évaluer ce concept et de théories pour le penser, il nous apparaît intéressant de l'explorer dans le contexte de la pathologie respiratoire, encore peu étudiée sous cet angle. En effet, l'alexithymie peut être abordée comme trait (on parle d'alexithymie « primaire ») ou comme état (alexithymie « secondaire »). Si l'alexithymie est primaire, alors il faut penser ce trouble de la gestion de la vie émotionnelle comme un facteur de vulnérabilité qui prédisposerait l'individu à développer des troubles psychosomatiques ou à l'abus de substances. En le rapprochant à notre sujet d'étude, nous pouvons ainsi envisager l'alexithymie comme facteur prédisposant au développement de troubles respiratoires.

Si l'alexithymie est pensée comme secondaire, il s'agit plutôt d'un processus adaptatif (forme de réponse protectrice, mais appauvrissante sur le plan psychique) à une maladie chronique ou à des événements de vie stressants (Freyberger, 1977 ; Guilbaud et al., 2002 ; Jouanne et al., 2005). Dans cette perspective, l'alexithymie serait ainsi une tentative d'ajustement à la maladie chronique que représente la pathologie respiratoire.

D'autre part, l'asthme est perçu différemment selon le domaine qui l'étudie. En effet, cette pathologie respiratoire est vue par la médecine comme une maladie chronique et est vue comme une maladie psychosomatique pour les psychologues. Loin de s'exclure, ces deux conceptions ont des caractéristiques différentes.

Précédemment, nous avons plusieurs fois défini l'asthme comme une maladie chronique. En effet, à l'inverse de la maladie aiguë, Robert (2019) rapporte que la maladie chronique est « *un engagement sur un long chemin, chaotique, à l'extérieur de l'hôpital* ». Le patient asthmatique se voit engagé dans un traitement médical de fond lui permettant de pallier au mieux les symptômes de l'asthme. Comme étudié dans le premier chapitre, l'asthme peut être causé par différents facteurs médicaux, génétiques, environnementaux.

Toutefois l'asthme est également considéré comme une maladie psychosomatique. Pedinielli (2010) rappelle la définition de ce concept et le distingue d'un autre :

La maladie psychosomatique est à distinguer du trouble ou syndrome psychosomatique. En effet, les maladies psychosomatiques renvoient à des affections clairement définies sur le plan médical telle que l'asthme, l'infarctus ou les dermatoses ; tandis que les troubles ou syndromes psychosomatiques correspondent à des manifestations pathologiques somatiques sensibles aux phénomènes psychiques et qui ne sont pas considérées comme des maladies à proprement parler : manifestations somatisées de l'angoisse ou du malaise comme les spasmes par exemple ou la tachycardie (Pedinielli, 2010).

Nous pouvons rappeler que lors de la conception du concept d'alexithymie en 1972, par Sifnéos, ce déficit avait surtout été observé au sein des troubles psychosomatiques tels que l'asthme ou la maladie de Crohn (Loas, 2010).

Plusieurs études témoignent de la fréquence de l'alexithymie chez les patients asthmatiques (cf. [Alexithymie, symptômes somatiques et pathologies psychosomatiques, Partie I, Chapitre 2, pp. 111-112](#)) (Dirks et al., 1981 ; Kleiger et Jones, 1980).

Luminet et al. (2013) expliquent qu'en ce qui concerne la sensibilité aux troubles somatiques, trois types d'explication - qui ne s'excluent pas - permettent de rendre compte du lien entre alexithymie et pathologies somatiques.

Pour certains, cette association ne serait pas réelle, car les personnes alexithymiques ne parviendraient pas à distinguer les marqueurs somatiques de l'activité émotionnelle, des indicateurs somatiques d'une maladie somatique. Par exemple, pour une personne asthmatique et alexithymique, la réponse émotionnelle telle que l'oppression respiratoire, serait confondue avec des symptômes de la maladie asthmatique.

Huber et al. (2009) pensent que cette première explication rendrait compte de l'association observée entre l'alexithymie et les comportements hypocondriaques.

Selon un autre point de vue, cette association serait due à la difficulté qu'éprouvent les personnes alexithymiques à identifier leurs émotions et à traiter l'information émotionnelle qui les empêcheraient de réguler correctement leurs émotions et/ou le stress. Luminet et al. (2004) observent chez des personnes alexithymiques une augmentation des réponses physiologiques lors de l'anticipation d'une situation de stress. Ainsi l'asthme, chez des personnes alexithymiques pourraient être en lien avec une situation de stress entraînant des réponses physiologiques importantes, facteurs de vulnérabilité à l'apparition de crise d'asthme.

Enfin, les auteurs rapportent un troisième type d'explication, à savoir des tentatives de réduction des tensions qui prennent la forme de comportements dangereux pour la santé. « *Dans une tentative de réduction de la tension causée par les manifestations somatiques de l'expérience émotionnelle, les individus alexithymiques s'orienteraient vers la consommation alimentaire excessive ou l'abus de substances psychoactives dans le but de voir réduire, voire d'anesthésier, la tension émotionnelle.* » (Luminet et al., 2013).

Nous allons justement nous intéresser à présent à l'association alexithymie/tabagisme.

3.2.Alexithymie et tabac

Comme évoqué dans la partie sur le tabagisme, plusieurs auteurs s'intéressent aux liens entre alexithymie et tabagisme (Fernandez et al., 2004b ; Bréjard et al., 2002 ; Pietri et Bonnet, 2017). Ici encore, la distinction entre l'alexithymie primaire et secondaire semble pertinente. En effet selon le modèle de Luminet (2002), l'alexithymie a deux composantes :

L'une cognitive (pensée tournée vers l'extérieure) qui renvoie à l'alexithymie trait considérée comme une variable dispositionnelle et renvoyant à une dimension de la personnalité (Corcos et al., 2003 ; Corcos et Pirlot, 2011). L'autre émotionnelle (difficulté à identifier et décrire ses émotions) correspondant à l'alexithymie en tant qu'état et se manifestant après un choc et pourrait dans ce cas représenter une stratégie d'ajustement, en

jouant le rôle de facteur protecteur contre l'activation émotionnelle (Pardinielli et Rouan, 1998).

Dans une étude, Farges et al. (2004), mettent en avant la prévalence élevée de l'alexithymie chez les toxicomanes, en vérifiant son indépendance aux variables sociodémographiques. Les auteurs retrouvent une prévalence de l'alexithymie de 43,5 % chez les patients toxicomanes, alors qu'elle n'est que de 24,6 % dans le groupe contrôle. Nous pouvons noter que cette différence est obtenue grâce à la composante émotionnelle et que les auteurs n'observent pas de différences au niveau de la composante cognitive dans les deux échantillons. L'alexithymie état semble plus particulièrement en jeu, d'après cette étude, dans le comportement tabagique.

D'autres auteurs avancent que par son fonctionnement, l'alexithymie (trait ou état) se manifeste notamment par le recours à l'agir (Pardinielli, 1992 ; Pietri et Bonnet, 2017). Le tabagisme est un recours à l'acte impulsif et serait facilité par la nécessité, face à l'adversité, de faire appel à des stratégies émotionnelles telles que l'alexithymie (De Timary et al., 2008). Aussi, l'incapacité des personnes présentant un fonctionnement alexithymique à réguler leurs émotions ne leur permettrait pas d'avoir recours à des stratégies adaptées, les encourageant alors à s'engager dans la recherche d'anesthésiants émotionnels via des comportements addictifs et compulsifs permettant de faire face à un vécu émotionnel intense (Mikolajczak et al. (2009).

Bréjard, Bonnet et Pardinielli (2008) présentent une étude ayant pour objectif de tester l'hypothèse de relations entre fonctionnellement émotionnel, trouble thymique et conduites à risques. Les conduites à risque renvoyant à l'engagement délibéré du sujet dans des situations dangereuses, non imposées par l'extérieurs et ayant pour but principal la recherche active de ressentis de sensations fortes (Adès et al., 1994). En plus des comportements à risques dérivés de cette définition (sports extrêmes, conduite dangereuse de véhicules motorisés, etc.), plusieurs travaux étendant la définition vers l'abus de substances psychoactives tels que le tabagisme, voire à certaines tentatives de suicides répétées (Pardinielli et al., 2005). D'autres auteurs soulignent également les facteurs psychologiques tels que les dimensions de la personnalité (Zuckerman, 2005) ou le fonctionnement cognitivo-émotionnel (Bonnet et al., 2003). Les résultats de cette étude témoignent d'une corrélation entre dépression, alexithymie

et conduites à risques. Les auteurs suggèrent alors que dépression et alexithymie sont des facteurs favorisant la tendance à s'engager dans des comportements à risque.

Une autre étude (Bonnet et al., 2011) s'intéresse au fonctionnement émotionnel des sujets dépendants aux substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis). Les auteurs observent que l'on retrouve bien plus de sujets alexithymiques dans le groupe de personnes ayant des dépendances (44,9 %), que chez les sujets non dépendants (13,6 %).

De même, l'étude exploratoire menée par Bréjard, Pardinielli et Rouan (2006), s'intéresse au lien entre dysfonctionnement émotionnel chez les adolescents et comportements à risques (tabac, alcool, drogues). Les résultats avancent que les adolescents présentant des comportements à risques ressentent moins intensément les émotions et verbalisent plus difficilement leurs éprouvés subjectifs.

L'étude de Pietri et Bonnet (2017) s'intéresse plus particulièrement au lien entre tabagisme et alexithymie, dépression, anxiété et met en avant le rôle que joue la consommation de tabac dans la régulation des émotions. Selon Fernandez et al. (2004b), la consommation de toxique répond à une souffrance psychique que le sujet tente de résoudre mais qu'il ne fait que transformer, il s'agit alors d'une réponse par l'agir.

La consommation de tabac semble permettre de diminuer la détresse émotionnelle chez les jeunes adultes (Bonnet et al., 2011 ; Bonnet et al., 2017). Nous pouvons alors supposer que la consommation de cigarettes devient un aménagement face aux situations anxiogènes et une stratégie de régulation des émotions permettant l'accès et l'élaboration de ses propres ressentis.

Synthèse chapitre 2 : Asthme et émotions : des émotions à l'alexithymie

Du latin *ex movere*, l'émotion signifie mettre en mouvement. En effet souvent changeante et propre à un vécu subjectif, la notion d'émotion est complexe et difficile à définir car elle comprend plusieurs composantes : une expérience subjective, une expression communicative et des manifestations physiologiques. Toutefois certains consensus semblent admis par les auteurs notamment sur la distinction des émotions en deux catégories : les émotions de base qui correspondent à des manifestations réflexes, universelles, innées et a-culturelles et les émotions mixtes qui sont plus élaborées et nécessitent une évaluation cognitive. L'émotion a différentes fonctions : d'adaptation, d'évaluation de l'environnement, a valeur de signal et joue un rôle dans les interactions sociales.

Les auteurs proposent une distinction entre l'émotion et d'autres concepts proches auxquelles elle est souvent assimilée – l'affect, le sentiment, l'humeur, l'état émotionnel, le tempérament... Selon Sifnéos (1977), l'émotion renvoie à la dimension biologique de l'affect ; le sentiment à la dimension psychologique de l'affect et l'affect est le produit de l'émotion et du sentiment et correspond ainsi à un état interne avec des composantes biologiques et psychologiques.

La psychopathologie s'intéresse aux émotions et plus particulièrement aux déficits émotionnels. Si l'émotion n'est pas en elle-même pathologique, les auteurs se réfèrent à la régulation émotionnelle qui correspond à une augmentation ou diminution de la fréquence d'apparition, de l'intensité ou de la durée de l'état émotionnel. Une dysrégulation émotionnelle via une suractivation ou une sous-activation émotionnelle peut entraîner des comportements inadaptés comme le trouble anxieux, l'anhédonie, la dissociation ou encore l'alexithymie.

Notre propos cible plus spécifiquement l'alexithymie qui est une difficulté à distinguer, reconnaître et verbaliser une émotion. Il s'agit d'un mode particulier de gestion de la vie émotionnelle souvent présenté comme un déficit dans le traitement cognitif de l'émotion. Cette notion s'articule autour de quatre axes : difficulté à identifier et distinguer les états émotionnels, difficulté à exprimer verbalement ses émotions et sentiments, une vie imaginaire limitée et une pensée pragmatique. Un cinquième axe est parfois évoqué qui est le recours à l'action pour éviter les conflits ou d'avoir à exprimer ses émotions.

Un débat qui remonte déjà à la création du concept en 1972 par Sifnéos mais qui est toujours d'actualité distingue l'alexithymie primaire d'une alexithymie secondaire. L'alexithymie primaire, aussi appelée alexithymie « trait », est sous-tendue par l'hypothèse d'un facteur biologique inné prédisposant à l'apparition et au développement d'un trouble psychosomatique par l'inhibition de l'expression émotionnelle. L'alexithymie secondaire ou alexithymie « état » correspond à un état secondaire à l'angoisse suscitée par une maladie somatique grave ou par un traumatisme psychologique important. Cette distinction n'est pas sans conséquence car si l'alexithymie est primaire il faut la penser comme facteur de vulnérabilité qui prédisposerait à l'apparition de pathologies somatiques ou psychologiques ou encore à l'abus de substance ; en revanche si elle est secondaire, elle peut être perçue comme un processus adaptatif à une maladie chronique ou à des événements de vie stressants.

Plusieurs modèles tentent d'expliquer l'origine de l'apparition d'une alexithymie faisant référence à une conception d'une alexithymie trait ou état. Dans l'hypothèse d'une alexithymie trait, des modèles neurologiques et cognitifs évoquent la possibilité d'une défaillance dans la transmission des informations au niveau du cerveau ; dans l'hypothèse d'une alexithymie état des facteurs socio-culturels sont parfois mis en cause et ce sont les modèles psychopathologiques qui s'y intéressent. Au niveau de la prise en charge psychopathologique des patients alexithymiques, celle-ci est rendue souvent difficile pour le clinicien car si la réussite d'une psychothérapie tient en partie à une bonne capacité d'introspection, un intérêt pour son fonctionnement psychologique et une analyse de ses états émotionnels, ces aspects là sont remis en cause chez la personne alexithymique. Pour autant, plusieurs prises en charge spécifiques sont possibles notamment la psycho-éducation, l'hypnose, les thérapies corporelles, une prise en charge musicale ou encore des prises en charges groupales.

Des études rapportent que l'alexithymie peut être associée à d'autres déficits émotionnels, notamment la dépression et l'anxiété ou l'anhédonie. On retrouve également des corrélations positives entre alexithymie et symptômes somatiques.

Les liens entre alexithymie, asthme et tabagisme sont ceux sur lesquels se porte plus spécifiquement notre attention. Selon les études, on retrouve chez les patients alexithymiques entre 34 et 39 % d'asthmatiques. De plus la prévalence de l'alexithymie est de 43,5 % chez les personnes toxicomanes.

L'alexithymie se manifeste notamment par l'agir, aussi l'incapacité des alexithymiques à réguler leurs émotions ne leur permettrait pas d'avoir recours à des stratégies adaptées, les encourageant alors à s'engager dans la recherche d'anesthésiants émotionnels via des comportements compulsifs permettant de faire face à un vécu émotionnel intense.

PARTIE II : PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODE

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE, OBJECTIFS, HYPOTHÈSES

1. Problématique

Compte tenu des risques de mortalité et de la morbidité qu'ils engendrent, le tabagisme et l'asthme sont de réels problèmes de santé publique (Laforest et al., 2008 ; Fernandez, Letourmy, 2007). En effet, aujourd'hui, en France, le tabac tue annuellement plus de 73 000 personnes, ce qui représente 13 % de l'ensemble des décès (Josseran, 2018). Quant à l'asthme, l'association Asthme & Allergies²⁹ rapporte en 2018 qu'il est responsable de plus de 900 décès par an et malgré des traitements optimaux, la qualité de l'observance reste perfectible. La majorité des patients asthmatiques (50-60 %) ne sont pas contrôlés. Les causes en sont multiples (traitement non adapté, inobservance, facteurs aggravants), ou bien absence de traitement pour certains patients : on compte 4 patients sur 10 qui ne sont pas traités pour leur asthme (Asthme & Allergie, 2018) d'où la nécessité d'une éducation thérapeutique et d'un ajustement des attentes et des terminologies médicales soignants/patients.

Underner et al. (2015) montrent qu'il existe une influence du tabagisme sur le risque de développement de l'asthme. Chez l'adulte et l'adolescent, le tabagisme actif est en effet un facteur favorisant la survenue de l'asthme, celui-ci étant plus sévère et moins bien contrôlé chez un fumeur (Moussaif et al., 2009). Cependant, les mécanismes physiopathologiques par lesquels le tabagisme aggrave l'asthme restent à ce jour incomplètement connus.

Les travaux sur l'asthme en psychologie de la santé concernent notamment les représentations ou la perception de la maladie par les patients (Hamili et al., 2009), la qualité des soins (Godart et al., 2007), la qualité de vie (Axelsson et al., 2009), la prise en charge psychologique (TCC - Newinger et Légeron, 2005), l'éducation thérapeutique (Lesourd et al., 2013), la relaxation (Holoway, West, 2007), etc.

Les déficits émotionnels ou l'alexithymie chez les patients asthmatiques sont peu étudiés. La nature des manifestations psychologiques dans l'asthme et les associations entre facteurs organiques et facteurs psychologiques ne sont pas toujours clairs.

Par exemple, l'asthme peut être abordé sous l'angle du déficit émotionnel. Plusieurs chercheurs ont tenté d'établir un lien entre maladie respiratoire et alexithymie. Si la prévalence de l'alexithymie est de 20,7 % en population générale (Guilbaud et al., 2002), les

²⁹ http://allergo.lyon.inserm.fr/2019_DESC/All_Asthme_et_allergie_FREYMOND-N_DESC2019.pdf

résultats montrent qu'elle est supérieure chez des personnes souffrant de maladies respiratoires toutes pathologies respiratoires chroniques confondues (Kleiger et Jones, 1980 ; Feiguine et Jonhson, 1984 ; Pedinielli et al., 1991, Loas, 2010). Elle est également élevée chez des patients toxicomanes - incluant la tabagisme (Jouanne et al., 2005 ; Guillbaud et al., 2002). On retrouve une prévalence d'alexithymie de 43,5 % chez des sujets toxicomanes dans l'étude de Farges et al. (2014).

En outre, l'asthme sévère³⁰ est plus exacerbé chez des patients alexithymiques (Feldman et al., 2002). En effet, l'alexithymie pourrait influencer la capacité du patient asthmatique à interpréter la sévérité de ses symptômes et ainsi ne pas pouvoir orienter le professionnel de santé vers une prise en charge suffisamment adaptée (moins de propension à consulter, donc retard dans la prise de traitement), ce qui peut entraîner plus de crises et d'hospitalisation d'urgence voire des crises mortelles (Serano et al., 2006, Calfee et al., 2006). L'alexithymie dans la pathologie respiratoire pourrait ainsi être en lien avec un problème d'observance thérapeutique.

Pour certains auteurs, l'alexithymie serait un facteur prédisposant à l'abus de substances. Le sujet utiliserait le produit pour compenser un déficit dans la capacité à réguler et à moduler ses émotions. Pour d'autres, l'alexithymie se développerait suite à l'angoisse suscitée par une maladie somatique ou par un traumatisme physique ou psychologique. L'alexithymie est liée à un déficit de conscience émotionnelle (éprouvé émotionnel). Les individus rapportent ne rien ressentir ou ne pas savoir ce qu'ils ressentent (Jouanne et al., 2005). Ils seraient dans l'incapacité de discriminer et de mentaliser les émotions négatives.

Il existe une corrélation entre la combinaison anxiété/dépression et l'alexithymie. Pour Pasquier et Pedinielli (2010), la combinaison anxiété/dépression serait liée à une difficulté de verbalisation et d'identification des états émotionnels. Il existerait deux types d'alexithymie : une alexithymie primaire favorisant la dépression et une alexithymie secondaire conséquence de la dépression (Bréjard et al., 2011). Pour Skinstad et al., (2001), l'alexithymie découle de la dépression.

Par ailleurs, la prévalence de l'anxiété et de la dépression est importante chez les patients souffrant de troubles respiratoires (Thomas et al., 2011 ; Mikkelsen et al., 2004).

³⁰ Crises permanentes, survenant le jour comme la nuit, activité physique limitée. L'asthme sévère permanent concerne 10 % des asthmatiques.

Labor et al. (2012) rapportent que sur 200 patients asthmatiques, presque la moitié obtient des scores élevés aux échelles d'anxiété.

La combinaison anxiété/dépression joue un rôle dans la pathologie asthmatique. Ces facteurs psychologiques peuvent augmenter l'intensité des symptômes (Martinez-Rivera et al., 2011), affecter le contrôle de l'asthme, accentuer les exacerbations (Di Marco et al., 2011 ; Krauskopf et al., 2013) et impacter les symptômes physiques ainsi que la qualité de vie (Martinez-Rivera et al., 2011), l'adaptation à la maladie asthmatique (Hynninen et al., 2005) et la fonction pulmonaire (Labor et al., 2012).

Ainsi, il est important d'évaluer et de prendre en compte l'anxiété et la dépression dans le traitement de l'asthme. Parmi les facteurs psychologiques impactant la maladie asthmatique, l'alexithymie doit être considérée. En effet, il existe une relation proche entre anxiété/dépression et alexithymie chez des patients asthmatiques (Martinez-Rivera, 2011 ; Pedinielli et al., 1991 ; Tselebis et al., 2006).

Enfin, la corrélation entre dépression/anxiété et conduites addictives est à prendre en considération : les sujets dépendants seraient plus déprimés, plus anxieux (Bonnet et al., 2011) et plus alexithymiques (Speranza et al., 2003) comparativement à un groupe contrôle.

Par ailleurs, il n'est pas rare que les fumeurs lient la cigarette à la régulation de leur stress, comme une forme d'effet anxiolytique. Or, plus un sujet fume, plus il va être anxieux et par conséquent plus il va chercher à atténuer cette anxiété et donc se tourner vers la nicotine. Se dégage ici un cercle vicieux qui nous amène à étudier le tabac sous l'angle des émotions, et plus spécifiquement du déficit émotionnel sous-jacent dans ces conduites.

Ces études nous ont conduit à interroger les relations et les effets entre les facteurs médicaux et les facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques qu'ils soient fumeurs ou non-fumeurs.

2. Objectifs et hypothèses

On retrouve dans le tableau ci-dessous les objectifs et hypothèses avancées dans cette étude. Les hypothèses sont détaillées par la suite dans chaque chapitre de la partie résultat.

Tableau XVI - Objectifs et hypothèses de l'étude

Objectif : Étudier les relations qui peuvent exister entre les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, chez les patients asthmatiques non-fumeurs et chez les patients asthmatiques fumeurs. (Partie III, Chapitre 2)

Hypothèses :

Il existe des corrélations entre la sévérité de l'asthme, son contrôle et la qualité de vie. Il est attendu que plus l'asthme est sévère, moins son contrôle sera bon et moins bonne sera la qualité de vie des patients.

Il existe une corrélation entre alexithymie, anxiété et dépression chez les patients asthmatiques. Il existe une corrélation entre alexithymie et émotions négatives. Il est attendu que plus les patients asthmatiques sont alexithymiques plus seront élevés leurs scores d'anxiété, de dépression et d'émotions négatives.

Il existe des corrélations entre les facteurs médicaux et les facteurs psychologiques. Il est attendu que plus les patients sont dépressifs, anxieux, alexithymiques et qu'ils perçoivent des émotions négatives, plus leur asthme sera sévère, moins bon sera le contrôle de l'asthme et moins bonne sera la qualité de vie.

Objectif : Étudier l'effet de l'alexithymie, du contrôle de l'asthme, de l'anxiété et de la dépression et du tabagisme sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques (fumeurs et non-fumeurs, non-fumeurs, fumeurs). (Partie III, chapitres 3, 4, 5 et 6)

Hypothèses :

Les patients qui sont alexithymiques, qui ont un mauvais contrôle de leur asthme, qui sont anxieux et dépressifs et qui sont concernés par le tabagisme, ont des facteurs médicaux moins bons que ceux qui ne sont pas alexithymiques, qui ont un bon contrôle de l'asthme, qui ne sont pas anxieux, pas dépressifs et qui ne sont pas concernés par le tabagisme.

Les patients qui sont alexithymiques, qui ont un mauvais contrôle de leur asthme, qui sont anxieux et dépressifs et qui sont concernés par le tabagisme, ont des facteurs psychologiques moins bons que ceux qui ne sont pas alexithymiques, qui ont un bon contrôle de l'asthme, qui ne sont pas anxieux, pas dépressifs et qui ne sont pas concernés par le tabagisme.

Objectif : Examiner les relations entre les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques (fumeurs et non-fumeurs, non-fumeurs, fumeurs) selon l'alexithymie, le contrôle de l'asthme, l'anxiété et la dépression et le tabagisme. (Partie III, chapitres 3, 4, 5 et 6)

Hypothèses :

Les patients asthmatiques se distribuent différemment sur les dimensions médicales selon qu'ils sont alexithymiques, qu'ils ont un bon contrôle de leur asthme, qu'ils sont anxieux et dépressifs et qu'ils sont concernés par le tabagisme.

Les patients asthmatiques se distribuent différemment sur les dimensions psychologiques selon qu'ils sont alexithymiques, qu'ils ont un bon contrôle de leur asthme, qu'ils sont anxieux et dépressifs et qu'ils sont concernés par le tabagisme.

Objectif : Déterminer si les patients asthmatiques (fumeurs et non-fumeurs, non-fumeurs, fumeurs) se distribuent différemment selon la présence et/ou l'absence de tracés au dessin de l'arbre et de la personne sur les dimensions définissant : l'alexithymie, l'anxiété, la dépression, les émotions positives et les émotions négatives. (Partie III, chapitre 7)

Hypothèse : La distribution des tracés chez les patients asthmatiques diffère au dessin de l'arbre et au dessin de la personne.

Objectif : Étudier l'effet de l'alexithymie, du tabagisme, du contrôle de l'asthme, de l'anxiété et de la dépression sur les émotions positives et négatives des patients asthmatiques (Partie III, chapitre 8)

Hypothèse : Les émotions négatives sont plus présentes et les émotions positives le sont moins chez les patients asthmatiques qui sont alexithymiques, fumeurs, dont l'asthme n'est pas contrôlé, dont l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif est élevée.

3. Perspectives attendues

Aborder le tabagisme et l'asthme du côté des émotions peut être une piste à suivre pour envisager un programme de soins personnalisés et adaptés à chaque patient. Orienter le travail thérapeutique en permettant aux patients de reconnaître et de nommer leurs émotions, au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée, pourrait avoir un impact bénéfique sur la qualité de vie du patient et sur l'observance.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. Étude préliminaire

1.1.Présentation

Une étude préliminaire sur « Les déficits émotionnels chez l'adulte asthmatique fumeur » a été réalisée dans le cadre d'un mémoire de recherche de master 1, psychologie de la santé à l'université Lyon 2 (Maisonneuve et Niang, 2015), sous la direction du Pr Fernandez. L'objectif de l'étude était d'étudier l'existence de facteurs psychologiques tels que l'alexithymie, la dépression et l'anxiété chez des patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs. L'hypothèse de recherche était : les patients asthmatiques présentent des troubles émotionnels majorés par leur tabagisme.

L'étude portait sur 12 patients asthmatiques (9 femmes et 3 hommes) fumeurs (n=4) et non-fumeurs (n = 8). La moyenne d'âge de l'échantillon était de 48 ans. Les inclusions se sont déroulées dans le service de pneumologie du Pr Gilles Devouassoux à l'hôpital de la Croix Rousse.

Les outils utilisés étaient :

- Le test de Fagerström (Heatherton, 1991 ; Fagerström, 2012),
- Le Questionnaire des Comportements Tabagiques (QCT, Gilliard et al. 2000 ; Gilliard, Bruchon-Schweitzer, 2001),
- L'échelle des niveaux de conscience émotionnelle (LEAS, Berthoz et al. 2000 ; Bydlowski et al. 2002 ; Lane, Quinlan, 1990),
- L'échelle d'Alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20, Bagby et al. 1994 ; Loas et al. 1995),
- L'Inventaire d'Anxiété de Beck (IAB, Beck et al, 1988 ; Freeston et al. 1994),
- L'échelle de dépression CES-D (Radloff, 1977 ; version française Furher, Rouillon, 1989),
- Le test de l'arbre (Fernandez, 2014),
- Un entretien semi-directif autour du parcours avec la maladie asthmatique et le tabac.

Les résultats ont montré que ([Tableau XVII](#)) :

Tableau XVII - Résultats de l'étude « Les déficits émotionnels chez l'adulte asthmatique fumeur » (Maisonneuve et Niang, 2015)

Chez les sujets asthmatiques alexithymiques :	Chez les sujets asthmatiques fumeurs :	Chez les sujets asthmatiques fumeurs et non-fumeurs :
<ul style="list-style-type: none"> - une difficulté dans l'identification des symptômes de la crise ou des exacerbations de la maladie - une observance thérapeutique moyenne, avec une tendance à utiliser le bronchodilatateur comme automédication de l'angoisse - une difficulté dans la verbalisation de l'émotion - lorsque l'émotion est verbalisée, elle l'est plutôt du côté de l'anxiété et de la dépression - un discours centré sur l'histoire médicale 	<ul style="list-style-type: none"> - une difficulté dans la verbalisation de l'émotion - lorsque l'émotion est verbalisée, elle l'est plutôt du côté de l'anxiété et de la dépression - un lien entre la consommation de tabac et les situations difficiles - un lien entre la tentative de sevrage tabagique et les émotions négatives - une verbalisation plus aisée autour du tabac plutôt qu' autour de la maladie asthmatique 	<ul style="list-style-type: none"> - l'intensité de l'alexithymie chez les asthmatiques fumeurs et les asthmatiques non-fumeurs est similaire - l'état dépressif et anxieux est plus important chez les asthmatiques fumeurs.

1.2.Intérêt théorique et clinique de la recherche

La première étude a permis de faire un état des lieux et de se confronter à la réalité du terrain comme une phase de pré-test. Les limites et pistes d'amélioration présentées dans l'étude préliminaire ont servi de base à une amélioration du protocole de recherche pour poser de nouveaux objectifs et montrer les intérêts théoriques et cliniques de la recherche (cf. [Intérêts Partie IV, Chapitre 4, pp. 249-250](#)).

2. Méthode

2.1.Population de l'étude

La population étudiée est composée de patients suivis pour leur pathologie asthmatique par le Pr Gilles Devouassoux, chef de service dans le service de pneumologie, à l'hôpital de la Croix-Rousse, Hospices Civils de Lyon.

Soixante-dix patients ont participé à la recherche. Les caractéristiques de la population sont présentées dans la partie résultats.

2.2.Critères d'inclusion

Trois critères sont requis pour l'inclusion de patients dans cette étude :

- Hommes et femmes > 18 ans
- Atteint d'un asthme léger, modéré ou sévère
- Bénéficiaire de la sécurité sociale

2.3.Critères d'exclusion

- Femmes enceintes
- Patients s'opposant à leur participation à l'étude.
- Polytoxicomanes (substances psychoactives)
- Patients avec des antécédents et comorbidités psychiatriques sévères
- Patients atteints de cancer
- Patients présentant des troubles cognitifs
- Patients présentant des troubles de la parole, auditifs, visuels, praxiques
- Patients atteints de toute pathologie chronique et notamment respiratoire autre que l'asthme
- Patients ne parlant pas le français
- Personnes protégées par la loi

2.4.Modalités de recrutement

Il s'agit d'un recrutement monocentrique à partir de la consultation de pneumologie de l'hôpital de la Croix Rouse (centre référent en asthme sévère). La file active de patients asthmatiques dans ce service est de l'ordre de 400 patients, avec 30 à 40 patients vus par semaine, dont 1/3 de primo consultants.

Le recrutement des patients asthmatiques s'est étalé sur une période d'un an et demi. Il a été rendu possible grâce au Pr. G. Devouassoux, aux professionnels de santé³¹ du service de pneumologie de l'hôpital de la Croix-Rousse et, aux chercheurs du centre de recherche

³¹ Madame Hélène Aubert responsable de l'équipe d'éducation thérapeutique et madame Louise Pronnier psychologue de l'équipe d'éducation thérapeutique.

clinique³² qui ont accepté (après information aux patients et acceptation de participation de ceux-ci à l'étude) d'adresser au psychologue-chercheur des patients répondant aux critères d'inclusion de l'étude.

Les patients recrutés sont ensuite reçus sur un rendez-vous pour participer pendant une heure à une heure trente au protocole de recherche dans le service dans un bureau réservé pour l'étude.

2.5.Éthique et déontologie

Le protocole de cette étude respecte les règles d'éthique et de déontologie relatives à la recherche et à la pratique du psychologue telles qu'elles sont présentées dans le code de déontologie des psychologues de mars 1996, actualisé en 2012³³.

Une note d'information ([Annexe n°1](#)) est adressée au patient dans laquelle il peut trouver l'objectif de l'étude, le déroulement du protocole ainsi que les retombées attendues. Cette note d'information souligne en des termes compréhensibles la participation volontaire du patient et son droit de rétractation et la confidentialité des données. Elle indique également le numéro de téléphone à composer pour poser toutes questions éventuelles relatives à l'étude.

Lors des différentes inclusions, nous avons été attentifs à ce que les patients ne soient jamais considérés comme « *objets d'investigation, mais conservent toujours leur statut de sujet* » (Bénony et Chahraoui, 1999). En effet, si le patient n'est pas en mesure de poursuivre le déroulement du protocole, qu'elles qu'en soient les raisons (émotionnelles, personnelles, etc.), le psychologue-chercheur met fin à la passation pour ne pas mettre le patient en difficulté.

À des fins pratiques et d'authenticité du discours tenu par le patient, les entretiens sont enregistrés, retranscrits par la suite, anonymisés, puis effacés. Au début de chaque inclusion,

³² Madame Jodelle Gerbier, madame Lauriane Giroudot, madame Joanne Praneuf et madame Marie-Anne Château qui rencontrent des patients asthmatiques pour des essais thérapeutiques de recherche. Les patients participants aux essais cliniques se rendent à l'hôpital le temps d'une matinée et ont un temps d'attente d'environ une heure entre les différents tests et prises de traitement. Ainsi le psychologue-chercheur pouvait rencontrer les patients d'accord pour participer à l'étude pendant ce temps d'attente. La proximité entre les essais cliniques et le bureau dans lequel l'entretien de l'étude se déroulait ayant rendu ce dispositif réalisable.

³³ Code de déontologie des psychologues, révisé en 2012 « Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. »
<http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html>

le chercheur psychologue demande au patient s'il accepte que l'entretien soit enregistré et lui assure que le discours une fois retranscrit sera anonymisé et l'enregistrement effacé.

Par ailleurs, nous avons assuré aux participants de notre étude le respect de leur anonymat et la confidentialité de leurs réponses. Nous leur avons également proposé, s'ils le souhaitent, une séance de restitution lors de la prise d'un second rendez-vous permettant au patient de connaître les résultats issus de leurs différentes passations. De même, en parallèle de ces résultats individuels, nous avons proposé aux participants un retour global de l'étude, en précisant qu'il s'agirait des résultats généraux de l'étude lorsque celle-ci serait terminée.

Les inclusions ont pu débiter à partir de moment où nous avons eu l'avis favorable de la part du Comité de Protection des Personnes (CPP), avis que nous avons eu le 11 octobre 2017 ([Annexe n°2](#)). Pour ce faire, nous avons été en lien avec la Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) de la Croix Rousse, avec pour principale interlocutrice madame Nadège Derrien. Nous avons pu soumettre un dossier présentant le projet d'étude afin qu'il soit examiné par le CPP compétent.

À mesure que les inclusions avançaient, nous avons rempli un document répertoriant les patients interrogés, tout en respectant leur anonymat en leur attribuant un code patient : Nombre à trois chiffres suivant l'ordre d'inclusion suivi des trois premières lettres du nom de famille. Par exemple « 001 FER ».

D'autre part, l'étude a été inscrite à la CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés ([Annexe 3](#)).

3. Outils

3.1.Choix des outils

Le dispositif méthodologique consiste dans la triangulation³⁴ de données (Murphy et al, 1998 ; Santiago-Delefosse, 2006 ; Flick, 2009). En effet, cette recherche utilise trois méthodes de récolte de données, faisant l'objet d'analyses indépendantes l'une de l'autre.

³⁴ Murphy et al. (1998) considèrent que la triangulation suppose de combiner au moins deux méthodes dans l'étude d'un même phénomène, ou bien d'au moins deux sources de données, ou bien encore de l'intervention d'au moins deux méthodes d'analyse différentes.

Celles-ci sont : les entretiens de recherche semi-structurés, deux techniques projectives de dessin et des échelles.

Le recours à la méthode qualitative des entretiens semi-directifs est justifié par la nécessité d'avoir un reflet des préoccupations des patients interrogés en rapport avec l'asthme et le tabagisme.

L'utilisation du dessin de l'arbre et du dessin de la personne permet de saisir comment le patient se situe face à sa maladie (ressentis, troubles émotionnels et affectifs notamment) et dans les relations avec son entourage familial et son environnement personnel et social. Ces outils permettent par le processus de projection une expression plus libre des différents besoins, conflits, émotions, troubles et déficits qui restent plus cachés ou non abordés avec des questionnaires et des entretiens.

Le recours à la méthode quantitative des questionnaires est justifié par la nécessité de recueillir des mesures objectives des variables investiguées.

Les outils utilisés servent d'une part à évaluer finement la sémiologie émotionnelle et l'éventuelle présence d'une symptomatologie dépressive et/ou anxieuse, d'autre part les modes d'appréhension, de gestion et de régulation des émotions.

3.2.Intérêt méthodologique

Le protocole de cette étude s'inscrit dans une démarche intégrative (Fernandez, 2015) et défend l'idée que l'intégration d'une multiplicité de méthodes permet le développement des théories et le partage de connaissances. Elle présente l'intérêt d'utiliser et de concilier différentes méthodes (dites « mixtes » : quantitatives et qualitatives) au sein d'un même plan expérimental en fonction des objets et des buts de la recherche. Elle repose aussi sur un souci répandu parmi les chercheurs et les cliniciens de trouver et d'articuler des méthodologies adaptées à leurs sujets de la recherche (questions relatives à la recherche) et aux terrains (méthodes de terrain) (Bosisio et Santiago-Delefosse, 2013).

La mise en place d'un dispositif méthodologique pertinent représente une autre condition nécessaire à la qualité scientifique de la recherche (Santiago-Delefosse, 2006). Un tel dispositif doit pouvoir exercer une fonction spécifique : la prise de distance du chercheur vis-à-vis de la récolte des données et de leur analyse. Le dispositif méthodologique mis en place dans le cadre de ce travail se prévaut d'outils encourageant la réflexivité, au service

cette fois de la validité des théories plus que de la cohérence de la démarche de construction du savoir.

L'utilisation d'une méthodologie mixte permet de mettre en évidence que certaines problématiques et composantes cliniques se laissent mal appréhender par une approche uniquement quantitative tout simplement parce que certaines dimensions psychiques et psychopathologiques ne sont pas toujours accessibles par ses approches et ne sont accessibles que par d'autres voies ou d'autres approches qualitatives s'inscrivant dans la clinique. Toute recherche dans des domaines tels que la santé, l'environnement, l'éducation, les ressources humaines, doit adopter des méthodes diverses mais en adéquation avec les problèmes à investiguer (Baum, 1995). Lorsqu'ils sont rapprochés et interprétés de manière adéquate, les résultats issus de l'application de différentes méthodes peuvent s'interpréter réciproquement en permettant des mises en perspective originales. Utiliser des méthodes mixtes permet d'enrichir les résultats et les théories.

Il apparaît qu'une méthodologie mixte peut rendre l'accès au terrain plus facile et encourager un dialogue interdisciplinaire entre disciplines adoptant des positions opposées (Bosisio, Santiago-Delefosse, 2014).

3.3.Fiche de renseignement

La fiche de renseignement récolte des informations médicales principalement. Elle permet dans un premier temps de vérifier que le patient entre bien dans les critères d'inclusion et ne se trouve pas dans une des situations présentées dans les critères d'exclusion.

Les informations récoltées par la suite concernent l'Indice de Masse Corporelle (IMC) du patient, son âge, son rapport au tabac et autres produits, des données cliniques sur la pathologie asthmatique et son contrôle au moment de l'enquête ([Annexe n°4](#)).

3.4.Evaluation de la pathologie asthmatique

3.4.1. Evaluation du contrôle de l'asthme (ACT et ACQ)

- [ACT : Asthma Control Test pour adulte \(Schatz et al., 2006\)](#)

L'ACT évalue le contrôle de l'asthme en mesurant la fréquence de l'essoufflement et les symptômes d'asthme général, l'utilisation d'un inhalateur de secours, la gêne éventuelle de l'asthme sur le quotidien et l'auto-évaluation globale du contrôle de l'asthme.

Cette échelle est un outil auto-administré par le patient et permet d'identifier les patients qui souffrent d'asthme mal contrôlé. Elle présente de bonnes qualités psychométriques avec un α de Cronbach compris entre 1,79 et 0,85 et fidélité test-retest de 0,77 (Schatz et al., 2006).

C'est une échelle très utilisée, tant dans la pratique clinique en pneumologie, qu'en recherche pour mesurer le niveau de contrôle de l'asthme des patients interrogés (Daher et al., 2018 ; Jabri et al., 2017).

L'ACT comporte cinq items permettant d'évaluer, sur les quatre dernières semaines :

- 1) La gêne liée à l'asthme dans le quotidien
- 2) L'essoufflement
- 3) Les symptômes de l'asthme
- 4) L'utilisation de traitement ou inhalateur de secours
- 5) L'évaluation générale de l'asthme

Le sujet est invité à répondre sur une échelle de 1 à 5 selon ce qui lui correspond le mieux. Une seule réponse par item est possible.

Cotations : Chaque réponse attribue un nombre de points de 1 à 5. La somme des résultats donne un score qui varie entre 5 qui signifie un mauvais contrôle de l'asthme et 25 témoignant d'un bon contrôle de l'asthme ([Annexe n°5](#)).

- [ACQ : Asthma Control Questionnaire \(Juniper et al., 1999\)](#)

Un comité international sur l'asthme composé de 91 cliniciens provenant de 18 pays, a mis en avant cinq symptômes principaux dans l'évaluation du contrôle de l'asthme³⁵ :

- Se réveiller la nuit par les symptômes
- Se réveiller le matin avec les symptômes
- La limitation des activités quotidiennes

³⁵ Anaes-Afssaps. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents. Texte court. Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 174-84.

- L'essoufflement
- Une respiration sifflante

De plus les cliniciens ont indiqué que la mesure optimale du calibre des voies respiratoires était prédite pas le VEMS (Volume Expiratoire Maximal par Seconde) avant que le patient n'ait recours au bronchodilatateur et que l'utilisation quotidienne de bronchodilatateur de secours soit incluse. Cette mesure du VEMS permet de caractériser la sévérité de la maladie respiratoire associée à une obstruction des bronches.

L'ACQ présente de bonnes qualités psychométriques notamment de fortes propriétés discriminatives et évaluatives c'est-à-dire qu'il peut détecter de petites différences entre les patients ayant des niveaux différents du contrôle de leur asthme (Juniper, 1999).

L'ACQ comporte sept items interrogeant le patient sur le contrôle de l'asthme au cours de la dernière semaine. Les cinq premières questions portent sur les cinq symptômes principaux de l'évaluation du contrôle de l'asthme puis deux questions sur le VEMS.

Le questionnaire se fait en auto-passation et les réponses se font sur une échelle de type Likert, s'échelonnant de 0 = jamais à 6 = altération maximale.

Cotations : Le score s'obtient en additionnant les résultats de tous les items, puis en le divisant par le nombre d'items, soit par 7. Le score varie ainsi entre 0 qui correspond à un asthme contrôlé et 6 à un asthme non contrôlé ([Annexe n°6](#)).

3.4.2. Evaluation de l'observance thérapeutique du traitement de l'asthme (MARS 5)

- [MARS 5 : Medication Adherence Report Scale \(Fialko et al., 2008\)](#)

L'échelle MARS permet d'évaluer l'observance du traitement prescrit d'une pathologie. Une étude a notamment utilisé cette échelle pour mesurer l'observance thérapeutique de patients psychotiques et schizophrènes.

La version MARS 5 comporte cinq items portant sur l'oubli de la prise du traitement, la modification du dosage, une interruption, le saut d'une prise et la diminution du dosage. Cette échelle se fait en auto-passation. Les réponses se font sur une échelle de Likert de 1 à 5, 1 correspondant à toujours et 5 à jamais.

Cotations : Le score total se calcule en additionnant les réponses pour les cinq items et varie entre 5 : très faible observance thérapeutique et 25 : bonne observance thérapeutique ([Annexe n°7](#)).

3.4.3. Evaluation de la qualité de vie du patient asthmatique (Mini-AQLQ)

- [Mini-AQLQ : Asthma Quality of Life Questionnaire \(Juniper 1999\)](#)

L'AQLQ évalue la qualité de vie au niveau des problèmes fonctionnels (physiques, émotionnels, sociaux et professionnels) des patients asthmatiques adultes.

La première version de l'échelle comporte 32 items et évalue les domaines d'altération de la qualité de vie comprenant les symptômes classiquement associés à l'asthme : les réponses aux stimuli environnementaux, la nécessité d'éviter ces stimuli, la limitation des activités et le dysfonctionnement émotionnel (Juniper, 1992).

Afin de permettre une utilisation plus simple dans la surveillance et le suivi de l'asthme, le Mini-AQLQ a été mis au point comprenant 15 items (Juniper, 1999).

Pour notre étude nous avons choisi de faire passer la version courte de cette échelle « mini-AQLQ ». Le patient est invité à répondre aux 15 items, d'après leur ressenti sur les deux dernières semaines, sur une échelle de 1 à 7 : 7 correspondant à qualité de vie pas détériorée sur l'item en question et 1 à détérioration majeure.

Quatre domaines sont explorés dans ce questionnaire :

- 1) Les symptômes,
- 2) Les aspects émotionnels,
- 3) La limitation des activités
- 4) L'exposition à des stimuli environnementaux.

Le résultat s'exprime par le total des scores obtenus aux différents items. Les résultats varient ainsi entre 15 qui correspond à une qualité de vie médiocre et 105 qui renvoie à une bonne qualité de vie. Notons toutefois que dans certaines études, c'est la moyenne obtenue aux différents items qui est prise en compte, cela revient au même calcul mais avec des résultats pouvant s'étendre entre 1 (qualité de vie médiocre) et 7 (bonne qualité de vie).

Cotations : On retient trois niveaux de qualité de vie selon le score global obtenu :

- Score global entre 91 et 105 : bonne qualité de vie

- Score global entre 46 et 90 : qualité de vie moyenne
- Score global entre 15 et 45 : qualité de vie médiocre

(Annexe n°8).

3.4.4. Entretien semi-directif

Les quatre tests précédemment présentés permettent de récolter des informations et données sur le contrôle de l'asthme, l'observance thérapeutique et la qualité de vie du patient asthmatique. Nous avons jugé intéressant de compléter ces données, en laissant la possibilité au sujet de s'exprimer sur le vécu de sa maladie. Pour cela, nous avons recours à l'entretien semi-directif, qui n'excédera pas une dizaine de minutes.

La question de départ est la suivante : « *J'aimerais que vous me parliez de votre parcours avec l'asthme* ». Puis de nous en tenir au guide thématique suivant :

Tableau XVIII - Grille d'entretien semi-directif, vécu de la maladie par le patient asthmatique

Thèmes du guide de l'entretien	Relances verbales prévues
Le vécu de la maladie, les contraintes, la fréquence des crises, les moments d'apparition, la qualité de vie, l'observance thérapeutique. Le ressenti corporel et émotionnel inhérent aux crises.	Comment vivez-vous votre maladie au quotidien ? Comment vous adaptez-vous au traitement ?

L'analyse de l'entretien se fait par le biais d'une extension d'un logiciel d'analyse de discours : EMOTAIX qui est exploitable à partir du logiciel Tropes version 7 ou version 8.2, c'est cette dernière version qui est utilisée pour cette étude. Emotaix permet de réaliser la quantification du lexique de l'émotion (émotions, sentiments, humeurs, affects, tempéraments) présent dans des corpus écrits. La procédure quant à l'utilisation du logiciel est décrite plus bas.

3.5. Evaluation de la dépendance tabagique

Cette évaluation de la dépendance tabagique n'a concerné que des patients asthmatiques fumeurs ou ex-fumeurs.

La question de départ, est une question ouverte qui reprend la même formulation que celle posée lors de l'entretien sur la pathologie asthmatique : « *J'aimerais que vous me parliez de votre parcours avec le tabac* ». La durée de l'entretien ne dépasse pas quinze minutes et s'appuie sur la grille thématique suivante :

**Tableau XIX - Grille d'entretien semi-directif,
Parcours tabagique**

Thèmes du guide d'entretien	Relances verbales prévues
1. Initiation tabagique : entrée dans le tabagisme, contexte psychologique des premières cigarettes, contexte psycho-environnemental de l'initiation tabagique avec le tabagisme familial, amical et social	Quelles sont les circonstances qui vous ont conduit à commencer à fumer ?
2. Perte de choix et intériorisation du tabagisme : installation progressive dans le tabagisme, poursuite du tabagisme	À partir de quel moment, avez-vous fumé régulièrement ?
3. Le contexte psychopathologique de l'arrêt ou de la reprise du tabagisme : décision d'arrêter de fumer et moyens mis en œuvre, tentatives d'arrêt, durée de l'arrêt, reprise du tabagisme	Comment en êtes-vous venu à penser à arrêter de fumer ou à tenter de le faire ?
4. Le contexte physiopathologique du tabagisme : dépendance tabagique : physiologique, psychologique et comportementale ; ressenti douloureux et négatif de cette dépendance ; troubles liés à la nicotine, sevrage à la nicotine ; difficultés rencontrées par les fumeurs pour arrêter de fumer.	Pourriez-vous décrire votre ressenti et votre vécu par rapport à votre dépendance tabagique ?

De même que pour l'analyse de l'entretien sur le parcours avec l'asthme du patient, le discours sur le parcours tabagique du patient est analysé à l'aide du logiciel Emotaix.

3.5.1. Échelles de mesure de la dépendance et des comportements tabagiques (Test de Fagerström ; QCT)

- [Test de dépendance physiologique à la nicotine \(Heatherton, 1991 ; Fagerström, 2012\)](#)

Le test de Fagerström de la dépendance physiologique à la nicotine (Heatherton et al., 1991 ; Fagerström, 2012), est sans doute le test le plus utilisé pour mesurer la dépendance tabagique d'un individu. Cette échelle a été traduite et validé en français (Etter, et al., 1999).

Il permet d'évaluer le degré de dépendance physiologique à la nicotine de chaque fumeur. Son intérêt est de renvoyer à une mesure précise de l'intensité et du degré de la

dépendance physiologique à la nicotine afin de permettre une meilleure prise en charge clinique et donc de viser à une meilleure efficacité thérapeutique.

Cet outil comporte huit questions avec deux ou quatre modalités de réponse. La consigne donnée aux fumeurs est simple : « *Voici un questionnaire comportant huit questions destinées à évaluer la dépendance à la nicotine. Vous cochez la case qui vous concerne* ». Le sujet coche la case qui correspond à sa situation. Un score de zéro à trois points est attribué en fonction des réponses.

Cotations : Le total des scores permet de distinguer :

- une très forte dépendance de 9 à 11,
- une forte dépendance de 7 à 8,
- une dépendance moyenne de 5 à 6,
- une dépendance faible ou légère de 0 à 4.

(Annexe n°9).

- [Questionnaire des Comportements Tabagiques \(Gilliard et al., 2000 ; Gilliard, Bruchon-Schweitzer, 2001\)](#)

Cet outil, composé de 28 items, évalue la dépendance comportementale et les raisons qui poussent le plus souvent à fumer.

Quatre dimensions sont évaluées dans ce test :

Les items 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25 évaluent la dépendance.

Les items 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26 évaluent la dimension sociale.

Les items 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27 évaluent la régulation des affects négatifs.

Les items 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28 évaluent la recherche de plaisir (hédonisme/geste).

Cotations : Chaque dimension permet d'obtenir un score sur 21 points. Un score inférieur à 10 sera considéré comme faible pour chaque dimension, entre 10 et 15 à un score moyen et supérieur à 15 à un score élevé (Annexe n°10).

3.6. Evaluation des émotions, des déficits émotionnels et de la symptomatologie anxieuse et dépressive

4.6.1. Mesure de l'alexithymie (TAS-20)

- [Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items : TAS-20 \(Bagby et al., 1994 ; Loas et al., 1995 ; Loas et al., 1995\)](#)

Nous avons choisi d'évaluer l'alexithymie à l'aide de la version française (Loas et al., 1995) de la « Toronto Alexithymia Scale » (Parker, Bagby, Taylor et al., 1993), échelle d'alexithymie à 20 items. La TAS-20 apparaît l'instrument le plus utilisé dans la recherche sur l'alexithymie des populations cliniques et non cliniques (Zimmerman et al., 2006). Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation de type Likert, répartie en trois sous-échelles destinées à évaluer les facettes cliniques du concept : (a) difficulté à identifier les sentiments, (b) difficulté à décrire ses sentiments aux autres, (c) pensée orientée vers l'extérieur.

Le sujet évalue son degré d'accord, ou de désaccord avec chaque item, sur une échelle de type Likert en 5 points : accord complet, plutôt d'accord, ni d'accord ni désaccord, plutôt pas d'accord, désaccord complet. La note globale d'alexithymie varie de 20 à 100 et permet la répartition des sujets en trois catégories distinctes : non alexithymiques (< 44), fonctionnement indéterminé (de 44 à 56), alexithymiques (> 56).

Notons toutefois qu'à l'heure actuelle l'alexithymie est le plus souvent considérée sous la forme d'un continuum de réponses dans lequel la population se distribue selon une courbe normale (Luminet et al., 2003). Il reste néanmoins courant d'envisager, dans une conception psychopathologique, un score seuil sur l'échelle d'alexithymie pour distinguer un individu alexithymique d'un individu dépourvu de ce trait.

L'analyse factorielle du questionnaire souligne les trois facteurs composés des mêmes items (Parker et al., 1993). Chacune des sous-échelles de la TAS-20 est fortement corrélée au total, tandis que la dimension « difficulté à identifier ses sentiments » corrèle fortement avec la dimension « difficulté à décrire ses sentiments » (Parker et al., 1993). Enfin, la dimension « difficulté à décrire ses sentiments » corrèle modestement avec la dimension « pensée orientée vers l'extérieur », celle-ci reflétant la pensée opératoire.

Cotation : Chaque réponse cotée de 1 à 5 sur l'échelle de type Likert, évalue de manière quantitative, sur un total de 100 points, l'intensité du trouble au cours de la semaine

écoulée. Le score total est obtenu par la somme de tous les items, toutefois, les items 4, 5, 10, 18 et 19 sont inversés. Une personne obtenant un score supérieur à 44 est jugée alexithymique, une personne obtenant un score inférieur ou égal à 44 n'est pas alexithymique (Annexe n°11).

4.6.2. Mesure du bien-être subjectif (Échelle de Diener)

- Échelle de bien-être subjectif (Diener, 1995)

L'échelle de bien être subjectif de Diener a été adaptée et validée en français (J. P. Rolland, 1998). La validation de l'outil a été réalisée sur un échantillon important (N=1753) tiré de la population générale et a donné lieu aux caractéristiques suivantes :

Émotions positives : $m=46.36 \pm 11.15$

Émotions négatives : $m=51.21 \pm 17.32$

Surprise : $m=8.58 \pm 3.64$

Elle est constituée dans sa version brève de 31 items correspondant à des émotions ou états d'activation émotionnelle cotés de 1 à 7. Le sujet doit indiquer la fréquence avec laquelle au cours du mois passé il a ressenti les émotions suivantes, de jamais (1) à plusieurs fois par jour (7).

Elle comporte trois facteurs ou dimensions :

- **Émotions positives** : 10 items (score maximum=70) ;
- **Émotions négatives** : 18 items (score maximum=126) ;
- **Surprise** : 3 items (score maximum=21).

Les émotions évaluées sont les suivantes : affection ; amour ; anxiété ; bienveillance ; bonheur ; chagrin ; colère ; confusion ; culpabilité ; découragement ; dégoût ; embarras ; étonnement ; fierté ; fureur ; honte ; humiliation ; inquiétude ; irritation ; joie ; nervosité ; peur ; plaisir ; regret ; satisfaction ; solitude ; surprise ; stupéfaction ; sympathie ; tendresse ; tristesse.

Cotations : Les émotions se présentent sur un continuum, tous les individus ressentent plus ou moins intensément les émotions positives, négatives et de surprise. Ainsi les résultats obtenus pour chaque dimension ne sont pas comparés à un score seuil mais donnent une indication sur les valences émotionnelles du sujet (Annexe n°12).

4.6.3. Evaluation de la symptomatologie anxieuse et dépressive (HADS)

Dans la Classification Internationale des Maladies : la CIM-10³⁶, les états dépressifs sont répertoriés au « *chapitre V : Troubles mentaux et du comportement* », dans la sous-partie « *épisodes dépressifs* ». Cette partie dédiée à la dépression distingue différentes formes d'épisodes dépressifs selon leur sévérité : faible, moyen, sévère et s'ils sont associés à des symptômes somatiques ou psychotiques.

Le DSM-5³⁷ présente également les troubles dépressifs en plusieurs sous-catégories selon sa nature, son origine : troubles disruptifs avec dysrégulation émotionnelle, dysthymie, trouble dépressif induit par une substance ou un médicament, etc. Nous retiendrons dans notre étude les critères proposés décrivant un « *trouble dépressif caractérisé* » parmi lesquels on retrouve cinq éléments :

A. Reconnaître au moins cinq des neuf symptômes (dont au moins 1 - humeur dépressive ou 2 - perte d'intérêt ou de plaisir) sur une période de deux semaines et présentant un changement par rapport au fonctionnement habituel :

- 1- *Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée*
- 2- *Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir*
- 3- *Perte ou gain de poids significatifs*
- 4- *Insomnie ou hypersomnie*
- 5- *Agitation ou ralentissement psychomoteur*
- 6- *Fatigue ou perte d'énergie*
- 7- *Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée*
- 8- *Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision*
- 9- *Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires*

B. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

D. L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, ou autre trouble du spectre schizophrénique ou trouble psychotique.

³⁶ *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, CIM-10/icd-10 (1993)* OMS, éd. française., Paris : Masson

³⁷ American Psychiatric Association (2016), *DSM-5 critères diagnostiques*, Paris: Elsevier Masson SAS.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Le terme anxiété est volontiers employé pour désigner *une émotion déplaisante, négative et disproportionnée vis-à-vis d'une menace réelle* (Trouillet et al., 2012). D'après cette définition, l'anxiété peut être confondue avec de la peur — *réaction d'alarme face à un danger immédiat*, du stress — *réaction physiologique et résistante à un stressor*, ou encore avec de l'angoisse. L'anxiété correspond à un tourment, de l'inquiétude, une humeur chagrine.

Les symptômes caractéristiques de l'anxiété sont multiples et variés. Soumaille et Bondolfi (2015) en mettent plusieurs en avant :

- Des sensations corporelles : des tensions, une respiration haletante, un rythme cardiaque plus élevé que d'habitude, de la peur au ventre, etc.
- Des pensées erronées : des soucis excessifs, de la dramatisation, des ruminations, des idées fixes ou encore des pensées magiques.
- L'emballement des émotions : crainte du pire, la peur d'avoir peur.
- Des comportements anxieux : ne pas tenir en place, se sentir bloqué, stratégies d'évitement, irritabilité.

Ces auteurs précisent que l'anxiété devient pathologique dès lors que la durée et l'intensité des symptômes ont un impact notable sur la qualité de vie ou sur la sphère affective, sociale ou professionnelle de la personne concernée.

Plusieurs échelles sont proposées pour permettre l'évaluation de la dépression et de l'anxiété. Parmi elles, la HADS que nous avons utilisée pour cette étude.

- [Hospital Anxiety and Depression Scale \(HADS\) \(Zigmond et Snaith, 1983, validée par Lépine et al., 1985\)](#)

L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a été élaborée par Zigmond et Snaith, chercheurs de l'Université de Leeds, au Royaume Uni pour mettre à la disposition des services hospitaliers non psychiatriques, un test de dépistage des manifestations anxieuses et dépressives. En revanche, cet outil ne permet pas de discriminer les divers types de dépression ou état anxieux, ni leur nature primaire ou secondaire.

Ce test se compose de deux sous-échelles évaluant l'état dépressif à travers 7 items : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 un pour la dysphorie, un pour le ralentissement et cinq pour la dimension anhédonique ; et l'état anxieux par 7 items : 1, 3, 5, 7, 9, 11 et 13. Les items sont présentés de manière alternée : un item de dépression suivi d'un item d'anxiété et ainsi de suite.

Des études telles que celles de Bjelland et al., 2002 ; Luckett et al., 2010 ; Lambert et al., 2013 montrent les qualités psychométriques satisfaisantes de cet instrument. Les deux sous échelles présentent bonne cohérence interne : 0.93, pour l'HADS - anxiété et 0.90 pour l'HADS - dépression (Moorey et al., 1991). Toutefois, certains auteurs remettent en cause ses qualités psychométriques en pointant le manque de consensus de différents points de validité de l'instrument, comme la valeur du *Z score* optimal pour des cas d'anxiété (HADS - anxiété), de dépression (HADS - dépression), et de symptomatologie anxio-dépressive (HADS-Total) (Bjelland et al., 2002 ; Luckett et al., 2010 ; Vodermaier et Roanne, 2011). Les résultats au test de validité par corrélation avec d'autres tests comme le Beck Depression Inventory, le Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI), le Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), le Clinical Anxiety Scale (CAS), sont significatifs (Bjelland et al., 2002).

Cotation : Chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle, évaluant de manière quantitative, l'intensité du trouble au cours des sept derniers jours. Cette intensité est appréciée par un adverbe ou une courte phrase la qualifiant. Pour chaque sous-échelle, les items sont proposés sous la forme affirmative et l'intervalle des notes s'étend de 0 à 21.

Les items concernant la dépression sont additionnés ensemble, de même pour ceux concernant l'anxiété. Pour chacun des scores, les valeurs seuils sont déterminées ainsi :

- Un score inférieur ou égal à 7 : absence d'état anxieux ou dépressif
- Un score entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif possible
- Un score supérieur ou égal à 11 : état anxieux ou dépressif probable
- Un score supérieur à 14 : état anxieux ou dépressif sévère

(Annexe n°13).

4.6.4. Techniques projectives de dessin

En plus de l'évaluation quantitative de l'alexithymie, de la dépression et anxiété et des émotions par des échelles, ces variables sont explorées de manière qualitative via des techniques projectives de dessin. Le processus émotionnel s'observe par la verbalisation du ressenti nommé et du ressenti non nommé, c'est-à-dire la représentation latente non accessible

directement à la conscience ; il paraît alors intéressant d'utiliser des tests projectifs permettant d'affiner la mesure à partir d'un outil servant de projection aux affects. Les méthodes projectives permettent cette extériorisation des objets de la personnalité telles que les angoisses, mécanismes de défense, etc. Permettant une représentation perceptible de la réalité extérieure par le dessin, elles ont l'avantage d'être également assez ambiguës pour tolérer le monde interne du sujet. L'exploration des mécanismes émotionnels est ainsi rendue possible par la médiation entre le monde interne du sujet et la réalité externe.

- [Test du dessin de l'arbre \(Fernandez, 2014\)](#)

Le matériel pour ce test comprend : une feuille de papier blanc format A4 (21 x 29,7 cm) présentée de champ (format portrait), bien qu'aucune remarque ne soit faite si le sujet choisi de tourner la feuille dans l'autre sens. Sont également proposés plusieurs feutres, en s'assurant d'offrir un choix suffisamment large de couleur (notamment du vert, du marron, du rouge, du jaune pour le dessin de l'arbre) afin de permettre un travail sur le symbolisme des couleurs.

La consigne est la suivante : « *Dessiner un arbre qui ne soit pas un sapin* ».

Une fois, le dessin de l'arbre terminé, deux questions sont posées : « *Supposons que cet arbre exprime une émotion ou des émotions, de quelle(s) émotion(s) s'agit-il ?* » et « *Qu'est-ce qui vous donne l'impression que cet arbre est – reprendre chacune des émotions formulées - ?* »

Ces questions permettent l'ouverture de la situation en laissant place au déploiement de l'imaginaire et des émotions.

Puis une seconde consigne est proposée : « *Racontez l'histoire de cet arbre comme s'il parlait* ».

- [Dessin de la personne \(Fernandez, 2016\)](#)

Pour cette épreuve du dessin de la personne, nous avons besoin du même matériel que pour le dessin de l'arbre, à savoir : une feuille A4 blanche présentée de champ et un panel de couleurs (feutres) pour réaliser le dessin.

La consigne donnée est la suivante : « *Dessiner une personne* ».

Il est ensuite demandé au patient d'attribuer une ou des émotions à la personne qu'il a dessinée. Et de préciser ce qui lui donne l'impression que la personne ressent cette ou ces émotions. « *Supposons que cette personne exprime une émotion ou des émotions, de quelle(s) émotion(s) s'agit-il ?* » et « *Qu'est-ce qui vous donne l'impression que cette personne est – reprendre chacune des émotions formulées - ?* »

Une seconde consigne est ensuite proposée une fois le dessin de la personne terminé au patient : « *Racontez l'histoire de cette personne comme si elle parlait* ».

Durant toute la passation du dessin de l'arbre et du dessin de la personne, nous sommes attentifs aux manifestations verbales, émotionnelles et comportementales du patient. Chaque passation du dessin de l'arbre et du dessin de la personne est enregistrée et les données verbales et comportementales sont retranscrites.

Les histoires racontées par les patients, en réponse à la consigne « *Racontez l'histoire de cet arbre/de cette personne comme s'il parlait* » a pour but d'aider le psychologue dans ses interprétations (Fernandez, 2016). Il pourra alors être attentif aux éventuels thèmes de l'histoire qui sont les schémas de référence de la personnalité du sujet et sont susceptibles d'indiquer les difficultés ou conflits actuels du patient. Il est également intéressant d'être attentif aux manifestations affectives du sujet pendant qu'il raconte l'histoire (Portuondo, 2010). Ces manifestations peuvent être le signe de défenses à l'œuvre et donnent selon leur intensité, la tonalité à l'histoire. Elles sont des réactions conscientes ou inconscientes de la personnalité du sujet face à la situation, au milieu environnant et à soi-même.

Les cotations à ces deux techniques projectives de dessin sont :

Pour le dessin de l'arbre : issues de grilles de cotations spécifiques (émotions, troubles émotionnels, alexithymie) (Fernandez, 2014) ([Annexe n°14](#)) :

- Tracés relatifs à la constellation « émotions » au dessin de l'arbre.
- Indicateurs des déficits émotionnels selon les dimensions définissant l'alexithymie au dessin de l'arbre.
- Tracés relatifs à la constellation anxiété et dépression au dessin de l'arbre.

Pour le dessin de la personne : issues de grilles de cotations spécifiques (émotions, troubles émotionnels, alexithymie) (Fernandez, 2016) ([Annexe n°15](#)) :

- Indicateurs des émotions de base au dessin de la personne
- Indicateurs des déficits émotionnels selon les dimensions de l'alexithymie au dessin de la personne
- Tracés relatifs à la constellation anxiété et émotion au dessin de la personne

4. Procédure des inclusions

Toutes les rencontres avec les patients inclus dans l'étude se sont déroulées de la manière suivante :

- Entretien sur le parcours avec l'asthme (+ entretien sur le parcours tabagique si le patient est fumeur ou ex-fumeur)
- Questionnaire sur les comportements tabagiques (si le patient est fumeur)
- Questionnaire sur l'anxiété et la dépression : HADS
- Questionnaire mesurant l'alexithymie : TAS-20
- Questionnaire du bien-être subjectif de Diener
- Épreuves projectives de dessin
- Questionnaires sur l'asthme (ACT, ACQ, MARS5, AQLQ).

Débuter la rencontre par la phase d'entretien permet une première prise de contact et d'échange avec le patient ainsi qu'une connaissance de son vécu par rapport à la pathologie asthmatique et éventuellement à son comportement tabagique. Ces premiers échanges permettent également une certaine mise en confiance avant d'aborder les émotions, sentiments du patient via les questionnaires HADS, TAS-20 et échelle de bien-être subjectif.

Les deux techniques projectives de dessin sont proposées après les questionnaires sur les ressentis, les sentiments et les émotions. Elles ont souvent donné lieu à des réactions émotionnelles chez le patient, notamment des pleurs. Un soin particulier est apporté à recevoir, écouter, accueillir et apaiser les émotions exprimées³⁸.

³⁸ D'un point de vue clinique, ces techniques projectives de dessin (comme les techniques projectives d'une manière générale) sont le lieu de rencontre privilégié au sein duquel se joue et se noue une modalité particulière

Terminer par les quatre questionnaires plus médicaux sur l'asthme permet de revenir à un discours plus pragmatique, plus concret, une fois ces réactions émotionnelles calmées.

5. Modalités de recueil et de traitement des données

Nous avons utilisé des tests paramétriques car les variables ne sont pas distribuées normalement. Les tests non-paramétriques sont plus appropriés lorsque les échantillons sont de petite taille ($N < 100$). Les tests non paramétriques sont aussi les seuls à pouvoir être mis en œuvre sur des variables de type nominales ou ordinales.

Pour exprimer une relation entre des variables de nature quantitative, nous avons calculé le Rhô de Spearman et pour exprimer une relation entre des variables de nature qualitative, nous avons utilisé le test du *Khi-deux*.

Pour comparer la distribution de deux échantillons indépendants ou k échantillons indépendants, nous avons utilisé le *test U de Mann-Whitney et le test de Kruskal-Wallis*.

Toutes les données quantitatives (**échelles, questionnaires**, etc.) et qualitatives (**dessin de l'arbre et de la personne**, etc.) recueillies auprès des patients asthmatiques ont été anonymisées, codées puis introduites dans un tableau Excel avec les variables avant d'être exportées pour être traitées statistiquement par le logiciel SPSS 23.

Les données qualitatives d'**entretien** (verbatim des entretiens) ont été enregistrées puis retranscrites avant d'être analysées par TROPES et EMOTAIX.

Il existe de nombreux logiciels d'analyse de contenu textuel qui permettent de « montrer, calculer, explorer et analyser » le matériel d'entretien (Lejeune, 2010). Nous avons choisi les logiciels TROPES (Molette, Landré, 1994, inspiré des travaux de Ghiglione) et EMOTAIX (Piolat, Bannour, 2009) pour l'analyse du contenu des entretiens sur l'asthme et le tabac. Nous verrons également que nous avons eu recours à ce logiciel pour l'analyse du discours des patients lors des épreuves projectives de dessin.

du lien à l'autre susceptible de se transformer en processus de liaison. Dans le cadre d'une recherche ou dans un bilan psychologique, le questionnement transféro-contre-transférentiel utilisé comme outil de la compréhension du fonctionnement psychique est un procédé incontournable. La méthode clinique introduit dans le regard du chercheur comme dans celui du praticien qu'un processus de liaison est susceptible de s'actualiser dans ce qui n'est au départ qu'un lien sujet-clinicien dans un lieu de rencontre médiatisé. Les passations s'inscrivent dans une situation clinique stable et contrôlée (même matériel, conditions de passation réglementée) et un système d'analyse des protocoles par le recours à des grilles de cotations permettant un traitement à la fois quantitatif et qualitatif.

Dans l'analyse du contenu de textes en langue française, les avantages du logiciel Tropes résident dans sa faculté à réaliser une série d'analyses stylistiques, syntaxiques, sémantiques et à en donner des chiffrages et des représentations graphiques. Les résultats (identification et quantification) fournis par Tropes sont regroupés dans quatre grandes catégories linguistiques : « Stylistique-Rhétorique » (style argumentatif, énonciatif, descriptif ou narratif), « Catégories de mots » (verbes, connecteurs, pronoms personnels, modélisations, adjectifs qualificatifs), Thématique » (univers de références), « Discursive-Chronologique » (épisodes et rafales).

EMOTAIX³⁹ (Piolat, Bannour, 2009) est un dictionnaire organisé en 2 014 référents. Il s'utilise avec le logiciel Tropes (version 8.2). Il est ainsi possible d'identifier, de catégoriser et de chiffrer automatiquement le lexique de l'émotion contenu dans des textes (écrits et/ou oraux) (Piolat, Bannour, 2009), il étudie quantitativement les états psychologiques comme : émotion, sentiment, humeur, affect, personnalité émotionnelle, tempérament. Ce lexique est basé sur 2 × 28 catégories sémantiques : Dégoût versus Désir ; Bouleversement versus Apaisement ; Terreur versus Audace et opposées (valence positive et valence négative) complétées par 3 catégories de base : Émotions non spécifiées, Surprise et Impassibilité (Piolat, Bannour, 2009).

Les deux ensembles de catégories de base sont hiérarchiquement organisés : 9 super-catégories, elles-mêmes regroupées en 3 supra-catégories (Malveillance, Mal-être, Anxiété versus Bienveillance, Bien-être, Sang-froid) (Piolat, Bannour, 2009). L'analyse des scénarios est effectuée à l'aide d'une feuille de dépouillement ([Annexe n°16](#)). Il faut noter que l'application du scénario EMOTAIX-TROPES à chacun des textes implique d'opérer deux types de contrôle. Dans le cas de l'usage des termes du lexique émotionnel figuré, il faut examiner au cas par cas si le participant l'a bien utilisé avec un sens « émotionnel » ou s'il a exploité le terme avec un sens « propre ». Par exemple pour la phrase « j'ai été ébloui par le soleil », le terme « ébloui » est utilisé au sens propre et désigne une difficulté visuelle et non une émotion d'admiration. Il n'est donc pas comptabilisé. Par ailleurs, l'emploi de tournure négative permet au participant d'inverser la valence d'un mot comme dans l'exemple qui suit : « Il n'y a pas de soucis ». Le terme émotionnel « soucis » est identifié automatiquement par EMOTAIX comme étant un terme négatif alors que le participant exprime l'inverse grâce

³⁹ **EMOTAIX** (http://sites.univprovence.fr/wpsycle/outils_recherche/outils_recherche.html) est un logiciel d'identification du lexique émotionnel et affectif, permettant la quantification du lexique relatif aux émotions. Il s'utilise avec la dernière version du logiciel TROPES (<http://www.tropes.fr/>).

à la tournure « ne pas ». Ce terme est donc comptabilisé comme un terme de valence négative appartenant à la catégorie basique opposée. Les données utilisées pour les analyses statistiques reposent sur l'évaluation du rapport de chaque catégorie présente dans le discours, soit le nombre d'unités émotionnelles (UE) totales, négatives, positives, de surprise et d'impassibilité.

Tableau XX - Ensemble hiérarchique EMOTAIX

Émotions négatives	Malveillance	Haine	Ressentiment, dégoût, mépris, irritation
		Agressivité	Inhumanité, rage, colère, orgueil
	Mal-être	Souffrance	Drame, douleurs, peurs,
		Folie	Maladie mentale, divagation
		Dépression	Tristesse, fatigue, torpeur
		Trouble	Bouleversements, remords
		Frustration	Humiliation, insatisfaction, déplaisir, refoulement
	Anxiété	Crainte	Terreur, peur, timidité
		Tension	Affolement, angoisse, inquiétude
	Émotions positives	Bienveillance	Affection
Gentillesse			Bonté, douceur, patience, humilité
Bien-être		Bonheur	Félicité, joie, rire
		Lucidité	Santé mentale, bon sens
		Entrain	Gaieté, vivacité, éveil
		Soulagement	Apaisement, délivrance
		Satisfaction	Estime, assouvissement, plaisir, défoulement
Sang-froid		Courage	Audace, aisance, aise
		Calme	Sérénité, tranquillité, détente

Concernant les **techniques projectives de dessin**, chaque dessin recueilli a fait l'objet d'une cotation en aveugle. En effet tous les dessins ont été cotés par Edith Barthélemy

(premier cotateur), psychologue, dans un premier temps puis par le Pr. Lydia Fernandez, psychologue et professeur spécialiste, expert de ces techniques projectives de dessin (2^{ème} cotateur). Être “*en aveugle*” signifie que les cotateurs (sujet, thérapeute ou évaluateur) ne savaient pas dans quels groupes les patients étaient répartis.

Avoir recours à une double cotation pour les techniques projectives permet de réduire le risque d’erreurs, mais également amoindrir le risque de projection personnelle dans l’interprétation.

Les émotions attribuées à l’arbre et à la personne par le sujet sont relevées, numérotées ([Annexe n°17](#)) puis introduites au tableau Excel avant d’être exportées pour être traitées statistiquement par le logiciel SPSS 2. Quant à l’analyse du discours du patient lors de la passation des techniques projectives, elle se fait via le logiciel d’analyse du discours émotionnel Emotaix.

PARTIE III : RÉSULTATS

CHAPITRE 1 : LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

1. Les patients asthmatiques

1.1. Caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients asthmatiques

La population de cette étude est composée de **70 patients asthmatiques** suivis à l'hôpital de la Croix-Rousse dans le service de pneumologie du Pr Gilles Devouassoux. La répartition entre les **sexes** est assez inégale puisqu'elle compte 17 % d'hommes (12 patients) et 82 % de femmes (58 patientes). L'**âge** moyen des patients interrogés est de 54 ans (+/- 13,7). Le patient le plus jeune est une jeune femme de 24 ans, et le plus âgé est une patiente de 79 ans. Les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau XXI.

L'indice de masse corporelle (**IMC**) moyen est de 27,5 (+/- 6) ce qui correspond à des patients asthmatiques plutôt en surpoids. Les IMC^{40} s'étendent entre 17 (maigreur : 16,5 – 18,5) et 42 (obésité morbide : >40). 50 % des patients, c'est-à-dire 35 patients, ont un IMC supérieur à 26 (surpoids : 25 - 30). Nous pouvons alors constater que 50 % des patients interrogés sont en surpoids.

Aucun patient asthmatique ne consomme de **cannabis** ni **de médicaments**, ce qui s'explique facilement par le fait que la consommation d'un de ces produits représente un facteur d'exclusion de l'étude. 54 % des patients asthmatiques déclarent ne jamais consommer d'alcool, 47 % déclarent avoir une consommation occasionnelle. Aucun patient asthmatique ne consomme d'alcool de manière régulière.

Concernant la **pathologie asthmatique**, les patients sont concernés par l'asthme depuis plus ou moins longtemps. L'asthme le plus récent remonte à 2 ans et le plus ancien à 68 ans. L'asthme en moyenne, dans la population interrogée remonte à 26 ans (+/- 16,5). 50 % des patients, soit 35 patients ont un asthme qui a plus de 22 ans d'ancienneté. 25 % des patients, soit 17 patients ont un asthme qui remonte à moins de 12 ans et 25 % des patients sont concernés par l'asthme depuis plus de 37 ans. De plus, 33 patients (47 %) ont dû être hospitalisés au moins une fois pour leur asthme.

⁴⁰ Catégories IMC : dénutrition (<16.5); maigreur (16.5-18.5); normal (18.5-25); surpoids (25-30); obésité modérée (30-35); obésité sévère (35-40); obésité morbide (> 40).

Concernant les données médicales respiratoires, le **VEMS** théorique (Volume Expiratoire Maximum par Seconde) varie entre 27 % et 120 % de la théorie et présente une moyenne à 81 % de la théorie. Un quart des patients asthmatiques (17 patients) a un taux inférieur à 70 % et un quart de la population, soit 25 % a un score supérieur à 97 %.

La prise de Ventoline (**SABA**) est de 11 fois par semaine en moyenne (+/- 20,8). Le plus gros consommateur de Ventoline en consomme 105 fois par semaine et le plus petit consommateur n'en consomme jamais. Cette grande disparité est à nuancer car on peut constater que 50 % de la population, soit 35 patients, en consomme moins de 1,5 fois par semaine et un quart en consomme plus de 14 fois par semaine. Concernant les **symptômes diurnes**, 50 % des patients asthmatiques, soit 35 patients en présentent un jour par semaine et 25 % est concerné par ces symptômes 7 jours par semaine. Aussi 25 % (17 patients) présentent des **symptômes nocturnes** plus de 3 nuits par semaine.

Concernant **la dyspnée** (échelle mMRC), 11 % (8 patients) des patients asthmatiques ont un score de 0, c'est-à-dire que la dyspnée est absente ou quasi absente ou bien présente lors d'exercices très intenses. 53 % (37 patients) sont au stade 1, c'est-à-dire qu'il s'agit de patients asthmatiques avec de la dyspnée lors d'un exercice important, le stade 2 (dyspnée lors d'une marche rapide sur terrain plat ou en montant une pente légère) concerne 28 % des patients asthmatiques (20 patients), 3 % (2 patients) sont au stade 3 (marche plus lentement que les personnes de son âge sur terrain plat, ou doit s'arrêter pour respirer lorsqu'il marche à son propre rythme sur terrain plat) et 4 % (3 patients) au stade 4 (doit s'arrêter pour respirer après une marche d'environ 90 mètres).

43 % des patients asthmatiques (30 patients) ont eu une ou plusieurs **exacerbations dans les 12 mois** qui précédaient l'inclusion. Parmi ces 30 patients, 3 se sont rendus en urgence à l'hôpital (10 %) lors de l'épisode d'exacerbation, 2 sont allés à une consultation d'urgence (7 %), 19 ont consulté le pneumologue (63 %). Aucun n'a eu recours à la réanimation.

Quant au **contrôle de l'asthme**, l'avis médical du pneumologue montre que 36 patients (51 %) présentent un asthme partiellement ou peu contrôlé et 34 patients (48 %) ont un asthme contrôlé.

Tableau XXI - Caractéristiques de l'échantillon étudié (n=70)

Sexe	N (%)		
Hommes	12 (17,1)		
Femme	58 (82,9)		
	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Age	53,9 (13,7)	57 [44,5 - 64]	24 - 79
IMC	27,5 (6)	26,15 [2 – 32]	17 – 42
Consommation	N (%)		
Alcool	Jamais	38 (54,3)	
	Occasionnellement	32 (45,7)	
	Régulièrement	0 (0)	
Cannabis	Jamais	70 (100)	
	Occasionnellement	0 (0)	
	Régulièrement	0 (0)	
Médicaments	Jamais	70 (100)	
	Occasionnellement	0 (0)	
	Régulièrement	0 (0)	
	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Début des symptômes	26 (16,5)	22,5 [12 – 37,7]	2 – 68
VEMS	2,6 (0,6)	2,5 [2,2 – 2,9]	1,4 – 4
VEMS théorique	81 (22,3)	84,5 [70,2] – 97,7]	27 – 120
VR théorique	118,4 (35,3)	119,0 [89 – 143,7]	56 – 212
CI théorique	104,7 (22,5)	106,5 [88 – 120]	47 – 154
SABA	11,4 (20,8)	1,5 [0 – 14]	0 – 105
Symptômes diurnes	2,7 (3,1)	1 [0 – 7]	0 – 7
Symptômes nocturnes	1,8 (2,6)	0 [0 – 3]	0 - 7
Dyspnée mMRC	N (%)		
Stade 0	8 (11,4)		
Stade 1	37 (52,9)		
Stade 2	20 (28,6)		
Stade 3	2 (2,9)		
Stade 4	3 (4,2)		
Hospitalisation			
Pas hospitalisés	37 (52,9)		
Hospitalisés	33 (47,1)		
Exacerbation 12 mois			
Pas d'exacerbation	40 (57,1)		
Exacerbation(s)	30 (42,9)		
Recours aux soins lors d'une exacerbation			
Urgences hôpital	3 (10)		
Consultation d'urgence	2 (6,7)		
Pneumologie	19 (63,3)		
Réanimation	0 (0)		
Contrôle de l'asthme d'après l'avis du médecin			
Asthme non contrôlé	36 (51,43)		
Asthme contrôlé	34 (48,6)		

VEMS : volume expiratoire maximum par seconde ; VR: volume résiduel ; CI : capacité inspiratoire ; SABA : short acting bêta agonists

Deux questionnaires ont permis de mesurer, en plus de l'avis du pneumologue, le contrôle de l'asthme des patients. L'ACT (Asthma Control Test) et l'ACQ (Asthma Control Questionnaire).

Le score moyen obtenu à l'ACT est de 17 (+/-6,1). L'asthme est considéré comme contrôlé lorsque l'ACT présente un score supérieur ou égal à 20. Le score observé le plus faible est de 5 et le plus élevé est de 25. La moitié de la population interrogée des patients asthmatiques, soit 35 patients (50 %) a un score inférieur à 18. On compte 31 patients (44 %) ayant obtenu un score supérieur ou égal à 20 (asthme contrôlé) et 39 patients (56 %) qui ont un asthme partiellement ou non contrôlé.

Pour l'ACQ, le score peut varier entre 0 (bon niveau de contrôle de l'asthme) et 42 (très faible niveau de contrôle de l'asthme. L'ACT a été utilisée comme référence du contrôle de l'asthme. La moyenne pour l'ACQ est de 12,6 (+/- 10) et les résultats varient entre 0 et 37. 50 % de la population (35 patients) obtient un score inférieur à 10.

Concernant l'**observance thérapeutique** (MARS-5), le score moyen obtenu est de 23,6 (+/- 2,4). Le score le plus faible est de 10 et le plus élevé est de 25. Une bonne observance thérapeutique est admise lorsque le score est compris entre 20 et 25. 66 patients asthmatiques (94 %) ont obtenu un score compris entre ces deux seuils et témoignent ainsi d'une bonne observance thérapeutique.

Tableau XXII - Données relatives à l'asthme (n=70)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
ACT	17,1 (6,1)	18 [12 – 23]	5 - 25
ACQ	12,6 (10)	10 [4 - 21]	0 - 37
MARS 5	23,6 (2,4)	25 [23 - 25]	10 - 25
Contrôle de l'asthme (ACT)		N (%)	
Asthme contrôlé		31 (44,3)	
Asthme non-contrôlé		39 (55,7)	
Observance thérapeutique			
Bonne observance		66 (94,3)	
Mauvaise observance		4 (5,7)	

ACT: Asthma control test; ACQ : Asthma control questionnaire; MARS 5 : medication adherence report scale

1.2. Caractéristiques psychologiques des patients asthmatiques

Concernant la **qualité de vie**, le score moyen obtenu à l'échelle AQLQ est de 71 (+/- 20). Le score le plus faible est de 25 et le plus élevé de 105. Une qualité de vie est considérée

comme bonne lorsque le résultat est supérieur ou égal à 90. Elle est moyenne lorsque le résultat est compris entre 60 et 89 et médiocre lorsqu'il est inférieur à 60. 12 patients asthmatiques (17 %) ont une bonne qualité de vie, 35 patients asthmatiques (50 %) ont une qualité de vie moyenne et 23 patients asthmatiques (33 %) ont une qualité de vie médiocre.

Tableau XXIII – Qualité de vie chez les patients asthmatiques (n=70)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Mini AQLQ	70,7 (20,1)	71,5 [56,2 - 86]	25 – 105
Qualité de vie		N (%)	
Bonne		12 (17,1)	
Moyenne		35 (50)	
Médiocre		23 (32,9)	

Mini AQLQ : Asthma quality of life questionnaire, version courte

Afin d'évaluer la **symptomatologie anxieuse et dépressive** des patients asthmatiques, nous avons administré une échelle de dépression et d'anxiété, la **HAD**. Les résultats sont classés en quatre catégories selon leur sévérité et témoignent ainsi d'une symptomatologie sévère, probable, possible ou absente. 50 % (35 patients) des patients ne présentent pas de symptomatologie anxieuse et 81 % (57 patients) n'ont pas des résultats en faveur d'une symptomatologie dépressive. Toutefois, 16 % (11 patients) présentent un état anxieux possible, 24 % (17 patients) un état anxieux probable et 10 % (7 patients) un état anxieux sévère. Aussi, 7 % (5 patients) présentent un état dépressif possible, 9 % (6 patients) un état dépressif probable et 3 % (2 patients) un état dépressif sévère.

Les résultats bruts à ce questionnaire montrent que les scores d'anxiété varient entre 0 et 17 et ceux concernant la dépression varient entre 0 et 16. La moyenne pour les scores d'anxiété est de 8,3 (+/- 4,3) et pour la dépression de 4,7 (+/- 3,9). On peut constater que 25 % des patients (17 patients) ont un score supérieur ou égal à 12 au score d'anxiété, ce qui correspond à symptomatologie probable ou sévère.

Afin de mesurer l'anxiété et la dépression chez les patients asthmatiques, des **techniques projectives de dessin (dessin de l'arbre et de la personne)** ont également été utilisées. Nous avons relevé le nombre de tracés renvoyant à de l'anxiété et à de la dépression (Fernandez, 2014 ; Fernandez, 2016). Au dessin de la personne, on retrouve entre 0 et 11 tracés pour l'anxiété et entre 0 et 10 tracés pour la dépression. En moyenne 3,3 tracés renvoient à l'anxiété et 4 à la dépression dans les dessins de la personne.

Tableau XXIV - L'anxiété et la dépression chez les patients asthmatiques (n=70)

Catégories HAD		N (%)	
Anxiété	Absence d'état anxieux	35 (50)	
	État anxieux possible	11 (15,7)	
	État anxieux probable	17 (24,3)	
	État anxieux sévère	7 (10)	
Dépression	Absence d'état dépressif	57 (81,4)	
	État dépressif possible	5 (7,1)	
	État dépressif probable	6 (8,6)	
	État dépressif sévère	2 (2,9)	
Scores HAD	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Anxiété	8,3 (4,3)	7,50 [5 - 12]	0 - 17
Dépression	4,7 (3,9)	4 [2 - 7]	0 - 16
Dessin de la personne	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Tracés anxiété	3,3 (2,2)	3 [2 - 4]	0 - 11
Tracés dépression	4 (2,2)	4 [2,25 - 6]	0 - 10
Dessin de l'arbre	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Tracés anxiété	2,1 (1,6)	2 [1 - 3]	0 - 7
Tracés dépression	4 (1,9)	4 [2,2 - 5]	1 - 10

Catégories HAD : absence de symptomatologie : ≤ 7 ; symptomatologie possible : 8-10 ; symptomatologie probable : 11-14 ; symptomatologie sévère : >14

Nous pouvons retrouver le détail des tracés pour l'anxiété et pour la dépression au dessin de l'arbre et au dessin de la personne en [annexe n° 18](#). Par exemple, on peut observer qu'on repère 2 tracés renvoyant à l'anxiété au dessin de l'arbre chez 27 % des patients asthmatiques. Ou encore, au dessin de la personne, 6 tracés renvoyant à la dépression sont présents chez 16 % des patients asthmatiques.

Concernant l'**alexithymie**, les patients asthmatiques ont répondu à la **TAS-20**, questionnaire pour lequel les résultats obtenus peuvent varier entre 20 et 100. Les scores pour les patients asthmatiques s'étendent entre 26 et 84 avec une moyenne de 47,2 (+/- 12,8).

La cotation pour cette échelle place le seuil à 44, ainsi les patients asthmatiques ayant obtenu un score inférieur à 44 sont considérés comme non alexithymiques et ceux ayant eu un score supérieur ou égal à 44 sont perçus comme alexithymiques.

Dans la population étudiée, 31 patients asthmatiques (44 %) ont un score inférieur ou égal à 44 et sont donc considérés comme non-alexithymiques et 39 patients asthmatiques (56 %) ont obtenu un score supérieur à 44 et sont alors considérés comme alexithymiques.

L'alexithymie a également été mesurée à l'aide **de techniques projectives de dessin** (dessin de l'arbre et de la personne). Chaque dessin a été coté selon les tracés renvoyant à

l'alexithymie, à partir d'une grille de constellations de tracés préétablie (Fernandez, 2014 ; Fernandez, 2016).

Cinq catégories sont prises en compte dans les constellations de tracés pour l'alexithymie au dessin de l'arbre :

- 1) Difficulté à identifier, à distinguer les états émotionnels et à les verbaliser,
- 2) Limitation de la vie imaginaire et de la vie fantasmatique,
- 3) Recours à l'action, à l'agir de manière impulsive
- 4) Agressivité
- 5) Pensées à contenu pragmatique

Et quatre catégories sont prises en compte dans les constellations de tracés pour l'alexithymie au dessin de la personne :

- 1) Difficulté à identifier, à distinguer les états émotionnels et à les verbaliser à autrui
- 2) Limitation de la vie imaginaire et de la vie fantasmatique
- 3) Recours à l'action, à l'agir de manière impulsive
- 4) Pensée à contenu pragmatique

Les détails des tracés pour chacune des catégories ont été répertoriés et sont présentés dans l'[annexe n° 19](#).

Tableau XXV - L'alexithymie chez les patients asthmatiques (n=70)

Scores TAS-20	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
	47,2 (12,8)	45 [38 – 56]	26 – 84
TAS-20		N (%)	
Alexithymiques		39 (55,7)	
Non-alexithymiques		31 (44,3)	
Dessins	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Tracés DP	10,5 (4,9)	10,5 [7 – 13]	2 – 24
Tracés DA	12,9 (5,7)	13 [9 – 16]	0 – 9

DA : Dessin de l'arbre ; DP: Dessin de la personne

De plus, les patients asthmatiques ont répondu à l'échelle de bien-être subjectif de **Diener**, qui permet d'évaluer **les émotions** (émotions positives, négatives et la surprise). Les

résultats obtenus ne se comparent pas à une donnée seuil, mais permettent d'avoir des données indicatives quant à la présence plus ou moins importante d'émotions positives, négatives et de surprise dans le quotidien des patients asthmatiques. Sur un total maximum de 70, les patients asthmatiques ont obtenu des scores variants entre 24 et 70 pour les émotions positives, avec une moyenne de 52 et un écart-type de 12. La moitié des patients asthmatiques, soit 50 % (35 patients) obtient un score supérieur ou égal à 54 sur 70. Pour les émotions négatives, les patients asthmatiques ont obtenu des résultats entre 23 et 108 (score maximum de 126), avec une moyenne de 55. La moitié des patients asthmatiques, soit 50 % (35 patients) ont obtenu un score supérieur ou égal à 51. Pour l'émotion surprise, ils ont obtenu une moyenne de 8,5 et les scores sont compris entre 2 et 17 (score maximum 21). Enfin, 50 % de la population obtient un score supérieur ou égal à 8.

Tableau XXVI - Emotions à l'échelle de bien-être de Diener chez les patients asthmatiques (n=70)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Emotions positives	51.7 (12.2)	54,5 [42,5 – 61,7]	24 - 70
Emotions négatives	55,3 (20,7)	51,5 [40,2 - 63,7]	23 - 108
Surprise	8,5 (3,9)	8 [5 - 11,7]	2 - 17

Les émotions ont également été évaluées via des **techniques projectives de dessin (dessin de l'arbre et dessin de la personne)**. Un relevé du nombre de tracés relatifs à chaque émotion au dessin de l'arbre et au dessin de la personne a été effectué à partir d'une grille de constellation de tracés pré-établie (Fernandez, 2014 ; Fernandez, 2016).

Les tracés relatifs aux émotions positives correspondent à la joie dans les dessins (arbre et personne) et ceux relatifs aux émotions négatives concernent la peur, le dégoût, la colère, la tristesse dans le dessin de l'arbre et la peur, le dégoût, la colère, la tristesse, le mépris dans le dessin de la personne.

Au dessin de l'arbre, on retrouve un seul tracé renvoyant aux émotions positives chez 39 % des patients asthmatiques. On constate également que 11 % des patients asthmatiques ont réalisé des dessins contenant 15 tracés relatifs aux émotions négatives. Concernant le dessin de la personne, on retrouve 3 tracés renvoyant aux émotions négatives chez 27 % des patients asthmatiques.

Tableau XXVII - Tracés relatifs aux émotions au dessin de l'arbre et dessin de la personne chez les patients asthmatiques (n=70)

Nb de tracés	Dessin de l'arbre			Dessin de la personne	
	E+	E-	S	E+	E—
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
0	7 (10)	0 (0)	44 (62,9)	12 (17,1)	4 (5,7)
1	27 (38,6)	0 (0)	19 (27,1)	19 (27,1)	9 (12,9)
2	23 (32,9)	0 (0)	6 (8,6)	18 (25,2)	19 (27,1)
3	8 (11,4)	0 (0)	1 (1,4)	19 (27,1)	14 (20)
4	5 (7,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (2,9)	15 (21,4)
5	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)	0 (0)	4 (5,7)
6	0 (0)	7 (10)	0 (0)	0 (0)	3 (4,3)
7	0 (0)	10 (14,3)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)
8	0 (0)	7 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
9	0 (0)	3 (4,2)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)
10	0 (0)	7 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
11	0 (0)	5 (7,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
12	0 (0)	2 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
13	0 (0)	4 (5,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
14	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
15	0 (0)	8 (11,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
16	0 (0)	3 (4,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
17	0 (0)	5 (7,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
18	0 (0)	2 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
19	0 (0)	3 (4,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
20	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
21	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
22	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

E+ : émotions positives ; E - : émotions négatives ; S : surprise

L'annexe n° 20 présente le détail des résultats obtenus pour chaque émotion aux techniques projectives de dessin. 16 patients ont cinq tracés renvoyant à l'émotion peur dans le dessin de l'arbre. 1 tracé renvoie à l'émotion de colère chez 27 patients asthmatiques dans le dessin de la personne.

2. Les patients asthmatiques fumeurs

2.1. Caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients asthmatiques fumeurs

Parmi les 70 patients de l'étude, 63 % (soit 44 patients) ne sont pas concernés par le tabagisme actif. 23 % (soit 16 patients) sont d'anciens fumeurs et 14 % (soit 10 patients) sont fumeurs. Pour cette étude, le groupe fumeur regroupe les patients actuellement fumeurs et les

anciens fumeurs (soit 26 patients). Les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau XXVIII.

Dans l'échantillon des patients fumeurs, 4 sont des hommes et 22 sont des femmes. L'âge moyen de cet échantillon est de 49 ans (+/- 14,6). La patiente la plus jeune de cet échantillon a 27 ans et la plus âgée a 75 ans. L'IMC moyen est de 26,2 (+/- 5,7), ce qui renvoie à la catégorie surpoids de l'IMC. Concernant la consommation d'alcool 30 % (8 patients) déclarent ne jamais en consommer et 70 % (18 patients) en consommer de manière occasionnelle. Les symptômes sont apparus en moyenne il y a 27 ans chez les patients asthmatiques fumeurs, soit un an plus tôt que la population totale des patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs. Le score moyen au VEMS est de 2,8, avec une valeur au VEMS théorique de 79,8. En moyenne, les patients asthmatiques fumeurs consomment 9 à 10 bouffées de Ventoline par semaine. Ils subissent des symptômes d'asthme en journée plus de deux fois par semaine et des symptômes nocturnes un peu moins de deux fois par semaine. On constate que 54 % (14 patients) de l'échantillon n'ont jamais été hospitalisés à cause de l'asthme. Concernant la dyspnée, 15 % (4 patients) sont au stade 0 de la dyspnée, 50 % (13 patients) au stade 1, 27 % (7 patients) au stade 2, aucun au stade 3 et presque 8 % (2 patients) au stade 4 sur l'échelle mMRC.

Sur les 26 patients asthmatiques fumeurs, 46 % (12 patients) ont subi une ou plusieurs exacerbations au cours de l'année précédant l'enquête. Parmi eux 75 % (9 patients) ont consulté leur pneumologue et 8 % (1 patient) a eu recours aux urgences.

L'avis médical du pneumologue indique que 54 % (14 patients) ont un asthme partiellement ou non-contrôlé.

Tableau XXVIII - Caractéristiques des patients asthmatiques fumeurs (n=26)

Sexe	N (%)		
Hommes	4 (15,4)		
Femme	22 (84,6)		
	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Âge	49,1 (14,6)	54 [35,2 – 58,7]	27 - 75
IMC	26,2 (5,7)	25,3 [22 – 28,7]	17 – 42
Consommation	N (%)		
Alcool	Jamais	8 (30,8)	
	Occasionnellement	18 (69,2)	
	Régulièrement	0 (0)	
Cannabis	Jamais	26 (100)	

	Occasionnellement	0 (0)	
	Régulièrement	0 (0)	
Médicaments	Jamais	26 (100)	
	Occasionnellement	0 (0)	
	Régulièrement	0 (0)	
	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Début des symptômes	26,8 (15,7)	28,5 [15,7 – 39,2]	2 – 58
VEMS	2,8 (0,6)	2,5 [2,4 – 3,2]	2 – 4
VEMS théorique	79,8 (21,4)	82 [71 – 92]	36 – 120
VR théorique	128,2 (33,4)	131 [109,2 – 144]	56 – 190
CI théorique	102 (24,3)	98,5 [81,2 – 120]	61 – 154
SABA	9,8 (21,8)	1,5 [0 – 9]	0 – 105
Symptômes diurnes	2,4 (2,9)	1 [0 – 4,5]	0 – 7
Symptômes nocturnes	1,7 (2,4)	0 [0 – 3]	0 - 7
Hospitalisation			
	Pas hospitalisés	14 (53,8)	
	Hospitalisés	12 (46,2)	
Dyspnée mMRC			
		N (%)	
	Stade 0	4 (15,4)	
	Stade 1	13 (50)	
	Stade 2	7 (26,9)	
	Stade 3	0 (0)	
	Stade 4	2 (7,7)	
Exacerbation 12 mois			
	Pas d'exacerbation	14 (53,8)	
	Exacerbation(s)	12 (46,2)	
Recours aux soins lors d'une exacerbation			
	Urgences hôpital	1 (8,3)	
	Consultation d'urgence	0 (0)	
	Pneumologie	9 (75)	
	Réanimation	0 (0)	
Contrôle de l'asthme d'après l'avis du médecin			
	Asthme non contrôlé	14 (53,8)	
	Asthme contrôlé	12 (46,2)	

VEMS : volume expiratoire maximum par seconde ; VR : volume résiduel ; CI : capacité inspiratoire ; SABA : short acting bêta agonists

50 % des patients asthmatiques fumeurs (13 patients) ont un asthme bien contrôlé (ACT), 50 % (13 patients) ont un asthme qui n'est pas ou partiellement contrôlé. 92 % (24 patients) ont une bonne observance thérapeutique (MARS 5).

**Tableau XXIX - Données relatives à l'asthme
chez les patients asthmatiques fumeurs (n=26)**

	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
ACT	17,1 (5,8)	19,5 [13,2 – 22,7]	6 - 25
ACQ	13,1 (10)	11,5 [5 – 20,7]	0 - 37
MARS 5	23,1 (3,3)	24 [23 – 25]	10 - 25
Contrôle de l'asthme (ACT)		N (%)	
Asthme contrôlé		13 (50)	
Asthme non-contrôlé		13 (50)	
Observance thérapeutique			
Bonne observance		24 (92,3)	
Mauvaise observance		2 (7,7)	

ACT: Asthma control test; ACQ : Asthma control questionnaire; MARS 5 : medication adherence report scale

2.2. Caractéristiques liées au tabagisme des patients asthmatiques fumeurs

Les 10 patients asthmatiques fumeurs ont répondu au questionnaire de Fagerström de dépendance physiologique à la nicotine. Les résultats montrent que 9 patients asthmatiques fumeurs se situent dans la catégorie 1 (score obtenu entre 0 et 4), c'est-à-dire que la dépendance est faible. 1 patient asthmatique est dans la catégorie 2 (score obtenu entre 5 et 6) qui correspond à une dépendance moyenne.

Les fumeurs ont également répondu au questionnaire QCT — Questionnaire des comportements tabagiques composé de quatre catégories évaluant : la dépendance physique, la dimension sociale, les affects négatifs et l'hédonisme sur une échelle d'intensité (faible, moyen, élevé). Pour la première catégorie, 70 % (7 patients) des patients asthmatiques fumeurs interrogés ont une faible dépendance, 20 % (2 patients) une dépendance moyenne et 10 % (1 patient) ont une forte dépendance. Tous les patients asthmatiques fumeurs interrogés se situent dans le score faible quant à la catégorie sociale. Au niveau des affects négatifs, 50 % des patients asthmatiques (5 patients) ont faiblement recours à la cigarette pour réguler leurs affects négatifs, 20 % (2 patients) y ont moyennement recours et 30 % (3 patients) y ont fortement recours. Enfin, 20 % des patients asthmatiques (2 patients) utilisent fortement la cigarette à des fins de recherche de plaisir, 20 % (2 patients) y ont moyennement recours dans ce même but et 20 % (2 patients) n'y ont que faiblement recours sur cette dimension hédonique.

Tableau XXX - Le tabagisme chez les patients asthmatiques (n=26)

Tabac N = 70		N (%)
Fumeurs		10 (14, 3)
Non-fumeurs		44 (62,9)
Ancien fumeurs		16 (22,9)
Dépendance tabagique n = 10		
Fagerström cat. 1		9 (90)
Fagerström cat. 2		1 (10)
Comportements tabagiques n=10		
Dépendance/habitude	Faible	7 (70)
	Moyen	2 (20)
	Élevé	1 (10)
Dimension sociale	Faible	10 (100)
	Moyen	0 (0)
	Élevé	0 (0)
Régulation des affects négatifs	Faible	5 (50)
	Moyen	2 (20)
	Élevé	3 (30)
Hédonisme/recherche de plaisir	Faible	6 (60)
	Moyen	2 (20)
	Élevé	2 (20)

Scores associés aux catégories comportement tabagique : faible : 0-4 ; moyen : 5-6 ; élevé : 7-8 ; très fort : 9-11

2.3. Caractéristiques psychologiques des patients asthmatiques fumeurs

La qualité de vie (mini AQLQ) est médiocre chez 15 % des patients asthmatiques fumeurs, moyenne chez 73 % et bonne chez 12 %.

Tableau XXXI - Qualité de vie des patients asthmatiques fumeurs (n=26)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Mini AQLQ	70,6 (20,7)	78,5 [54 – 83,7]	32 – 100
Qualité de vie		N (%)	
Bonne		3 (11,6)	
Moyenne		19 (73)	
Médiocre		4 (15,4)	

Mini AQLQ : Asthma quality of life questionnaire, version courte

54 % des patients asthmatiques fumeurs (14 patients) ne présentent pas d'état anxieux (échelle d'anxiété et de dépression - HAD), 15 % (4 patients) présentent un état anxieux possible, 15 % (4 patients) un état anxieux probable et 15 % (4 patients) un état anxieux sévère. Concernant l'état dépressif on compte 81 % (21 patients) sur les 26 patients asthmatiques fumeurs qui ne présentent pas d'état dépressif, 4 % (1 patient) présente un état

dépressif possible, 12 % (3 patients) un état dépressif probable et 4 % (1 patient) un état sévère.

En termes de score obtenu à cette échelle, on note que la moyenne obtenue à la dépression est de 5 (+/- 4,2), ce qui renvoie à une absence d'état dépressif et elle est de 8,6 (+/- 4,5) pour l'anxiété, ce qui correspond à un état anxieux possible.

Les dessins projectifs de l'arbre et de la personne effectués par les patients asthmatiques fumeurs indiquent 3 tracés relatifs à l'anxiété et 4 relatifs à la dépression dans le dessin de la personne. Aussi on note une moyenne de 2,1 tracés à l'anxiété et de 3,5 tracés à la dépression dans le dessin de l'arbre.

Tableau XXXII - L'anxiété et la dépression chez les patients asthmatiques fumeurs (n=26)

Catégories HAD		N (%)		
Anxiété	Absence d'état anxieux	14 (53,8)		
	État anxieux possible	4 (15,4)		
	État anxieux probable	4 (15,4)		
	État anxieux sévère	4 (15,4)		
Dépression	Absence d'état dépressif	21 (80,8)		
	État dépressif possible	1 (3,8)		
	État dépressif probable	3 (11,6)		
	État dépressif sévère	1 (3,8)		
Scores HAD		Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Anxiété		8,6 (4,5)	7 [6 – 12]	1 – 16
Dépression		5 (4,2)	4 [2 – 7]	0 – 16
Dessin de la personne		Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Tracés anxiété		3 (1,9)	3 [2 – 4]	0 – 8
Tracés dépression		4 (2,5)	3,5 [2 – 5,7]	1 – 10
Dessin de l'arbre		Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Tracés anxiété		2,1 (1,6)	2 [1 – 3]	0 – 6
Tracés dépression		3,5 (1,7)	3,5 [2 – 5]	1 – 6

Catégories HAD : absence de symptomatologie : ≤ 7 ; symptomatologie possible : 8-10 ; symptomatologie probable : 11-14 ; symptomatologie sévère : >14

Enfin les résultats obtenus par les patients asthmatiques fumeurs concernant l'alexithymie mettent en avant une moyenne obtenue par cet échantillon de 46,2 à la TAS-20, avec un écart-type de 13,3. On peut souligner également que 50 % de l'échantillon (13 patients) a un score inférieur à 40. En termes d'effectifs, on constate que 42 % des patients asthmatiques fumeurs sont alexithymiques (11 patients). Au dessin de l'arbre, on trouve entre 10 et 11 tracés renvoyant à l'alexithymie et entre 12 et 13 tracés pour cette même dimension au dessin de la personne.

Tableau XXXIII - L'alexithymie chez les patients asthmatiques fumeurs (n = 26)

Scores TAS-20	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
	46,2 (13,3)	40 [36 – 57,7]	28 - 79
TAS-20	N (%)		
Alexithymiques	11 (42,3)		
Non-alexithymiques	15 (57,7)		
Dessins	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Tracés DP	12,8 (4,5)	12,5 [9 – 16]	3 – 21
Tracés DA	10,4 (5,2)	10,5 [6,2 – 14,5]	3 – 21

DA : Dessin de l'arbre ; DP : Dessin de la personne

Au niveau des émotions mesurées avec l'échelle de bien-être subjectif de Diener, les patients asthmatiques fumeurs ont obtenu un score moyen de 52 aux émotions positives (score maximum de 70). Pour les émotions négatives, les patients asthmatiques fumeurs ont un score moyen de 59 (score maximum de 126). Pour l'émotion surprise, les patients asthmatiques fumeurs ont un score moyen de 8 (score maximum de 21)

Tableau XXXIV - Emotions à l'échelle de bien-être de Diener chez les patients asthmatiques fumeurs (n = 26)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Emotions positives	51,8 (11,6)	52 [44,2 – 62]	28 - 70
Emotions négatives	59,1 (23)	54 [43,2 – 69,5]	28 - 108
Surprise	8,2 (4)	8 [5 – 11]	2 - 16

3. Les patients asthmatiques non-fumeurs

3.1. Caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients asthmatiques non-fumeurs

L'échantillon de patients asthmatiques non-fumeurs compte 44 patients, dont 8 sont des hommes (18 %) et 36 sont des femmes (82 %). L'âge moyen est de 56,8 ans (+/- 12,4), 50 % de l'échantillon, soit 22 patients ont un âge supérieur à 49 ans. Les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau XXXV.

Concernant l'indice de masse corporelle, la moyenne de l'échantillon est de 28,2 (+/- 6,1), ce qui correspond à la catégorie surpoids. La moitié des patients (50 % ; 22 patients) ont un score supérieur à 28 et sont donc en surpoids. Aucun patient asthmatique non-fumeur ne consomme de l'alcool de manière régulière. 32 % (14 patients) en consomment de manière

occasionnelle et 68 % (30 patients) n'en consomment jamais. L'asthme des patients asthmatiques non-fumeurs remonte en moyenne à plus de 25 ans (+/- 17,2). La moitié des patients asthmatiques non-fumeurs ont de l'asthme depuis plus de 20 ans. Quant au VEMS théorique, les patients asthmatiques non-fumeurs ont un score moyen de 81,7. Les patients asthmatiques non-fumeurs ont recours à la Ventoline en moyenne 12 fois par semaine (+/- 20,3). On peut préciser que 50 % des patients (22 patients) en consomment moins de 2 fois par semaine et qu'un quart de la population (11 patients) en consomme plus de 14 fois par semaine. Au niveau des symptômes nocturnes et diurnes par semaine, la moitié de l'échantillon (50 %, 22 patients) n'en subit jamais. Toutefois 25 % (11 patients) de la population subit des symptômes diurnes plus de 7 fois par semaine et des symptômes nocturnes plus de 4 fois par semaine. Au niveau des hospitalisations, on compte 52 % (23 patients) qui n'a jamais été hospitalisé à cause de l'asthme.

Sur l'échelle de dyspnée mMRC, 9 % des patients asthmatiques non-fumeurs (4 patients) sont au stade 0, 55 % (24 patients) au stade 1, 30 % (13 patients) au stade 2, 4 % (2 patients) au stade 3 et 2 % (1 patient) au stade 4. Sur les 44 patients asthmatiques non-fumeurs, 26 d'entre eux (59 %) n'ont pas eu d'exacerbations dans l'année qui précède l'enquête et 18 (40 %) ont eu une ou plusieurs exacerbations dans les 12 mois précédant l'enquête. Parmi ces 18 patients asthmatiques non-fumeurs qui ont connu une exacerbation dans l'année qui précède à l'enquête, 11 % d'entre eux (2 patients) ont eu recours aux urgences à l'hôpital, 11 % (2 patients) à une consultation d'urgence et 55 % (10 patients) à une consultation de pneumologie.

Enfin, l'avis médical du pneumologue indique que 50 % des patients asthmatiques non-fumeurs (22 patients) ont un asthme partiellement ou non-contrôlé et que 50 % à un asthme contrôlé.

Tableau XXXV - Caractéristiques des patients asthmatiques non-fumeurs (n=44)

Sexe	N (%)		
Hommes	8 (18,2)		
Femme	36 (81,8)		
	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Âge	56,8 (12,4)	59,7 [49 – 65,3]	24 - 79
IMC	28,2 (6,1)	28 [23 - 32,3]	17 – 41
Consommation	N (%)		
Alcool	Jamais	30 (68,2)	
	Occasionnellement	14 (31,8)	
	Régulièrement	0 (0)	
Cannabis	Jamais	44 (100)	

	Occasionnellement	0 (0)	
	Régulièrement	0 (0)	
Médicaments	Jamais	44 (100)	
	Occasionnellement	0 (0)	
	Régulièrement	0 (0)	
	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Début des symptômes	25,5 (17,2)	20 [11,7 – 35]	5 – 68
VEMS	2,5 (0,5)	2,4 [2,1 – 2,7]	1,4 – 3,7
VEMS théorique	81,7 (22,9)	86 [69,7 – 100]	27 – 116
VR théorique	112,6 (35,6)	110 [81 – 133]	59 – 212
CI théorique	106,3 (21,6)	108 [90,7 – 118,5]	47 – 147
SABA	12,3 (20,3)	2 [0 – 14]	0 – 80
Symptômes diurnes	2,8 (3,3)	0 [0 – 7]	0 – 7
Symptômes nocturnes	1,8 (2,7)	0 [0 – 4]	0 – 7
Hospitalisation			
	Pas hospitalisés	23 (52,3)	
	Hospitalisés	21 (47,7)	
Dyspnée mMRC		N (%)	
	Stade 0	4 (9,1)	
	Stade 1	24 (54,5)	
	Stade 2	13 (29,6)	
	Stade 3	2 (4,5)	
	Stade 4	1 (2,3)	
Exacerbation 12 mois			
	Pas d'exacerbation	26 (59,1)	
	Exacerbation(s)	18 (40,9)	
Recours aux soins lors d'une exacerbation			
	Urgences hôpital	2 (11,1)	
	Consultation d'urgence	2 (11,1)	
	Pneumologie	10 (55,5)	
	Réanimation	0 (0)	
Contrôle de l'asthme d'après l'avis du médecin			
	Asthme non contrôlé	22 (50)	
	Asthme contrôlé	22 (50)	

VEMS : volume expiratoire maximum par seconde ; VR : volume résiduel ; CI : capacité inspiratoire ; SABA : short acting bêta agonists

Parmi les 44 patients asthmatiques non-fumeurs 50 % (22 patients) ont un asthme contrôlé et 50 % (22 patients) ont un asthme non-contrôlé (ACT). La moyenne obtenue à cette échelle pour cet échantillon est de 17,1 (+/- 6,2).

L'observance thérapeutique (MARS 5) est bonne pour plus de 95 % des patients. Le score moyen au MARS-5 est de 23,9 (+/- 1,7), ce qui représente un score élevé puisque le score maximum atteignable est de 25.

Tableau XXXVI - Données relatives à l'asthme des patients asthmatiques non-fumeurs (n = 44)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
ACT	17,1 (6,2)	18 [11,7 – 23]	5 - 25
ACQ	12,2 (10,1)	10 [2 – 22]	0 – 30
MARS 5	23,9 (1,7)	25 [23 – 25]	18 - 25
Contrôle de l'asthme (ACT)		N (%)	
Asthme contrôlé		22 (50)	
Asthme non-contrôlé		22 (50)	
Observance thérapeutique			
Bonne observance		42 (95,4)	
Mauvaise observance		2 (4,6)	

ACT: Asthma control test; ACQ : Asthma control questionnaire; MARS 5 : medication adherence report scale

3.2. Caractéristiques psychologiques des patients asthmatiques non-fumeurs

Au niveau de la qualité de vie, 20 % ont une qualité de vie considérée comme bonne, 34 % une qualité de vie moyenne et 45 % une qualité de vie médiocre. Le score moyen obtenu à l'AQLQ est de 70,8 (+/- 20) et on remarque que 50 % (22 patients) ont un score inférieur à 70 ce qui correspond à une qualité de vie moyenne.

Tableau XXXVII - Qualité de vie des patients asthmatiques non-fumeurs (n=44)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Mini AQLQ	70,8 (20)	70 [56,7 – 86]	25 – 105
Qualité de vie			
Bonne		9 (20,5)	
Moyenne		15 (34,1)	
Médiocre		20 (45,4)	

Mini AQLQ : Asthma quality of life questionnaire, version courte

Dans l'échantillon de patients asthmatiques-fumeurs, les résultats à la HADS concernant l'anxiété indiquent que 48 % (21 patients) n'ont pas d'état anxieux, 16 % (7 patients) ont un état anxieux possible, 29 % (13 patients) un état anxieux probable et 7 % (3 patients) un état anxieux sévère. Le score moyen obtenu à cette échelle est de 8,1 (+/- 4,3). Concernant l'état dépressif, les résultats à l'HADS indiquent que 81 % de l'échantillon (36 patients) ont une absence d'état dépressif, 9 % (4 patients) un état dépressif possible, 7 % (3 patients) un état dépressif probable et 2 % (1 patient) un état dépressif sévère. Le résultat moyen obtenu à l'HADS concernant la dépression pour cet échantillon est de 4,5 (+/- 3,7).

De plus les patients asthmatiques non-fumeurs ont réalisé en moyenne 3,5 tracés relatifs à l'anxiété au dessin de la personne et 2,1 tracés au dessin de l'arbre. Ils ont aussi réalisé en moyenne 4 tracés relatifs à la dépression au dessin de la personne et 4,3 tracés au dessin de l'arbre.

De plus les patients asthmatiques non-fumeurs ont réalisés en moyenne 3,5 tracés relatifs à l'anxiété au dessin de la personne et 2,1 tracés au dessin de l'arbre. Ils ont aussi réalisé en moyenne 4 tracés relatifs à la dépression au dessin de la personne et 4,3 tracés au dessin de l'arbre.

**Tableau XXXVIII - L'anxiété et la dépression
chez les patients asthmatiques non-fumeurs (n=44)**

Catégories HAD		N (%)	
Anxiété	Absence d'état anxieux	21 (47,8)	
	État anxieux possible	7 (15,9)	
	État anxieux probable	13 (29,5)	
	État anxieux sévère	3 (6,8)	
Dépression	Absence d'état dépressif	36 (81,8)	
	État dépressif possible	4 (9,1)	
	État dépressif probable	3 (6,8)	
	État dépressif sévère	1 (2,3)	
Scores HAD	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Anxiété	8,1 (4,3)	8 [5 – 12]	0 – 16
Dépression	4,5 (3,7)	4 [2 – 7]	0 – 15
Dessin de la personne	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Tracés anxiété	3,5 (2,3)	3 [2 – 4,2]	0 – 11
Tracés dépression	4 (2,1)	4 [3 – 6]	0 – 9
Dessin de l'arbre	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Tracés anxiété	2,1 (1,7)	2 [1 – 3]	0 – 7
Tracés dépression	4,3 (2)	4 [3 – 5,2]	1 – 10

Catégories HAD : absence de symptomatologie : ≤ 7 ; symptomatologie possible : 8-10 ; symptomatologie probable : 11-14 ; symptomatologie sévère : >14

Enfin, chez les patients asthmatiques non-fumeurs, 63 % (28 patients) sont alexithymiques et 37 % (16 patients) ne le sont pas. Le score moyen obtenu à la TAS 20 est de 47,9 avec un écart-type de 12,6. On remarque que 50 % des patients (22 patients) ont obtenu un score supérieur à 46 et sont donc considérés comme alexithymiques, le score seuil étant placé à 44.

Les patients asthmatiques non-fumeurs ont réalisé en moyenne 13 tracés renvoyant à l'alexithymie au dessin de l'arbre et 10 tracés au dessin de la personne.

Tableau XXXIX - L'alexithymie chez les patients asthmatiques non-fumeurs (n=44)

Scores TAS-20	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
	47,9 (12,6)	46,5 [41,7 – 55,2]	26 - 84
TAS-20		N (%)	
Alexithymiques		28 (63,6)	
Non-alexithymiques		16 (36,4)	
Dessins	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min – Max
Tracés DP	13 (6,4)	13 [9,7 – 15,2]	0 – 30
Tracés DA	10,6 (4,8)	10,5 [7,7 – 13]	2 – 24

DA : Dessin de l'arbre ; DP : Dessin de la personne

Au niveau des émotions mesurées par l'échelle de bien-être subjectif de Diener, les patients asthmatiques non-fumeurs ont obtenu une moyenne de 51,6 (+/- 12,6) pour les émotions positives ; une moyenne de 53 (+/- 19,2) pour les émotions négatives et une moyenne de 8,7 (+/- 3,8) pour la surprise.

Tableau XL - Emotions à l'échelle de bien-être de Diener chez les patients asthmatiques non-fumeurs (n=44)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [IRQ 25 – IRQ75]	Min - Max
Emotions positives	51,6 (12,6)	55 [42 – 61]	24 - 69
Emotions négatives	53 (19,2)	50 [40 – 61,5]	23 - 96
Surprise	8,7 (3,8)	8 [5,7 – 12]	3 - 17

CHAPITRE 2 : LIENS ENTRE LES FACTEURS MÉDICAUX ET PSYCHOLOGIQUES CHEZ LES PATIENTS ASTHMATIQUES

1. Objectif spécifique et hypothèses opérationnelles

Ce chapitre a pour objectif d'étudier les relations qui peuvent exister entre les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs (N=70) dans un premier temps, puis plus spécifiquement chez les patients asthmatiques fumeurs (n=26) ainsi que chez les patients asthmatiques non-fumeurs (n=44).

1) Les hypothèses concernant la population de patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs (N=70) sont :

A - Qu'il existe une corrélation entre le contrôle de l'asthme (ACT, ACQ) et la qualité de vie (mini-AQLQ). Il est attendu que plus les patients ont un asthme partiellement ou non contrôlé, moins bonne sera leur qualité de vie.

B - Qu'il existe une corrélation entre alexithymie (TAS-20, DA, DP), anxiété (HADS, DA, DP) et dépression (HADS, DA, DP) chez les patients asthmatiques. Il existe une corrélation entre alexithymie (TAS-20, DA, DP) et émotions négatives (Échelle de Diener, DA, DP). Il est attendu que plus les patients asthmatiques sont alexithymiques plus sera élevé leur score d'anxiété, de dépression et d'émotions négatives.

C – Qu'il existe des corrélations entre les facteurs médicaux (citées dans l'hypothèse 1. A.) et les facteurs psychologiques (évoqués dans l'hypothèse 1. B.). Il est attendu que plus les patients sont dépressifs, anxieux, alexithymiques et qu'ils perçoivent des émotions négatives, plus leur asthme sera sévère, moins bon sera le contrôle de l'asthme et moins bonne sera la qualité de vie.

2) Les hypothèses concernant les patients asthmatiques fumeurs (n=26) sont :

A – Qu'il existe des corrélations entre la sévérité de l'asthme (symptômes diurnes, symptômes nocturnes, VEMS théorique, recours à la Ventoline), son contrôle (ACT, ACQ) et la qualité de vie (mini-AQLQ). Il est attendu que plus l'asthme est sévère, moins son contrôle sera bon et moins bonne sera la qualité de vie.

B – Qu'il existe une corrélation entre le niveau d'anxiété et de dépression (HADS, DA, DP), émotions positives et négatives (Diener, DA, DP) et le niveau d'alexithymie (TAS-20, DA,

DP) chez les patients asthmatiques fumeurs. Il est attendu que plus les patients sont alexithymiques plus sera élevé leur score d'anxiété, de dépression et d'émotions négatives.

C – Qu'il existe des corrélations entre les facteurs médicaux (cités dans l'hypothèse 2. A.) et les facteurs psychologiques (évoqués dans l'hypothèse 2. B.). Il est attendu que plus les patients asthmatiques fumeurs sont dépressifs, anxieux, alexithymiques et qu'ils perçoivent des émotions négatives, plus leur asthme sera sévère, moins bon sera le contrôle de l'asthme et moins bonne sera la qualité de vie.

3) Les hypothèses concernant les patients asthmatiques non-fumeurs (n=44) sont :

A – Qu'il existe des corrélations entre la sévérité de l'asthme (symptômes diurnes, symptômes nocturnes, VEMS théorique, recours à la Ventoline), son contrôle (ACT, ACQ) et la qualité de vie (mini-AQLQ). Il est attendu que plus l'asthme est sévère, moins son contrôle sera bon et moins bonne sera la qualité de vie des patients asthmatiques non-fumeurs.

B – Qu'il existe une corrélation positive entre l'alexithymie (TAS-20, DA, DP) et l'anxiété (HADS, DA, DP), la dépression (HADS, DA, DP) et les émotions négatives (Diener, DA, DP). Il est attendu que plus les patients asthmatiques non-fumeurs sont alexithymiques, plus ils sont anxieux, dépressifs et ressentent des émotions négatives.

C – Qu'il existe des corrélations entre les facteurs médicaux (citées dans l'hypothèse 3. A.) et les facteurs psychologiques (évoqués dans l'hypothèse 3. B.). Il est attendu que plus les patients asthmatiques non-fumeurs sont dépressifs, anxieux, alexithymiques et qu'ils perçoivent des émotions négatives, plus leur asthme sera sévère, moins bon sera le contrôle de l'asthme et moins bonne sera la qualité de vie.

2. Hypothèse 1 : patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs

Dans un premier temps, l'intérêt est porté aux relations qu'entretiennent les différents facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, c'est-à-dire dans la présente étude sur la population totale interrogée. L'analyse des corrélations de l'échantillon total permet d'obtenir des corrélations plus fiables car effectuées sur un plus grand nombre d'observations (N=70).

La première hypothèse formulée avance qu'il existe une corrélation entre le contrôle de l'asthme mesuré via l'ACT et l'ACQ et la qualité de vie évaluée par l'échelle mini-AQLQ. Il est attendu que plus les patients ont un asthme partiellement ou non contrôlé, moins bonne sera leur qualité de vie.

Il existe une corrélation positive forte entre le contrôle de l'asthme (ACT) et la qualité de vie (mini-AQLQ) ($r = 0,81$; $p < 0,001$). Plus le score à l'ACT est élevé, plus le score de qualité de vie est élevé. Ainsi plus l'asthme est contrôlé, meilleure est la qualité de vie du patient.

Il existe une corrélation négative forte entre le contrôle de l'asthme (ACQ) et la qualité de vie (mini-AQLQ) ($r = -0,755$; $p < 0,001$). Plus le score à l'ACQ est élevé, moins le score de qualité de vie est élevé. Or un score élevé à l'ACQ révèle un mauvais contrôle de l'asthme. Ainsi plus le contrôle de l'asthme est mauvais, moins bonne est la qualité de vie des patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs.

**Tableau XLI - Contrôle de l'asthme et qualité de vie
chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs (n=70)**

		Contrôle de l'asthme		Qualité de vie
		ACT	ACQ	Mini-AQLQ
Contrôle de l'asthme	ACT	1,00	-,859**	0,814**
	ACQ	-,859**	1,00	-,755**
Qualité de vie	Mini-AQLQ	0,814**	-,755**	1,00

Rhô de Spearman ; ** $p \leq .01$

Il existe également une corrélation négative forte entre le contrôle de l'asthme estimé par l'échelle ACT et le contrôle de l'asthme estimé par l'échelle ACQ ($r = -0,859$; $p < 0,001$). Ces deux échelles permettant la mesure du contrôle de l'asthme, nous pouvons dire que plus le score de contrôle de l'asthme à l'ACT est élevé, moins le score au contrôle de l'asthme à l'ACQ est élevé. Un score élevé à l'ACT et un score faible à l'ACQ indiquent un bon contrôle de l'asthme.

Une deuxième hypothèse indique qu'il existe des corrélations significatives entre l'alexithymie, l'anxiété, la dépression et les émotions négatives chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs.

Les résultats montrent qu'il existe :

- Une corrélation positive forte entre l'alexithymie (TAS-20) ($r = 0,521$; $p < 0,001$) et l'anxiété (HAD) et des émotions négatives (Diener) ($r = 0,621$; $p < 0,001$) chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs. En effet les résultats montrent que plus les patients sont alexithymiques, plus ils sont anxieux et plus ils perçoivent des émotions négatives

Au dessin de l'arbre et au dessin de la personne, il existe :

- Des corrélations positives fortes entre l'alexithymie et les émotions négatives DP : ($r = 0,514$; $p < 0,001$) ; DA : ($r = 0,724$; $p < 0,001$). Plus le nombre de tracés relatifs à l'alexithymie au dessin de l'arbre est élevé, plus le nombre de tracés relatifs aux émotions négatives au dessin de l'arbre l'est aussi. Et plus le nombre de tracés relatifs à l'alexithymie au dessin de la personne est élevé, plus le nombre de tracés relatifs aux émotions négatives au dessin de la personne l'est aussi.
- Une corrélation positive forte entre l'alexithymie et l'anxiété DP : ($r = 0,514$; $p < 0,001$) ; DA : ($r = 0,500$; $p < 0,001$). Plus le nombre de tracés relatifs à l'alexithymie au dessin de l'arbre est élevé, plus le nombre de tracés relatifs à l'anxiété au dessin de l'arbre l'est aussi.
- Des corrélations positives fortes au dessin de la personne entre l'alexithymie et l'anxiété ($r = 0,517$; $p < 0,001$) et dépression ($r = 0,565$; $p < 0,001$). En effet, plus le nombre de tracés relatifs à l'alexithymie au dessin de la personne est élevé, plus le nombre de tracés renvoyant à la dépression et à l'anxiété au dessin de la personne est élevé.

Les résultats montrent qu'il existe également une corrélation positive forte entre les émotions négatives (Diener), l'anxiété (HAD) ($r = 0,685$; $p < 0,001$) et la dépression (HAD) ($r = 0,529$; $p < 0,001$). En effet, il semble que plus les patients perçoivent d'émotions négatives, plus ils ont tendance à être anxieux et dépressifs.

Les corrélations que nous avons choisies de présenter sont des corrélations fortes ($> 0,50$) D'autres corrélations moyennes ont été mises en évidence pour les variables psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs mais nous avons choisi compte tenu des nombreux résultats de ne pas les présenter dans la thèse.

**Tableau XLII - Facteurs psychologiques
chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs**

	Alexithymie			Dépression			Anxiété			Emotions positives			Émotions négatives		
	TAS-20	DA	DP	HAD	DA	DP	HAD	DA	DP	Diener	DA	DP	Diener	DA	DP
Alexithymie	TAS-20	1,00					0,521**						0,621**		
	DA		1,00						0,500**					0,724**	
	DP			1,00			0,565**		0,517**						0,514**
Dépression	HAD			1,00									0,529**		
	DA				1,00										
	DP					1,00									
Anxiété	HAD	0,521**					1,00						0,685**		
	DA		0,500**					1,00							
	DP			0,517**					1,00						
Emotions positives	Diener									1,00					
	DA										1,00				
	DP											1,00			
Émotions négatives	Diener	0,621**			0,529**			0,685**					1,00		
	DA		0,724**											1,00	
	DP			0,514**											1,00

Rhô de Spearman ; [Corrélations fortes](#) ; **p<0,01

La troisième hypothèse avancée est qu'il existe des corrélations entre les facteurs médicaux (citées dans l'hypothèse 1. A.) et les facteurs psychologiques (évoqués dans l'hypothèse 1. B.).

Parmi les variables concernant les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, les résultats montrent qu'il existe une corrélation forte négative entre la dépression (HAD) et la qualité de vie (mini-AQLQ) ($r = -0,582$; $p < 0,001$). Ainsi plus le score de dépression est élevé, moins le score de qualité de vie est élevé.

Tableau XLIII - Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs

	Dépression (HAD)	Qualité de vie (mini-AQLQ)
Dépression (HAD)	1,00	-0,582**
Qualité de vie (mini-AQLQ)	-0,582**	1,00

Rhô de Spearman ; **Corrélations fortes** ; ** $p < 0,01$

Synthèse hypothèse 1 :

Le contrôle de l'asthme et la qualité de vie sont fortement corrélés chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs. Plus le contrôle de l'asthme est bon, meilleur est la qualité de vie.

En outre, chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, plus les patients sont alexithymiques plus ils sont anxieux, dépressifs et plus les émotions négatives sont intenses. Aussi plus les patients sont anxieux et dépressifs plus ils perçoivent d'émotions négatives.

Et plus le niveau de dépression est élevé, moins la qualité de vie est bonne chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs.

3. Hypothèse 2 : patients asthmatiques fumeurs

L'intérêt est porté à présent aux relations qu'entretiennent les différents facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs. Comme précédemment et pour les mêmes raisons, seules les corrélations fortes ($r > 0,50$) sont présentées.

La première hypothèse avance qu'il existe des corrélations entre la sévérité de l'asthme (symptômes diurnes, symptômes nocturnes, VEMS, recours à la Ventoline), son contrôle (ACT, ACQ) et la qualité de vie (mini-AQLQ). Il est attendu que plus l'asthme est sévère, moins son contrôle sera bon et moins bonne sera la qualité de vie des patients asthmatiques fumeurs.

Les résultats concernant les symptômes diurnes montrent qu'il existe une corrélation positive forte avec les symptômes nocturnes ($r = 0,665$; $p < 0,001$) et le recours à la Ventoline ($r = 0,671$; $p < 0,001$). Ainsi plus le nombre de symptômes diurnes par semaine est élevé, plus le nombre de symptômes nocturnes par semaine et le recours à la Ventoline par semaine est élevé. De même que pour les symptômes nocturnes, on constate que plus ils sont nombreux par semaine, plus le recours à la Ventoline par semaine est important ($r = 0,545$; $p = 0,004$).

Au niveau du contrôle de l'asthme, plus le score à l'ACT est élevé, moins le nombre de symptômes diurnes ($r = -0,653$; $p < 0,001$), de symptômes nocturnes ($r = -0,741$; $p < 0,001$) et le nombre de bouffées de Ventoline prises par semaine ($r = -0,728$; $p < 0,001$) chez les patients asthmatiques fumeurs est élevé. Les résultats montrent que plus le contrôle de l'asthme (ACT) est bon chez les patients asthmatiques fumeurs, moins ils ont de symptômes nocturnes, diurnes et besoin de prendre de la Ventoline.

Les corrélations entre ces trois variables et le contrôle de l'asthme (ACQ) témoignent de ce même constat. Il existe des corrélations positives entre l'ACQ et les symptômes diurnes ($r = 0,616$; $p = 0,001$), les symptômes nocturnes ($r = 0,736$; $p < 0,001$) et le recours à la Ventoline ($r = 0,772$; $p < 0,001$). Or un score élevé à l'ACQ révèle un mauvais contrôle de l'asthme. Il existe une corrélation négative entre le score à l'ACQ et le VEMS théorique ($r = -0,512$; $p = 0,008$). En effet plus le score à l'ACQ est élevé, donc plus le contrôle de l'asthme est mauvais, moins le taux au VEMS théorique est élevé. Il semble que plus le VEMS est élevé, meilleure est la qualité de vie.

Il existe de fortes corrélations entre la qualité de vie (mini-AQLQ) et les symptômes diurnes ($r = -0,575$; $p = 0,002$) et nocturnes ($r = -0,630$; $p = 0,001$) et le recours à la

Ventoline ($r = -0,532$; $p = 0,006$). Les résultats montrent que plus le score mini-AQLQ est élevé (c'est-à-dire plus la qualité de vie est bonne), moins les symptômes diurnes sont importants. De même que plus le score mini-AQLQ est élevé, moins les symptômes nocturnes et le recours à la Ventoline sont importants. Ainsi moins les symptômes nocturnes et diurnes par semaine et le recours à la Ventoline par semaine sont importants, meilleure est la qualité de vie.

Il existe également de fortes corrélations entre la qualité de vie (mini-AQLQ) et le contrôle de l'asthme (ACT: $r = 0,805$; $p < 0,001$; ACQ : $r = -0,796$; $p < 0,001$).

Ces résultats montrent que plus le contrôle de l'asthme est bon, meilleure est la qualité de vie. En effet à l'ACT, plus le score est élevé (ce qui révèle un bon contrôle de l'asthme), plus le score à la mini-AQLQ est élevé. Et à l'ACQ, plus le score est élevé (ce qui révèle un mauvais contrôle de l'asthme), plus le score à la mini-AQLQ est faible

Il semble que plus la sévérité de l'asthme est importante (symptômes diurnes, nocturnes, VEMS théorique, recours à la Ventoline), moins bonne est la qualité de vie et moins bon est le contrôle de l'asthme.

Tableau XLIV - Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques fumeurs

		Sévérité de l'asthme				Contrôle de l'asthme		Qualité de vie
		Symptômes diurnes	Symptômes nocturnes	VEMS théorique	Recours à la Ventoline	ACT	ACQ	Mini-AQLQ
Sévérité de l'asthme	Symptômes diurnes	1,00	0,665**		0,671**	-0,653**	0,616**	-0,575**
	Symptômes nocturnes	0,665**	1,00	-0,475*	0,545**	-0,741**	0,736**	-0,630**
	VEMS théorique		-0,475*	1,00			-0,512**	
	Recours à la Ventoline	0,671**	0,545**		1,00	-0,728**	0,772**	-0,532**
Contrôle de l'asthme	ACT	-0,653**	-0,741**		-0,728**	1,00	-0,875**	0,805**
	ACQ	0,616**	0,736**	-0,512**	0,772**	-0,875**	1,00	-0,796**
Qualité de vie	Mini-AQLQ	-0,575**	-0,630**		-0,532**	0,805**	-0,796**	1,00

Rhô de Spearman ; **Corrélations fortes** ; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

La seconde hypothèse formulée avance qu'il existe une corrélation entre le niveau d'anxiété et de dépression (HADS, DA, DP), émotions positives et négatives (Diener, DA,

DP) et le niveau d'alexithymie (TAS-20, DA, DP) chez les patients asthmatiques fumeurs. Il est attendu que plus les patients sont alexithymiques plus sera élevé leur score d'anxiété, de dépression et d'émotions négatives.

Les résultats montrent des corrélations positives fortes entre l'alexithymie (TAS-20) et l'anxiété (HAD) ($r = 0,636$; $p < 0,001$) ainsi qu'avec les émotions négatives ($r = 0,762$; $p < 0,001$). Ce résultat montre que plus le patient fumeur est alexithymique, plus il est anxieux et plus il ressent d'émotions négatives.

Il existe également des corrélations positives fortes entre l'alexithymie et l'anxiété ($r = 0,623$; $p < 0,001$) et les émotions négatives et l'anxiété ($r = 0,830$; $p < 0,001$) (mesurées par le dessin de l'arbre). En effet, plus les tracés relatifs à l'alexithymie au dessin de l'arbre sont nombreux, ceux relatifs à l'anxiété et aux émotions négatives sont élevés également.

Au dessin de la personne, il existe une corrélation positive forte entre l'alexithymie et la dépression. En effet plus le nombre de tracés relatifs à l'alexithymie au dessin de la personne est élevé, plus le nombre de tracés à la dépression au dessin de la personne est élevé ($r = 0,541$; $p = 0,004$).

Il existe également des fortes corrélations entre les émotions négatives et l'anxiété (HAD) et la dépression (HAD). Plus le score aux émotions négatives (Diener) est élevé, plus le score à l'HAD pour l'anxiété ($r = 0,578$; $p = 0,002$) et pour la dépression ($r = 0,585$; $p = 0,002$) est élevé. Il existe une forte corrélation entre les émotions négatives et l'anxiété (mesurées par le dessin de l'arbre). En effet, plus le nombre de tracés relatifs aux émotions négatives est élevé, plus le nombre de tracés relatifs à l'anxiété est élevé ($r = 0,562$; $p = 0,003$).

**Tableau XLV - Facteurs psychologiques
chez les patients asthmatiques fumeurs**

		Alexithymie			Dépression			Anxiété			Emotions positives			Émotions négatives		
		TAS-20	DA	DP	HAD	DA	DP	HAD	DA	DP	Diener	DA	DP	Diener	DA	DP
Alexithymie	TAS-20	1,00						0,636**						0,762**		
	DA		1,00						0,623**						0,830**	
	DP			1,00			0,541**									
Dépression	HAD				1,00									0,585**		
	DA					1,00										
	DP			0,541**			1,00									
Anxiété	HAD	0,636**						1,00						0,578**		
	DA		0,623**						1,00						0,562**	
	DP									1,00						
Emotions positives	Diener										1,00					
	DA											1,00				
	DP												1,00			
Émotions négatives	Diener	0,762**			0,585**			0,578**						1,00		
	DA		0,830**						0,562**						1,00	
	DP															1,00

Rhò de Spearman ; **Corrélations fortes** ; **p<0,01

La troisième hypothèse avance qu'il existe des relations entre les facteurs médicaux étudiés dans l'hypothèse 2. A. et les facteurs psychologiques évoqués dans l'hypothèse 2. B.

Il existe des corrélations fortes entre la dépression (HAD) et le contrôle de l'asthme (ACT et ACQ) et la qualité de vie (mini-AQLQ).

En effet, les résultats montrent qu'il existe :

- Une corrélation négative entre la dépression et le contrôle de l'asthme (ACT) ($r = -0,616$; $p = 0,001$)
- Une corrélation positive entre la dépression et le contrôle de l'asthme (ACQ) ($r = 0,549$; $p = 0,004$).

Plus les patients ont un score de dépression élevé, moins le score à l'ACT est bon. Ce qui signifie que plus les patients sont dépressifs, moins bon est le contrôle de leur asthme. Et plus les patients ont un score de dépression élevé, meilleur est le score à l'ACQ, c'est-à-dire moins le contrôle de leur asthme est bon.

- Une corrélation négative forte entre la dépression (HAD) et la qualité de vie (mini-AQLQ) ($r = -0,701$; $p < 0,001$). Plus les patients asthmatiques fumeurs sont dépressifs, moins bonne est leur qualité de vie.

On ne trouve pas d'autres corrélations fortes significatives entre les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs dans cette étude.

Tableau XLVI - Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs

		Dépression	Contrôle de l'asthme		Qualité de vie
		HAD	ACT	ACQ	Mini-AQLQ
Dépression	HAD	1,00	-0,616**	0,549**	-0,701**
Contrôle de l'asthme	ACT	-0,616**	1,00		
	ACQ	0,549**		1,00	
Qualité de vie	Mini-AQLQ	-0,701**			1,00

Rhô de Spearman ; **Corrélations fortes** ; ** $p < 0,01$

Synthèse hypothèse 2 :

Chez les patients asthmatiques fumeurs, plus la sévérité de l'asthme est importante (symptômes diurnes et nocturnes par semaine, recours à la Ventoline par semaine, VEMS théorique), moins bon est le contrôle de l'asthme et la qualité de vie.

De plus, plus les patients asthmatiques fumeurs sont alexithymiques, plus ils sont anxieux, dépressifs et plus ils perçoivent d'émotions négatives. Aussi, plus les patients ont des scores élevés aux émotions négatives, plus ils sont anxieux et dépressifs.

Enfin, plus les patients asthmatiques fumeurs sont dépressifs, moins bon est le contrôle de leur asthme et moins bonne est leur qualité de vie.

4. Hypothèse 3 : patients asthmatiques non-fumeurs

Enfin, nous nous intéressons aux relations qu'entretiennent les variables médicales et psychologiques chez les patients asthmatiques non-fumeurs. Ici encore, seules les corrélations significatives fortes sont présentées.

La première hypothèse suppose qu'il existe des corrélations entre la sévérité de l'asthme (symptômes diurnes, symptômes nocturnes, VEMS théorique, recours à la Ventoline), son contrôle (ACT, ACQ) et la qualité de vie (mini-AQLQ). Il est attendu que plus l'asthme est sévère, moins son contrôle sera bon et moins bonne sera la qualité de vie des patients asthmatiques non-fumeurs.

Concernant les variables renvoyant à la sévérité de l'asthme, les résultats montrent qu'il existe trois corrélations positives entre les symptômes diurnes, nocturnes et le recours à la Ventoline (SABA). En effet, plus les symptômes diurnes par semaine sont élevés, plus les symptômes nocturnes par semaine ($r = 0,754$; $p < 0,001$) et le recours à la Ventoline ($r = 0,860$; $p < 0,001$) sont élevés. Aussi, plus les symptômes nocturnes sont élevés, plus le recours à la Ventoline ($r = 0,702$; $p < 0,001$) est élevé.

Les résultats montrent également qu'il existe :

- Une corrélation positive forte entre le contrôle de l'asthme (ACT) et la qualité de vie (mini-AQLQ) ($r = 0,842$; $p < 0,001$). En effet, plus le score à l'ACT est élevé, plus le

score de qualité de vie est élevé. Ainsi plus l'asthme est contrôlé, meilleure est la qualité de vie du patient.

- Une corrélation négative forte entre le contrôle de l'asthme (ACQ) et la qualité de vie (mini-AQLQ) ($r = -0,719$; $p < 0,001$). Plus le score à l'ACQ est élevé, moins le score de qualité de vie est élevé. Or un score élevé à l'ACQ révèle un mauvais contrôle de l'asthme. Ainsi plus le contrôle de l'asthme est mauvais, moins bonne est la qualité de vie des patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs.
- Des corrélations fortes entre le contrôle de l'asthme (ACT) et les symptômes diurnes ($r = -0,825$; $p < 0,001$) et les symptômes nocturnes ($r = -0,672$; $p < 0,001$), le recours à la Ventoline ($r = -0,846$; $p < 0,001$) et le VEMS théorique ($r = 0,537$; $p < 0,001$).

Ainsi, plus le contrôle de l'asthme est bon, moins l'asthme est sévère. En effet à l'ACT, plus le score est élevé, moins les patients ont recours à la Ventoline par semaine et moins ils présentent des symptômes diurnes et nocturnes. Et plus le score à l'ACT est élevé, plus le VEMS théorique est élevé.

- Des corrélations fortes entre le contrôle de l'asthme (ACQ) et les variables renvoyant à la sévérité de l'asthme (symptômes diurnes ($r = 0,878$; $p < 0,001$), nocturnes ($r = 0,690$; $p < 0,001$), VEMS théorique ($r = -0,685$; $p < 0,001$)). En effet, plus le score à l'ACQ est élevé (c'est-à-dire le contrôle de l'asthme mauvais), plus les patients souffrent de symptômes diurnes et nocturnes ont recours à la Ventoline ($r = 0,878$; $p < 0,001$) et ont un score faible au VEMS théorique.

Tableau XLVII - Contrôle de l'asthme et qualité de vie chez les patients asthmatiques non-fumeurs

		Sévérité de l'asthme			Contrôle de l'asthme		Qualité de vie	
		Symptômes diurnes	Symptômes nocturnes	VEMS théorique	Recours à la Ventoline	ACT	ACQ	Mini-AQLQ
Sévérité de l'asthme	Symptômes diurnes	1,00	0,754**		0,860**	-0,825**	0,878**	-0,643**
	Symptômes nocturnes	0,754**	1,00		0,702**	-0,672**	0,690**	-0,509**
	VEMS théorique			1,00			-0,685**	
	Recours à la Ventoline	0,860**	0,702**		1,00	-0,846**	0,878**	-0,653**
Contrôle de l'asthme	ACT	-0,825**	-0,672**	0,537**	-0,846**	1,00	-0,842**	0,797**
	ACQ	0,878**	0,690**	-0,685**	0,878**	-0,842**	1,00	-0,719**
Qualité de vie	Mini-AQLQ	-0,643**	-0,509**		-0,653**	0,797**	-0,719**	1,00

Rhò de Spearman ; **Corrélations fortes** ; ** $p < 0,01$

Enfin, il existe une corrélation négative forte entre le contrôle de l'asthme (ACT) et le contrôle de l'asthme (ACQ) ($r = -0,842$; $p = 0,002$). Ce résultat montre que chez les patients asthmatiques non-fumeurs un score élevé à l'ACT traduit un bon contrôle de l'asthme, de même qu'un score faible à l'ACQ.

La seconde hypothèse avance qu'il existe une corrélation positive entre l'alexithymie (TAS-20, DA, DP) et l'anxiété (HADS, DA, DP), la dépression (HADS, DA, DP) et les émotions négatives (Diener, DA, DP).

Il existe une corrélation positive forte entre l'alexithymie (TAS-20) et les émotions négatives (Diener) ($r = 0,519$; $p < 0,001$). Plus les patients asthmatiques non-fumeurs sont alexithymiques et plus ils perçoivent d'émotions négatives.

Au dessin de l'arbre, et au dessin de la personne, il existe :

- Des corrélations positives fortes entre l'alexithymie et l'émotion négative (DA : $r = 0,650$; $p < 0,001$; DP : ($r = 0,545$; $p < 0,001$). Plus le nombre de tracés relatifs à l'alexithymie est élevé, plus le nombre de tracés à l'émotion négative est élevé.

Au dessin de la personne, il existe :

- Des corrélations positives fortes entre l'alexithymie et l'anxiété ($r = 0,537$; $p < 0,001$) et la dépression ($r = 0,594$; $p < 0,001$). Ainsi plus l'alexithymie est présente chez les patients asthmatiques non-fumeurs, plus l'anxiété, la dépression et les émotions négatives sont également présents.

Il existe des corrélations positives fortes entre la dépression (HAD) et l'anxiété (HAD) ($r = 0,503$; $p = 0,001$) et entre l'anxiété (HAD) et les émotions négatives (Diener) ($r = 0,572$; $p < 0,001$). En effet, plus le score de dépression est élevé, plus le score d'anxiété est élevé et plus le score d'anxiété est élevé, plus le score des émotions négatives est élevé.

Tableau XLVIII - Facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques non-fumeurs

		Alexithymie		Dépression			Anxiété			Emotions positives			Émotions négatives			
		TAS-20	DA	DP	HAD	DA	DP	HAD	DA	DP	Diener	DA	DP	Diener	DA	DP
Alexithymie	TAS-20	1,00												0,519**		
	DA		1,00												0,650**	
	DP			1,00			0,596**			0,537**						0,545**
Dépression	HAD				1,00			0,503**								
	DA					1,00										
	DP						0,596**		1,00							
Anxiété	HAD							0,503**								0,572**
	DA								1,00							
	DP									1,00						
Emotions positives	Diener										1,00					
	DA											1,00				
	DP												1,00			
Émotions négatives	Diener	0,519**												1,00		
	DA		0,650**												1,00	
	DP			0,545**												1,00

Rhô de Spearman ; **Corrélations fortes** ; **p<0,01

La troisième hypothèse avance qu'il existe des corrélations entre les facteurs médicaux et psychologiques évoquées dans les hypothèses 3.A. et 3. B.

Il existe des corrélations fortes entre la qualité de vie (mini-AQLQ) et l'anxiété (HAD) ($r = -0,542$; $p < 0,001$) et la dépression ($r = -0,526$; $p < 0,001$). Plus le score mini-AQLQ est élevé (donc la qualité de vie bonne), moins le score HAD d'anxiété et de dépression est élevé chez les patients asthmatiques non-fumeurs.

On ne retrouve pas d'autres corrélations fortes entre les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques non-fumeurs.

Tableau XLIX - Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques non-fumeurs

	Qualité de vie (mini-AQLQ)	Anxiété (HAD)	Dépression (HAD)
Qualité de vie (mini-AQLQ)	1,00	-0,542**	-0,526**
Anxiété (HAD)	-0,542**	1,00	
Dépression (HAD)	-0,526**		1,00

Rhò de Spearman ; **Corrélations fortes** ; ** $p < 0,01$

Synthèse hypothèse 3 :

Chez les patients asthmatiques non-fumeurs, il existe des corrélations positives entre les variables renvoyant à la sévérité de l'asthme : symptômes diurnes et nocturnes, recours à la Ventoline.

Les résultats montrent que :

- Plus le contrôle de l'asthme est bon, meilleure est la qualité de vie. De même plus le contrôle de l'asthme est bon, moins l'asthme est sévère.
- Plus les patients asthmatiques non-fumeurs sont alexithymiques, plus ils perçoivent d'émotions négatives et plus ils ont tendance à être anxieux et dépressifs.
- Plus les patients asthmatiques non-fumeurs sont anxieux et dépressifs, moins bonne est leur qualité de vie.

CHAPITRE 3 : ALEXITHYMIE : effet de l'alexithymie sur les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques

1. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles

Ce chapitre s'intéresse à l'effet de l'alexithymie (alexithymie vs non alexithymie) sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques qu'ils soient fumeurs et non-fumeurs (NF/F), fumeurs (F) ou non-fumeurs (NF).

1) Un premier objectif spécifique est de mettre en évidence l'existence de facteurs médicaux et psychologiques chez des patients asthmatiques selon **l'alexithymie (TAS 20)** (alexithymie versus non alexithymie).

Plusieurs hypothèses découlent de cet objectif. En effet il est attendu que :

A – Les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) alexithymiques aient des scores indiquant des symptômes diurnes et nocturnes par semaine, des prises de Ventoline par semaine, des données médicales respiratoires (VEMS, VEMS théorique, VR et CI), une dyspnée et un score d'IMC plus élevés que les patients non-alexithymiques. Il est attendu également que les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) alexithymiques aient un asthme plus ancien, davantage d'exacerbations dans les 12 mois précédents l'enquête et plus recours à une hospitalisation pour leur asthme que les patients non-alexithymiques.

B - Les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) alexithymiques aient des scores indiquant un contrôle de l'asthme (ACT et ACQ) et des scores d'observance thérapeutique moins élevés que les patients non-alexithymiques.

C - Les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) alexithymiques aient des scores d'anxiété et de dépression et d'émotions négatives plus élevés que les patients non-alexithymiques et des scores d'émotions positives et de qualité de vie moins élevés que les patients non-alexithymiques.

2) Le second objectif est d'examiner les relations entre les facteurs psychologiques et médicaux et le niveau d'alexithymie chez des patients asthmatiques (alexithymie versus non alexithymie).

Il est attendu que :

A – Les patients asthmatiques (NF/F, F, NF) alexithymiques se distribuent différemment des patients asthmatiques non-alexithymiques sur les dimensions médicales : ancienneté des symptômes, hospitalisation, données médicales respiratoires, exacerbation dans les 12 mois, recours à la Ventoline, IMC, dyspnée, symptômes nocturnes et diurnes, contrôle de l’asthme (ACT et ACQ) et observance thérapeutique.

B - Les patients asthmatiques (NF/F, F, NF) alexithymiques se distribuent différemment des patients asthmatiques non-alexithymiques sur les dimensions de la qualité de vie, du tabagisme, de la dépression et de l’anxiété, des émotions positives et négatives.

2. Hypothèses 1 : Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques selon l’alexithymie

2.1. Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) selon l’alexithymie

Afin de vérifier l’hypothèse 1 – A – nous avons comparé les scores des facteurs médicaux chez les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) alexithymiques et non-alexithymiques grâce au test de comparaison de moyenne de Mann-Whitney. Nous ne présentons que les résultats significatifs.

Le **nombre de symptômes diurnes par semaine** chez les patients asthmatiques non-fumeurs est plus élevé (rang moyen égal à 25,34) que chez les patients asthmatiques non-fumeurs non-alexithymiques (rang moyen égal 17,53) ($U=144$, $p = 0,032$).

Le **nombre de bouffée de Ventoline inspiré par semaine** est plus élevé chez les patients asthmatiques non-fumeurs alexithymiques (rang moyen : 26,54) que chez les patients asthmatique non-fumeurs non-alexithymiques (rang moyen : 15,44) ($U = 111$; $p = 0,004$).

Même constat chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs où le recours à la Ventoline est plus élevé chez les patients alexithymiques (rang moyen : 40,14) que chez les patients non-alexithymiques (rang moyen : 29,66) ($U = 423,5$; $p = 0,026$).

Concernant les données médicales respiratoires **VEMS théorique** et à la **Capacité Inspiratoire théorique** chez les patients asthmatiques non-fumeurs : Le VEMS théorique est moins élevé chez les patients alexithymiques (rang moyen : 18,63) que chez les patients non-alexithymiques (rang moyen : 29,28) ($U = 115,5$; $p = 0,008$). Et le taux de la Capacité

Inspiratoire théorique (CI) est moins élevé chez les alexithymiques (rang moyen : 17,27) que chez les non-alexithymiques (rang moyen : 28,16) ($U = 133,5$; $p = 0,027$).

Ainsi les résultats montrent que chez les patients asthmatiques non-fumeurs, ceux qui sont alexithymiques ont davantage de symptômes diurnes par semaine, besoin de plus de bouffées de Ventoline par semaine et ont des taux au VEMS théorique (volume expiratoire maximum par seconde) et CI théorique (capacité inspiratoire) moins bons que les patients non-alexithymiques. Dans la population totale, les patients asthmatiques alexithymiques ont besoin de plus de bouffées de Ventoline par semaine que les patients asthmatiques non-alexithymiques.

En revanche, nous ne retrouvons pas de résultats significatifs dans la population totale et sur les deux échantillons fumeurs et non-fumeurs concernant les variables symptômes nocturnes, VEMS score, VR, dyspnée, IMC, ancienneté des symptômes, exacerbation 12 mois et hospitalisation.

Ensuite, afin de vérifier l'hypothèse 1 – B – nous avons comparé les scores des échelles de contrôle de l'asthme et les scores de l'échelle mesurant l'observance thérapeutique chez les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) alexithymiques et non alexithymiques grâce au test de comparaison de moyenne de Mann-Whitney.

A l'échelle **ACT** permettant de mesurer le contrôle de l'asthme, sur la population totale de patients asthmatiques, ceux qui sont alexithymiques ont un moins bon contrôle de leur asthme (rang moyen : 31,08) que ceux qui ne sont pas alexithymiques (rang moyen : 41,06) ($U = 432$; $p = 0,041$).

Nous retrouvons ce même constat dans l'échantillon de patients asthmatiques non-fumeurs où les patients alexithymiques ont un contrôle de leur asthme qui est moins bon (rang moyen : 18,63) que les patients non-alexithymiques (rang moyen : 29,28) ($U = 115,5$; $p = 0,008$).

Les résultats vont dans le même sens avec l'échelle **ACQ** permettant également la mesure du contrôle de l'asthme. Chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, ceux qui sont alexithymiques ont un moins bon contrôle de l'asthme (rang moyen : 39,74) que ceux qui ne sont pas alexithymiques (rang moyen : 31,1) ($U = 439$; $p = 0,05$).

Rappelons qu'à l'ACQ, plus le score est élevé, moins le contrôle de l'asthme est bon. Aussi, chez les patients asthmatiques non-fumeurs, les alexithymiques ont un moins bon contrôle de leur asthme (rang moyen : 26,98) que les non-alexithymiques (rang moyen : 14,66) (U = 98,5 ; p = 0,002).

Les résultats ne sont pas significatifs, pour l'observance thérapeutique chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs.

Tableau L - Facteurs médicaux des patients asthmatiques (alexithymiques vs. non-alexithymiques)

	Patients asthmatiques					
	Fumeurs et non-fumeurs N=70		Fumeurs n=26		Non-fumeurs n=44	
	Rang moyen	Somme des rangs	Rang moyen	Somme des rangs	Rang moyen	Somme des rangs
Symptômes diurnes par semaine	U = 490,5 <i>p=0,146</i>		U = 71,5 <i>p=0,574</i>		U = 144,5*	
Alexithymiques	38,42	1498,5	12,5	137,50	25,34	709,50
Non-alexithymiques	31,82	986,5	14,23	213,50	17,53	280,50
Recours à la Ventoline par jour	U = 423,5*		U = 77 <i>p=0,799</i>		U = 111**	
Alexithymiques	1565,5	13	143	26,54	543	
Non-alexithymiques	919,5	13,87	208	15,44	247	
VEMS théorique	U = 525,5 <i>p=0,35</i>		U = 45,5 <i>p=0,054</i>		U = 115,5**	
Alexithymiques	33,47	1305,5	16,86	185,5	18,63	521,5
Non-alexithymiques	38,05	1179,50	11,03	165,50	29,28	468,50
CI théorique	U = 561,5 <i>p=0,611</i>		U = 55 <i>p=0,164</i>		U = 133,5*	
Alexithymiques	1341,5	16	176	19,27	539,50	
Non-alexithymiques	1143,50	11,67	175	28,16	450,5	
Contrôle de l'asthme (ACT)	U = 432*		U = 81 <i>p=0,959</i>		U = 115,5**	
Alexithymiques	31,08	1212	13,36	147	18,63	521,5
Non-alexithymiques	41,06	1273	13,6	204	29,28	468,50
Contrôle de l'asthme (ACQ)	U = 439*		U = 68 <i>p=0,474</i>		U = 98,5**	
Alexithymiques	39,74	1550	12,18	134	26,98	755,5
Non-alexithymiques	31,16	935	14,47	217	14,66	234,50

Comparaison de moyennes 2 échantillons indépendants U de Mann-Whitney ; *p<0,05 ; **p<0,01

Synthèse : Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques selon l'alexithymie

Les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs ont davantage recours à la Ventoline et ont un moins bon contrôle de leur asthme lorsqu'ils sont alexithymiques.

En plus d'un contrôle de l'asthme qui est moins bon, les patients asthmatiques non-fumeurs ont davantage de symptômes diurnes par semaine, un recours à la Ventoline par semaine plus important, une capacité inspiratoire moins bonne et un taux au VEMS théorique moins bon lorsqu'ils sont alexithymiques.

2.2. Facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) selon l'alexithymie

Ensuite, afin de vérifier l'hypothèse 1 – C – nous avons comparé les scores des échelles d'anxiété et de dépression, de la qualité de vie et des émotions chez les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) alexithymiques et non alexithymiques grâce au test de comparaison de moyenne de Mann-Whitney. Ici encore, seuls les résultats significatifs sont présentés.

Concernant **l'état anxieux et dépressif** : chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, les patients alexithymiques sont davantage anxieux (rang moyen : 42,49) que les patients non-alexithymiques (rang moyen : 26,71) ($U = 332$; $p = 0,001$). Aussi, les patients alexithymiques sont plus concernés par un état dépressif (rang moyen : 41,69) que les patients non-alexithymiques (rang moyen : 27,71) ($U = 363$; $p = 0,004$).

Même constat dans l'échantillon de patients asthmatiques non-fumeurs où les patients alexithymiques sont plus anxieux (rang moyen : 25,38) que les patients non-alexithymiques (rang moyen : 17,47) ($U = 143$; $p = 0,048$) et où les alexithymiques sont plus dépressifs (rang moyen : 26,43) que les non-alexithymiques (rang moyen : 15,63) ($U = 114$; $p = 0,007$).

Chez les patients asthmatiques fumeurs, ceux qui sont alexithymiques sont plus anxieux (rang moyen : 18,41) que ceux qui ne sont pas alexithymiques (rang moyen : 9,9) ($U = 28,5$; $p = 0,004$).

Aucun résultat significatif n'est observé concernant les émotions positives, en revanche on en trouve concernant les **émotions négatives**. En effet dans la population totale d'asthmatiques, les patients alexithymiques ont davantage d'émotions négatives (rang moyen : 45,32) que les patients non-alexithymiques (rang moyen : 23,15) ($U = 221,5$; $p = 0,001$). Et dans l'échantillon de patients asthmatiques non-fumeurs, ceux qui sont alexithymiques ont davantage d'émotions négatives (rang moyen : 26,63) que ceux qui ne sont pas alexithymiques (rang moyen : 15,28) ($U = 108,5$; $p = 0,005$).

Enfin en ce qui concerne la **qualité de vie** dans la population totale des asthmatiques, ceux qui sont alexithymiques ont une moins bonne qualité de vie (rang moyen : 29,6) que ceux qui ne sont pas alexithymiques (rang moyen : 42,92) ($U = 374,5$; $p = 0,007$). De même que dans l'échantillon de patients asthmatiques non-fumeurs, les patients alexithymiques ont une moins bonne qualité de vie (rang moyen : 18,38) que les patients qui ne sont pas alexithymiques (rang moyen : 29,72) ($U = 108,5$; $p = 0,005$).

**Tableau LI - Facteurs médicaux des patients asthmatiques
(alexithymiques vs. non-alexithymiques)**

	Patients asthmatiques					
	Fumeurs et non-fumeurs N=70		Fumeurs n=26		Non-fumeurs n=44	
	Rang moyen	Somme des rangs	Rang moyen	Somme des rangs	Rang moyen	Somme des rangs
Anxiété (HAD_score)	$U = 332^{**}$		$U = 28,5^{**}$		$U = 143,5^*$	
Alexithymiques	42,49	1657	18,41	202,5	25,38	710,5
Non-alexithymiques	26,71	828	9,9	148,5	17,47	279,50
Dépression (HAD_score)	$U = 363^{**}$		$U = 74$ $p=0,148$		$U = 114^{**}$	
Alexithymiques	41,69	1626	14,27	157	26,43	740,00
Non-alexithymiques	27,71	859	12,93	194	15,63	740
Émotions négatives (Diener)	$U = 221,5^{**}$		$U = 82,5$ $p=0,132$		$U = 108,5^{**}$	
Alexithymiques	45,32	1767,5	13,59	149,5	26,63	745,5
Non-alexithymiques	23,15	717,5	13,43	201,5	15,28	244,50
Qualité de vie (mini-AQLQ)	$U = 374,5^{**}$		$U = 71$ $p=0,574$		$U = 108,5^{**}$	
Alexithymiques	29,6	1154,5	12,45	137	18,38	514,5
Non-alexithymiques	42,92	1330,5	14,27	214	29,72	475,50

Comparaison de moyennes 2 échantillons indépendants U de Mann-Withne ; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Synthèse : Facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques selon l'alexithymie

Dans la population totale des patients asthmatiques comme chez les patients asthmatiques non-fumeurs, les patients alexithymiques sont davantage concernés par un état anxieux et un état dépressif et par des émotions négatives que les patients non-alexithymiques. Aussi les patients qui sont alexithymiques ont une moins bonne qualité de vie que ceux qui ne sont pas alexithymiques.

Chez les patients asthmatiques fumeurs, les patients alexithymiques sont plus anxieux que les patients non-alexithymiques

3. Hypothèse 2 : Relations entre les facteurs psychologiques et médicaux et le niveau d'alexithymie chez des patients asthmatiques

3.1. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) alexithymiques et non-alexithymiques selon les facteurs médicaux

L'hypothèse avance que les patients asthmatiques (NF/F, F, NF) alexithymiques se distribuent différemment des patients asthmatiques non-alexithymiques sur les dimensions médicales.

Chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, la distribution des patients alexithymiques est différente selon le stade de la dyspnée ($\chi^2 (4) = 9,418 ; p = 0,05$). Les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs alexithymiques sont les plus nombreux dans le stade 1 (16 patients) et le stade 2 (16 patients), les non-alexithymiques sont les plus nombreux dans le stade 1 (21 patients).

Chez les patients asthmatiques non-fumeurs, la distribution des patients alexithymiques est différente selon la catégorie à l'IMC ($\chi^2 (5) = 11,644 p = 0,04$). Les patients asthmatiques non-fumeurs alexithymiques sont les plus nombreux dans la catégorie normale de l'IMC (10 patients), les non-alexithymiques sont les plus nombreux dans la catégorie « obésité modérée » (8 patients).

**Tableau LII - Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques (NF/F, F, NF)
(alexithymiques et non-alexithymiques)**

		Patients asthmatiques		
		Fumeurs et non-fumeurs N=70	Fumeurs n=26	Non-fumeurs n=44
		Khi ² (ddl)	Khi ² (ddl)	Khi ² (ddl)
IMC		10,032 (5) <i>p=0,074</i>	3,637 (5) <i>p=0,603</i>	11,644 (5) *
Alexithymiques	Maigreur	2	1	1
	Normal	15	5	10
	Surpoids	10	3	7
	Obésité modérée	4	1	3
	Obésité sévère	8	0	6
	Obésité morbide	0	1	1
	TOTAL	39	11	28
Non-alexithymiques	Maigreur	0	0	0
	Normal	13	7	6
	Surpoids	7	5	2
	Obésité modérée	10	2	8
	Obésité sévère	1	1	0
	Obésité morbide	0	0	0
	TOTAL	31	15	16
		Khi ² (ddl)	Khi ² (ddl)	Khi ² (ddl)
Dyspnée		9,418 (4) *	4,468 (3) <i>p=0,215</i>	7,697 (4) <i>p=0,103</i>
Alexithymiques	Stade 0	4	1	3
	Stade 1	16	5	11
	Stade 2	16	5	11
	Stade 3	2	0	2
	Stade 4	1	0	1
	TOTAL	39	11	28
Non-alexithymiques	Stade 0	4	3	1
	Stade 1	21	8	13
	Stade 2	4	2	2
	Stade 3	0	0	0
	Stade 4	2	2	0
	TOTAL	31	15	16

Khi-deux ; **p*<0,05

3.2. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) alexithymiques et non-alexithymiques selon les facteurs psychologiques

L'hypothèse avancée ici suppose que les patients asthmatiques (NF/F, F, NF) alexithymiques se distribuent différemment des patients asthmatiques non-alexithymiques sur les dimensions de la qualité de vie, du tabagisme, de la dépression et de l'anxiété, des émotions positives et négatives.

Chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, les résultats montrent que la distribution des patients alexithymiques est différente selon l'intensité de l'état anxieux (χ^2 (3) = 9,852 ; p = 0,02). Les patients alexithymiques sont les plus nombreux dans la catégorie état anxieux absent (13 patients) et la catégorie état anxieux probable (13 patients), les non-alexithymiques sont les plus nombreux dans la catégorie état anxieux absent (22 patients).

Tableau LIII - Facteurs psychologiques des patients asthmatiques (NF/F, F, NF) (alexithymiques et non-alexithymiques)

		Patients asthmatiques		
		Fumeurs et non-fumeurs N=70	Fumeurs n=26	Non-fumeurs n=44
		Khi ² (ddl)	Khi ² (ddl)	Khi ² (ddl)
Anxiété (HAD)		9,852 (3) *	6,1 (3) <i>p=0,246</i>	4,806 (3) <i>p=0,347</i>
Alexithymiques	État anxieux absent	13	3	10
	État anxieux possible	8	2	6
	État anxieux probable	13	3	10
	État anxieux sévère	5	3	2
	TOTAL	39	11	28
Non-alexithymiques	État anxieux absent	22	11	11
	État anxieux possible	3	2	1
	État anxieux probable	4	1	3
	État anxieux sévère	2	1	1
	TOTAL	31	15	16

Khi-deux ; *p<0,05

Synthèse : Distribution des patients asthmatiques alexithymiques et non-alexithymiques selon les facteurs médicaux et psychologiques

Au niveau des facteurs médicaux, les résultats montrent que chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, les patients sont plus ou moins alexithymiques selon le stade de la dyspnée. Les résultats montrent également chez les patients asthmatiques non-fumeurs, une distribution significativement différente des patients alexithymiques selon la catégorie d'IMC.

Au niveau des facteurs psychologiques, chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, les patients sont plus ou moins alexithymiques selon l'intensité de l'anxiété.

CHAPITRE 4 : CONTRÔLE DE L'ASTHME : effets du contrôle de l'asthme sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques

1. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles

Ce chapitre s'intéresse à l'effet du contrôle de l'asthme (asthme contrôlé vs non-contrôlé) sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques qu'ils soient fumeurs et non-fumeurs (NF/F), fumeurs (F) ou non-fumeurs (NF).

1) Un premier objectif spécifique est de mettre en évidence l'existence de facteurs médicaux et psychologiques chez des patients asthmatiques selon **le contrôle de l'asthme** (asthme contrôlé vs non-contrôlé).

Plusieurs hypothèses découlent de cet objectif. En effet il est attendu que :

A – Les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) dont l'asthme n'est pas contrôlé aient des scores indiquant des symptômes diurnes et nocturnes par semaine, des prises de Ventoline par semaine, des données médicales respiratoires (VEMS, VEMS théorique, VR et CI), une dyspnée et un score d'IMC plus élevés que les patients dont l'asthme est contrôlé. Il est attendu également que les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) dont l'asthme n'est pas contrôlé aient un asthme plus ancien, davantage d'exacerbations dans les 12 mois précédents l'enquête et plus recours à une hospitalisation pour leur asthme que les patients dont l'asthme est contrôlé.

B - Les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) dont l'asthme n'est pas contrôlé aient des scores indiquant un contrôle de l'asthme (ACT et ACQ) et des scores d'observance thérapeutique moins élevés que les patients dont l'asthme est contrôlé.

C - Les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) dont l'asthme n'est pas contrôlé aient des scores d'anxiété et de dépression et d'émotions négatives plus élevés que les patients dont l'asthme est contrôlé et des scores d'émotions positives et de qualité de vie moins élevé que les patients dont l'asthme est contrôlé.

2) Le second objectif est d'examiner les relations entre les facteurs psychologiques et médicaux et le niveau de contrôle de l'asthme chez des patients asthmatiques (asthme contrôlé vs non-contrôlé).

Il est attendu que :

A – Les patients asthmatiques (NF/F, F, NF) se distribuent différemment selon le contrôle de l’asthme sur les dimensions médicales : ancienneté des symptômes, hospitalisation, données médicales respiratoires, exacerbation dans les 12 mois, recours à la Ventoline, IMC, dyspnée, symptômes nocturnes et diurnes, contrôle de l’asthme (ACT et ACQ) et observance thérapeutique.

B - Les patients asthmatiques (NF/F, F, NF) se distribuent différemment selon le contrôle de l’asthme sur les dimensions de la qualité de vie, du tabagisme, de la dépression et de l’anxiété, des émotions positives et négatives.

2. Hypothèses 1 : Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques selon le contrôle de l’asthme

2.1. Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques selon le contrôle de l’asthme

Afin de vérifier l’hypothèse 1 – A – nous avons comparé les scores des facteurs médicaux chez les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) dont l’asthme est contrôlé et dont l’asthme n’est pas contrôlé grâce au test de comparaison de moyenne de Mann-Whitney. Nous ne présentons ici encore que les résultats significatifs.

Au niveau de *la sévérité de l’asthme*, on constate dans un premier temps que le **nombre de bouffées de Ventoline par semaine** dans la population totale de patients asthmatiques est plus élevé chez les patients dont l’asthme n’est pas contrôlé (rang moyen : 49,14) que chez les patients dont l’asthme est contrôlé (rang moyen : 21,06) ($U = 121$; $p = 0,001$). De même chez les patients asthmatiques non-fumeurs, le recours à la Ventoline est plus élevé chez les patients dont l’asthme n’est pas contrôlé (rang moyen : 30,98) que chez ceux dont l’asthme est contrôlé (rang moyen : 14,02) ($U = 55,5$; $p = 0,002$). Ainsi que chez les patients asthmatiques fumeurs, où le recours à la Ventoline par semaine est plus élevé chez les patients dont l’asthme n’est pas contrôlé (rang moyen : 18,93) que chez ceux dont l’asthme est contrôlé (rang moyen : 7,17) ($U=8$; $p = 0,00$).

Concernant les **symptômes nocturnes et diurnes par semaine**, les résultats montrent que pour les trois échantillons, les symptômes sont plus élevés chez les patients dont l’asthme

n'est pas contrôlé que chez les patients dont l'asthme est contrôlé. En effet, dans la population totale de patients asthmatiques, les symptômes diurnes sont plus élevés chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 47,1) que chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : 23,22) ($U = 194,5$; $p = 0,001$). Aussi, les symptômes nocturnes sont plus élevés chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 44,61) que chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : 25,85) ($U = 284$; $p = 0,001$).

Chez les patients asthmatiques fumeurs, les symptômes diurnes sont plus élevés chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 17,82) que chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : 8,46) ($U = 23,5$; $p = 0,001$). Aussi, les symptômes nocturnes sont plus élevés chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 16,89) que chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : 9,54) ($U = 36,5$; $p = 0,013$).

Enfin, chez les patients asthmatiques non-fumeurs, les symptômes diurnes sont plus élevés chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 29,82) que chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : 15,18) ($U = 81$; $p = 0,00$). Aussi, les symptômes nocturnes sont plus élevés chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 28,05) que chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : 16,55) ($U = 120$; $p = 0,001$).

Quant au **VEMS théorique**, chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, le score est plus élevé chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : 44,75) que chez ceux dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 26,76) ($U = 297,5$; $p = 0,002$). Même constat chez les patients asthmatiques non-fumeurs, le score est plus élevé chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : 28,61) que chez ceux dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 16,39) ($U = 107,5$; $p = 0,002$).

Quant à *l'ancienneté des symptômes*, pour tous les échantillons, les asthmes les plus anciens sont ceux qui sont aujourd'hui non-contrôlés. Chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, le **nombre d'années depuis le début des symptômes** est plus élevé chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 44,14) que chez ceux dont l'asthme est bien contrôlé (rang moyen : 26,35) ($U = 301$; $p = 0,001$). Chez les patients asthmatiques fumeurs, l'ancienneté de l'asthme est plus importante chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 17,21) que chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen :

9,17) (U = 32 ; p = 0,006). Enfin, chez les patients asthmatiques non-fumeurs, l'ancienneté de l'asthme est plus importante chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 27,64) que chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : 17,36) (U = 3129 ; p = 0,008).

En revanche, nous ne trouvons pas de résultats significatifs dans la population totale et sur les deux échantillons fumeurs et non-fumeurs concernant les variables IMC, hospitalisations, dyspnée, VEMS score, VR, CI, exacerbations 12 mois et observance thérapeutique.

**Tableau LIV - Facteurs médicaux des patients asthmatiques
(asthme contrôlé vs asthme non-contrôlé)**

	Patients asthmatiques					
	Fumeurs et non-fumeurs N=70		Fumeurs n=26		Non-fumeurs n=44	
	Rang moyen	Somme des rangs	Rang moyen	Somme des rangs	Rang moyen	Somme des rangs
Recours à la Ventoline	U = 121**		U = 8**		U = 55,5**	
Asthme contrôlé	21,06	716	7,17	86	14,02	305,5
Asthme non-contrôlé	49,14	1769	18,93	265	30,98	681,5
Ancienneté des symptômes (Nb d'années depuis le début des symptômes)	U = 301**		U = 32**		U = 129**	
Asthme contrôlé	26,35	896	9,17	110	17,36	382
Asthme non-contrôlé	44,14	1589	17,21	241	27,64	608
Symptômes diurnes	U = 194,5**		U = 23,5**		U = 81**	
Asthme contrôlé	23,22	789,5	8,46	101,5	15,18	334
Asthme non-contrôlé	47,1	1695,5	17,82	249,5	29,82	656
Symptômes nocturnes	U = 284**		U = 36,5*		U = 120**	
Asthme contrôlé	25,85	879	9,54	114,5	16,55	373
Asthme non-contrôlé	44,61	1606	16,89	236,5	28,05	617
VEMS théorique	U = 297,5**		U = 47 <i>p=0,06</i>		U = 107,5**	
Asthme contrôlé	44,75	1521,5	16,58	199	28,61	629,5
Asthme non-contrôlé	26,76	263,5	10,86	152	16,39	360,5

Comparaison de moyennes 2 échantillons indépendants U de Mann-Withney ; **p<0,01

Synthèse : Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques selon le contrôle de l'asthme

Dans les trois groupes de patients, les patients qui ont un bon contrôle de leur asthme ont moins recours à la Ventoline par semaine, subissent moins de symptômes nocturnes et diurnes par semaine et ont un asthme plus récent que les patients qui ont un asthme non-contrôlé. Aussi, le VEMS théorique (volume expiratoire maximal par seconde) est meilleur chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs et chez les patients asthmatiques non-fumeurs lorsque l'asthme est bien contrôlé.

2.2.Facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques selon le contrôle de l'asthme

Afin de vérifier l'hypothèse 1 – B – nous avons comparé les scores des facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) dont l'asthme est contrôlé et dont l'asthme n'est pas contrôlé grâce au test de comparaison de moyenne de Mann-Whitney.

Les résultats montrent que pour les trois groupes, les patients asthmatiques qui ont un asthme contrôlé ont une meilleure **qualité de vie** que les patients qui ont un asthme non-contrôlé. En effet, les patients de la population totale qui ont un asthme contrôlé ont un score plus élevé à l'échelle mini AQLQ (rang moyen : 45,87) que ceux qui ont un asthme non-contrôlé (rang moyen ; 25,71) ($U = 259,5$; $p = 0,002$). Chez les patients asthmatiques fumeurs, ceux qui ont un asthme contrôlé ont un meilleur score à la qualité de vie (rang moyen : 18,29) que ceux qui ont un asthme non-contrôlé (rang moyen : 9,39) ($U = 26,5$; $p = 0,002$). Et chez les patients asthmatiques non-fumeurs, ceux qui ont un asthme contrôlé ont également un score à la qualité de vie qui est supérieur (rang moyen : 28,32) que ceux qui ont un asthme non-contrôlé (rang moyen : 16,68) ($U = 114$; $p = 0,003$).

Au niveau de **l'état anxieux**, les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs qui ont un asthme non-contrôlé ont davantage de tracés relatifs à l'anxiété (rang moyen : 41) que ceux qui ont un asthme contrôlé (rang moyen : 29,68) ($U = 414$; $p = 0,018$).

Concernant **l'état dépressif**, les patients asthmatiques fumeurs qui ont un asthme non-contrôlé ont un score plus élevé à la dépression (rang moyen : 16,32) que ceux qui ont un asthme contrôlé (10,21) ($U = 44,5$; $p = 0,041$). Chez les patients asthmatiques non-fumeurs dont l'asthme n'est pas contrôlé, on trouve davantage de tracés relatifs à la dépression au

dessin de l'arbre (rang moyen : 26,41) que chez les patients asthmatiques non-fumeurs dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : 18,59) (U = 156 ; p = 0,041).

En revanche, nous ne trouvons pas de résultats significatifs dans la population totale et sur les deux échantillons fumeurs et non-fumeurs concernant les variables tabagisme, émotions positives, émotions négatives et alexithymie.

Tableau LV - Facteurs psychologiques des patients asthmatiques (asthme contrôlé vs asthme non-contrôlé)

	Patients asthmatiques					
	Fumeurs et non-fumeurs N=70		Fumeurs n=26		Non-fumeurs n=44	
	Rang moyen	Somme des rangs	Rang moyen	Somme des rangs	Rang moyen	Somme des rangs
Qualité de vie (mini-AQLQ)	U = 259,5**		U = 26,5**		U = 114*	
Asthme contrôlé	45,87	1559,5	18,29	219,5	28,32	623
Asthme non-contrôlé	25,71	925,5	9,39	131,5	16,68	367
Anxiété (DP)	U = 414 *		U = 55 <i>p=0,145</i>		U = 165 <i>ns</i> <i>p=0,067</i>	
Asthme contrôlé	29,68	1009	11,08	133	19	418
Asthme non-contrôlé	41	1476	15,57	218	26	572
Dépression (HAD)	U = 509,5 <i>p=0,226</i>		U = 44,5*		U = 238 <i>p=0,925</i>	
Asthme contrôlé	32,49	1104,5	10,21	122,5	22,68	499
Asthme non-contrôlé	38,35	1380,5	16,32	228,5	22,32	491
Dépression (DA)	U = 537 <i>p=0,372</i>		U = 59 <i>p=0,212</i>		U = 156*	
Asthme contrôlé	37,71	1282	11,42	137	18,59	409
Asthme non-contrôlé	33,42	1203	15,29	214	26,41	581

Comparaison de moyennes 2 échantillons indépendants U de Mann-Withne ; *p<0,05 ; **p<0,01

Synthèse : Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques selon le contrôle de l'asthme

Dans les trois groupes de patients, ceux qui ont un asthme contrôlé ont une meilleure qualité de vie que ceux qui ont un asthme non-contrôlé.

Chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, ceux qui ont un asthme non-contrôlé sont plus anxieux que ceux qui ont un asthme contrôlé.

Chez les patients asthmatiques fumeurs et chez les patients asthmatiques non-fumeurs, ceux qui ont un asthme non-contrôlé sont plus dépressifs que ceux qui ont un asthme contrôlé.

3. Hypothèse 2 : Relations entre les facteurs psychologiques et médicaux et le contrôle de l'asthme chez des patients asthmatiques

3.1. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) dont l'asthme est contrôlé et non-contrôlé selon les facteurs médicaux

L'hypothèse avance que les patients asthmatiques (NF/F, F, NF) dont l'asthme est contrôlé se distribuent différemment des patients asthmatiques dont l'asthme n'est pas contrôlé sur les dimensions médicales.

Chez les patients asthmatiques non-fumeurs, la distribution des patients dont l'asthme est contrôlé ou non-contrôlé est différente selon le stade de la dyspnée ($\chi^2 (4) = 12,269$; $p = 0,015$). Les patients asthmatiques non-fumeurs dont l'asthme n'est pas contrôlé sont les plus nombreux dans le stade 2 (10 patients), ceux dont l'asthme est contrôlé sont les plus nombreux dans le stade 1 (15 patients).

Aussi, chez les patients asthmatiques fumeurs, la distribution des patients dont l'asthme est contrôlé ou non-contrôlé est différente selon le stade de la dyspnée ($\chi^2 (3) = 10,615$; $p = 0,014$). Les patients asthmatiques fumeurs dont l'asthme n'est pas contrôlé sont les plus nombreux dans le stade 1 (6 patients), de même que ceux dont l'asthme est contrôlé sont les plus nombreux dans le stade 1 (7 patients).

Constat observé également dans la population totale où la distribution des patients dont l'asthme est contrôlé ou non-contrôlé est différente selon le stade de la dyspnée ($\chi^2 (4) = 15,780$; $p = 0,003$). Les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs dont l'asthme n'est pas contrôlé sont les plus nombreux dans le stade 1 (15 patients) et dans le stade 2 (15 patients), ceux dont l'asthme est contrôlé sont les plus nombreux dans le stade 1 (22 patients).

Tableau LVI - Facteurs médicaux et patients asthmatiques (NF/F, F, NF) (asthme contrôlé vs asthme non-contrôlé)

		Patients asthmatiques		
		Fumeurs et non-fumeurs N=70 Khi ² (ddl)	Fumeurs n=26 Khi ² (ddl)	Non-fumeurs n=44 Khi ² (ddl)
Dyspnée		15,780 (4) **	10,615 (3) *	12,269 (4) *
Asthme contrôlé	Stade 0	7	3	4
	Stade 1	22	7	15
	Stade 2	5	2	3
	Stade 3	0	0	0
	Stade 4	0	0	0
	TOTAL	34	12	22
Asthme non-	Stade 0	1	1	0

contrôlé	Stade 1	15	6	9
	Stade 2	15	5	10
	Stade 3	2	0	2
	Stade 4	3	2	1
	TOTAL	36	14	22

Khi-deux ; *p<0,05 ; **p<0,01

3.1. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) dont l'asthme est contrôlé et non-contrôlé selon les facteurs psychologiques

On ne retrouve pas de résultats significatifs concernant les facteurs psychologiques.

Synthèse : Distribution des patients asthmatiques dont l'asthme est contrôlé ou non-contrôlé selon les facteurs médicaux et psychologiques

Au niveau des facteurs médicaux, les résultats mettent en avant une distribution significativement différente des patients dont l'asthme est contrôlé ou non-contrôlé selon la catégorie de la dyspnée dans les trois groupes étudiés.

Au niveau des facteurs psychologiques, il n'existe aucun résultat significatif.

CHAPITRE 5 : ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION : effets sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques

1. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles

Ce chapitre s'intéresse à l'effet de l'intensité de l'état anxieux et de l'intensité de l'état dépressif sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques qu'ils soient fumeurs et non-fumeurs (NF/F), fumeurs (F) ou non-fumeurs (NF).

- 1) Le premier objectif est de mettre en évidence l'existence de facteurs médicaux et psychologiques chez des patients asthmatiques selon **la sévérité de l'état anxieux** (HAD anxiété) et selon **la sévérité de l'état dépressif** (HAD dépression)

Il est attendu que :

- Plus les patients ont des scores élevés aux facteurs médicaux : symptômes nocturnes et diurnes, recours à la Ventoline, dyspnée, ancienneté de l'asthme ainsi qu'aux facteurs psychologiques : dépression (HAD), alexithymie (TAS-20), émotions négatives (Diener), plus l'intensité de l'état anxieux et dépressif est élevée.

- Et plus les patients asthmatiques ont des scores élevés aux facteurs médicaux : contrôle de l'asthme (ACT et ACQ), observance thérapeutique (MARS-5) et aux facteurs psychologiques : émotions positives (Diener), plus l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif est faible.

- 2) Le second objectif est d'examiner les relations entre les facteurs psychologiques et médicaux et l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif chez des patients asthmatiques (état anxieux ou dépressif absent, possible, probable, sévère).

Il est attendu que les patients asthmatiques (NF/F, F, NF) se distribuent différemment sur les facteurs médicaux et psychologique selon l'intensité de l'anxiété (HAD anxiété) et de la dépression (HAD dépression).

2. Hypothèse 1 : Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques selon l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif.

L'hypothèse formulée avance que plus les facteurs médicaux et psychologiques sont graves, plus l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif est importante.

Chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, plus l'état anxieux est sévère, plus les scores de dépression à la HAD ($\chi^2 (3) = 11,341$; $p = 0,01$), d'alexithymie à la TAS-20 ($\chi^2 (3) = 15,286$; $p = 0,02$) et d'émotions négatives à l'échelle de Diener ($\chi^2 (3) = 18,402$; $p < 0,001$) sont élevés.

Chez les patients asthmatiques fumeurs, plus l'état anxieux est sévère, plus le score aux émotions négatives ($\chi^2 (3) = 7,915$; $p = 0,048$) est élevé.

Chez les patients asthmatiques non-fumeurs, plus l'état anxieux est sévère, plus le score aux émotions négatives ($\chi^2 (3) = 11,694$; $p = 0,009$) est élevé. Aussi, plus l'état anxieux est sévère, moins les scores au contrôle de l'asthme ($\chi^2 (3) = 8,065$; $p = 0,045$) et à la qualité de vie ($\chi^2 (3) = 8,128 (3)$; $p = 0,042$) sont élevés. Plus l'intensité de l'état anxieux est sévère, moins bon est le contrôle de l'asthme et moins bonne la qualité de vie.

Tableau LVII - Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques

Patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs N = 70					
		Etat anxieux absent	Etat anxieux possible	Etat anxieux probable	Etat anxieux sévère
		35 (50 %)	11 (15,7 %)	17 (24,3 %)	7 (10 %)
	Khi ² (ddl)	Rang Moyen			
Dépression (HAD)	11,341 (3) **	29,4	33	41,6	54,9
Alexithymie (TAS-20)	15,286 (3) **	26,2	41,5	44,9	49,7
Émotions négatives (Diener)	18,402 (3) **	27,5	30	48,9	52,2
Patients asthmatiques fumeurs n = 26					
		Etat anxieux absent	Etat anxieux possible	Etat anxieux probable	Etat anxieux sévère
		14 (53,8 %)	4 (15,4 %)	4 (15,4 %)	4 (15,4 %)
	Khi ² (ddl)	Rang Moyen			
Émotions négatives (Diener)	7,915 (3) *	10,7	11,1	17,7	21,5
Patients asthmatiques non-fumeurs n = 44					
		Etat anxieux absent	Etat anxieux possible	Etat anxieux probable	Etat anxieux sévère
		21 (47,7 %)	7 (15,9 %)	13 (29,5 %)	3 (6,9 %)
	Khi ² (ddl)	Rang Moyen			
Émotions	11,694 (3) **	17	19,3	31,9	27,7

négatives (Diener)					
Contrôle de l'asthme (ACT)	8,065 (3) *	27,7	20,2	18,4	9,5
Qualité de vie (mini-AQLQ)	8,187 (3) *	27,9	21,6	16,6	12,7

Comparaison de moyennes k échantillons indépendants Kruskal Wallis ; *p<0,05 ; **p<0,01

Chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, plus l'état dépressif est sévère, plus le nombre de symptômes diurnes ($\chi^2 (3) = 8,03$; $p = 0,045$) et nocturnes ($\chi^2 (3) = 9,181$; $p = 0,027$) par semaine est élevé. Aussi, plus l'état dépressif est sévère, plus les scores d'alexithymie à la TAS-20 ($\chi^2 (3) = 12,685$; $p = 0,005$) et le score d'émotions négatives à l'échelle de Diener ($\chi^2 (3) = 11,424$; $p = 0,01$) sont élevés.

Au niveau des émotions positives, on constate que les scores les plus élevés se trouvent chez les patients qui ont un état dépressif absent (rang moyen : 38,7), puis chez ceux qui ont un état dépressif sévère (rang moyen : 26), chez ceux qui ont un état dépressif probable (rang moyen : 25,8) et enfin chez ceux qui ont un état dépressif possible (rang moyen : 14,8) ($\chi^2 (3) = 8,356$; $p = 0,039$).

Quant à la qualité de vie, les scores les plus élevés traduisant une bonne qualité de vie se trouvent principalement chez les patients qui ont un état dépressif absent (rang : 39), puis chez ceux qui ont un état dépressif sévère (rang moyen : 35), puis chez ceux qui ont un état dépressif possible (rang moyen : 26,4) et enfin chez ceux qui ont un état dépressif probable (rang moyen : 10,1) ($\chi^2 (3) = 12,048$; $p = 0,007$).

Chez les patients asthmatiques non-fumeurs, les scores de qualité de vie (mini-AQLQ) les plus élevés, révélant une bonne qualité de vie se trouvent principalement chez les patients qui ont un état dépressif absent (rang : 24,6), puis chez ceux qui ont un état dépressif sévère (rang moyen : 19,5), puis chez ceux qui ont un état dépressif possible (rang moyen : 19,1) et enfin chez ceux qui ont un état dépressif probable (rang moyen : 2,7) ($\chi^2 (3) = 12,048$; $p = 0,037$).

Tableau LVIII - Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques

Patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs N = 70					
		Etat dépressif absent	Etat dépressif possible	Etat dépressif probable	Etat dépressif sévère
		57 (81,4 %)	5 (7,1 %)	6 (8,6 %)	2 (2,9 %)
	Chi ² (ddl)	Rang Moyen			
Symptômes diurnes	8,030 (3) *	33,2	34,5	50,4	60
Symptômes nocturnes	9,181 (3) *	33,6	28,7	52,4	55
Alexithymie	12,685 (3) **	31,9	63,5	41,4	49,5

(TAS-20)					
Émotions positives (Diener)	8,356 (3) **	38,7	14,8	25,8	26
Émotions négatives (Diener)	11,424 (3) **	31,6	50,1	52	59,7
Qualité de vie (mini-AQLQ)	12,048 (3) **	39	26,4	10,1	35

Patients asthmatiques non-fumeurs n = 44

		Etat anxieux absent	Etat anxieux possible	Etat anxieux probable	Etat anxieux sévère
		36 (81,8 %)	4 (9,1 %)	3 (6,8 %)	1 (2,3 %)
	Khi ² (ddl)	Rang Moyen			
Qualité de vie (mini-AQLQ)	8,467 (3) *	24,6	19,1	2,7	19,5

Comparaison de moyennes k échantillons indépendants Kruskal Wallis ; *p<0,05 ; **p<0,01

Synthèse : Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques selon l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif

Chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, plus l'état anxieux est sévère, plus les scores de dépression, d'alexithymie et d'émotions négatives sont élevés. Aussi, plus l'état dépressif est sévère, plus le nombre de symptômes diurnes et nocturnes par semaine et les scores d'alexithymie et d'émotions négatives sont élevés. Au niveau des émotions positives, on trouve les scores les plus élevés chez les patients qui ont un état dépressif absent, de même que les patients qui ont les scores les plus élevés de qualité de vie sont ceux qui ont une absence d'état dépressif.

Chez les patients asthmatiques fumeurs, plus l'état anxieux est sévère, plus le score aux émotions négatives est élevé.

Chez les patients asthmatiques non-fumeurs, plus l'état anxieux est sévère, plus le score aux émotions négatives est élevé et moins l'état anxieux est sévère, meilleur est le contrôle de l'asthme et la qualité de vie. Concernant l'état dépressif, les scores les plus élevés à la qualité de vie se trouvent chez les patients qui ont une absence d'état dépressif.

3. Hypothèse 2 : Relations entre les facteurs psychologiques et médicaux et l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif chez des patients asthmatiques

3.1. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) selon l'intensité de l'état anxieux

L'hypothèse formulée est que : les patients asthmatiques (NF/F, F, NF) se distribuent différemment sur les facteurs médicaux et psychologique selon l'intensité de l'anxiété.

Dans la population totale de patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, la distribution des patients selon **l'intensité de l'état anxieux** (absent, possible, probable ou sévère) est différente en fonction qu'ils aient été hospitalisés aux urgences ou pas ($\chi^2 (3) = 10,493$; $p = 0,015$) et qu'ils soient alexithymiques ou pas (TAS-20) ($\chi^2 (3) = 9,852$; $p = 0,020$). Les patients sont les plus nombreux dans la catégorie « état anxieux absent/pas d'hospitalisation » (25 patients). Et ils sont les plus nombreux dans la catégorie « pas d'état anxieux/alexithymique » (22 patients).

Chez les patients asthmatiques fumeurs, la distribution des patients selon l'intensité de l'état anxieux (absent, possible, probable ou sévère) est différente en fonction de l'intensité de la dépression (HAD dépression) ($\chi^2 (3) = 19,279$; $p = 0,023$). Les patients sont les plus nombreux dans la catégorie « état anxieux absent/Etat dépressif absent » (13 patients).

Tableau LIX - Intensité de l'état anxieux chez patients asthmatiques

Patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs N = 70					
	Khi² (ddl)	Etat anxieux Absent N (%)	Etat anxieux possible N (%)	Etat anxieux probable N (%)	Etat anxieux sévère N (%)
Hospitalisation aux urgences	10,493 (3) *				
Hospitalisation		10 (28,6)	6 (54,5)	12 (70,6)	5 (71,4)
Pas d'hospitalisation		25 (71,4)	5 (45,5)	5 (29,4)	2 (28,6)
Alexithymie (tas-20)	9,852 (3) *				
Alexithymique		22 (62,9)	3 (27,3)	4 (25,5)	2 (28,6)
Non-alexithymique		13 (37,1)	8 (72,8)	13 (76,5)	5 (71,4)
Patients asthmatiques fumeurs n = 26					
	Khi² (ddl)	Etat anxieux Absent N (%)	Etat anxieux possible N (%)	Etat anxieux probable N (%)	Etat anxieux sévère N (%)
Dépression (HADS)	19,279 (9) *				
Etat dépressif absent		13 (50)	3 (75)	4 (100)	1 (25)
Etat dépressif possible		0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (25)
Etat dépressif certain		1 (50)	0 (0)	0 (0)	2 (50)
Etat dépressif sévère		0 (0)	1 (25)	0 (0)	0 (0)

Khi-deux ; * $p < 0,05$

3.1. Distribution des patients asthmatiques (F/NF, F, NF) selon l'intensité de l'état dépressif

L'hypothèse est la suivante : les patients asthmatiques (NF/F, F, NF) se distribuent différemment sur les facteurs médicaux et psychologiques selon l'intensité de la dépression.

Dans la population totale de patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, la distribution des patients selon **l'intensité de l'état dépressif** (absent, possible, probable ou sévère) est différente en fonction qu'ils aient été hospitalisés aux urgences ou pas ($\chi^2 (3) = 14,358$; $p = 0,002$), en fonction du stade de dyspnée ($\chi^2 (12) = 32,446$; $p = 0,001$) et en fonction de la catégorie d'indice de masse corporelle à laquelle ils correspondent ($\chi^2 (15) = 46,570$; $p < 0,001$). On trouve le plus grand nombre de patients dans les catégories « état dépressif absent/pas d'hospitalisation » (56 patients), « état dépressif absent/stade 1 de la dyspnée » (32 patients), « état dépressif absent/IMC normal » (25 patients).

Chez les patients asthmatiques fumeurs, la distribution des patients selon l'intensité de l'état dépressif (absent, possible, probable ou sévère) est différente en fonction de la catégorie d'indice de masse corporelle à laquelle ils correspondent ($\chi^2 (15) = 47,659$; $p < 0,001$). On trouve le plus de patients dans la catégorie « état dépressif absent/IMC normal » (10 patients).

Chez les patients asthmatiques non-fumeurs, la distribution des patients selon l'intensité de l'état dépressif (absent, possible, probable ou sévère) est différente en fonction qu'ils aient été hospitalisés aux urgences ou pas ($\chi^2 (3) = 8,371$; $p < 0,001$), en fonction du stade de dyspnée ($\chi^2 (12) = 40,995$; $p < 0,001$) et en fonction de la catégorie d'indice de masse corporelle à laquelle ils correspondent ($\chi^2 (15) = 42,042$; $p < 0,001$). On trouve le plus grand nombre de patients dans les catégories « état dépressif absent/pas d'hospitalisation » (20 patients), « état dépressif absent/stade 1 de la dyspnée » (20 patients), « état dépressif absent/IMC normal » (15 patients).

**Tableau LX - Intensité de l'état dépressif
chez patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs**

Patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs N = 70					
	Khi² (ddl)	Etat dépressif absent N (%)	Etat dépressif possible N (%)	Etat dépressif probable N (%)	Etat dépressif sévère N (%)
Hospitalisation	14,358 (3) **				
Hospitalisation		1 (1,7)	1 (20)	0 (0)	1 (50)
Pas d'hospitalisation		56 (98,2)	4 (80)	6 (100)	1 (50)
Dyspnée (mMRC)	32,446 (12) **				
Stade 0		8 (14)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Stade 1		32 (56,1)	3 (60)	1 (16,6)	1 (50)
Stade 2		16 (28,1)	1 (20)	3 (50)	0 (0)
Stade 3		0 (0)	0 (0)	1 (16,7)	1 (50)
Stade 4		1 (1,8)	1 (20)	1 (16,7)	0 (0)
IMC	46,570 (15) **				
Maigreur		0 (0)	1 (20)	1 (16,7)	0 (0)
Normal		25 (43,8)	1 (20)	2 (33,3)	0 (0)
Surpoids		16 (20,1)	0 (0)	0 (0)	1 (50)
Obésité modérée		12 (21,1)	1 (20)	1 (16,7)	0 (0)
Obésité sévère		4 (7)	2 (40)	0 (0)	1 (50)
Obésité morbide		0 (0)	0 (0)	2 (33,3)	0 (0)
Patients asthmatiques fumeurs n = 26					
	Khi² (ddl)	Etat dépressif absent N (%)	Etat dépressif possible N (%)	Etat dépressif probable N (%)	Etat dépressif sévère N (%)
IMC	37,659 (15) **				
Maigreur		0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)
Normal		10 (47,6)	0 (0)	2 (66,7)	0 (0)
Surpoids		7 (33,3)	0 (0)	0 (0)	1 (100)
Obésité modérée		3 (14,3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Obésité sévère		1 (4,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Obésité morbide		0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	0 (0)
Patients asthmatiques non-fumeurs n = 44					
	Khi² (ddl)	Etat dépressif absent N (%)	Etat dépressif possible N (%)	Etat dépressif probable N (%)	Etat dépressif sévère N (%)
Hospitalisation	8,371 (3) *				
Hospitalisation		16 (44,4)	4 (100)	0 (0)	1 (100)
Pas d'hospitalisation		20 (55,6)	0 (0)	3 (100)	0 (0)
Dyspnée (mMRC)	40,995 (12) **				
Stade 0		4 (11,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Stade 1		20 (55,5)	1 (50)	3 (60)	0 (0)
Stade 2		12 (33,3)	0 (0)	1 (20)	0 (0)
Stade 3		0 (0)	0 (0)	1 (20)	1 (100)
Stade 4		0 (0)	1 (50)	0 (0)	0 (0)
IMC	42,042 (15) **				
Maigreur		0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	0 (0)
Normal		15 (4,7)	1 (25)	0 (0)	0 (0)
Surpoids		9 (25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Obésité modérée		9 (25)	1 (25)	1 (33,3)	0 (0)
Obésité sévère		3 (8,3)	2 (50)	0 (0)	1 (100)
Obésité morbide		0 (0)	0 (0)	1 (33,4)	0 (0)

Khi-deux ; *p<0,05 ; **p<0,01

Synthèse : Distribution des patients asthmatiques selon l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif sur les facteurs médicaux et psychologiques

Chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, les patients se distribuent différemment sur les facteurs hospitalisations et alexithymiques selon l'intensité de l'état anxieux et sur les facteurs hospitalisation, dyspnée et IMC selon l'intensité de l'état dépressif.

Chez les patients asthmatiques fumeurs, les patients se distribuent différemment sur le facteur dépression selon l'intensité de l'état anxieux et sur le facteur IMC selon l'intensité de l'état dépressif.

Chez les patients asthmatiques non-fumeurs, les patients se distribuent différemment sur le facteur dépression selon l'intensité de l'état anxieux et sur le facteur IMC selon l'intensité de l'état dépressif.

CHAPITRE 6 : TABAGISME : effets du tabagisme sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques

1. Objectifs spécifiques et hypothèses opérationnelles

Ce chapitre s'intéresse à l'effet du tabagisme (fumeurs vs non-fumeurs) sur les facteurs médicaux et psychologiques des patients asthmatiques.

1) Un premier objectif spécifique est de mettre en évidence l'existence de facteurs médicaux et psychologiques chez des patients asthmatiques selon le tabagisme (fumeurs vs non-fumeurs).

Plusieurs hypothèses découlent de cet objectif. En effet il est attendu que :

A – Les patients asthmatiques fumeurs aient des scores indiquant des symptômes diurnes et nocturnes par semaine, des prises de Ventoline par semaine, des données médicales respiratoires (VEMS, VEMS théorique, VR et CI), une dyspnée et un score d'IMC plus élevés que les patients non-fumeurs. Il est attendu également que les patients asthmatiques fumeurs aient un asthme plus ancien, davantage d'exacerbations dans les 12 mois précédents l'enquête et plus recours à une hospitalisation pour leur asthme que les patients non-fumeurs.

B - Les patients asthmatiques fumeurs aient des scores indiquant un contrôle de l'asthme (ACT et ACQ) et des scores d'observance thérapeutique moins élevés que les patients non-fumeurs.

C - Les patients asthmatiques fumeurs aient des scores d'anxiété et de dépression, d'alexithymie et d'émotions négatives plus élevés que les patients non-fumeurs et des scores d'émotions positives et de qualité de vie moins élevé que les patients non-fumeurs.

2) Le second objectif est d'examiner les relations entre les facteurs psychologiques et médicaux et le tabagisme chez des patients asthmatiques (fumeurs vs non-fumeurs).

Il est attendu que :

A – Les patients asthmatiques selon qu'ils sont fumeurs ou non-fumeurs se distribuent différemment sur les dimensions médicales : ancienneté des symptômes, hospitalisation, données médicales respiratoires, exacerbation dans les 12 mois, recours à la Ventoline, IMC,

dyspnée, symptômes nocturnes et diurnes, contrôle de l'asthme (ACT et ACQ) et observance thérapeutique.

B - Les patients asthmatiques selon qu'ils sont fumeurs ou non-fumeurs se distribuent différemment sur les dimensions de la qualité de vie, de l'alexithymie, de la dépression et de l'anxiété, des émotions positives et négatives.

2. Hypothèses 1 : Facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques selon le tabagisme

Afin de vérifier l'hypothèse 1 – A – nous avons comparé les scores des facteurs médicaux chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs grâce au test de comparaison de moyenne de Mann-Whitney. Aucun résultat significatif n'a été trouvé.

Ensuite, afin de vérifier l'hypothèse 1 – B – nous avons comparé les scores des échelles de contrôle de l'asthme et les scores de l'échelle mesurant l'observance thérapeutique chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs grâce au test de comparaison de moyenne de Mann-Whitney. Ici non plus, nous ne trouvons pas de résultats significatifs.

Afin de vérifier l'hypothèse 1 – C – nous avons comparé les scores des échelles d'anxiété et de dépression, de la qualité de vie et des émotions chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, toujours grâce au test de comparaison de moyenne de Mann-Whitney.

Un résultat montre que les émotions positives sont plus élevées chez les patients asthmatiques non-fumeurs (rang moyen : 28,52) que chez les patients asthmatiques fumeurs (rang moyen : 39,63) ($U = 390,5$; $p = 0,02$).

Tableau LXI - Facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques (fumeurs et non-fumeurs)

Patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs N=70		
	Rang moyen	Somme des rangs
Émotions positives		$U = 390,5^*$
Fumeurs	28,52	741,5
Non-fumeurs	39,63	1734,5

Comparaisons de moyennes 2 échantillons indépendants U de Mann-Withney ; * $p < 0,05$

Synthèse : Tabagisme et facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques

Chez les patients asthmatiques, nous ne trouvons pas de résultats significatifs concernant les facteurs médicaux entre ceux qui sont fumeurs et ceux qui sont non-fumeurs.

Concernant les facteurs psychologiques, les patients asthmatiques non-fumeurs ressentent davantage d'émotions positives que les patients asthmatiques fumeurs. Pas d'autres résultats sont significatifs quant aux autres variables des facteurs psychologiques.

3. Hypothèse 2 : Relations entre les facteurs médicaux et psychologiques et le tabagisme chez les patients asthmatiques

3.1. Distribution des patients asthmatiques selon les facteurs médicaux et le tabagisme

L'hypothèse 2 – A- avance que les patients asthmatiques se distribuent différemment sur les dimensions médicales selon qu'ils sont fumeurs ou non-fumeurs.

Chez les patients asthmatiques la distribution des patients fumeurs et non-fumeurs est différente selon le fait qu'ils aient été hospitalisés pour leur asthme ou non ($\chi^2 (1) = 58,514$; $p = 0,00$). Les patients asthmatiques fumeurs sont les plus nombreux parmi ceux qui n'ont pas été hospitalisés (25 patients), de même que chez les non-fumeurs où ils sont le plus nombreux parmi ceux qui n'ont pas été hospitalisés (42 patients).

Chez les patients asthmatiques la distribution des patients fumeurs et non-fumeurs est différente selon le stade de la dyspnée ($\chi^2 (4) = 51,857$; $p = 0,00$). Les patients asthmatiques fumeurs sont les plus nombreux dans le stade 1 (13 patients), de même que chez les non-fumeurs où ils sont le plus nombreux dans le stade 1 (24 patients).

**Tableau LXII - Facteurs médicaux chez les patients asthmatiques
(fumeurs ou non-fumeurs)**

		Patients asthmatiques fumeurs N = 70 Khi ² (ddl) 58,514 (1) **
Hospitalisation		
Patients fumeurs	Pas hospitalisés	25
	Hospitalisés	1
Patients non-fumeurs	Pas hospitalisés	42
	Hospitalisés	2
TOTAL		70
Dyspnée		51,857 (4) **
Patients fumeurs	Stade 0	4
	Stade 1	13
	Stade 2	7
	Stade 3	0
	Stade 4	2
	Patients non-fumeurs	Stade 0
Stade 1		24
Stade 2		13
Stade 3		2
Stade 4		1
TOTAL		70

Khi-deux ; **p<0,01

3.2. Distribution des patients asthmatiques fumeurs selon les facteurs psychologiques le tabagisme

L'hypothèse 2 – B – suppose que les patients asthmatiques se distribuent différemment sur les dimensions de la qualité de vie, de l'alexithymie, de la dépression et de l'anxiété, des émotions positives et négatives selon qu'ils sont fumeurs ou non-fumeurs.

Aucun résultat significatif permet de vérifier cette hypothèse.

Synthèse : Distribution des patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs selon les facteurs médicaux et psychologiques

Au niveau des facteurs médicaux, les résultats montrent que la distribution des patients asthmatiques est différente selon le recours à une hospitalisation pour l'asthme ou pas et selon le stade de la dyspnée.

Aucun résultat n'est significatif concernant les facteurs psychologiques.

CHAPITRE 7 : ÉPREUVES PROJECTIVES DE DESSIN : dessin de l'arbre et dessin de la personne

1. Objectif spécifique et hypothèse opérationnelle

L'objectif de ce chapitre est de déterminer si les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) se distribue différemment selon la présence et/ou l'absence de tracés au dessin de l'arbre et de la personne sur les dimensions définissant : l'alexithymie, l'anxiété, la dépression, les émotions positives et les émotions négatives.

L'hypothèse avancée est que la distribution des tracés chez les patients asthmatiques (F/NF, F, NF) diffère au dessin de l'arbre et au dessin de la personne.

2. Profils psychologiques des patients asthmatiques au dessin de l'arbre

Chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, la distribution des tracés au dessin de l'arbre est différente pour les tracés relatifs aux émotions positives ($\chi^2 (1) = 44,8$; $p = 0,00$), à l'alexithymie ($\chi^2 (2) = 6,971$; $p = 0,031$) et à la dépression ($\chi^2 (2) = 27,629$; $p = 0,00$). Pour les émotions positives 63 patients présentent des tracés et 7 n'en présentent pas. Au niveau de l'alexithymie, 14 patients ont une présence forte de tracés, 32 une présence moyenne et 24 une faible présence de tracés. Et enfin pour la dépression, 14 patients ont une présence forte de tracés, 32 une présence moyenne et 24 une présence faible. Les résultats mettent ainsi en avant qu'au dessin de l'arbre, dans la population totale, le plus grand nombre de patients ont des tracés renvoyant aux émotions positives, une présence moyenne de tracés renvoyant à l'alexithymie et une présence moyenne de tracés renvoyant à la dépression.

Chez les patients asthmatiques non-fumeurs, la distribution des tracés au dessin de l'arbre est différente pour les tracés relatifs aux émotions positives ($\chi^2 (1) = 29,455$; $p = 0,00$), à l'alexithymie ($\chi^2 (2) = 13,682$; $p = 0,001$) et à la dépression ($\chi^2 (2) = 15,591$; $p = 0,00$). Pour les émotions positives 40 patients ont des tracés relatifs aux émotions positives dans leur dessin de l'arbre et 4 n'en ont pas. Au niveau de l'alexithymie, 7 patients ont une présence forte de tracés, 26 une présence moyenne et 11 une faible présence de tracés. Et enfin pour la dépression, 3 patients ont une présence forte de tracés, 24 une présence moyenne et 11 une présence faible. Les résultats mettent ainsi en avant qu'au dessin de l'arbre, chez les patients asthmatiques non-fumeurs, le plus grand nombre de patients ont des tracés renvoyant

aux émotions positives, une présence moyenne de tracés renvoyant à l'alexithymie et une présence moyenne de tracés renvoyant à la dépression.

Chez les patients asthmatiques fumeurs, la distribution des tracés au dessin de l'arbre est différente pour les tracés relatifs aux émotions positives ($\chi^2 (1) = 15,385$; $p = 0,00$). On retrouve des tracés relatifs aux émotions positives chez 23 patients et 3 patients ne présentent pas de tracés renvoyant aux émotions positives. Les résultats mettent ainsi en avant qu'au dessin de l'arbre, chez les patients asthmatiques fumeurs, le plus grand nombre de patients ont des tracés renvoyant aux émotions positives.

Tableau LXIII - Tracés au dessin de l'arbre selon les facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques (NF/F, F, NF)

	Patients asthmatiques		
	Fumeurs et non-fumeurs N=70	Fumeurs n=26	Non-fumeurs n=44
	Khi ² (ddl)	Khi ² (ddl)	Khi ² (ddl)
Émotions positives	44,8 (1) **	15,385 (1) **	29,455 (1) **
Présence	63	23	40
Absence	7	3	4
TOTAL	70	26	44
Alexithymie	6,971 (2) *	3,308 (2) <i>p=0,191</i>	13,682 (2) **
Présence forte	14	7	7
Présence moyenne	32	6	26
Présence faible	24	13	11
TOTAL	70	26	44
Dépression	27,629 (2) **	0,000 (1) <i>p=1</i>	15,591 (2) **
Présence forte	14	0	3
Présence moyenne	32	13	24
Présence faible	24	13	17
TOTAL	70	26	44

Khi-deux ; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

3. Profils psychologiques des patients asthmatiques au dessin de la personne

Chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs, la distribution des tracés au dessin de la personne est différente pour les tracés relatifs aux émotions positives ($\chi^2 (1) = 30,229$; $p = 0,00$), à l'alexithymie ($\chi^2 (2) = 12,2$; $p = 0,002$) et à la dépression ($\chi^2 (2) = 26,6$; $p = 0,00$). Pour les émotions positives 58 patients présentent des tracés et 12 n'en présentent pas. Au niveau de l'alexithymie, 27 patients ont une présence forte de tracés, 33 une présence moyenne et 10 une faible présence de tracés. Et enfin pour la dépression, 3 patients ont une présence forte de tracés, 33 une présence moyenne et 34 une présence faible. Les résultats

mettent ainsi en avant qu'au dessin de la personne, dans la population totale, le plus grand nombre de patients ont des tracés renvoyant aux émotions positives, une présence moyenne de tracés renvoyant à l'alexithymie et une présence forte de tracés renvoyant à la dépression.

Chez les patients asthmatiques non-fumeurs, la distribution des tracés au dessin de la personne est différente pour les tracés relatifs aux émotions positives ($\chi^2 (1) = 15,364$; $p = 0,00$), à l'alexithymie ($\chi^2 (2) = 6,318$; $p = 0,042$) et à la dépression ($\chi^2 (2) = 19,136$; $p = 0,00$). Pour les émotions positives 35 patients ont des tracés relatifs aux émotions positives dans leur dessin de la personne et 9 n'en ont pas. Au niveau de l'alexithymie, 17 patients ont une présence forte de tracés, 20 une présence moyenne et 7 une faible présence de tracés. Et enfin pour la dépression, 1 patient a une présence forte de tracés, 22 une présence moyenne et 21 une présence faible. Les résultats mettent ainsi en avant qu'au dessin de la personne, chez les patients asthmatiques non-fumeurs, le plus grand nombre de patients ont des tracés renvoyant aux émotions positives, une présence moyenne de tracés renvoyant à l'alexithymie et une présence moyenne de tracés renvoyant à la dépression.

Chez les patients asthmatiques fumeurs, la distribution des tracés au dessin de la personne est différente pour les tracés relatifs aux émotions positives ($\chi^2 (1) = 15,385$; $p = 0,00$) et à l'alexithymie ($\chi^2 (2) = 6,077$; $p = 0,048$). On retrouve des tracés relatifs aux émotions positives chez 23 patients et 3 patients ne présentent pas de tracés renvoyant aux émotions positives. Concernant l'alexithymie au dessin de la personne on retrouve une présence forte de tracés chez 10 patients, une présence de tracés moyenne chez 13 patients et 3 patients ont une présence faible de tracés renvoyant à l'alexithymie. Les résultats mettent ainsi en avant qu'au dessin de la personne, chez les patients asthmatiques fumeurs, le plus grand nombre de patients ont des tracés renvoyant aux émotions positives et une présence moyenne de tracés renvoyant à l'alexithymie.

Tableau LXIV - Tracés au dessin de la personne selon les facteurs psychologiques chez les patients asthmatiques (NF/F, F, NF)

Patients asthmatiques			
	Fumeurs et non-fumeurs N=70	Fumeurs n=26	Non-fumeurs n=44
	Khi ² (ddl)	Khi ² (ddl)	Khi ² (ddl)
Émotions positives	30,229 (1) **	15,385 (1) **	15,364 (1) **
Présence	58	23	35
Absence	12	3	9
TOTAL	70	26	44
Alexithymie	12,2 (2) **	6,077 (2) *	6,328 (2) *
Présence forte	27	10	17
Présence moyenne	33	13	20
Présence faible	10	3	7
TOTAL	70	26	44
Dépression	26,6 (2) **	7,923 (2) <i>p=0,119</i>	19,136 (2) **
Présence forte	3	2	1
Présence moyenne	33	11	22
Présence faible	34	13	21
TOTAL	70	26	44

Khi-deux ; *p<0,05 ; **p<0,01

Synthèse : Distribution des tracés au dessin de l'arbre et au dessin de la personne chez les patients asthmatiques

La distribution des tracés relatifs aux **émotions positives** diffère dans les trois groupes au dessin de l'arbre et au dessin de la personne avec chaque fois une grande majorité des patients qui ont une présence forte de tracés renvoyant aux émotions positives.

La distribution des tracés relatifs à l'**alexithymie** diffère au dessin de l'arbre chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs et chez les patients non-fumeurs avec le plus grand nombre de patients qui ont une présence moyenne de tracés. Aussi, la distribution de tracés relatifs à l'alexithymie diffère au dessin de la personne dans les trois échantillons, avec le plus grand nombre de patients pour chaque échantillon qui ont une présence moyenne de tracés renvoyant à l'alexithymie.

Enfin la distribution des tracés relatifs à la **dépression** diffère au dessin de l'arbre et au dessin de la personne chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs et chez les patients asthmatiques non-fumeurs avec une majorité de patients qui ont une présence faible ou moyenne de tracés relatifs à la dépression.

CHAPITRE 8 : ÉTUDE DES ENTRETIENS ANALYSES AVEC EMOTAIX : analyse des émotions positives et négatives chez les patients asthmatiques selon le tabagisme, l'alexithymie, le contrôle de l'asthme, l'anxiété et la dépression

1. Objectif spécifique et hypothèse opérationnelle

Ce chapitre s'intéresse à l'incidence du tabagisme, de l'alexithymie, du contrôle de l'asthme, de l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif sur les émotions positives (bien-être, bienveillance, sang-froid) et les émotions négatives (malveillance, mal-être, anxiété) évaluées par Emotaix chez les patients asthmatiques.

L'objectif spécifique est de mettre en évidence l'existence d'émotions positives (bien-être, bienveillance, sang-froid) et négatives (malveillance, mal-être, anxiété), repérées dans le discours des patients par Emotaix, chez les patients asthmatiques selon **l'alexithymie** (TAS 20) (alexithymie versus non alexithymie), le **tabagisme** (fumeurs vs non-fumeurs), le **contrôle de l'asthme** (contrôlé vs non-contrôlé) et l'intensité de **l'état anxieux** (HAD anxiété) et de **l'état dépressif** (HAD dépression).

Il est attendu que les patients asthmatiques alexithymiques, fumeurs, dont l'asthme n'est pas contrôlé ou dont l'intensité de l'état anxieux ou dépressif est élevée ressentent davantage d'émotions négatives et moins d'émotions positives que les patients non-alexithymiques, non-fumeurs, dont l'asthme est contrôlé ou qui ont une faible intensité de l'état anxieux ou dépressif.

2. Émotions positives et négatives repérées via Emotaix chez les patients asthmatiques

Afin de vérifier l'hypothèse 1 nous avons comparé les scores des émotions positives et négatives repérées dans les entretiens par le logiciel Emotaix chez les patients asthmatiques selon l'alexithymie, le tabagisme et le contrôle de l'asthme grâce au test de comparaison de moyenne de Mann-Whitney. Nous avons eu recours au test de Kruskal-Wallis pour comparer les scores des émotions positives et négatives repérées dans les entretiens par Emotaix chez les patients asthmatiques et l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif (4 catégories/groupes : état anxieux ou dépressif absent, possible, probable, sévère). Seuls des résultats significatifs sont présentés.

Concernant le **tabagisme**, le nombre de terme employés par les patients dans les entretiens renvoyant à la malveillance chez les patients asthmatiques non-fumeurs est moins élevé (rang moyen : 29,67) que chez les patients asthmatiques fumeurs (rang moyen : 45,37) ($U = 315,5$; $p = 0,001$). Le nombre de termes renvoyant à la bienveillance et au bien-être chez les patients asthmatiques non-fumeurs est moins élevé (rang moyen : bienveillance - 31,78 ; bien-être - 31,76) que chez les patients asthmatiques fumeurs (rang moyen : bienveillance - 41,79 ; bien-être - 41,83) (bienveillance : $U = 408,5$; $p = 0,045$; bien-être : $U = 407,5$; $p = 0,045$). Aussi, le nombre de termes renvoyant à des émotions positives (somme des termes renvoyant à la bienveillance, bien-être et sang-froid) chez les patients asthmatiques non-fumeurs est moins élevé (rang moyen : 30,36) que chez les patients asthmatiques fumeurs (rang moyen : 44,19) ($U = 346$; $p = 0,006$).

Tableau LXV - Émotions positives et négatives chez les patients asthmatiques (fumeurs et non-fumeurs)

Patients asthmatiques N=70		
	Rang moyen	Somme des rangs
Malveillance		$U = 315,5$ **
Fumeurs	45,37	1179,5
Non-fumeurs	29,67	1305,5
Bienveillance		$U = 408,5$ *
Fumeurs	41,79	1086,5
Non-fumeurs	31,78	1398,5
Bien-être		$U = 407,5$ *
Fumeurs	41,83	1087,5
Non-fumeurs	31,76	1397,5
Émotions positives		$U = 346$ *
Fumeurs	44,19	1149
Non-fumeurs	30,36	1336

Comparaisons de moyennes à deux échantillons (U de Mann-Withney) ; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Concernant l'**alexithymie**, on ne repère pas de résultat significatif et nous ne pouvons donc pas confirmer ou contre dire l'hypothèse selon laquelle les patients asthmatiques alexithymiques ressentiraient davantage d'émotions négatives et moins d'émotions positives que les patients asthmatiques non-alexithymiques.

Au niveau du **contrôle de l'asthme**, le nombre de termes renvoyant aux émotions négatives (somme des termes renvoyant à la malveillance, au mal-être et à l'anxiété) est plus

élevé chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé (rang moyen : 42,19) que chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : 28,41) (U = 371 ; p = 0,005).

Chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé, le nombre de termes renvoyant aux émotions négatives comme la malveillance (rang moyen : 41,39), le mal-être (rang moyen : 40,25) et à l'anxiété (rang moyen : 40,6) est plus élevé que chez les patients dont l'asthme est contrôlé (rang moyen : malveillance – 26,26 ; mal-être – 30,47 ; anxiété – 30,1) (malveillance : U = 400 ; p = 0,009 ; mal-être : U = 442 ; p = 0,044 ; anxiété : U = 428,5 ; p = 0,028).

Tableau LXVI - Émotions positives et négatives selon le contrôle de l'asthme chez les patients asthmatiques (asthme contrôlé vs. non-contrôlé)

Patients asthmatiques N=70		
	Rang moyen	Somme des rangs
Malveillance		U = 400 *
Asthme contrôlé	29,26	995
Asthme non-contrôlé	41,39	1490
Mal-être		U = 441 *
Asthme contrôlé	30,47	1036
Asthme non-contrôlé	40,25	1449
Anxiété		U = 428,5 *
Asthme contrôlé	30,1	1023,5
Asthme non-contrôlé	40,6	1461,5
Émotions négatives		U = 371 *
Asthme contrôlé	28,41	966
Asthme non-contrôlé	42,19	1519

Comparaisons de moyennes à deux échantillons (U de Mann-Withney) ; *p<0,05

Au niveau de **l'intensité de l'état anxieux**, on constate que les scores les plus élevés se trouvent chez les patients qui ont un état anxieux sévère (rang moyen : 53,5), puis chez ceux qui ont un état anxieux possible (rang moyen : 39,7), chez ceux qui ont un état anxieux probable (rang moyen : 32,4) et enfin chez ceux qui ont un état anxieux absent (rang moyen : 32,1) (χ^2 (3) = 8,012 ; p = 0,046).

Tableau LXVII - Émotions positives et négatives chez les patients asthmatiques selon l'intensité de l'état anxieux

Patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs N = 70					
		État anxieux absent	État anxieux possible	État anxieux probable	État anxieux sévère
		35 (50 %)	11 (15,7 %)	17 (24,3 %)	7 (10 %)
	Khi ² (ddl)	Rang Moyen			
Malveillance	8,012 (3) *	32,1	39,7	32,4	53,5

Comparaison de moyennes k échantillons indépendants - Kruskal-Wallis ; *p<0,05

Concernant l'état dépressif, on ne trouve pas de résultat significatif et ne pouvons donc pas confirmer ou infirmer l'hypothèse selon laquelle les patients asthmatiques ressentent davantage d'émotions négatives et moins d'émotions positives lorsqu'ils ont un état anxieux sévère.

Synthèse : Émotions positives et négatives (alexithymie, tabagisme, contrôle de l'asthme, intensité de l'état anxieux et dépressif).

Les résultats montrent que dans le discours des patients asthmatiques non-fumeurs, il y a moins de termes renvoyant à la malveillance, à la bienveillance, au bien-être et aux émotions positives que chez les patients asthmatiques fumeurs.

Les résultats montrent également que dans le discours des patients asthmatiques dont l'asthme est contrôlé, il y a moins de termes renvoyant aux émotions négatives que chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé.

Les patients asthmatiques qui ont un état anxieux sévère ont plus de termes renvoyant à la malveillance.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS :

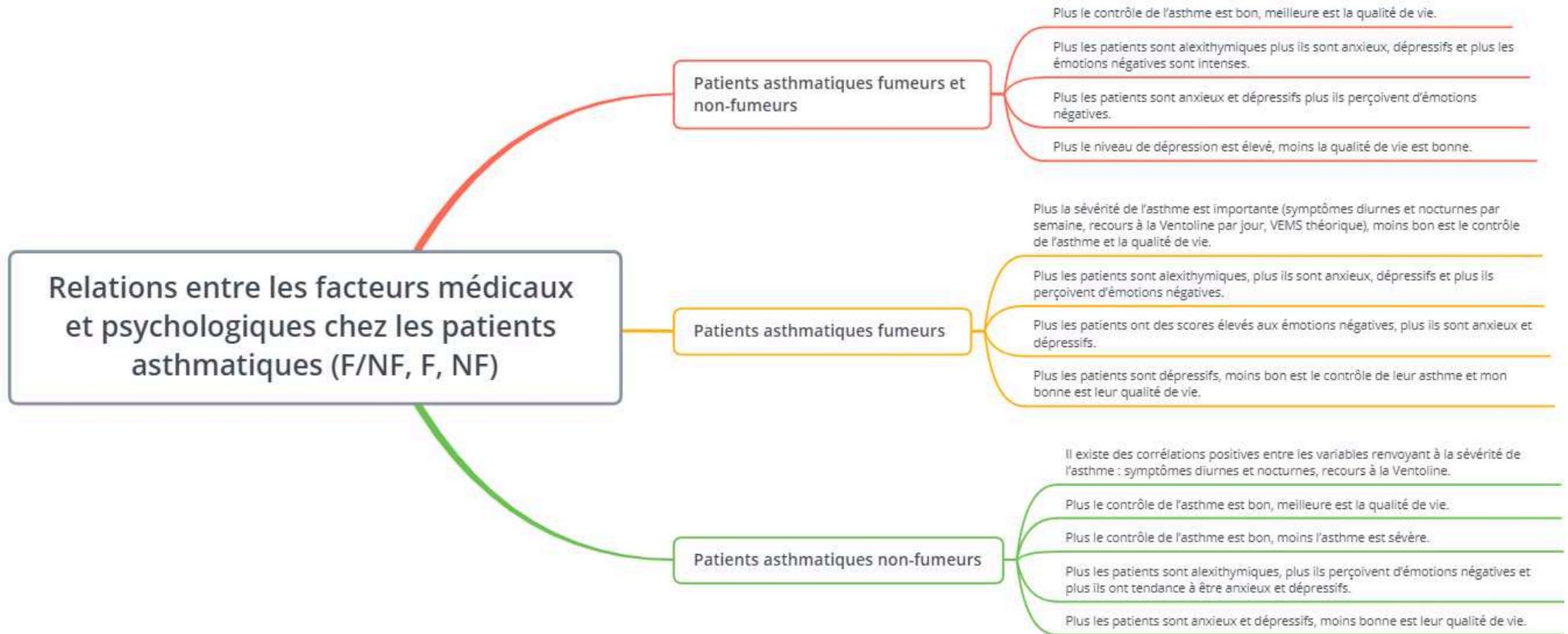


Figure 11 - Relations entre les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques

Tableau LXVIII - Effet et distribution de l'alexithymie, du contrôle de l'asthme, de l'anxiété et de la dépression et du tabagisme sur les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques

	Facteurs médicaux	Facteurs psychologiques	
Effet de l'alexithymie	Chez les patients fumeurs et non-fumeurs N = 70	Alexithymiques ont davantage recours à la Ventoline et ont un moins bon contrôle de leur asthme que les non-alexithymiques.	Alexithymiques ont une qualité de vie moins bonne et sont davantage concernés par un état anxieux, un état dépressif et par des émotions négatives que les patients non-alexithymiques.
	Chez les patients fumeurs n = 26		Alexithymiques sont plus anxieux que les non-alexithymiques.
	Chez les patients non-fumeurs n = 44	Alexithymiques ont un contrôle de l'asthme qui est moins bon, davantage de symptômes diurnes par semaine, un recours à la Ventoline par semaine plus important, une capacité inspiratoire moins bonne et un taux au VEMS théorique moins bon que les non-alexithymiques.	Alexithymiques ont une qualité de vie moins bonne et sont davantage concernés par un état anxieux, un état dépressif et par des émotions négatives que les patients non-alexithymiques.
Distribution de l'alexithymie	Chez les patients fumeurs et non-fumeurs N = 70	La distribution est significativement différente selon le stade de dyspnée	La distribution est significativement différente selon l'intensité de l'état anxieux
	Chez les patients fumeurs n = 26		
	Chez les patients non-fumeurs n = 44	La distribution est significativement différente selon la catégorie de l'IMC	

		Facteurs médicaux	Facteurs psychologiques
Effet du contrôle de l'asthme	Chez les patients fumeurs et non-fumeurs N = 70	Ceux qui ont un bon contrôle de l'asthme ont moins recours à la Ventoline par semaine, subissent moins de symptômes nocturnes et diurnes par semaine, ont un asthme plus récent et un meilleur VEMS que les patients qui ont un asthme non-contrôlé.	Ceux qui ont un asthme contrôlé ont une meilleure qualité de vie et sont moins anxieux que ceux qui ont un asthme non-contrôlé.
	Chez les patients fumeurs n = 26	Ceux qui ont un bon contrôle de l'asthme ont moins recours à la Ventoline par semaine, subissent moins de symptômes nocturnes et diurnes par semaine et ont un asthme plus récent que les patients qui ont un asthme non-contrôlé.	Ceux qui ont un asthme contrôlé ont une meilleure qualité de vie et sont moins dépressifs que ceux qui ont un asthme non-contrôlé.
	Chez les patients non-fumeurs n = 44	Ceux qui ont un bon contrôle de l'asthme ont moins recours à la Ventoline par semaine, subissent moins de symptômes nocturnes et diurnes par semaine, ont un asthme plus récent et un meilleur VEMS que les patients qui ont un asthme non-contrôlé.	Ceux qui ont un asthme contrôlé ont une meilleure qualité de vie et sont moins dépressifs que ceux qui ont un asthme non-contrôlé.
Distribution du contrôle de l'asthme	Chez les patients fumeurs et non-fumeurs N = 70	La distribution est significativement différente selon le stade de dyspnée	
	Chez les patients fumeurs n = 26		
	Chez les patients non-fumeurs n = 44		

		Facteurs médicaux	Facteurs psychologiques
Effet de l'anxiété et de la dépression	Chez les patients fumeurs et non-fumeurs N = 70	Plus l'état dépressif est sévère, plus le nombre de symptômes diurnes et nocturnes par semaine est élevé.	Plus l'état anxieux est sévère, plus les scores de dépression, d'alexithymie et d'émotions négatives sont élevés. Plus l'état dépressif est sévère, plus le score aux émotions positives est élevé et moins bonne est la qualité de vie
	Chez les patients fumeurs n = 26		Plus l'état anxieux est sévère, plus le score aux émotions négatives est élevé.
	Chez les patients non-fumeurs n = 44	Plus l'état anxieux est sévère, moins bon est le contrôle de l'asthme.	Plus l'état anxieux est sévère, plus le score aux émotions négatives est élevé et moins bonne est la qualité de vie. Plus l'état dépressif est sévère, moins bonne est la qualité de vie.
Distribution de l'anxiété et de la dépression	Chez les patients fumeurs et non-fumeurs N = 70	La distribution est significativement différente sur les facteurs hospitalisation selon l'intensité de l'état anxieux. La distribution est significativement différente sur les facteurs hospitalisation, stade de la dyspnée et catégorie de l'IMC selon l'intensité de l'état dépressif.	La distribution est significativement différente selon l'alexithymie selon l'intensité de l'état anxieux.
	Chez les patients fumeurs n = 26		
	Chez les patients non-fumeurs n = 44	La distribution est significativement différente sur le facteur catégorie de l'IMC selon l'intensité de l'état dépressif.	La distribution est significativement différente sur le facteur dépression selon l'intensité de l'état anxieux.

		Facteurs médicaux	Facteurs psychologiques
Effet du tabagisme	Chez les patients fumeurs et non-fumeurs N = 70		Les patients non-fumeurs ressentent davantage d'émotions positives que les patients fumeurs.
Distribution du tabagisme	Chez les patients fumeurs et non-fumeurs N = 70	La distribution est significativement différente selon le recours à une hospitalisation pour l'asthme et selon le stade de dyspnée.	

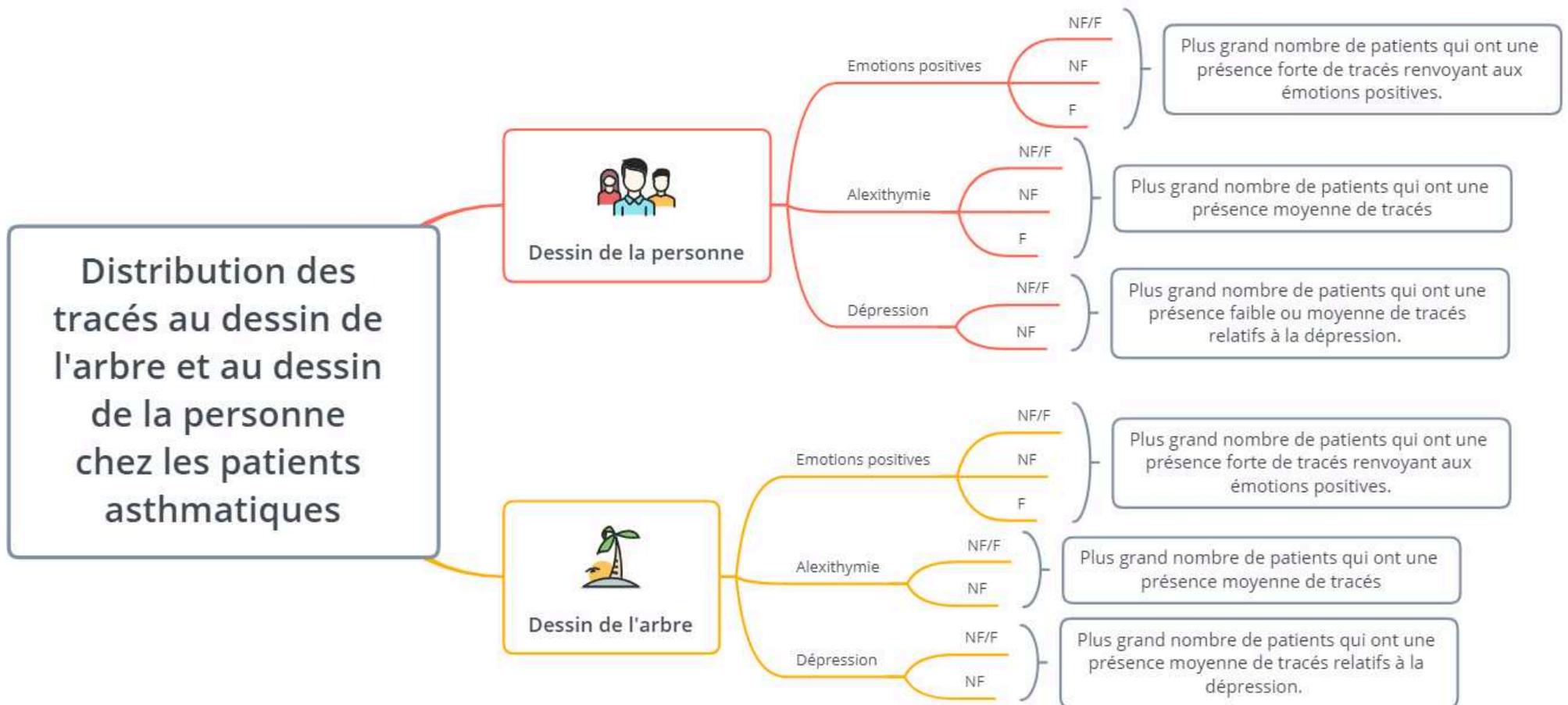


Figure 12 - Distribution des tracés au dessin de l'arbre et au dessin de la personne chez les patients asthmatiques

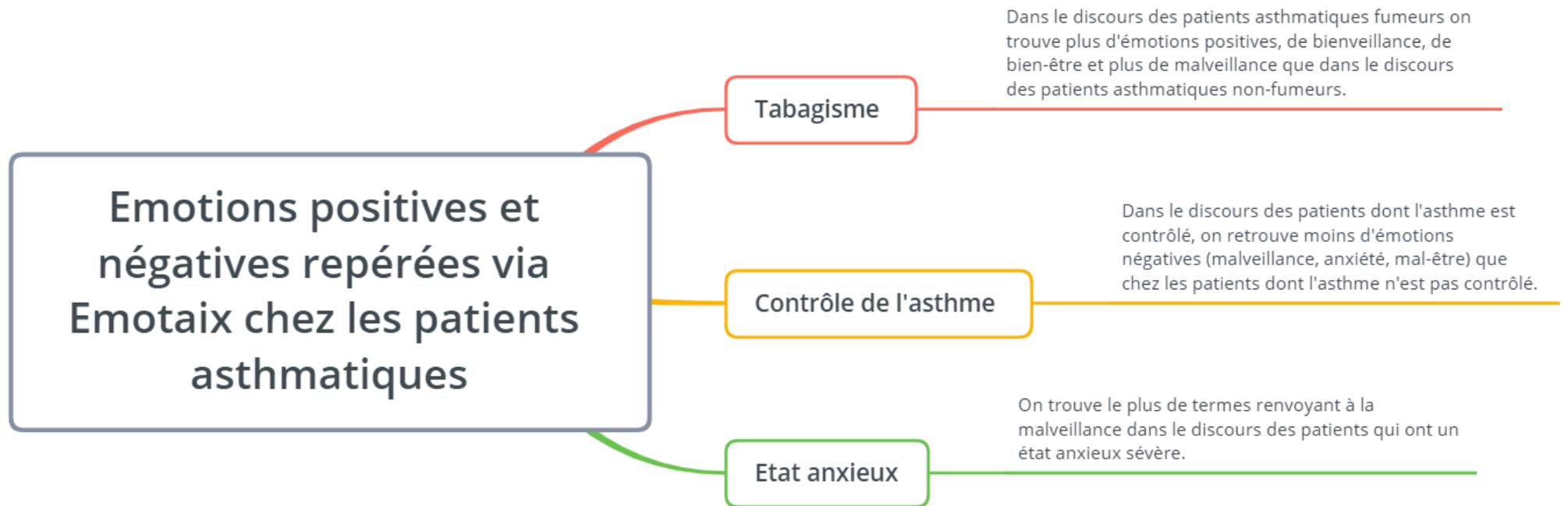


Figure 13 - Emotions positives et négatives selon l'alexithymie, le tabagisme, le contrôle de l'asthme, l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif

PARTIE IV : DISCUSSION

CHAPITRE 1 : LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Au niveau des caractéristiques socio-démographiques, nous pouvons constater une certaine inégalité au niveau des **sexes**. En effet parmi les 70 patients interrogés 17 % sont des hommes et 82 % sont des femmes. Plusieurs études mettent en avant que l'asthme est plus fréquent chez la femme. Dans l'étude de Moukram et al. (2017) les femmes représentaient 57 % de l'ensemble des patients asthmatiques consultant dans le service des maladies respiratoires de Casablanca. Aussi dans l'étude de Jridi et al. (2015), les femmes représentaient 72 % de la population asthmatique interrogée. Une hypothèse explicative est que l'asthme chez la femme a des spécificités modulées par la vie hormonale (Jridi et al., 2015).

L'**âge** moyen des patients est de 54 ans dans notre étude. La littérature nous rappelle que si les risques liés à l'asthme peuvent varier selon l'âge, cette maladie concerne toutes les générations, du nourrisson aux personnes âgées (Dutau et al., 2017). Rares sont les études qui mettent en lien l'âge avec aggravation, sévérité ou non-contrôle de l'asthme. Dans notre étude, l'âge n'est pas ressorti comme un facteur aggravant ou ayant une incidence sur la pathologie respiratoire ; le fait d'être un homme ou une femme non plus d'ailleurs.

Plusieurs études avancent que le niveau **socioprofessionnel** et **socioéconomique** peut entrer en compte dans le risque de développer de l'asthme. Riviere et al. (2018) expliquent que la probabilité de développer un asthme est favorisé par le fait d'être au chômage, sans diplôme, d'avoir de faibles revenus. Pour autant, cette étude n'a pas pris en compte cette information. Nous reviendrons sur ce point dans la partie présentant les limites de cette étude.

CHAPITRE 2 : LES FACTEURS MÉDICAUX

Cette étude s'est intéressée à plusieurs facteurs médicaux que sont l'indice de masse corporelle, l'ancienneté des symptômes d'asthme, les hospitalisations, la dyspnée, les exacerbations au cours de l'année précédant l'enquête, le recours à la Ventoline par semaine, les symptômes diurnes et nocturnes par semaine, les données respiratoires liées à l'asthme (Capacité Inspiratoire, Volume Résiduel, Volume Expiratoire Maximal par Seconde), le contrôle de l'asthme et l'observance thérapeutique. Les résultats permettent de mettre certains de ces facteurs médicaux en relation avec des facteurs psychologiques et les uns par rapport aux autres.

Concernant **l'observance thérapeutique** chez les patients asthmatiques, les estimations diffèrent selon les études, semblant aller dans le sens d'une hausse de l'inobservance thérapeutique (Jones et al., 2003 ; Magar, 2009 ; Raheison et al., 2017). Notre étude montre plutôt une observance thérapeutique quasi-exemplaire dans la population étudiée. En effet, 94 % des patients de l'étude respectent les directives médicales. Ce chiffre peut se comprendre de plusieurs manières.

Tout d'abord d'un point de vue méthodologique, par le fait que l'observance thérapeutique est mesurée dans cette étude par un auto-questionnaire : la MARS-5. Pour ce questionnaire le patient exprime s'il omet de prendre son médicament : toujours, souvent, parfois, rarement ou jamais. Il n'est pas exclu que le patient donne la « réponse attendue » de peur d'être mal jugé ou encore que l'information d'un mauvais suivi soit transmise au pneumologue.

Mais on peut également comprendre ce chiffre par la prise de conscience des patients des effets bénéfiques que peuvent apporter le traitement de fond.

Vignette clinique Madame L, 27 ans : « *Voilà, je suis encore aujourd'hui sous traitement et ça va beaucoup mieux par rapport à avant.* »

Vignette clinique Madame B, 32 ans : « *Euh, ben le traitement y a pas de... C'est simple, il faut juste le prendre et suivre les prescriptions du médecin. Pour moi, ça ne me pose pas de problème du tout. Et c'est pour du mieux.* »

Aussi, plusieurs patients rapportent que la prise des traitements vient s'intégrer dans le rythme de vie, devient une habitude et non pas seulement une contrainte.

Vignette clinique Madame D, 69 ans : « *Non, écoutez, d'ailleurs je couple le traitement avec se brosser les dents. J'ai des corticoïdes à prendre, je le prends en même temps que je me lave les dents deux fois par jours. Donc voilà ça devient une hygiène de vie.* »

La présence d'une équipe d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) dans le service peut aussi expliquer ces chiffres concernant la bonne observance. Les patients y ayant eu recours ont pu bénéficier des apprentissages concernant la bonne pratique des traitements, les réflexes à adopter, les intérêts d'un suivi régulier du traitement de fond, etc.

Au niveau du **contrôle de l'asthme**, la Haute Autorité de Santé (HAS) indique que 79 % des patients asthmatiques auraient un asthme considéré comme non-contrôlé. Dans la population étudiée par cette étude, nous pouvons constater que 44,3 % des patients ont un asthme contrôlé (ACT- Asthma Control Test) et l'avis médical indique que 48,6 % ont un asthme bien contrôlé. Ce taux de contrôle de l'asthme reste parfaitement insuffisant et témoigne de l'intérêt de déterminer les facteurs du non-contrôle de l'asthme.

Choubi et al., (2018) explorent cette question et montrent que les facteurs du non-contrôle de l'asthme sont des facteurs environnementaux à 52 %, la non-observance thérapeutique dans 42 % des cas et une mauvaise technique d'inhalation repérée chez 24 % des patients. D'autres études mettent en avant le tabagisme comme facteur agissant sur le non-contrôle de l'asthme (Axelsson, 2013 ; Jridi et al., 2016), ou encore des facteurs psychologiques comme dans l'étude de Ritz et al. (2014), où les déclencheurs psychologiques expliquaient à eux seuls 34 % de la variance du contrôle de l'asthme. Nous allons discuter par la suite des liens entre le non-contrôle de l'asthme et certains facteurs médicaux et psychologiques mis en évidence dans cette étude.

Le **recours à la Ventoline** est de 11 bouffées par semaine en moyenne dans la population interrogée, soit plus d'une fois par jour. Les résultats ont permis de montrer que chez les patients asthmatiques fumeurs, plus l'asthme est contrôlé, moins les patients ont recours à la Ventoline. De plus, chez les patients asthmatiques, le recours à la Ventoline est plus élevé chez les patients dont l'asthme n'est pas contrôlé. Ces résultats se comprennent facilement par le fait que le recours à la Ventoline témoigne d'un besoin de prendre un traitement en plus du traitement de fond et donc d'un asthme pas ou partiellement contrôlé. Mais les résultats mettent également en avant le fait que le recours à la Ventoline est plus élevé chez les patients alexithymiques que chez les patients non-alexithymiques.

On repère également que les patients asthmatiques non-fumeurs alexithymiques ont davantage de **symptômes diurnes** que ceux qui ne sont pas alexithymiques. Ou encore que les patients asthmatiques non-fumeurs alexithymiques ont une **capacité inspiratoire** moins

bonne et un **volume expiratoire par seconde** moins bon que ceux qui ne sont pas alexithymiques.

Alors comment expliquer que l'alexithymie soit – en partie – responsable d'une hausse du recours à la Ventoline, de symptômes diurnes plus élevés, d'une capacité inspiratoire et d'un Volume Expiratoire Maximal par Seconde moins bon ?

Plusieurs explications sont possibles. Pour Huber et al. (2009), les personnes alexithymiques ne parviendraient pas à distinguer les marqueurs somatiques de l'activité émotionnelle des indicateurs somatiques de la maladie respiratoire (Huber et al., 2009). Ainsi pour les patients asthmatiques alexithymiques, les manifestations liées à la difficulté à distinguer les états émotionnels et à exprimer verbalement ses émotions (propre à l'alexithymie) seraient confondues avec des manifestations somatiques respiratoires (essoufflement, manque d'air, etc.). Dans de telles circonstances, le rythme respiratoire peut se modifier et le besoin de Ventoline se faire sentir. Cette explication soutient l'idée d'une alexithymie primaire, c'est-à-dire antérieure aux symptômes de l'asthme.

On constate également que plus l'état dépressif est intense, plus les symptômes diurnes et nocturnes sont importants chez les patients asthmatiques. Barnig et al. (2016) expliquent ce phénomène par le caractère imprévisible de l'asthme, pouvant se traduire en crise à tout moment, représentant alors une menace éventuelle et pouvant engager le pronostic vital.

De plus, les résultats montrent que plus les symptômes diurnes et nocturnes sont élevés, moins le contrôle de l'asthme est bon. Les résultats montrent également que la capacité inspiratoire et le volume expiratoire maximal par seconde sont meilleurs quand l'asthme est contrôlé. Ces observations sont compréhensibles et facilement acceptables, un asthme bien contrôlé étant caractérisé – entre autres – par *la faible présence de symptômes, et une fonction respiratoire normale* (GINA, 2003 ; Magnan, 2009).

Au niveau de l'**indice de masse corporelle** dans la population étudiée, la moyenne est de 27,5, ce qui renvoie à la catégorie surpoids. La revue de la littérature s'accorde à dire qu'un certain nombre de données objectives épidémiologiques, cliniques et de mécanismes physiopathologiques vont dans le sens d'un réel lien entre l'asthme et l'obésité (Didier et al., 2009 ; Elmghari et al., 2016). Une recherche reprenant 7 études prospectives met en avant une

augmentation de 50 % de la fréquence de l'asthme chez les sujets en surpoids ou obèse (Beuther et al., 2007). Selon les études, ce lien est expliqué dans un sens ou dans l'autre. En effet, selon certains auteurs, une prise de poids importante (supérieure à 25 kg) peut être associée à un risque de développer un asthme jusqu'à cinq fois supérieur à la moyenne (Camargo et al., 1999 ; Breuther et al., 2006). Pour d'autres auteurs, le lien obésité-asthme pourrait fonctionner dans l'autre sens, c'est-à-dire que l'asthme – sévère notamment – pourrait favoriser la prise de poids par la diminution de l'activité d'une part et la prise de certains médicaments comme les corticoïdes d'autre part (King et al., 2005). Quoi qu'il en soit, l'association asthme-obésité trop fréquente peut être source de mal-être.

Vignette clinique Madame M, 42 ans : « *Oui, l'asthme a évolué et c'est très difficile parce que ça me diminue énormément. Je suis quelqu'un d'hyperactive à la base... Qui se retrouve à plus faire grand-chose je vous avouerais que c'est très frustrant. Donc ça fait un peu pété des câbles, dans le sens où ben j'ai envie de reprendre le sport mais je ne peux pas. En plus, ben j'ai pris 45 kg par rapport au traitement et plus de sport, ça ne le fait pas. Donc déjà j'ai des problèmes respiratoires mais en plus, avoir pris du poids !* »

De plus, notre étude permet d'avancer que chez les patients asthmatiques non-fumeurs, la distribution de l'alexithymie est différente selon la catégorie d'IMC. En effet, chez les patients alexithymiques, on retrouve le plus de patients dans la catégorie normale de l'IMC alors que chez les non-alexithymiques, on retrouve le plus de patients dans la catégorie obésité modérée. Ce résultat ne va pas dans le sens de notre hypothèse de départ selon laquelle les patients alexithymiques seraient davantage concernés par l'obésité que les patients non-alexithymiques. On retrouve peu d'études dans la littérature qui lie l'alexithymie avec l'obésité. Cependant, Mariage et al. (2008) s'interrogent sur l'existence de signes cliniques spécifiques à l'alexithymie au Rorschach chez des patients obèses. Les auteurs concluent leur étude en avançant que les patients obèses ne présentent pas systématiquement une composante alexithymique, mais que certains secteurs de la vie affective et relationnelle semblent touchés. Schiltz et al. (2013) qui s'intéressent à la régulation émotionnelle chez les personnes présentant un trouble du comportement alimentaire (TCA : obésité, anorexie, boulimie, etc.) montrent que les troubles émotionnels retrouvés dans le groupe des patients obèses apparaissent comme moins massifs que ceux des autres TCA et sont principalement liés aux difficultés d'expression et d'élaboration des sentiments négatifs.

Concernant **l'ancienneté de l'asthme**, la population interrogée est atteinte d'asthme depuis 26 ans en moyenne. Une moyenne très proche est retrouvée dans le sous-groupe des

patients asthmatiques fumeurs (26,8 ans d'ancienneté) et dans le sous-groupe des patients asthmatiques non-fumeurs (25,5 ans d'ancienneté). Si on ne constate pas de réelles différences entre les sous-groupes, les résultats montrent que dans chaque échantillon, plus l'asthme est récent, meilleur est son contrôle. Ce résultat va dans le sens de la littérature qui suggère qu'il existe un lien entre sévérité (dont fait partie un mauvais contrôle de l'asthme) et ancienneté de l'asthme (Portel et al., 2018).

Les résultats de l'étude montrent que la distribution du recours à une ou plusieurs **hospitalisations** à cause de l'asthme est différente selon l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif et selon le tabagisme. Les patients sont les plus nombreux dans les catégories : état anxieux absent/non-hospitalisé ; état dépressif absent/non-hospitalisé ; non-fumeurs/non-hospitalisés. La littérature avance que l'anxiété et la dépression peuvent entraîner davantage d'hospitalisation chez les patients asthmatiques. En effet, plusieurs auteurs affirment que l'anxiété et la dépression sont des causes majeures de non-contrôle de l'asthme (Bousoffara et al., 2018). Or un asthme est considéré comme contrôlé lorsqu'il y a peu d'exacerbations et d'hospitalisations (GINA, 2003 ; Magnan, 2009) comme nous l'avons montré dans notre étude. Concernant le lien entre tabagisme et hospitalisation, Raheison et al. (2003) montrent que les risques d'hospitalisation seraient 20 % plus élevés pour les sujets asthmatiques fumeurs. Aussi, Taillé (2013) affirme que chez les patients asthmatiques, le tabagisme même passif entraîne un excès de symptômes et une augmentation des hospitalisations.

Enfin, la **dyspnée** qui renvoie à une difficulté respiratoire accompagnée de sibilances et de râles (Truchot, 2014), sont majoritaires au stade 1 de la dyspnée dans les trois échantillons les patients. Les résultats avancent que la distribution des patients asthmatiques au contrôle de l'asthme est différente selon le stade de dyspnée. En effet, les patients asthmatiques dont l'asthme n'est pas contrôlé sont plus représentés au stade 2 de la dyspnée, tandis que les patients asthmatiques qui ont un asthme contrôlé sont plus nombreux au stade 1. La dyspnée étant l'un des principaux critères des exacerbations, on conçoit facilement que les patients qui ont un mauvais contrôle de l'asthme sont davantage concernés par ce facteur médical (Montani et al., 2010).

CHAPITRE 3 : LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

Cette étude s'est intéressée à plusieurs facteurs psychologiques que sont : la qualité de vie des patients, la dépendance tabagique, l'état anxieux et l'état dépressif, l'alexithymie et les émotions positives et négatives. Plusieurs résultats permettent de mettre en avant des relations entre ces facteurs.

Tout d'abord la **qualité de vie**, mesurée par l'échelle AQLQ (Asthma Quality of Life), où la moyenne obtenue à ce questionnaire est très proche dans chaque échantillon. Elle est de 70,7 dans la population entière, de 70,8 chez les patients asthmatiques non-fumeurs et de 70,6 chez les patients asthmatiques fumeurs. Dans la population totale, 50 % ont une qualité de vie considérée comme moyenne, 33 % une qualité de vie médiocre et seulement 17 % ont une qualité de vie considérée comme bonne. Ce constat est un appel à comprendre les facteurs de détérioration de la qualité de vie chez les patients asthmatiques.

Un asthme difficilement contrôlé altère fortement la qualité de vie à plusieurs niveaux selon le degré de sévérité de la pathologie. Boussoffara et al. (2017) mettent en avant une corrélation entre mauvaise qualité de vie et faible contrôle de l'asthme. Il est en de même pour notre étude. En effet, dans la population totale et chez les patients asthmatiques fumeurs, plus le contrôle de l'asthme est mauvais, moins bonne sera la qualité de vie. Aussi, on retrouve plus de patients asthmatiques qui ont un asthme contrôlé parmi ceux qui ont une bonne qualité de vie, que parmi ceux qui ont une mauvaise qualité de vie, et ce dans les trois échantillons. La définition du contrôle de l'asthme suffit à expliquer sa relation avec une mauvaise qualité de vie. Selon le GINA (2003) un asthme est considéré comme contrôlé lorsqu'il y a peu de symptômes, une possibilité d'activité physique normale, peu d'exacerbations et d'hospitalisations d'urgence, pas d'absentéisme (scolaire ou professionnel), peu d'effets indésirables liés au traitement ainsi qu'une fonction respiratoire normale. La perturbation de ces variables conduisant à un mauvais contrôle de l'asthme implique également une mauvaise qualité de vie.

En plus de l'altération du contrôle de l'asthme, d'autres facteurs semblent avoir une part de responsabilité dans la mauvaise qualité de vie des patients asthmatiques. L'alexithymie notamment où les résultats montrent que les patients asthmatiques alexithymiques ont une moins bonne qualité de vie que ceux qui ne sont pas alexithymiques. On retrouve les mêmes résultats dans l'échantillon de patients asthmatiques non-fumeurs. Certains auteurs comme Henry et al. (2006) avancent que l'alexithymie en population

générale aurait un impact négatif sur la qualité de vie et sur le sentiment de bien-être. Pour autant, ce lien entre alexithymie et qualité de vie n'est pas démontré dans la littérature concernant les patients asthmatiques. D'autres auteurs rapportent que plus une personne est alexithymique, plus son réseau social est pauvre (Humphreys et al., 2009), moins il compte de relations proches, moins il semble manifester le besoin d'être en relation et moins il vit d'expériences affectives (Hesse et Floyd, 2011). Les contraintes induites par l'asthme peuvent notamment être liées à l'impossibilité de sortir de chez soi, à cause du temps, de la poussière, etc. On peut alors supposer que l'alexithymie est liée à ce repli forcé sur soi, chez soi, à cause des risques liés à l'asthme, entraînant ainsi une mauvaise qualité de vie.

Vignette clinique : Madame G, 23 ans : « *Par contre, je suis très vigilante quand il y a du vent. Alors là je me terre chez moi, parce que si je commence à sortir par grand vent, le lendemain j'ai la rhinite. Il faut toujours éviter la surinfection dans ce cas-là. C'est ça le plus dur. Traiter l'asthme et ensuite éviter la surinfection. Et puis j'ai des mauvaises périodes, y a que le mois de décembre où j'ai rien. Ça fait beaucoup hein ?* »

Vignette clinique : Madame K, 53 ans : « *Et quand je suis chez moi j'essaye d'habituer mon corps à se défendre un peu tout seul, je veux pas habituer mon corps à tout le temps faire la fée du logis, parce que dehors.... Je vais plus pouvoir sortir si je continue comme ça. À un moment je pouvais plus rentrer dans les magasins à cause de ça, trop de poussière.* »

La dépression et l'anxiété sont également en relation avec une mauvaise qualité de vie chez les patients asthmatiques. On trouve une corrélation forte entre l'intensité de l'état dépressif et la qualité de vie dans les trois échantillons, ainsi plus les patients ont un état dépressif intense, plus ils ont une mauvaise qualité de vie. Une autre forte corrélation est mise en avant par cette étude dans l'échantillon des patients asthmatiques fumeurs où plus les patients ont un état anxieux intense, plus ils ont une mauvaise qualité de vie. Li et al. (2015) obtiennent un score de qualité de vie moins élevé chez les patients asthmatiques dans le groupe de patients anxieux et dépressifs. Pefura-Yone et al. (2016) confirment cette idée dans une étude qu'ils mènent au Cameroun et expliquent que la recherche systématique de ces comorbidités psychiatriques pourrait permettre d'optimiser la prise en charge des patients asthmatiques.

D'autres auteurs affirment que la présence de troubles anxieux et dépressifs semble être un facteur de risque dans la pathologie asthmatique, notamment au niveau du contrôle de la maladie. Boussoffara et al. (2018) avancent dans leur étude qu'un mauvais contrôle de l'asthme serait corrélé à la présence significative de troubles anxiodépressifs. En effet, un tel trouble est significativement plus important dans le groupe dont l'asthme est non contrôlé, par

rapport au groupe dont l'asthme est contrôlé. La présente étude va dans le même sens : les résultats montrent que les patients asthmatiques qui ont un asthme non-contrôlé ont un état anxieux plus intense que ceux qui ont un asthme contrôlé. Aussi, dans les échantillons de patients asthmatiques fumeurs et chez les patients asthmatiques non-fumeurs, les patients qui ont un asthme non-contrôlé ont un état dépressif plus intense que ceux qui ont un asthme contrôlé.

Reste à savoir si l'asthme est moins bien contrôlé à cause de la présence d'une symptomatologie anxiodépressive ou si l'anxiété et la dépression sont les causes du mauvais contrôle de l'asthme. En lien avec l'explication donnée précédemment sur les relations entre non-contrôle de l'asthme et mauvaise qualité de vie, on peut suggérer qu'un mauvais contrôle de l'asthme freine les possibilités de sortir, de développer des relations sociales, ce qui aura pour conséquence une mauvaise qualité de vie et ce renfermement est alors susceptible d'accroître l'intensité de l'état anxieux et dépressif.

L'alexithymie est également mise en relation avec l'intensité de l'état anxieux et de l'état dépressif dans cette étude. Du côté de l'anxiété, on constate que la distribution des patients asthmatiques selon l'état anxieux est différente en fonction que les patients sont alexithymiques ou pas. Les patients asthmatiques alexithymiques sont les plus nombreux dans la catégorie état anxieux probable et les patients asthmatiques non-alexithymiques sont les plus nombreux dans la catégorie état anxieux absent. Aussi, on trouve une corrélation positive entre l'intensité de l'état anxieux et l'alexithymie, plus les patients asthmatiques sont alexithymiques, plus l'intensité de l'état anxieux est élevée. La comparaison des moyennes met en avant que le groupe alexithymique a une intensité de l'état anxieux supérieure au groupe de patients non-alexithymiques.

Du côté de la dépression, une corrélation positive est avancée entre l'intensité de l'état dépressif et l'alexithymie, plus les patients sont alexithymiques, plus l'intensité de l'état dépressif est élevée. Aussi, la comparaison des moyennes entre les groupes selon l'alexithymie met en avant que le groupe alexithymique a une intensité de l'état dépressif supérieure au groupe de patients non-alexithymiques.

Comme annoncé dans la partie théorique de cette étude, si la littérature n'est pas toujours très au clair concernant les relations qu'entretiennent alexithymie, dépression et anxiété, plusieurs auteurs mettent malgré tout en avant un lien entre ces différents concepts (Guilbaud, et al., 2002 ; Honkalampi et al., 2000 ; Modestin, Furrer, Malti, 2004). Honkalampi et al. (2000) montrent comme dans notre étude que le niveau d'anxiété et de

dépression est plus élevée chez des personnes alexithymiques que chez des personnes non alexithymiques. Ces relations sont également abordées dans un contexte de pathologies organiques dans certaines études (Margalit et al., 2014 ; Steinweg et al., 2011 ; Van Middendorp et al., 2005 ; Saariaho et al. 2013).

Ces relations entre alexithymie, dépression et anxiété peuvent se comprendre par le fait que la difficulté d'expression et de reconnaissance des émotions ainsi que la difficulté de verbalisation de ses émotions est susceptible de provoquer du stress, un repli sur soi ou encore des sentiments de peur, de colère, qui peuvent avoir pour conséquence un état anxieux ou dépressif.

Les épreuves projectives de dessin viennent confirmer que dépression et alexithymie semblent impliquées dans la gestion émotionnelle des patients asthmatiques. Du côté de l'alexithymie, au dessin de l'arbre, 66 % des patients ont une présence moyenne ou forte de tracés renvoyant à l'alexithymie. Au dessin de la personne, 86 % des patients ont une présence moyenne ou forte. Du côté de la dépression, au dessin de l'arbre 40 % des patients ont une présence de tracés moyenne ou forte renvoyant à la dépression. Au dessin de la personne, 53 % des patients ont une présence moyenne ou forte de tracés renvoyant à la dépression.

Ces épreuves projectives ont permis aux patients d'exprimer certaines émotions ou d'éventuelles difficultés émotionnelles lors de la passation des dessins. De même dans les entretiens cliniques où les pleurs étaient fréquents pendant que le patient dessinait, puis qu'il répondait aux questions post-dessin, ou racontait l'histoire de l'arbre ou de la personne. Ce constat permet de montrer que le dessin peut être une médiation intéressante pour des patients concernés par une difficulté à exprimer verbalement leurs émotions (Fernandez et al., 2013 ; Fernandez, 2014 ; Fernandez, 2016).

Cette étude met aussi en avant des corrélations positives entre alexithymie et **émotions négatives**. Plus les patients sont alexithymiques, plus ils ressentent d'émotions négatives. Et plus les patients sont alexithymiques, plus ils expriment des émotions renvoyant à la malveillance. La comparaison des moyennes permet aussi de dire que les patients asthmatiques alexithymiques ressentent plus d'émotions négatives que les patients non-alexithymiques. Cette relation semble montrer que les patients alexithymiques parviennent malgré tout à exprimer des émotions, mais plus négatives que positives. L'enjeu serait-il alors de guider le patient alexithymique vers une reconnaissance des émotions positives ? Cette idée

est fortement soutenue en psychologie positive où l'accent est porté sur les émotions positives et où l'on va au contraire réguler à la baisse, supprimer les émotions négatives (Campos et al., 2004 ; Seligman et Csikszentmihalyi, 2000).

Les émotions négatives chez les patients asthmatiques sont aussi en relation avec le contrôle de la maladie. Il existe une corrélation négative forte entre contrôle de l'asthme et émotions négatives : plus les patients ont des émotions négatives, moins leur asthme est bien contrôlé. Ne pas réussir à traiter son asthme peut en effet entraîner du découragement, la rumination d'émotions négatives et comme souligné précédemment, de la dépression également. El Ismaili et al. (2008) rapportent que l'asthme en tant que maladie psychosomatique suscite des réactions émotionnelles. Ils rajoutent que la dépression principalement et l'anxiété également sont des facteurs ayant une influence négative sur le contrôle de l'asthme. Il ressort de l'étude qu'ils mènent sur 80 patients asthmatiques, que la dépression est fréquente chez les patients asthmatiques avec environ 30 % des patients qui seraient concernés. Notre étude va dans le même sens, on constate que les émotions négatives sont fortement corrélées avec des états anxieux et dépressifs : plus les patients asthmatiques ont un état anxieux ou dépressif intense, plus ils ressentent d'émotions négatives. Dans un sens, comme dans l'autre, cette relation dépression, anxiété et émotions négatives s'entend assez facilement. Plus les émotions négatives sont présentes chez les patients, plus l'état anxiodépressif s'intensifie.

Concernant le **tabagisme**, les résultats issus de l'analyse des entretiens montrent que les patients asthmatiques fumeurs ressentent plus d'émotions positives que les patients asthmatiques non-fumeurs. Ce résultat ne va pas dans le sens de notre hypothèse de départ qui affirme que les patients non-fumeurs ressentiraient plus d'émotions positives que les patients fumeurs. Les travaux de la littérature montrent qu'il existe une relation entre tabagisme, émotions négatives et dépression (Lasser et al., 2000 ; Van der Meer et al., 2013 ; Weinberger et al., 2012 ; Aubin et al., 2012). Une méta-analyse, portant sur 78 études, montre que les fumeurs avaient environ une fois et demie à deux fois plus de risques d'être déprimés que les non-fumeurs et ex-fumeurs (Luger et al., 2014).

Cependant, nous pouvons comprendre ce résultat de plusieurs manières. D'un point de vue méthodologique, ce résultat s'appuie sur les données issues des entretiens. Les patients peuvent accentuer les aspects positifs dans leurs discours, par convenance sociale. On peut également suggérer que le tabac permet au patient un rééquilibrage des émotions et ainsi d'orienter son discours sur les aspects positifs. Lagrue (2004) parlant de la dépendance

psychique fait référence au besoin de retrouver des sensations de plaisir, de détente, de bien-être que la consommation de tabac peut procurer. Il affirme que la nicotine peut être considérée comme un régulateur de l'équilibre psychologique par son action antalgique notamment.

Toutefois, les résultats issus des questionnaires vont dans le sens de la littérature en avançant que les patients non-fumeurs ressentent davantage d'émotions positives que les patients fumeurs.

SYNTHÈSE DE VALIDATION DES HYPOTHÈSES

Le tableau ci-dessous présente un récapitulatif des hypothèses qui ont été validées non-validées par notre étude :

Tableau LXIX - Tableau récapitulatif de validation des hypothèses chez les patients asthmatiques

Hypothèses corrélationnelles

Validées :

- Il existe une corrélation entre la sévérité de l'asthme, son contrôle et la qualité de vie : plus l'asthme est sévère, moins bon est le contrôle de l'asthme et moins bonne est la qualité de vie.
- Il existe une corrélation entre alexithymie, anxiété et dépression chez les patients asthmatiques : plus les patients sont alexithymiques, plus ils sont anxieux et plus ils sont dépressifs.
- Il existe une corrélation entre alexithymie et émotions négatives : plus les patients sont alexithymiques, plus leur niveau d'émotion négative est élevé.
- Il existe des corrélations entre le niveau de dépression et le contrôle de l'asthme : plus le niveau de dépression est anxieux, moins l'asthme est bien contrôlé.
- Il existe une corrélation entre le niveau de dépression et la qualité de vie : plus le patient est dépressif, moins bonne est sa qualité de vie.

Non-validées :

- Il existe des corrélations entre l'alexithymie, l'anxiété, la dépression et les émotions négatives et la sévérité de l'asthme. Les résultats ne permettent pas d'avancer que plus les patients sont alexithymiques, anxieux, dépressifs ou qu'ils perçoivent des émotions négatives, plus leur asthme est sévère.

Hypothèses de comparaison de moyenne

Validées :

- Les patients alexithymiques ont des facteurs médicaux (recours à la Ventoline par semaine, symptômes diurnes par semaine, capacité inspiratoire, VEMS théorique, contrôle de l'asthme) et psychologiques (qualité de vie, état anxieux, état dépressif, émotions négatives) moins bons que les patients non-alexithymiques
- Les patients qui ont un asthme partiellement ou pas contrôlé ont des facteurs médicaux (recours à la Ventoline par semaine, symptômes diurnes et nocturnes par semaine, ancienneté de l'asthme, VEMS) et des facteurs médicaux (qualité de vie, état anxieux, état dépressif) moins bon que ceux qui ont un asthme contrôlé.
- Plus l'état dépressif est sévère plus les facteurs médicaux (symptômes diurnes et nocturnes) et les facteurs psychologiques (émotions positives, qualité de vie) sont mauvais.
- Plus l'état anxieux est sévère plus les facteurs médicaux (contrôle de l'asthme) et les facteurs psychologiques (état dépressif, alexithymie, émotions négatives, qualité de vie) sont mauvais.
- Les patients non-fumeurs ont des facteurs psychologiques (émotions positives) meilleurs que les patients fumeurs.
- Les émotions négatives sont plus présentes chez les patients asthmatiques dont l'asthme

n'est pas contrôlé et dont l'état anxieux est sévère.

Non-validées : Les résultats ne permettent pas d'avancer que :

- Les patients non-fumeurs ont des facteurs médicaux meilleurs que les patients fumeurs.
- Les émotions négatives sont plus présentes dans le discours des patients asthmatiques qui sont alexithymiques, fumeurs ou dont l'intensité de l'état dépressif est sévère.
- Les émotions positives sont moins présentes dans le discours des patients asthmatiques qui sont alexithymiques, fumeurs, dont l'asthme n'est pas contrôlé, dont l'état anxieux ou dépressif est sévère.

Hypothèses de distribution

Validées :

- Les patients se distribuent différemment sur les dimensions médicales (stade de dyspnée, catégorie à l'IMC) et sur les dimensions psychologiques (intensité de l'état anxieux) selon qu'ils sont alexithymiques.
- Les patients se distribuent différemment sur les dimensions médicales (stade de dyspnée) selon le contrôle de l'asthme.
- Les patients se distribuent différemment sur les dimensions médicales (hospitalisation) et sur les facteurs psychologiques (alexithymie) selon l'intensité de l'état anxieux.
- Les patients se distribuent différemment sur les dimensions médicales (hospitalisation, stade de dyspnée, catégorie de l'IMC) selon l'intensité de l'état dépressif.
- Les patients se distribuent différemment sur les dimensions médicales (hospitalisation) selon le tabagisme.
- La distribution des tracés chez les patients asthmatiques diffère au dessin de l'arbre et au dessin de la personne à l'alexithymie, aux émotions positives et à la dépression.

Non-validées : Les résultats ne permettent pas d'avancer que :

- Les patients se distribuent différemment sur les dimensions psychologiques selon le contrôle de l'asthme.
- Les patients se distribuent différemment sur les dimensions psychologiques selon l'intensité de l'état dépressif.
- Les patients se distribuent différemment sur les dimensions psychologiques selon le tabagisme.
- La distribution des tracés chez les patients asthmatiques diffère au dessin de l'arbre et au dessin de la personne à l'anxiété et aux émotions négatives.

CHAPITRE 4 : INTÉRÊTS ET LIMITES, PERSPECTIVES DE RECHERCHE, IMPLICATIONS CLINIQUES

1. Intérêts

Les intérêts de cette étude sont :

- *Théoriques* : il s'est agi d'alimenter les connaissances théoriques relatives au phénomène étudié dont les perspectives théoriques connues sont insatisfaisantes ou incomplètes afin de proposer des idées, de se pencher sur des considérations théoriques permettant des apports théoriques nouveaux à fonder théoriquement un peu plus tard (quel modèle théorique ?).
- *Méthodologiques* (cf. [Choix des outils et Intérêt méthodologique, Partie II, Chapitre 2 : pp. 134-135](#)).

Le choix des méthodes mixtes pour notre étude s'est appuyé sur une vision pragmatique de la recherche et plusieurs raisons pratiques ont appuyé son utilisation (Briand, Larivière, 2014) :

- La triangulation, pour confirmer ou corroborer une explication ;
- La complémentarité, pour enrichir, élaborer une explication ;
- Le développement, pour choisir des outils de mesure ou un échantillon pour une prochaine étude, etc. ;
- L'initiation à une nouvelle façon de penser, pour découvrir une nouvelle perspective ou mettre en lumière des paradoxes ou des résultats inattendus, etc. ;
- L'expansion pour étendre les possibilités, l'ampleur et la portée d'une étude.

Tableau LXX - Forces et faiblesses des méthodes quantitatives (Briand, Larivière, 2014)

FORCES	FAIBLESSES
- Elles permettent de répondre à des questions de recherche nécessitant plusieurs sources de données.	- Elles impliquent un processus de recherche qui peut être long et qui nécessite des ressources importantes pour recueillir et analyser les données.
- Elles permettent de mettre au service d'une question de recherche les méthodologies de recherche des orientations quantitatives et qualitatives et mixtes.	- Elles impliquent d'avoir des équipes de recherche multi-expertises : experts en méthodes quantitatives et qualitatives.
- Elles permettent au sein d'un même projet de recherche d'obtenir une richesse d'information et d'approfondir le sujet d'étude.	- Elles peuvent amener des défis de publication et de synthèse de l'ensemble des résultats dans un même article scientifique.

- *Cliniques* : l'accès à une description des phénomènes est essentiel à la compréhension des situations rencontrées dans la pratique clinique par les professionnels de santé. La recherche conduite est indiquée pour le développement de connaissances pertinentes des disciplines professionnelles. Elle répond à des préoccupations de nature clinique. Il va sans dire que les cliniciens ont besoin de réponses à des problèmes ou à des préoccupations qu'ils rencontrent. La recherche entreprise a aussi permis la rencontre clinique avec des patients sur le terrain qui ont donné leurs points de vue, nous ont fait part de leur vécu. L'expérience et la rencontre clinique ont permis de considérer la perception des patients dans la compréhension du phénomène.

2. Limites

Les limites concernent :

- *Les biais de sélection des patients et d'échantillonnage* (biais attribués aux différences de prise en charge inter-établissement de soin, aux inclusions de patients faisant partie de l'unité des essais cliniques du service de pneumologie (des non-fumeurs, plus de femmes que d'hommes, regroupement de patients fumeurs et ex-fumeurs pour des raisons de taille de l'échantillon).
- *La taille de l'échantillon* pour obtenir une meilleure représentativité pour les analyses statistiques.
- *La non prise en compte de la variable socio-démographique - niveau d'étude* ou de la profession alors que la littérature scientifique met en avant des résultats montrant des liens entre cette variable et la population asthmatique (Riviere et al., 2018)
- *La non-exploitation des sous-échelles de la TAS-20* (difficulté à identifier les sentiments, difficulté à décrire ses sentiments aux autres, pensée orientée vers l'extérieur). Il aurait été intéressant de les croiser avec les autres échelles (AQLQ, ACT, ACQ, MARS 5, HAD, Échelle de bien-être subjectif de Diener).

3. Perspectives de recherche

Il serait souhaitable :

- D'inclure de nouveaux patients asthmatiques fumeurs ce qui permettrait d'obtenir des données concernant la dépendance tabagique et d'étendre le recrutement à d'autres services hospitaliers accueillant des patients asthmatiques.
- D'exploiter les résultats obtenus aux sous-échelles de la TAS-20 pour compléter et affiner les résultats actuels.
- D'approfondir le travail sur les constellations des tracés au dessin de l'arbre et de la personne pour mieux exploiter les données cliniques obtenues par les dessins et de travailler les entretiens cliniques de manière plus fouillée. Cela permettrait de réaliser des travaux cliniques de type études de cas.

4. Implications cliniques de l'étude

Aborder le tabagisme et l'asthme du côté des émotions peut être une piste à suivre pour envisager un programme de soins personnalisé et adapté à chaque patient. Orienter le travail thérapeutique en permettant aux patients de reconnaître et de nommer leurs émotions, au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée, individuelle ou collective, pourrait avoir un impact bénéfique sur la qualité de vie du patient et sur l'observance.

Les résultats de cette étude permettent de proposer un certain nombre de recommandations :

- *Détecter* les patients les plus vulnérables en repérant leur niveau d'anxiété et de dépression, la présence d'alexithymie, ou encore une éventuelle dépendance tabagique (dépendance psychologique et comportementale notamment). Ces patients pourront alors bénéficier d'un suivi plus soutenu, avec un psychologue ou une équipe paramédicale par exemple.
- *Systématiser* les consultations d'Éducation Thérapeutique du Patient qui proposent des échanges de groupe entre les patients asthmatiques sur les bonnes pratiques du matériel de soin (bronchodilatateur par exemple) et sur les bons réflexes à adopter en cas d'exacerbation.

- *Proposer* un accompagnement psychologique individuel adapté, faisant appel à des techniques cognitives et comportementales (TCC) favorisant des échanges plus personnels, profonds et l'expression des émotions ; les TCC ayant pour objectif l'intégration d'une psychodynamique fonctionnelle et relationnelle dans la prise en charge médicale afin d'établir une unicité entre les dimensions somatiques et psychiques du patient (Newinger, 2005). Par exemple Fontaine et al. (2018), dans le cas de la fibromyalgie, proposent de définir des sous-groupes selon les facteurs psycho-comportementaux afin d'établir des prises en charge plus spécifiques selon le profil émotionnel du patient. Ou encore la méthode Papworth qui propose un entraînement à la relaxation, un apprentissage des volumes courants appropriés pour l'état métabolique, un apprentissage visant à la minimisation de l'utilisation inappropriée des muscles accessoires et un apprentissage à la respiration diaphragmatique, respiration nasale ; chaque apprentissage ayant pour but l'intégration de ces techniques pour les activités quotidiennes. L'étude de Hooloway et al. (2010) montre que les patients asthmatiques ayant suivi cette méthode ont amélioré leur qualité de vie et ont observé une diminution des symptômes d'asthme.

- *Mettre en place* des propositions d'atelier collectifs à médiation artistique tels que le chant ou le théâtre qui couplent expression physique et émotionnelle et pourraient ainsi influencer sur les facteurs médicaux et psychologiques. Herer (2013) propose de l'éducation respiratoire par le chant chez des patients asthmatiques. L'auteur explique que la pratique du chant demande un contrôle précis de la respiration et que l'écoute ou la pratique musicale peuvent avoir des effets bénéfiques sur la sensation de dyspnée, ainsi que sur l'anxiété qui lui est souvent associée dans les maladies respiratoires chroniques. Ces deux activités, le chant et le théâtre, permettent de travailler sur le versant somatique : posture, respiration, conscience corporelle et sur le versant émotionnel : expressivité, imagination, ton de la voix qui permet de colorer un texte ou un chant selon l'émotion ressentie.

CONCLUSION

Cette étude a permis de faire le point sur les recherches actuelles concernant l'asthme, le tabagisme et les déficits émotionnels tels que l'alexithymie. La revue de la littérature a montré que des travaux étaient encore nécessaires pour mieux comprendre les relations et les effets entre les facteurs médicaux et psychologiques chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs. C'est à partir de ce constat que nous avons élaboré l'objectif de notre recherche.

La méthodologie mixte utilisée a permis de s'intéresser aux patients atteints d'asthme de différentes manières, à travers leurs discours, les dessins qu'ils ont produits et leurs réponses aux questionnaires. Cette méthode a offert l'avantage d'adopter une approche globale des patients et a permis de mettre en parallèle des résultats issus de données quantitatives et qualitatives. Les analyses ont permis de mettre en avant des relations entre des variables médicales relatives à l'asthme : sa sévérité, son contrôle, l'observance thérapeutique, et des variables psychologiques : la qualité de vie, l'alexithymie, l'anxiété, la dépression, les émotions positives et négatives et le tabagisme. Repérer ces liens permet de mieux comprendre les processus en jeu et ainsi d'adapter l'offre de soin. Aussi, les comparaisons de groupes et les analyses de distributions ont pointé les inégalités entre les patients selon leurs affections psychologiques ou liées à l'asthme.

Au terme de ce travail, plusieurs axes se profilent pour la suite. D'une part, au niveau de la recherche, les limites et perspectives de l'étude encouragent à poursuivre vers des travaux complémentaires au-delà du temps de la thèse. L'analyse des données recueillies au cours de cette recherche hospitalière commence à nous renseigner sur les processus médicaux et psychologiques en jeu chez les patients atteints d'asthme. Aussi, si nous avons consacré un chapitre à l'analyse des entretiens grâce au logiciel Emotaix, le temps imparti ne nous a pas donné la possibilité d'approfondir l'analyse de ces données. Des études ultérieures permettront certainement de compléter nos résultats et de publier des compléments de résultats.

D'autre part, au niveau clinique, les résultats et la discussion de cette étude ont ouvert la voie à des propositions thérapeutiques qu'il serait intéressant de mettre en place. Des analyses empiriques pourront ensuite permettre d'avoir un retour clinique sur les thérapies pratiquées.

BIBLIOGRAPHIE

- Acier, D. (2016). *Les addictions*. Bruxelles : De Boeck.
- Adams, R. J., Fuhlbrigge, A., Guilbert, T., Lozano, P. & Martinez, F. (2002). Inadequate use of asthma medication in the United States: results of the asthma in America national population survey. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 110(1), 58-60.
- Adès, J., Lejoyeux, M., Tassain, V. (1994) Sémiologie des conduites à risque. *EMC Psychiatrie*, 37, 114.
- Ajuriaguerra, J. (1960). *Congrès de Vittel*, premier congrès de psychosomatique.
- Ajuriaguerra, J. (1974). *La psychiatrie de l'enfant*, Masson.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton & Company.
- Alexander, F. (1951). *Medicina Psychosomatische Medizin*. Berlin: De Gruyter.
- Althuis, M. D., Sexton, M. & Prybylski, D. (1999). Cigarette smoking and asthma symptom severity among adult asthmatics. *Journal of Asthma*, 36(1), 257-64.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*
- American Psychiatric Association (2016), *DSM-5 critères diagnostiques*, Paris : Elsevier Masson SAS.
- Andersson, M., Hedman, L., Bjerg, A., Forsberg, B., Lundbäck, B. & Rönmark, E. (2013). Remission and persistence of asthma followed from 7 to 19 years of age. *Pediatrics*, 132(2) 435-442.
- Anzieu, D., Doron, R., Parot, F. (2000). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris: PUF.
- Aouadi, S., Bayouhd, A., Guermani, M., Gharsalli, H., Ellouze, F., Maâlej, S., Douil El Gharbi, L. (2015). Qualité de vie dans l'asthme : degré d'altération et facteurs associés. *19ème congré de pneumologie de langue française – Lille, 30 janvier – 1er février 2015*.
- Apostol, G., Jacobs, D. R. Jr, Tsai, A. W., Crow, R. S., Williams, O. D., Townsend, M. C., Beckett, W. S. (2002). Early life factors contribute to the decrease in lung function between ages 18 and 40: The Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *Am J Respir Crit Care Med*, 166(2), 166-172.
- Arvers, P. (2018) Alcool et poumons : des liaisons dangereuses. *Revue des Maladies Respiratoires*, 35(10), 1039-1049.

- Aubin, H. J., Dupont, P. & Largue, G. (2003). *Comment arrêter de fumer ?* Paris : Odile Jacob.
- Aubin, H. J., Luquiens, A., Berlin, I. (2014). Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*, 77, 324-336.
- Aubin, H. J., Rollema, H., Svensson, T. H., Winterer, G. (2012) Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. *Neurosci Biobehav Rev*, 36 : 271 – 284.
- Axelsson, M. (2013). Personality and reasons for not using asthma medication in young adults. *Heart & Lung*, 42(4), 241-246.
- Axelsson, M., Emilsson, M., Brink, E., Lundgren, J., Toren, K., Lötvall, J. (2009). Personality, adherence, asthma control and health-related quality of life in young adult asthmatics. *Respiratory Medicine*, 103, 1033-1040.
- Badri, F., Ait Batahar, S., Sajjai H., Hind, S., Lamyae, A. (2016) Asthme et comorbidités : à propos de 179 cas. *Revue française d'Allergologie*, 56(3), 322.
- Badri, F., Amro, L., Sajjai, H., Serhane, H., Ait Batahar, S., Alaoui Yazidi, A. (2015). Asthme et tabac : étude comparative entre asthmatiques fumeurs et non-fumeurs (246 cas). *Revue française d'allergologie*, 3, 255-263.
- Baer, R. A. (2003) Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology*, 10(2), 125-143.
- Bagby, R. M, Taylor, G. J., Parker, J. D. A. & Dickens, S. E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 45(1), 207-215.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- Bailey, P. E., Henry, J. D. (2007). Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample, *Psychiatr Res*, 150, 13-20.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficant. The exercice of control*. Freeman, New York
- Bandura, A. (1997). The anatomy of stages of change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 8-10.
- Barataud, L. (2016) Le tabagisme, données épidémiologiques et statistiques. *Actualités pharmaceutiques*, 560, 18-21.

- Barnard, P. J., Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: a systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotions*, 5, 1-39.
- Barnig, C., Veaudor, M., Gautier, C., Margelidon-Cozzolino, V., Pigearias, B., Devouassoux, G., Raheison, C., De Blay, F., Chanez, P. (2016). Comment considérer et prendre en charge les facteurs favorisants et les comorbidités dans l'asthme sévère de l'adulte ? *Presse Médicale*, 45, 1030-1042.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Batel, P., Pessione, F., Maitre, C., Rueff, B. (1995). Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. *Addiction*, 90 : 977 – 980.
- Bates, E., Appelbaum, M., Salcedo, J., Saygin, A. P., Pizzamiglio, L. (2003). Quantifying dissociations. *Neuropsychological Research*, 25, 1128-1153.
- Battu, V. (2014). L'asthme : maladie et diagnostic. *Actualités pharmaceutiques*, 53(157), 1-4.
- Baudrant-Boga, M., Lehmann, A., Allenet, B. (2012). Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre la patient et le soignant. *Concepts et déterminants. Annales Pharmaceutiques Françaises*, 70, 15-25.
- Baum, F. (1995). Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science & Medicine*, 40, 4, 459-468.
- Bécache, A. (2012). *Psychologie pathologique*. Chapitre 13 : Malades psychosomatiques. Paris : Elsevier Masson.
- Beck, A. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. Dans Rachman, S., Maser J. D. (Eds.), *Panic : Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, F., Gautier, A., Guignard, R., Richard, J. B. (2013) *Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé.
- Becker, M. H., Maiman, L. A. (1975). Socialbehavioral déterminants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*, 13(1), 10-24.
- Begne, A., Magnan, A., (2015). Évaluation de l'asthme sévère. *Revue des maladies respiratoires*, 7(2), 107-110.
- Bellmann, M., Palazzolo, J. (2009). *Tabagisme, plaisir et dépendance*. Paris : Hermann.
- Belvisi, M. G., Hele, D.J. (2003) Soft steroids: a new approach to the treatment of inflammatory airways diseases. *Pulmonary Pharmacology Ther*, 16, 321—5.

- Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review*, 74, 183-200.
- Bender, B., Milgrom, H. & Apter, A. (2003). Adherence intervention research: What have we learned and what do we do next? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 112(3), 489-494.
- Bendrihen, N., Rouby, P. (2007). Adaptation, coping, stratégies d'ajustement et mécanismes de défense. Dans S. Dolbeault, S. Dauchy, A. Brédart et S. M. Consoli (dir.), *La psychoncologie* (p. 39-50). Paris, France : John Libbey Eurotext.
- Bénony, H., Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
- Benyamina, A. (2005) L'entretien motivationnel. Dans Reynaud, M. (2005) *Addictions et psychiatrie*. Paris: Masson
- Beresnevaïté, M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: A preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 117-122.
- Bergeron, C. (2009). Asthme, obésité et tabac : phénotypes cliniques. *Rev. Mal. Respir. Actual*, 2, 55-57.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1230–1237.
- Berlin, I. (2016). Le tabagisme et la cigarette électronique en France. *Press Med.*, 45, 1141-1146.
- Berthoz S., Ouhayoun B., Parage N., Kirzenbaum M., Bourgey M. et Allilaire J.-F. (2000). Étude préliminaire de validation française de l'échelle de niveaux de conscience émotionnelle chez des patients déprimés et des contrôles. *Ann Med Psychol*, 15, 665-672.
- Berthoz, S. (2000). Psychologie clinique et expérimentale de l'alexithymie. Étude psychométrique, électrophysiologique et anatomo-fonctionnelle. Thèse de Neurosciences. Université de Paris VI.
- Berthoz, S., Artiges, E., Van de Moortele, P. F., Poline, J. B., Rouquette, S. & Consoli, S. M. (2002). Effects of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices: A fMRI study of men with alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 961-967.
- Besche-Richard, C, Bungener, C. (2006). *Psychopathologies, émotions et neurosciences*. Paris: Belin.

- Besharat, M. A. (2010). Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Social and Behavioral Sciences*, 5, 614-618.
- Beuther, D. A., Sutherland, E. R. (2007) Overweight, obesity and incident asthma. A meta-analysis of prospective epidemiologic studies. *Am J respire Crit Care Med*, 175, 661 – 6.
- Beuther, D. A., Weiss, S. T., Sutherland, E. R. (2006). Obesity and asthma. *Am J Respir Crit Care Med*, 174, 112-119.
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris: PUF.
- Bird, J.A., Burks, A.W. (2009). Food allergy and asthma. *Prim Care Respir J*, 18, 258-265.
- Bjartveit, K., Tverdal, A. (2005) Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob control*, 14, 315-320.
- Bjelland I., Dahl A.A., Tangen Haug T., Neckelmann D. (2002). The validity of the hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic*, 52, 69-77.
- Blois, S. (2010). *Cancer, relations interpersonnelles et soutien social : une analyse psychosociale de l'expérience des patients*. (thèse de doctorat non publiée). Université d'Aix-Marseille, France.
- Bochand, L., & Nandrino, J. L. (2010). Niveaux de conscience émotionnelle chez les sujets alcoolodépendants et abstinents. *L'Encéphale*, 36(4), 334-339.
- Bonaldi, C., Andriantafika, F., Chyderiotis, S., Boussac-Zarebska, M., Cao, B., Benmarhnia, T., et al. (2016). Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bull Epidemiol Hebd*, 30(31), 528-540.
- Bonnet, A., & Pedinielli, J. L. (2010). Processus et subjectivité dans l'addiction. *Psychologie Française*, 55(4), 325-339.
- Bonnet, A., Béjaoui, M., Bréjard, V., Pedinielli, J. L. (2011). Dépendance physiologiques et fonctionnement émotionnel chez les jeunes adultes : affectivité, intensité émotionnelle et alexithymie dans la consommation de substances psychoactives. *Annales Médico-Psychologiques*, 169, 92-97.
- Bonnet, A., Bréjard, V., Pasquier, A, Pedinielli, J. L. (2012). Affectivité et alexithymie : deux dimensions explicatives des relations entre symptômes dépressifs et anxieux. *L'encéphale*, 38(3), 187-193.
- Bonnet, A., Pedinielli, J. L. (2013). *Les conduites à risque*. Paris : Armand Colin

- Bonnet, A., Pedinielli, J. L., Romain, F., Rouan, G. (2003). Bien-être subjectif et régulation émotionnelle dans les conduites à risque. Cas de la plongée sous-marine. *Encéphale*, 29, 488-497.
- Bonnin-Scaron, S., Chasseigne, G. (2007). Risques liés à la consommation combinée d'alcool et de tabac : un apprentissage fonctionnel et ses limites. *Psihologia Resurselor Umane Revista Asociației de Psihologie Industrială și Organizațională*, 5(2), 72-84.
- Bonte, T., Devienne, M. & Lejeune, F. (2007). Tabagisme et maladie respiratoire, *Air pur*, 71(1), 25-28.
- Bosisio, Santiago-Delefosse, M. (2014). Intérêts et limites de l'utilisation d'une méthodologie mixte : à propos d'une recherche en psychologie de la santé. *Pratiques psychologiques*, 20, 39-53.
- Bosley, C. M., Fosbury, J. A. & Cochrane, G.-M. (1995). The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *The European Respiratory Journal*, 8(1), 899-904.
- Bouée, S., Laurendeau, C., Chouaid, C., Bourdin, A., Yahia, M. A., Ostinelli, J., Gourmelen, J., Fabry-Vendrand, C. (2018). Impact de l'asthme sévère en France : une étude à partir de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires. 10^{ème} colloque Données de santé en vie réelle. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 217-227.
- Bousquet J., Bousquet P. J., Godard P. & Daures J. P. (2005). The public health implications of asthma. *Bulletin World Health Organ.* 83(1), 548-54.
- Bousoffara, L., Boudawara, N., Touil, I., El Fahem, N., Sakka, M., Knani, J. (2014). Obésité et sévérité de la crise d'asthme. *Revue des maladies respiratoires*, 31(7), 616-620.
- Bousoffara, L., Keskes Boudawara, N., Loulil, M., Touil, I., Knani, J. (2017) Contrôle de l'asthme et qualité de vie. *Revue de pneumologie Clinique*, 73, 225-230.
- Bousoffara, L., Adhieb, A., Ammar, M., Keskes Boudawara, N., Touil, I., Bouchareb, S., Knani, J. (2018). Contrôle de l'asthme et troubles anxiodépressifs. 22^{ème} congrès de pneumologie de langue française, Lyon, 26-28 janvier 2018.
- Bousoffara, L., Keskes Boudawara, N., Loukil, M., Touil, I., Knani, J. (2017) Contrôle de l'asthme et qualité de vie. *Revue de pneumologie Clinique*, 73, 225-230.
- Bouvy M. L. & Bracke M. (2008). Beliefs about medicines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 47-54.
- Brehm, J. M., Acosta-Pérez, E., Klei, L., Roeder, K., Barmada, M., Boutaoui, N., et al. (2012) Vitamin D insufficiency and severe asthma exacerbations in Puerto Rican children. *Am J Respir Crit Care Med*, 186, 140-146.

- Bréjard V., Bonnet A., Pedinielli J. L. (2005). Développement cognitivo-émotionnel, régulation des émotions et comportements à risques : une étude exploratoire chez l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 53(8), 395-400.
- Bréjard, V., Bonnet, A., Pedinielli, J. L. (2008). Régulation des émotions, dépression et conduites à risques : l'alexithymie, un facteur modérateur. *Annales Médico-Psychologiques*, 166, 260-268.
- Bréjard, V., Bonnet, A., Pedinielli, J. L. (2011). Relations entre dimensions émotionnelles et symptômes somatiques : effets médiateurs de la dépression et de l'alexithymie. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*, 169(6), 354-360.
- Bréjard, V., Bonnet, A., Rouan, G., Fernandez, L. & Pedinielli, J.L. (2002). Alexithymie, disposition émotionnelle, et comportements à risques. *L'information Psychiatrique*, 6, 78, juin (supplément).
- Bréjard, V., Pedinielli, J. L., Rouan, G. (2006). Hypothèse d'un dysfonctionnement émotionnel chez des adolescents présentant des comportements à risque : une étude exploratoire. *L'encéphale*, 32(4), 413-420.
- Briand, C., Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes. Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique. In Corbière M, Larivière, N. *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec, 519-539.
- Brown, J., West, R., Angus, C., Beard, E., Brennan, A., Drummond, C., et al. (2016). Comparison of brief interventions in primary care on smoking and excessive alcohol consumption: a population survey in England. *Br J Gen Pract*, 66(642): 1 – 9.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002a). *Psychologie de la santé ; modèles, concepts et méthodes*. Paris, France : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. et Dantzer, R. (2003). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris, France : PUF.
- Bruchon-Schweitzer, M. L. (2002b). *Un modèle intégratif en psychologie de la santé*. Dans Fischer, G.N. *Traité de Psychologie de la santé*. Paris : Dunod, pp. 47-71.
- Bruchon-Schweitzer, M., Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé. Concepts, méthodes et modèles*. 2ème édition, Paris : Dunod.
- Bulcun, E., Turkel, Y., Oguztürk, O., Dag, E., Visal Buturak, S., Ekici, A., Ekici, M. (2018) Psychological characteristics of patients with asthma. *Clinical Respiratory*, 12(1), 113-118.

- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182.
- Bydlowski S., Corcos, M., Paterniti, S., Guilbaud, O., Jeammet, P et Consoli, S.-M. (2002). Validation de la version française de l'échelle des niveaux de conscience émotionnelle. *L'Encéphale*, 28, 310–320.
- Cabillic, M., Beauvois, E., Bouric, G., Gauchez, H., Tilly, H. (2012). Y a-t-il une spécificité de la kinésithérapie dans la prise en charge du patient asthmatique ? *Kinesither Rev*, 12, 60-65.
- Cahill, K., Stead, L. F., Lancaster, T. (2011). Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2.
- Calfee, C.-S., Katz, P.-P., Yelin, E.-H. (2006). The influence of perceived control of asthma on health outcomes. *Proc Am Thorac Soc*, 3, 529.
- Camargo, C.A. Jr, Weiss, S. T., Zhang, S., Willett, W.C., Speizer, F.E. (1999). Prospective study of body mass index weight change and risk of adultonset asthma in women. *Arch intern Med*, 159, 2582 - 2588.
- Campos, J. J., Frankel, C. B., Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Dev.*, 75(2), 377-394.
- Capet, N., Joly, H., Suply, C., Bresch, S., Mondot, L., Cohen, M., Lebrun-Fréney, C. (2019). L'alexithymie dans la Sclérose en Plaques est associée à une atrophie de la substance blanche et des structures de substance grise centrales. *Revue neurologique* 175, 45-102.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health: lectures on concept development*. New-York, NY: Behavioral Publications.
- Caress, A.-L., Beaver, K., Luker, K., Campbell, M., Woodcock, A. (2005) Involvement in treatment decisions: what do adults with asthma want and what do they get? Results of a cross sectional survey. *Thorax*, 60, 199-205.
- Carletti, V., Porcelli, P., Solano, L., Schimmenti, A., Bagby, R. M. & Taylor, G. J. (2011). Reliability and validity of the Toronto Structured Interview for Alexithymia in a mixed clinical and nonclinical sample from Italy. *Psychiatry Research*, 187(1), 432-436.
- Carton, S. (2004). *Vulnérabilité psychologique au tabagisme. Tabac, comprendre pour agir*. Expertise collective. Paris: INSERM p. 373–85.
- Castanhinha, S., Sherburn, R., Walker, S., Gupta, A., Bossley, C. J., Buckley, J., et al. (2015). Pediatric severe asthma with fungal sensitization is mediated by steroid- resistant IL-33. *J Allergy Clin Immunol.*,136(2), 312-322.

- Celikel, F. C., Saatcioglu O. (2006). Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients. *Annals of General Psychiatry*, 5, 13.
- Chaharaoui, K., Pinoit, J. M., Viegas, N., Adnet, J., Bonin, B., Moreau, T. (2008). Alexithymie et liens avec la dépression et l'anxiété dans la sclérose en plaques. *Revue neurologique*, 164, 242-245.
- Chapman, K. R., Walkers, L., Cluley, S. & Fabbri, L. (2000). Improving patient compliance with asthma therapy. *Respiratory Medicine*, 94(1), 2-9.
- Chapot, D. (2005). *Émois en moi. Se réconcilier avec ses émotions*. Paris : Seuil.
- Charles, C., Ninot, G. & Sultan, S. (2011). Représentations des patients et observance des traitements par corticostéroïdes inhalés dans l'asthme. Revue systématique sur la période 1999-2009. *Revue des Maladies Respiratoires*, 28(5), 626-635.
- Charpentier, C. (2016). Asthme et tabac. *Revue française d'Allergologie*. 56 (3), 165-168.
- Chaudhuri, R., Thomson, N. C. & Livingston, E. (2004). Asthme and cigarette smoking. *The European Respiratory Journal*, 24(1), 822-833.
- Cheikh Mhamed, S., Bouhoula, M., Saad, M., Fahem, N., Kaddousi, R., Joobeur, S., Khemakhem, R., Trigui, G., Rouatbi, N., Elkamel, A. (2018). Particularités de l'association asthme et obésité. 22^{ème} congrès de pneumologie de langue française, Lyon, 26-28 janvier 2018.
- Chen, C. C., David, A., Thompson, K., Smith, C., Lea, S. et Fahy, T. (1996). Coping strategies and psychiatric morbidity in women attending breast assessment clinics. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 265-270.
- Cherif, J., Kacem, M., Mjid, M., Hedhli, A., Cheikhrouhou, S., Ouahchi, Y., Beji, M, Toujani, S. (2018) Prévalence du tabagisme actif et son impact chez les asthmatiques adultes. *Revue française d'allergologie* 58, 86-91.
- Chéron, G., Timsit, S., Cojocar, B., Sannier, N. (2002) L'asthme du grand enfant et de l'adolescent aux urgences. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 42, 611-618.
- Chevalier, C., Nguyen, A. (2016). Composition et nocivité du tabac. *Actualités pharmaceutiques*, 560, 22-25.
- Chevalier, C., Nguyen, A., Nougier, I., Villéger, P. (2015). Accompagner l'arrêt du tabac. *Actualités pharmaceutiques*, 544, 6-11.
- Choquet, M. (2000). Addiction. Dans Richard, D., Senon, J. L. (Dir) *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*. Paris : Larousse, 19-23.

- Choubi, M., Jabri, H., El Khattabi, W, Afif, M. H. (2017) Tabagisme et contrôle de l'asthme. 21e Congrès de pneumologie de langue française - Marseille, 27-29 janvier 2017.
- Choubi, M., Jabri, H., El Khattabi, W., Afif, A. (2018) Asthme non contrôlé. *Revue des maladies respiratoires*, 35, 82.
- Chung, K. F., Wenzel, S. E., Brozek, J. L., Bush, A., Castro, M., Sterk, P. J. et al. (2014) International ERS/ATS guidelines on definition evaluation and treatment of severe asthma. *Eur. Respir. J.*, 43(2), 343-373.
- Cillessen, L. J. G., Van de Ven, M. O. M., Kerremans, J. C. T. M. (2017). The role of trait mindfulness in quality of life and asthma control among adolescents with asthma. *Psychosomatic Research*, 99, 143-148.
- Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, CIM-10/icd-10 (1993)* OMS, éd. Française., Paris : Masson
- Claude, C. L., Karila, L. (2005). Thérapies cognitives et comportementales dans la prise en charge des fumeurs. Dans Reynaud, M., Addictions et psychiatrie. Paris : Masson.
- Clerc, S., Lerover, C. (2015). Asthme aigu grave : Comment optimiser la sortie ? *Revue des maladies respiratoires*, 7(2), 77-79.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cochrane, G. M., Horne, R. & Chanez, P. (1999). Compliance in asthma. *Respiratory Medicine*, 93(11), 763-769.
- Commission européenne. Eurobaromètre spécial 332. *Le tabac : rapport de synthèse* ; mai 2010.
- Conférence d'experts tabac et psychiatrie (2009) Paris : Ed. Fédération française de psychiatrie et Office français de prévention du tabagisme.
- Conte, H. R., Plutchnik, R. et al. (1990). Psychological mindedness as a predictor of psychotherapy outcome, a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 426-431.
- Corcos, M, & Speranza, M. (2003). Psychopathologie de l'alexithymie. Paris: Dunod.
- Corcos, M. & Pirlot, G. (2011). *Qu'est-ce que l'alexithymie ?* Paris : Dunod.
- Cottin, Y., Lorgis, L., Gudjoncik, A., Buffet, P., Brulliard, C., Hachet, O., Grégoire, E., Germin, F., Zeller, M. (2012) Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Archives of Cardiovascular Diseases Supplements*, 4, 291-298.
- Cousson-Gélie, F., Foex, C., Gibaud, F., Raherison, C, Taytard, A. (1998). Représentation de l'asthme par le patient : résultats préliminaires d'une étude sémiométrique. *Revue des maladies respiratoires*, 15(4), 513-517.

- Couturaud, F., Fracon, I., Guillou-Bideau, G., Leroyer, C. (2002). L'éducation thérapeutique de l'adulte asthmatique. *Revue des maladies respiratoires*, 19, 73-85.
- Cropley, M., Steptoe, A. (2005). Social support, life events and physical symptoms: a perspective study of chronic and recent life stress in men and women. *Psychologie, Health and Medicine*, 10(4), 317-325.
- Daher, B., Bouyste, K., Zahraoui, R., Soualhi, M., Marc, K., Benamor, J., Bourkadi, J. E. (2018) L'impact de l'observance sur le contrôle de l'asthme. 13^{ème} congrès francophone d'allergologie – CFA. *Revue française d'allergologie*, 58, 275-284.
- Damasio, C. (1995). Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus. *Human Science*, 269(1), 1115-1118.
- Dantzer, R. (2002). *Les émotions* (3^e éd.). Paris, PUF.
- Dautzenberg, B. (2018) Dépendance tabagique : changer le paradigme. *Revue de Pneumologie clinique*, 74, 121-123.
- Dautzenberg, B., Gillet, C., Guillermet, S., Sauvage, K., Berlin, I. (2017). *Tabac*. Dans Lejoyeux et al. (2017). *Addictologie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- De Blick, J. (2000). Asthme grave : jusqu'où aller ? *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 40(7), 742-746.
- De Gucht, V., Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *J Psychosom Res*, 53, 425-434.
- De Priest, K., Butz, A., Thorpe, J. (2018). The relationship Between Neighborhood Safety and Children's Asthma: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Health Care*. In Press
- De Timary, P., Roy, E., Luminet, O., et al. (2008). The moderating impact of alexithymia and alexithymia factors in distress-induced salivary cortisol level. *Psychoneuroendocrinology*, 33, 1160-1164.
- Deborde, A. S., Berthoz, S., Godart, N., Perdereau, F., Corcos, M., Jeammet, P. (2006). Étude des relations entre alexithymie et anhédonie chez des femmes présentant des troubles du comportement alimentaire et chez des témoins. *L'encéphale*, 32(1), 83-91.
- Décamps, G. (2011). *Psychologie du sport et de la santé*. Bruxelles : De Boeck.
- Dechaud-Ferbus (2011). *La psychothérapie psychanalytique corporelle. L'inanalysable en psychanalyse. Le divan par devant*. Paris : L'Harmattan.
- Delmas M. C. & Fuhrman C. (2010). Asthma in France: a review of descriptive epidemiological data. *Revue des maladies respiratoires*, 27(2), 151-159.

- Demaria, C., Loufrani, E., Grimaldi, B. & Largue, G. (1990). La dépendance tabagique. Les facteurs psychologiques. Dans Centre national de prévention, d'études et de recherche en toxicomanie. *D'une toxicomanie à l'autre, Tabac, alcools, opiacés...* (p. 31 – 38). Paris : Delagrangue, les empêcheurs de penser en rond.
- Demoly, P., Godard, P. & Bousquet, J. (2005). Une synthèse sur l'épidémiologie de l'asthme. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 45(6), 464-475.
- Deng, Q., Deng, Lu, C., Li, Y., Norbäch, C. (2018). Parental stress and air pollution increase childhood asthma in China. *Environmental Research*, 165, 23-31.
- Deschildre, A., Mordacq, C., Delvart, C., Santos, C., Thumerelle, C. (2012). Asthme sévère : les exacerbateurs viro-induits. *Revue française d'allergologie*, 52, 208-211.
- Devraux, A., Bayle, F. J., Laqueille, X., Bourdel, M. C., Le Borgne, M. H., Olié, J. P., et al. (2004). Smoking in schizophrenia and dishinibition. *Psychiatry Res*, 128 : 229 – 234.
- Devraux, A., Laqueille, X. (2008). Tabac et schizophrénie : aspects cliniques. *Encephale*, 34 : 299 – 305.
- Devraux, A., Laqueille, X. (2015). Schizophrénie et tabac : ne restez plus passif. *Santé mentale*, 199, 14-15.
- Devraux, A., Laqueille, X. (2016a). *Comorbidités psychiatriques du tabagisme*. Dans Reynaud, M., Karila, L., Benyamina, A., Aubin, H. J. (2016) *Traité d'Addictologie*. Paris : Coll Médecine Sciences, Ed. Lavoisier.
- Devraux, A., Laqueille, X. (2016b) Tabagisme et comorbidités psychiatriques. *Presse Med*, 45: 1133 – 1140.
- Di Marco, F., Santus P., Centanni, S. (2011). Anxiety and depression in asthma. *Curr Opin Pulm Med*, 17, 39-44.
- Didier, A., Mailhol, C. & Tetu, L. (2010). Asthme sévère : quelles avancées ? *Revue française d'allergologie*, 50(1), 29-32.
- Didier, A., Mailhol, C. (2011). Asthme, alimentation et obésité. *Revue française d'allergologie*, 51, 126-129.
- Didier, A., Postigo, M. A., Mailhol, C. (2009) Asthme et obésité. *Revue française d'allergologie*, 49, 13-15.
- Diener, E., Smith, H., Fujita, F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69,1, 130-141.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the Five-Factor Model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.

- Digman, J. M., Takemoto-Chock, N. K. (1981). Factors in the natural language of personality: Re-analysis, comparison, and interpretation of six major studies. *Multivariate Behavioral Research*, 16, 149-170.
- Dirks, J. F., Robinson, S. K., Dirks, D. L. (1981). Alexithymia and the psychomaintenance of bronchial asthma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 36(1), 63-71.
- Doll, R. & Peto, R. (1978). Cigarette smoking and bronchial carcinoma: dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(4), 303-313.
- Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R. & Sutherland, I. (1994). Mortality in relation to smoking 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 901-911.
- Domaison, S., Sordes-Ader, F., Auclair, C., Gironde, M., Bézy, O. et Rogé, B. (2012). Étude longitudinale du fonctionnement familial, de la détresse psychologique et des stratégies d'adaptation chez des patientes traitées pour un cancer du sein et leurs conjoints, lorsque des enfants jeunes vivent au sein de la famille : résultats de la première évaluation. *Psycho-oncologie*, 6(3), 163-168.
- Drabant, E. M., Hariri, A. R., Meyer-Lindenberg, A., Munoz, K. E., Mattay, V. S., Kolachana, B. S. & Weinberger, D. R. (2006). Catechol O-methyltransferase val 158met genotype and neural mechanisms related to affective arousal and regulation. *Archives of General Psychiatry*, 63(12), 1396-1406.
- Du Pasquier, M. A. (2011). *Bases des indications de la psychothérapie psychanalytique corporelle*. Dans Dechaud-Ferbus (2011). *La psychothérapie psychanalytique corporelle. L'inalysable en psychanalyse. Le divan par devant*. Paris : L'Harmattan.
- Dutau, G., Lavaud, F. (2012) Vitamine D, immunité, asthme et symptômes d'atopie. *Revue française d'allergologie*, 52, 10-18.
- Dutau, G., Lavaud, F. (2017). Prise en charge et prévention de l'asthme chez les adultes et les enfants âgés de plus de 5 ans. Global initiative for asthma (GINA). Mise à jour 2015. *Revue française d'allergologie*, 57, 35-41.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-157.
- Eisner, M. D., Balmes, J., Katz, P. P., Trupin, L., Yelon E. H. & Blanc, P. D. (2005). Lifetime environmental tobacco smoke exposure and the risk of chronic obstructive pulmonary disease. *Environ Health*, 4-7.

- El bèze Rimasson, D., Bouvet, C., Hamdi, H. (2018). La gestion des émotions et ses déficits, chez les personnes atteintes de douleur chronique : une revue systématisée des études relatives à l'alexithymie, à l'intelligence émotionnelle, à la régulation émotionnelle et au *coping*. *Psychologie Française*, 63(1), 51-72.
- El Fadili, S., Zaghba, N., Benjelloun, H., Yassine, N. (2016) Asthme et comorbidités. *Revue des maladies respiratoires*, 33, 70.
- El Hachimi, K., Zaghba, N., Benjelloun, Yassine, N. (2016). Asthme et tabac. *20e Congrès de pneumologie de langue française - Lille*, 29-31 janvier 2016.
- El Ismaili, A., Thouil, A., Amara, B., Serraj, M., El Biaze, M., El Biaze, M. C. (2018). Asthme et dépression. *Revue française d'allergologie*, 58, 275-284.
- Elmghari, M., Benjelloun, H., Zaghba, N., Bakhatar, A., Yassine, N. (2016) Asthme et obésité. *20^{ème} Congrès de pneumologie de langue française, Lille*, 29-31 janvier 2016.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-135.
- Erbas, B., Dharmage, S. C., Tang, M. L., Akram, M., Allen, K. J., Vicendese, D., et al. (2015) Do human rhinovirus infections and food allergy modify grass pollen- induced asthma hospital admissions in children? *J Allergy Clin Immunol*, 136(4), 1118-1120.
- Ernst E. (2001). Alternative therapies for asthma. Reason for concern? *Chest*, 120, 1433–1434.
- Estrada, E., Hartz, S. M., Tran, J., Hilty, D. M., Sklar, P., Smoller, J. W., et al. (2015) Genomic psychiatry cohort consortium. Nicotine dependence and psychosis in bipolar disorder and schizoaffective disorder, bipolar type. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr*.
- Etter, J. F., Duc, T. V., Perneger, T. V. (1999). Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relativity light smokers. *Addiction*, 94(2), 269-281.
- European Respiratory Society (ERS). Childhood asthma - ERS [En ligne]. 2016 [cité le 26 septembre 2018]. Disponible : <http://www.erswhitebook.org/chapters/childhood-asthma/>
- Fagerström, K. (2012). Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom Test for Cigarette Dependence. *Nicotine and Tobacco Research*, 2012, 14,1, 75-78.
- Farges, F. et Farges, S. (2002). Alexithymie et substances psychoactives : revue critique de la littérature. *Psychotropes*, 8, 47-74.

- Farges, F., Corcos, M., Speranza, M., Loas, G., Perez-Diaz, F., Venisse, L., Lang, F., Bizouard, P., Halfon, O., Flament, M., Jeammet, P. (2004). Alexithymie et toxicomanie : lien avec la dépression. *L'encéphale*, 30(3), 201-211.
- Feiguine, R.J., Jonhson, F.A. (1984). Alexithymia and chronic respiratory disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 77-89.
- Feldman, J. M., Lehrer, P. M., Hochron, S. M., Schwartz, G. E. (2002). Defensiveness and individual response stereotypy in asthma. *Psychosomatic Medicine*, 64, 294–301.
- Ferenczi, S. (1930). *Principes de relaxation et Néocatharsis*. In *Psysschanalyse T IV*, Paris: Payot (82 – 98).
- Fernandez, L. (1998). Les modèles psychologiques de l'addiction. *Psychotropes*, vol 4(1), 47-67.
- Fernandez, L. (2004b). Actualités des addictions en psychopathologie : diversité des approches, des méthodologies et perspectives. *Synthèse d'Habilitation à Diriger des Recherches*, Université de Provence, France.
- Fernandez, L. (2006). *Psychopathologie des émotions : l'exemple de l'alexithymie*. Université de Provence, Aix-Marseille I. (Travaux Individualisés Supervisés de Licence).
- Fernandez, L. (2009a). Émotions. Dans Formarier, M., Jjovic, L. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet-Conseil, 158-161.
- Fernandez, L. (2009b). *Les addictions du sujet âgé*. In Press Ed, Paris, 230p
- Fernandez, L. (2014). *Le test de l'arbre. Un dessin pour comprendre et interpréter*. Paris : Editions In Press. Psych-Pocket, 3^{ème} édition revue et augmentée.
- Fernandez, L. (2015). Du réductionnisme mono-théorique en psychopathologie à la psychopathologie intégrative. In Bonnet, A. Fernandez, L. *23 grandes notions de psychopathologie*. Paris : Dunod. Collection Psycho sup. 3^{ème} édition revue et augmentée, 29-35.
- Fernandez, L. (2016). *Le dessin de la personne*. Paris: Editions In Press, Psych-pocket.
- Fernandez, L., & Finkelstein-Rossi, J. (2010). Approche clinique et sociale du tabagisme chez les sujets âgés : genèse, contexte, développement et prise en charge. *Psychologie française*, 55(4), 309-323.
- Fernandez, L., Bonnet, A., Teyssier, M. F., et al. (2004a). Tabagisme et états métamotivationnels chez les adolescents lycéens. *Psychotropes*, 10(2), 19-46.
- Fernandez, L., Finkelstein-Rossi, J. (2014). Le tabagisme des adolescents et des jeunes en France. In Battaglia, N. et Giersky, F. *L'addiction chez les adolescents*. Paris : De

- Boeck — Solal, collection Troubles du développement psychologique et des apprentissages, 71-101.
- Fernandez, L., Finkelstein-Rossi, J., Fromage, B., Sagne, A., Merma Choquehuanca, R. K. (2013). Récit de vie et dessins d'arbre : une reconstruction subjective de l'événement traumatique chez une personne âgée. *Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 13 (76), 185-192.
- Fernandez, L., Letourmy, F. (2007). *Le tabagisme : de l'initiation au sevrage*. Paris : Armand Colin. Collection 128 (traduction en coréen, Séoul, NUN Publishing, 2009).
- Fernandez, L., Pedinielli, J.L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84, 41-51
- Fernandez, L., Sztulman H. (1999). La dépendance en psychopathologie. *L'Encéphale*, 1, XXV, 233-243.
- Fernandez, L., Sztulman, H. (1997). Approche du concept d'addiction en psychopathologie. *Annales Médico-Psychologiques*, vol 155(4), 255-265.
- Fialko L., Garety, P. A., Kuipers, E., et al. (2008). A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophr Res*, 100(1-3), 53-59.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
- Fontaine, E., Maindet-Dominici, C., Guinot, M., Serra, E. (2018). En quoi l'approche cognitive, comportementale et émotionnelle peut-elle aider à comprendre et traiter la fibromyalgie ? *Douleurs : Evaluation – Diagnostic – Traitement*. 19(1), 17 – 24.
- Fowler, J. S., Volkow, N. D., Wang, G., et al. (1996). Inhibition of MAO B in the brains of smokers. *Nature*, 379: 733 – 738.
- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., Decker, O. & Braehler, E. (2007). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry Epidemiology*, 43(1), 54-62.
- Freedman, M. B. & Sweet, B. S., (1954). Some specific features of group psychotherapy and their implications for selection of patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4(4), 355-368.
- Freeston, M.-H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. et Rheaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck : Propriétés psychométriques d'une traduction française, *L'Encéphale*, 20, 47-55.
- Freud, S. (1904-1918), *La technique psychanalytique*, Paris : PUF (3^{ème} édition, 2013).
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1), 337-342.

- Fukunishi, I., Kaji, N., Hosaka, T., Berger, D., Rahe, R. H. (1997). Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy. *Psychosomatics*, 38(1), 20-26.
- Furher, R. et Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D. Description et traduction de l'échelle d'auto-évaluation. *Psychiatrie & Psychobiologie*, 4, 163-166.
- Gandani, S., Botteri, E., Iodolice, S. (2008). Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer*, 122(1), 155-164.
- Garfinkel, L. & Stellman, S. D. (1988). Smoking and lung cancer in women: findings in a prospective study. *Cancer Research*, 48(23), 6951-6955.
- Gay, M. C., Hanin, D., Luminet, O. (2008). Effectiveness of a hypnotic imagery intervention on reducing alexithymia. *Contemporary Hypnosis*, 25, 1-13.
- Gentry, W. D. et Kobasa, S. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. Dans W. D. Gentry (dir.), *Handbook of behavioral medicine* (p. 87-113). New York, NY: Guilford.
- Georga, G., Chrousos, G., Artemiadis, A., Panagiotis, P., Bakakos, P., Darviri, C. (2018). The effect of stress management incorporating progressive muscle relaxation and biofeedback-assisted relaxation breathing on patients with asthma: a randomised controlled trial. *Advances in Integrative Medicine*. Article in press.
- Gharsalli, H., Ben Hamed, W., Aouadi, S., Bayouh, A., Maalej, S., Elgharbi, L. (2014). Asthme et comorbidités : à propos de 186 patients. *Revue française d'allergologie*, 54(3), 272.
- Gharsalli, H., Ben Harmad, W., Aouadi, S., Bayouh, A., Zayani, I., Zidi, A., Ben Kheder, S., Maalej, S. (2013). Asthme difficile : facteurs de risque et prise en charge. *Revue française d'allergologie*, 53, 342 – 349.
- Gibson, P. G. & Powell, H. (2004). Written action plans for asthma: an evidence-based review of the key components. *Thorax*, 59(2), 59-94.
- Gillet, C. (2007) Quelle démarche de soins et d'accompagnement ? Tabac, alcool et cannabis. *Alcoologie et Addictologie*, 29(4), 390-397.
- Gilliard J., Bruchon-Schweitzer M. (2001). Development and validation of a multidimensional smoking behavior questionnaire : SBQ. *Psychological Reports*, 2001, 89, 499-509.
- Gilliard J., Bruchon-Schweitzer M. Cousson-Gelie F. (2000). Construction et validation d'un questionnaire de comportement tabagiques (QCT 2). *Psychologie et Psychométrie*, 21, 4, 77-93.

- Giovannini-Chami, L., Montaudié-Dumasa, I., Bourrier, T., Debail, C., Collomp, R., Berlioz-Baudoin, M., Piccini-Bailly, C., Albertini, M. (2013) Asthme allergique : place de la conseillère médicale en environnement. *Archives de Pédiatrie*, 20, 195-196.
- Girodet, P. O. (2008). Quelle est l'efficacité des corticoïdes chez l'asthmatique qui fume ? *Maladies Respiratoires*, 25(2), 185-192.
- Godard, P., Bourdin, A., Chanez, P. (2007). Évaluation de la qualité des soins dans l'asthme. *Rev Mal Respir*, 24, 197-204.
- Godard, P., Demoly, P. (2005). Asthme et grossesse. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 45, 9-13.
- Godtfredsen N. S., Lange P. & Prescott E. (2001). Changes in smoking habits and risk of asthma: a longitudinal population based study. *The European Respiratory Journal*, 18(1), 549-554.
- Goerman, D., Abramson, M., McCarthy, E., Zubrinich C. & Douglass, J. (2013). Asthma in Australia in the 21st century: a case series analysis. *British Medical Journal*, 3(5).
- Goetz, P. (2010). Traitement de fond de l'asthme par la phytothérapie. *Phytothérapie*, 8, 302-305.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative « description of personality »: The Big-five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 377-382.
- Goleva, E., Searing, D. A., Jackson, L. P., Richers, B. N., Leung, D. Y. (2012) Steroid requirements and immune associations with vitamin D are stronger in children than adults with asthma. *J Allergy Clin Immunol*, 129, 1243-1251.
- Goodman E, Capitman J. (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, 106:748–55.
- Grabe, H. J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Groger, R. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 189-194.
- Grabe, H. J., Loöbel, S., Dittrich, D., Bagby, R. M., Taylor, G. J. (2009). The German version of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: factor structure, reliability and concurrent validity in a psychiatric patient sample. *Comprehensive Psychiatry*, 50(5), 424-430.
- Gremy I. & Halfen S. (2003). Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac. Spécificités des personnes les plus âgées (55-75 ans). *Gérontologie et société*, 26(2), 161-175.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271–299.

- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359–365.
- Gross, J. J., John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implication for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
- Gross, J. J., Sheppes, G., Urry, H. L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition and emotion*, 25(5), 765–781.
- Guéry, J. C., Laffont, S., Blanquart, E., Savignac, M., Cénac, C., Laverny, G., Metzger, D., et al. (2017). Androgen signaling negatively controls type 2 innate lymphoid cells. *The journal of Experimental Medicine*.
- Guilbaud, O., Berthoz, S., Dupont, M. E., Corcos, M. (2014). Alexithymie et troubles psychosomatiques. *Psychiatrie Elsevier Masson*, 37.
- Guilbaud, O., Loas, G., Corcos, M. et al. (2002). L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain : valeur en population française et francophone, *Annales Médico-Psychologiques*, 160,77-85.
- Guillaumin, C., Urban, T. (2017). Lutte contre le tabagisme en France. *Revue de Pneumologie clinique*, 73, 294-298.
- Guydish, J., Passalacqua, E., Pagano, A., Martí-nez, C., Le, T., Chun, J. et al. (2016). An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction*, 111(2): 220 – 230.
- Habibech, S., Toujani, S., Mjid, M., Snen, H., Ben Salah, N., Ouahchi, Y., Louzir, B., Mhiri, N., Chérif, J., Béji, M. (2015) Asthme et tabagisme actif : étude épidémiologique sur un échantillon représentant du Grand Tunis. *19^{ème} Congrès de pneumologie de langue française, Lille, 30 janvier - 1er février 2015*.
- Hamili L., Bourdin, A., Ait-El Mahjoub, B., Godard, P. (2009) Éducation thérapeutique du patient asthmatique. *Press Med*, 38, 1788 – 1796.
- Hamili, L., Python, G., Pry, R., Varrin, M., Godard, P. & Chanez, P. (2009). L'appréciation psychosociale de l'observance dans l'asthme sévère : confrontation de données subjectives issues d'une consultation médicale a une mesure objective. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 82(2), 117-144.

- Haughney J., Barnes G., Partridge M. & Cleland J. (2004). The living et breathing study: a study of patients' views of asthma and its treatment. *Primary Care Respiratory Journal*, 13(1), 28-35.
- Haute Autorité de Santé (2014). Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS. Paris : ministère de la Santé et des Solidarités.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W. & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins Univ. Press.
- Heatherton, T.F. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire, *British Journal of Addiction*, 86, 9, 1119-1127.
- Heffner, J. L., Strawn, J. R., DelBello, M. P., Stra-kowski, S. M., Anthenelli, R. M. (2011). The co-occur- rence of cigarette smoking and bipolar disorder: phenomenology and treatment con-siderations. *Bipolar Disord*, 13: 439 – 453.
- Henry, J. D., Philips, L. H., Maylor, E. A., Hosie, J., Milne, A. B., Meyer, C. (2006). A new conceptualization of alexithymia in the general adult population: implications for research involving older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 535-543.
- Herer, B. (2013) Éducation respiratoire par le chant au cours d'un programme de réhabilitation respiratoire. *Revue des maladies respiratoires*, 30, 194-202.
- Herzlich C. & Pierret J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Payot.
- Hesse, C., Floyd, K. (20 11). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*, 50, 451-456.
- Hill, S. E., Blakely, T. A., Kawachi, I. & Woodward, A. (2004). Mortality among “never smokes living with smokers two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. *British Medical Journal*, 328(1), 988-989.
- Hobfoll, S. E. et Stokes, J. P. (1988). The process and mechanics of social support. Dans S. Duck, D. F. Hay, S. E. Hobfoll, W. Iskes et B. M. Montgomery (dir.), *Handbook of personality relationships: Theory, research, and interventions* (p. 497-517). Londres, Angleterre: Wiley.
- Hogan, R. (1986). *Hogan Personality Inventory manual*. Mineapolis, MN: National Computer Systems.
- Holgate S. T. (1999). Genetic and environmental interaction in allergy and asthma. *The Journal of allergy and clinical immunology*, 104(6), 1139-1146.
- Holoway, E.A., West, R.J. (2007). Integrated breathing and relaxation training (the Papworth method for adults with asthma in primary care: a randomised controlled trial. *Thorax*, 62, 1039-1042.

- Honda, K. (2005). Psychosocial correlates of smoking cessation among elderly ever-smokers in the United States. *Addictive Behaviors*, 30(2), 375-381. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.05.009>
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., Viinamaki, H. (2000). Depression is Strongly Associated with Alexithymia in the General Population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.
- Hooloway, E. A., West, R. J. (2010). Des exercices de respiration et de relaxation améliorent les symptômes respiratoires et la qualité de vie des adultes asthmatiques. *Kinésithérapie, la Revue*, 103, 4-10.
- Hoppe, K. D., Bogen, J. E. (1977). Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1), 148-155.
- Horne R. (2006). Compliance, adherence, and concordance : implications for asthma treatment. *Chest*, 130(1), 65-72.
- Hosoi, M., Molton, I. R., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Amtmann, S., O'Brien, S. et al. (2010). Relationships among alexithymia and pain intensity, pain interference, and vitality in persons with neuromuscular disease: Considering the effect of negative affectivity. *Pain*, 149, 273-277.
- House, J. S. (1981). *Work, Stress and Social Support*, Addison-Wesley, Reading, MA.
- Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G., Carli, G., Creed, F. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: Associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 425-433.
- Hughes, J. R., Kalman, D. (2006). Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug Alcohol Depend*, 82: 91 – 102.
- Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. A. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences*, 46, 43-47.
- Hynninen, J., Breivte, M.-B., Wiborg, A.-B., Pallesen, S., Nordhus, I.-H. (2005). Psychological characteristic of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 429-443.
- INSERM, Hommes/femmes : pas tous égaux face à l'asthme allergique. Immunologie, inflammation, infectiologie et microbiologie. Paru dans *The Journal of Experimental*, le 6 mai 2017.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). (2014) Les profils des fumeurs en France.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/tabac/consommation/profils-fumeurs.asp>, consulté le 30 septembre 2018.

- Jaakkola, M., Piipari, R. & Jaakkola, N. (2003). Environmental tobacco smoke and adult-onset asthma: a population-based incident case-control study. *American Journal of Public Health*, 12(93), 2055-2060.
- Jabri, H., L'Youssfi, H, Elkhatabi, W., Afif, H. (2017). Intérêt du test de contrôle de l'asthme (ACT) dans la prise en charge des patients asthmatiques à Casablanca. *Revue française d'allergologie*, 57,108-112.
- Janis Ivring, L., Mann, L. (1977). *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York : Free Press.
- Jeammet, P. (2000). *Les conduites addictives : un pansement pour la psyché*. Dans Le Poulichet, S. *Les addictions : monographie de psychopathologie*. Paris : PUF.
- Jindal, K., Gupta, D. & Singh, A. (1994). Indices of morbidity and control of asthma in adult patients exposed to environmental tobacco smoke. *Chest*, 106(3), 746-749.
- Jones, C., Santanello, N. C., Boccuzzi, S. J., Wogen, J., Strub, P. & Nelsen, L. M. (2003). Adherence to prescribed treatment for asthma: evidence from pharmacy benefits data. *Journal of Asthma*, 40(1), 93-101.
- Jorgensen, M. M., Zachariae, R., Skytthe, A. & Kyvik, L. (2007). Genetic and environmental factors in alexithymia: A population-based study of 8,785 Danish twin pairs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 369-375.
- Josseran, L. (2018). Le tabagisme en France : quelle est la situation ? *Revue de pneumologie clinique*, 74, 124-132.
- Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12(3), 193-209.
- Jouanne, C., Edel, Y. & Carton, S. (2005). Déficits émotionnels chez des patients polytoxicomanes. *Annales Médico Psychologiques*, 163(8), 625-630.
- Joukamaa, M., Saarijärvi, S., Muuriaisniemi, M. L. & Salokangas, R. K. R. (1996). Alexithymia in a normal elderly population. *Comprehensive Psychiatry*, 37(2), 144-147.
- Jridi, S., Hamzaoui, G., Ait Batahar, S., Sajjai, H., Serhane, H., Amro, L., Alaoui Yazidi, A. (2015). Étude comparative entre femmes et hommes asthmatiques. *Revue française d'allergologie*, 3, 255-263.
- Jridi, S., Sajjai, H., Serhane, H., Amro, L. (2016) Impact du tabagisme sur le contrôle de l'asthme. 20ème congrès de pneumologie de langue française, 29-31 janvier 2016.

- Jula, A., Salminen, K & Saarijärvi, S. (1999). Alexithymia. A facet of essential hypertension. *Hypertension*, 33(1), 1057-1061.
- Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Cox, F. M., Ferrie, P. J., King, D. R. (1999). *Development and validation of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire*. *Eur Respir J*, 14, 32-8.
- Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Epstein, R. S., Ferrie, P. J., Jaeschke, R., Hiller, T. K. (1992) *Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials*. *Thorax*. 47. 76-83.
- Juniper, E. F., O'Byrne, P. M., Guyatt, G. H., Ferrie, P. J., King, D. R. (1999). *Development and validation of a questionnaire to measure asthma control*. *Eur Respir J*, 14, 902–7.
- Just, J. (2013). Les nouveaux phénotypes de l'asthme du nourrisson et de l'enfant. *Revue française d'allergologie*, 53, 312-315.
- Kabat-Zinn J. (2009) *L'éveil des sens : Vivre l'instant présent grâce à la pleine conscience*. Édition des Arènes.
- Kairouz, S., Nadeau, L. (2007). Tabac et alcool : le tout est-il plus grand que la somme de ses parties ? *Drogues, santé et société*, 6(1), 179-210.
- Kalman, D., Morissette, S. B., George, T.P. (2005). Co-morbidity of smoking in patients with psy-chiatric and substance use disorders. *Am J Addict*, 14(2): 106 - 123.
- Keating, C. F., Randall, D. W., Kendrick, T., Gutshall, K. A. (2003). Do babyfaced adults receive more help? The (cross-cultural) case of the lot resume. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27, 89-109.
- Kelloway, J. S., Wyatt, R. A. & Adlis, S. A. (1994). Comparison of patients' compliance with prescribed oral and inhaled asthma medications. *Archives of Internal Medicine*, 154 (12), 1349- 1352.
- Kerjean, J., Le Berre, E. (2012). Addictions chez l'adolescent : tabac, cannabis. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 25(4), 179-184.
- Kerr, S., Watson, H., Tolson, D., Lough, M., & Brown, M. (2006). Smoking after the age of 65 years: a qualitative exploration of older current and former smokers' views on smoking, stopping smoking, and smoking cessation resources and services. *Health & social care in the community*, 14(6), 572-582.
- Khouchilia, F., Jabri, H., El Khattabi, W., Afif, H. (2018). Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les patients asthmatiques. 22ème congrès de pneumologie de langue française, Lyon, 26-28 janvier 2018.
- King, G. G., Brown, N. J., Diba, C., Thorpe, C. W., Muñoz, P., Marks, G. B., et al. (2005). The effects of body weight on airway caliber. *Eur Respir J*, 25, 896-901.

- Kleiger, J. H., Jones, N. F. (1980). Characteristics of alexithymic patients in a chronic respiratory illness population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 465-470.
- Kleiger, J. H., Kinsman & R. A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 34(1), 17-24.
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, M. R. & Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1), 471- 476.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4–41.
- Kopel, L. S., Phipatanakul, W., Gaffin, J. M. (2014). Social Disadvantage and Asthma Control in Children. *Paediatric Respiratory Reviews*, 15(3), 256-263.
- Krauskopf K.-A., Sofianou A., Goel M.-S. *et al.* (2013). Depressive symptoms, low adherence, and poor asthma outcomes in the elderly. *J Asthma*, 50, 260–266.
- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*, 1, 17-31.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing. Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale: NJ, Analytic Press.
- Kwas, H., Gharsalli, H., Ben Jemia, E., Zendah, I., Douik Elgharbi, L., Ghédira, H. (2017). Asthme non allergique. *Revue des maladies respiratoires*, 355, A79-A277.
- L'Youssfi, H., Moubachir, H., Jabri, H., Elkhatabi, W., Afif, H. (2016). Asthme et cigarette. 20e Congrès de pneumologie de langue française - Lille, 29-31 janvier 2016
- Labor, S., Labor, M., Juric I., Vuksic, Z. (2012). The prevalence and pulmonary consequences of anxiety and depressive disorders in patients with asthma. *Coll Antropol*, 36, 473–481.
- Laforest L., El Hasnaoui A. & Pribil C. (2009). Asthma patients' self-reported behaviours toward inhaled corticosteroids. *Respiratory Medicine*, 103(9), 1366- 1375.
- Laforest, L., Com-Ruelle, L., Devouassoux, G., Pison, C., Van Ganse, E. (2008). Enjeux économiques de l'asthme sévère. *Presse Médicale*, 37, 117-128.
- Lagrue, G. (1994). *La dépendance tabagique : un problème majeur de santé publique*. Contribution au Deuxième salon international de psychiatrie et système nerveux central, 3, 4 et 5 novembre 1994, CNIT, Paris – La Défense.
- Lagrue, G. (1997). *Tabagisme : toxicologie, dépendance*. Paris : Elsevier
- Lagrue, G. (2000). *Arrêter de fumer ?* Paris : Odile Jacob.
- Lagrue, G. (2004). Traitement de la dépendance tabagique. *EMC – Cardiologie Angéiologie*, 1, 443-455.

- Laguerre, G. et al. (2001). Le tabagisme des adolescents : un enjeu majeur en santé publique. *Médecine interne*, 49-51.
- Lakhdar, N., El Khattabi, W., Sellal, H., Lhafiane, I., Afif, M. H., Aichane, A. (2014). La rhinite allergique sévère. *Revue française d'allergologie*, 54, 265-275.
- Lambert, S.D., Pallant J.F., Boyes A.W., King M.T., Britton B., Girgis A.(2013). A Rasch Analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Among Cancer Survivors. *Psychological Assessment*, 25(2), 379-390.
- Lamouroux, A. (2012). L'asthme aux urgences : approche psycho-sociale des conduites des malades. *Revue des maladies respiratoires*, 29(1), 1047-1057.
- Lane R.-D. et Quinlan D.-M. (1990). The Levels of Emotional Awareness Scale: a cognitive developmental measure of emotion. *J Pers Assess*, 55, 124–134.
- Lane, R. D., Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness, a cognitive developmental theory and its application to psychopathology, *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Larivey, M. (2002). La puissance des émotions. Paris : Éditions de l'Homme.
- Larsen, J. K., Brand, N. & Bermond, B. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic*, 54(1), 533-541.
- Lassarre, D. (2002). Un modèle pour créer des passerelles. In Lassarre, D. (Ed.) *Stress et société*. Reims : Presses Universitaires de Reims.
- Lassarre, D. (2005). Vers un modèle psychosocial de l'épisode de stress. In Chassiegné, G., Lassarre, D. (Eds.) *Stress et société*. Reims : Presses Universitaires de Reims.
- Lasser, K., Wesley, B. J., Woolhandler, S., et al. (2000). Smoking and mental illness: a population- based prevalence study. *JAMA*, 284: 2606 - 2610.
- Laurin, C., Moullec, G., Bacon, S. L., Lavoie, K. L. (2012) Impact of Anxiety and Depression on COPD Exacerbation Risk. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*.
- Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Vestergaard, M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, 25 : 83 – 88.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Le Faou. A. L. & Scenama. O. (2005). Épidémiologie du tabagisme. *Revue Maladies Respiratoires*, 22(6), 8S27-8S32.
- Le Polain de Waroux, A. (2012). *L'alexithymie et la conscience du corps : la Basic Body Awareness Therapy une piste de traitement ?* Mémoire de licence en sciences de la

- motricité, éducation physique, kinésithérapie et réadaptation non publié, Université Catholique de Louvain-la-Neuve.
- Lecours, S., Robert, G. & Desruisseaux, F. (2009). Alexithymie et élaboration verbale de l'affect chez des adultes souffrant d'une pathologie respiratoire. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 59(3), 187-195.
- Léglise, A., Pommier, P., Fernandez, L. (2015) *Émotions et thérapie assistée par l'animal chez des personnes âgées atteintes de démence*. Dans *Psychologie clinique du vieillissement*, Paris : In Press, collection Fiches de psycho, 39-57.
- Lejoyeux, M. (2017). *Addictologie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. H. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Med Psychol*, 143(2), 175-89.
- Lesourd, B., Juchet, A., Broué-Chabbert, A., Colineaux, H. (2013). À l'École de l'Asthme... Bilan et évaluation d'une éducation thérapeutique, *Revue Française d'Allergologie*, 666, 1-13.
- Lesourd, B., Juchet, A., Broué-Chabbert, A., Colineaux, H. (2014) A l'école de l'Asthme... Bilan et évaluation d'une éducation thérapeutique. *Revue française d'allergologie*.
- Lesourne, O. (1984). *Le Grand Fumeur et sa passion*. Paris : Odile Jacob.
- Lesourne, O. (1984). *Le grand fumeur et sa passion*. Paris : PUF.
- Lesourne, O. (2007). *La genèse des addictions : essai psychanalytique sur le tabac, l'alcool et les drogues*. PUF.
- Leventhal, H. (1979). A perceptual motor processing model of emotion. In Piner, P., Blnkstein, K. R., Spiegel, I. M. (Eds), *Perception of emotion in self and others* (Vol. 5, pp. 1-76). Nex York: Plenum.
- Leviton, H. L. (1981). Failure of the defensive functions of the ego in dreams of psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 36, 1-7.
- Li, H. L., He, X. L., Liang, B. M., Zhang, H. P., Wang, Y., Wang, G. (2015). Anxiety but not depression symptoms are associated with greater perceived dyspnea in asthma during bronchoconstriction. *Allergy Asthma Proc.*, 36(6), 447-457.
- Li, Y. F., Langholz, B., Salam, M. T. & Gililand, F.D. (2005). Maternal and grandmaternal smoking patterns are associated with early childhood asthma. *Chest* 127 (4), 1232-1241.
- Loas, G. (2002). *L'anhédonie, l'insensibilité au plaisir*. Paris: Doin.
- Loas, G. (2003). *Anhédonie et Alexithymie*. Dans Corcos, M, & Speranza, M. *Psychopathologie de l'alexithymie*. Paris: Dunod, pp. 111-115.

- Loas, G. (2010). L'alexithymie. *Annales Médico-psychologiques*, 168, 712-715.
- Loas, G. (2010). L'alexithymie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168 (9), 712-715.
- Loas, G., Fremeaux, D., Marchand, M. P. (1995). Étude de la structure factorielle et de la cohérence interne de la version française de l'échelle de l'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) chez un groupe de 183 sujets sains, *L'Encéphale*, 21(2), 117-122.
- Lomazzi, M. (2015). Comment la mafia du tabac nous manipule. Paris : Flammarion.
- Lubret, M., Bervar, J. F., Thumerelle, C., Deschildre, A. & Tillie-Leblond, I. (2011). Asthme : traitements des exacerbations. *Revue des maladies respiratoires*, 29(1), 245-253.
- Luckett T., Butow P.N., King M.T., Oguchi M., Heading G., Hackl N.A. et al. (2010). A review and recommendations for optimal outcome measures of anxiety, depression and general distress in studies evaluating psychosocial interventions for English-speaking adults with heterogeneous cancer diagnoses. *Supportive Care Cancer*, 18, 1241-1262.
- Luger TM, Suls J, Vander Weg MW. (2014). How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addict Behav*, 39:1418–29.
- Luminet, O. (2002). *Psychologie des émotions*. Bruxelles : De Boeck & Larcier.
- Luminet, O. (2008). *Psychologie des émotions. Confrontation et évitement*. Bruxelles : De Boeck.
- Luminet, O. (2013). *Psychologie des émotions. Nouvelles perspectives pour la cognition, la personnalité et la santé*. Bruxelles : De Boeck.
- Luminet, O., Rimé, B, Bagby, R. M., Taylor, G. J. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and Emotion*, 18, 741-766.
- Luminet, O., Vermeulen, N., Grynberg, D., & Taylor, G. (2013). *L'alexithymie : Comment le manque d'émotions peut affecter notre santé*. Albin Michel
- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 519-530.
- Lumley, M. A., Radcliffe, A. M., Macklem, D. J., Mosley-Williams, D., Leisen, J. C. C., Huffman, J. L. et al. (2005). Alexithymia and pain in three chronic pain samples: Comparing Caucasians and African Americans. *Pain Medicine*, 6, 251-261.
- Lumley, M. A., Smith, J. A., Longo, D. J. (2002). The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain: Comparisons with self-efficacy, catastrophizing and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 823-830.

- Mackay, D., Hax, S., Ayres, J. G., Ficschbacher, C. & Pell, J. P. (2010). Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Childhood Asthma. *The New England journal of medicine*, 363(12) 1139 – 1145.
- Magar, Y. (2009) Comment améliorer l'observance thérapeutique chez nos patients ? *Revue française d'allergologie*, 49, 857-859.
- Magnan, A. (2009). Asthme difficile : une démarche standardisée. *Revue française d'allergologie*, 49(2), 49-52.
- Maguchon, F. (2007). Asthme : en pratique, comment confronter les attentes du patient et du médecin. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 47(2), 67-69.
- Maisondieu, J., Tarrieu, C., Razafirmamonjy, J., Arnault, M. (2008). Alexithymie, dépression et incarcération prolongée. *Annales Médico-Psychologiques*, 166, 664-668.
- Maisonneuve, C. et Niang, C. (2015) Déficits émotionnels chez l'adulte asthmatique fumeur. Mémoire de master 1 de psychologie de la santé, Université Lyon 2.
- Mansour, M., Lanphear, B. P., De Witt, T. (2000). Barriers to asthma care in urban children: parent perspectives. *Pediatrics*, 106, 512 – 519.
- Mantani, T., Okamoto, Y., Shirao, N., Okada, G. & Yamawaki, S. (2005). Reduced activation of posterior cingulate cortex during imagery in subjects with high degrees of alexithymia: A functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*, 57(9), 982-990.
- Marcelli, D. (1999). Adolescence. Dans Richard, D. & Senon, J. L., *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances* (p. 111-126). Paris: Larousse.
- Margalit, L., Ben Har, L., Brill, S., Vatine, J. J. (2014). Complex regional pain syndrome, alexithymia, and psychological distress. *Journal of Psychosomatic Research*, 77, 273-277.
- Mariage, A., Cuyenet, P., Godard, B. (2008). Obésité et alexithymie à l'épreuve du Rorschach. Le poids des émotions. *L'évolution psychiatrique*, 73, 377-397.
- Marquette C. H., Saulnier F., Leroy O., Wallaert B., Chopin C., Demarcq J. M., Durocher A. & Tonnel, A. B. (1992). Long-term prognosis of near-fatal asthma. A 6-year follow-up study of 145 asthmatic patients who underwent mechanical ventilation for a near-fatal attack of asthma. *The American Review of Respiratory Disease*, 146(1), 76-81.
- Martin, R. J, et al (2007). Smoking affects response to inhaled corticosteroids or leukotriene receptor antagonists in asthma. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 175(8), 783-790.

- Martinet, Y., Bohadana, A., Wirth, N., Spinosa, A. & Beguinot, E. (2006). La réduction de risque en tabacologie. *Revue Maladies Respiratoires*, 23(4), 109-118.
- Martinez, F. D., Wright, A. L., Taussig, L. M., Holberg, C. J., Halonen, M. & Morgan, W. J. (1995). Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates, *The New England Journal of Medicine*, 332(3), 133-138.
- Martinez-Rivera, Canete, C. Bardagi, S. (2011). Psychological profile of patients with bronchial asthma and functional dyspnea: a comparison with a non-asthmatic population and impact on the disease. *Archivos de bronconeumologia*. 47, 2, 73-78.
- Martinot, J. B., Malfroot, A., Van der Brempt, X., Scaillon, M. (2005). Reflux gastro-œsophagien, les frères ennemis ? *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 45, 357–359.
- Martins, S., Simoes, M. R., Fernandes, L. (2012). P1031 – Coping strategies, anxiety and control of disease in asthmatic patients. *European Psychiatry*, 27(1), 1.
- Marty, P. (1981). *Les processus de somatisations*. Conférence inédite prononcée à Montréal en septembre 1981 au Congrès Mondial de Psychosomatique.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond.
- Marty, P. et de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue française de Psychanalyse*, 27(1), 345-356.
- Marty, P., de M'Uzan, M., David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique : sept observations cliniques*. Paris: PUF.
- Masoli, M., Fabian, D., Holt, S., Beasley, R. (2004). The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy*, 59(5), 469-78.
- Mathé, A., Knapp, P., Peter, H. & Aleksander, A. (1971). Emotional and adrenal reaction to stress in bronchial asthma. *Psychosomatic Medicine*, 33(4), 323-340.
- Mattila, M. (2009). Alexithymia in Finnish general population. [Thèse de doctorat non publiée], Université de Tampere, Finlande.
- Mautrait, C. (2013). Sevrage tabagique. Le conseil à l'officine. Rueil-Malmaison : Le moniteur des pharmacies.
- McCarney, R. W., Linde, K., Lasserson, T. J. (2004) Homeopathy for chronic asthma. Cochrane Data base. *Syst Rev*, 2.
- McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1987). Validation of the Five-Factor Model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.

- McCrae, R. R., Costa, P. T. Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- McCrae, R. R., John, O. P. (1992). An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
- McDougall, J. (1982). *Théâtre du Je*. Folio Ed 368 p.
- McDougall, J. (1991). Entretien sur la boulimie avec Alain Fine. La boulimie, Monographie. *Revue française de psychanalyse*, 143-151.
- Mehling, W. E., Wrubel, J., Daubenmier, J. J., Price, C. J., Kerr, C. E., et al. (2011). Body awareness: a phenomenological inquiry into the common ground of mind-body therapies. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6, 1-12.
- Mériaux, K., Wartenburger, I., Kazzner, P., Prehn, K., Lammers, C. H. & Van der Meer, E. (2006). A neural network reflecting individual differences in cognitive processing of emotions during perceptual decision making. *Neuroimage*, 33(3), 1016-1027.
- Miguères, M., Didier, A. (2012). Asthme et reflux gastro-oesophagien. Où en est-on ? *Revue française d'allergologie*, 52, 385-387.
- Mikkelsen, R. L., Middelboe, T., Pisinger, C., Stage, K. B. (2004). Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review. *Nord J Psychiatry*, 58, 66-70.
- Mikolajczak, M. et Bausseron, E. (2013). *Les compétences émotionnelles chez l'adulte*. Dans Luminet, O. *Psychologie des émotions. Nouvelles perspectives pour la cognition, la personnalité et la santé*. Bruxelles : De Boeck.
- Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., et al. (2009). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod.
- Mishel, M. H. et Sorenson, D. S. (1993). Revision of the ways of coping checklist for a clinical population. *Western Journal of Nursing Research*, 15(1), 59-74.
- Modestin, J., Furrer, R., Malti, T. (2004). Study on alexithymia in adult non-patients. *Journal Psychosom Res.*, 56(6), 707-709.
- Mo-Kyung, S., Duck-Hee, K., Michael, W. (2005). Relationships of asthma knowledge, self-management, and social support in African American adolescents with asthma. *International Journal of Nursing Studies*, 42(3), 307-313.
- Montani, D., Cavailles, A., Bertoletti, L., Botelho, A., Cortot, A., Taillé, C. Marchand-Adam, S. et al. (2010). Les exacerbations de l'asthme de l'adulte en question. *Revue des maladies respiratoires*, 27, 1175-1194.

- Montreuil M., Jouvent R., Carton S., Bungener C. & Widlöcher D. (1991). Parallel visual information processing test. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56(4), 212-9.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., ... & Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer. *The British Journal of Psychiatry*, 158(2), 255-259.
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo & C., Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large Japanese community and clinical samples: A cross validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Biopsychosocial Medicine*, 7, 22.
- Morris, T. (1986). Coping with Cancer: The positive approach. Dans M. Watson et S. Greer (dir.), *Psychosocial issues in malignant disease* (p. 79-85). New York, NY: Pergamon Press.
- Moukram, N., Zaghba, N., Benjelloun, H., Yassine, N. (2017) Asthme chez la femme. 21^e congrès de pneumologie de la langue française. Marseille 27-29 janvier 2017.
- Moukram, N., Zaghba, N., Benjelloun, H., Yassine, N. (2017). Asthme chez la femme. 21^e Congrès de pneumologie de langue française - Marseille, 27 - 29 janvier 2017.
- Moussaif, I., Kchier, S., Diani, R., Zahraoui, K., Marc, J., Benamor, J. E., Bourkadi, M. & Soualhi, G. H. (2009). Tabac et asthme : étude comparative entre asthmatiques fumeurs et non-fumeurs. *Revue des Maladies Respiratoires*, 26, 118.
- Moylan, S., Jacka, F. N., Pasco, J. A., Berk, M. (2012). Cigarette smoking, nicotine dependence and anxiety disorders: a systematic review of population-based, epidemiological studies. *BMC Med*, 10: 123.
- Moylan, S., Jacka, F. N., Pasco, J. A., Berk, M. (2013). How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: a critical review of biological pathways. *Brain Behav*, 3 : 302 – 326.
- Mukendi Mpinga, H. (2018). *Eléments de psychologie médicale*. Paris : L'Harmattan.
- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbach, D., Parker, S., & Watson, P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: A review of the literature. *Health Technology Assessment*, 2, 16, 1–278.
- Murphy, V.E., Clifton, V.L., Gibson, P.G. (2006). Asthma exacerbation during pregnancy: incidence and association with adverse pregnancy outcomes. *Thorax*, 61, 169–76.
- Nascimento, I., Nardi, A. E, Valença A. M., Lopes F. L., Mezzasalma, M. A., Nascentes, R., et al. (2002). Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. *Psychiatry Res*, 110(1), 73–80.

- Nemiah J. C. & Sifneos P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. Dans Hill, O.W. (Dir.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (p. 26-34). London : Butterworths.
- Newinger, G., Légeron, P. (2005) Approches cognitivo-comportementale de l'asthme. *Journal de Thérapie comportementale et cognitive*, 15(3), 84-96.
- Nguyen, L., Raheison, C., Vernejoux, J. M., Thunon-de-Lara, J. M. & Taytard, A. (2002). Influence du tabagisme sur la vie quotidienne des adolescents asthmatiques. *Revue des Maladies Respiratoires*, 19(3), 301-309.
- Nocent-Ejnaini, C. (2016) Asthme et grossesse. *Revue française d'allergologie*, 56, 194-195.
- Ogden, J. (1996). *Health Psychology. A Textbook* Buckingham, The Open University press.
- Ogden, J. (2014). *Psychologie de la santé*. 2^{ème} édition. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Onnis, L. (2009). *Asthme et enfant : apports de la thérapie familiale*. Bruxelles : De Boeck.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2012). *Qualité de vie*. Récupéré du site : <http://www.who.int/fr/>.
- Osowiecki, D. M. et Compas, B. E. (1999). A prospective study of coping, perceived control, and psychological adaptation to breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2), 169-180.
- Overbeck, G. (1977). How to operationalize alexithymic phenomena – some findings from speech analysis and the Giessen Test (GT). *Psychosomatic and psychosomatics*, 28(1-4), 160-117.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M. & Taylor, G. J. (1991). Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs. *Comprehensive psychiatry*, 32(5), 387-394.
- Parker, J. D. A., Keightley, M. L., Smithn C. T. & Taylor, G.-J. (1999). Interhemispheric transfer deficit in alexithymia: An experimental study. *Psychosomatic Medicine*, 61(4), 464-468.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 269-275.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (1993). Alexithymia and the processing of emotional stimuli: An experimental study, *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, 9, 9-14.
- Pasquereau, A., Gautier, A., Andler, R., Guignard, R., Richard, J. B., Nguyen-Thanh, V., et al. (2017). Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidemiol Hebd*, 214-222.

- Pasquier, A (2012). *Psychopathologie des émotions*. Paris : Armand Colin
- Pasquier, A. & Pedinielli, J. L., (2010). Étude exploratoire des relations entre consciences émotionnelles, partage social des émotions, états anxieux et états dépressifs. *L'Encéphale*, 36(2), 97-104.
- Patridge, M. R., Van Der Molen, T., Myrseth, S. E. (2006). Attitudes and Actions of asthma patients on regular maintenance therapy: the INSPIRE study. *BMC Pulmonary medicine*, 22(1), 6-13.
- Paulson, J. E. (1985). State of the art of alexithymia measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44, 57-64.
- Pedersen, B., Dahl, R., Karlstrom, R., Peterson, C. G., Venge, P. (1996). Eosinophil and neutrophil activity in asthma in a one-year trial with inhaled budesonid. The impact of smoking. *Am J Respir Crit Care Med*, 153, 1519-29.
- Pedinielli (2010). *La psychosomatique : entre psychanalyse et biologie*. Paris : Colin.
- Pedinielli, J. L. (1992). *Psychosomatique et alexithymie*. Paris : PUF.
- Pedinielli, J. L., & Rouan, G. (2000). *Logiques de l'addiction. Les addictions*. Paris : PUF.
- Pedinielli, J. L., Bertagne, P., Campoli, C. & Levi-Valensi, P. (1991). Dépression, alexithymie et handicap chez les insuffisants respiratoires chroniques. *Psychologie médicale*, 23(2), 178-182.
- Pedinielli, J. L., Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *EMC Psychiatrie*, 37, 400.
- Pedinielli, J. L., Rouan, G., Ggimenez, G., Bertagne, P. (2005). Psychopathologie des conduits à risques. *Annales Médico-Psychologiques*, 163, 30-36.
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction*. Lexington, M.A.: Lexington Books.
- Pefura-Yone, E. W., Bisseh-Mekulu, Balkissou, A., Afane-Ze, E. (2016) Association entre l'anxiété, la dépression mentale et le contrôle de l'asthme. 20ème congrès de pneumologie de langue française, Lille, 29-30 janvier 2016.
- Peiffer, G., Underner, M., Perriot, J. (2018) BPCO et sevrage tabagique : attentes des patients et réponses des professionnels de santé. *Revue de Pneumologie Clinique*, 74(6), 375-390.
- Pelkonen, M., Notkola, I. L., Nissinen, A. (2006). Thirty-year cumulative incidence of chronic bronchitis and COOPD in relation to 30year pulmonary function and 40-year mortality. A follow-up in middle-aged rural men. *Chest*, 130, 1129-1137.
- Pennebaker, J. W., Zech, E. et Rimé, B. (2001). Disclosing and sharing emotions: Psychological, social, and health consequences. Dans M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W.

- Stroebe et H. Schut (dir.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (p. 517-539). Washington, Wash: APA.
- Peretti-Watel, P., Beck, F., Wilquin, J. L. (2007). Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. Dans : Beck, F., Guilbert, P., Gautier, A. (2007). Baromètres santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Inpes.
- Perotin, J. M. (2016). Asthme sévère : quels pneumallergènes ? *Revue française d'allergologie*, 56, 163-164.
- Perriot, J., Underner, M., Peiffer, G., Dautzenberg, B. (2018). L'aide à l'arrêt du tabac des fumeurs atteints de BPCO, d'asthme, de cancer bronchique, et opérés. *Revue de Pneumologie clinique*, 74(3), 170-180.
- Perriot, J., Underner, M., Peiffer, G., Le Houezec, J., Samalin, L., Schmitt, A., De Cahzeron, I., Doly-Kuchcik, L. (2012). Le sevrage tabagique des « fumeurs difficiles ». *Revue des Maladies Respiratoires*, 29, 448-461.
- Pheulpin, M. C. (2017). À bout de souffle, le corps en détresse, l'affect en question. *Corps & Psychisme*, 71(1), 43-58.
- Philippot, P. (2011). Émotion et psychothérapie. Wavre : Mardaga.
- Philippot, P., Baeyens, C., Douilliez, C. (2006). Specifying emotional information: Modulation of Emotional Intensity via Executive Processes. *Emotion*, 6, 560-571.
- Philippot, P., Baeyens, C., Douilliez, C., Francart, B. (2004). Cognitive regulation of emotion. Dans Philippot, P., Feldman, R. S. (Eds). *The regulation of emotion* (pp. 71-100). New York: Laurence Erlbaum Associates.
- Philippot, P., Feldman, R. S., Coat, E. J. (2003). *Nonverbal behavior in clinical settings*. New-York: Oxford University Press.
- Philippot, P., Schaefer, A., Herbette, G. (2003a). Consequences of specific processing of emotional information: Impact of general versus specific autobiographical memory priming on emotion elicitation. *Emotions*, 3, 270-283.
- Picardi, A., Fagnani, C., Giantesco, A., Toccaceli, V., Lega, I. & Stazi, M.-A. (2011). Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(4), 256-263.
- Pierce, G.R., Sarason, I.G. et Sarason, B.R. (1996). Coping and social support. Dans M. Zeider et N.S. Endler (dir.), *Handbook of coping: theory, research, applications*, New York, NY: John Wiley and Sons.

- Pietri, M., Bonnet, A. (2017) Alexithymie, intensité émotionnelle et symptomatologie anxieuse/depressive : dimensions explicatives du tabagisme. *Annales Médico-Psychologiques*, 175, 146-152.
- Piette, V., Demoly, P. (2009) Asthme et grossesse. Revue des connaissances actuelles et prise en charge à la lumière des nouvelles recommandations GINA 2006. *Revue des maladies respiratoires*, 26, 359-379.
- Pirlot, G., (2009). *Déserts intérieurs. Le vide négatif dans la Clinique contemporaine ; le vide positif dans l'appareil d'âme*. Toulouse : Erès.
- Poitevin, B. (2013). Asthme : quelle place pour l'homéopathie (1ère partie). *La Revue d'Homéopathie*, 4, 83-90.
- Pomerleau, C. S. (1995). Individual Differences in Sensitivity to Nicotine: Implications for Genetic Research on Nicotine Dependence. *Behavioral Genetics*, 25(2), 161-177.
- Porcelli, P., Taylor, G. J., Bagby, R. M. & De Carne, M. (1999). Alexithymia and functional gastrointestinal disorders: A comparison with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(5), 263-269.
- Portel, L., Raheison, C., Coëtmeur, D., Didi, T., Lemaire, B., Maurer, C., Nocent, C., Osler, J. P., Parrat, E. (2018) 22e congrès de pneumologie de langue française -Lyon, 26-28 janvier 2018 « France asthme sévère (FASE) : étude observationnelle transversale descriptive des patients atteints d'asthme sévère suivis dans les centres hospitaliers généraux ».
- Portunando, J. A. (2010). *La figura humana. Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid: biblioteca nueva.
- Postma, D. (2015). The asthma-COPD overlap syndrome. *NEJM*, 373(13), 1241-1249.
- Postma, D. S., et al. (1995). Genetic susceptibility to asthma--bronchial hyperresponsiveness coinherited with a major gene for atopy. *The New England journal of medicine*. 333(14), 894-900.
- Pouga, L., Berthoz, S., Leoci, C., Centonze, S. & Taylor, G. J. (2010). Individual differences in socioaffective skills influence the neural bases of fear processing: The case of alexithymia. *Human Brain Mapping*. 31(10), 1469-1481.
- Power, M. (2010). *Emotion-focused cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Power, M., Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion: from order to disorder*. Hove, UK: Erlbaum.

- Price, D., Fletcher, M., Van der Molen, T. (2014). Asthma control and management in 8,000 European patients: the REcognise Asthma and LIInk to Symptoms and Experience (REALISE) survey. *NPJ Prim Care Respir Med*, 24, 14009.
- Prince, J. D., Berenbaum, H. (1993). Alexithymia and hedonic capacity. *Journal of Research in Personality*, 27, 15-22.
- Prochaska, J., DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-258.
- Procidiano, M. E. et Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friend and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Rabe, K. F., Adachi, M. & Lai, C. K. (2004). Worldwide severity and control of asthma in children and adults: the global asthma insights and reality surveys. *Journal of Allergy Clinical Immunology*, 114(1), 40-47.
- Radenne, F., Verkinder, C., Tonnel, A. B. (2003) L'asthme du sujet âgé. *Revue des maladies respiratoires*, 20, 95-103.
- Radeos, M. S., Leak, L.V., Lugo, B. P., Hanrahan, J. P., Clark, S., Camargo Jr, C. A. (2001). Risk factors for lack of asthma self-management knowledge among ED patients not on inhaled steroids. *Am J Emerg Med*, 19, 253 - 259.
- Radloff, L-S. (1977). The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurements*, 1, 385-401.
- Raherison, C. (2006). Place de l'éducation thérapeutique dans l'asthme sévère. The role of therapeutic education in severe asthma. *Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique*, 46(3), 145-147.
- Raherison, C., Mayran, P., Jeziorski, A., Deccache, A., Didier, A. (2017) Patient asthmatique : contrôle, ressenti et observance. Résultats français de l'enquête réalisée TM. *Revue des maladies respiratoires*, 34, 19-28.
- Raherison, C., Taytard, A. & Anesi-Maesano, I. (2003). Tabagisme, Asthme et phénotypes associés. Approche épidémiologique. *Revue générale*, 20(2), 233-247.
- Rahioui, H. (2011). *Les thérapies cognitivo-comportementales en addictologie*. Dans Toubiana, E. P. *Addictologie clinique*, Paris : PUF.
- Rand, C. S., Wise, R. A. & Nides, M. (1992). Metered-dose inhaler adherence in a clinical trial. *American Review of Respiratory Disease*, 146(6), 1559-1564.

- Raoufi, M., Elouazzani, H., Souhi, H., Rhorfi, I., Abid, A. (2015). Association entre asthme et maladies psychiatriques : à propos de 300 cas. 19e Congrès de pneumologie de langue française, Lille, 30 janvier-1er février 2015.
- Rasclé, N. (1994). Le soutien social dans la relation stress-maladie. Dans M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer (dir.), *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris, France : PUF.
- Reicherts, M., Casellini, D., Duc, F., et al. (2007). L'« ouverture émotionnelle » dans les troubles de la dépendance et de la personnalité. *Annales Médicales et Psychologiques*, 165, 485-491.
- Ribassin-Majed, L., Hill, C. (2015). Trends in tobacco attributable mortality in France. *Eur J Public Health*, 25, 824-828.
- Richard, J. B., Gautier, A., Guignard, R., Léon, C., Beck, F. (2015). *Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé.
- Riesman, D. (1950). *The Lonely Crowd: A Study of the changing American Character*. New Haven : Yale University Press.
- Rimé, B. (1989). Le partage social des émotions. Dans B. Rimé et K. Scherer (dir.), *Texte de base en psychologie : les émotions* (p. 271-303). Lausanne, France : Delachaux et Niestlé.
- Rimé, B. (2005). *Le partage social des émotions*. Paris : Presses universitaires de France.
- Rimé, B. (2007). *Interpersonal Emotion Regulation*. Dans Gross, J. J. (éd.), *Handbook of Emotion Regulation*, pp. 466-485. New York: Guilford Press.
- Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E. et Philippot, P. (1998). Social sharing of emotions: New evidence and new questions. *European Review of Social Psychology*, 9, 145-189.
- Ritz, T., Bobb, C., Griffiths, C. (2014) Predicting asthma control: the role of psychological triggers. *Allergy Asthma Proc.* 35(5), 390-397.
- Riviere, S., Delmas, M.-C., Iwatsubo, Y. (2018). Asthme et caractéristiques socioprofessionnelles en France en 2012. *Revue des Maladies Respiratoires*, 35, 287-294.
- Robert, N. (2019) Maladie chronique, parcours de soins : la parole du patient. *JMV-Journal de Médecine Vasculaire*, 44(2), 116.
- Robitaille, C., Boulet, L. P. (2014). L'asthme de la personne âgée. *Revue des maladies respiratoires*, 32, 478-487.

- Rolland, J. P., Pelissolo, A., Perez-Diaz, F., Jouvent, R., Allilaire, J. F. (2007). Évaluation dimensionnelle des émotions en psychiatrie : validation du questionnaire Émotionnalité positive et négative à 31 items (EPN-31) *L'Encéphale*, 33(1) 256-263.
- Rollnick, S., Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Romberger, D.J., Grant, K. (2004). Alcohol consumption and smoking status: the role of smoking cessation. *Biomed Pharmacother*, 58: 77 – 83.
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monograph*, 2, 35-86.
- Roux, M. L. (2011). *Qui sont les patients concernés par les indications ?* Dans Dechaud-Ferbus (2011). *La psychothérapie psychanalytique corporelle. L'inanalysable en psychanalyse. Le divan par devant*. Paris : L'Harmattan.
- Rusinek, S. (2004). Les émotions. Du normal au pathologique. Paris : Dunod, collection Les Topos.
- Rüther, T., Bobes, J., De Hert, M., Svensson, T.H., Mann, K., Batra, A., et al. (2014). European Psychiatric Association. EPA guidance on tobacco dependence and strategies for smoking cessation in people with mental illness. *Eur Psychiatry*, 29: 65 - 82.
- Saariaho, A. S. Saariaho, T. H., Mattila, A. K. Karukivi, M. R., Joukamaa, M. I. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General Hospital Psychiatry*, 35, 239-245.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Aärelä, E., Toikka, T. & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population in Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 75-82.
- Salovey, P., Hsee, C. K., et al. (1993). *Emotional intelligence and the self-regulation of affect*. Dans Wegner, D. M., Pennebaker, J. W., *Handbook of mental control*, Prentice Hall, 258-277.
- Sami-Ali, M. (2013a). *L'impasse relationnelle, temporalité et cancer*. Dans Sami-Ali, M. et al. *Cancer et psychosomatique relationnelle*, Paris : EDK.
- Sami-Ali, M. (2013b). Introduire la psychosomatique relationnelle. *Psychosomatique relationnelle* (1), 1-4.
- Santiago-Delefosse, M. (2006). La tension entre théorie et terrain. In P. Paillé (Ed.), *La méthodologie qualitative : Postures de recherche et travail de terrain* (pp. 201–223). Paris: Armand Colin.

- Saulnier, F., Préau, S., Onimus, T., Voisin, B., Durocher, A. (2012a). Asthme aigu : orientation et prise en charge. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, 24, 147-160.
- Saulnier, F., Préau, T. (2012b). Asthme aigu : orientation et prise en charge. *Revue des maladies respiratoires*, 29, 612-625.
- Saulnier, F., Soubrier, S., Tenaillon, A., Perrin-Gachadoat, D., Préveraud de Vaumas, C. (2008). *Asthme aigu grave*. In : Offenstadt, G., Boles, J. M., Bollaert, P. E., Jaeger, A., Saulnier, F., Wolff, M., Zéni, F. *Réanimation médicale*. Paris: Masson, 938-947.
- Schatz, M., Sorkness, C. A., Lif, J. T., Marcus, P., Murray, J. J., Nathan, R. A., Kosinski, M., Pendergraft, T. B., Jhingran, P. (2006). *Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists*. *Journal of Allergy Clinical Immunology*, 117(3), 549-56.
- Scherer, R. (2005). What are emotion? And how can they be measured? *Research*, 44(4), 695-729.
- Schiltz, L., Brytek-Matera, A. (2013). Obésité, régulation émotionnelle, estime de soi. Étude comparative et structurale à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. *L'évolution psychiatrique*, 78, 625-640.
- Schweitzer, T., Gillet, C., Bisch, M., DiPatrizio, P., Schwan, R., Laprevote, V. (2016). Consommations conjointes de cannabis et de tabac : connaissances cliniques et perspectives thérapeutiques. *Thérapie*, 71(3), 315-322.
- Seligman, M. E., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology : an Introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seret, J., Pirson, M., Penson, F., Lefebvre, H., Lecocq, D. (2018) Besoins et attentes de personnes vivant avec un asthme chronique quant à l'accompagnement propose par les professionnels de la santé belges. *Recherches en soins infirmiers*, 132(1), 64-77.
- Serrano, J., Plaza, V., Sureda, B. *et al.* (2006). Alexithymia: a relevant psychological variable in near-fatal asthma. *EurRespir J*, 28, 296-302.
- Sheikh, S., Stephen, T., Howell, L., Eid, N. (1999) Gastroesophageal reflux in infants with wheezing. *Pediatr Pulmonol*, 28, 181-186.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol*, 11, 379-405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Shipko, S. & Noviello, N. (1984). Psychometric properties of self-report scales of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 41(2), 85-90.

- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2), 255-262.
- Sifnéos, P. E. (1995). Psychosomatique, alexithymie et neuroscience. *Revue française de psychosomatique*, 7(1) 27-35.
- Sifneos, P. E., Apfel, R. J. (1977). The phenomenon Alexithymia, observations in neurotic psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 28(1-4), 47-57.
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.
- Siroux, V., Oryszcyn, M P. & Varraso, R. (2007). Facteurs environnementaux de l'asthme sévère et de l'allergie : résultats de l'étude EGEA. *Maladies Respiratoires*, 24(5), 599-608.
- Skinstad, A.H., Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Société de pneumologie française (2005). Observance thérapeutique et asthme. *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(2), 58-66.
- Soumaille, S. Bondolfi, G. (2015) *L'anxiété et les troubles anxieux*. Hygiène et santé.
- Speranza, M., Stéphan, P., Corcos, M., Loas, G., Taieb, O., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., Venisse, J.L., Bizouard, P., Halfon, O., Jeammet, P. (2003). Étude des liens entre alexithymie, l'expérience dépressive et la dépendance interpersonnelle chez des sujets addictifs, *Ann. Med. Interne*. 154, 1S65-1S75
- Sperenza, M., Loas, G., Guilbaud, O, Corcos, M. (2011). Are treatment options related to alexithymia in eating disorders? Results from a three-year naturalistic longitudinal study. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 65, 585-589.
- Steinweg, D. L., Dallas, A. P., Rea, W. S. (2011). Fibromyalgia: Unspeakable suffering, a prevalence study of alexithymia. *Psychosomatics*, 52, 255-262.
- Stora, J. B. (2012). Le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neurohormonaux dans les somatisations : l'approche de psychosomatique intégrative. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(1), 26-31.
- Sultan, S. et Varescon, I. (2012). *Psychologie de la santé*. Paris : Presse Universitaire de France.
- Swart, M., Bruggerman, R., Laroï, F., Alizadeh, B. Z. & Kema, I. (2011). COMT Val58Met polymorphism, verbalizing of emotion and activation brain systems. *Neuroimage*, 55(1), 338-344.
- Swiller, H. I. (1988). Alexithymia: Treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 38, 47-61.

- Tabibnia, G., Zaidel, E. (2005). Alexithymia, interhemispheric transfer, and right hemispheric specialization: a critical review. *Psychother Psychosom*, 74(2), 81–92.
- Taillé, C. (2003). Asthme de l'adulte : diagnostic et traitement (en dehors de l'asthme aigu). *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, 6-0905, 6.
- Taillé, C. (2004) Asthme de l'adulte : diagnostic et traitement (en dehors de l'asthme aigu). EMC Médecine, 1, 141-150.
- Talati, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S. (2016) Changing relationships between smoking and psychiatric disorders across twentieth century birth cohorts: clinical and research implications. *Mol Psychiatry*, 21: 464 – 471.
- Tapp, S., Lasserson, T. J. & Rowe, B. (2007). Education interventions for adults who attend the emergency room for acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev*, 18(3).
- Tarquinio, C. & Tarquinio, M. P. (2007). L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 13(1), 1-19.
- Tassin, J. P., Kirsch, M. (2010) Tabac et addiction. *La lettre du collège de France*. Hors série, 3, 28-39.
- Tavormina, J. B., Kastner, L. S., Slater, P. M. et Watt, S. L. (1976). Chronically ill children: A psychologically and emotionally deviant population? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 99-110.
- Taylor, G. J., Bagby & R. M. (2000). An overview of the alexithymia construct. Dans Bar, R., Parker, J. D. A. (Dir.) *The Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 1161-1173.
- Taytard, A. (2002). L'éducation thérapeutique dans l'asthme, *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie clinique*, 43(2), 108-112.
- Thomas, M., Bruton, A., Moffat, M., Cleland, J. (2011). Asthma and psychological dysfunction. *Prim Care Respir J*, 20, 250–256
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 240, 25–52.
- Thomson, N. C. & Chaudhuri, R. (2008). Identification and management of adults with asthma prone to exacerbations: can we do better? *BMC Pulmonary Medicine*, 30, 8-27.

- Tiotiu, A., Martinet, Y. (2015) Impact de l'anxiété et de la dépression sur le contrôle de l'asthme. 19ème congrès de pneumologie de langue française, Lille, 30 janvier-1er février 2015.
- Tomas-Bouil, A., De Andrade, V., Gagnayre, R. (2016). Santé au travail et éducation thérapeutique du patient atteint d'asthme ou de lombalgie chronique. *Santé publique*, 28(3), 321-330.
- Trapnell, P. D., Wiggins, J. S. (1990). Extension of the Interpersonal Adjective Scales to include the Big Five dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 781-790.
- Trian, T., Allard, B., Dupin, I., Carvalho, G., Ousova, O., Maurat, E., et al. (2015). House dust mites induce proliferation of severe asthmatic smooth muscle cells via an epithelium-dependent pathway. *Am J Respir Crit Care Med*, 191(5), 538-546.
- Trouillet, R., Bourgey, M., Brouillet, D., Leroy-Viémon, B. (2012). *L'anxiété. Cliniques, modèles et prises en charge*. Les Topos, Dunod.
- Truchot, J., Gayet, A. & Plaisance, P. (2014). Prise en charge de l'asthme en urgence. *Le praticien en anesthésie réanimation*, 18(4), 227-233.
- Tselebis, A., Moulou, A., Ioannis, I., Dionysios, B. (2006). Depression, family support and alexithymia in patients with bronchial asthma. *Annals of General Psychiatry*, 5, 128.
- Tual, S., Godard, P., Bousquet, J., Annesi-Mæzano, I. (2008). Diminution de la mortalité par asthme en France. *Rev Mal Respir*, 25, 614-620.
- Underner, M., Peiffer, G., Perriot, J., Harika-Germaneau, G., Jaafari, N. (2018). La diminution de la consommation de tabac est-elle associée à une réduction du risque de morbi-mortalité cardiovasculaire et pulmonaire ? *Revue de Pneumologie Clinique*, 74(3), 188-195.
- Underner, M., Perriot, J. Peiffer, G., Meurice, J. C. (2015). Influence du tabagisme sur le risque de développement de l'asthme. *Revue des Maladies Respiratoires*, 32(2), 110-137.
- Valleur, M., Bucher, C. (2006). *Le jeu pathologique*. Paris, Armand Colin.
- Van der Meer, R. M., Willemsen, M. C., Smit, F., Cuijpers, P. (2013). Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 8.
- Van Lieshout, R. J., Bienenstock, J., MacQueen, G. M. (2009). A review of candidate pathways underlying the association between asthma and major depressive disorder. *Psychosomatic Medical*, 71(2), 187-95.

- Van Middendorp, H., R. Geenen, M. J., Sorbi, J. J., Hox, A. J., Vingerhoets, L. J., Van Doornen, *et al.* (2005). Styles of emotion regulation and their associations with perceived health in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 44-53.
- Vaux, A. (1988). *Social support. Theory, Research, and Intervention*, New-York, NY: Praeger.
- Vazquez, K., Sandler, J., Interian, A., Feldman, J. M. (2017). Emotionally triggered asthma and its relationship to panic disorder, ataques de nervios, and asthma-related death of a loved one Latino adults. *J. Psychosom. Res.*, 93, 76-82.
- Venisse, J. L., Grall-Bronnec, M. (2017). Facteurs psychopathologiques impliqués dans les addictions. Dans Lejoyeux, M. (2017). *Addictologie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Vermeulen, N., Toussaint, J., Luminet, O. (2010). The influence of alexithymia and music on the incidental memory for emotion words. *European Journal of Personality*, 24, 551-568.
- Vicaire, M. (2017). L'arrêt du tabac des malades respiratoires. *Revue des maladies respiratoires*, 34, 180.
- Vodermaier A., Roanne D.M. (2011). Accuracy of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 19, 1899-1908.
- Walden, T. A., Smith, M. (1997). Emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 21(1), 7-25.
- Wang Z., Chen C. & Niu T. (2001). Association of asthma with beta(2)-adrenergic receptor gene polymorphism and cigarette smoking. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 163(6), 1404-1409.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206.
- Watson, D., Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, D., Clark, L. A. (1992). On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the Five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 441-476.
- Weiler, J. M., Bonini, S., Coifman, R., Craig, T., Delgado, L., Capao-Filipe M., et al. (2007). American Academy of Allergy, Asthma & Immunology Work Group report: exercise-induced asthma. *J Allergy Clin Immunol*, 119, 1349-1358.

- Weinberger, A. H., Pilver, C. E., Desai, R. A., Mazure, C. M., McKee, S. A. (2012) The relationship of major depressive disorder and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the US population. *Addiction*, 107, 1847-1856.
- Weinman, A., Figueiras M. J. (2002). *La perception de la santé et de la maladie*. Dans Fischer, G.N. *Traité de Psychologie de la santé*. Paris : Dunod, pp. 117-135.
- Weiss, L. (2007). Pourquoi l'asthme reste-t-il une maladie sous-traitée ? La faute du patient ? *Archives de pédiatrie*, 14, 696–698.
- Weitzman, M., Gortmaker, S. & Sobol, A. (1992). Maternal Smoking and behavior problems of children. *Pediatrics*, 90(3), 342-349.
- Williams, J. M., Ziedonis, D. (2004). Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav*, 29: 1067 – 1083.
- Wingbermhühle, E., Theunissen, H., Verhoeven, W. M. A., Kessels, R. P. C. & Egger, J. I. M. (2012). The neurocognition of alexithymia: Evidence from neuropsychological and neuroimaging studies. *Acta Neuropsychiatrica*, 24(2), 67-80.
- Winnicott, D. (1971). *Jeu et réalité*. Paris : Galimard.
- Winnicott, D. (1992). *Le bébé et sa mère*. Paris: Payot
- Winnubst, J. A. M., Buunk, B. P., Marcelissen, F. H. G. (1988). Social support and stress: Perspectives and Processes. Dans S. Fisher et J. Reason (dir.), *Handbbok of life stress, cognition and health* (p. 511-528). New York, NY: Wiley.
- Wirth, N., Bohadana, A., Spinosa, A. & Martinet, Y. (2009). Les pathologies respiratoires liées au tabagisme passif. *Revue des maladies respiratoires*, 26(6), 667-678.
- Witkiewitz K, Bowen D. (2010). Depression, craving and substance abuse following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psycho*, 78, 362-374.
- Wolff, H. S., (1950). Life stress and bodily diseases: a formulation in Procredings of the Association for Research. *Nervous and Menta Disease*, 19.
- World Health Organization. (1991). *International Classification of Disease (ICD-10)*, World Health Organization, Geneva.
- Zahn-Waxler, C., Kochanska, G., Krupnick, J., McKnew, D. (1990). Patterns of guilt in children of depressed and well mothers. *Developmental Psychology*, 26(1), 51-59.
- Zani, B. (2002). *Théories et modèles en Psychologie de la Santé*. In *Traité de Psychologie de la santé*. Dunod Paris, pp. 22-46.

- Zigmond A.S., Snaith R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zimmermann, G., Salamin, V., & Reicherts, M. (2008). L'alexithymie aujourd'hui : essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité. *Psychologie Française*, 53(1), 115-128.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D. M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *J Pers*, 68, 999–1029.

Résumé. Asthme, tabagisme et déficits émotionnels

Introduction : Compte tenu de la mortalité et de la morbidité qu'ils engendrent, l'asthme et le tabagisme sont à ce jour de réels problèmes de santé publique. L'objectif principal de cette étude est de mieux comprendre les relations et les effets entre les facteurs médicaux et les facteurs psychologiques tels que l'alexithymie, la dépression, l'anxiété, les émotions chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs.

Méthode : 70 patients atteints d'asthme (17 % d'hommes, 82 % de femmes, âge moyen : 54 ans +/- 13,7) ont répondu à une série de questionnaires visant l'évaluation du contrôle de l'asthme (ACT, ACQ), de l'observance thérapeutique (MARS-5), de la qualité de vie (mini-AQLQ), de l'alexithymie (TAS-20), de l'anxiété et de la dépression (HADS), des émotions (échelle de Diener) et du tabagisme (Fagrestrom, QCT). Deux épreuves projectives (dessin de l'arbre et dessin de la personne) leur ont également été proposées, ainsi qu'un entretien sur leur parcours avec l'asthme et le tabac. Cette étude s'inscrit dans une approche mixte incluant des méthodes quantitatives et qualitatives.

Résultats : Les principaux résultats mettent en évidence des relations entre la sévérité de l'asthme, son contrôle et la qualité de vie, ainsi que des relations entre alexithymie, anxiété, dépression et émotions négatives chez les patients asthmatiques. Les résultats suggèrent également que les facteurs médicaux et les facteurs psychologiques sont d'autant moins bons que les patients sont alexithymiques, dépressifs, anxieux ou qu'ils aient un asthme partiellement ou pas contrôlé.

Conclusion : L'achèvement de ce travail suggère des implications cliniques pour les professionnels travaillant auprès de patients asthmatiques : détecter les patients les plus vulnérables en repérant la présence d'alexithymie, leur niveau d'anxiété et de dépression afin de leur offrir un suivi plus soutenu ; proposer un accompagnement psychologique adapté faisant appel à des techniques cognitives et comportementales ou encore la mise en place d'ateliers à médiation artistique tels que le théâtre ou le chant qui permettent de lier aspects somatiques et émotionnels.

Mots clés : asthme, tabagisme, déficits émotionnels, alexithymie, dépression, anxiété

Abstract. Asthma, smoking and emotional deficits.

Backgrounds and objectives: Due to their high morbidity and mortality rates, asthma and smoking constitute a major public health issue. This study aims at understanding the relations between medical and psychological factors such as alexithymia, depression, anxiety and emotions among smoker and non-smoker asthmatic patients.

Methods: 70 asthmatic patients were included in this study (17% female, 82% male, mean age 54 years +/- 13.7). Structured interviews were conducted to assess a series of validated questionnaires regarding: 1/ asthma evaluation with the Asthma Control Test and Questionnaire (ACT and ACQ), 2/ medication compliance with the Medication Adherence Rating Scale (MARS-5), 3/ quality of life (Asthma Quality of Life Questionnaire: mini-AQLQ), 4/ alexithymia (the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: TAS-20), 5/ depression and anxiety (Hospital Anxiety and Depression Scale: HADS), 6/ emotions (Diener scale) and 7/ smoking behaviours (Smoking Behaviours Questionnaire: SBQ and Fagrestrom test). In addition, two projective tests were assessed during the interview: the tree-drawing test and the draw-a-person test. This mixed-method study uses an integration of quantitative and qualitative data analysis.

Results: On one hand, this study highlights relation between asthma severity, its control and quality of life. On the other hand, it suggests a connection between alexithymia, anxiety, depression and negative emotions in asthmatic patients. This study also shows that medical and psychological factors are worse when patients are alexithymic, depressive, anxious or have partially or uncontrolled asthma.

Significance: This highlights suggest clinical implications for professionals working with asthmatic patients. Indeed, the detection of the most vulnerable patients by identifying and evaluating alexithymia, anxiety and depression can provide an optimization of the patient's follow up; and offer a suitable psychological support using cognitive and behavioral techniques or even propose an artistic mediation linking somatic and emotional aspects like theatre or singing.

Key words: asthma, smoking, emotional deficits, alexithymia, depression, anxiety.