



HAL
open science

Consommations de tabac et d'alcool chez des femmes traitées pour un cancer du sein dans un service de chirurgie oncologique : des comportements fréquents à considérer

Marion Barrault-Couchouron, Marion Beracochea, Michel Dorval, Vincent Allafort, Valerie Barthelemy, Véronique Garguil, Marc Auriacombe, Emmanuel Bussieres, Katia M Bailara

► To cite this version:

Marion Barrault-Couchouron, Marion Beracochea, Michel Dorval, Vincent Allafort, Valerie Barthelemy, et al.. Consommations de tabac et d'alcool chez des femmes traitées pour un cancer du sein dans un service de chirurgie oncologique : des comportements fréquents à considérer. Bulletin du Cancer, 2022, 109 (3), pp.307-317. 10.1016/j.bulcan.2021.07.005 . hal-03970581

HAL Id: hal-03970581

<https://hal.science/hal-03970581>

Submitted on 22 Jul 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Consommations de tabac et d'alcool chez des femmes traitées pour un cancer du sein dans un service de chirurgie oncologique: des comportements fréquents à considérer.

Tobacco and alcohol consumption in women treated for breast cancer in a department of surgical oncology: frequent behaviours to consider.

**Barrault-Couchouron Marion^(1,3), Béracochéa Marion⁽¹⁾, Dorval Michel⁽⁴⁾, Allafort Vincent⁽⁵⁾,
Barthélémy Valérie⁽²⁾ Garguil Véronique⁽⁶⁾ Auriacombe Marc^(6,8), Bussièrès Emmanuel⁽²⁾,
M'bailara Katia^(3,7)**

(1) Département PRISME, service de psychologie, Institut Bergonié, 229 cours de l'Argonne, 33000 Bordeaux, France

(2) Départements de chirurgie, Institut Bergonié, 229 cours de l'Argonne, 33000 Bordeaux, France

(3) Laboratoire de Psychologie, EA 4139, Université de Bordeaux, 3 ter Place de la Victoire, 33000 Bordeaux, France

(4) Faculté de Pharmacie et Centre de recherche du CHU de Québec, Université Laval, 2705 Laurier Boulevard, G1V 4G2 Québec, Canada

(5) Institut de formation en soins infirmiers Florence Nightingale Bagatelle, 201 Rue Robespierre, 33400 Talence, France

(6) Service d'addictologie, Centre Hospitalier Charles Perrens, 121 rue de la Béchade, 33076 Bordeaux, France

(7) Service de Psychiatrie Adulte, Pôle 3-4-7, Centre Hospitalier Charles Perrens, 121 rue de la Béchade, 33076 Bordeaux, France

(8) Equipe addiction, Laboratoire SANPSY, CNRS USR 3413, Université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux, France

* **Auteur pour correspondance** : Marion Barrault-Couchouron

Institut Bergonié, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer, 229, Cours de l'Argonne, F-33076 Bordeaux

Courriel : M.BARRAULT@bordeaux.unicancer.fr

Résumé

Introduction : Le tabac et l'alcool sont les deux facteurs de risques principaux évitables de survenue de cancer et ont un impact non négligeable sur la mortalité, notamment chez les personnes atteintes de cancer du sein. Peu de recherches s'intéressent aux usages de substances psychoactives des femmes traitées pour un cancer du sein. Cette étude décrit les fréquences des consommations de tabac, d'alcool et leurs liens éventuels avec les variables sociodémographiques, médicales et psychologiques dans un échantillon de femmes traitées pour un cancer du sein en chirurgie oncologique. **Méthode :** D'octobre 2014 à août 2015, des femmes en cours de traitement d'un cancer du sein étaient incluses dans le cadre d'un programme de repérage précoce et d'intervention brève concernant l'alcool et le tabac (RPIB) adapté au contexte oncologique. Le recueil de données concernant les consommations de tabac et d'alcool a été réalisé avec des outils de repérage du statut tabagique (NIDA) et de l'usage d'alcool (AUDIT-C). Des questionnaires ont permis de documenter les données sociodémographique et psychologique (Thermomètre de la détresse psychologique ; ESAS). Les données médicales ont été rapportées par les participants et vérifiées à partir des dossiers de soin. **Résultats :** Au total, durant onze mois, 120 femmes atteintes d'un cancer du sein ont été incluses dans l'échantillon. Une large majorité était hospitalisée pour un premier cancer du sein (80,8 %), de type carcinome canalaire infiltrant (70,8 %), et bénéficiait d'une chirurgie comme premier traitement (45 %). Sur l'échantillon total, 30,8 % sont fumeuses, et 38,4 % présentent une consommation d'alcool à risque. Aussi, 40,8 % manifestent une détresse psychologique. Les liens entre consommations et caractéristiques sociodémographiques, médicales et psychologiques sont en majorité non significatifs. Seul l'âge des patientes est négativement lié à la consommation de tabac. **Discussion :** Le tabagisme et la consommation d'alcool à risque restent fréquents au moment des traitements du cancer du sein. Une aide à la réduction des risques et des dommages liés aux comportements potentiellement addictifs devrait être implantée tout au long du parcours de soins des patientes atteintes de cancer du sein.

Mots-clés : *tabac, alcool, détresse psychologique, cancer du sein, prévention.*

Summary

Introduction: Tobacco and alcohol represent the two most important risk factors increasing cancer incidence and mortality, particularly among women with breast cancer. However, few researches have focused on the consumption of psychoactive substances in women treated for breast cancer. The present study describes the prevalence of tobacco and alcohol consumption and their relationships with the sociodemographic, medical and psychological variables in a population of women receiving surgery treatment for breast cancer. **Methods:** Between October 2014 and August 2015, a group of women receiving breast cancer treatment were recruited to participate to a screening and brief intervention program (SBI) for the consumption of tobacco and alcohol, adapted to the oncology context. Data on tobacco and alcohol consumption were collected using two questionnaires: the smoking status identification (NIDA) and alcohol consumption (AUDIT-C). A questionnaire for socio-demographic data and two for psychological data (Thermometer of psychological distress; ESAS), have been used. The medical data were reported by participants and verified on medical records. **Results:** In a total of 11 months, 120 women with breast cancer were included in this study. A large majority of patients were hospitalized for a first-time cancer (80.8 %), type invasive ductal carcinoma (70.8 %) and were receiving surgery as primary treatment (45 %). Furthermore, 30.8 % of the women reported tobacco consumption and 38.4 % high-risk alcohol consumption. Regarding mental health, 40.8 % presented moderate to intense levels of psychological distress. No significant relationships were found between consumption scores and sociodemographic, medical or psychological characteristics. Only the patient's age was negatively associated with tobacco consumption. **Discussion:** Tobacco and at-risk alcohol consumption are frequently reported behaviors during breast cancer treatment. Intervention strategies targeting risk behaviors related to addictive consumption should be implemented during the full treatment of breast cancer patients.

Keywords: *Tobacco, alcohol, psychological distress, breast cancer, prevention.*

1. INTRODUCTION

[Tabagisme, consommation d'alcool et cancer du sein](#)

Le cancer du sein représente en France en 2018 le cancer le plus fréquemment observé chez la femme (1). Le taux d'incidence de ce cancer a augmenté, entre 2010 et 2018, en moyenne de 0,6 % par an (1). Le cancer du sein est de bon pronostic, avec un taux de survie à cinq ans supérieur à 87 %, se situant parmi les plus élevés en Europe (2). Néanmoins, la mortalité de ce cancer reste élevée, avec 12 146 décès estimés en 2018, le plaçant au premier rang des décès par cancer chez la femme (1). Les facteurs liés à la survenue et à la mortalité du cancer, notamment du cancer du sein sont multiples et certains d'entre eux constituent des facteurs de risques modifiables, résultant des modes de vie et des comportements. En France en 2015, 41 % de cas de cancers et 35 % des décès par cancer seraient évitables (3). L'usage de tabac et celui d'alcool constituent les facteurs responsables du plus grand nombre de cas de cancers évitables et ont une incidence non négligeable sur la mortalité par cancer y compris du cancer du sein (3,4).

Chez les femmes atteintes de cancer du sein, le tabagisme est un facteur de risque important, augmentant significativement la mortalité, que ce soit par mortalité spécifique à ce cancer ou par la survenue d'une autre pathologie ou d'un cancer secondaire (3–5). Le risque de mortalité par cancer du sein semble varier selon l'intensité de la consommation de tabac actuelle et cumulée (nombre de paquets/année) et la durée du tabagisme (4,6). Il y a un manque de données disponibles sur les effets du tabagisme léger sur le cancer du sein mais, pour d'autres types de cancer (gastro-intestinal ou du poumon), ou pour les maladies cardiovasculaires, les risques associés à ces modes d'usage restent substantiels (7). Par exemple, comme le montre une méta-analyse publiée en 2019 (8), fumer seulement une cigarette par jour comporte seulement 50 % de risque en moins de contracter une maladie cardiovasculaire par rapport aux personnes qui en fument vingt par jour. Pour le cancer du sein, selon l'étude de Pierce et ses collaborateurs (6), le risque de récurrence est augmenté de 41 % chez les fumeuses, comparativement aux non-fumeuses. De plus, le maintien du tabagisme pendant le traitement augmente nettement le risque de complications péri-opératoires (en particulier liés à la cicatrisation), il majore certaines toxicités liées aux traitements comme la chimiothérapie ou la radiothérapie, impactant leur efficacité, et il diminue la qualité de vie tant sur le plan physique que psychique, émotionnel et social (9,10). À notre connaissance, les données concernant la prévalence du tabagisme chez les femmes traitées pour un cancer du sein en France sont très rares.

Par ailleurs, la consommation d'alcool est clairement identifiée comme un facteur contributif majeur de la survenue du cancer du sein (11,12). En effet, selon l'INCa, en France en 2017 l'alcool serait responsable de 8 081 nouveaux cas de cancer du sein, plus que tous les autres cancers et est responsable de 15 % de sa mortalité (2). De plus, il est aujourd'hui clairement démontré que le risque de cancers augmente de manière linéaire avec la dose d'éthanol apportée par les boissons alcoolisées, sans effet de seuil (12,13). En fait, même une consommation modérée de dix grammes d'éthanol par jour, correspondant à une boisson standard, est associée à un risque accru de cancer du sein (14). Les données concernant la prévalence et l'impact de la consommation d'alcool chez les femmes en cours de traitement pour un cancer du sein sont plus rares que pour le tabac notamment du fait d'une sous-évaluation et d'une sous-déclaration de ce comportement chez les femmes (11).

Il est également démontré un effet synergique de la consommation d'alcool et de tabac en termes de toxicité, augmentant plus encore le risque de cancers (15). Par ailleurs, les fumeurs sont les plus enclins à cumuler d'autres comportements péjoratifs pour la santé, d'où une exposition majorée à un risque de récurrence de la pathologie cancéreuse et/ou l'apparition d'autres maladies chroniques (15).

[Déresse psychologique et cancer du sein](#)

Il est clairement documenté que les manifestations de détresse psychologique sont intenses au moment de l'annonce du cancer. La détresse psychologique est définie comme une expérience multifactorielle désagréable de nature psychologique (cognitive, comportementale et émotionnelle), sociale, spirituelle et/ou physique pouvant interférer avec la capacité à s'ajuster de façon efficiente au cancer, à ses symptômes et aux traitements (16). Elle est à considérer dans un continuum, allant de sentiments courants (vulnérabilité, tristesse, peurs, etc.) à des manifestations psychopathologiques pouvant devenir

invalidantes (anxiété, dépression, isolement social, etc.) (16). Les études mettent en exergue que 20 à 52 % des patients atteints de cancer montrent un niveau significativement élevé de détresse psychologique (17). La prévalence varie selon le type de cancer, le stade, l'âge de survenue, le genre et l'origine ethnique de la personne (18). Les recommandations internationales identifient des caractéristiques associées avec la détresse psychologique, notamment des antécédents de trouble psychiatrique, un épisode dépressif actuel, des troubles de l'usage de substance, des troubles cognitifs, une autre maladie chronique grave, des symptômes physiques non contrôlés et des difficultés de communication (16). Un niveau élevé de détresse psychologique est associé à une moins bonne qualité de vie, et semble affecter négativement la survie (19). De plus, les patients en rémission d'un cancer, présentant une détresse psychologique non prise en charge ont une moins bonne adhésion aux examens de surveillance, et sont moins susceptibles d'arrêter de fumer (20).

Synthèse

La documentation scientifique internationale est devenue de plus en plus abondante sur les facteurs de risques modifiables dont les consommations de tabac et d'alcool, tous cancers confondus. Les recommandations françaises de santé publique suggèrent l'importance de prendre en considération la consommation d'alcool et de tabac pendant le parcours de soins des personnes atteintes de cancer (21). La détresse psychologique induite par le contexte de la maladie est à repérer de façon régulière tout au long du parcours de soins et peut possiblement être liée à des comportements de consommation d'alcool et de tabac (16,20,21).

Cette étude propose de décrire la consommation d'alcool et de tabac chez des femmes traitées pour un cancer du sein en chirurgie oncologique et d'appréhender le lien éventuel avec des variables sociodémographiques, médicales et psychologiques.

Objectifs

1. Décrire la fréquence de consommation de tabac et d'alcool chez un échantillon de patientes en cours de traitement d'un cancer du sein.
2. Décrire les facteurs (démographie, caractéristiques de la maladie et détresse psychologique) possiblement associés au tabagisme et à la consommation d'alcool pendant le traitement.

2. MÉTHODE

Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique, exploratoire et transversale sur la consommation d'alcool, de tabac et la détresse psychologique chez des femmes en cours de traitement pour un cancer du sein et accueillies dans le service de chirurgie oncologique de l'Institut Bergonié, centre de lutte contre le cancer de la région Nouvelle-Aquitaine. Ces données ont été collectées entre octobre 2014 à août 2015, dans le cadre d'un programme de repérage et intervention brève pour les comportements de consommation d'alcool et de tabac (RPIB), adapté au contexte oncologique.

Participants

Ont été incluses, les femmes atteintes d'un cancer du sein localisé ou métastatique, majeures, vivant en France et ayant une compréhension suffisante de la langue française et ne présentant pas de trouble cognitif majeur rendant difficile la réalisation de l'entretien. L'ensemble de ces éléments étaient vérifiés au cours de l'entretien par l'infirmier selon une grille d'entretien préétablie.

Procédure

Un programme de repérage et intervention brève pour les comportements de consommation d'alcool et de tabac (RPIB) a été développé depuis 2012 en routine clinique au sein du service de chirurgie

oncologique du Centre régional de lutte contre le cancer du Sud-Ouest. Le RPIB a pour but de repérer les patients présentant des consommations à risque pour la santé et les aider à modifier ces comportements via un bref entretien reposant sur la délivrance d'information, et sur les principes de l'entretien motivationnel. L'objectif de cette stratégie de repérage est également de pouvoir permettre l'orientation vers des structures spécialisées en addictologie pour les personnes répondant aux critères de l'addiction à l'alcool et au tabac. Cette procédure développée par l'OMS est largement reconnue par la communauté scientifique et fait partie des recommandations en cancérologie (21). Les résultats de l'analyse d'implantation du RPIB en chirurgie oncologique ont déjà fait l'objet de communications scientifiques antérieures (22,23).

Au moment de leur admission, tous les patients bénéficient d'un entretien infirmier permettant le repérage systématique de la détresse psychologique et des comportements de consommation concernant l'alcool et le tabac. En fonction des résultats du repérage, l'infirmier peut proposer une intervention brève motivationnelle centrée sur le changement de comportement. Cette intervention est basée sur les principes de l'entretien motivationnel conçu par William Miller et Stephen Rollnick (24) et sur le manuel « *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use : manual for primary care* » (25). À l'issue de l'entretien, la situation clinique du patient peut nécessiter une orientation vers des structures spécialisées en addictologie.

Cette étude porte sur les données recueillies en routine clinique auprès des femmes traitées pour un cancer du sein lors de l'hospitalisation dans le service.

Aspects réglementaires

Cette recherche a été approuvée par le Comité de Protection des Personnes (CPP), le Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Mesures

Données sociodémographiques et médicales

Le statut marital (défini en trois catégories : célibataire, en couple/marié, et séparé/divorcé/veuve), et le type de traitement reçu avant la chirurgie (chimiothérapie, hormonothérapie, radiothérapie) sont des données auto-déclarées.

Les données suivantes ont été recueillies dans les dossiers médicaux informatisés : âge, sexe, cancer de type primaire ou de type secondaire, type de cancer codé en trois catégories : carcinome canalaire infiltrant (CCI), carcinome canalaire in situ (CCIS) ou cancer de forme rare.

Consommation de tabac et d'alcool

La variable « statut tabagique » correspond au fait d'être un fumeur ou non-fumeur au cours de l'année écoulée. Elle a été construite à partir d'une question unique selon la question du NIDA (26) traduite de la façon suivante : Au cours de l'année passée, à quelle fréquence fumiez-vous ? Jamais (0), moins d'une fois par mois (1), au moins une fois par mois (2), au moins une fois par semaine (3), tous les jours ou presque (4).

Un statut de « fumeuses » a été considéré à partir d'un score ≥ 1 . La variable « consommation d'alcool » a été mesurée grâce à l'AUDIT-C. Cet outil est la version courte de l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), développé et recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Cet instrument constitue l'outil de référence, largement validé et utilisé pour le repérage de la consommation d'alcool à risque (27,28). Il s'agit d'un test en trois questions, dont le score total se situe entre 0 (minimum) et 12 (maximum). Les seuils suivants ont été utilisés (28,29):

Score = 0 : non-usage / pas de risque

Score entre 1 et 2 : faible risque de mésusage

Score entre 3 et 12 : risque de mésusage modéré à sévère /dépendance à l'alcool probable

Détresse psychologique

Selon les recommandations internationales en matière de prise en charge en psycho oncologie (30), les outils suivants ont été utilisés pour dépister la détresse psychologique :

- **Le thermomètre de la détresse psychologique**, adaptation de la version française du « *Distress Thermometer* », validée par Dolbeault et ses collaborateurs (31). Cet outil évalue sur une échelle visuelle analogique de 0 à 10 l'intensité de la détresse psychologique sur la semaine précédente, le jour de la passation inclus.
- **L'échelle des symptômes d'Edmonton (ESAS)** (32). Cet outil mesure la sévérité de neuf symptômes (douleur, fatigue, nausée, dépression, anxiété, somnolence, essoufflement, appétit et bien-être), sur une échelle allant de 1 (aucune expérience du symptôme) à 10 (pire expérience du symptôme). Dans la présente étude, seuls les items 4 (dépression) et 5 (anxiété) ont été analysés.

Un dépistage de la détresse psychologique est considéré comme positif en cas de score ≥ 6 pour les items anxiété ou dépression à l'ESAS, et/ou en cas de score ≥ 4 au thermomètre de la détresse psychologique, indiquant que la patiente peut être encouragée à rencontrer l'équipe de psycho-oncologie pour une évaluation plus ciblée de son état psychologique (16,30).

Analyses statistiques

Afin de décrire la fréquence des consommations de tabac et d'alcool, les analyses descriptives ont permis de calculer des moyennes, écarts-types, scores minimum et maximum, pourcentages de population en fonction des catégories ou des seuils de consommation d'alcool et de tabac. Dans cette partie, des comparaisons de moyenne, (t-student) et des corrélations (Rho de Spearman) ont été effectuées pour évaluer le lien entre la détresse psychologique et les autres caractéristiques.

Pour décrire les facteurs (démographie, caractéristiques de la maladie et détresse psychologique) possiblement associés au tabagisme et à la consommation d'alcool pendant le traitement, des comparaisons de moyennes (t-student), des comparaisons de fréquence (Chi-2) et des corrélations (Rho de Spearman) ont été effectuées.

L'ensemble des analyses a été effectué avec le logiciel SPSS 14.0. 9

3. RESULTATS

La procédure systématisée du dispositif a permis à l'ensemble des patients hospitalisés de pouvoir bénéficier du programme RBIP. Tous les patients rencontrés ont accepté d'y participer.

Données sociodémographiques et médicales

Au total, 120 femmes atteintes d'un cancer du sein ont été incluses dans l'échantillon.

L'âge moyen était de 55,2 ans ($\pm 12,7$). Un peu plus de la moitié de ces patientes étaient en couple (n = 70, 58,3 %) alors que 24,2 % (n = 29) étaient célibataires et 17,5 % (n = 21) étaient divorcées, séparées ou veuves. Au moment de l'inclusion, il s'agissait d'une première prise en charge d'un cancer du sein pour 80,8 % (n = 97) de l'échantillon ; versus 19,2 % (n = 23) en situation de récurrence (tableau 1).

Au sein de l'échantillon, 70,8 % (n = 85) ont un CCI (Carcinome Canalair Infiltrant) ; 12,5 % (n = 15) ont un CCIS (Carcinome Canalair *In Situ*) et 16,7 % (n = 20) ont une forme rare de carcinome. Pour 45 % (n = 54), aucun traitement n'avait été mis en œuvre avant, la chirurgie était donc le premier traitement. Pour 55 % de l'échantillon (n = 66) la chirurgie est secondaire à un traitement par chimiothérapie, radiothérapie ou

hormonothérapie, sachant qu'il s'agit de stratégies thérapeutiques recommandées pour les traitements de la récurrence et du premier cancer (tableau 1).

Consommations de tabac et d'alcool

Tabagisme

Dans notre échantillon, 30,8 % (n = 37) des femmes étaient fumeuses au moment de l'évaluation (tableau 2).

Consommation d'alcool

Le score moyen à l'AUDIT-C est de 2,48 (± 2.1) [1-12], ce qui correspond à un risque faible de mésusage de l'alcool. Sur l'échantillon total, la part des femmes non-consommatrices, c'est-à-dire ne consommant jamais d'alcool est de 15,8 % (n = 19). Les consommatrices d'alcool, quelle que soit la fréquence de consommation (score AUDIT-C ≥ 1) représentent 84,2 % (n = 101) de l'échantillon. Plus précisément, sur l'échantillon total, on constate que 45,8 % (n = 55) présentent une consommation d'alcool à faible risque de mésusage et 38,4 % (n = 46) ont un score supérieur à 3, indiquant le dépistage d'un risque de mésusage et de dépendance modéré à sévère (possible dépendance). Plus spécifiquement, 7,5 % (n = 9) des participants présentent un niveau de consommation indiquant une possible dépendance sévère (score compris entre 10 et 12) (tableau 2).

Consommation de tabac et d'alcool associée

Dans l'échantillon total, 17,5 % (n = 21) des femmes sont à la fois fumeuses et présentent un risque de mésusage de l'alcool (AUDIT-C > 3) ; 34,2 % (n = 41) présentent un seul des comportements de consommation (tabagisme ou risque modéré à sévère de mésusage de l'alcool) (tableau 2).

Détresse psychologique

Le score moyen à l'échelle du thermomètre de la détresse psychologique est de 3,43 ($\pm 2,5$) [0-10]. 40,8 % (n = 49) des femmes présentent un seuil de détresse psychologique significatif (seuil supérieur ou égal à 4). Les femmes ont un score moyen à l'échelle d'anxiété de l'ESAS de 4,2 ($\pm 2,7$) [1-10] et un score moyen de 2,2 ($\pm 2,5$) [1-9] à l'échelle de dépression de l'ESAS (tableau 3).

Données sociodémographiques et médicales associées aux consommations d'alcool et de tabac

Concernant la consommation de tabac

Le tabagisme est associé à l'âge. Les patientes qui fument sont plus jeunes que celles qui ne fument pas (respectivement 47,1 ans ($\pm 9,6$) pour les femmes fumeuses et 58,8 ans ($\pm 9,6$) pour femmes non-fumeuses (p $< 0,0001$). Le tabagisme n'est pas associé au statut matrimonial. Le tabagisme n'est pas associé à la situation de première prise en charge ou de récurrence du cancer du sein. Il n'y a pas de différence significative concernant les consommations de tabac entre le groupe de femmes ayant eu préalablement un traitement et les femmes ayant eu une chirurgie en première intention. Parmi les femmes en détresse psychologique (40,80 %), 32,65 % sont fumeuses. Chez les femmes qui ne présentent pas une détresse psychologique (59,20 %), 29,57 % sont des fumeuses (tableau 3). Il n'y a pas de différence significative entre le nombre de femmes fumeuses présentant une détresse psychologique et les femmes non fumeuses (khi-deux = .167, ddl = 1, p = .683) (tableau 4).

Concernant la consommation d'alcool

Le dépistage d'un risque de mésusage de l'alcool (risque modéré à sévère correspondant à un score AUDIT-C > 3) n'est ni associé à l'âge, ni au statut matrimonial. Ce risque de mésusage de l'alcool n'est pas associé à la situation de première prise en charge ou de récurrence du cancer du sein. Le risque modéré à sévère de mésusage de l'alcool n'est pas associé au type de cancer CCI (Carcinome Canalaire Infiltrant), CCIS (Carcinome Canalaire In Situ) ou forme rare. Il n'y a pas de différence significative concernant la consommation d'alcool entre le groupe de femmes ayant eu préalablement un traitement et les femmes

ayant eu une chirurgie en première intention. Parmi les femmes en détresse psychologique (40,80 %), 39,77 % ont un risque modéré à sévère de mésusage de l'alcool. Chez les femmes qui ne sont pas en détresse psychologique (59,20 %), 39,43 % ont un risque de mésusage de l'alcool modéré à sévère. Il n'y a pas de différence significative entre le nombre de femmes en détresse psychologique présentant une consommation d'alcool à risque de mésusage et celles ayant une absence de risque ou un faible risque de mésusage de l'alcool (khi-deux = .000, ddl = 1, p = .990) (tableau 4).

4. DISCUSSION

Cette étude avait un double objectif ; d'une part évaluer la fréquence des consommations de tabac et d'alcool dans un échantillon de femmes prises en charge pour un cancer du sein ; et d'autre part explorer les facteurs médicaux et psychosociaux potentiellement associés à cette consommation.

Nos résultats montrent que 30,8 % des femmes de notre échantillon fument en cours de traitement d'un cancer du sein. La part des femmes qui continuent de fumer du tabac reste donc élevée après le diagnostic de cancer du sein. Ce taux est bien supérieur au taux retrouvé en population générale dans le Baromètre Santé 2017 (33), où la prévalence des femmes fumeuses adultes entre 18 et 75 ans est de 24,2 %. D'autre part, ce taux plus élevé est concordant avec une recherche de 2015 réalisée sur 292 femmes en cours d'un traitement pour un cancer du sein, retrouvant un tiers de femmes fumeuses (34). Les résultats de cette étude montrent également que la prévalence de l'usage de l'alcool au sein de notre échantillon est élevée (84,2 %). Ce résultat est proche des données en population générale adulte, qui retrouve 83,7 % des femmes de 18-75 ans ayant consommé de l'alcool au moins une fois dans les 12 derniers mois (35). Notre étude rapporte une part importante de femmes dépistées comme ayant un risque de mésusage de l'alcool (38,4 %). Conformément aux différentes recommandations de prise en charge (11,26), plus d'une femme sur trois (38,4 % des consommatrices d'alcool et 30,8 % pour le tabac) a pu bénéficier d'une intervention brève ciblée sur le changement de comportement et, pour certaines d'entre elles, d'une orientation vers un accompagnement spécialisé. Les femmes non-consommatrices ou avec une consommation considérée comme à faible risque ont bénéficié d'une intervention brève visant à renforcer les comportements de santé déjà existants.

L'ensemble des résultats obtenus sur la consommation de tabac et d'alcool nous amènent à faire l'hypothèse que soit la consommation de ces substances au sein de notre échantillon était encore plus importante avant le diagnostic de cancer, soit que celles-ci n'ont pas diminué. Dans les deux cas, ces prévalences importantes dans un moment particulier du soin ne peuvent qu'alerter sur la nécessité d'agir pour accompagner ces femmes vers une réduction de leur risque de consommation.

Notre étude montre par ailleurs que près d'une femme sur cinq (17,5 %) est des femmes qui fument et qui présentent une consommation d'alcool à risque selon des recommandations de santé publique (29). Or, le fait de présenter une agrégation de comportements à risque a pour incidence d'augmenter significativement l'apparition de diverses maladies chroniques. Ce résultat vient renforcer la nécessité d'un repérage systématique des consommations de tabac et alcool et d'une recherche des critères du mésusage et d'addiction pour permettre des interventions adaptées à la situation de chaque patiente.

Le second volet de cette étude a questionné le lien entre consommations et facteurs médicaux et sociodémographiques associés. Nos résultats ont montré que les femmes qui consomment du tabac sont plus jeunes que les femmes qui n'en consomment pas. Aucune variable liée à la maladie ou sociodémographique ne permet de distinguer les fumeuses des non fumeuses (type de cancer du sein, première prise en charge ou situation de récurrence, type de traitement avant la chirurgie). Concernant la consommation d'alcool, ni les variables sociodémographiques ni les variables associées à la pathologie cancéreuse ne permettent de distinguer les consommatrices à risques de mésusage de l'alcool des non-consommatrices ou à faible risque.

Par ailleurs, le niveau de détresse psychologique ne semble pas lié au risque de mésusage de l'alcool. Pour autant, les résultats de cette étude alertent sur l'importance de la détresse psychologique des femmes ayant un cancer du sein au moment de leur prise en charge, comme déjà souligné par ailleurs (17). L'évaluation de la détresse psychologique dans cette étude est contextuelle, car elle s'intéresse aux sept derniers jours avant l'évaluation. Si les consommations ne sont pas associées aux variables contextuelles, on peut faire l'hypothèse d'un comportement de consommation stable et habituel et avec des conséquences néfastes à court et long terme pour les patientes (4,36).

Nous pouvons nous interroger sur la connaissance de ces risques dans le cadre de la prise en charge du cancer du sein et sur l'accès aux dispositifs d'accompagnement. Ce d'autant qu'une récente étude documente la sous-évaluation des risques liés à l'alcool et au tabac pour le cancer du sein tant de la part des patientes que des professionnels de santé (37). Le rapport de mai 2017 élaboré par Santé Publique France et l'Institut national du cancer Inca proposent une liste de dix recommandations en matière de discours public sur la consommation d'alcool (38). Ils rappellent que toute consommation d'alcool comporte des risques pour la santé ; contrairement à l'idée répandue que seules les situations d'abus et de dépendance seraient génératrices de risque. Ce concept s'applique également au tabagisme pour lequel, même si une réduction du nombre quotidien de cigarettes peut avoir certains avantages dans la réduction du risque de cancer et d'autres pathologies, aucun niveau de consommation sécuritaire n'existe (7,8). Le plan cancer 3 préconise un repérage systématique des consommations. Pourtant, force est de constater que l'ensemble de la documentation concernant la consommation de tabac et/ou d'alcool dans le champ de la cancérologie s'intéresse principalement aux individus présentant des consommations problématiques de substances. Cependant, il convient de souligner que les coûts sociaux et médicaux liés à l'abus de substances psychoactives proviennent plus des individus non-dépendants qui consomment occasionnellement de façon excessive que des individus présentant une dépendance de substances (12).

Pour les soignants en oncologie, la prise en charge d'un cancer du sein peut créer une fenêtre d'opportunité dans laquelle intervenir pour aider les patients à identifier et modifier les comportements à risque pour la santé (20). En effet, même après un diagnostic de cancer, l'évolution de la maladie peut être nettement améliorée par des modifications des comportements de santé du patient, notamment la réduction voire l'arrêt de consommation d'alcool et de tabac, une activité physique régulière et le maintien d'un poids-santé (20).

Cette étude comporte un certain nombre de limites. En ce qui concerne les taux de prévalence des comportements de consommation, le biais de sous-déclaration des consommations des femmes est à considérer. De plus, compte tenu du caractère monocentrique de l'étude, l'échantillon est d'une taille limitée, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats. En outre, le recueil des données ayant été réalisé sur la base des données cliniques prises dans le cadre d'un dispositif RPIB ayant pour vocation d'être une évaluation rapide, il est clair que des outils complémentaires auraient permis de tenir compte de l'hétérogénéité des comportements de consommation à risque. En effet, il aurait été intéressant de mesurer d'autres variables associées au tabagisme comme le nombre de cigarette consommée par jour et l'ancienneté du tabagisme. Des études futures devraient intégrer une évaluation du niveau de dépendance tabagique en utilisant le test de Fagerström (FTND) en six questions ou le *Heaviness of Smoking Index* (HSI) en deux questions (39). Concernant l'alcool, on aurait pu utiliser la version longue de l'AUDIT, qui constitue l'outil de référence (27,28).

Malgré les limites évoquées, cette étude fait une description d'un phénomène sous-évalué en incluant à la fois la consommation de tabac et la consommation d'alcool. Peu de données sont publiées sur cette problématique aussi importante en cancérologie (29). Il serait intéressant de répliquer cette expérience locale, tout en intégrant des outils complémentaires pour l'évaluation plus approfondie des comportements à risque. Dans le cadre de l'évaluation des besoins en soins de support, nous préconisons de systématiser le dépistage des habitudes de consommation (alcool et tabac) à la recherche notamment

des risques de mésusage et de faciliter l'accès à son traitement. Cette stratégie pourrait suivre le même modèle d'intervention que celui proposé pour la détresse psychologique, à savoir un repérage rapide suivi d'une évaluation globale et ciblée permettant la construction d'interventions appropriées, pertinentes et axées sur les besoins et les problèmes précis cernés par le patient et sa famille (30). Un tel dispositif favoriserait l'accès aux soins, et soutiendrait le patient dans une dynamique de changement de ses comportements de santé. Compte tenu des prévalences documentées, il est paradoxal de constater que ces types des programmes restent encore à la marge et s'inscrivent dans des initiatives locales (40).

5. CONCLUSION

Cette étude rend compte d'une prévalence élevée du tabagisme et de mésusage de l'alcool chez des patientes en cours de traitement d'un cancer du sein dans un service de chirurgie oncologique durant près d'une année. Ces résultats viennent alerter sur la nécessité de mieux repérer et prendre en charge les risques liés aux consommations chez les patients atteints de cancer et ce tout au long du parcours de soins en cancérologie.

Plusieurs études montrent qu'un arrêt du tabagisme même après un diagnostic de cancer du sein permet une réduction significative de récurrence et du risque de mortalité (6,10). Comme rappelé en 2018 par Hackshaw et al. (8) pour le tabac ou par Rehm et Shield en 2021 par rapport à l'alcool (13), aucune consommation n'est sans risque. Il conviendrait, dans chaque établissement prenant en charge des patients atteints de cancer, de définir un plan stratégique de repérage et de prise en charge des comportements à risque et de l'intégrer à l'évaluation globale de la personne.

Déclaration de conflit d'intérêts : aucun

Remerciements

Les auteurs de cette étude tiennent à remercier la Fondation de France et la Ligue Nationale Contre le Cancer pour le soutien financier ayant permis la réalisation de ce projet. Nous tenons également à remercier le Pr Hervé Bonnefoi pour l'opportunité offerte d'inscrire cette étude dans le programme Breastnet du SIRIC BRIO.

Bibliographie

- [1] Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, Delafosse P, Molinié F, Woronoff AS, Bouvier AM, Remontet L. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Synthèse. Saint-Maurice (Fra): Santé Publique France. Juil 2019 :19.
- [2] INCa. Les cancers en France, édition 2017 [En ligne]. 2017 [cité le 4 déc 2018] Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/
- [3] Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, et al. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull Epidemiol Hebd. 26 juin 2018;(21):442-8.
- [4] Passarelli MN, Newcomb PA, Hampton JM, Trentham-Dietz A, Titus LJ, Egan KM, Baron JA, Willett WC. Cigarette Smoking Before and After Breast Cancer Diagnosis: Mortality From Breast Cancer and Smoking-Related Diseases. J Clin Oncol. 2016 Apr 20;34(12):1315-22.

- [5] Sollie M, Bille C. Smoking and mortality in women diagnosed with breast cancer: a systematic review with meta-analysis based on 400,944 breast cancer cases. *Gland Surg.* août 2017;6(4):385-93.
- [6] Pierce JP, Patterson RE, Senger CM, Flatt SW, Caan BJ, Natarajan L, Nechuta SJ, Poole EM, Shu XO, Chen WY. Lifetime cigarette smoking and breast cancer prognosis in the After Breast Cancer Pooling Project. *J Natl Cancer Inst.* 2014 Jan;106(1):djt359.
- [7] Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health Effects of Light and Intermittent Smoking: A Review. *Circulation.* 6 avr 2010;121(13):1518-22.
- [8] Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang J-L, Milenković D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ.* 24 janv 2018;j5855
- [9] Gaillot-de-Saintignon J, Deutsch A. Systématiser l'accompagnement à l'arrêt du tabac pour améliorer le traitement des patients atteints de cancer. *Bulletin du Cancer.* 1 juin 2016;103(6):584-93.
- [10] Taylor C, Correa C, Duane FK, Aznar MC, Anderson SJ, Bergh J, Dodwell D, Ewertz M, Gray R, Jagsi R, Pierce L, Pritchard KI, Swain S, Wang Z, Wang Y, Whelan T, Peto R, McGale P; Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Estimating the Risks of Breast Cancer Radiotherapy: Evidence From Modern Radiation Doses to the Lungs and Heart and From Previous Randomized Trials. *J Clin Oncol.* 20 mai 2017;35(15):1641- 1649.
- [11] LoConte NK, Brewster AM, Kaur JS, Merrill JK, Alberg AJ. Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol.* 1 janv 2018;36(1):83-93.
- [12] Hill C. Il est temps de prendre au sérieux la prévention des cancers. *Bulletin du Cancer.* 1 juin 2015;102(6):S14-21.
- [13] Shield KD, Soerjomataram I, Rehm J. Alcohol Use and Breast Cancer: A Critical Review. *Alcohol Clin Exp Res.* juin 2016;40(6):1166-81
- [14] Rehm J, Shield KD. Alcohol Use and Cancer in the European Union. *Eur Addict Res.* 2021;27(1):1-8
- [15] Knight JA, Fan J, Malone KE, John EM, Lynch CF, Langballe R, Bernstein L, Shore RE, Brooks JD, Reiner AS, Woods M, Liang X, Bernstein JL; WECARE Study Collaborative Group. Alcohol consumption and cigarette smoking in combination: A predictor of contralateral breast cancer risk in the WECARE study. *Int J Cancer.* 1 sept 2017;141(5):916-924.
- [16] Riba MB, Donovan KA, Andersen B, Braun I, Breitbart WS, Brewer BW, Buchmann LO, Clark MM, Collins M, Corbett C, Fleishman S, Garcia S, Greenberg DB, Handzo RGF, Hoofring L, Huang CH, Lally R, Martin S, McGuffey L, Mitchell W, Morrison LJ, Pailler M, Palesh O, Parnes F, Pazar JP, Ralston L, Salman J, Shannon-Dudley MM, Valentine AD, McMillian NR, Darlow SD. Distress Management, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 1 oct 2019;17(10):1229- 1249.
- [17] Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, Vehling S, Brähler E, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, Weis J, Koch U, Faller H. One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psychooncology.* Janv 2018;27(1):75-82.
- [18] Traeger L, Cannon S, Keating NL, Pirl WF, Lathan C, Martin MY, He Y, Park ER. Race by sex differences in depression symptoms and psychosocial service use among non- Hispanic black and white patients with lung cancer. *J Clin Oncol.* 10 janv 2014;32(2):107-13.
- [19] Batty GD, Russ TC, Stamatakis E, Kivimäki M. Psychological distress in relation to site specific

cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. *BMJ*. 25 janv 2017;356:j108.

- [20] Carmack CL, Basen-Engquist K, Gritz ER. Survivors at Higher Risk for Adverse Late Outcomes Due to Psychosocial and Behavioral Risk Factors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1 oct 2011;20(10):2068-77.
- [21] Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer [En ligne]. 2014 [cité 21 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
- [22] Barrault M, Saint-Jacques M, Jérôme G, Clarisse G, Véronique G, Bouyer A, et al. Screening and brief intervention for alcohol use in a surgical oncology unit: framework, educational program, and qualitative analysis of the implementation process. *Addict Sci Clin Pract*. 9 oct 2012;7(1):A20.
- [23] Barrault-Couchouron M, Béracochéa M, Allafort V, Barthélémy V, Bonnefoi H, Garguil V, et al. Screening, brief intervention and referral (SBIR) for distress, alcohol and tobacco in an oncology surgical unit: qualitative analysis of implementation process and acceptability for patients over one year. *Addict Sci Clin Pract*. 19 sept 2016;11(1):A30.
- [24] Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. 2e éd. Paris (FR): InterEditions; 2013. 448 p.
- [25] Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro MG. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use : a manual for use in primary care [En ligne]. Genève: World Health Organization; 2010 [cité 6 sept 2019]. Disponible: http://www.who.int/substance_abuse/publications/assist_sbi/en/
- [26] National Institute on Drug Abuse. NIDA Drug Screening Tool [En ligne]. (Etats-Unis): National Institute on Drug Abuse ; 2019 [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://archives.drugabuse.gov/nmassist/step/0>
- [27] Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification Test : Guidelines for use in primary care [En ligne]. Organisation Mondiale de la Santé; 2001 [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
- [28] Bradley KA, Lapham GT, Hawkins EJ, Achtmeyer CE, Williams EC, Thomas RM, Kivlahan DR. Quality concerns with routine alcohol screening in VA clinical settings. *J Gen Intern Med*. Mars 2011;26(3):299-306.
- [29] Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. AA [En ligne]. 15mars2015 [cité 13 janv 2020];37(1):5-4. Disponible sur : <https://www.alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/570>
- [30] Howell D, Keshavarz H, Esplen M, Hack T, Hamel M, Howes J, et al. Pan-Canadian Practice Guideline: Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression and Anxiety in Adults with Cancer. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology; 2015.
- [31] Dolbeault S. La détresse des patients atteints de cancer : prévalence, facteurs prédictifs, modalités de repérage et de prise en charge. [thèse en ligne]Paris (France) : Université Pierre et Marie Curie - Paris VI; 2009 [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00432252/document>
- [32] Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care*. 1991;7(2):6-9.
- [33] Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La

consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 29 mai 2018;14-15:265-73.

- [34] Aoulad N, Massabeau C, de Lafontan B, Vieillevigne L, Hangard G, Ciprian C, et al. Toxicité aiguë de la tomothérapie des cancers mammaires. Cancer/Radiothérapie. mai 2017;21(3):180-9.
- [35] Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le Groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(5-6):89-97. http://invs.santepublique france.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_1.html.
- [36] Bérubé S, Lemieux J, Moore L, Maunsell E, Brisson J. Smoking at time of diagnosis and breast cancer-specific survival: new findings and systematic review with meta-analysis. Breast Cancer Res. avr 2014;16(2):3402.
- [37] Morère J-F, Viguier J, Couraud S, Brignoli-Guibaudet L, Lhomel C, Pivot XB, et al. Awareness and Misconceptions of Breast Cancer Risk Factors Among Laypersons and Physicians. Curr Oncol Rep. 5 mars 2018;20(S1):15.
- [38] Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017, 149 p.
- [39] de Granda-Orive JI, Pascual-Lledó JF, Asensio-Sánchez S, Solano-Reina S, García-Rueda M, Martínez-Muñiz MÁ, et al. Fagerström Test and Heaviness Smoking Index. Are they Interchangeable as a Dependence Test for Nicotine? Substance Use & Misuse. Subst Use Misuse. 1 janv 2020;55(2):200-208.
- [40] Stoebner-Delbarre A, Gonzalez M-L, Gourlan M, Huteau M-E. Le programme STAR : prise en charge addictologique théorico-clinique intégrée au parcours de soins en cancérologie. Psycho-Oncol. sept 2020;14(3):113-21.

Tableau 1. Données sociodémographiques et médicales

	Patientes (n=120)	
	moyenne	écart-type (rang)
Age	55,2	12,7 (25-91).
	Nombre	%
Statut marital		
En couple	70	58,3
Célibataire	29	24,2
Divorcées, séparées ou veuve	21	17,5
Primauté du cancer		
Première prise en charge du cancer du sein	97	80,8
Situation de récurrence du cancer du sein	23	19,2
Type de cancer du sein		
CCI (carcinome canalaire infiltrant)	85	70,8
CCIS (carcinome canalaire in situ)	15	12,5
Forme rare de cancer du sein	20	16,7
Type de traitement		
Chirurgie comme premier traitement	54	45
Chirurgie comme traitement secondaire à chimiothérapie, hormonothérapie ou radiothérapie :	66	55

Tableau 2. Données sur les consommations de tabac/alcool

	Patientes (n=120)	
	Nombre	%
Statut tabagique au moment du dépistage		
Fumeuses	37	30,8
Non fumeuses	83	69,2
Catégorie de consommation (Audit-C)		
Pas de consommation d'alcool	19	15,8
Faible risque de mésusage de l'alcool (AUDIT-C <3)	55	45,8
Risque modéré à sévère de mésusage de l'alcool (possible dépendance) (AUDIT-C entre 3 et 12)	46	38,4
Possible dépendance sévère (AUDIT-C entre 10 et 12)	9	7,5
Consommation conjointe alcool/tabac		
Consommation de tabac et d'alcool	21	17,5
Consommation de tabac ou d'alcool	41	34,2

Tableau 3. Catégorie du dépistage de la détresse psychologique selon score mixte Thermomètre de la détresse psychologique et ESAS

	Patientes (n=120)	
	Moyenne	écart-type (rang)
Thermomètre de la détresse psychologique	3,43	± 2,5 (0-10)
ESAS :	4,2	± 2,7 (1-10)
- échelle d'anxiété	2,2	± 2,5 (1-9)
- échelle de dépression		
	Nombre	%
Présence de détresse psychologique	49*	40,80*
- avec consommation tabac	16	32,65
- avec risque de mésusage de l'alcool (modéré à sévère)	19	38,77
Absence de détresse psychologique	71	59,20
- avec consommation tabac	21	29,57
- avec risque de mésusage de l'alcool (modéré à sévère)	28	39,43

Note : * Seuil supérieur ou égal à 4 au Thermomètre de la détresse psychologique

Tableau 4. Tableau récapitulatif des associations entre les consommations et les données sociodémographiques et médicales

	Consommations				Tests statistiques		
	Tabac		Alcool		khi-deux	ddl	p
	Fumeuses (n = 37)	Non fumeuse (n = 83)	Pas de consommation d'alcool ou Faible risque de mésusage (n = 74)	Risque modéré à sévère de mésusage (possible dépendance) (n = 46)			
	Moyenne (écart-type)						
Age :	47,1 ans (± 9,6)*	58,8 ans (± 9,6)*	53 ans (± 12,4)	54 ans (± 12,7)			*<0.0001 .153
	Nombre						
Statut matrimonial :							
En couple	24	46			3.268	2	.195
Célibataires	10	19					
Divorcées, séparées ou veuve	3	18					
En couple			40	30	4.357	2	.113
Célibataires			16	13			
Divorcées, séparées ou veuve			17	4			
Première prise en charge (Récidive du cancer)	31 (6)	66 (17)	58 (15)	39 (8)	.088	1	.766
					.058	1	.809
Détresse psychologique :							
Présence	16	33			.167	1	.638
Absence	21	50					
Présence			30	19	.000	1	.990
Absence			43	28			