La consommation tabagique chez les patients alcoolodépendants hospitalisés pour un sevrage alcoolique

Anne-Lise Tenette-Audemar

▶ **To cite this version:**

Anne-Lise Tenette-Audemar. La consommation tabagique chez les patients alcoolodépendants hospitalisés pour un sevrage alcoolique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2003. hal-01733053

HAL Id: hal-01733053
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733053

Submitted on 14 Mar 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

DOUBLE

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1
2003

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 88

164829

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Anne-Lise TENETTE – AUDEMAR

Le 24 Juin 2003

LA CONSOMMATION TABAGIQUE CHEZ LES PATIENTS ALCOOLODEPENDANTS HOSPITALISES POUR UN SEVRAGE ALCOOLIQUE

ETUDE A PROPOS DE 121 AUTOQUESTIONNAIRES

Examinateurs de la thèse

M. F. PAILLE	Professeur		Président
M. G. THIBAUT	Professeur	)	
M. J.P. BRONOWICKI	Professeur	)	Juges
Mme C. GILLET	Docteur en Médecine	)	

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1
D 007 216581 3

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2003 N°

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

SCD-UHP - NANCY BIBLIOTHÈQUE MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Anne-Lise TENETTE – AUDEMAR

Le 24 Juin 2003

LA CONSOMMATION TABAGIQUE CHEZ LES PATIENTS ALCOOLODEPENDANTS HOSPITALISES POUR UN SEVRAGE ALCOOLIQUE

ETUDE A PROPOS DE 121 AUTOQUESTIONNAIRES

Examinateurs de la thèse

M. F. PAILLE	Professeur		Président
M. G. THIBAUT	Professeur	)	
M. J.P. BRONOWICKI	Professeur	)	Juges
Mme C. GILLET	Docteur en Médecine	)	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs
du 1er Cycle : **Mme le Docteur Chantal KOHLER**
du 2ème Cycle : **Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle : **Mr le Professeur Henry COUDANE**
de la Vie Facultaire : **Mr le Professeur Bruno LEHEUP**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

ouis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
ichel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Jean-Claude HOEFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT
Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM
Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : ***(Biologie cellulaire)***

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Guy PETIET

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale)***

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET
Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –
Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT
Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL
Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET

Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie et maladies métaboliques)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***

Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA

4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)***

Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ
Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

ofesseur Norman SHUMWAY (1972)
iversité de Stanford, Californie (U.S.A)
ofesseur Paul MICHIELSEN (1979)
iversité Catholique, Louvain (Belgique)
ofesseur Charles A. BERRY (1982)
ntre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
ofesseur Pierre-Marie GALETTI (1982)
own University, Providence (U.S.A)
ofesseur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
assachusetts Institute of Technology (U.S.A)
ofesseur Mildred T. STAHLMAN (1982)
anderbilt University, Nashville (U.S.A)
ofesseur Harry J. BUNCKE (1989)
iversité de Californie, San Francisco (U.S.A)
ofesseur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
stitut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
ofesseur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
iversité de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre Maître et Président de thèse :

Monsieur le Professeur F. PAILLE

Professeur de Thérapeutique (Option Clinique).

Nous tenons à vous remercier tout particulièrement pour l'honneur que vous nous avez accordé en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir proposé ce sujet ainsi que pour votre aide, votre soutien et votre disponibilité.

A notre Maître et Juge :

Monsieur le Professeur G. THIBAUT

Professeur de Médecine Interne.

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse. Nous vous sommes reconnaissants de la formation que vous nous avez accordée dans votre service de médecine H du CHRU de Nancy lors de mon résidanat ainsi que de votre disponibilité et votre dévouement pour le développement de la formation des futurs médecins généralistes.

A notre Maître et Juge :

Monsieur le Professeur J.P. BRONOWICKI

Professeur d'Hépatogastroentérologie.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez accordé en acceptant d'être membre du jury de cette thèse.

Nous vous sommes reconnaissants de l'aide que vous apportez aux médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients.

A notre Juge :

Madame le Docteur C. GILLET

Docteur en Médecine.

Nous vous sommes tout particulièrement reconnaissants de votre aide indispensable à la progression de cette thèse, pour vos conseils, votre disponibilité, votre soutien moral et vos encouragements.

Toute notre reconnaissance aux **docteurs F. GIRARD et F. ALLA** du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques de l'hôpital Marin du CHRU de Nancy.

Nous vous remercions, de nous avoir proposé la méthode statistique, d'avoir eu la patience de nous l'expliquer et d'avoir contrôlé les résultats de cette étude.

Je dédicace cette thèse tout spécialement à mes parents Jacques et Marie-Louise TENETTE, mes frères Eric et Lionel, mes oncles Claude TENETTE et Jean-Claude STELLA, ma tante Michelle TENETTE et mes grands-parents Lucien et Geneviève BRASSEUR, et les remercie pour leurs encouragements.

Je dédie cette thèse à mon mari, Christophe, qui m'a soutenu durant ces heures de travail.

Je tiens à remercier mes amis pour leur soutien et leur aide et tout particulièrement Madame Gisèle RAPPIN, Hélène RAPPIN, Carole VALENTI, Muriel FLORENTINY, Clarisse GAUDEZ, Said et Célia EID, Isabelle FELIX, Christine LECLERC et le docteur G. LEGRAS qui m'a permis de découvrir la médecine générale rurale et m'a fait confiance en le remplaçant régulièrement.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

LEXIQUE **19**

I) INTRODUCTION **21**

II) LE TABAGISME ET L'ALCOOLISME **22**

A) Epidémiologie de l'association alcool-tabac **22**

a-1) Rencontre et effets secondaires de ces deux produits **22**
a-2) Addiction à ces deux substances **23**
a-3) Analyse physiopathologique de l'influence des deux consommations l'une sur l'autre à partir de quelques études **29**
a-3-1) Peu d'études de l'influence de la consommation de nicotine sur la consommation d'alcool 29
a-3-2) Influence de la consommation d'alcool sur la consommation de tabac 29
a-3-3) Influence de l'arrêt du tabac sur la consommation d'alcool 29
a-3-4) Influence de l'arrêt de l'alcool sur la consommation tabagique 31
a-4) Interactions entre les deux dépendances associées **31**

B) Hypothèses sur les mécanismes de l'association alcool et tabac **33**

b-1) Les hypothèses **33**
b-2) La voie biologique commune des pratiques addictives **35**
b-2-1) Le système de récompense et dépendance : la voie dopaminergique 35
b-2-2) Dépendance et système opioide 40
b-2-3) Dépendance et axe hypothalamo-hypophysaire 40
b-2-4) Interactions et mécanismes spécifiques 40
b-2-5) Facteurs environnementaux 41
b-2-6) Mécanismes spécifiques 41

C) Evaluation de la dépendance à l'alcool et au tabac **42**

c-1) L'alcool **42**
c-1-1) Les conduites d'alcoolisation 42
c-1-2) Les éléments de repérage et de diagnostic des conduites d'alcoolisation 44
c-2) Le tabac **45**
c-2-1) Evaluation clinique de la dépendance à la nicotine 45
c-2-2) Les marqueurs biologiques du tabagisme 48

D) Les modalités de prise en charge de l'association alcool-tabac **49**

d-1) Influence de l'arrêt du tabac sur l'abstinence alcoolique **51**
d-2) Motivation des alcooliques pour l'arrêt du tabac **51**
d-3) Pronostic de l'arrêt du tabac chez les alcooliques **53**

d-4) Le sevrage simultané est-il envisageable ? 54
d-4-1) Les arguments négatifs 54
d-4-2) Les arguments positifs 55
d-4-3) Résultats des double sevrages successifs alcool puis tabac et simultanés 56
d-4-3-1) Sevrages tabagiques entrepris après un sevrage alcoolique 56
d-4-3-2) Sevrages simultanés 57
d-4-4) Expériences thérapeutiques actuelles de sevrages simultanés 57
d-5) Quel traitement proposer en cas de sevrages associés ? 59
d-5-1) Traitement d'aide au sevrage tabagique proposé à la population générale fumeuse ... 60
d-5-2) Traitement du sevrage tabagique chez les alcoolodépendants en sevrage 60

III) ENQUETE PERSONNELLE 62

A) Présentation du questionnaire 62

B) Méthode d'analyse du questionnaire 62

C) Résultats 63

c-1) Présentation des patients et de leurs habitudes tabagiques 63
c-1-1) Habitudes tabagiques 63
c-1-2) Dépendance tabagique 65
c-1-3) Etat psychologique des patients 66
c-1-4) Consommations associées et habitudes de vie 66
c-1-5) Comportement tabagique depuis l'entrée en hospitalisation 68
c-2) Relations perçues par les fumeurs entre les deux addictions 69
c-3) Evaluation de la motivation des patients pour l'arrêt du tabac 70
c-4) Craintes vis à vis d'un arrêt du tabac et raisons motivant les patients pour cet arrêt 71
c-4-1) Patients envisageant un arrêt du tabac 71
c-4-1-1) Craintes évoquées 71
c-4-1-2) Raisons les motivant à stopper le tabac 71
c-4-2) Patients ne souhaitant pas arrêter de fumer 72
c-4-2-1) Craintes évoquées 72
c-4-2-2) Raisons susceptibles de leur faire envisager un arrêt du tabac 72
c-5) Caractéristiques des patients selon les stades de Prochaska 73
c-5-1) Selon les quatre stades de Prochaska 73
c-5-2) Selon les stades de Prochaska regroupés deux à deux : preintention-intention et préparation-action 75
c-6) Caractéristiques des patients en fonction de leur dépendance nicotinique 78
c-6-1) En fonction de 4 stades de dépendance nicotinique 78
c-6-2) En fonction de 2 stades de dépendance nicotinique 79
c-7) Caractéristiques des patients ayant déjà tenté un arrêt du tabac 81
c-8) Caractéristiques des patients consommateurs de psychotropes 84
c-9) Caractéristiques des patients consommateurs ou anciens consommateurs de drogues illicites 86

IV) DISCUSSION 89

A) Double intoxication tabagique et alcoolique : quelles méthodes de sevrage proposer ? 89

a-1) Nécessité d'une prise en charge de l'intoxication tabagique 89
a-2) Caractéristiques des patients alcoolotabagiques et éléments à prendre en compte si une demande de sevrage tabagique a lieu 90
a-3) Relations entre les consommations tabagique et alcoolique et motivation des patients pour un sevrage tabagique 94
a-4) Un sevrage simultané est-il envisageable ? et si oui, dans quelles conditions ? 96
a-4-1) Arguments positifs 96
a-4-2) Problèmes à prendre en compte si un double sevrage est envisagé 97
a-4-3) Proposition de prise en charge pour les patients décidés à entreprendre un sevrage simultané 97

B) Autres addictions associées : comment prendre en charge ces patients ? 99

b-1) Consommateurs de médicaments 99
b-2) Consommateurs actuels ou passés de drogues illicites 100

V) CONCLUSION 103

BIBLIOGRAPHIE 105

ANNEXES

Annexe 1 : Critères pour le diagnostic des troubles addictifs d'après Goodmann (1990).... 123
Annexe 2 : Critériologie de l'usage nocif ou de l'abus d'une substance psycho-active (CIM 10 ET DSM IV) 124
Annexe 3 : Critériologie de la dépendance à une substance psychoactive (CIM 10 ET DSM IV) 125
Annexe 4 : Nombre UIA (Unité Internationale d'alcool) 126
Annexe 5 : Grilles de recueil de la consommation alcoolique 127
Annexe 6 : Questionnaire AUDIT 128
Annexe 7 : Questionnaire SMAST 129
Annexe 8 : Test de motivation de Richmond et al. 130
Annexe 9 : Test de motivation à l'arrêt du tabac proposé par Lagrue et al. 131
Annexe 10 : Test HAD (Hospital Anxiety Depression score) 132
Annexe 11 : Test de Horn : évaluation des habitudes tabagiques 134
Annexe 12 : Test de Fagerström, short tabac test 135
Annexe 13 : Questionnaire utilisé par les médecins du service de médecine L. 136

LEXIQUE

ACTH : Hormone Adrénocorticotrope.

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

AMP cyclique : Adénosine monophosphate cyclique.

ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANPA : Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme.

ATV : Aire Tegmentale Ventrale.

AVC : Accident Vasculaire Cérébral.

BMI : Body Mass Index.

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive.

BZD : Benzodiazépine.

CCAA : Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie.

CDA : Consommation Déclarée d'Alcool.

CDT : Carbohydrate Ceficient Transferin.

CFES : Comité Français d'Education pour la Santé.

CHR : Centre Hospitalier Régionale.

CHRU : Centre Hospitalier Régionale et Universitaire.

CNCT : Comité Nationale Contre le Tabagisme.

CNRS : Conseil National de la Recherche Scientifique.

CO : Monoxyde de Carbone.

CO2 : dioxyde de carbone.

CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé.

ELISA : Enzyme-Linked-Immunosorbent Assay.

FFA : Fédération Française d'Alcoologie.

GABA : Acide gamma-aminobutyrique.

GGT : Gamma-glutamyltranspeptidase.

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

Hbco : carboxyhémoglobine.

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques.

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

LSD : Acide lysergique diéthylamide.

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.

NA : Noyau Accumbens.

NLP : Neuroleptique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ppm : particule par million.

SESI : Services des Statistiques des Etudes et des Systèmes d'Information.

SFA : Société Française d'Alcoologie.

SNC : Système Nerveux Central.

TCC : Thérapies Cognitivo-comportementales.

UIA : Unité Internationale Alcool.

VADS : Voies Aerodigestives Supérieures.

VEMS : Volume Expiratoire Maximal Seconde.

VGM : Volume Globulaire Moyen.

VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

VHC : virus de l'hépatite C.

I) INTRODUCTION

L'alcool et le tabac sont deux substances addictives en vente libre en France posant des problèmes majeurs de santé publique. Leur consommation est connue de tous et le risque de leur codépendance est grand.

L'objectif de ce travail est de faire le point sur la fréquence et les modalités de prise en charge de cette association alcool-tabac.

Un questionnaire a été proposé aux patients entrant en hospitalisation pour un sevrage alcoolique dans le service de médecine L au CHRU de Nancy. Une évaluation des habitudes tabagiques, de leurs relations avec l'alcoolisation, de l'état psychologique des patients ainsi que de leur éventuelle motivation pour un arrêt du tabac a été entreprise.

Ces résultats vont être comparés à ceux des études déjà parues et tout en tenant compte des recommandations des conférences de consensus il va être discuté des modalités de prise en charge de leur intoxication tabagique.

II) LE TABAGISME ET L'ALCOOLISME.

A) Epidémiologie de l'association alcool-tabac.

a-1) Rencontre de ces deux produits et leurs effets secondaires.

La rencontre des deux produits alcool et tabac en Europe est assez récente, puisqu'elle date d'environ 500 ans. Alors que l'usage de l'alcool nous a été transmis à travers les civilisations méditerranéennes depuis l'antiquité, le tabac n'a débarqué en Europe qu'au XV e siècle avec Christophe Colomb, qui en a ramené quelques échantillons de Cuba. Les origines du tabac se perdent dans la nuit des temps. Son histoire commence il y a quelques 11 000 ans quand les Amérindiens ont commencé à l'utiliser, le cultiver et le diffuser sur l'ensemble des continents Nord et Sud-américains. Mais aujourd'hui, il est cultivé dans plus de 120 pays à travers le monde et les produits manufacturés qui en dérivent sont potentiellement connus de tous les habitants de la planète. Il s'agit de la diffusion la plus large et la plus rapide d'un végétal qui ne présente pas de qualité nutritive.

L'alcool et le tabac sont les deux principales drogues licites, en vente libre, en France et dans les pays de culture occidentale. Leur consommation et leur commercialisation représentent des enjeux économiques et politiques considérables dans les pays occidentaux. Ils sont la source de très nombreux emplois et de recettes capitales pour l'état.

Dans le même temps, tous deux sont la cause de problèmes majeurs de santé publique (160). Ainsi, ils ont été à l'origine en France de 102000 morts prématurées en 1990 (103). Cette mortalité s'est partagée de la façon suivante : 64000 décès dus essentiellement au tabac (3000 imputables au tabagisme passif), 25000 décès dus essentiellement à l'alcool et enfin 13000 décès dus à la conjonction alcool-tabac. Un fumeur sur deux décède d'une affection en relation directe avec son tabagisme et perd en moyenne 8 années de vie. Tout âge confondu, la mortalité due au tabac représente en France 21% de la mortalité masculine et 2% de la féminine. Cela ne doit pas masquer le fait que la mortalité prématurée due au tabac commence à se faire sentir dès 35 ans. Sur l'ensemble des décès dus au tabac, plus de la moitié sont d'origine carcinologique, un quart de nature cardiovasculaire, et près d'un sur cinq du à des maladies de l'appareil respiratoire. L'excès du risque de décès encouru par le fumeur dépend de la consommation journalière moyenne mais encore plus de la durée du tabagisme. Pour le cancer bronchique, le risque est certes proportionnel à la dose, mais surtout proportionnel à la puissance quatre de la durée. Doubler la consommation journalière équivaut à doubler le risque alors que doubler la durée équivaut à le multiplier par vingt (107).

Il existe cependant des différences essentielles dans la nature de la morbidité liée à l'utilisation de l'alcool ou du tabac. Alors que celle liée au tabagisme est essentiellement somatique, la morbidité liée à l'alcoolisme est également le fait de troubles cognitifs et comportementaux, qui peuvent avoir des répercussions dramatiques sur les plans familial et socioprofessionnel. En France, on estime à environ 5 millions le nombre de personnes en difficulté avec l'alcool dont 2 millions sont alcoolodépendants (231). Un consultant sur cinq en médecine générale aurait une consommation dangereuse. Selon les études (54, 178, 231), 15 à 25% des hospitalisés le seraient pour une difficulté liée directement ou indirectement à leur consommation d'alcool. L'étude du CREDES (54) montre que 3% des patients sont hospitalisés pour alcoolisme et que 13% des malades en hospitalisation complète souffrent d'alcoolisme. Ils sont plus jeunes que les non-alcooliques et présentent en moyenne plus de

trois maladies : le tabagisme entraîne chez eux une surmorbidité : 3,3 maladies en moyenne chez les tabagiques contre 2,9 chez les non-tabagiques. Le tabagisme, lorsqu'il est signalé dans l'enquête, n'est quasiment jamais déclaré par les médecins hospitaliers au sein des diagnostics associés et encore moins en tant que maladie principale, même lorsque les patients souffrent de complications graves dont le tabac en représente l'étiologie. Il figure seulement parmi les facteurs de risque.

La surmortalité des alcooliques fumeurs liés à la potentialisation des risques lors de consommations associées est bien connue, en particulier dans le domaine néoplasique des voies aérodigestives supérieures (VADS) et de l'œsophage. Elle est engendrée par cette double dépendance et est supérieure à la surmortalité imputée séparément au tabac et à l'alcool (56). Chaque année, 18000 nouveaux cas de cancer des VADS sont diagnostiqués en France. La France a le triste record de mortalité liée à ce cancer dans le monde, les zones les plus touchées étant le Nord Pas de Calais, l'Est et le Nord Ouest. Dans l'étude de Lefebvre (145), 96% des patients porteurs de cette pathologie sont fumeurs et buveurs, 3% sont buveurs et non fumeurs et seulement 1% ne présentent aucun mésusage alcoolotabagique. L'alcool constitue après le tabac le second facteur de risque des cancers des VADS. Son mécanisme d'action repose principalement sur une potentialisation des effets toxiques du tabac mais il exerce un effet direct dès lors que la consommation d'alcool s'avère supérieure ou égale à 120gr par jour.

De plus, les personnes alcooliques décèdent plus de désordres dus à leur tabagisme qu'à l'alcool (112). Le risque relatif de mortalité sur une période de 12 ans est évalué par Rosengren et all (209) à 11 chez le fumeur non alcoolique, à 17 chez l'alcoolique non-fumeur et à 26.4 chez les alcooliques fumeurs. L'étude menée par Hurt et all. (123) auprès de 845 patients alcooliques ayant bénéficiés de traitement alcoolique antérieur hospitalier confirme au cours d'un suivi de 10 à 20 ans, l'existence d'une surmortalité avec un taux de mortalité de 48% à 20 ans contre 18% attendus. Il l'attribue davantage aux complications du tabagisme (50.9%) qu'aux conséquences de l'alcoolisation (34.1%). Le faible nombre des non fumeurs et la très forte prédominance de fumeurs ne permettent toutefois pas de mettre en évidence de différence significative du taux de mortalité selon le statut tabagique de l'admission. Pour Bien et Burge (26), le risque lors de l'intoxication mixte est 50% plus élevé que la somme des risques liés à l'alcool et au tabac pris indépendamment l'un de l'autre. Sur le plan psychopathologique, le risque de suicide est plus élevé en cas de mésusage associé (232).

L' étude globale de la mortalité en France montre une évolution favorable. Pourtant 20% des décès prématurés (avant 65 ans) sont imputables à des comportements et non à des pathologies (242). Le coût financier pour la société est très important.

a-2) <u>Addiction à ces deux substances.</u>

La notion de toxicomanie est née, à la fin du XIXe siècle, d'une volonté de quelques cliniciens de globaliser dans une même entité des consommations nocives de différentes substances. Il s'agissait de dépasser les séparations d'alors entre morphinomanie, cocainomanie, etc..., mais aussi de dessiner une nouvelle figure pathologique caractérisée par l'impulsivité et l'incurabilité : le toxicomane. L'alcoolisme est à cette époque une question autre, traitée différemment. L'alcool, en effet, ne peut être considéré comme toxique en soi car ce serait mettre en accusation le vin, un symbole trop intimement lié à l'identité française pour que cela puisse s'imaginer. En revanche, de « mauvais alcools » peuvent être mis sur la sellette, telle l'absinthe, chargée de tous les maux et totalement prohibée en 1916.

Pour sa part, le terme d'addiction, bien que présent dans le vocabulaire du droit en vieux français, n'apparaît avec son sens contemporain qu'au seuil des années 1930 dans la

littérature psychanalytique de langue anglaise. Il désigne alors à la fois une forme d'expression pulsionnelle, certains processus inconscients assurant une fonction de protection pour la vie psychique des patients. Un peu plus tard, il passe dans le vocabulaire anglophone, puis dans l'approche cognitivo-comportementale. C'est dans ce cadre que Goodman (annexe 1) propose, en 1990, une critériologie comportementale pour définir une « nouvelle catégorie de troubles psychiatriques » : Le trouble « addictif » caractérisé par « une impossibilité répétée de contrôler un comportement qui vise à produire un plaisir ou écarter une sensation de malaise interne et qui est poursuivi en dépit de ses conséquences négatives »(167). En France, dans les années 1980, il fait son apparition dans quelques écrits de psychanalystes (MacDougall, Bergeret...) cherchant à élaborer une psychopathologie transnosographique des sujets présentant une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives et / ou à un comportement. Dans ces prémices, le mot « addiction » est employé dans un sens similaire à celui de dépendance. Et c'est d'ailleurs au nom de la dépendance en tant que phénomène commun à des conduites compulsives diverses (alcoolisme, toxicomanie, jeu pathologique, boulimie...) que se crée peu à peu un courant de pensées et des échanges cliniques dans le champ psychiatrique. Courant qui peut s'appuyer sur les définitions des classifications internationales (CIM-10 et DSM-IV) dont l'influence est grandissante.

Récemment reconnue comme une compétence par le ministère de l'éducation nationale et l'ordre des médecins, l'addictologie étudie les pratiques de consommation des substances psychoactives et les addictions, mais aussi leurs mécanismes d'acquisition, leurs déterminants biologiques, psychologiques et sociaux et leurs complications.

La communauté scientifique internationale individualise deux grands types de comportement dans la consommation de substances psychoactives : l'usage et les conduites addictives.

- L'usage est caractérisé par la consommation de substances psychoactives n'entraînant pas ou peu de complications ou dommages. Il peut être expérimental, occasionnel ou régulier. Il ne saurait être considéré, à priori ,comme relevant d'une problématique pathologique nécessitant des soins. Il convient cependant d'affirmer que dans certaines circonstances cette consommation socialement réglée est susceptible d'entraîner des dommages. Le risque est déterminé par les propriétés pharmacologiques du produit, les modalités de la consommation, les situations où a lieu la consommation. L'usage est à risque, par exemple, lors de taches nécessitant une bonne maîtrise psychomotrice (conduites d'engins, automobile...), chez les sujets présentant des troubles du comportement, chez les femmes enceintes.

- Les conduites addictives regroupent deux types de comportements pathologiques : l'abus (ou usage nocif) et la dépendance :

* l'usage nocif et l'abus. L'abus correspond à la période pendant laquelle le sujet a des ennuis liés à sa consommation mais sans être encore devenu dépendant. Les définitions les plus communément acceptées sont celles de l'association américaine de psychiatrie, reprise dans le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM IV) ou l'on parle d'abus. Celle de l'organisation mondiale de la santé reprise dans la classification internationale des maladies (CIM 10) parle d'usage nocif (voir annexe 2).

Ils se caractérisent donc par :

- l'apparition de dommages sanitaires (somatique, psychique, psychotique) ou sociaux (retentissement familial, scolaire ou professionnel et installation dans une marginalisation).
- Consommation répétée, le plus souvent excessive, mais sans dépendance à proprement parler.

Cet état s'accompagne le plus souvent de plaintes sur les modalités de consommation et les dommages, plaintes pouvant être émises par l'entourage comme par le sujet lui même.

Les critères diagnostiques de la CIM 10 concernant l'abus d'une substance sont moins spécifiques que ceux du DSM IV. Il doit y avoir des « preuves manifestes » que l'utilisation d'une substance a entraîné (ou a contribué de façon significative à) la survenue de troubles psychologiques ou physiques , y compris une altération du jugement ou des troubles du comportement, pouvant être à l'origine d'une incapacité ou d'une altération des relations personnelles (DSM IV). Ce trouble a été désigné sous l'appellation « d'utilisation nocive pour la santé » de la CIM 10.

Ainsi pour l'alcool, trois types cliniques de comportement nocif de consommation d'alcool peuvent être repérés (196) : une utilisation répétée d'alcool provoquant des dommages récurrents et significatifs ou dans des situations où l'usage en est particulièrement risqué. La troisième lors d'alcoolisations massives et dangereuses comportant ivresse, desinhibition ou des troubles du comportement.

* la dépendance est une perturbation importante et prolongée de fonctionnement neurobiologique et psychologique d'un individu. Le concept de dépendance fait référence à la notion d'auto administration répétée d'une substance pour en retrouver les effets et dont l'usage est poursuivi malgré l'apparition de problèmes consécutifs à ce comportement. Celui-ci comporte habituellement (mais pas constamment) tolérance, sevrage et comportement compulsif de prise de drogue. Quant au désir irrépressible de consommer (craving) il est expérimenté par la plupart des individus dépendants. La dépendance physique n'apparaissant que plus tard dans l'évolution, elle renforce alors le besoin de consommer pour éviter le malaise de sevrage. Le DSM IV applique ce concept à un certain nombre de substance : alcool, amphétamine, cannabis, cocaïne, hallucinogène, nicotine, opiacés, sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques, substances inhalées, association de plusieurs substances.

Les critères de la CIM 10 concernant la dépendance à une substance sont proches, mais non identiques, de ceux du DSM IV (voir annexe 3). La CIM 10 inclut les sept critères du DSM IV mais en les condensant en cinq critères distincts seulement et ajoute un sixième item sur le désir puissant d'utiliser la substance. De plus, la façon d'établir l'existence d'une signification clinique diffère dans les deux systèmes. Le DSM IV stipule qu'il doit y avoir un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative alors que les critères diagnostics de la CIM 10 mentionnent soit une durée d'un mois, soit la survenue répétée de manifestations sur une période de douze mois. Le comportement de dépendance a une définition plus pertinente quant à l'élaboration diagnostique (avec des données biologiques, d'ordre psychologiques et des critères comportemental et social) dans le DSM IV ; la définition de la CIM 10 est plus simple.

L'alcool et le tabac peuvent donc entraîner tous les deux un syndrome de dépendance. Ils répondent tous les deux aux mêmes critères diagnostics des deux systèmes de classification internationaux de référence : le DSM IV et le CIM10.

En France, selon l'étude Baromètre santé 2000 (97), 33,1% des individus de 12 à 75 ans déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps, avec une grande disparité selon l'âge et

le sexe : 36,7% pour les jeunes de 12 à 25 ans et 32,2% chez les 26-75 ans. Les jeunes qui déclarent fumer régulièrement (29,9%) consomment en moyenne 10,2 cigarettes par jour et les quantités fumées et la prévalence des fumeurs réguliers augmentent rapidement au cours de l'adolescence. On a noté une tendance à la baisse de la prévalence tabagique chez les jeunes depuis les années 1970 mais cette évolution n'est plus observée en 1999 pour l'ensemble des tranches d'âge. Pour la première fois, une hausse significative de la prévalence tabagique chez les jeunes filles de 12 à 19 ans a été observée entre 1997 et 1999, cette observation n'étant pas vérifiée pour l'ensemble des garçons. Si cette différence n'est pas significative pour l'ensemble des jeunes de 12 –19 ans sans distinction de sexe, cette hausse ne manque pas d'inquiéter. Parmi les adultes de 26-75 ans, 27,7% fument régulièrement. Depuis le début des années 1970, on constate chez les adultes que les hommes fument plus souvent que les femmes et on remarque une diminution régulière du tabagisme pour les premiers qui contraste avec une augmentation pour les secondes.

Parmi les 12-75 ans, 19,3% déclarent avoir bu quotidiennement au cours des douze derniers mois (27,8% des hommes versus 11,2% des femmes). La consommation hebdomadaire (au moins une fois par semaine durant les douze derniers mois) concerne davantage les jeunes. Parmi les personnes ayant bu au cours de l'année, 15,8% déclarent au moins un épisode d'ivresse durant cette période (23,1% des hommes et 8,3% des femmes), on note un pic de fréquence chez les 15-25 ans. La prévalence alcoolique croit avec l'âge et semble relativement stable après 25 ans. Par contre, plus l'alcool est consommé tôt, plus le risque de polyconsommation future est grand avec une valeur prédictive des ivresses précoces et répétées et une relation maximum avec l'alcoolisation massive précoce (203).

Nous allons étudier les situations de poly consommation de substances et de dépendance à plusieurs d'entre elles. Elles posent de multiples problèmes (203). La nécessité d'action de prévention et de soins doivent être très précoces car il s'agit là d'un mode de consommation préférentiel chez les jeunes chez lesquels peut s'installer progressivement la dépendance à ces divers produits entrecoupée de périodes d'abus. On note la gravité de ces poly dépendances tant sur le plan psychologique, somatique et social que pour les risques vitaux graves qu'elles font courir et la particulière difficulté à les prendre en charge.

Les problèmes d'addiction à une ou des substances psychoactives présentent des éléments cliniques et épidémiologiques communs.

Une étude de la consommation de ces substances chez les jeunes montre une progression selon l'âge. Les enquêtes épidémiologiques effectuées pour une bonne partie aux USA chez l'enfant permettent d'affirmer que le processus de consommation de substances licites ou illicites débute vers 9-10 ans et augmente surtout vers 15 ans (83) et à la fin de l'adolescence (52) vers 17-20ans. L'évolution de la consommation se fait, lorsqu'elle doit exister, des drogues licites (tabac, alcool, solvant) vers les drogues illicites (marijuana, cocaïne, héroïne) (15). En France l'évolution est similaire, avec moins de consommation encore de cocaïne mais plus d'héroïne. Ceci ne signifie nullement que ces consommations soient indépendantes ou abandonnées successivement. Elles connotent simplement un effet de groupe et d'entraînement particulièrement net dont il conviendrait de tenir compte dans la mise en place de politiques de prévention (178).

Quant aux phénomènes d'abus/dépendance, ils apparaissent vers la fin de l'adolescence ou au seuil de l'âge adulte en général avec un pic très important entre 15 et 19ans (168). L'initiation et la consommation précoce de substances psychoactives constituent le meilleur prédicteur d'abus et ou dépendance à ces substances à la fin de l'adolescence et à l'âge adulte.

Kenneth et all (220) dans une étude poursuivie sur 4 ans de 452 collégiens montrent que la prévalence des abus d'alcool est plus importante chez les garçons que chez les filles et chez

les personnes aux antécédents de famille connaissant des problèmes d'alcool. La dépendance tabagique est aussi plus importante dans ces familles mais on ne distingue pas de différence entre les deux sexes. De plus, une intoxication à l'alcool ou au tabac augmente le risque d'une dépendance associée à d'autre drogue dans les années suivantes. L'environnement des jeunes, le modèle des pairs (112), une vulnérabilité, un comportement de rébellion par rapport à leurs parents ou la société et peut être la génétique favorisent ces consommations. Beaucoup d'études longitudinales, particulièrement les cohortes européennes (143) incluant l'usage des drogues illicites, le tabac et l'alcool montrent que la majorité des facteurs de risque sont : des caractéristiques démographiques, des facteurs interpersonnels (famille...), des facteurs personnels (personnalité, mode de vie, psychopathie). Ces facteurs peuvent parfois varier en fonction des produits addictifs. Toutefois, les résultats concordent sur un point : le premier facteur de risque de l'usage d'une substance psychoactive à la fin de l'adolescence est la précocité de la consommation. Il reste cependant à étudier l'histoire naturelle des passages de l'expérimentation d'une substance à une consommation régulière excessive puis nocive voire dépendante.

De plus, de nombreuses études épidémiologiques ont conforté l'existence d'une association entre alcool et tabac. Dès l'adolescence, les jeunes consommateurs d'alcool sont plus fréquemment fumeurs (49) et l'usage d'une des substances psychoactives paraît un indicateur de l'usage ultérieur de la seconde (46,68), voire du recours aux produits illicites (217). Cependant, presque tous les adolescents qui connaissent des problèmes d'abus d'alcool ou de drogues consomment quotidiennement du tabac lors du développement de cette addiction. En effet, cette relation tabac et alcool est assez forte pour que la consommation de tabac soit un indice pour détecter les problèmes d'alcool (112). Pendant l'adolescence, à la phase d'initiation, 40% des jeunes qui boivent fument régulièrement du tabac et inversement 88% de ceux qui fument boivent (85). Pourquoi cette association est-elle aussi fréquente ? L'initiation aux produits interdits, leur accessibilité, l'imitation des pairs (27), les habitudes sociales de consommation simultanées sont-elles les seules causes ? L'enquête INSERM (49) de 1994 montre que la consommation déclarée des deux produits est rare chez les jeunes de 11 et 13ans (6%) mais elle augmente rapidement avec l'âge pour atteindre 38% chez les 18ans et plus. L' enquête du SESI (78) en 1991-1992 met également en évidence une augmentation avec l'âge mais avec des données différentes. Entre 18 et 19ans 13,5% des hommes et seulement 1,9% des femmes consomment les deux produits ; chez les adultes 26,7% des hommes et 6,4% des femmes font une consommation régulière des deux et 13,6% des hommes et 56,1% des femmes ne consomment ni l'un ni l'autre. L'enquête du CFES de 1994-1995 montre chez les jeunes que la consommation d'alcool est trois fois plus fréquente chez les fumeurs, que dans la population générale la consommation d'alcool est 1,4 fois plus fréquente chez les fumeurs et qu'il existe une forte corrélation entre la quantité d'alcool absorbée et le nombre de cigarettes fumées. A l'âge adulte, cette relation se retrouve dans la population adulte aussi bien en terme de prévalence, de quantité, de régularité de consommation (26). Friedmann et al. (86) constatent que la consommation d'alcool peut également être liée à la durée du tabagisme. Lors du mésusage d'alcool, ce lien est beaucoup plus marqué, qu'il s'agisse d'usage nocif ou d'alcoolo dépendance (26, 38, 234). Nous l'étudierons plus tard.

On constate donc une généralisation de polyconsommations addictives : le fait de fumer constitue une porte d'entrée à d'autres drogues alors que l'inverse n'est pas vérifié. La prise de tabac multiplie par 9 le risque d'expérimentation à d'autres drogues et 52,4% des jeunes fumeurs réguliers ont déjà au moins une fois consommé du cannabis contre 11,9% des non fumeurs (152). C'est dans cette perspective que s'inscrit en France le rattachement du tabac

au sein de la MILDT (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et le Toxicomanie).

L'alcool et le tabac entraînent donc tous deux un syndrome de dépendance et partagent d'autres caractéristiques communes (224). En premier lieu, on note qu'après sevrage tous les deux ont des risques de rechute très importants. En second lieu, les études sur ces deux maladies ont donné lieu à moins de recherches que les autres pathologies standards. Troisièmement, des personnes réussissent seules à se sevrer. Quatrièmement, les problèmes de santé liés à ses intoxications ont lieu à long terme et il est difficile de motiver les patients dans ce cadre précis. Cinquièmement, des politiques de santé publique ont été entreprises contre ces intoxications toutes les deux légales. Sixièmement, ces deux consommations font partie des habitudes de vie admises par la population du moins pour l'alcool lorsqu'elle est modérée.

Alors que les mécanismes menant à ces syndromes de dépendance ont des points communs, il existe aussi des disparités. Le risque de progresser vers la dépendance est beaucoup plus important chez les fumeurs de quelques cigarettes que chez les consommateurs occasionnels ou de petites quantités d'alcool. 5 à 10% des fumeurs actuels fument occasionnellement alors que les autres sont des fumeurs réguliers et une grande partie d'entre eux dépendants. Par contre, la grande majorité (80 à 90%) des consommateurs d'alcool ne sont pas dépendants et boivent en petite quantité (191). Dans le même temps, la différence est nette entre les vitesses de progression des dépendances à l'alcool et le tabac. La dépendance au tabac est précoce dans l'histoire du fumeur, à tel point que la majorité des consommateurs de tabac sont dépendants. Il en est autrement avec l'alcool : la dépendance s'installe souvent progressivement, après de longues années de consommation. Ce point peut être exprimé par le rapport consommateurs dépendants sur consommateurs non dépendants, qui est beaucoup plus élevé avec le tabac qu'avec l'alcool. Une fois la dépendance installée et le sevrage tenté, les courbes de survie dans l'abstinence d'alcool et de tabac sont presque superposables (119). Mais, bien sûr, la survie dans l'abstinence est fonction de la force de la motivation, dont la nature n'est pas toujours comparable dans le cas du tabac et de l'alcool. Dans ce dernier cas, la motivation s'appuie plus spécifiquement sur la souffrance de l'individu. Mais qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre, le sujet dépendant passe le plus souvent par plusieurs cycles sevrage-rechute avant d'avoir atteint la maturité nécessaire à une abstinence durable. Le sujet alcoolo dépendant souffre d'une image sociale péjorative. Il est bien souvent l'objet d'un rejet social qui le conduit à se réunir avec ses semblables, dans des groupes d'anciens buveurs. Ces mouvements ont contribué à la promotion de la notion d'alcoolisme maladie qui implique une prise de conscience déculpabilisante. Dans certaines circonstances, le fumeur dépendant rencontre des difficultés liées à sa consommation irrépressible, mais ne souffre pas, ou pas encore, de rejet ou d'image franchement péjorative. La menace de rechute n'a souvent pas le même aspect tragique dans le cas de l'abstinence tabagique par rapport à celui de l'abstinence alcoolique, impliquant une différence de nature de motivation. De plus, le nombre de fumeurs est beaucoup plus important que le nombre de personnes en problème avec l'alcool.

On constate une différence d'effet de chacune de ses drogues. Le tabac à doses peu importantes est stimulant, à doses plus importantes est relaxant. L'alcool à haute dose est sédative et empêche une bonne coordination musculaire.

a-3) Analyse physiopathologique de l'influence des deux consommations l'une sur l'autre à partir de quelques études.

Sur le plan expérimental, une analyse physiopathologique de l'influence des consommations d'alcool et de tabac l'une sur l'autre montre qu'il existe :

a-3-1) Peu d'études de l'influence de la consommation de nicotine sur la consommation d'alcool.

Potthoff et ses collaborateurs (192) ont étudié les variations des consommations liquidiennes et notamment d'alcool chez les rats, après pose d'implants délivrant lentement et régulièrement différentes drogues : nicotine, d-amphétamine, caféine, phencyclidine, secobarbital, LSD, mescaline et halopéridol. Les deux seuls produits ayant induit une augmentation spécifique de la consommation d'alcool étaient la nicotine et la d-amphétamine. Mais après 30 jours d'expérimentation, seuls les rats avec l'implant de nicotine continuent à boire plus d'alcool que d'eau alors que ceux ayant l'implant de d-amphétamine ont une consommation d'eau et d'alcool quasiment similaires.

Clements (51) a débuté une expérimentation sur les hommes en leur injectant en sous-cutané soit du sel soit de la nicotine et en étudiant leurs effets sur la consommation d'alcool. Il ne peut pas conclure formellement à l'effet d'une drogue sur l'autre bien que la nicotine semble donner des réponses (consommation majorée) sur la consommation d'alcool différente de celle de sel, du fait de nombreux résultats non significatifs. D'autres études sont nécessaires.

a-3-2) Influence de la consommation d'alcool sur la consommation de tabac.

Plusieurs publications rapportent des études pratiquées chez l'homme (26, 38, 85, 96, 98, 156, 157, 172). En résumé, la consommation d'alcool induit une augmentation du nombre de cigarettes fumées et une intensification de la " fume " (augmentation de la durée des bouffées et diminution des intervalles inter-bouffées) pendant la période d'alcoolisation mais également durant la période post-alcool. Ceci a été montré chez le buveur modéré comme chez l'alcoolique et chez l'homme comme chez la femme (156). Ce phénomène persiste en dehors de l'interaction sociale. Il persiste également si les séances d'alcoolisation et de " fume " sont dissociées. Il ne s'agit donc pas uniquement d'un phénomène de conditionnement (169).

Par exemple, Burton et Tiffany (38) ont montré sur un échantillon de soixante personnes que l'exposition aux stimuli tabagiques augmentait leur envie, que la prise d'alcool entraînait une hausse généralisée de l'envie de fumer mais n'augmentait pas de manière sélective l'envie ou la réaction psychologique aux stimuli tabagiques. Glautier et all (96) montre que la consommation d'alcool augmente la durée passée à fumer, le nombre de bouffées prises sur chaque cigarette, la somme de tabac brûlée. Des effets plus subjectifs furent notés : une plus grande impatience et une plus grande satisfaction de fumer après avoir consommé de l'alcool.

a-3-3) Influence de l'arrêt du tabac sur la consommation d'alcool.

Un nombre d'études prospectives à court terme montre une diminution de la consommation d'alcool après arrêt alors que d'autres n'ont pas trouvé de différence significative (113) ou montré une augmentation de la consommation après sevrage tabagique

(40). D'autres études prospectives à long terme sur le comportement d'alcoolisation de la population générale ont été conduites mais n'ont pas montré de changement d'alcoolisation en relation avec le changement concernant le tabagisme (40).

Carmelli et al (40) ont rapporté les variations des consommations de tabac et d'alcool d'une cohorte de 5510 vétérans de la 2e guerre mondiale, évalués à deux reprises, à 16 ans d'intervalle : 1967-1969 et 1983-1985. Ces vétérans ont été classés en 1441 (26%) fumeurs persistants (fumeurs lors des deux évaluations), 1760 (32%) fumeurs sevrés (fumeurs lors de la première évaluation, abstinent lors de la seconde) et 2309 (42%) non-fumeurs persistants. Les fumeurs persistants ont rapporté une augmentation marquée et significative de leur consommation d'alcool, due essentiellement aux spiritueux. Les fumeurs sevrés n'ont montré qu'une augmentation modérée, mais significative, de leur consommation d'alcool due essentiellement au vin. Les non-fumeurs persistants n'ont pas montré de modification significative de leur consommation d'alcool.

Hugues et al. (113) ont étudié par entretiens téléphoniques, après les avoir recrutés par petites annonces dans la presse, 630 fumeurs décidés à arrêter de fumer par eux-mêmes. Ces fumeurs n'ont pas monté de variation de leur consommation d'alcool au cours de cette étude, qui a duré 6 mois à partir de l'arrêt du tabac pour chaque fumeur. Notons cependant qu'ils avaient une consommation alcoolique moyenne particulièrement basse (0.2 verre par jour). Après une revue de la littérature, ils montrent que la plupart des études (117, 126, 150) ne montrent pas d'augmentation de la consommation d'alcool chez le tabagique ayant une consommation d'alcool abusive lors du sevrage tabagique excepté dans une seule étude.

Ainsi, il semble que le sevrage tabagique n'induit pas en soi une augmentation de la consommation d'alcool, que ce soit à court et moyen terme (16 ans) dans la population générale.

Dans l'étude de Daeppen (61), les alcooliques tabagiques présentent une plus grande sévérité dans leurs problèmes, dus à l'alcool, de la vie quotidienne que les alcooliques ayant arrêtés le tabac. Hughes a donc montré, après une revue de la littérature, que dans ces études, les fumeurs avec des problèmes d'alcool qui stoppent leur intoxication nicotinique n'augmentent pas leur intoxication en éthanol ; par contre, Joseph et al. (126) note que les sujets sont alors plus à risque de débuter une autre addiction. Dans l'étude de Miller (161), les alcooliques qui ont arrêté de fumer avant le sevrage alcoolique ont un meilleur pronostic alcoolique que les alcooliques poursuivant leur intoxication tabagique.

Lors du mésusage d'alcool, aucune étude à ce jour n'a donc montré d'évolution plus péjorative à plus ou moins long terme de l'alcoolisation après un sevrage tabagique , que celui-ci ait eu lieu à distance du sevrage alcoolique (31, 35), pendant ou à son décours immédiat (39, 122, 126), qu'il s'agisse d'une population hospitalisée (122, 126), suivie en ambulatoire (31) ou mixte (39). Nous reverrons ces données plus loin.

Dans l'enquête de Bobo (31) chez d'anciens buveurs hospitalisés au cours des années précédentes (4,4 ans en moyenne) et abstinents depuis plus de six mois, la perception de l'impact des tentatives de sevrage tabagique sur le maintien de la sobriété est modeste : 16,4% craignent d'avoir envie de boire s'ils ne peuvent pas fumer, 13,7% seulement estiment avoir réellement eu envie de boire lors de leur premier essai de sevrage tabagique, et 5,5% avoir effectivement consommé de l'alcool afin d'éviter la prise de cigarette. Cette perception ne diffère pas, que les patients soient ou non parvenus à maintenir une abstinence tabagique. L'alcoolisation déclarée est statistiquement similaire dans les deux groupes bien que 93% des

ex-fumeurs n'aient pas rechuté depuis leur sortie et que 13% des malades à nouveaux fumeurs rapportent plusieurs périodes de fortes consommations.

a-3-4) Influence de l'arrêt de l'alcool sur la consommation tabagique.

Aubin et col. (12) ont étudié parmi 222 patients alcoolo dépendants la consommation tabagique. Parmi eux, 94 patients ont été sélectionnés, patients ayant été sevré d'alcool le jour même de l'hospitalisation (premier évaluation) et qui étaient toujours abstinents d'alcool lors de la deuxième évaluation (38 jours en moyenne après la première évaluation). Sur l'ensemble de ces 94 malades, on n'a pas noté de variation significative du nombre de cigarettes fumées par jour. En revanche, les gros fumeurs (30 cigarettes ou plus) ont montré une réduction significative de leur consommation et inversement, les « petits » fumeurs (moins de 30 cigarettes par jour) une augmentation significative de leur consommation. Aucune variation significative de leur cotinine urinaire n'a cependant été trouvée parmi ces trois groupes de patients. Il semble donc dans cette étude qu'il y a peu de modification de la consommation de cigarette après sevrage d'alcool chez les alcoolo dépendants fumeurs dans leur ensemble. Cependant, les petits fumeurs fument plus de cigarettes, sans augmentation de l'absorption de nicotine, ce qui peut être interprété comme étant un signe d'une compensation comportementale, sans compensation biologique. Les gros fumeurs fument moins de cigarettes, mais conservent la même absorption de nicotine. D'une façon globale, il semble y avoir une homogénéisation du comportement tabagique entre les fumeurs après le sevrage d'alcool. Dans l'enquête bibliographique du National Institutes of Health (85), les études examinées montrent que les patients alcooliques, au test de fagerstrom, ont un taux de dépendance à la nicotine supérieur à celui des fumeurs non alcooliques et qu'après leur sevrage en alcool ils ne retrouvent pas ce taux de dépendance tabagique inférieur des non alcooliques mais un taux au test de fagerstrom le plus souvent intermédiaire.

Si le sevrage de tabac déclenche volontiers des fringales et de véritables accès boulimiques, il ne semble pas induire d'augmentation compensatoire de la consommation d'alcool, pas plus que la consommation tabagique ne semble de façon significative augmenter après le sevrage d'alcool. On serait tenté d'en conclure que l'association tabac-alcool serait plus d'ordre psychosociologique et environnemental qu'appuyé sur des bases pharmacologique et biochimique. Cependant il s'agit d'études à moyen et long terme, or on note bien qu'il existe des manifestations physiques aiguës lors du sevrage de l'un ou de l'autre ou des deux associés.

a-4) Interactions entre les deux dépendances associées.

Les premiers écrits (12) sur l'interaction entre l'alcool et tabac datent de 1776. Benjamin Rush, américain, a écrit (26): " Fumer et chiquer, en rendant l'eau et les boissons simples insipides, amènent à rechercher les stimulations plus fortes des alcools ardents ".

En 1804, Benjamin Waterhouse évoque lui aussi la relation entre l'alcool et le tabac. L'endémie alcoolique date en France du XIX e siècle (12). Elle est venue avec le progrès dans la fabrication, le transport et le stockage de l'alcool. L'endémie tabagique est arrivée, elle, au XX e siècle et l'industrialisation de la cigarette, qui est la forme de tabac la plus " addictive ".

Il existe une corrélation fortement positive entre les consommateurs d'alcool et de tabac dans la population générale (12, 26, 86, 91, 158), que ce soit chez les jeunes, comme nous venons de le voir, où le taux de fumeurs quotidiens est supérieur chez les consommateurs l'alcool régulier et inversement (49, 91), ou dans la population adulte chez laquelle la prévalence de fumeurs est plus élevée chez les buveurs et réciproquement (12, 26, 91).

L'alcoolisation paraît d'autant plus régulière que la consommation tabagique est quotidienne. Cette association parait dose dépendante : les gros fumeurs boivent plus que les petits fumeurs (234) et, inversement, les gros buveurs fument plus que les petits buveurs. Des études ont montré que l'arrêt du tabac s'accompagne à moyen et long terme d'une diminution de la consommation alcoolique (61). Carmody et all (237) ont montré que les anciens fumeurs ont une consommation alcoolique intermédiaire entre les fumeurs et les non-fumeurs (170). Mais, cette relation positive est faible (91, 171) et l'existence d'une valeur seuil en dessous de laquelle il n'existerait pas de relation a été évoquée. Par ailleurs, cette relation est asymétrique, les modalités d'alcoolisation prédisant davantage la consommation tabagique que l'inverse (85, 91). Si pour Hugues (114), 13 à 15% des gros fumeurs sont alcoolo dépendants, inversement la prévalence des fumeurs chez l'alcoolo dépendant se situe entre 70 et 95% comme le montrent de nombreuses études (17, 26, 73, 91, 234) comme celles de Toneatto et all (234) ou Di Franza et all. (73). Ces derniers estiment que l'alcoolisme est dix fois plus fréquent dans la population des fumeurs que dans la population des non-fumeurs.

Plusieurs études ont montré que les alcooliques ont une consommation tabagique plus importante que les buveurs occasionnels (plus du double (26, 128). Chez l'alcoolique, l'intensité du tabagisme est supérieure avec une consommation quotidienne (61, 245, 246) et une dépendance pharmacologique à la nicotine (26, 121, 126) plus élevées que la population générale tabagique. L'âge de la première cigarette et du tabagisme quotidien est plus précoce (115) que dans la population générale, en moyenne deux à trois ans plus tôt quand il commence à fumer régulièrement (99), 15,5 ans contre 17,8 ans selon Di Franza (73). Le désir de fumer paraît plus puissant (91, 99). Gulliver et all (99) dans une étude portant sur 83 alcooliques fumeurs montre que le score de l'échelle de dépendance à l'alcool prédit significativement le besoin de fumer et que le besoin de fumer est plus important lors d'une exposition à l'alcool. Les alcooliques les plus dépendants sont dans la majorité des fumeurs plus dépendants. Inversement , les épisodes d'alcoolisation seraient plus fréquents et l'alcoolisation au cours de ces épisodes plus importante chez les alcooliques fumeurs que chez les alcooliques non-fumeurs (245).

L'âge de la première intoxication alcoolique est plus précoce chez les fumeurs. 35% des gros fumeurs (plus de trente cigarettes par jour) ont eu à un moment de leur vie une histoire d'alcoolisme contre 10% des non-fumeurs (85).

De plus, on constate chez les alcooliques, une corrélation positive entre les intensités des dépendances alcoolique et tabagique (17). Ils sont plus capables d'être toujours fumeurs et gros tabagiques et moins souvent exfumeurs ou non tabagiques de premier intention que la population générale.

Boire et fumer sont donc liés dans la population générale mais cette relation apparaît d'autant plus forte que le niveau d'abus est important. L'alcoolique est plus capable d'être dépendant au tabac et vice versa. De plus, on note que le tabagisme chez les alcooliques diminue moins que dans la population générale et qu'il n'existe pas d'études sur l'alcoolique non fumeurs ou ex-fumeurs.

B) Hypothèses sur les mécanismes de l'association alcool et tabac.

b-1) Les hypothèses.

Les étiologies et les mécanismes de ces deux dépendances ont donc commencé à être étudiés. De nombreuses hypothèses (12) sont avancées.

- le conditionnement comportemental réciproque.

Il est probable que la consommation d'alcool soit un stimulus déclencheur de l'envie de fumer (11). Aucune donnée , par contre, ne vient étayer l'idée que la consommation de tabac soit un stimulus pour l'envie de boire. L'importance de ce type de conditionnement semble intuitivement moins forte.

- l'interaction neuropsychologique (12, 26).

La capacité du tabac à s'opposer aux effets délétères de l'alcool a été montrée avec plusieurs protocoles expérimentaux utilisant le temps de réaction, la fréquence critique de fusion et l'estimation de temps. D'autre part, il a été montré , avec les potentiels évoqués cognitifs, que l'alcool avait pour effet d'allonger la latence et de diminuer l'amplitude de la P300 (représentant une étape précoce d'une opération décisionnelle après application d'un stimulus) chez les sujets dépendants ou non de l'alcool. La nicotine a un effet quasiment inverse sur les potentiels évoqués cognitifs puisqu'elle induit un raccourcissement de la latence de la P300.

Michel et Batting (169) ont testé sur vingt femmes de 18 à 30 ans leur performance lors d'un test d'informations visuelles après administration d'alcool ou d'un placebo. La consommation de cigarette après l'alcoolisation diminue le déclin des performances du fait de l'alcoolisation.

- les interactions neurobiologiques

La voie dopaminergique mésolimbique, qui semble être une partie importante du système de récompense, joue une rôle dans le renforcement positif des consommations d'alcool et de nicotine, mais aussi des opiacés, de la cocaïne et de l'amphétamine.

L'hypothèse soulevée par Blomqvist et al (13) s'ajoutent aux données du chapitre suivant. Ils ont montré sur des rats que la libération de dopamine au niveau du noyau accumbens induit par l'alcool, est inhibée par l'administration de mécamylamine, un agoniste spécifique des récepteurs nicotiniques. Ainsi l'activation mésolimbique de l'alcool serait en partie médiée par les récepteurs nicotiniques.

- le partage de facteurs étiologiques communs.

La coexistence de ces deux dépendances peut s'expliquer en partie par le fait qu'il existe au départ des facteurs psychologiques, environnementaux et /ou génétiques qui rendent les individus vulnérables à la fois à ces deux produits.

- les deux aident à faire face au stress.

Déjà en 1961, Larson et all (26) trouvaient que certaines personnes fumaient pour se stimuler lorsqu'elles étaient stressées ou fatiguées ; pendant que d'autres fumaient pour se relaxer. Ces effets ont été comparés pour l'utilisation d'alcool par différents individus ou ces mêmes individus. L'alcool est utilisée comme relaxant ou destressant ou stimulant ou permet aux personnes de se sentir plus sociables.

Il faut souligner que la dépendance à une ou plusieurs substances résulte en fait des interactions complexes entre cette ou ces substances, un patient et son environnement. Les produits possèdent des spécificités propres (effets, toxicité, tolérance, dépendance, sevrage), le patient possède une personnalité et des comportements propres, l'environnement influence ses comportements.

Toutes les addictions sont liées aux interactions entre une vulnérabilité, une situation déclenchante et un produit. La conduite addictive se substitue au sentiment d'incompétence personnelle et sociale éprouvée lors des situations d'échec. L'addiction, par sa répétition et ses effets propres, renforce ce sentiment de dévalorisation et mène à rechercher alors la satisfaction éprouvée. Les facteurs de vulnérabilité sont communs aux différentes addictions. On retrouve régulièrement chez ces patients des troubles de la personnalité caractérisés par

- la recherche de sensation et l'impulsivité avec le besoin de sensations et d'expériences, le goût et la volonté de prendre des risques physiques et sociaux. Cette dimension est significativement associée à l'alcoolodépendance et l'utilisation d'héroïne, de cannabis, de cocaïne, d'amphétamine ou de médicaments. De même, l'impulsivité est retrouvée dans l'ensemble des troubles addictifs et son intensité élevée est associée au nombre de rechutes chez les sujets abstinents (205).

-la souffrance et la dépressivité

La clinique retrouve souvent chez ces sujets l'existence d'une souffrance, généralement difficile à verbaliser ou même simplement à représenter. Qu'il s'agisse de la douleur d'être, ou du sentiment de vide intérieur, de perte du sens de l'identité et de l'existence, la souffrance psychique est présente, souvent tue, transformée en manque de produit (24). L'addiction aide le sujet à se sentir accepté et à reconstituer l'estime de soi. Elle amenuise les humeurs négatives (anxiété, dépression), suspend temporairement la souffrance et les sensations déplaisantes , devient le centre d'intérêt primordial. Elle pourrait alors être une solution à cette souffrance, lors de la rencontre avec le toxique, ce que certains ont nommé l'initiation.

-la recherche de sensations et la dépressivité s'associent souvent.

La conduite addictive une pathologie qui, une fois installée, persiste de nombreuses années. Elle est caractérisée par l'alternance de périodes pendant lesquelles le sujet consomme de façon compulsive un produit et d'épisodes d'abstinence plus ou moins longues. La rechute en est un des aspects essentiels. C'est pour cette raison que les addictions sont considérées comme des maladies chroniques. Bien qu'il soit relativement facile de s'abstenir de consommer une drogue, il est beaucoup plus difficile de rester abstinent. Le taux de rechute à 6 mois est très important (supérieur à 80%) et est identique quelque soit le toxique considéré (amphétamine, héroïne, alcool , nicotine) (229). Cette observation laisse supposer des mécanismes en partie communs à toutes les pharmacodépendances.

b-2) La voie biologique commune des pratiques addictives.

L'installation d'une conduite addictive refléterait un défaut dans la régulation des schémas fonctionnels des réseaux permettant à l'homme de s'adapter à son environnement.

La dépendance aux différentes substances psychoactives repose sur l'hypothèse de mécanismes communs d'une voie finale commune. Des grands systèmes d'effecteurs chimiques endogènes interviendraient dans ces comportements d'adaptation : les neurotransmetteurs et tout particulièrement la dopamine, et les neuromodulateurs peptidiques, en particulier les opioides endogènes. Il faut tenir compte que ces systèmes dopaminergiques et opioides sont en interrelations étroites avec l'axe hypothalamo-hypophyso-cortico-surénalien.

b-2-1) Le système de récompense et dépendance : la voie dopaminergique.

La théorie qui semble la mieux étayée actuellement pour expliquer le passage de l'usage à l'abus découle de la définition neurobiologique des états émotionnels. A ces derniers correspond une stabilisation des réseaux neuronaux régie par des concentrations définies de neurotransmetteurs, dont la dopamine et les neuropeptides. L'administration d'une substance psychoactive, en modifiant cet équilibre, associe une sensation plus intense de plaisir à un changement dans les concentrations synaptiques de ces effecteurs, et crée un nouvel état émotionnel.

L'usage prolongé de cette substance établit de nouveaux seuils émotionnels et modifie peu à peu les effets subjectifs de la drogue. Ainsi, au cours du développement de la dépendance, on peut observer une diminution progressive de la sensation de plaisir produite par l'administration de la substance, accompagnée d'une augmentation de la sensation de malaise quand la drogue n'est plus présente dans l'organisme. La conséquence de ce phénomène est que les consommateurs excessifs vont être finalement incités à utiliser la drogue plus tôt pour pallier ces malaises émotionnels pour obtenir les effets positifs de celle-ci. Il est permis de penser que lorsque la dépendance est installée, la dysrégulation durable concerne , outre les circuits dopaminergiques, d'autres circuits de neurotransmission et de neuromodulation modulant les spécificités des dépendances aux différentes substances concernées.

Quelle que soit la substance addictogène (morphine, héroïne, cocaïne, nicotine, alcool..), les mécanismes de dépendance empruntent des voies finales communes de renforcement, qui sont probablement les mêmes que celles qui renforcent nos comportements fondamentaux. En effet, des études récentes d'imageries cérébrales ont montré que toutes ces substances susceptibles d'induire une dépendance activent le circuit dopaminergique mésocorticolimbique, impliqué dans ce que l'on appelle plus largement le système de récompense (203). Toutes ces substances augmentent notamment la concentration extracellulaire de dopamine dans le noyau accumbens (92).

Le phénomène renforçant d'autostimulation (système de récompense) fut mis en lumière en 1954 par Olds et Milner, qui ont montré qu'un rat , auquel on avait implanté une électrode dans certaines régions cérébrales, était capable d'appuyer sur une pédale pour se stimuler au point d'en négliger sommeil et nourriture. Toutes ces structures impliquées dans le système de récompense appartiennent au système dopaminergique mésocorticolimbique. Elles jouent un rôle déterminant dans le processus appétitifs, motivationnels et décisionnels. A l'intérieur de ce système, le nucleus accumbens occupe une position clé, ses afférences

limbiques et ses projections sur le pallidum ventral en faisant une interface capable de " transformer la motivation en action " (190).

Tous les agents connus pour induire une dépendance psychique ont en commun d'accroître notablement la concentration extracellulaire de dopamine dans ce noyau accumbens.

Schématiquement il existe deux manières d'activer la voie dopaminergique (2, 233) :

- directe par des substances qui agissent en augmentant la libération de dopamine (amphétamines et autres psychostimulants, alcool et nicotine) ou en inhibant sa recapture (cocaïne, met amphétamine, méthylène et met amphétamine, ecstasy) en particulier au niveau des terminaisons.
- indirecte par levée d'inhibition du fonctionnement de la voie mésocorticolimbique au niveau des neurones dopaminergiques (héroïnes, opioides) conduisant dans tous les cas à une concentration plus importante de dopamine dans le nucleus accumbens.

Le cerveau contient plusieurs milliards de neurones mais seulement quelques millions de neurones dopaminergiques organisés en groupes cellulaires. Les deux principaux groupes dopaminergiques situés à la jonction du mésencéphale et du diencéphale forment le système nigro-strial (désigné par A8 et A9) et mésocorticolimbique (A10). Les neurones A8 et A9 prennent naissance dans la substance noire de la partie ventrolatérale du mésencéphale (pars compacta) et projettent sur le striatum ; ils jouent un rôle essentiel dans la régulation des fonctions motrices. Les corps cellulaires des neurones A10 sont situés dans l'aire tegmentale ventrale (ATV). L'amphétamine, la cocaïne et la nicotine agiraient préférentiellement sur ces neurones (228). Ils projettent sur l'ensemble des structures limbiques : le noyau accumbens, les tubercules olfactifs, l'amygdale, le septum, l'hippocampe et le cortex frontal. en simplifiant à l'extrême, nous pourrions dire qu'ils ont « un rôle de chef d'orchestre dans le concert cérébral », en particulier en ce qui concerne l'humeur, la valeur hédonique des stimuli (plaisir), l'éveil, l'attention, l'activité cognitive et la mémoire. Toute augmentation de l'activité des neurones A10, en particulier dans la région du noyau accumbens, serait associée à des sensations de plaisir.

a) L'alcool.

On parle de « propriétés renforçantes de l'éthanol » (174). Ses effets semblent essentiellement liés à ses propriétés d'agoniste GABAergique.

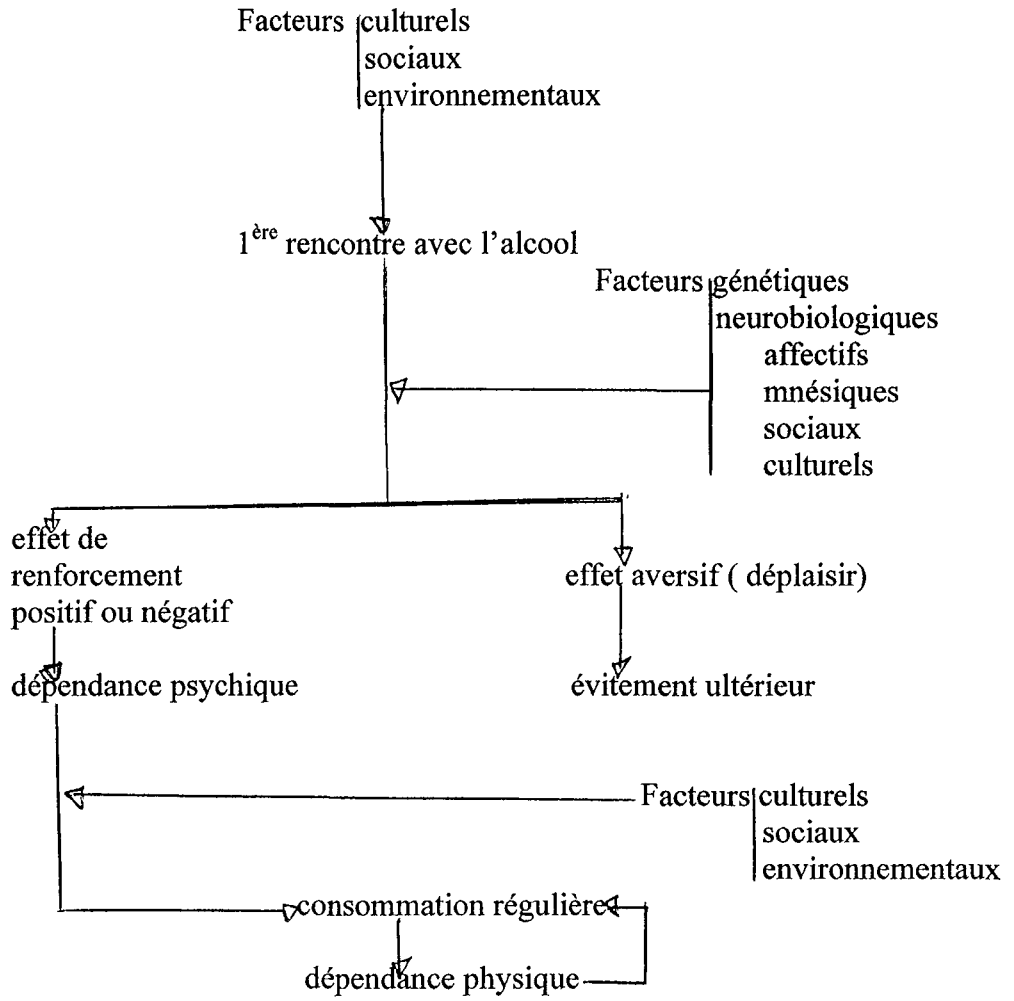
Il a des effets indirects, l'éthanol inhibant, via ses effets facilitateurs sur les récepteurs GABA-A, des neurones et des inter neurones GABAergiques qui exercent un contrôle inhibiteurs sur les neurones dopaminergiques.

Il pourrait exercer des effets activateurs directs en facilitant l'activité des récepteurs sérotoninergiques 5-HT3 situés sur les corps cellulaires des neurones dopaminergiques.

L'alcoolo dépendance pourrait également être liée, chez certains malades, à un dysfonctionnement des systèmes opiacés, dont on sait qu'ils exercent des effets activateurs indirects sur le système de récompense (89).

Les études familiales, les études de jumeaux ou encore les études d'adoption ont bien montré que la vulnérabilité particulière des malades alcooliques aux propriétés renforçantes de l'alcool relève pour une part de facteurs génétiques. Mais, à ce jour, la recherche des déficits génétiques responsables d'une prédisposition à la maladie alcoolique n'a abouti à aucun résultat concluant (174).

Schématisation des facteurs impliqués dans la dépendance à l'alcool (174)



L'étude de Schmidt et all (215) montre qu'il est possible qu'il puisse exister des facteurs prédictifs pour l'alcoolisme chez certains individus aux traits antisociaux : des altérations du système sérotoninergique, un bas niveau de 5-HT qui peut être compensé par le tabagisme.

b) La nicotine.

Le tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance, dont la nicotine est le principal responsable. En raison d'analogie structurale avec l'acétylcholine, la nicotine se fixe sur certains récepteurs à l'acétylcholine, les récepteurs nicotiniques, présents dans l'ensemble de l'organisme et tout particulièrement dans certaines zones du cerveau. Ils ont été isolés et identifiés par J-P Changeux. L'effet psychostimulant de la nicotine passe par l'activation des neurones dopaminergiques qui projettent sur le noyau accumbens. La nicotine stimulerait au niveau de l'ATV (167) les récepteurs nicotiniques situés sur les corps cellulaires et les terminaisons nerveuses excitatrices présynaptiques à glutamate et à aspartate des neurones dopaminergiques. L'augmentation résultante du glutamate aurait pour effet l'augmentation de l'activité des neurones dopaminergiques mésolimbiques d'où une augmentation de libération de dopamine (229) ainsi que celle de la noradrénaline et sérotonine.

Lors d'un apport aigu et intense de nicotine, celle-ci se fixe sur les récepteurs qui s'ouvrent, qui sont donc activés entraînant une stimulation des neurones dopaminergiques. Cette réponse est immédiate, l'affinité de la nicotine pour les récepteurs est faible et elle se dissocie rapidement de son site de liaison; le récepteur est prêt à fonctionner à nouveau.

Lors d'un apport chronique et prolongé, l'amplitude de la réponse diminue progressivement et le récepteur se désensibilise en quelques minutes ; il est devenu réfractaire car la nicotine est alors fixée avec une très forte affinité et ne se dissocie plus. Les récepteurs nicotiniques peuvent ainsi exister sous trois états inter convertibles mais en délais différents : les récepteurs fermés, ouverts (activés) ou réfractaires (45). De plus, « l' up régulation » se forme, c'est à dire qu'il existe une augmentation apparente du nombre de récepteurs nicotiniques lors de la formation de récepteurs réfractaires. Ce processus est lié à un ralentissement du « turn over » des récepteurs (134).

En raison du phénomène de tolérance, pour retrouver les effets de la nicotine, les fumeurs doivent progressivement augmenter les quantités absorbées. Lorsqu'ils atteignent 20 cigarettes par jour, toute interruption même courte des apports nicotiniques a pour conséquences des troubles désagréables. Ce renforcement négatif du comportement est la base de la dépendance physique présente chez les fumeurs les plus dépendants (fagerstrom sup. ou égal à 7).

Les effets renforçant de la nicotine sont principalement médiés par une activation de la transmission du noyau accumbens. Dawe et all. (67) ont montré que chez le fumeur, le blocage partiel des récepteurs à dopamine par une faible dose de neuroleptique (ici Haldol) se traduit par une augmentation de la consommation de tabac. Cette augmentation servirait à compenser la réduction des effets dopaminergiques de la nicotine produite par les neuroleptiques.

La fumée du tabac aurait des effets indirects d'autre part : elle empêcherait la destruction de la dopamine en bloquant le fonctionnement de l'enzyme monoamine oxydase.

Ainsi d'une part, la nicotine stimule la formation des monoamines intervenant dans les fonctions cognitives, la régulation de l'humeur et des émotions ; d'autre part la fumée de tabac contient une substance encore non identifiée, qui n'est pas la nicotine et qui empêche la destruction des monoamines (134) : le tabac a donc une activité antidépressive par un double mécanisme.

c) Le cannabis.

Il entraîne, quant à lui, une faible libération de dopamine selon un mécanisme encore discuté, car les cannabinoides sont capables de moduler l'action de pratiquement tous les systèmes de neurotransmission(DA ? –HT3, GABA ,ACH , OPIODES..).

En effet, on distingue des sites de liaison spécifiques au cannabis : les récepteurs CB1. La distribution de ces récepteurs CB1 montre une densité très forte dans le système limbique, y compris dans le nucleus accumbens et dans le cervelet, et forte dans l'hippocampe et le cortex. La distribution recouvre dans de nombreuses régions celles des récepteurs dopaminergiques mais les récepteurs cannabinoides ne sont pas situés sur des neurones dopaminergiques. Il existe des ligands endogènes des récepteurs CB1 et CB2 : le premier, l'anandamide, a été isolé en 1992.

d) Les opiacés.

Ils ont essentiellement des effets indirects sur la transmission dopaminergique. Les opiacés, comme la morphine et l'héroïne, activent également les neurones libérant la dopamine, mais de façon indirecte : Les opiacés exercent leur action sur les neurones GABAergiques, qui eux-mêmes ont pour effet de diminuer l'activité des neurones libérant la dopamine. En se fixant sur des récepteurs (récepteurs m) portés par ces neurones intermédiaires, les opiacés diminuent leur activité : Ils inhibent l'inhibition, ce qui revient, en fin de compte, à augmenter l'activité des neurones qui libèrent la dopamine. L'amphétamine et ses dérivés comme l'ecstasy provoquent une vidange des vésicules pré synaptiques contenant la dopamine et inhibent sa recapture. La cocaïne inhibe la recapture de dopamine en bloquant le transporteur de dopamine. Elle est dérivée d'un alcaloïde naturel de la coca et agit comme stimulant. Comme l'amphétamine, elle entraîne une sensation subjective d'énergie et induit une euphorie intense ; aux doses les plus élevées, les deux peuvent produire des syndromes psychotiques qui incluent les hallucinations paranoïaques. La cocaïne induit un renforcement intense et apparaît comme étant une des drogues ayant un pouvoir addictif le plus important. L'action aiguë de la cocaïne est en fait sa capacité de liaison avec haute affinité à la protéine qui transporte la dopamine et inhibe le recaptage de la dopamine par les terminaisons nerveuses dopaminergiques. La cocaïne a d'autres actions aiguës sur le cerveau, c'est un inhibiteur puissant du recaptage de la sérotonine et noradrénaline, elle agit aussi sur le système AMPcyclique (242).

e) Les benzodiazépines et les barbituriques.

Ils ont des effets indirects : doués de propriétés agonistes gabaergiques, ils lèvent également l'inhibition des neurones dopaminergiques en déprimant l'activité des inter neurones GABAergiques de l'ATV (ils inhibent l'inhibition), tout comme l'alcool.

Expérimentalement, les BZD préviennent le syndrome de sevrage alcoolique (44). Le rat remplace les BZD par l'alcool, toutefois l'inverse n'est pas vrai. Par contre, le traitement par les BZD ne réduit pas la consommation d'alcool chez le rat chez lequel a été induite une dépendance psychique à l'alcool (104).

f) Consommation associée de tabac, alcool et café.

Dans quelques enquêtes épidémiologiques, on montre que chez l'animal, la caféine augmente les effets renforçant de la nicotine et la quantité de nicotine consommée (222). Une autre étude émet également l'hypothèse (226) que la nicotine augmente les effets renforçant et la consommation d'alcool. Bien que les trois aient des activités pharmacologiques diverses, ces effets synergiques seraient liés au fait que toutes ces substances activent les neurones dopaminergiques.

En situation normale, la fluctuation de l'activité des neurones libérant la dopamine dure de une à deux secondes. Les satisfactions naturelles sont assujetties à cette cinétique et ne la modifient pas. En revanche, les produits toxicomanogènes agissent directement sur les neurones libérant la dopamine, et cette action se compte en dizaine de minutes. La cinétique du phénomène est donc complètement perturbée par les drogues. Pendant la large fenêtre de temps durant laquelle le taux de dopamine est artificiellement élevé , tous les éléments de

l'environnement, ainsi que les sensations psychiques, sans discrimination, peuvent être associés à la récompense. La dépendance se maintient des mois, voire des années, même en l'absence de drogue, parce qu'il y a mémorisation des associations. En effet, un autre déterminant de la dépendance psychique est sans aucun doute le conditionnement, la mémorisation (205).

Les travaux de Siegel relaté par Reynaud et al. (205) ont bien montré que l'on peut induire chez l'animal un conditionnement de type pavlovien à la recherche d'un produit addictif : il suffit pour cela d'associer de façon répétée un stimulus donné à la consommation du toxique, et ultérieurement la seule présentation du stimulus déclenchera la quête. La nature des stimuli conditionnants efficaces est très variée et il est aisé de leur trouver les corrélats cliniques : il peut s'agir d'un environnement particulier (de nombreuses rechutes ont lieu lorsque le toxicomane retrouve les lieux et les compagnons de son intoxication), d'un autre produit addictif, des signaux sensoriels délivrés par l'administration du produit, y compris en faible quantité (le petit verre consommé par l'alcoolique abstinent à l'occasion d'une réunion familiale est souvent cause de rechute).

b-2-2) Dépendance et système opioide.

Toutes les substances psychoactives pouvant induire une dépendance agissent sur les circuits opioides qui activent la voie dopaminergique mésocorticolimbique. Par exemple, le THC libère de la dopamine dans le noyau accumbens et cette libération est antagonisée par la naloxone, ce qui semble confirmer qu'elle est contrôlée par la stimulation du système opioide. Il suggère un rôle important des opioides (agoniste et antagoniste) dans le traitement de la substitution à l'alcool (Revia) et inversement il explique l'utilisation fréquente de ces derniers pour réduire les effets négatifs du manque lors du sevrage de l'héroïne (subutex, méthadone).

b-2-3) Dépendance et axe hypothalamo-hypophysaire.

On a montré que l'administration prolongée de divers produits addictifs induit une sensibilisation comportementale et dopaminergique à ces produits ainsi que une hyperactivité de l'axe corticotrope. Par ailleurs, il existe une sensibilisation croisée pour les différents produits addictifs entre eux et avec le stress. Des études sur des modèles animaux d'auto administration de diverses drogues ont montré que des situations de stress entraînent une reprise rapide des prises de drogues auparavant stoppées (205).

b-2-4) Interactions et mécanismes spécifiques.

Il existe des interactions multiples entre les systèmes dopaminergiques, opioidergiques et corticotropes. Ceci explique probablement en particulier l'importance des polyconsommations et la potentialisation des sensations décrites par les multiutilisateurs. Hubbel (111) a démontré expérimentalement chez l'animal que l'adjonction de morphine augmente la consommation et l'appétence alcoolique chez le rat alcoolo dépendant. A un autre niveau les consommations conjointes d'alcool, de tabac et de café augmentent manifestement certains états de bien-être. Contrairement à la dépendance physique, il semble exister une voie finale commune pour la dépendance psychique, qui semble très liée au

craving, a la compulsion à rechercher ses effets psychotropes. Cette voie finale commune s'appuie sur le dysfonctionnement durable des systèmes dopaminergiques et opioides mésolimbiques et sur les systèmes de régulations corticotropes.

b-2-5) Facteurs environnementaux.

Les facteurs environnementaux préexistants à la rencontre du produit addictif interviennent également en sensibilisant les circuits neuronaux du renforcement comme cela a été bien montré par Le Moal et al. (148) à propos des psychostimulants.

1) la répétition d'événements stressants (stress social ou douloureux) induit une augmentation des réponses psychomotrices à la nouveauté ou à l'administration d'amphétamine ainsi qu'une tentation à rechercher des psychostimulants et à se les auto administrer à des doses qui laissent indifférents les animaux témoins.

2) Ces troubles du comportement sont corrélés à une hypoactivité dopaminergique dans le cortex préfrontal et à une hyperactivité dopaminergique dans le NA, elles mêmes liées entre elles

3) Les effets délétères du stress tiennent aux effets de la corticostérone (seul glucocorticoïde secrété chez le rongeur) sur le SNC où elle se fixe à des récepteurs spécifiques dont certains sont localisés sur les neurones dopaminergiques.

b-2-6) Mécanismes spécifiques (203).

Les mécanismes biologiques, sous-entendant la tolérance et le sevrage, sont représentés par des mécanismes adaptatifs qui se mettent en place lors de l'administration répétée d'une substance psychoactive (ex : la modification de la sensibilité des récepteurs). Ces mécanismes mettent en général plusieurs mois à se mettre en place. Lors de l'arrêt brutal de la substance, ces mécanismes persistent et se dévoilent. L'expression clinique du sevrage est donc l'inverse de l'effet de la substance (ex : convulsions à l'arrêt brutal d'un anticonvulsivant, douleurs, diarrhée, mydriase lors de l'arrêt brutal d'un opiacé).

Les mécanismes pharmacologiques mis en jeu sont différents pour les opiacés, les BZD, le tabac. Les symptômes cliniques et le syndrome de sevrage sont donc différents. S'il existe une voie commune de la dépendance psychiques, les différentes substances psychoactives mettent également en jeu des mécanismes neurologiques spécifiques qui viennent moduler les caractéristiques des différentes dépendances physiques et expliquent les expressions symptomatiques différentes , tant lors de la consommation qu'en cas de sevrage.

D'autres mécanismes entrent en compte. Les interactions entre tabac et médicaments existent, des interactions pharmacodynamiques relevant de la nicotine et pharmacocinétiques relevant des principaux composés présents dans la fumée. La fumée de tabac au cours de l'inhalation est en partie absorbée et on retrouve certains de ses composants dans la circulation générale jusqu'au foie et ils peuvent interférer avec la pharmacocinétique des médicaments et modifier la pharmacodynamie (88). Le phénomène principal, source d'interactions médicamenteuses, est l'induction des cytochromes P450. Les interactions médicamenteuses pharmacodynamiques sont le fruit d'observations cliniques isolées ou d'enquêtes épidémiologiques. Elles sont essentiellement liées aux effets cardiovasculaires de la nicotine, par activation de la voie centrale des catécholamines. Les interactions avec les

psychotropes ont été étudiées (88). D'ordre pharmacocinétique, elles mettent en jeu le cytochrome 1A3, impliqué dans le métabolisme des BZD, ces effets sont négligeables. Les différentes études sont divergentes car d'autres paramètres sont à prendre en compte. Par contre, les études épidémiologiques ont montré que la consommation de tabac diminue l'efficacité des BZD en terme de sédation chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs, comme pour les NLP. Cet effet est proportionnel au nombre de cigarettes fumées par jour et peut nécessiter l'augmentation de la posologie.

Le catabolisme de la caféine est accru de 60 à 70% par induction du cytochrome 1A2. Leur caféinémie peut doubler pour une même consommation de café à l'arrêt de tabac et pourrait expliquer en partie la nervosité du sevrage tabagique.

C) Evaluation de la dépendance à l'alcool et au tabac.

Le rassemblement sous le terme de pratiques addictives permet un abord commun, plus objectif et comparatif, des troubles liés à l'abus et à la dépendance aux substances psychoactives. Ce concept permet également de sortir du piège des vocables stigmatisants : alcoolisme, toxicomanie, tabagisme, à dominante essentiellement sociale pour s'appuyer sur des données scientifiques. Tout utilisateur d'alcool ou de stupéfiants, même chronique, ne présente pas un comportement addictif si l'on ne retrouve pas cette avidité et cette impossibilité à lutter contre la dépendance. Ce qui signe l'addiction, ce n'est pas le produit en lui-même mais l'utilisation qu'en fait le sujet. La sage distinction entre usage, usage nocif et dépendance doit être maintenue.

c-1) L'alcool.

c-1-1) Les conduites d'alcoolisation.

Les différentes formes de conduites d'alcoolisation se distribuent et peuvent être donc classées en catégories sur un continuum allant du simple usage jusqu'aux différentes formes de mésusage, incluant les formes pathologiques.

Le seuil de l'OMS pour la consommation alcoolique à type d'usage (consommateur modéré) sont les suivants :

- jamais plus de quatre verres par occasion pour l'usage ponctuel.
- pas plus de vingt et un verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (trois verres par jour en moyenne).
- pas plus de quatorze verres par semaine pour l'usage régulier chez la femme (deux verres par jour en moyenne).

Le terme « verre » désigne le « verre standard » ou unité internationale d'alcool (UIA) qui est la quantité normalisée délivrée pour chaque catégorie de boisson alcoolique dans les lieux de consommations publics (voir annexe 4). La taille des verres étant inversement proportionnelle à la concentration en alcool de la boisson, on peut considérer, pour donner des repères simples et pratiques, que cette quantité correspond en moyenne à environ dix

grammes d'alcool pur. L'OMS recommande également de s'abstenir au moins un jour par semaine de toute consommation d'alcool.

Ces seuils n'assurent pas avec certitude l'absence de tout risque mais sont des compromis entre, d'une part, un risque considéré comme acceptable individuellement et socialement et, d'autre part, la place de l'alcool dans la société et les effets (considérés comme) positifs de sa consommation modérée. Ces seuils n'ont pas de valeur absolue car chacun réagit différemment selon sa corpulence, son sexe, sa santé physique et son état psychologique, ainsi que selon le moment de la consommation. Ils constituent donc des repères, et ils doivent être abaissés dans diverses situations, notamment :

-en cas de situation à risque : conduite de véhicule, travail sur machine dangereuse, poste de sécurité, situations qui requiert de la vigilance et de l'attention...

-en cas de risque individuel : consommation rapide et/ou associée à d'autres produits, notamment psychoactifs, qui potentialisent , souvent rapidement, les effets psychotropes de l'alcool. Pathologies organiques et/ou psychiatriques associées, notamment celles qui impliquent la prise de traitement médicamenteux. Modification de la tolérance du consommateur, en raison de l'âge, du faible poids, du sexe, des médicaments associés, de l'état psychologique...Situations physiologiques particulières : la grossesse, l'état de fatigue.

Toute conduite d'alcoolisation où la consommation est supérieure aux seuils définis par l'OMS et non encore associée à un quelconque dommage d'ordre médical, psychique ou social mais susceptible d'en induire à court, moyen et /ou long terme est appelé usage à risque (consommateur à risque, soit 5 à 10% des plus de 15 ans). Cette catégorie inclut également les consommations égales ou même inférieures aux seuils de l'OMS quand elles sont associées à une situation à risque et /ou un risque individuel particulier.

Ensuite l'évolution de la consommation se fait de l'usage nocif (4 à 7% des plus de 15 ans) à l'usage avec dépendance (2 à 4% des plus de 15 ans) (199). Cette dernière concerne toute conduite d'alcoolisation caractérisée par la perte de la maîtrise de consommation.

Cette classification, adoptée par l'OMS, est purement clinique et comportementale. Il existe par ailleurs des typologies qui décrivent à partir de données cliniques, biologiques, psychocomportementales, des sous-groupe d'alcoolisme (196) ; elles concernent néanmoins plutôt la catégorie de l'usage avec dépendance.

La difficulté de repérage du mésusage, précoce ou non, provient du fait que les sujets sous-estiment souvent voire dissimulent leur consommation. De plus, il est rare que la rencontre avec un professionnel de santé soit directement motivée par la consommation d'alcool et /ou une demande de soins. Le mésusage doit donc être recherché par principe, notamment devant une série de difficultés personnelles (familial, conjugal, professionnel) et /ou des signes médicaux polymorphes et non spécifiques, dont la juxtaposition est évocatrice. Une répétition de ces problèmes, une imputation aux autres des difficultés rencontrées doivent attirer l'attention.

Un dialogue conduit dans la confiance est le premier et le meilleur des outils.

c-1-2) Les éléments de repérage et de diagnostic des conduites d'alcoolisation.

Ce sont :

I - la consommation déclarée d'alcool (CDA) évaluée en nombre de UIA consommées par jour. Il faut distinguer les « jours actifs » et de « repos », s'enquérir des écarts au régime habituel (consommations irrégulières ou occasionnelles). Des grilles de recueil sont nécessaires (voir annexe 5).

II - des questionnaires (199)

a) Le DETA (version française du CAGE) est un questionnaire de dépistage en quatre questions sur toute la vie du sujet. Un score supérieur ou égal à deux est en faveur d'un mésusage.

Cette traduction a été évaluée (197) dans des consultations spécialisées en alcoologie ainsi que pour mesurer la prévalence des problèmes d'alcool dans les hôpitaux. Il semble qu'en médecine générale les praticiens sensibilisés au problème d'alcool n'utilisent pas fréquemment le DETA d'une manière formelle ou en diluant les questions au cours de l'entretien. Toutefois la valeur informationnelle des réponses en population générale est encore ambiguë et la pertinence du questionnaire dans le dépistage précoce (usage à risque) reste à démontrer.

Questionnaire DETA

- 1 avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- 2 votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- 3 avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- 4 avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

b) Le questionnaire AUDIT (voir annexe 6), établi par l'OMS et validé par de nombreuses études, explore les douze derniers mois de la vie du consommateur, ce qui permet le diagnostic des problèmes actuels. Dix items sont posés. Les trois premiers portent sur la fréquence de consommation et la quantité d'alcool absorbée. Les six suivants visent à évaluer s'il existe une alcoolo dépendance et ses éventuelles conséquences. Le dernier porte sur l'appréciation qu'ont les autres de la consommation du sujet.

Selon l'OMS, un score supérieur ou égal à 8 (sur 40) chez les hommes et supérieur ou égal à 7 chez la femme est évocateur d'un mésusage d'alcool. Toutefois certains auteurs préfèrent utiliser un seuil plus élevé (10 voire 11), ce qui donnerait une meilleure spécificité, au détriment de la sensibilité. Enfin un score supérieur à 12 chez les hommes et supérieur à 11 chez la femme serait en faveur d'une dépendance à l'alcool. Sa sensibilité pour l'identification des buveurs à risque et à problème varie de 0,51 à O,97 selon les études et sa spécificité de 0,78 à 0,96 (197). Ce test est proposé dans divers documents d'information et de prévention édités par le CNAMTS et le CFES.

c) Le questionnaire MAST ou SMAST (voir annexe 7), version raccourcie, comprenant treize items explore la vie entière et n'est pas validé en français. Un total égal ou supérieur à 3 suggère fortement un mésusage.

Ce sont trois des outils de repérage, en aucun cas, de diagnostic. Un résultat positif oriente vers une mésusage d'alcool sans pouvoir le qualifier; un résultat négatif ne permet pas d'écarter avec certitude l'éventualité d'un mésusage. Leur pertinence prend donc sa dimension en association avec l'examen clinique et les résultats des autres outils.

III - trois marqueurs biologiques apparaissent, en raison de leur spécificité et leur sensibilité qui restent cependant relatives, les plus appropriés : le VGM, les GGT et la CDT (carbohydrate ceficient transferin), bien que cette dernière soit encore l'objet d'analyse de performance. Les demi vies respectives de ces trois paramètres, en l'absence de complications sérieuses, sont respectivement d'environ trois mois, dix jours et quinze jours. L'absence de perturbation n'élimine en aucun cas un mésusage, notamment en phase précoce. Une valeur anormale évoque un mésusage à condition que les autres causes d'anomalies aient été éliminées.

De plus, un bilan individuel est réalisé ; la sévérité des conduites d'alcoolisation est évaluée, avec la fréquence des conduites à risque, la consommation associée à d'autres substances psychoactives, l'intensité des aspects obsessionnels ou compulsifs du besoin d'alcool, l'importance de la dépendance physique, la gravité des complications des conduites d'alcoolisation, tels que la comorbidité psychiatrique (anxiété, trouble de l'humeur ou de la personnalité...) induite par le mésusage ou antérieure à cette addiction, les troubles cognitifs (attention, concentration, mémoire...), les conséquences familiales, sociales et professionnelles.

c-2) Le tabac.

Pendant longtemps, on a cru que le tabagisme était une simple habitude, une dépendance comportementale, entretenue et amplifiée par les rites sociaux et conviviaux, aboutissant à de véritables réflexes conditionnés. Mais le fait majeur expliquant les difficultés d'arrêt, est le renforcement du comportement en raison de l'existence d'une dépendance pharmacologique liée à la nicotine.

c-2-1) Evaluation clinique de la dépendance à la nicotine.

L'entretien avec le fumeur est naturellement le temps essentiel de cette évaluation. Celui-ci va permettre d'apprécier non seulement la motivation actuelle du patient pour le sevrage tabagique, sa personnalité et également son degré de dépendance à la nicotine.

Le temps initial à l'aide de sevrage consiste d'abord à *évaluer le degré de motivation* et à rechercher avec le fumeur à le renforcer. Ce degré de motivation, élément indispensable, évolue progressivement au cours de l'histoire naturelle de tout fumeur, en des délais variables (135). L'évolution se produit au fil des années en une série d'étapes successives décrites par *Prochaska*, depuis une consommation régulière et importante jusqu'à l'abstinence complète et durable du tabac. Cette description de Prochaska décrit les six étapes d'un changement de

comportement et fait référence au tabac comme à l'alcool ou autres produits. Les six étapes sont :

Le stade de pré intention : le fumeur heureux n'a pas l'intention d'arrêter dans les six mois à venir.

Le stade d'intention : le fumeur indécis envisage d'arrêter dans les six mois.

Le stade de préparation : le fumeur se prépare à arrêter dans le mois suivant.

Le stade d'action : le fumeur est motivé et est en train d'arrêter, elle dure environ de 3 à 6 mois.

Le stade de maintien puis de résolution : le fumeur a arrêté et ne doit pas rechuter.

A chacune de ses étapes correspond des stratégies de prise en charge médicale différentes qui doivent être adaptées à la situation du sujet, c'est à dire son degré de motivation à l'arrêt. Avant le stade de préparation-action, il est illusoire d'envisager un sevrage brutal et total, même avec l'aide de substitut nicotinique. Ce serait l'échec assuré, avec des conséquences psychologiques comme la culpabilisation et la régression de la motivation.

Avant le sevrage, le fumeur doit d'abord se décider à l'arrêt et il faut donc pouvoir évaluer la motivation au changement. Dans un délai de un an après le jour d'arrêt, en l'absence d'intervention, moins de 20% des fumeurs sont encore abstinents.

Les composantes de la motivation qui vont aboutir au changement de comportement sont en fait multiples :

- le degré de connaissance concernant le risque

posséder l'information : « on dit que fumer est dangereux ».

adhérer à l'information : « je sais que fumer est dangereux » .

décider : « je sais que le tabac est dangereux pour ma santé, je me prépare à arrêter ».

initier le changement : « j'arrête de fumer ».

maintenir : « je veux continuer à ne pas fumer ».

confiance en soi en général pour l'arrêt du tabac.

- les facteurs externes visant à influencer le comportement, principalement la pression sociale.

- la comparaison du pour et du contre.

les avantages du comportement.

les inconvénients du comportement.

- les craintes à l'arrêt du tabac versus les avantages de l'arrêt.

Pour évaluer la motivation, la simple question « voulez vous arrêter de fumer ? » n'a que peu de signification, si ce vœu est reporté dans l'avenir. La majorité des fumeurs répondent oui, alors même que seulement 10 à 20% d'entre eux sont réellement prêts à essayer. Actuellement, les questionnaires sont peu nombreux, basés sur l'évaluation du stade de changement (test Richmond ,voir annexe 8) ou le degré de confiance en soi pour l'arrêt du tabac, quantifiée par des échelles visuelles analogiques de 0 à 10. Lagrue et ses collab (135, voir annexe 9) proposent un questionnaire en tenant compte des composantes de la motivation.

L'*analyse de la personnalité* du sujet peut apporter des renseignements intéressants au moment de l'élaboration d'un projet de sevrage puisque le patient va devoir accepter l'idée d'une perte d'un objet et faire le deuil de la cigarette. Supprimer cette dépendance peut perturber l'équilibre qui s'est installé pendant de nombreuses années. Par ailleurs, la réaction à la perte d'un objet est considérée par les psychanalystes comme une réactivation de la position dépressive. Le patient devra réaménager ses défenses et il est donc nécessaire

d'apprécier les réactions possibles au sevrage : difficultés à supporter la frustration, répercussions caractérielles ou comportementales, risque de décompensation sur un mode dépressif...ou au contraire, la capacité à modifier l'image de soi, la possibilité de mettre en place des objets de substitution et finalement de trouver un autre équilibre. Cet entretien permet donc de s'assurer de l'adaptabilité et des possibilités de réaménagement psychologique nécessaires pour faire face au changement. L'histoire du tabagisme, le début de l'intoxication, la recherche de tentatives antérieures à l'arrêt, des causes de rechute, la situation personnelle familiale et professionnelle, les perturbations psychologiques associées comme les troubles alimentaires, la consommation d'autres produits, les comorbidités anxiodépressives doivent être recherchés systématiquement. Le *test HAD* (Hospital Anxiety Depression score, voir annexe 10) permet d'évaluer les troubles anxieux et dépressifs.

La *dépendance psychique* est liée aux propriétés psychoactives de la nicotine, qui induit l'apparition de diverses sensations, ressenties comme positives à court terme, menant à un renforcement de la conduite tabagique :

-sensation de plaisir et stimulation des fonctions intellectuelles (concentration, vigilance, mémoire à court terme).

-action antinociceptive (réduction de la douleur).

-régulation de l'humeur avec, chez certain, détente dans les situations difficiles (action anxiolytique) ou, chez d'autres, stimulation à long terme (action antidépressive).

-régulation de l'appétit, la cigarette servant de « coupe-faim ».

Le *test de Horn Russel* (annexe 11) permet d'évaluer les caractéristiques psychologiques de la consommation de tabac. Il étudie six facteurs, trois représentant les aspects de la cigarette plaisir : relaxation-plaisir, stimulation, manipulation, et trois représentant les aspects négatifs : réduction de tension, habitude et désir incontrôlable. Il est important d'étudier la dépendance comportementale, la catégorie dans laquelle s'inscrit le fumeur peut orienter la thérapeutique vers, par exemple , la relaxation....

La *dépendance physique* apparaît chez la plupart des fumeurs : chaque fois que la nicotinémie tombe au-dessous d'un certain seuil, survient une sensation de manque, de besoin, avec une pulsion irrésistible à reprendre une cigarette, contre la volonté même du sujet. Il s'y associe irascibilité, nervosité, irritabilité ; l'ensemble constitue le syndrome de manque et est une des principales causes des échecs et récidives à court terme.

L'évaluation de la dépendance à la nicotine est un élément essentiel au diagnostic. Le questionnaire de Fagerstrom (voir annexe 12), test reconnu internationalement, s'avère simple et permet d'identifier les fumeurs les plus dépendants physiquement à la nicotine. C'est un élément important pour le pronostic et le traitement du tabagisme. Il comporte six questions et le maximum est de 10. Le nombre quotidien de cigarettes et le délai de la première cigarette après le lever sont très importants. En effet, la demi-vie courte de la nicotine fait qu'après une nuit de sommeil, le fumeur est en état de manque ce qui le pousse à fumer précocement. Les sujets les plus dépendants fument en général précocement et à intervalles plus fréquents dans la première partie de la journée de façon à remonter leur taux de nicotinémie. D'autre part, les fumeurs qui consomment des quantités très importantes de cigarettes semblent être le plus souvent dépendants. A partir de ces deux données, on exploite donc aussi le short tabac test (voir annexe 12) qui permet une évaluation plus rapide.

Enfin, le test de Fagerstrom permet donc de reconnaître une dépendance physique qui est présente si le score est supérieur à 5 et est d'autant plus importante que le score est plus élevé. De 0 à 2, on ne note pas de dépendance physique, de 3 à 4 une dépendance faible, de 5 à 6 une dépendance moyenne, de 7 à 8 une dépendance forte et si le score est supérieur à 8

une dépendance très forte. Il est bien sur à noter que tous ces scores doivent être confrontés à la dépendance psychologique, à la personnalité du patient, à sa motivation.

c-2-2) Les marqueurs biologiques du tabagisme.

Ainsi que nous venons de le voir, l'évaluation de la consommation tabagique peut être faite cliniquement. Cette évaluation reste néanmoins subjective, notamment quand il s'agit d'affirmer la poursuite ou non de l'intoxication. Il est donc nécessaire de rechercher des paramètres objectifs permettant de distinguer le fumeur du non fumeur.

Les marqueurs habituellement proposés sont la nicotine et son principal métabolite la cotinine. Ce sont les marqueurs directs de la consommation de tabac mais, malheureusement, leur dosage est long et difficile, non encore utilisable en pratique courante. Le monoxyde de carbone dans l'air expiré est un marqueur intéressant, reflet du tabagisme des heures précédentes.

La nicotine et la cotinine.

Principal constituant de la fumée, la nicotine constitue un marqueur spécifique du tabagisme. La cotinine, second marqueur spécifique de la fumée de tabac, provient de l'oxydation hépatique. La cotinine libre ne représente toutefois qu'environ 15% de l'ensemble des métabolites. Elle a la propriété de se concentrer de façon importante dans les liquides biologiques (sang, plasma, urine) et n'aurait pas d'effet pharmacologique. La nicotine est éliminée dans les urines sous forme inchangée pour 10%, pour 30% sous forme de trans-3'-hydroxy-cotinine et pour 30% sous forme d'autres métabolites. L'élimination de la cotinine, plus lente que celle de la nicotine, est surtout rénale et salivaire.

La demi-vie d'élimination de la cotinine est de 15 +/-4 heures avec d'importantes variations interindividuelles. Il s'agit d'un bon marqueur des trois ou quatre jours précédents à condition d'éliminer toute prise de nicotine (gommes, patchs). Plus le sujet fume, plus la nicotinémie s'élève. Mais , quel que soit le nombre de cigarettes fumées et leur taux théorique de nicotine, le taux plasmatique de cotinine s'établit en plateau dans l'après-midi. Comme pour la nicotine, la demi-vie de la cotinine serait diminuée chez le fumeur.

Des méthodes de dosage par chromatographie en phase gazeuse et par chromatographie liquide haute performance, par radioimmunologie et, plus récemment, par immunoenzymologie, permettent des dosages plasmatiques, urinaires et salivaires de nicotine et de cotinine. La technique de chromatographie en phase gazeuse est une méthode sensible et relativement facile à mettre en œuvre. Elle reste cependant d'un emploi difficile pour la détermination simultanée de la nicotine et de la cotinine. Enfin, l'interprétation des résultats pour les faibles concentrations biologiques de nicotine est sujette à caution en raison des risques de contamination auxquels elle expose. La chromatographie haute performance en phase liquide est moins utilisée à cause de sa faible sensibilité. Le dosage simultané de la nicotine et de la cotinine aurait l'avantage de pouvoir évaluer l'importance du tabagisme récent par le calcul du rapport nicotine/cotinine. Le dosage urinaire de nicotine n'étant pas fiable à cause de l'excrétion rénale dépendante du pH, son dosage doit être plasmatique. Les possibilités de dosage de la cotinine, non seulement dans le sang, mais aussi dans les urines et la salive (avec une excellente corrélation avec le taux plasmatique) en font un très bon marqueur. Un kit de dosage radioimmunologique, actuellement disponible, permettrait s'il était diffusé, de réaliser les dosages en grande série, ce que ne permet pas la chromatographie.

Le monoxyde de carbone (CO).

C'est un marqueur non spécifique du tabagisme. L'absorption a lieu au niveau des voies aériennes distales et dépend des paramètres de l'inhalation. Sa demi-vie courte, 1 à 3 heures, ne lui permet de rendre compte que du tabagisme des dernières heures. La distribution aboutit à un équilibre entre le monoxyde de carbone vasculaire, fixé à l'hémoglobine, et extravasculaire, lié à la myoglobine. Il est donc important de mesurer simultanément le CO dans l'air expiré et la carboxyhémoglobine. L'élimination du CO est pulmonaire. Son interprétation doit tenir compte d'un éventuel apport exogène de CO, domestique ou environnemental, et du CO endogène estimé à trois parties par million (ppm) de particules d'air.

Cette méthode n'est pas invasive et reste peu coûteuse. La lecture est immédiate et peut même avoir un effet thérapeutique en renforçant les motivations par prise de conscience de la normalisation du dosage dès l'arrêt de l'intoxication. Sa spécificité est faible. De plus, elle ne peut guère juger de l'abstinence des sujets qui n'inhalent pas. Elle reste cependant largement diffusée grâce à sa grande facilité d'utilisation.

Le dosage de la carboxyhémoglobine, réalisé par spectrophotométrie, n'est pas non plus spécifique mais complète utilement le dosage du CO dans l'air expiré. Sa technique de mesure est simple et fiable mais elle nécessite un matériel particulier et surtout un prélèvement sanguin invasif. De ce fait, le dosage de la carboxyhémoglobine est rarement utilisé au cours du sevrage tabagique.

D) Les modalités de prise en charge de l'association alcool-tabac.

La notion d'addictologie se veut transnosographique voire fédératrice entre intervention en toxicomanie, alcoologie et tabacologie et l'heure est à la révision des frontières conceptuelles, au rapprochement et à la recomposition des dispositifs institutionnels. Les signes en sont multiples : rencontres des acteurs des différents champs, mise en place de structures communes orientées vers la prévention et la prise en charge des addictions, création d'une formation complémentaire pour les médecins spécialisés, apparition de nouvelles structures spécialisées, constitution de la Fédération Française d'Addictologie (FFA). Cette évolution a été incontestablement accélérée par la politique gouvernementale, particulièrement depuis que la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT) a vu ses compétences étendues au champs de l'alcool et du tabac.

Pour être efficace et cohérente sur le plan individuel comme dans une perspective de santé publique, la prise en charge des sujets ayant un mésusage d'un ou plusieurs produits impose trois types d'actions complémentaires mais toutes indispensables pour :
- modifier les comportements de consommation,
- diminuer les problèmes médicopsychosociaux,
- réduire les risques liés aux produits.

Le problème du tabagisme chez l'alcoolique est de plus en plus étudié ces dernières années. Parmi les raisons expliquant cet intérêt croissant, on note cette haute prévalence du tabagisme, l'augmentation des risques sur la santé lors de cette double consommation, le développement du concept général du terme addiction.

La prévalence du tabagisme diminue dans la population générale mais pas dans celle des personnes alcooliques.

Si, comme pour toutes les polydépendances, l'arrêt simultané de la consommation d'alcool et du tabac semble la solution la plus profitable pour la santé (190), son intérêt peut cependant être discuté ainsi que sa faisabilité (18). Le dogme faisant état de la difficulté d'obtenir des sevrages simultanés et durables à l'alcool et au tabac est encore très présent (12) ainsi que l'idée de se satisfaire de l'abstinence de l'alcool et de ne pas risquer une rechute alcoolique avec un sevrage tabagique.

Les soignants ont, pendant de nombreuses années, dissociés l'abord des deux dépendances, les tabacologues se sentant désarmés dans la prise en charge de l'alcoolodépendance, les alcoologues mettant de coté le comportement tabagique des patients alcoolodépendants. On constate que les praticiens et acteurs sociaux n'orientent que très rarement et quasi exclusivement en temps de crise leurs patients vers un autre spécialiste pour une consommation spécifique. Warnery et al. (243) semblent retrouver la même tendance chez les patients ; ceux-ci aspirent à ne consulter qu'un seul médecin pour la prise en charge de l'ensemble de leurs addictions .

Dans une étude menée par Bobo et al. (30) au début des années 1980, la majorité des alcoologues préféraient attendre un an d'abstinence alcoolique avant de proposer un arrêt du tabac et près de la moitié déclaraient n'avoir jamais encouragé des patients alcooliques à cesser de fumer, même après cinq ans d'abstinence. Cette attitude, corrélée au statut tabagique des thérapeutes, s'observait davantage chez les soignants fumeurs. Non seulement l'aide à l'arrêt du tabac était peu fréquente mais les patients motivés étaient le plus souvent découragés dans leur démarche par crainte surtout que l'arrêt du tabac ne compromette le sevrage alcoolique et n'augmente le risque de rechute. D'autres raisons étaient également invoquées : la dépendance nicotinique, mieux acceptée socialement, était perçue comme un problème secondaire comparativement à la dépendance alcoolique, ses conséquences comportementales et au caractère d'urgence que peut poser le mésusage d'alcool. Les alcooliques étaient non seulement considérés comme peu motivés pour arrêter de fumer mais également comme peu susceptibles d'y parvenir. L'absence de formation et un manque de compétence des soignants étaient également évoqués. Cependant, quand bien même l'arrêt du tabac devrait il être différé, encore faut il néanmoins aborder ce problème à un moment donné de l'accompagnement thérapeutique. Les professionnels de santé ont de plus eu tendance à considérer que l'arrêt du tabac est susceptible, du fait du stress engendré, d'entraîner un désinvestissement vis à vis de la réflexion sur l'alcoolisme et ainsi de compromettre l'évolution en terme d'abstinence ou de tempérance alcoolique. Certains pensent également que l'abord d'autres conduites addictives peut mettre les patients face à un projet qui n'est pas initialement le leur, qu'ils pensent peu accessible, les incitant alors à interrompre toute relation thérapeutique.

Cependant depuis plusieurs années, se manifestent un intérêt et une sensibilisation croissants des alcoologues pour la dépendance tabagique (91). En 1988, Battjes (18), d'après une revue de la littérature soulignait déjà les interrelations entre ces deux consommations et proposait l'étude des doubles sevrages. Ceci devrait permettre dans les années à venir de voir évoluer l'attitude thérapeutique, ce que tendent à confirmer des enquêtes plus récentes (120). La plupart de ces études ont été réalisées aux USA mais il semble qu'une tendance similaire s'observe en France. Les données de la littérature qui vont à l'encontre de certaines idées reçues ne peuvent que favoriser cette tendance, ainsi que les études portant sur l'influence des consommations tabagique et alcoolique l'une sur l'autre.

La question se pose donc : peut on proposer un arrêt du tabac aux alcoolodépendants et, si oui, à quel moment de leur démarche vers l'abstinence en alcool ?

d-1) Influence de l'arrêt du tabac sur l'abstinence alcoolique.

La crainte de compromettre l'abstinence alcoolique par l'arrêt du tabac est beaucoup moins évoquée par les alcooliques hospitalisés que par les soignants (30, 124, 175).

Irving et al. (124), dans une étude portant sur 102 patients, anciens vétérans, entrant en hospitalisation pour un sevrage d'alcool ou de produits illicites, montrent que 80% pensent qu'un sevrage tabagique aurait actuellement lors de leur hospitalisation ou dans le futur un effet positif ou aucun effet sur leur sobriété envers l'alcool ou produits illicites.

Dans l'étude d'Orleans et al. (175), lorsque sont listés les obstacles au sevrage tabagique, la peur du manque et ses manifestations viennent en tête alors que la crainte d'un sevrage alcoolique plus difficile ou d'une augmentation de l'alcoolisation se situent en dernières positions.

Sur le plan clinique, aucune étude actuelle n'est en faveur d'une évolution plus péjorative de l'alcoolisation après arrêt du tabac, que celui-ci ait lieu chez les alcooliques préalablement sevrés (35, 151) ou en cours de soins alcoologiques (39, 122, 126) et certains auteurs ont même constaté une évolution plus favorable (230). Dans l'étude de Martin et al. (151) portant sur 205 alcooliques sevrés depuis trois mois, on ne note pas de différence dans le taux de rechute alcoolique (4%) que l'on ait proposé ou non un traitement pour le tabac et quel que soit le traitement. Stuyt et al. (230) comparent l'évolution de la consommation de drogue initiale selon le statut tabagique dans une étude prospective incluant pendant deux ans, des patients alcooliques ou toxicomanes admis pour sevrage. Seuls les patients hospitalisés au cours de la seconde année sont priés de ne pas fumer durant leur séjour, mais tous bénéficient d'informations et d'incitations à l'arrêt du tabac durant l'année de suivi. A un an, la durée moyenne de l'abstinence alcoolique est supérieure chez les non fumeurs et chez les fumeurs ayant cessé de fumer soit 59% contre 12% seulement des fumeurs et le maintien de l'abstinence, comparativement aux non-fumeurs, est plus fréquente chez les anciens fumeurs. Cependant ce dernier point demande à être confirmé par des travaux ultérieurs en raison du faible effectif de la population concernée. De même, le taux d'abstinents est plus élevé mais cette différence ne s'observe que lorsque le produit initial est sédatif : alcool ou opiacés mais non lorsqu'il est stimulant (amphétamines et cocaïne). La courbe de survie évaluant le maintien de l'abstinence alcoolique à un an montre même des résultats plus favorables chez les sujets ayant cessé de fumer, des résultats intermédiaires chez les non-fumeurs, des résultats plus péjoratifs chez les fumeurs persistants. On regardera ses résultats avec précaution du fait du faible effectif de la population étudiée.

d-2) Motivation des alcooliques pour l'arrêt du tabac.

L'absence de motivation des alcooliques pour l'arrêt du tabac est également évoquée par les soignants. Plusieurs études tendent à aller à l'encontre de cette opinion.

Irving et al. (124) proposent un questionnaire dès l'admission à des patients entrant dans un centre d'alcoologie. Trois quart d'entre eux considèrent qu'il existe beaucoup de similitudes entre la consommation tabagique et celles d'autres substances addictives, que l'arrêt du tabac est possible et plus de la moitié d'entre eux déclarent souhaiter arrêter le tabac ou être intéressés par une information les aidant à comprendre ou à changer leurs habitudes tabagiques. Près de 80% pensent que l'arrêt du tabac durant l'hospitalisation ou dans le futur

ne compromettra pas leur abstinence alcoolique. Il classe les malades en fonction des quatre stades de Prochaska et considère qu'une stratégie thérapeutique doit être étudiée.

Une équipe du centre d'alcoologie de Macon (158) a réalisé une étude prospective sur six mois de toutes les admissions pour sevrage alcoolique. L'étude a colligé 127 séjours parmi lesquels 78 ont été inclus, les non inclusions relevant, en grande partie, de réhospitalisation de patients déjà inclus. Ils sont 77% à être fumeurs, les consommations cumulées en paquet-année sont en moyenne de 31,5 PA, le score de Fagerstrom est en moyenne à 7 et supérieur ou égal à 7 chez 56% d'entre eux. L'arrêt de tabac n'est pas souhaité par 56% des malades, 37% envisagent un éventuel futur sevrage et 7% mènent un sevrage conjoint alcool et tabac. Cette répartition des patients est reliée selon leurs dires aux difficultés actuelles du sevrage alcoolique et surtout à des réticences médicales pour aborder conjointement plusieurs addictions. Les médecins traitants adressant un patient pour sevrage alcoolique auraient souvent devancé ou répondu aux demandes du patient, en proposant d'abord de ne se préoccuper dans un premier temps que de l'alcool ; de plus la question d'un second sevrage précoce est souvent repoussée par l'équipe soignante.

Seidner et al. (218) proposent à 100 patients au bout de trente jours d'hospitalisation pour sevrage alcoolique ou à un autre produit illicite un sevrage tabagique. Ils sont 75% à se montrer intéressés pour arrêter ou recevoir une information sur le sevrage tabagique. Dans cette enquête, ils sont en moyenne plus jeunes que ceux ayant refusé, ont débuté plus tôt leur intoxication nicotinique mais ont un nombre d'années passé à fumer égal aux autres. Ils sont plus dépendants à la nicotine, ont déjà plus souvent tenté d'arrêter leur tabagisme. L'histoire de cette intoxication n'est pas différente, ils ont d'avantage confiance en leur capacité à arrêter le tabac et pensent que cette décision ne modifiera pas leur abstinence vis à vis de l'alcool ou du produit illicite. Ils ont pris conscience de la relation entre ces intoxications, croient que la meilleure période pour arrêter ou prendre conscience de leur tabagisme est celle du premier sevrage. Un quart des patients hospitalisés se disent prêts à envisager un sevrage simultané, chiffres retrouvés lorsqu'une aide à l'arrêt du tabac est effectivement proposée au cours du séjour hospitalier dans l'enquête de Hurt et al. (122).

Dans l'étude de Warnery et al. (243), un questionnaire sur l'addiction posé aux patients entrant en centre de soins ambulatoires en alcoologie, montre que 49% souhaiteraient consulter un médecin tabacologue.

Bobo et al. (33) ont évalué le stade de changement vis à vis de l'arrêt du tabac chez les buveurs à risque suivis en ambulatoire et chez les alcooliques hospitalisés : respectivement 8 à 10% d'entre eux déclarent être prêts à cesser de fumer dans les 30 jours (stade de préparation), 28 à 33% envisagent sérieusement de le faire au cours des six prochains mois (stade d'intention). Il conclut que bien que ces taux soient inférieurs aux taux de la population non alcoolique, il n'en demeure pas moins qu'une proportion non négligeable de patients devraient être à même de tirer profit d'un programme d'informations ou d'aide à l'arrêt du tabac.

Dans une étude récente (14) au centre d'alcoologie de la Charente, des soins de quatre semaines sont proposés aux alcoolodépendants associés à une information au cours de la deuxième semaine sur les effets du tabac en général et de son association avec l'alcool, la dépendance au tabagisme, ses liens avec l'alcoolodépendance et les méthodes de sevrage nicotinique existantes. Les patients inclus étaient 59% à être intéressés par l'information proposée au cours de la cure ; parmi eux, 74% vont demander des renseignements complémentaires et 26% vont rechercher des informations sur le sevrage tabagique lui même. Parmi ces derniers, 36,4% vont le tenter durant l'hospitalisation. Les malades motivés par un arrêt du tabac à plus ou moins long terme sont dans cette étude en moyenne plus âgés et l'idée d'arrêt du tabac préexistait avant l'intervention des médecins. On note, de plus, que le nombre de sevrages hospitaliers est un facteur quantitatif négativement associé à la motivation pour

l'interruption du tabac, soit que ces personnes aient une faible motivation en général, soit que leurs échecs passés concernant l'alcool les découragent pour un autre type de sevrage et les poussent à se concentrer sur un seul objectif.

De même, l'enquête menée dans un centre d'alcoologie en Suisse par Zolino et al. (248) évaluent à la moitié (50,7%) des patients jugeant envisageable ou ayant décidé l'arrêt du tabac. Le jour de l'admission, 42,3% des patients sont classés au stade de preintention, 46,5% au stade d'intention et 4,2% au stade d'action. Ils sont 7% à venir de tenter d'arrêter leur tabagisme, 90,1% à déclarer avoir des problèmes en relation avec leur tabagisme (souffle,...) et 91,5% à appréhender les difficultés qu'engendrent l'arrêt du tabac. Ils sont 18,3% à craindre une prise de poids, 23,5% un échec du sevrage tabagique, 26,8% des troubles de la concentration, 46,5% une perte du plaisir de fumer, 66,2% une irritabilité ou une nervosité, 71,8% des épisodes de craving. La dépendance nicotinique, des pathologies secondaires à leur intoxication tabagique ne sont pas associées aux différents stades de Prochaska. Il n'y a que le sentiment de perdre un plaisir qui est significativement plus important dans le stade de preintention (65,8%) comparé au stade intention-action où il ne concerne que 33,3% des malades. Les patients déclarant pouvoir compter sur un soutien de leur famille ou amis dans leur démarche de sevrage tabagique sont dans ce dernier groupe en grande majorité (69,4%).

Afin de préciser le profil des patients les plus enclins à cesser de fumer, Ellingstadt et al. (77) comparent trois groupes : le premier est composé de sujets souhaitant un arrêt simultané (25%), le deuxième, dont l'effectif est le plus important, regroupe les malades envisageant l'arrêt du tabac après obtention de l'arrêt d'alcool (50%), le troisième est constitué de ceux intéressés uniquement par le traitement alcoologique (25%). Les données alcoolotabagiques diffèrent uniquement par un score d'échelle de dépendance alcool plus élevé et un nombre de cigarettes journalières moindre chez les candidats au sevrage simultané. Deux points retiennent l'attention. Tout d'abord, les patients envisageant une prise en charge concomitante ressentent un lien fort entre les deux produits et fumer apparaît comme un stimulus de l'alcoolisation. Ils considèrent davantage (62%) comparé aux deux groupes souhaitant un arrêt différé (17%) ou n'envisageant pas d'arrêter le tabac (14%) que cesser de fumer les aidera dans le maintien de l'abstinence alcoolique. Ils se sentent plus confiants dans leurs capacités de réussir.

Ces enquêtes montrent donc qu'un pourcentage non négligeable des patients témoignent d'un intérêt pour l'arrêt du tabac lors de démarche de soins alcoologiques. Lorsque la question leur a été posée (77, 124, 218), la majorité d'entre eux affirment que l'arrêt du tabac ne compromettra pas leur abstinence en alcool. Ceci doit donc faire réfléchir les soignants. De plus, les professionnels de santé n'ont-ils pas un rôle à jouer dans l'aide à la maturation de la motivation à changer de comportement, que ce soit d'alcoolisation mais également vis à vis de toutes les conduites addictives et en particulier de la consommation tabagique ?

d-3) <u>Pronostic de l'arrêt du tabac chez les alcooliques.</u>

Dans une étude sur l'évolution naturelle de la consommation tabagique chez les adultes, Breslau (35) constate que les abuseurs et les alcoolodépendants ont 60% de chances de moins d'arrêter le tabac, et si les tentatives de sevrage tabagique chez les alcooliques non sevrés sont fréquentes, le taux de réussite est nettement moindre que la population générale, ce que montrent d'autres enquêtes (73, 247). Dans celle de DiFranza et Guerrera (73), les alcooliques ont 7 fois moins de chance de réussir leur sevrage en tabac en comparaison à la population fumeuse non alcoolique. L'étude ne répond pas à la question de savoir pourquoi cette

difficulté est si importante chez les alcooliques. Ils émettent l'hypothèse que le taux de dépendance à la nicotine plus élevé et l'âge d'initiation au tabac plus précoce ont contribué à cette différence.

Comparativement aux alcooliques, le pronostic de sevrage tabagique est plus favorable chez les alcoolodépendants sevrés : Hugues (115) relève des taux de succès de 5 à 37% (taux moyen à 17%) dans six études rétrospectives incluant les alcooliques et de 17 à 63% (taux moyen à 47%) dans six études incluant des alcooliques sevrés. Selon les études, leur pronostic est considéré comme plus réservé (115), comparable (118,170) voire même supérieur (35) que la population générale. Dans l'étude de Murray et al. (171), un an après un programme d'intervention utilisant des méthodes comportementales et de la nicotine en tablette, le taux d'abstinence en tabac des alcooliques sevrés stables approchent celui des non alcooliques. Dans d'autres études (29), les individus avec un passé moins sévère d'alcoolisme sont davantage capables de réussir un sevrage tabagique.

La conférence de consensus de l'ANAES (56) confirme que « l'absence de données en faveur d'une évolution défavorable de l'alcoolisation et l'intérêt des patients alcooliques doivent inciter les soignants à s'impliquer davantage dans l'aide à l'arrêt du tabac, ceci d'autant plus qu'ils consultent souvent avant la survenue de complications liées au tabagisme».

La question actuelle n'est donc plus de savoir si les alcooliques peuvent bénéficier d'une aide à l'arrêt du tabac mais quand et comment les traiter, afin d'optimiser les chances de succès tant sur le plan alcoologique que tabagique.

d-4) Le sevrage simultané est-il envisageable ?

Les sevrages simultanés sont rares, le sevrage alcoolique étant plus souvent réalisé en premier. Dans une étude de Snow et al. (223), la majorité des alcoolodépendants effectue en premier un sevrage alcoolique, 38% déclarent avoir cessé de fumer avant d'arrêter l'alcool et 9% seulement réalisent un sevrage simultané.

Actuellement, les données de la littérature et les études cliniques sont peu nombreuses. Les travaux présentent en outre des limites méthodologiques rendant impossible l'extrapolation des résultats : études non randomisées, populations souvent mixtes incluant alcooliques et toxicomanes (39, 122, 126, 182, 237), effectifs concernant les alcoolodépendants parfois faibles (39, 126, 185), durée de suivi limitée (39, 57, 237), abstinence non validée biologiquement ni confirmée par un tiers (126). De ce fait, l'ANAES (56) conclut « qu'il n'existe pas actuellement de consensus quant au choix du moment et à la chronologie des sevrages ».

d-4-1) Les arguments négatifs.

Divers arguments sont en défaveur de la simultanéité des sevrages :

- Certains soignants et patients expriment la crainte d'un sevrage plus difficile. Lors de certaines situations dangereuses, la consommation de tabac éviterait l'alcoolisation. L'étude de Kalman (127) montre que les personnes qui fument intensément lors de fortes envies de boire de l'alcool peuvent avoir de grosses difficultés à quitter le tabac, surtout dans la phase initiale de sevrage alcoolique.

- Le sevrage simultané entraînerait un stress trop important ou risquerait de diminuer l'investissement vis à vis du sevrage alcoolique (99, 122) chez certaines personnes, notamment les plus dépendantes à l'alcool.

- Une évolution spontanément favorable à la motivation de l'arrêt du tabac s'observerait après l'arrêt de l'alcool, période au cours de laquelle le sevrage tabagique serait alors facilité (122). De plus, cliniquement, les résultats du sevrage tabagique sont plus favorables chez les alcoolodépendants sevrés que chez les alcoolodépendants en phase d'alcoolisation (115).

- Beaucoup de fumeurs considèrent que l'arrêt du tabac est plus difficile que l'arrêt des autres substances addictives.

d-4-2) Les arguments positifs.

Comme il l'a été souligné lors de la conférence de consensus d'alcoologie (56), il existe des arguments en faveur d'un sevrage simultané (29, 115, 124, 126, 218).

L'usage prolongé de l'alcool, produit sédatif, et du tabac, produit stimulant, conduirait à un équilibre au niveau cérébral, l'arrêt de l'un entraînant alors, par rupture de l'équilibre, la survenue d'un besoin plus intense de l'autre. La stimulation du système de récompense et en particulier des voies dopaminergiques par les deux produits serait vraisemblablement impliquée (79). L'alcool, tout comme la nicotine, maintient les récepteurs nicotiniques dans un état de désensibilisation et atténuerait de ce fait le syndrome de sevrage nicotinique. En cas d'arrêt de l'alcool, le sujet entrerait dans un cercle vicieux : le trop grand nombre de récepteurs nicotiniques nécessiterait, pour qu'ils soient désensibilisés, un apport suffisant de nicotine ou un apport d'alcool. Il en résulterait ainsi cliniquement un rebond de la consommation tabagique ou une reprise de la consommation d'alcool. Ceci expliquerait la difficulté de certains alcoolodépendants à cesser de fumer après un sevrage alcoolique. De même, l'existence d'un conditionnement comportemental réciproque, bien que de façon intuitive la consommation de tabac paraisse moins un stimulus déclenchant de la consommation d'alcool que l'inverse, rendrait plus difficile l'arrêt de l'alcool en cas de poursuite du tabagisme. Par ailleurs, l'hypothèse d'un surinvestissement compensatoire du produit restant, serait susceptible d'accroître la résistance au sevrage ultérieur.

Cependant contrairement à ce qui pourrait être attendu, dans l'étude de Aubin et al. (12), la surconsommation tabagique après un sevrage alcoolique touche essentiellement les fumeurs dont le tabagisme est le moins marqué

Une autre hypothèse est que les gens lorsqu'ils fument soulagent les effets négatifs de l'alcool. L'alcoolisme étant souvent étroitement lié avec l'anxiété et la dépression, le tabac pourrait être utilisé en réponse au mal-être associé à l'alcoolisme (99).

Cliniquement, les études actuelles ne permettent pas d'étayer l'hypothèse d'un risque accru de rechute alcoolique en cas de sevrage simultané (31, 90, 91 126) ou de deux sevrages successifs rapprochés alcoolique puis tabagique (127). Si la rechute alcoolique s'accompagne pratiquement toujours d'une reprise de la consommation tabagique, l'inverse ne se vérifie pas. Les alcooliques sevrés de l'alcool et du tabac qui se réalcoolisent reprennent presque toujours leur consommation tabagique. En revanche, les abstinents alcooliques ayant recommencé à fumer ne connaissent pas plus de risque de rechute alcoolique que ceux n'ayant jamais cessé de fumer (217). Ils semblent que les alcooliques, qui ont arrêté le tabac avant le sevrage alcoolique ou pendant leur sevrage (31), ont un meilleur pronostic alcoologique que les alcooliques poursuivant leur intoxication tabagique. Certaines études (224, 234) montrent que le tabagisme pourrait même être un facteur de rechute alcoolique. D'autres études citées par Gulliver et al. (98) montrent que la relation entre alcool et tabac chez les alcooliques après 6

mois de sevrage d'alcool ne reste pas longtemps positive, que les comportements ne restent pas longtemps interdépendants. Dans ces études, il n'a pas été démontré que continuer à fumer durant les six premiers mois suivant le sevrage alcoolique favorisait la rechute en alcool. Il a été trouvé que 45% des fumeurs diminuaient d'eux-mêmes leur consommation de cigarette durant cette période, ils étaient parmi les plus gros consommateurs de tabac avant le traitement.

Dans la population générale française (97), 59,5% (39,9% des fumeurs occasionnels et 76,2% des fumeurs réguliers) déclaraient avoir au moins tenté une fois de cesser de fumer durant une semaine et 58,7% (31,6% des fumeurs occasionnels et 63,5% des fumeurs réguliers) se disaient prêt à retenter un arrêt du tabac. Comme il a été vu dans le chapitre précédent (d-2), 30 à 75% des alcooliques hospitalisés pour sevrage envisagent un sevrage tabagique à plus ou moins court terme. Les différences méthodologiques de ces différentes études ne nous permettent pas des comparaisons mais il peut tout de même être constater qu'une proportion non négligeable d'alcoolodépendants ont déjà tenté un sevrage tabagique et/ou sont prêts à cesser de fumer.

Aujourd'hui, l'intérêt du sevrage simultané repose donc davantage sur des notions conceptuelles ou physiopathologiques que sur des données cliniques. Ces études, peu nombreuses, ne permettent pas de conclure sur l'intérêt du sevrage simultané et les thérapeutiques à proposer. Cependant il est intéressant de constater qu'aucune d'entre elles ne conforte actuellement la crainte essentielle des soignants de voir croître le risque de rechute alcoolique. La conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac en 1998 (55) donne un avis intéressant mais apparemment ambigu : « la nécessité d'arrêt du tabac ne doit pas être occultée chez les patients alcoolodépendants, même si celui-ci s'avère plus difficile que chez les autres patients », « les modalités de sevrage ne diffèrent pas de celles utilisées chez les autres patients ; en revanche, le choix du moment où le sevrage tabagique doit être proposé est délicat : sevrage simultané ou séquentiel ? Faute de pouvoir proposer une stratégie dont l'efficacité serait clairement établie, le mieux semble de respecter le choix du patient ». Les recommandations de l'ANAES (56), suite à la conférence de consensus sur le sevrage du patient alcoolodépendant du 17 mars 1999, précise qu'aucune étude n'est en faveur d'une évolution défavorable de l'alcool après l'arrêt du tabac. Le jury souligne la nécessité de « prendre en compte le tabagisme précoce et de renforcer les actions d'information en particulier auprès des adolescents sur les dangers des consommations de substances psychoactives. Il recommande aux soignants de sortir de leur neutralité par rapport au tabac et de proposer le sevrage simultané dès que les motivations du patient le permettent, ce qui nécessite d'aborder d'emblée l'information sur le tabac et les modalités du sevrage tabagique ». Il insiste sur « l'importance de la motivation et recommande de susciter ou renforcer chez le patient la confiance en soi et en ses capacités à réussir un double sevrage ».

d-4-3) Résultats des double sevrages successifs alcool puis tabac et simultanés.

d-4-3-1) Sevrages tabagiques entrepris après un sevrage alcoolique.

Dans l'étude de Martin et al. (151) portant sur des alcooliques non hospitalisés sevrés depuis trois mois en alcool, le taux de sevrage tabagique à un an est de 27% que le traitement consiste en des réunions de soutien, des conseils ou des conseils associés à un traitement

nicotinique. Certains travaux montrent des taux de réussite de sevrage tabagique inférieurs lors d'antécédent de mésusage d'alcool (115, 121) mais la majorité d'entre eux témoignent de meilleurs résultats, souvent proches ou similaires de ceux de la population générale (35, 118). Le délai de l'abstinence alcoolique varie selon les études où la précision est apportée de 3 à 86 mois et le recul de 4 à 21 mois.

d-4-3-2) sevrages simultanés.

Dans l'enquête de Bobo et al., dès 1987 (31), 18% des alcooliques sevrés disent avoir arrêté leur tabagisme en même temps ou à la fin de leur sevrage en alcool et 68% avoir fait de multiples tentatives d'arrêt. De plus, le taux d'abstinence d'alcool est supérieur chez les alcooliques sevrés ayant arrêté le tabac par rapport à ceux ayant continué à fumer. De plus, son étude sur le conseil minimum donné pour l'arrêt du tabac à des alcooliques en sevrage montre un effet positif. Les patients sont 7% à un mois d'abstinence en alcool et 3% à six mois à avoir arrêté conjointement le tabac.

Dans d'autres études, le taux de réussite des sevrages simultanés se situe autour de 10% que ce soit à quelques semaines ou à un an et plus (122, 126) des sevrages

Dans l'enquête réalisée au Kansas (76), 8% des alcooliques tabagiques ayant débuté un sevrage simultané lors d'une hospitalisation en service d'alcoologie associée à des interventions consistant en des conseils pour l'arrêt du tabac sont abstinents des deux drogues après 12 mois. Par contre, seul l'essai contrôlé prospectif non randomisé de Hurt et al. (122), concernant des alcooliques ayant ou non une dépendance associée à une drogue illicite, montre à douze mois une différence significative avec un taux de succès de 11,8% de l'arrêt du tabac chez les patients ayant bénéficié d'une aide contre 0% dans le groupe contrôle. Il n'y a pas eu d'interférence avec le résultat de sevrage alcoolique (31,4% de rechute alcoolique dans le groupe d'intervention contre 34% dans le groupe contrôle, différence non significative). Le traitement associe gomme nicotinique et thérapie comportementale.

d-4-4) Expériences thérapeutiques actuelles de sevrages simultanés.

Des programmes incluant informations, thérapie comportementale, traitement médicamenteux sont proposés (39, 122, 126, 237).

Si la plupart des établissements autorisent les patients à fumer dans une salle prévue à cet effet, certaines structures d'aide au sevrage des dépendances ont choisi d'être « sans tabac » avec interdiction de fumer pendant toute la durée du séjour hospitalier (126, 237). Si l'évolution de l'abstinence alcoolique n'est pas compromise, l'impact sur l'arrêt du tabac à distance du séjour est faible. On peut se demander si une politique trop stricte ne risque pas davantage de susciter une résistance au changement et de générer une transgression du règlement (237), ceci d'autant plus que le patient n'est pas motivé (stade preintention) ou qu'il n'envisage pas d'arrêter de fumer dans un futur proche (stade intention). Informer, suggérer et encourager seraient ils préférables à l'interdiction ? Néanmoins une sélection probable des patients peut s'opérer, les fumeurs choisissant alors des établissements moins stricts (129).

Il y a donc les théories et la pratique. Les théories s'opposent donc et suggèrent pour les unes de stopper les deux comportements simultanément, pour les autres d'arrêter successivement l'alcool puis le tabac.

La pratique selon André (4) serait plutôt de répondre à la demande du patient car le succès est conditionné par la maîtrise qu'il conserve des décisions : rien n'est plus difficile pour le patient que de décréter l'urgence pour des raisons médicales. Il insiste sur le fait qu'il est indispensable que le patient soit le seul décideur.

Pour certains (13, 79, 90, 91, 234), le sevrage simultané ne s'adresse vraisemblablement pas à tout alcoolodépendant. Sa bonne réalisation paraît être réservée aux dépendants les plus motivés.

Pour Gillet (90), ce qu'il importe, c'est d'aider les fumeurs alcoolodépendants à réfléchir et à leur faire préciser quels liens ils font entre l'alcool et le tabac, en particulier s'ils associaient en phase d'alcoolisation ces deux produits, s'ils pensent utiliser le tabac lors d'envies de boire ou au contraire s'ils craignent que fumer ne les incite à consommer de l'alcool. Si le choix du moment de l'arrêt appartient, pour Gillet, bien sûr au fumeur, la perception d'un lien bidirectionnel est un argument en faveur d'un sevrage simultané. Un second argument est la possibilité d'un surinvestissement vis à vis de la substance restante rendant son arrêt plus difficile. En revanche, elle note que l'utilisation du tabac dans la gestion de l'abstinence alcoolique, l'évolution de la motivation ou la diminution de la consommation tabagique parfois spontanée après l'arrêt de l'alcool sont en faveur d'un sevrage différé. Quoiqu'il en soit, le choix du moment, sevrage simultané ou différé, n'influe pas sur l'évolution de l'alcoolisation.

Batel et al. (16) affirment que les risques élevés de la comorbidité du mésusage alcool et tabac imposent aux alcoologues de se préoccuper du traitement de la dépendance nicotinique des patients alcoolodépendants quel que soit le stade de développement de la maladie alcoolique. Il lui apparaît important de motiver avant tout les alcoologues à relever le double défi, ceux-ci bénéficiant d'un capital confiance important et témoignant de l'engagement dans le soin addictif, jouant le rôle de référent et de recours en cas de rechute.

La sensibilisation de l'ensemble de l'équipe soignante et son implication lors de telles démarches prend donc ici toute son importance (28, 120, 190). Dans l'enquête de Hurt et al. (120), il existe une prise de conscience des soignants en la nécessité d'une prise en charge du tabagisme de tous les patients entrant pour un sevrage alcoolique et une augmentation nette des résultats de l'arrêt du tabac lors de l'introduction, dans le service, d'interventions de sensibilisation à la dépendance tabagique. Dans l'étude de Pletcher (190), dans le centre médical de Minneapolis, depuis 1988, le programme de tout traitement de dépendances en drogues inclue une aide à l'arrêt du tabac. On a noté des changements significatifs dans le comportement du personnel par rapport à cette addiction tabagique et une meilleure connaissance de ses interactions avec les autres. Six semaines après l'entrée des patients, 58% des fumeurs sont sevrés de tabac ou ont beaucoup diminué leur consommation quotidienne de cigarettes et 98% sont abstinents en drogues illicites ou alcool. Les soignants pensent qu'inclure le traitement médicamenteux et psychologique de la dépendance tabagique permet aux patients une plus grande liberté par rapport aux fortes envies de fumer et favorise l'abstinence en drogue ou alcool.

Autret et al. (14) montrent que la présence d'une motivation initiale, comme avoir eu l'idée d'arrêter le tabac, être intéressé par les informations données pendant le sevrage alcoolique et surtout avoir l'intention d'arrêter le tabac pendant la cure, est primordiale dans la probabilité d'entamer une action vers le sevrage tabagique. Par contre, il note qu'il existe un hiatus entre cette intervention et l'action, puis entre l'action et le maintien. Il est vrai que les études d'évolution naturelle montrent une plus grande difficulté des alcooliques à stopper le tabac, à moins d'obtenir une abstinence durable (35). Cependant, peu de moyens sont

actuellement proposés à cette population particulière, plus dépendante (17) et plus susceptible de souffrir des signes de sevrage tabagique (150). Bobo (32), dans son travail, souligne que les sujets parvenus au stade de préparation ont douze fois plus de chance de faire un essai sérieux d'arrêt du tabac que ceux encore en stade de « preintention » dans les six mois après leur sortie d'hospitalisation pour sevrage alcoolique.

Pour beaucoup, les modalités d'intervention thérapeutique méritent d'être adaptées au stade de changement des patients (90; 91). Selon Gillet (91), l'aide à l'arrêt associée à un programme de prévention des rechutes est particulièrement indiquée si le patient envisage d'arrêter dans un futur proche (stade de préparation). En revanche, pour les autres patients, l'objectif à court terme n'est pas nécessairement d'obtenir un arrêt immédiat mais de favoriser une évolution dans le changement de comportement. McIlvain et al. affirment que les soignants ne doivent pas adopter une attitude neutre et passive face au tabac, le séjour hospitalier constituant un moment privilégié pour, selon le cas, donner des informations, susciter la motivation, renforcer la confiance en soi et en ses capacités de réussir un sevrage tabagique, proposer et aider à l'arrêt, prévenir les rechutes, et ne doivent pas décourager les volontaires au sevrage simultané. Dans une étude de Perrine et Share (185), il est montré que les conseils d'arrêt du tabac lors d'un traitement pour l'arrêt d'alcool permet une évolution dans les stades de Prochaska, le patient prenant conscience de la nécessité d'un arrêt de la cigarette, et ceci d'autant plus que le personnel soignant est engagé dans le traitement de cette dernière addiction. Dans l'étude de Hughes (112), le discours doit être adapté à chaque patient et en fonction de son stade de motivation mais il note que si le sevrage simultané s'effectue au cours d'un séjour dans un service d'alcoologie chez les seuls patients volontaires, la confrontation au tabagisme persistant des autres hospitalisés peut les amener à s'isoler du groupe.

L'état psychique du fumeur doit être apprécié. « L'état dépressif est la seule contre indication temporaire au sevrage tabagique » (55). Ainsi, la demande d'un sevrage mixte par un fumeur alcoolodépendant dépressif doit elle inciter à proposer dans un premier temps l'arrêt de l'alcool afin d'apprécier l'évolution de la symptomatologie dépressive. Le sevrage tabagique ne sera proposé qu'après normalisation de l'humeur, ce que le simple arrêt de l'alcool permet le plus souvent. En cas de persistance des troubles, l'arrêt du tabac sera différé afin de traiter préalablement l'état dépressif. Une surveillance clinique attentive veillera à l'absence de résurgences des signes au décours du sevrage tabagique. Des enquêtes (181) sur le traitement du sevrage tabagique chez les alcooliques sevrés ayant des antécédents de dépression ont été réalisées. Dans celle de Patten et al. (181), les résultats montrent qu'il faut associer au traitement de la dépendance tabagique une thérapie de l'humeur. D'autres questions s'ajoutent dans ce cas : une résurgence des troubles de l'humeur ne risque t-elle pas de faire rechuter la personne dans l'alcoolisme ?

d-5) <u>Quel traitement proposer en cas de sevrages associés ?</u>

André (4) écrit : Partant du principe que la décision de cesser de fumer est prise, il devient indispensable d'évaluer la dépendance du fumeur pour le choix du traitement le mieux adapté. Il faut distinguer la dépendance physique que l'on sait principalement liée à la nicotine, la dépendance comportementale liée aux habitudes, aux rites et aux gestes souvent automatiques, et la dépendance psychologique correspondant plus à la recherche d'un plaisir, d'une socialisation, à l'attente d'effets anxiolytique et antidépresseur de la cigarette. Cette dichotomie ne doit pas effacer l'interaction des trois dépendances décrites et la

méconnaissance que l'on a des effets conjugués de la nicotine et des autres composants de la fumée.

d-5-1) Traitement d'aide au sevrage tabagique proposé à la population générale fumeuse.

Les aides médicamenteuses qui actuellement ont fait preuve de leur efficacité dans l'arrêt du tabac sont les substituts nicotiniques et le bupropion.

Quelle que soit la forme clinique (timbre, comprimé, inhaleur, gomme), le traitement substitutif à la nicotine a montré son efficacité. Hughes et al. (116) concluent que globalement il double le taux d'abstinence par rapport au placebo. Il est recommandé comme médicament de première ligne dans le traitement d'aide au sevrage tabagique. La conférence de consensus, l'agence du médicament recommandent les schémas posologiques en fonction de la dépendance tabagique.

Le bupropion antagoniserait de façon non compétitive les effets comportementaux de la nicotine et inhiberait les récepteurs nicotiniques neuronaux (9). Son action (140) est aujourd'hui bien démontrée dans l'aide à l'arrêt du tabac et dans le prévention du syndrome de sevrage. La durée de traitement par bupropion est de sept à neuf semaines, la prescription est de 150 mg par jour les six premiers jours puis de 300 mg par jour à compter du septième jour, l'arrêt total de la cigarette devant intervenir préférentiellement au cours de la deuxième semaine de soins.

Ces traitements médicamenteux nécessitent, pour être efficaces, une motivation initiale du patient qui est primordiale. Un soutien psychologique personnalisé et les thérapies cognitives et comportementales constituent également une aide importante. Les TCC permettent d'aborder la dépendance comportementale. Elles aident le fumeur à mieux connaître ses habitudes, à identifier ses attentes par rapport au tabac, les stimuli déclenchant une envie de fumer, les situations à risque...et ainsi à trouver et mettre en place des stratégies lui permettant le maintien d'un arrêt durable.

d-5-2) Traitement du sevrage tabagique chez les alcoolodépendants en sevrage.

La dépendance physique (test de Fagerstrom) est forte ou très forte (elle concerne 83,1% des patients alcooliques dans l'étude de Hurt et al. (121)) avec un fort syndrome de manque (150). L'efficacité du traitement substitutif nicotinique dans la prévention ou le traitement du syndrome de sevrage nicotinique est bien établie dans la population générale. Son intérêt devrait être encore plus grand chez les alcooliques, chez qui l'intensité de la dépendance pharmacologique (115, 121) et la sévérité du syndrome de sevrage (150) sont supérieures. Mais les protocoles médicamenteux excluent généralement les alcoolodépendants et il existe de ce fait peu d'études de cette population.

Dans l'étude de Hugues (115) comparant l'évolution après traitement nicotinique versus placebo, les alcooliques stabilisés, bien qu'ayant moins de facilité à cesser de fumer, tirent davantage profit du traitement nicotinique à un an en terme d'augmentation relative du taux de succès que la population non alcoolique (plus 10% versus plus 1%).

Par ailleurs, il semble que le timbre est bien toléré chez les alcooliques en cours de sevrage et, même utilisé sans aide psychologique spécifique, ce traitement s'accompagnerait d'une diminution du craving et de la nervosité dès le second jour d'arrêt du tabac. Dans l'étude de Saxon (212), après 7 mois de traitement de la dépendance alcoolique ou vis à vis

d'un produit illicite, un traitement par timbre nicotinique sans aide psychologique adaptée à la dépendance nicotinique est proposé aux patients. Ils seront 23,7% à décider de tenter un sevrage tabagique, 14,3% d'entre eux seront abstinents en tabac après 21 jours et 10,2% à six semaines. Cependant, certaines études (115, 121) montrent que prescrit selon le schéma thérapeutique habituel, il ne permet pas d'améliorer les taux de réussite chez les alcooliques stabilisés. Hurt et al. (121) évoquent afin d'améliorer le pronostic l'intérêt d'une posologie supérieure plus adaptée aux taux de cotinine urinaire plus élevés des alcooliques et une durée de prescription du traitement nicotinique plus longue.

La prescription de bupropion est contre-indiquée lors du sevrage alcoolique du fait de son risque convulsivant.

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de traitements médicamenteux spécifiques du sevrage tabagique chez l'alcoolodépendant. La forte dépendance tabagique incite à proposer des posologies plus élevées de substituts nicotiniques que dans la population générale (4, 90). Dans la pratique clinique, la prescription de ces substituts associant très souvent deux formes galéniques, timbres et gommes ou timbres et comprimés, permettant d'être ainsi plus proche de la cinétique habituelle de la nicotine et de mieux répondre aux cravings est de règle.

Le traitement de la dépendance alcoolo-tabagique ne peut se limiter à l'aspect chimiothérapeutique de la prévention du syndrome de sevrage. Le soutien psychothérapeutique est indispensable et les thérapies comportementales sont utilisées tant dans le domaine alcoologique que tabagique dans le cadre d'une aide motivationnelle et de prévention des rechutes (90).

Néanmoins, les données de la littérature actuelles ne permettent pas de préconiser une thérapeutique particulière.

III) ENQUETE PERSONNELLE.

A) Présentation du questionnaire.

Ce questionnaire, élaboré par madame le docteur Claudine Gillet, est utilisé par les médecins du centre d'alcoologie et de consultation d'aide à l'arrêt du tabac du CHRU de Nancy (hôpital Villemin). En mai 2000, une nouvelle version a été établie afin d'affiner les questions et d'améliorer sa présentation.

Les patients répondant à ce questionnaire sont hospitalisés pour sevrage d'alcool. Leur alcoolodépendance a été affirmée, selon les critères du DSM IV, lors de consultation(s) externe(s) préalable(s) au CCAA avec un médecin du service ; les patients se présentent en consultation parfois d'eux mêmes, sur conseil ou non de leur médecin généraliste ou spécialiste, de leur famille ou de leurs proches, des mouvements d'anciens buveurs ou des services sociaux.

Avec l'aide du test de Fagerstrom, de l'échelle HAD, du test de Horn, les patients complète le questionnaire (annexe 13) afin de rechercher une polyaddiction et de prendre en charge de façon globale toutes les dépendances.

Les objectifs sont :

- recueillir les données sociaux-démographiques du patient : sexe, âge, mode de vie.
- étudier son tabagisme : habitudes, dépendance, intrications possibles avec la consommation d'alcool, tentatives d'arrêt, motivation à sa cessation.
- rechercher d'autres addictions : médicamenteuse, stupéfiants.
- aider à la prise de conscience du patient de ses addictions.
- identifier les attentes du patient dans sa volonté ou non de prise en charge associée des autres produits.

Lors de la première semaine d'hospitalisation en service de médecine L, tout patient fumeur remplit ce questionnaire, préalablement à une réunion d'information sur le tabagisme (ses conséquences, les dépendances, les traitements existants) et de réflexion sur les attentes vis à vis du tabac et les liens entre alcool et tabac ressentis par le fumeur. Cette réunion est obligatoire.

Une réunion d'aide motivationnelle a lieu pour les patients ayant quittés le stade de préintention. Pour ceux qui le désirent, des entretiens individuels sont proposés et une aide à l'arrêt du tabac au cours du séjour hospitalier est possible pour tous ceux qui le souhaitent.

B) Méthode d'analyse du questionnaire.

L'enquête est rétrospective et porte sur 121 questionnaires auxquels ont répondu les patients hospitalisés entre la période allant de janvier 2000 à février 2001.

La réalisation d'un fichier informatisé à partir de toutes les informations obtenues a permis une exploitation statistique. Ces données ont été traitées grâce au logiciel Microsoft Excel 7 et Microsoft Word 2000. Les tests statistiques utilisés sont le chi-deux avec un ajustement par le test Fisher lorsque les effectifs sont inférieurs à 5 et la méthode Anova. Une

différence a été reconnue comme significative lorsque $p < 0,05$. Ce travail a été réalisé à l'aide du Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques (hôpital Marin du CHRU de Nancy).

Une étude descriptive a tout d'abord été effectuée; elle permet de proposer un profil général pour les 121 patients.

Dans un second temps, les sujets ayant été classés selon les quatre stades de motivation à l'arrêt du tabac, une recherche de caractéristiques de chacun d'entre eux puis des stades regroupés deux à deux : préintention-intention et action-préparation a été effectuée. Le second groupe correspond aux personnes envisageant de stopper leur tabagisme à plus ou moins court terme, le premier à ceux n'étant pas encore déterminés à cesser.

De plus, les populations consommatrices de médicaments, de haschisch et d'autres drogues illicites sont analysées.

Les items du questionnaires ont été remplis correctement, les oublis ont été peu importants pour 120 dossiers. Un seul dossier a été rempli de façon très partielle. Dans quelques cas, quelques discordances ont été notées entre les réponses. Après chaque étude, le pourcentage de réponses manquantes sera noté et dans le peu de cas où celui-ci est important, les résultats seront analysés avec précaution.

C) Résultats.

c-1) Présentation des patients et de leurs habitudes tabagiques.

Cent vingt et un alcoolodépendants fumeurs ont donc été admis dans le service d'alcoologie du CHRU de Nancy entre janvier 2000 et février 2001. Tous ont donc répondu au questionnaire, ce qui nous a permis de faire l'analyse suivante :

La *moyenne d'âge* était de 43,8 +/- 9,1 ans (médiane de 43,8 ans). Le plus jeune des consultants avait 23 ans, le plus vieux 80,5 ans.

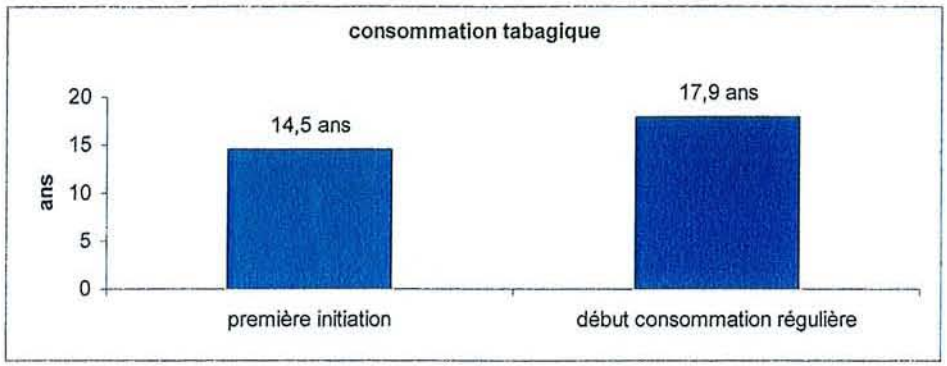
Parmi eux, on dénombrait 23 femmes soit 19% de la population étudiée.

Le *nombre moyen de verres d'alcool* pris chez les consommateurs quotidiens était de 22 +/- 14,7 par jour (médiane de 18 verres). Chez les consommateurs non quotidiens , la moyenne de verres pris par semaine était de 65,9 +/- 42,6 (médiane de 50).

c-1-1) Habitudes tabagiques.

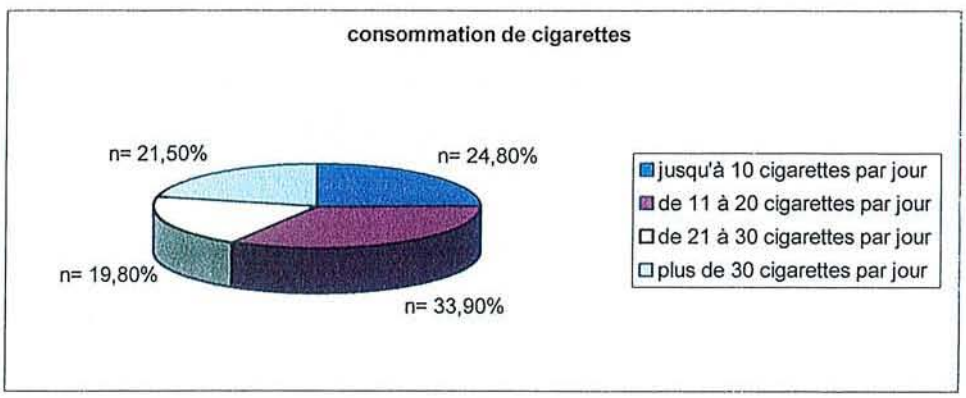
La *première initiation au tabac* avait lieu en moyenne à 14,5 +/- 2,8 ans (médiane de 14 ans) et des extrêmes d'âge allant de 7 à 26 ans.

Leur *consommation régulière* avait débuté en moyenne à 17,9 +/- 3,7 ans (médiane de 17 ans), le plus précoce ayant commencé à 12 ans et le plus « tardif » à 35 ans.



La d*urée du tabagisme* depuis l'initiation était en moyenne de 29,3 +/- 9,3 ans (médiane de 29,1 ans et extrêmes de 11,3 et 66,6 ans). Le nombre d'années passées à s'intoxiquer depuis le début de la consommation régulière était en moyenne de 25,9 +/- 8,8 ans (médiane de 25,5 ans).

Parmi les utilisateurs de cigarettes, la quantité moyenne fumée était évaluée à 21,6 +/- 15,4 *cigarettes par jour* (médiane de 20) : 24,8% fumaient jusqu'à 10 cigarettes par jour, 33,9% de 11 à 20, 19,8% de 21 à 30 et 21,5% plus de 30 par jour. Plus de 20 cigarettes par jour étaient donc fumées par 41,3% d'entre eux.

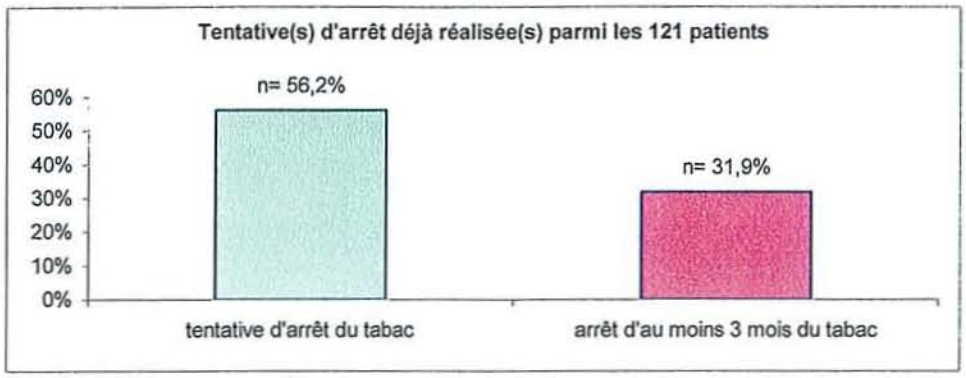


Parmi les consommateurs de cigarettes roulées, 23% en fumaient jusqu'à 10 par jour, 50% de 11 à 20, 9% de 21 à 30 et 18% plus de 30 par jour. Plus de 20 cigarettes roulées par jour étaient donc consommées par 27% d'entre eux.

Les dépenses par semaine consacrées au tabac étaient en moyenne de 26,37 +/- 16,25 euros (médiane de 22,87 euros).

Parmi tous ces patients, 93,3% avaient des *fumeurs réguliers autour d'eux* : pour 12,2% le père, 9,4% la mère, 30,8% le(s) frère(s), 32,7% la(es) sœur(s), 31,8% le conjoint, 14,9% les enfants, 73,8% des amis et 71,9% des collègues.

Plus de la moitié des patients de l'étude, soit *56,2%, avaient déjà tenté d'arrêter le tabac depuis le début de leur intoxication.*



Le nombre de *tentatives sérieuses* de sevrage était évalué à 1,6 +/- 1,2 en moyenne par malade (médiane de 1 et extrêmes allant de 0 à 6). La durée d'abstinence déclarée était alors en moyenne de 21,4 +/- 45.6 mois avec une médiane de 3.5 mois et des extrêmes allant de 0 à 276 mois.

Les *arrêts de plus de trois mois consécutifs* étaient estimés à 0,86 +/- 1,1 en moyenne par patient. Il concernait 56,7% des patients ayant tenté de se sevrer, la moyenne d'arrêt de plus de 3 mois était alors de 1,5 fois par patient avec une médiane de 1.

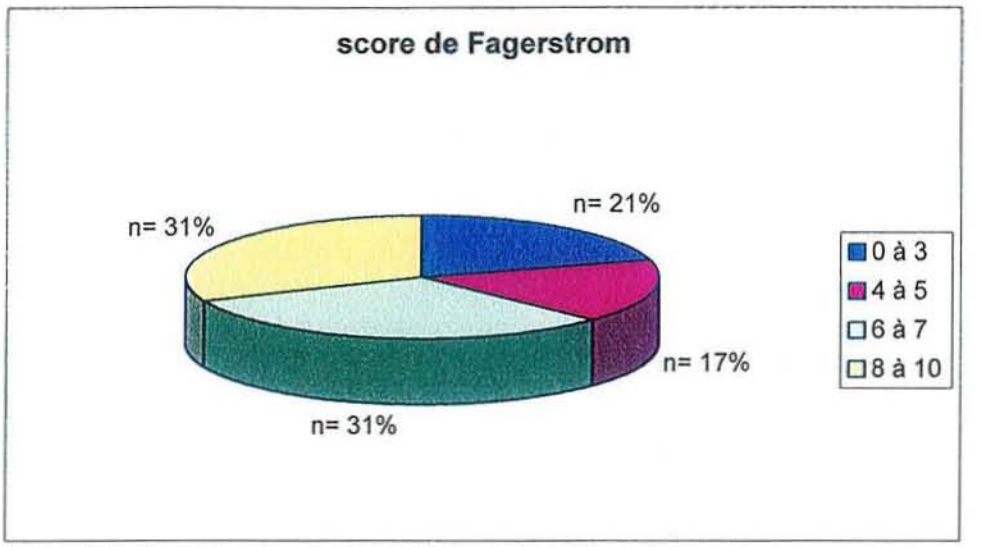
Parmi eux, 47% avait bénéficié d'une *aide* sous différentes formes, aide constituée pour 76,9% d'entre eux de substituts nicotiniques, pour 37,5% de gommes nicotiniques, pour 66,7% de timbres nicotiniques, pour 9,1% de tranquillisants ou antidépresseurs, pour 27,3% d'un traitement homéopathique ou de phytothérapie, pour 56% d'acupuncture ou auriculothérapie, pour 10% d'une autre aide non précisée.

Les personnes avaient alors pris 3,9 +/- 5,7 kg lors de ces expériences avec une médiane de 0 mais le nombre de personnes n'ayant pas répondu à cette question étant important, on ne peut que regarder les chiffres suivants avec précaution : 25 personnes déclaraient avoir pris du poids, 32 affirmaient le contraire et 11 personnes n'avaient pas répondu. La moyenne de *prise de poids* était de 8,9 +/- 5,4 kg chez celles déclarant avoir grossi.

Les *causes incriminées dans la dernière rechute* étaient le stress pour 59,3% des fumeurs, le mal-être pour 52,9%, le moment convivial pour 21,6%, une prise de poids pour 6,3%, d'autres raisons (raisons personnelles lorsqu'elles étaient précisées par le malade sur le questionnaire pouvant entrer souvent dans le cadre d'un nouveau stress comme la naissance de jumeaux, une séparation) pour 30,6%.

c-1-2) <u>Dépendance tabagique</u>.

La *dépendance nicotinique* était évaluée selon les critères de l'OMS par le test de Fagerstrom. La moyenne était de 6,4 +/- 2,5 avec une médiane à 7. Les fumeurs fortement dépendants (fagerstrom strictement supérieur à 6) représentaient 53,7% des patients ; 62,8% des malades avaient un score supérieur ou égal à 6. Le score était entre 0 et 3 inclus chez 20,7% des malades, entre 4 et 5 inclus chez 16,5%, entre 6 et 7 inclus chez 31,4% et entre 8 et 10 inclus chez 31,4%. Le score du test-court montrait une moyenne de 4 +/- 1,5.



La *dépendance comportementale* avait été appréhendée grâce au test de Horn (résultat sur 15) qui montrait les scores suivants :

- la cigarette utilisée comme moyen de *stimulation* : moyenne de 7,5 +/- 3,1 (médiane 7,25).

-cigarette- *plaisir* : moyenne égale à 8,6 +/- 2,6 (médiane 8).

-cigarette-*relaxation* : moyenne égale à 10,2 +/- 2,7 (médiane 10).

-cigarette-*anxiété* : moyenne égale à 11,6 +/- 3,3 (médiane 12).

-cigarette-*besoin* : moyenne égale à 10,8 +/- 2,9 (médiane 11).

-cigarette-*habitude* : moyenne de 7,6 +/- 2,8 (médiane 7).

c-1-3) Etat psychologique des patients.

Les tests d'évaluation de *l'état psychologique HAD A et D* (score sur 21) montraient les scores suivants :

-anxiété : moyenne de 12,7 +/- 4,2 (médiane de 13)

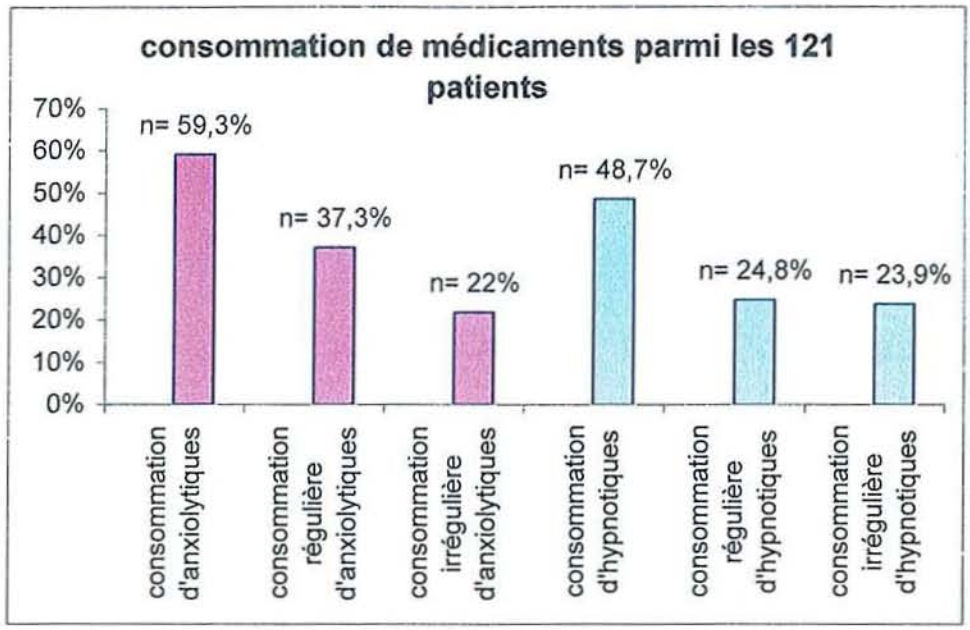
-dépression : moyenne de 7,4 +/- 3,7 (médiane de 7).

c-1-4) Consommations associées et habitudes de vie.

Des anxiolytiques étaient consommés par 59,3% des malades hospitalisés : 37,3% les prenaient régulièrement pour se détendre et 22% irrégulièrement. Parmi ces consommateurs, 34,8% n'hésitaient pas à augmenter la dose prescrite.

Des *hypnotiques* étaient aussi utilisés par 48,7% des patients : 24,8% les consommaient de façon régulière et 23,9% irrégulièrement. La dose prescrite était majorée par 43,1% d'entre eux.

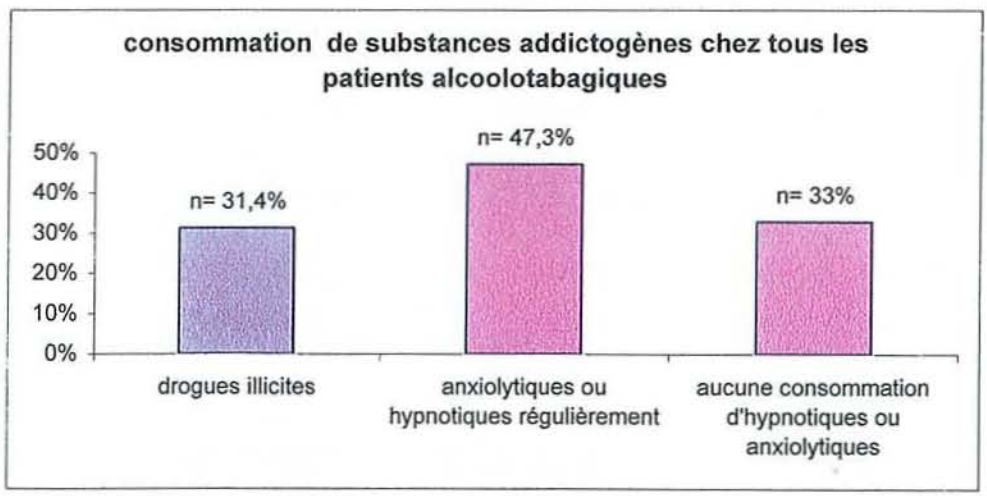
Les personnes ne consommant aucun médicament, ni régulièrement, ni irrégulièrement, représentaient seulement 33% de l'échantillon. Les individus en prenant régulièrement que ce soit des hypnotiques ou des anxiolytiques représentaient 47,3% des hospitalisés.



La *haschich* avait déjà été consommé par 31,4% des individus, pour 42,1% d'entre eux la dernière utilisation remontait à plus de 12 mois, pour 15,8% à de 1 à 12 mois, pour 34,2% à moins d'un mois, pour 7,9% à moins d'une semaine.

Les *autres drogues illicites* concernaient 8,4% des patients, pour 77,8% d'entre eux la dernière prise remontait à plus de 12 mois, pour 11,1% à de 1 à 12 mois, pour 11,1% à moins d'un mois. La prise intra-veineuse avait concerné 55,6% de ces clients d'autres drogues illicites. Toutes les personnes déclarant avoir goûté aux autres drogues illicites avaient aussi testé le haschich.

Les personnes affirmant ne jamais avoir consommé de drogue illicite représentaient 68,6% de l'échantillon. Celles ayant déjà consommé du haschich et une autre drogue illicite étaient 8,4%.



Le nombre moyen de *cafés* pris quotidiennement était de 5,3 +/- 5,5 (médiane de 4 et extrêmes de 0 à 40). Les consommateurs de café représentaient 90,9% des patients avec un moyenne de consommation de 5,8 cafés par jour.

Le *sport* était pratiqué par 38,7% des patients et 42,9% d'entre eux en faisait de façon hebdomadaire.

L'étude des *habitudes de vie* montrait que 44,9% des hospitalisés avaient tendance à grignoter.

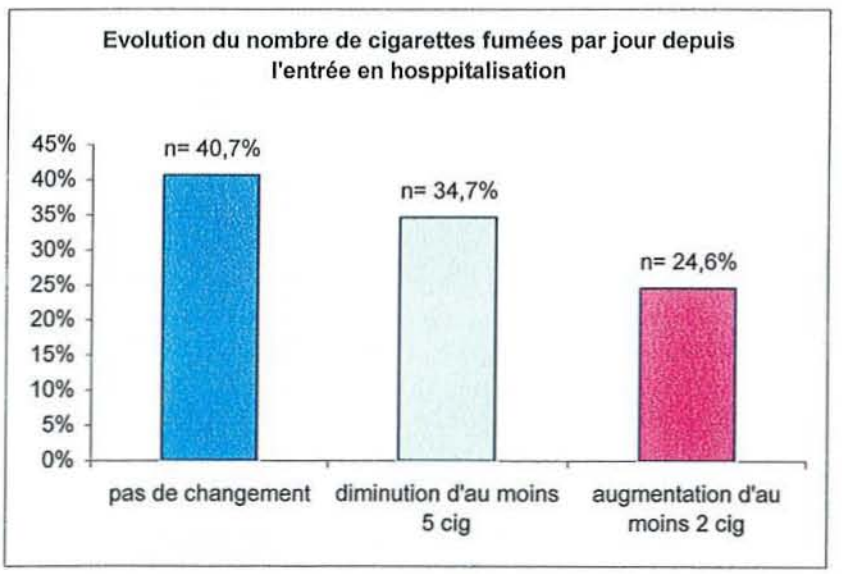
On notait que 40,6% des patients avaient un Body Mass Index (*BMI)* inférieur ou égal à 19, 9,3% supérieur à 25 et 1,6% supérieur ou égal à 28.

Des problèmes de poids étaient soulevés par 34,7% des patients. Parmi ceux déclarant avoir des problèmes de poids, 50% avait un BMI inférieur ou égal à 19, 15% un BMI supérieur à 25 et 5% un BMI supérieur ou égal à 28.

c-1-5) Comportement tabagique depuis l'entrée en hospitalisation.

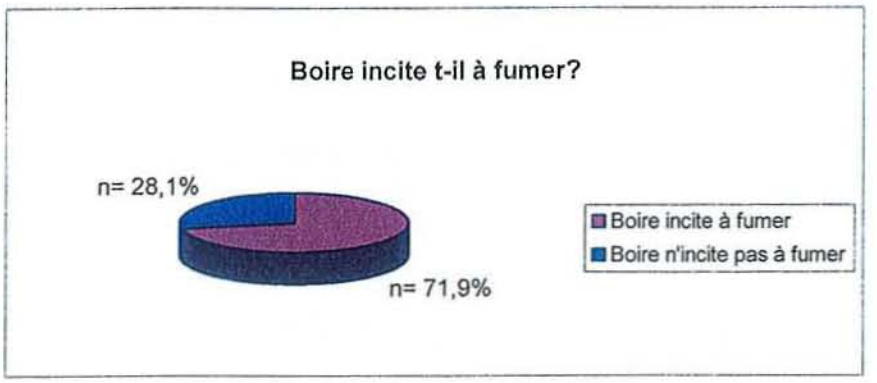
Depuis l'entrée en hospitalisation, 40,7% des fumeurs de cigarettes n'avaient pas changé leur consommation, 34,7% avaient diminué leur consommation d'au moins 5 cigarettes par jour et 25,4% d'au moins 10 cigarettes, 24,6% avaient augmenté leur consommation d'au moins 2 cigarettes par jour et 19,9% d'au moins 10 cigarettes.

Parmi les fumeurs de cigarettes roulées, 18% n'avaient pas changé leur consommation, 41% avaient augmenté d'au moins 1 cigarette par jour et 27% de plus de 5, 41% avaient diminué leur consommation d'au moins 1 cigarette par jour et 9% de plus de 5. On constatait donc une modification de la quantité de cigarettes fumées chez plus de 50% des patients.

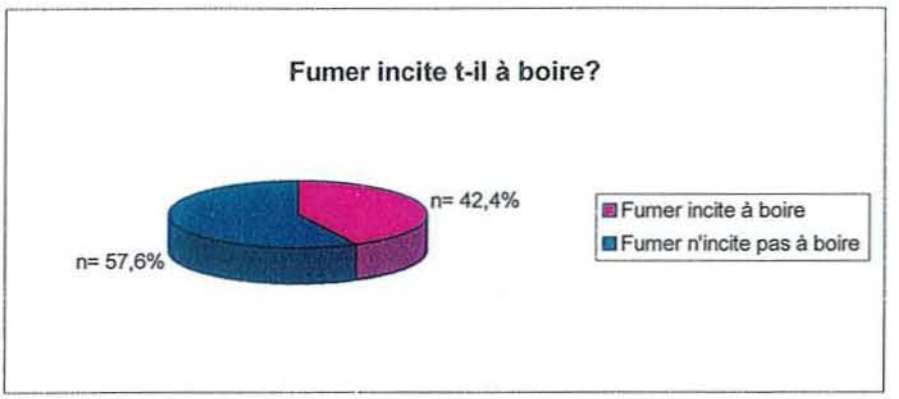


c-2) Relations perçues par les fumeurs entre les deux addictions.

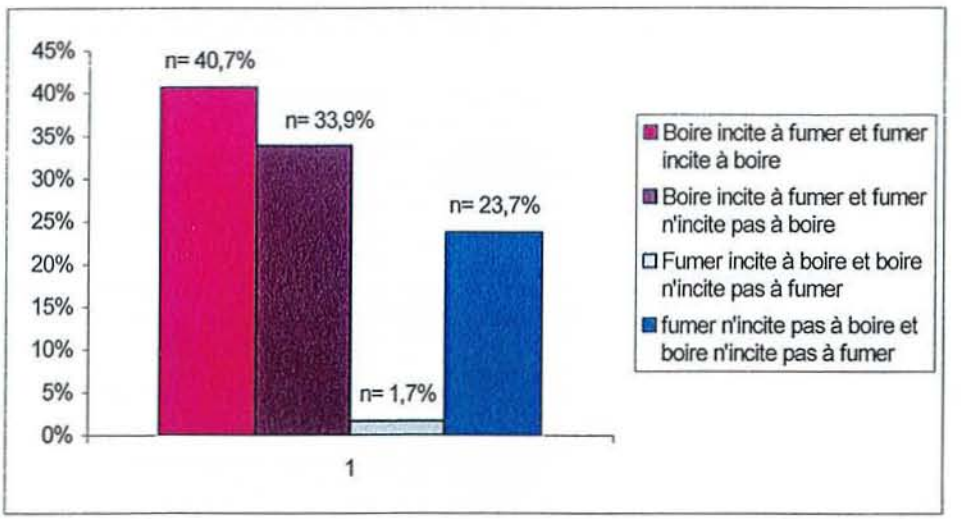
Les patients étaient 71,9% à dire que boire les incitait à fumer.



A la question « fumer vous incite t-il à boire? », 42,4% répondait oui.



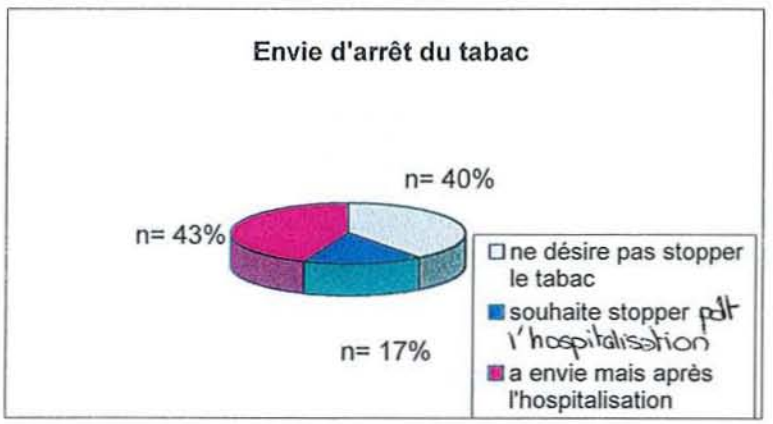
Il existait une dissymétrie dans la relation entre le tabagisme et l'alcoolisme. L'incitation à consommer du tabac lors de la consommation d'alcool était significativement plus fréquente que l'incitation à la consommation d'alcool lors de celle du tabac ($p<0,001$).



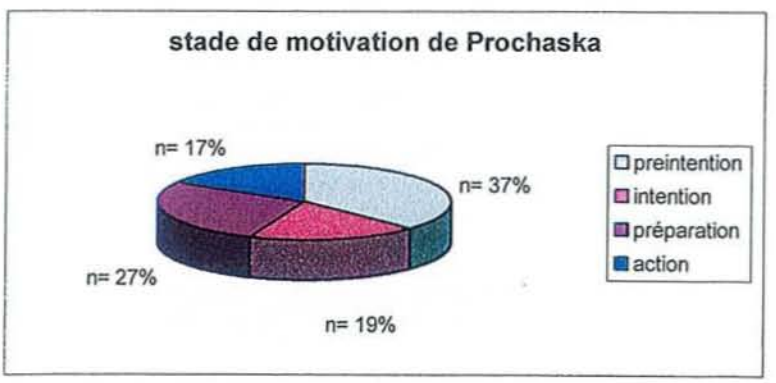
c-3) Evaluation de la motivation des patients pour l'arrêt du tabac.

Sur une échelle de 0 à 10, les patients évaluaient leur motivation à arrêter le tabac à 4,2 +/- 4 (médiane de 4 et extrêmes 0 et 10). On retrouvait un score supérieur à 5 dans 36,4% des cas et 22,9% des malades donnaient un score supérieur à 8.

A la question « envisagez-vous un sevrage tabagique ? », 39,7% ne le voulaient pas, 16,5% le souhaitaient pendant leur hospitalisation et 43,8% le désiraient mais après l'hospitalisation dans un délai variable. Parmi les patients le souhaitant après l'hospitalisation, 17% n'avait pas donné de délai, 26,5% l'envisageaient dans les trois mois, 24,5% dans les six mois, 15,1% dans les douze mois, 17% après douze mois.



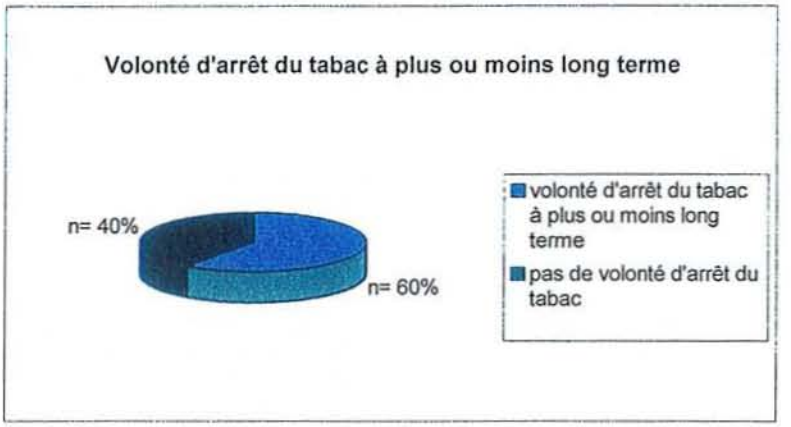
Selon les stades de motivation de Prochaska, les patients se répartissaient ainsi :
-37,2% étaient au stade de preintention.
-19% étaient au stade d'intention.
-27,3% étaient au stade de préparation.
-16,5% étaient au stade d'action.



c-4) Craintes vis à vis d'un arrêt du tabac et raisons motivant les patients pour cet arrêt.

c-4-1) Patients envisageant un arrêt du tabac.

73 patients avaient donc l'envie de stopper leur intoxication à plus ou moins long terme.



c-4-1-1) Craintes évoquées.

Les craintes étaient évaluées selon une échelle de 0 à 10 (10 étant l'intensité maximale).

La *difficulté de stopper le tabac* par rapport à l'alcool était perçue avec une moyenne de 6,9 +/- 2 ,8 (médiane 8). Le pourcentage de patients ayant donné un score supérieur à 5 était de 63,2% et supérieur à 8 de 39,3%.

Les *chances de réussite* du sevrage tabagique étaient estimées en moyenne à 5 +/- 2,3 (médiane de 5). Les personnes ayant estimé à plus de 5 leur chance de succès représentaient 32,4% et à plus de 8 4,4%.

Les patients avaient donc conscience de leur dépendance au tabac et des difficultés rencontrées lors d'une démarche de sevrage.

La possibilité de rechute alcoolique du fait du sevrage tabagique était quantifiée à 3 +/- 3,7 (médiane de 1). Une appréhension de rechute supérieure à 5 était estimée par 23,5% des malades et supérieure à 8 par 16,2% d'entre eux. Une majorité de malades estimaient donc que le sevrage tabagique ne compromettrait pas leur abstinence alcoolique.

c-4-1-2) Raisons les motivant à stopper le tabac.

Les motivations proposées dans le questionnaire recueillaient l'assentiment des patients suivants :

meilleure forme physique	95,7%
crainte pour la santé future	88,7%
coût du tabac	80%
dépendance tabagique	78,9%
gêne pour l'entourage et le foyer	73,1%
exemplarité pour les enfants	71,7%
meilleur aspect physique	71,2%

envie de pratiquer un sport	64,2%
conseils de l'entourage et famille	58,8%
conseils du médecin	55,2%
diminution du plaisir de fumer	53,9%
santé des enfants	53,3%
loi Evin	47,8%
problèmes de santé liés au tabac	44,8%
conjointe ou patiente enceinte	5%

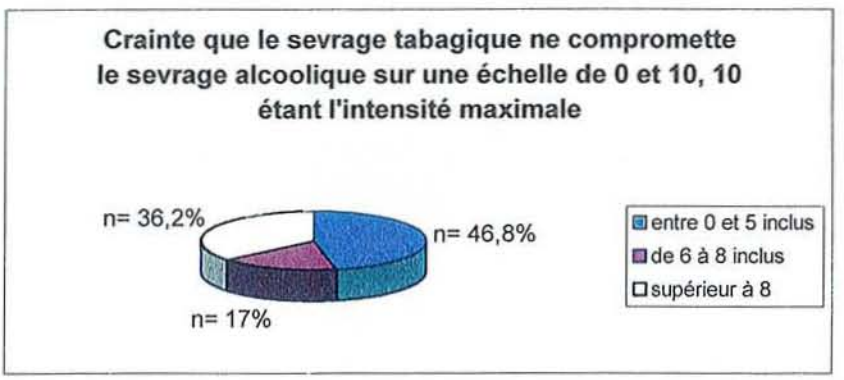
c-4-2) Patients ne souhaitant pas arrêter de fumer.

Ces 48 personnes ont donc répondu à des interrogations spécifiques.

c-4-2-1) Craintes évoquées.

Elles ont donc été évaluées sur une échelle de 0 à 10 (10 étant l'intensité maximale).

Ils craignaient que l'arrêt du tabac ne *compromette leur abstinence vis à vis de l'alcool* avec un score de 5,4 +/- 4,3 (médiane de 6.5). Le score était supérieur à 5 pour 53,2% d'entre eux et supérieur à 8 pour 36,2%.



Parmi les raisons exposées pour expliquer la poursuite de leur intoxication tabagique, les fumeurs évoquaient :

-la crainte d'une *nervosité* engendrée par un éventuel sevrage pour 73,9% d'entre eux.
-le *plaisir de fumer* pour 73,9%.
-la *crainte d'un échec* de l'arrêt du tabac alors qu'il était souhaité pour 47,8%.
-le *manque d'intérêt* pour 46,5%.
-la peur de prendre du *poids* pour 21,3%.

c-4-2-2) Raisons susceptibles de leur faire envisager un arrêt du tabac.

Les patients retiennent les items suivants :

items	n=
La survenue de problèmes de santé	74,5%

La crainte pour leur santé future	72,3%
L'obtention d'une meilleure forme physique	68,8%
Le fait d'avoir des enfants	59,6%
L'amélioration de l'aspect physique	54,2%
La perception d'une diminution du plaisir de fumer	51,1%
L'exemplarité vis à vis des enfants	48,9%
La gêne pour l'entourage	43,8%
La dépendance	43,5%
Les conseils du médecin	42,6%
L'envie ou l'attente d'un enfant	41,3%
La pratique du sport	39,6%
L'interdiction du fumer sur le lieu de travail	39,6%
L'interdiction de fumer dans les lieux publics	36,2%
Le coût du tabac	34%
Les conseils de l'entourage	25,5%

c-5) Caractéristiques des patients selon les stades de Prochaska.

c-5-1) Selon les quatre stades de Prochaska.

La différence attendue pour l'évaluation de la *motivation* à l'arrêt du tabac était bien retrouvée ($p < 0,001$). Elle était évaluée, selon l'échelle de 0 à 10, à 7,9 +/- 2,5 par les patients au stade d'action, à 7,2 +/- 3,3 par ceux au stade de préparation, à 2,8 +/- 2,9 par ceux au stade d'intention et à 1 +/- 1,9 par ceux au stade de preintention.

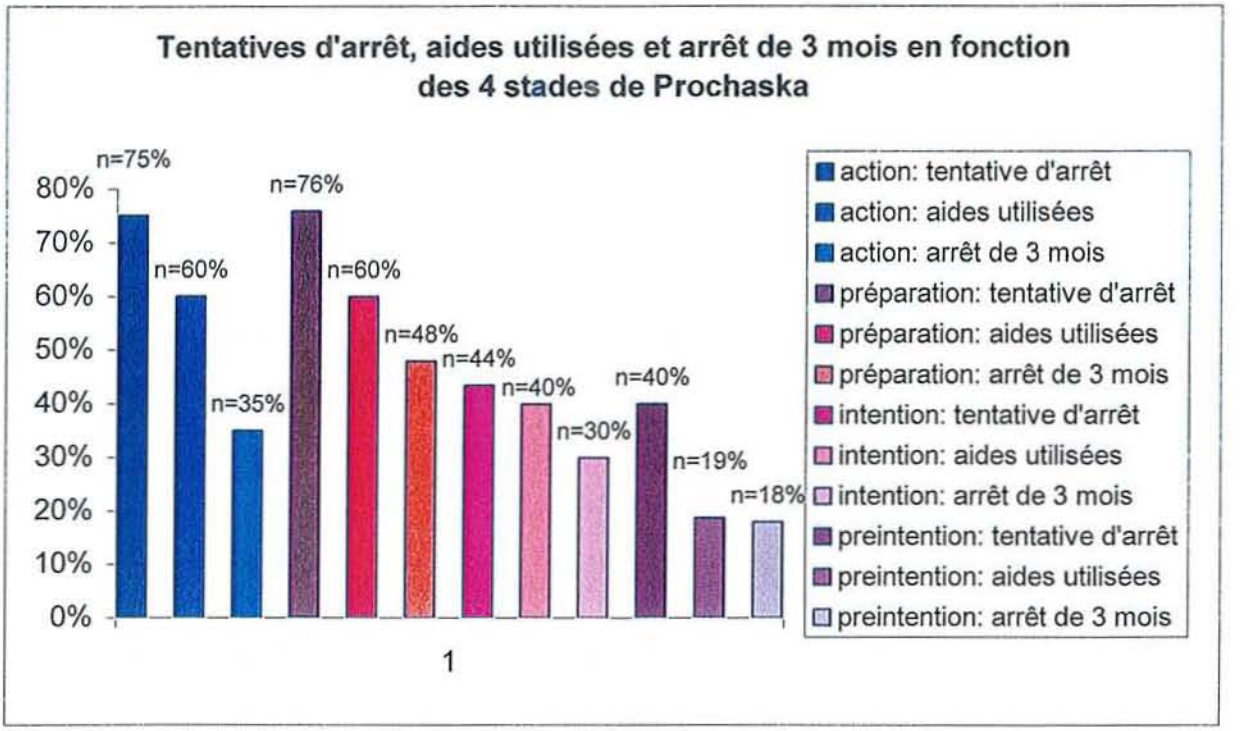
Il n'y avait *pas de différence significative* entre ces quatre groupes que ce soit au niveau de l'âge, du sexe, du BMI, des consommations d'alcool, de café, d'anxiolytiques, d'hypnotiques, de haschich ou de drogues illicites. Les pratiques du grignotage, du sport, les réponses aux questions « boire incite t-il à fumer ? » ou « fumer incite t-il à boire ? » étaient sensiblement les mêmes dans ces quatre sous-populations.

L'étude de l'intoxication tabagique a montré qu'il n'existait pas de différence au niveau de l'âge d'initiation et de début de la consommation régulière du tabac, du nombre d'années de consommation régulière, du nombre de cigarettes, cigares ou cigarettes roulées fumés par jour, de la dépendance nicotinique étudiée par le score de Fagerstrom, des scores HAD A et D, de la présence ou non de fumeurs réguliers autour des patients.

Par contre, on a noté une différence significative dans le nombre de *tentatives d'arrêt* antérieures ($p=0,0025$) et les aides utilisées ($p=0,045$) lors de ces expérimentations. Plus les individus étaient motivés à stopper leur intoxication, plus ils avaient déjà fait de tentatives auparavant et plus ils avaient recouru à des aides.

Les personnes au stade d'action étaient 75% à avoir auparavant essayé de se sevrer avec, pour 60% d'entre eux, une aide.

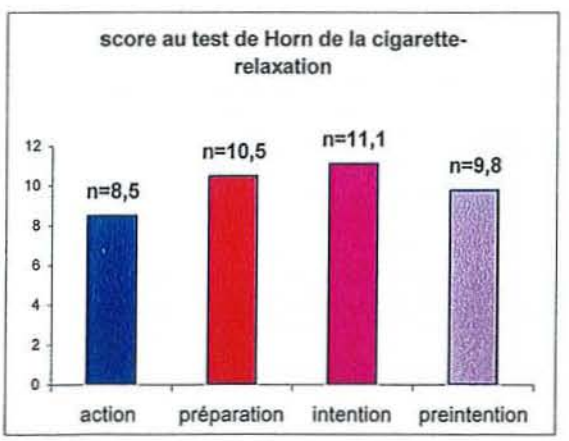
Ces chiffres étaient respectivement de 75,8% et 60% pour les patients au stade de préparation, 43,9% et 40% pour ceux au stade d'intention et 40% et 18,8% pour ceux au stade de preintention.

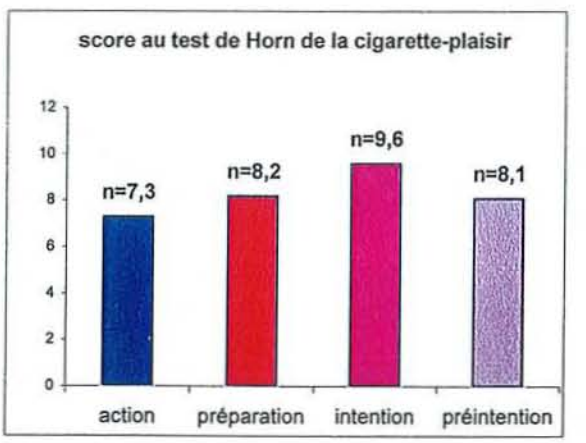


Le nombre d'*arrêt d'au moins trois mois* était significativement différent (p=0,05) selon les quatre stades : 18% des patients au stade de preintention étaient déjà parvenus à tenir sans tabac au moins trois mois, 30% de ceux au stade d'intention, 48% au stade de préparation et 35% au stade d'action.

On ne notait pas de différence dans la prise de *poids* ou dans les causes de rechutes entre ces quatre groupes.

Les consommations tabagiques, en tant que cigarette-stimulation, anxiété, besoin et habitude n'étaient pas différentes entre les quatre groupes. Par contre, on notait une différence dans la relation de la cigarette avec le *plaisir* (p=0,0035) et la *relaxation* (p=0,0017). Ces effets étaient davantage évoqués par les fumeurs au stade de préparation et d'intention et moins évoqués par les patients au stade d'action.





La gêne engendrée par la dépendance était davantage évoquée par les fumeurs au stade d'action (79%) et de préparation (93,8%) que par les fumeurs au stade d'intention (55%). Les autres raisons proposées dans le questionnaire ne différaient pas d'un groupe à l'autre.

Parmi les personnes désirant cesser de fumer à plus ou moins long terme, celles situées au stade d'intention (pas de réponse au stade de preintention) trouvaient *l'arrêt du tabac plus difficile* que l'arrêt d'alcool (p=0,0042). Un score de 8,3 +/- 1,9 sur 10 était attribué à cette difficulté par les malades au stade d'intention, de 6,1 + /- 2,7 par ceux au stade de préparation et de 6,8 +/- 3,1 par ceux au stade d'action.

Ils étaient moins optimistes (p=0,0455) dans leurs *chances de réussite*. Les patients donnant un score de chance de réussite supérieur à 5 (/10) étaient 89% au stade d'action, 74% au stade de préparation et 39% au stade d'intention.

Parmi les individus ne voulant pas arrêter leur intoxication tabagique, la peur que le sevrage tabagique *ne compromette leur abstinence à l'alcool* était d'autant plus importante chez les patients peu décidés à stopper (p=0,005). Les patients donnant un score supérieur à 5 (/10) à cette crainte étaient 48% au stade de preintention, 43% au stade d'intention, 26% au stade de préparation et 15% au stade d'action.

Avant la proposition d'aide au sevrage tabagique, les patients les plus motivés avaient déjà d'eux même *réduit leur consommation de cigarettes* alors que ceux au stade de preintention avaient augmenté en moyenne de 2,4 +/- 13,7 cigarettes par jour. La diminution étaient de 8,3 +/- 18,3 cigarettes par jour au stade d'action, de 6,1 +/- 12,6 au stade de préparation et de 3,9 +/- 12,5 au stade d'intention. Il convient de noter que les écarts type étaient très importants.

Répartis selon les 4 stades de Prochaska, on constate que les patients les plus motivés pour un sevrage tabagique :

- avaient davantage réalisé des tentatives de sevrage tabagique et avaient alors eu recours à plus d'aides.

- avaient plus souvent réussi à cesser de fumer plus de trois mois consécutifs.

- fumaient moins par plaisir et moins pour se relaxer.

- étaient davantage gênés par leur dépendance nicotinique.

- étaient plus optimistes quant à leurs chances de réussite et estimaient moins difficile l'arrêt du tabac.

- avaient déjà davantage diminué leur consommation de cigarettes.

c-5-2) Selon les stades de Prochaska regroupés deux à deux : preintention-intention et préparation-action.

Pour cette analyse, les patients ont été répartis en deux groupes :

Le groupe PI était représenté par les 68 patients se situant aux stades de preintention et d'intention, soit 56,2% des hospitalisés .

Le groupe PA était représenté par les 53 patients se situant aux stades de préparation et d'action, soit 43,8% des malades.

Comme on s'y attendait, du fait des classements en stade de motivation, le score de motivation évaluée sur une échelle de 0 à 10 était plus faible dans le groupe PI (1,6 +/- 2,4) que dans le groupe PA (7,4 +/- 2,5, p< 0,0001). Les patients du groupe PI étaient 69,2% à

répondre qu'ils n'avaient pas envie d'arrêter le tabac et 30,8% le prévoyaient mais à long terme. Les patients du groupe PA étaient 37,7% à le décider pendant l'hospitalisation et 62,3% à l'envisager après l'hospitalisation.

Le groupe PA était composé de malades *plus âgés* (46,1 +/- 7 ans versus 41,9 +/- 10,1 ans, p=0,009).

Le sexe, les consommations d'alcool, de café, de drogues illicites, de médicaments, la pratique du sport et du grignotage, les problèmes de poids, le BMI ne distinguaient pas les deux groupes. Les réponses aux questions « boire vous incite t-il à fumer ? » et « fumer vous incite t-il à boire ? » étaient similaires.

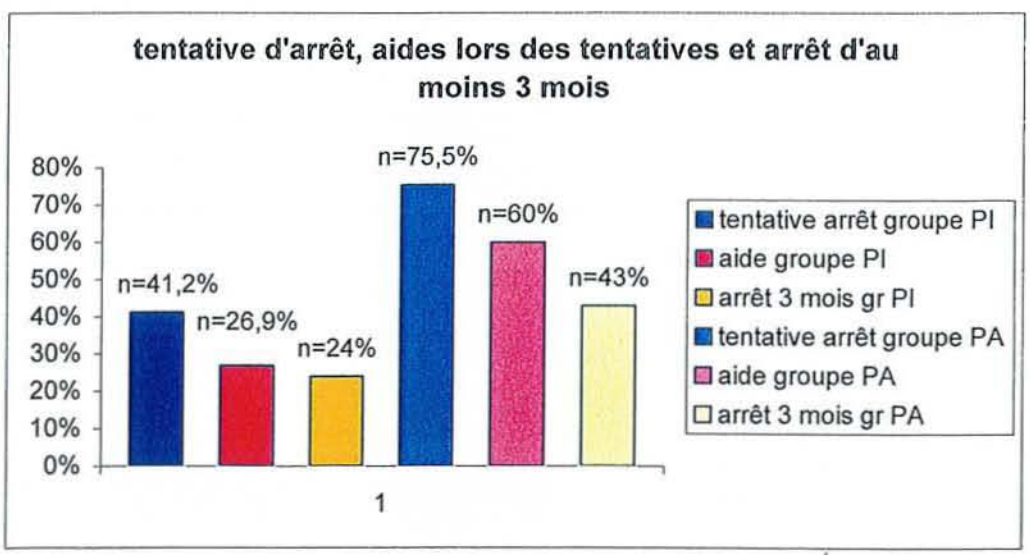
Les patients du groupe PA *s'initiaient plus précocement* au tabac que ceux du groupe PI (13,9 +/- 2,5 ans versus 15 +/- 2 ans, p=0,0199). Par contre, l'âge de *début de l'intoxication régulière* n'était pas significativement différent entre les deux groupes. Le temps écoulé depuis le début de l'intoxication régulière était plus long dans le groupe PA (28,2 +/- 8 versus 23,2 +/- 8,1, p=0,04), ce qui est cohérent les patients de ce groupe étant plus âgés.

Le *nombre de cigarettes fumées* par jour n'était pas significativement différent (p=0,0547) entre les deux groupes. Les scores au test de Fagerstrom, au test HAD de l'item anxiété ne différaient pas.

Par contre, le score de *la composante dépression de l'échelle HAD* était significativement plus élevé dans le groupe PA (8,2 +/- 3,1 versus 6,8 +/- 4,1, p=0,039). On note cependant que ces scores restaient pour les deux groupes peu élevés

.

Les malades du groupe PA avaient fait plus de *tentatives d'arrêt* du tabac que ceux du groupe PI (p=0,0002) et pour une plus grande majorité d'entre eux avec une aide (p=0,0085). Les malades du groupe PA étaient 75,5% à avoir déjà fait des tentatives et pour 60% d'entre eux avec une aide. Les individus du groupe PI étaient seulement 41,2% à avoir fait des essais et pour 26,9% d'entre eux avec une aide.



Les *arrêts antérieurs d'au moins 3 mois* étaient significativement plus fréquents dans le groupe PA (43% versus 24%, p=0,05).

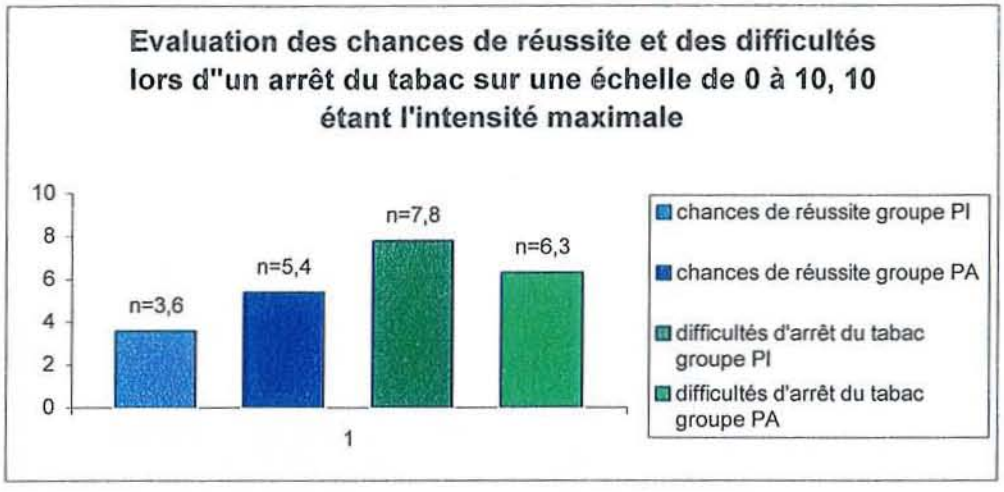
Des *causes distinctes de rechute* n'avaient pas été identifiées entre les deux groupes.

L'utilisation de la cigarette comme stimulant, anxiolytique et le recours de cette consommation dans un contexte de besoin ou d'habitude évalués par le test de Horn étaient similaires.

Par contre, la notion de *plaisir* était plus fréquemment mentionnée dans le groupe PI (9,1 +/- 2,7 versus 7,8 +/- 2,3, p=0,0058),de même que la notion de *relaxation* (10,9 +/- 2,5 versus 9,3 +/- 2,5, p=0,0009).

Les patients du groupe PI étaient moins confiants dans leurs chances de réussite : le score était significativement inférieur (3,6 +/- 2,7 versus 5,4 +/- 2,1, p=0,0053) et 16% seulement dans le groupe PI estimaient leurs chances de réussite à plus de 5 contre 39% dans le groupe PA (p=0,0486).

De plus, le groupe PI considérait davantage l'*arrêt du tabac comme plus difficile* que l'arrêt d'alcool (score de 7,8 +/- 2 versus 6,3 +/- 2,8, p=0,05).



Seule la *dépendance à la nicotine* était une des causes beaucoup plus souvent évoquée par les patients du groupe PA comme élément les motivant à cesser le tabac (88,2% versus 55%, p=0,002).

Depuis l'entrée en hospitalisation, les personnes du groupe PA avaient déjà significativement diminué leur *consommation de cigarettes* (6,9 + /- 14,8 cigarettes par jour) alors que les individus du groupe PI avaient en moyenne augmenté de 0,3 +/- 13,6 cigarettes par jour (p=0,0069).

La classification en stades de Prochaska regroupés deux à deux a permis de montrer que les patients les plus motivés pour un sevrage tabagique :

- étaient plus âgés.

- s'étaient initiés au tabac plus précocement.

- avaient davantage réalisé des tentatives de sevrage tabagique et avaient alors eu recours à plus d'aides.

- avaient plus souvent réussi à cesser de fumer plus de trois mois consécutifs.

- fumaient moins par plaisir et pour se relaxer.

- étaient davantage gênés par leur dépendance nicotinique.

- étaient plus optimistes quant à leurs chances de réussite et estimaient moins difficile l'arrêt du tabac.

- avaient déjà plus diminué leur consommation de cigarettes.

c-6) Caractéristiques des patients en fonction de leur dépendance nicotinique.

c-6-1) En fonction de 4 stades de dépendance nicotinique.

Les patients ont été classés en 4 groupes selon leur score au test de Fagerstrom. Le groupe 1 était constitué par les malades ayant un score de Fagerstrom compris entre 0 et 3 inclus (n=20,7%), le groupe 2 un score entre 4 et 5 inclus (n=16,5%), le groupe 3 un score entre 6 et 7 inclus (n=31,4%) et le groupe 4 entre 8 et 10 inclus (n=31,4%).

Les quatre groupes ne différaient pas statistiquement en ce qui concerne le sexe, l'âge, l'histoire du tabagisme, les consommations d'alcool, de café, de drogue, de haschich, de médicaments, le stade de motivation pour l'arrêt du tabac.

On notait en revanche des différences significatives:

- pour le *nombre de cigarettes fumées* par jour : il était d'autant plus important que le score de Fagerstrom était élevé. En conséquence, les *dépenses en tabac* étaient supérieures dans le groupe 4 (cf. tableau ci dessous)

	groupe 1	groupe 2	groupe 3	groupe 4	p
cigarettes fumées par jour	17,6 +/- 13,1	15 +/- 11,9	19,2 +/- 13,8	30 +/- 16,8	0,0003
coût du tabac / sem. (euros)	20,2 +/- 12,6	19,6 +/- 8,2	28,9 +/- 21,3	31,8 +/- 13,3	0,0059

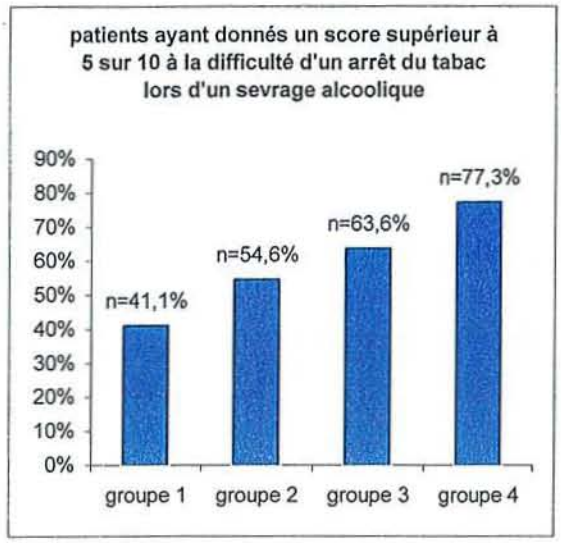
- pour le comportement tabagique, les attentes vis à vis du tabac, l'utilisation de la cigarette comme *anxiolytique*, la consommation liée à *l'habitude* et au *besoin* étaient significativement plus fréquente dans le groupe 4.

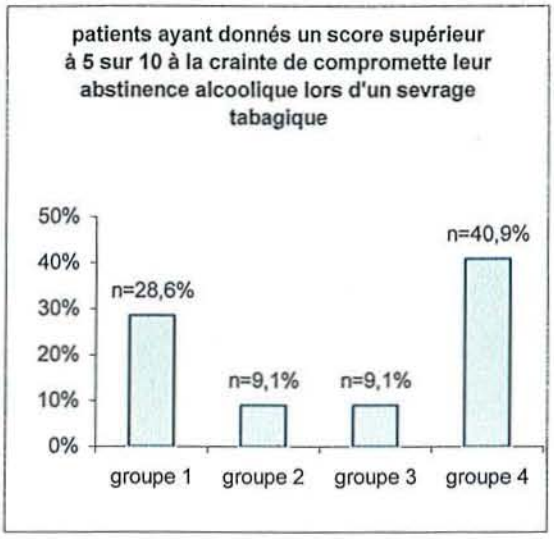
L'utilisation de la cigarette comme stimulant était à la limite de la significativité (cf. tableau ci dessous).

score de Horn	groupe 1	groupe 2	groupe 3	groupe 4	p
cigarette-anxiété	10,5 +/- 3,6	10,6 +/- 3,7	11,8 +/- 3,5	12,5 +/- 2	0,0465
cigarette-habitude	6,6 +/- 3,2	6,2 +/- 2,3	7,6 +/- 2,9	8,9 +/- 2,2	0,001
cigarette-besoin	8,5 +/- 3,7	9,6 +/- 2,6	11,5 +/- 2,3	12,2 +/- 1,9	< 0,0001
cigarette-stimulant	7,8 +/- 3,7	6 +/- 2,4	7,4 +/- 2,9	8,3 +/- 3	0,059

- parmi les patients (60%) décidés à cesser de fumer :

Les fumeurs les plus dépendants considéraient davantage le sevrage tabagique comme plus difficile que celui de l'alcool (p=0,05), avaient d'autant plus peur qu'il ne compromette leur abstinence alcoolique (p=0,05).





Quel que soit le taux de dépendance nicotinique, les raisons pouvant les faire envisager un sevrage tabagique n'étaient pas différentes.

- parmi les patients (40%) ne souhaitant pas cesser le tabac :

Les fumeurs les plus dépendants (p=0,05) craignaient davantage de compromettre leur abstinence alcoolique lors d'un sevrage tabagique. Un score strictement supérieur à 5 était donné par 71% des patients du groupe 4, 50% du groupe 3, 44,5% du groupe 2 et 40% du groupe 1.

Quelque soit leur dépendance nicotinique, les autres raisons données pour expliquer leur refus de sevrage tabagique n'étaient pas différentes de même que celles qui pourraient un jour les inciter à se sevrer.

Les malades les plus dépendants à la nicotine étaient moins sportifs (p=0,0258). Les individus du groupe 1 étaient 61,9% à pratiquer un sport, ceux du groupe 2 52,9%, ceux du groupe 3 29,7% et ceux du groupe 4 27,8%.

La classification en 4 stades de dépendance nicotinique selon les scores du test de Fagerstrom a montré que les patients les plus dépendants :

- consommaient davantage de cigarettes.

- étaient moins sportifs.

- utilisaient davantage la cigarette comme anxiolytique et cette consommation était plus liée à l'habitude et au besoin.

- considéraient davantage le sevrage tabagique comme plus difficile que celui de l'alcool et avaient davantage peur de compromettre leur abstinence alcoolique lors de ce sevrage.

c-6-2) <u>En fonction de deux stades de dépendance nicotinique.</u>

Deux groupes ont ensuite été constitués : le groupe A (n=37,2%) : patients avec un score au test de Fagerstrom entre 0 et 5 inclus (moyenne : 4,2 +/- 2,5), le groupe B (n=62,8%) avec un score strictement supérieur à 5 (moyenne : 7,7 +/- 1,4).

Les deux groupes ne différaient pas statistiquement que ce soit au niveau du sexe, de l'âge, de l'histoire du tabagisme, des consommations d'alcool, de café, de drogue illicite, de médicaments, des stades de motivation de Prochaska.

Comme ci-dessus dans la classification en 4 groupes, on notait des différences significatives pour :

- le *nombre de cigarettes fumées* par jour : il était d'autant plus important lorsque les patients étaient plus dépendants. En conséquence, les *dépenses pour le tabac* leur étaient plus élevées (cf. tableau ci-dessous).

	groupe A	groupe B	p
Nombre de cigarettes fumées par jour	16,2 +/- 12,5	24,6 +/- 16,2	0;0043
dépense en tabac par semaine (euros)	20 +/- 10,7	30,4 +/- 17,8	0,0006

- pour le comportement tabagique, les attentes vis à vis du tabac. L'utilisation de la cigarette comme *anxiolytique*, la consommation tabagique liée à *l'habitude* et au *besoin* étaient statistiquement plus fréquent dans les de groupe B (cf. tableau ci-dessous).

score de Horn	groupe A	groupe B	p
cigarette-anxiété	10,5 +/- 3,6	12,2 +/- 2,8	0,0074
cigarette-habitude	6,4 +/- 2,8	8,2 +/- 2,6	0,0006
cigarette-besoin	9 +/- 3,2	11,9 +/- 2,1	0,0006

- Les arrêts du tabac avaient été tentés à la même fréquence dans les deux groupes. Par contre, on remarquait une différence significative entre eux dans l'emploi d'*aides au sevrage* (p=0,0427). Les individus les plus dépendants avaient déjà utilisé une aide dans 58,3% des cas contre seulement 33,35% des patients du groupe A. Par contre, on ne notait pas de différence significative entre les aides qu'elles aient été nicotiniques ou non.

- parmi les malades ayant déclaré *envisager un arrêt du tabac* pendant leur hospitalisation ou après leur sortie de médecine L :

Les fumeurs les plus dépendants *appréhendaient davantage l'arrêt du tabac* par rapport à celui de l'alcool : 68% des patients du groupe B estimaient cette crainte avec un score supérieur à 5 contre seulement 50% de ceux du groupe A (p=0,05).

Par contre, les chances de réussite et la peur qu'engendrerait un sevrage tabagique pour le maintien de l'abstinence alcoolique n'étaient pas évaluées de manière différente.

Les patients du groupe B étaient plus sensibilisés par les *problèmes de santé liés au tabac* et ceux du groupe A par *l'interdiction de fumer dans les lieux publics* (cf. schéma ci-dessous).

causes pouvant faire envisager un sevrage tabagique	groupe A	groupe B	p
problème de santé liés au tabagisme	n= 25%	n= 55,80%	0,015
interdiction de fumer dans les lieux publics	n= 64%	n= 38,10%	0,0401

-parmi les malades *ayant déclaré ne pas envisager cesser leur tabagisme* que ce soit pendant ou au décours de leur hospitalisation en médecine L :

Les patients des deux groupes ne présentaient pas de raisons différentes à ce refus d'arrêt du tabac.

Par contre, la *crainte pour leur santé future et l'interdiction de fumer sur leur lieu de travail* touchaient moins les patients les plus dépendants avec respectivement 60% et 26,7% des personnes concernées contre 88,9% et 57,9% des individus du groupe A (p=0,033 et p=0,0288).

- La pratique du sport était plus importante chez les patients les moins dépendants à la nicotine (57,9% versus 28,8%, p=0,0028).

La classification en 2 stades de dépendance nicotinique selon les scores du test de Fagerstrom a montré que les patients les plus dépendants :

- consommaient davantage de cigarettes.

- étaient moins sportifs.

- utilisaient davantage la cigarette comme anxiolytique et cette consommation était plus liée à l'habitude et au besoin.

- considéraient davantage le sevrage tabagique comme plus difficile que celui de l'alcool et avaient davantage peur de compromettre leur abstinence alcoolique lors de ce sevrage.

- avaient lors de leurs tentatives antérieures de sevrage davantage eu recours à des aides.

- ne souhaitant pas cesser le tabac étaient moins sensibilisés par les problèmes de santé liés au tabac et l'interdiction du fumer dans les lieux publics.

c-7) Caractéristiques des patients ayant déjà tenté un arrêt du tabac.

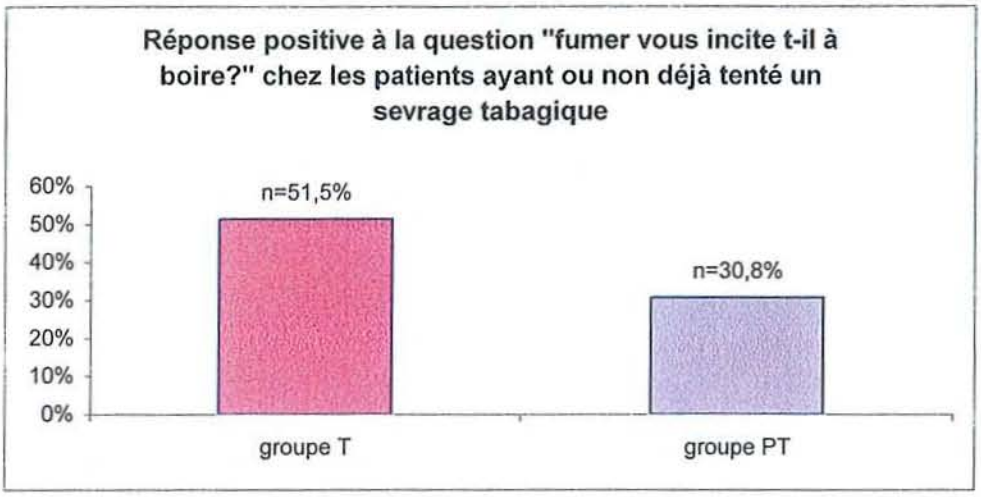
Parmi les 121 patients de cette étude, 68 (soit 56,2%) avaient antérieurement à cette hospitalisation déjà tenté de se sevrer en tabac.

L'âge, le sexe, l'histoire du début de leur tabagisme, la présence ou non de fumeurs réguliers autour d'eux, les consommations d'alcool, d'anxiolytiques, de drogues illicites, de café, la pratique ou non d'un sport, l'intensité de la dépendance nicotinique évaluée par le test de Fagerstrom, le nombre de cigarettes fumées par jour, la composante anxiété du score HAD, les relations avec la cigarette en tant que plaisir, stimulation, anxiété, besoin et habitude ne différaient pas selon que les patients aient (groupe T) ou non (groupe PT) tenté d'arrêter de fumer.

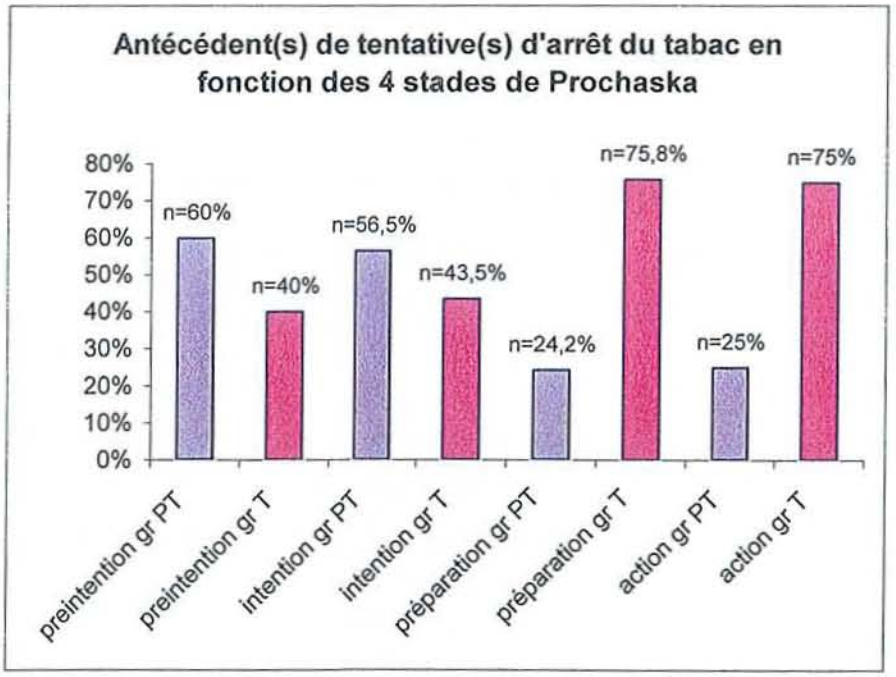
De même, la réponse à la question « boire vous incite t-il à fumer ? » était sensiblement la même dans les deux groupes.

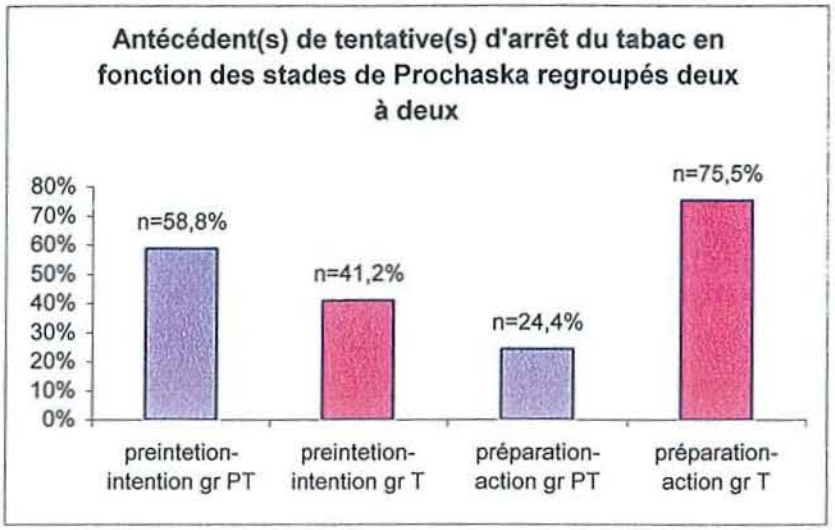
En revanche, certains éléments apparaissaient comme significativement différents :

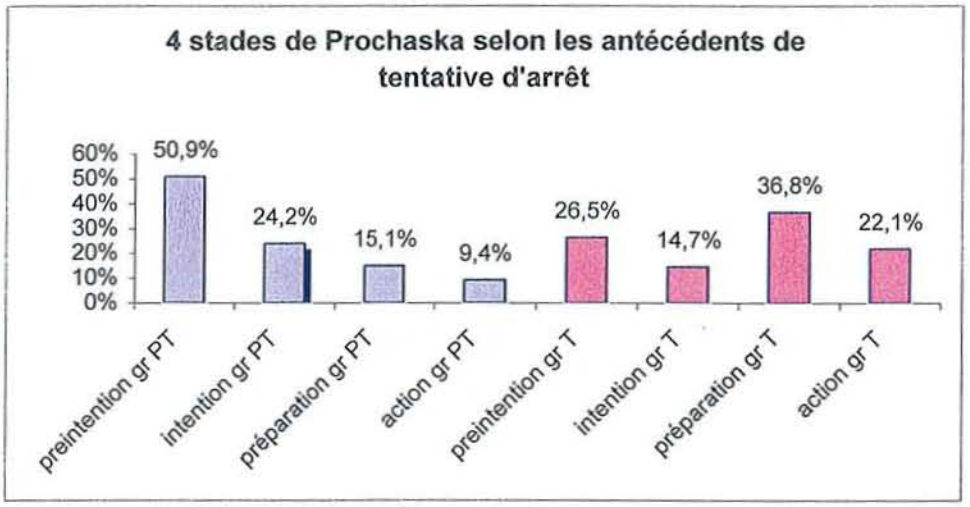
- la composante *dépression* du score HAD était plus élevée dans le groupe T (8,1 +/- 3,6 versus 6,5 +/- 3,8, p=0,0189).
- la consommation régulière d'*hypnotiques* était plus fréquente dans le groupe T (78,6% versus 48,3%, p=0,028).
- la consommation de tabac en vue de *se relaxer* était moins importante dans le groupe T (9,8 +/- 2,4 versus 10,8 +/- 2,9 , p=0,0429).
- à la question « *fumer vous incite t-il à boire* ? », les patients ayant déjà tenté de se sevrer étaient plus affirmatifs (p=0,023).

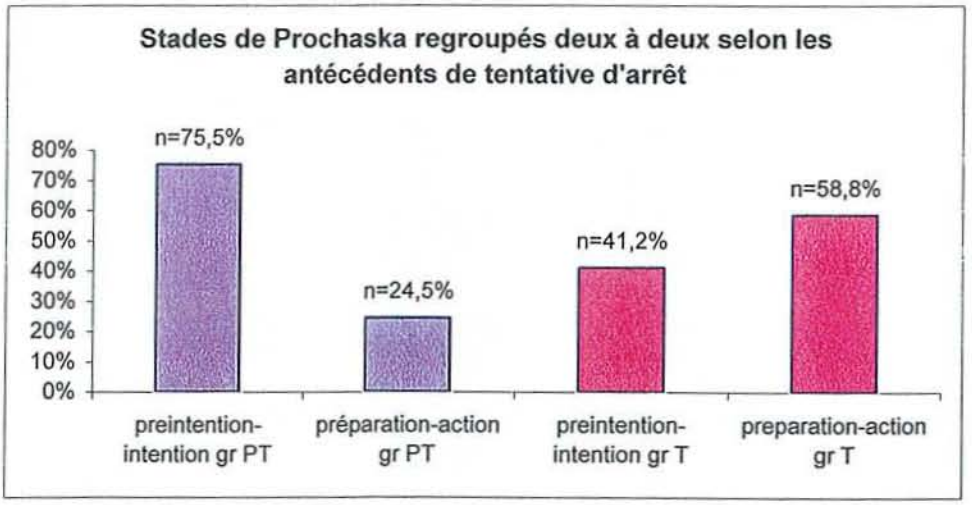


- L'évaluation de la *motivation pour l'arrêt du tabac* sur l'échelle de 0 à 10, montrait que les patients ayant déjà tenté un arrêt étaient plus motivés que ceux n'ayant jamais fait de tentative (5,7 +/- 4,1 versus 2,4 +/- 3, p=0,0001). Ils étaient donc plus nombreux à désirer recommencer l'expérience (cf. Schéma ci-dessous).




Antécédent(s) de tentative(s) d'arrêt du tabac en fonction des stades de Prochaska regroupés deux à deux
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
n=58,8%
n=41,2%
n=24,4%
n=75,5%
preintetion-intention gr PT
preintetion-intention gr T
préparation-action gr PT
préparation-action gr T


4 stades de Prochaska selon les antécédents de tentative d'arrêt
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
50,9%
24,2%
15,1%
9,4%
26,5%
14,7%
36,8%
22,1%
preintention gr PT
intention gr PT
préparation gr PT
action gr PT
preintention gr T
intention gr T
préparation gr T
action gr T


Stades de Prochaska regroupés deux à deux selon les antécédents de tentative d'arrêt
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
n=75,5%
n=24,5%
n=41,2%
n=58,8%
preintention-intention gr PT
préparation-action gr PT
preintention-intention gr T
preparation-action gr T

- parmi les malades ayant déclaré *envisager un arrêt du tabac* pendant ou après leur sortie de médecine L :

Les fumeurs du groupe T étaient moins nombreux à considérer *le sevrage tabagique comme plus difficile* que le sevrage alcoolique et étaient *plus confiants* en leurs chances de réussite vis à vis du sevrage tabagique.

Ils étaient d'ailleurs plus sensibles aux *conseils* donnés par leur entourage familial et amical (cf. schémas ci-dessous).

Réponses données avec 1 score > 5(/10)	groupe PT	groupe T	p
difficultés à arrêter le tabac/alcool	n= 87,3%	n= 67,5%	0,05
chances de réussite pour un arrêt du tabac	n= 18,2%	n= 39,2%	0,049

raisons données pour un arrêt du tabac	groupe PT	groupe T	p
conseils de l'entourage familial ou amical	n= 33,3%	n= 72,7%	0,0016

-parmi les malades *ayant déclaré ne pas envisager cesser leur tabagisme* que ce soit pendant ou au décours de leur hospitalisation en médecine L :

Qu'ils aient ou non tenté un sevrage antérieurement, les raisons évoquées vis à vis du refus d'arrêter de fumer étaient similaires.

Par contre, parmi les raisons pouvant inciter un jour à envisager un sevrage tabagique : le *souhait d'une meilleure forme physique, l'existence de problèmes de santé et les conseils ou demandes de l'entourage familial ou amical étaient plus fréquemment mentionnées par le groupe T.*

raisons données pour un arrêt du tabac	groupe PT	groupe T	p
Obtention d'une meilleure forme physique	n= 57,1%	n= 85,7%	0,0318
existence de problèmes de santé liés au tabac	n= 60,7%	n= 95%	0,0068
conseils de l'entourage familial ou amical	n= 14,3%	n= 40%	0,0425

- Les *problèmes de poids* étaient plus souvent évoqués par le groupe T sans qu'il n'y ait eu de différence de BMI entre les deux groupes (45,6% versus 20,8%, p= 0,0044).

Les patients ayant déjà tenté de se sevrer en tabac :

- présentaient une composante dépression au score HAD plus élevée

- consommaient plus régulièrement des hypnotiques.

- pensaient davantage que fumer les incitait à boire.

- étaient moins nombreux à considérer le sevrage tabagique comme plus difficile que l'arrêt de l'alcool et croyaient davantage en leurs chances de réussite.

- étaient plus motivés pour recommencer un sevrage tabagique.

c-8) Caractéristiques des patients consommateurs de psychotropes.

Parmi les 121 patients de cette étude, 81 (soit 67%) étaient consommateurs que ce soit régulièrement ou irrégulièrement d'hypnotiques ou de tranquillisants.

Il n'a pas été noté de différence significative concernant l'âge, le sexe, l'histoire du tabagisme, l'intensité de la dépendance nicotinique, la quantité de cigarettes fumées, les consommation d'alcool, de café, de drogues illicites, la pratique du sport et du grignotage, les liens perçus entre l'alcool et le tabac par les patients, la composante dépression au score HAD, la consommation de tabac en tant que plaisir, relaxation, anxiété, stimulation et besoin, la motivation pour l'arrêt du tabac, l'évaluation de la difficulté à envisager le sevrage que les patients consommaient (groupe P) ou non (groupe PP) des médicaments psychotropes.

Les différences significatives retrouvées entre les deux groupes étaient peu nombreuses :

- la consommation de tabac liée à *l'habitude* était statistiquement plus fréquente chez les patients consommant des psychotropes (score au test de Horn 8 +/- 2 versus 6,9 +/- 1,6, p=0,0422).

- le groupe P présentait un score de la composante *anxiété* au test HAD plus élevé (13,6 +/- 3,6 versus 11,4 +/- 4,5, p=0,039). On ne notait cependant pas de différence significative dans le recours à la cigarette comme anxiolytique dans le test de Horn.

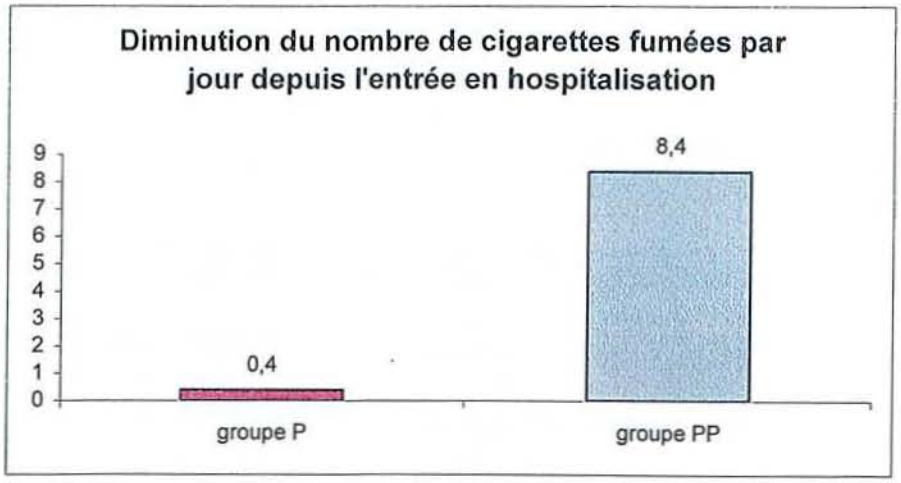
- les tentatives de sevrage étaient similaires. Par contre, parmi les circonstances de rechute tabagique, la *convivialité* était évoquée par 31,4% des individus du groupe P contre aucun individu du groupe PP (p=0,0113).

- parmi les individus désirant stopper le tabac pendant ou après l'hospitalisation :
la sensation de dépendance était moins mentionnée par le groupe P (cf.schéma ci-dessous).

raisons évoquées pour l'arrêt du tabac	groupe PP	groupe P	p
dépendance à la nicotine	95%	73,50%	0,0436

- les patients du groupe P pensaient davantage connaître des *problèmes de poids* que ceux du groupe PP (44,3% versus 12,5%, p=0,0005). On ne notait par contre pas de différence de BMI entre ces deux groupes.

- depuis l'entrée en hospitalisation, la diminution du nombre de cigarettes fumées par jour était moins importante chez les consommateurs de médicaments (0,4 +/- 10,3 versus 8,4 +/- 20,2, p=0,0055).



les consommateurs de psychotropes :

- fumaient davantage par habitude.
- étaient plus anxieux.
- évoquaient davantage la convivialité comme un facteur de rechute lors d'un arrêt du tabac.

La sensation de dépendance au tabac était moins évoquée comme une des raisons pouvant les motiver à cesser le tabac.

- pensaient davantage connaître des problèmes de poids et avaient moins diminué leur nombre de cigarettes fumées par jour depuis leur entrée en hospitalisation.

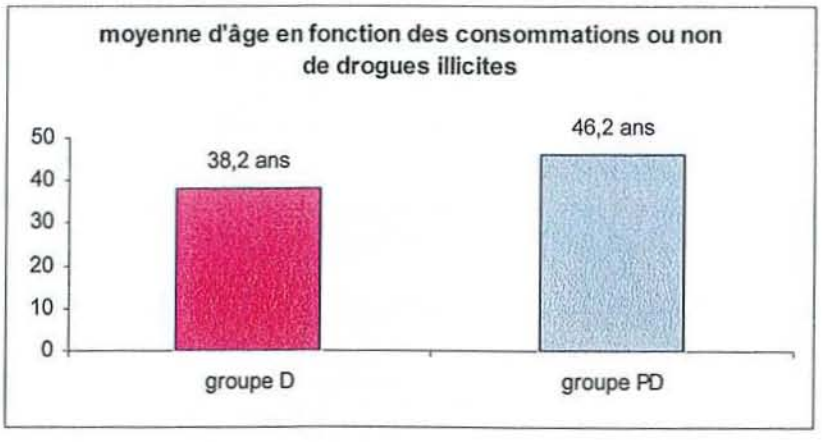
c-9) Caractéristique des patients consommateurs ou anciens consommateurs de drogues illicites.

Le haschich a déjà été consommé par 31,4% des patients : pour 34,2% d'entre eux la dernière consommation remonte à moins d'un mois et pour 7,9% à moins d'une semaine. Les autres drogues illicites concernaient 8,4% des patients : pour 11,1% la dernière prise remonte à moins d'un mois.

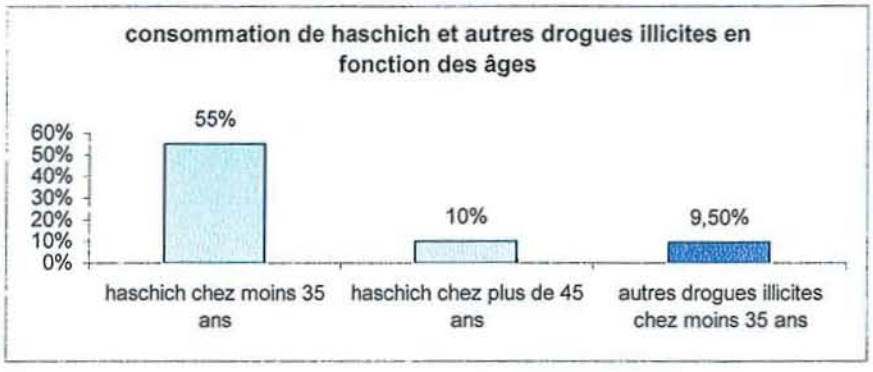
Le sexe, l'intensité de la dépendance nicotinique, les âges d'initiation et de début de consommation régulière du tabac, le nombre de tentatives sérieuses d'arrêt du tabac déjà réalisées, les causes de la dernière rechute, la présence de fumeurs réguliers autour des patients, le score au test de Fagerstrom, les consommations de cigarettes, de café, d'anxiolytiques, d'hypnotiques, la classification en stade de Prochaska, la réponse à la question « fumer vous incite t-il à boire ? » ne différaient pas selon que les patients aient déjà (groupe D) ou n'aient jamais (groupe PD) consommé de drogues illicites.

En revanche, certains éléments apparaissaient comme significativement différents chez les patients consommateurs de drogues illicites :

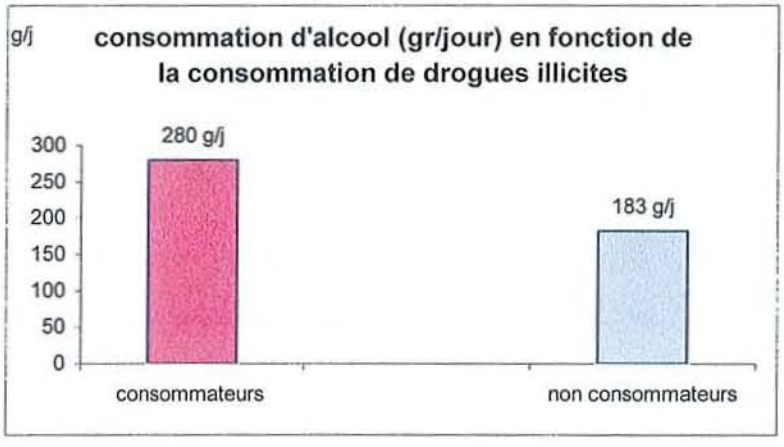
- les patients ayant déjà consommé des drogues illicites étaient significativement *plus jeunes* (38,2 +/- 6,9 versus 46,2 +/- 8,9 ans, $p < 0,0001$). En conséquence, les patients du groupe D fumaient régulièrement en moyenne depuis moins longtemps que ceux du groupe PD (20,3 + /- 3,6 versus 28,3 +/- 4,7 ans, $p < 0,0001$).



- Le haschich avait déjà été consommé par 55% *des moins de 35 ans* et les drogues illicites par 10%. Par contre, parmi les hospitalisés de *plus de 45 ans*, 9,5% avaient testé le haschich et aucun les autres drogues illicites.



- leur *consommation quotidienne d'alcool* était plus importante (280,3 +/- 181,3 versus 183,8 +/- 117,2 g/j, p=0,0012).



- ils avaient moins souvent réussi à cesser de fumer pendant au moins *trois mois*. Lors de ces tentatives d'arrêt ils avaient eu moins recours à l'*acupuncture et l'auriculothérapie*.

	groupe PD n=	groupe D n=	p
tentative d'arrêt d'au moins trois mois	65,30%	35,30%	0,05
recours à l'acupuncture ou l'auriculothérapie	70,60%	24,20%	0,0186

- ils affirmaient davantage que *boire les incitait à fumer* (89,2% versus 67,9%, p=0,0137).

- les composantes *anxiété et dépression* étaient plus élevées chez les consommateurs de drogue (cf. schéma ci-dessous).

score HAD	groupe PD	groupe D	p
composante anxiété	12,2 +/- 4,3	13,9 +/- 4	0,0411
composante dépression	7 +/- 3,6	8,4 +/- 3,8	0,043

- l'analyse du test de Horn montrait une utilisation de la cigarette comme *anxiolytique, relaxant, plaisir* et le recours à cette consommation dans le cadre du *besoin* plus fréquents dans le groupe D.

score de Horn	groupe PD	groupe D	p
cigarette-plaisir	8,2 +/- 1,5	9,4 +/- 2	0,0196
cigarette-relaxation	9,7 +/- 2,1	11,4 +/- 2,3	0,0007
cigarette-anxiété	11,1 +/- 2,8	12,2 +/- 2,6	0,0469
cigarette-besoin	10,4 +/- 3,1	11,8 +/- 2,3	0,012

- l'évaluation de la *motivation* pour l'arrêt du tabac sur l'échelle de 0 à 10 montrait que les patients consommant des drogues étaient moins motivés (3,1 +/- 3,8 versus 4,7 +/- 4, p=0,0371). Par contre, on ne notait pas de différence significative dans la classification de Prochaska.

- parmi les patients désirant cesser leur tabagisme à plus ou moins long terme :

Les fumeurs du groupe D considéraient davantage le sevrage tabagique comme plus difficile que celui de l'alcool, avaient d'autant plus peur qu'il compromette leur abstinence alcoolique. Ils étaient moins sensibilisés par leur problème éventuel de santé future (cf. schéma ci-dessous).

	groupe PD	groupe D	p
difficultés de l'arrêt du tabac / alcool (score > 5)	54,90%	82,40%	0,049
crainte de compromettre leur abstinence alcoolique (score > 5)	19,60%	33,30%	0,05

motivation pour un arrêt du tabac	groupe PD	groupe D	p
crainte pour leur santé future	94,10%	75%	0,0219

- parmi les patients ne désirant pas cesser de fumer :

Les deux groupes n'exprimaient aucune raison différente justifiant le manque d'envie de cesser de fumer.

Par contre, les sujets du groupe D étaient moins sensibles aux conseils ou demandes d'arrêt du tabac de leur famille ou entourage et à l'interdiction de fumer dans les lieux publics (cf. schéma ci-dessous).

raisons pouvant faire envisager un sevrage	groupe PD	groupe D	p
conseils ou demande de la famille ou entourage	35,50%	5,90%	0,0235
interdiction de fumer dans les lieux publics	50%	11,10%	0,0064

Les sujets consommant ou ayant consommés des drogues illicites :

- étaient donc plus jeunes.

- consommaient davantage d'alcool.

- avaient moins souvent réussi à s'abstenir de tabac pendant au moins 3 mois consécutifs.

- affirmaient davantage que boire les incitait à fumer.

- présentaient des composantes anxiété et dépression au score HAD plus élevées.

- utilisaient davantage la cigarette comme anxiolytique, relaxant, pour le plaisir et en avaient davantage recours par besoin.

IV) DISCUSSION.

L'étude de ce questionnaire a permis, pour chaque patient, une évaluation de son histoire et de ses habitudes tabagiques, des relations entre ses consommations d'alcool et de tabac, de sa motivation pour un éventuel sevrage tabagique, de ses consommations associées de médicaments et de drogues illicites, de son état d'anxiété et de dépression. Des études américaines et françaises (158, 189, 218) ont été réalisées avec le même projet. Menecier et al. (158), au CHR de Mâcon, ont publié en 2000 une observation de la prévalence d'usage de substances psychoactives parmi une population alcoolodépendante admise pour un sevrage alcoolique. Le tabagisme a été étudié ainsi que le projet éventuel de sevrage mais de façon moins détaillée que dans ce travail. Seidner et al. (218), en 1996, comme nous l'avons vu auparavant, ont évalué et comparé les caractéristiques des patients en sevrage alcoolique acceptant un traitement pour le tabac à ceux le refusant.

Ce travail concerne une population d'alcoolodépendants hospitalisée pour sevrage. Il importe de ne pas la généraliser mais de la comparer à d'autres travaux.

Il mériterait d'être complété par une étude de suivi afin de confirmer les tentatives d'arrêt du tabac chez les patients qui l'avaient décidé et d'étudier chez les autres l'évolution de leur motivation pour l'arrêt du tabac après le sevrage alcoolique.

Les patients étaient donc *âgés* en moyenne de 43,8 ans et consommaient, avant l'hospitalisation, en moyenne *220 grammes d'alcool par jour* soit plus de sept fois la consommation maximum recommandée par l'OMS pour les hommes. *Les femmes* représentaient moins de 1/5ème des malades entrés dans le service de médecine L. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux sexes lors de l'analyse de tous les paramètres étudiés.

A) Double intoxication tabagique et alcoolique : quelles méthodes de sevrage proposer ?

a-1) Nécessité d'une prise en charge de l'intoxication tabagique.

En France (97), parmi les adultes de 26-75 ans, 32,2% déclarent fumer (33,1% des 12-75 ans), ne serait ce que de temps en temps et 27,7% régulièrement.

Lors de la première partie de ce travail, la forte prévalence du tabagisme chez les alcoolodépendants, située entre 70 et 90% selon les études, a été notée. La surmortalité des alcooliques fumeurs liée à la potentialisation des risques lors des deux consommations associées est prouvée. De plus, les personnes alcooliques décèdent davantage de désordres dus à leur tabagisme qu'à l'alcool (112, 123, 209).

Tout comme dans celles de DiFranza et Guerrera (73) ou de Hughes (115) l'étude des habitudes tabagiques des patients a montré que ceux-ci avaient débuté plus tôt leur *consommation régulière* de tabac (17,9 +/- 3,7 ans) que la moyenne des fumeurs de la population générale (19). Ces derniers avaient commencé en moyenne à 19,4 +/- 6,1 ans avec un âge de début du tabagisme régulier plus faible pour les tranches d'âge moins élevées (22,9

+/- 9,1 ans chez les 50-75 ans ; 18,7 +/- 4,4 ans chez les 25-49 ans ; 16,9 +/- 2,2 ans chez les 18-24 ans).

Le *nombre d'années passées à fumer* depuis le début de l'intoxication régulière était important, plus de 25 ans, ce qui signifie un *risque élevé de morbidité ou mortalité* secondaire au tabagisme. Il y a donc nécessité de prendre en charge cette intoxication, d'autant plus que le *nombre moyen de cigarettes fumées* par jour était plus important que celui de la population générale fumeuse (21,6 +/- 15,4 versus 15,2 +/- 10 cigarettes fumées par jour dans l'enquête du Baromètre santé adulte 2000 (97)). Le pourcentage de gros fumeurs était aussi plus élevé dans notre étude (21,5% de fumeurs de plus de 30 cigarettes par jour et 41,3% de plus de 20 par jour) que dans celui de la population générale où l'on notait 38,5% de fumeurs réguliers d'au moins 20 cigarettes par jour. Dans l'enquête 95/96 (19), seulement 15% fumaient plus de 25 cigarettes par jour, cela n'a pas été calculé en 2000.

Ces résultats concordent donc avec ceux des études déjà réalisées :
- un début de consommation tabagique régulière plus précoce.
- une consommation quotidienne de tabac plus importante que dans la population générale.
- une durée du tabagisme importante.

a-2) <u>Caractéristiques des patients alcoolotabagiques et éléments à prendre en compte si une démarche de sevrage tabagique a lieu.</u>

Le pronostic de l'arrêt du tabac chez l'alcoolique est moins bon que dans la population générale et il y a peu d'études analysant de façon approfondie les causes de ces échecs. Il a été vu précédemment dans ce travail (II d-4-2) que l'existence d'un risque accru de rechute alcoolique en cas de sevrage simultané ou de deux sevrages successifs rapprochés alcool puis tabac n'a pas été démontrée.

Un examen des habitudes tabagiques, de l'état psychique des patients, des relations entre les deux dépendances alcool et tabac est donc nécessaire afin d'analyser les méthodes thérapeutiques à envisager pour optimiser le sevrage en tabac.

Des études (61, 126, 158) ont montré que l'intensité du tabagisme des fumeurs alcoolodépendants est supérieure avec une consommation quotidienne et une dépendance pharmacologique à la nicotine plus élevées que dans la population générale fumeuse. Ces résultats ont été retrouvés dans l'analyse du questionnaire :

La *dépendance nicotinique* des hospitalisés était importante, la médiane au test de fagerstrom étant de 7. Dans l'enquête CFES 2000 (97), 33,4% (34,2% des hommes et 32,7% des femmes) des fumeurs de la population générale présentaient des signes de dépendance moyenne (résultat au test de Fagerstrom court compris entre 2 et 3 inclus) et 16,4% (18,8% des hommes et 13,7% des femmes) de dépendance forte (résultat au test de Fagerstrom court compris entre 4 et 6 inclus).

L'étude de la *dépendance comportementale* (test de Horn) montrait que la cigarette était un besoin, un moyen de relaxation et de lutte contre l'anxiété pour une majeure partie des patients.

Les patients présentant un score de Fagerstrom important fumaient énormément pour lutter contre leur anxiété, le faisaient plus par habitude et en ressentaient davantage le besoin.

Ils estimaient l'arrêt du tabac plus difficile que celui de l'alcool, avaient davantage peur que le sevrage tabagique ne compromette leur sevrage alcoolique et avaient d'eux même, pour les plus dépendants, éprouvé une plus grande nécessité de produits de substitution nicotinique lors des tentatives de sevrage. Par contre, le nombre de tentatives antérieures de sevrage tabagique et la motivation pour l'arrêt du tabac n'étaient pas significativement liés à leur taux de dépendance. Il paraît donc souhaitable, pour ces patients, d'adapter le traitement de substitution nicotinique, d'envisager des dosages plus importants que pour la moyenne des fumeurs non alcoolodépendants. Mais actuellement aucun consensus ne définit les posologies des traitements nécessaires chez les alcoolodépendants. Il importe de proposer aux patients des aides pour apprendre à gérer l'anxiété sans le recours à la cigarette. La thérapie comportementale constitue une aide efficace aussi bien dans l'aide du changement du comportement vis à vis de l'alcool que vis à vis du tabac.

Plus de la moitié des patients, soit 56,2%, avaient déjà *tenté d'arrêter le tabac* depuis le début de leur intoxication, ce qui était moins important que dans la population générale fumeuse régulière française, où en 2000 (20), parmi les adultes, 76,2% déclaraient avoir déjà essayé d'arrêter de fumer au moins une semaine dans leur vie, tentatives renouvelées en moyenne 3,2 fois. Ce taux inférieur d'expérimentation était-il en relation avec un manque de motivation des patients concernés, un défaut de stimulation de la part du corps soignant ou des proches qui se focaliseraient sur le sevrage alcoolique ? Etait ce un manque de prise de conscience par le malade de sa dépendance tabagique ou des dangers de son intoxication ?

Quoiqu'il en soit, plus de la moitié des malades avaient donc déjà tenté cet arrêt. Ces échecs ne semblaient pas, tout comme dans la population générale, diminuer leur motivation pour un nouvel essai. Ces patients restaient plus nombreux à vouloir renouveler l'expérience d'un sevrage et croyaient davantage en leurs chances de réussite. Ils ne présentaient pas de dépendance physique différente des autres patients mais fumaient moins pour se relaxer et considéraient davantage (51,5% versus 30,8%) que fumer les incitait à boire. Cette connaissance de relations entre leur tabagisme et leur alcoolisme et la diminution des effets relaxants de la cigarette peuvent être des facteurs les motivant pour un arrêt du tabac.

Une recherche des causes de rechute devra être entreprise avec chaque malade ainsi qu'une valorisation de ses tentatives et de sa motivation. Parmi les causes incriminées de leur dernier échec, on notait que 59,3% des patients l'imputaient au stress et 52,9% au mal-être. Des thérapies de l'humeur et un apprentissage de gestion du stress sont donc indispensables.

Une évaluation de *l'état psychique* de chaque patient est nécessaire afin de préparer au mieux les tentatives d'arrêt que ce soit alcoolique ou tabagique. Un syndrome dépressif est une contre-indication temporaire à l'initiation d'un sevrage tabagique (55).

Les données épidémiologiques (205) ont permis d'établir une relation entre la dépendance tabagique, les états dépressifs et les états anxieux. Les sujets atteints de dépression majeure sont fumeurs dans près de 80% des cas : leur tabagisme est toujours important avec forte dépendance. Chez les fumeurs, les antécédents psychopathologiques, les états dépressifs et les différentes formes d'anxiété sont deux à quatre fois plus nombreux que chez les non fumeurs. La fréquence de ces troubles est corrélée à l'intensité de la dépendance tabagique. La présence de ces anomalies constitue un facteur d'échecs et de rechutes lors des tentatives d'arrêt du tabac.

La fréquence d'un trouble dépressif chez l'alcoolodépendant a été diversement appréciée par les études cliniques ; des problèmes de méthodes et de critères diagnostiques de l'alcoolisme et de la dépression sont à l'origine d'écarts entre les chiffres des différentes

études (205). L'association dépression-alcoolisme est fréquente, aggrave leur pronostic, augmente le risque suicidaire.

L'alcool et l'anxiété entretiennent des relations fortes et complexes. Les enquêtes, tout comme l'étude de la dépression, donnent des résultats relativement différents. Reynaud (205), après une analyse des résultats des différentes études avancent quelques chiffres : la prévalence du trouble panique chez l'alcoolique serait de 8,3% (contre 1,4% dans la population générale) et celle de l'anxiété généralisée de 22,9% (5,8% dans la population générale). On ne note pas d'étude spécifique des troubles de l'humeur chez l'alcoolotabagique.

On notait une *anxiété* chez les malades de ce travail (résultat du score HAD A donnant une médiane de 13). Ceci était confirmé par l'importance de la consommation d'anxiolytiques. Par contre, les résultats du score HAD A n'étaient pas corrélés à celui du Fagerstrom.

Plusieurs interrogations pouvaient se poser. Cette anxiété était-elle engendrée par l'intoxication alcoolique et allait-elle s'estomper avec le sevrage ou était-elle majorée par l'hospitalisation et le sevrage alcoolique ? Etait-elle un des facteurs de l'intoxication tabagique ? Précédait-elle ou non l'installation de la dépendance alcoolique ou tabagique ? Etait-elle associée à une pathologie psychiatrique ? Allait-elle augmenter lors du sevrage alcoolique et rendre le sevrage tabagique plus difficile ?

Une surveillance régulière des patients s'impose donc et la prescription éventuelle adaptée d'anxiolytiques à la sévérité des troubles pourra avoir lieu. Mais des interrogations s'ajoutent : Certains patients consommant régulièrement des médicaments ne présentent ils pas une addiction médicamenteuse surajoutée à leur alcoolodépendance et leur dépendance tabagique ? Chez ces patients plus fragiles, en prescrivant des benzodiazépines lors du sevrage alcoolique, ne risque t-on pas de créer une addiction supplémentaire aux benzodiazépines ?

L'évaluation des *symptômes dépressifs* avait donné un score moins important au test HAD D. Par contre, on remarquait que les fumeurs les plus dépendants physiquement présentaient un score HAD D plus élevé sans connaître une consommation d'alcool plus importante. Des questions se posaient : l'alcoolisme était-il primaire ou secondaire à la dépression ? La dépression était-elle engendrée pas l'alcoolisme? Dans ce cas la plupart des symptômes allaient régresser dans les semaines suivant le sevrage. Précédait-elle la conduite d'alcoolisation ? Le sevrage était-il susceptible d'entraîner une aggravation de l'humeur ? Son traitement devra alors être entrepris avant de pouvoir envisager avec prudence un arrêt du tabac (55, 181). Le tabagisme était-il lié à cet état dépressif ?

L'étude de Reynaud (203) affirmait que plus l'addiction était grave et, en particulier, plus il y avait de codépendance, plus les troubles psychiatriques étaient présents. Dans ce travail, l'état d'anxiété était très important chez une majorité des patients et la consommation de médicaments tranquillisants en conséquence fréquente. Les symptômes dépressifs étaient davantage présents chez les patients les plus dépendants à la cigarette.

En France, 9,2% de la population totale dit avoir ingéré des *somnifères ou des tranquillisants* au cours des sept derniers jours (19). Cette consommation augmente avec l'âge ; les scores de dépression et de problèmes de santé lui sont significativement reliés.

L'association alcoolisme-abus médicamenteux est très fréquente en pratique clinique. Davidson (178) a montré ainsi que 40 à 60% des alcooliques, selon les études, abuseraient de tranquillisants, d'antalgiques ou de somnifères. Des études (50, 203, 210) ont évalué que la consommation de benzodiazépines chez les alcoolodépendants serait deux à trois fois supérieure à celle de la population générale.

Des résultats semblables sont retrouvés dans cette enquête. Les individus consommant régulièrement, des hypnotiques ou des anxiolytiques, représentaient 47,3% des hospitalisés, ce qui était donc cinq fois plus que la population générale.

Les patients présentent donc une anxiété importante et des troubles du sommeil. Une prise en compte de ces troubles est nécessaire et les thérapies comportementales peuvent être intéressantes.

Cependant d'autres problèmes se posaient alors : existait-il une triple dépendance : alcool-tabac-médicament et alors comment la prendre en charge ? En effet, il importe d'une part de limiter le risque de transfert vers une mésusage médicamenteux par une prescription de benzodiazépines de courte durée dans le sevrage alcoolique notamment mais également de prendre en compte l'existence d'une dépendance possible aux benzodiazépines susceptible alors elle-même d'engendrer un syndrome de sevrage.

L'étude des habitudes de vie a montré que l'on retrouvait comme dans l'enquête Baromètre santé adulte (19), une pratique du *sport* peu intense. Les Français étaient 46,7% à déclarer pratiquer une activité sportive au moins une fois par semaine et seulement 36,5% des fumeurs avouaient avoir pratiquer un sport au cours de la dernière semaine, ce qui correspond au résultat de notre étude (38,7%). D'ailleurs, plus la dépendance nicotinique était élevée, moins le patient était sportif. Aucune question sur les raisons de cette moindre activité n'a été posée aux patients.

En France, des enquêtes sur la consommation de *café* et de caféine manquent. Celle du SECED (216) montrait que 80 à 90% des Français buvaient du café, en moyenne 1 à 4 tasses par jour avec une grande variabilité selon les régions. La consommation dans l'est de la France était de 3,93 +/- 2,99 tasses par jour avec 20% de consommateurs de plus de 5 tasses par jour mais cette étude est ancienne. Dans tous les articles (69, 163, 216), on note une corrélation forte entre le nombre de cigarettes fumées et le nombre de cafés bus par jour ; les anciens fumeurs restant souvent plus fortement consommateurs de café que les non fumeurs. Dans l'enquête de Molimard (163), les non fumeurs consommaient 0,9 tasse par jour et les fumeurs 3,6. Dans celle de Aubin et al. (8), les fumeurs très fortement dépendants consommaient significativement plus de café que les autres fumeurs ou que les non fumeurs. Par contre, des réponses discordantes existent toujours à la question : « est-ce le café qui incite à fumer ou l'inverse ? ». Il n'y a pas de réponse univoque, la caféine n'a pas été non plus formellement incriminée comme le composant du café responsable de cette consommation simultanée.

Dans l'analyse de ce travail, les patients étaient 90,9% à boire du café avec alors une consommation quotidienne importante de 5,8 tasses. On n'a pas noté de consommation différente de café chez les plus dépendants au tabac ou les plus motivés pour un sevrage ni chez les consommateurs de médicaments ou de drogues illicites. La consommation d'alcool n'est pas non plus liée à celle du café. Aucune question n'a été posée sur les relations entre le café, le tabac et l'alcool. Certaines enquêtes sur les thérapies cognitivo-comportementales (11) préconisent, lors du sevrage de tabac, un arrêt de tout excitant, notamment le café ainsi que le thé bien qu'aucune étude concernant ce dernier n'ait prouvée une corrélation entre les deux consommations (163). Gaudoneix-Taieb (88) explique que le catabolisme de la caféine est accru de 60 à 70% par induction du cytochrome 1A2 et que la caféinémie pourrait doubler pour une même consommation de café à l'arrêt du tabac et pourrait donc expliquer en partie la nervosité des patients en sevrage tabagique.

Peu de patients présentaient une *surcharge pondérale* (15% avaient un BMI supérieur à 25), par contre on notait que 40,6% étaient plutôt minces voire maigres (BMI inférieur à 19). Etait ce le fait de leur intoxication alcoolique ? Les patients affirmant avoir lors de l'hospitalisation des problèmes de poids représentaient 34,7% des hospitalisés. Parmi eux, 15% avaient un BMI supérieur à 25, 5% supérieur ou égal à 28 et 50% inférieur à 19. Une alimentation mal équilibrée est- elle en cause ? Le questionnaire ne permet pas de répondre à cette question.

Dans l'enquête, l'histoire de l'alcoolisme du patient n'a pas été développée. On peut s'interroger sur l'impact des expériences passées de tentatives échouées de sevrage alcoolique dans la prise ou non de décision d'un sevrage tabagique. De plus, la question visant à préciser si la cigarette peut aider dans le sevrage alcoolique n'a pas été posée au malade. Il lui a juste été demandé s'il ne craignait pas qu'elle ne le compromette. Il est vrai que cette requête pourrait avoir un effet inverse et conforter les indécis dans leur refus de projet d'abstention de tabac.

L'étude de ce chapitre soulignait :

- L'intense dépendance physique et comportementale du tabagisme chez ces patients alcoolodépendants.

- Une forte prévalence de symptômes d'anxiété.

- Des consommations importantes de tranquillisants, de somnifères et de café.

- Un nombre de tentatives antérieures d'arrêt du tabac moindre que dans la population générale fumeuse bien que concernant toutefois plus de la moitié des patients qui restaient parmi les plus motivés pour renouveler un essai.

Une prise en charge spécifique doit donc être adaptée à ces patients présentant une double dépendance.

a-3) Relations entre les consommations tabagique et alcoolique et motivation des patients pour un sevrage tabagique.

Une majorité des patients (71,9%) affirmait que *boire les incitait à fumer*, résultat que l'on peut retrouver dans l'enquête de Gulliver et al. (99).Cependant, ils n'étaient que 42% à penser que *fumer les incitaient à boire*. Les patients ayant déjà tenté de se sevrer, étaient plus affirmatifs (51,5% versus 30,8%) sans que la notion du taux de dépendance nicotinique n'intervienne. Existait-il chez ces malades une meilleure prise de conscience des interférences possibles entre leurs deux addictions ? Ces patients avaient-ils une consommation d'alcool plus liée à leur tabagisme ? Des cofacteurs favorisaient-ils le recours aux deux produits ?

Par contre, on ne notait pas de réponse différente selon les quatre stades de Prochaska. L'étude d'Ellingstadt et al. (77) concluait différemment : les patients désirant un sevrage simultané désignaient davantage le tabac comme un stimulateur de consommation d'alcool et ceux-ci connaissaient une relation forte entre leurs deux dépendances, c'est pourquoi ils préféraient les résoudre dans le même temps. Celle de Shiffman et al. (221) n'arrivait pas, tout comme cette étude, à cette conclusion.

D'autre part, il a été indiqué plus tôt dans ce travail que certains travaux montraient que les alcooliques ayant arrêté le tabac avant ou pendant le sevrage en alcool avaient un meilleur pronostic alcoologique que les alcooliques poursuivant leur intoxication tabagique. Les

relations entre l'alcool et le tabac ne sont donc encore pas complètement analysées et un complément d'information est donc nécessaire.

La conférence de consensus (56) confirme « l'absence de données en faveur d'une évolution défavorable de l'alcoolisation... » lors d'un sevrage tabagique. L'étude des croyances des patients a montré que :

- parmi les patients désirant stopper leur tabagisme à plus ou moins long terme, seulement 23,5% donnait un score supérieur à 5 sur 10 à la peur de *compromettre leur sobriété alcoolique* lors d'un sevrage tabagique simultané. Parmi ceux ne souhaitant pas stopper leur intoxication, ils étaient 53,2%.
- Les patients avaient conscience des *difficultés rencontrées lors d'un sevrage tabagique* et étaient 63,2% (score supérieur à 5) à évaluer le sevrage tabagique comme plus difficile que le sevrage alcoolique. Les patients les plus motivés pour l'arrêt du tabac évaluaient cette difficulté de façon moindre (score sur 10 de 6,3 +/- 2,8 versus 7,8 +/- 2).
- Les *chances de réussite* étaient évaluées avec un score supérieur à 5 par seulement 32,4% des patients. Par contre, les patients ayant déjà tenté un sevrage ou étant parmi les plus motivés pour le sevrage tabagique croyaient significativement davantage en leur réussite (39,2% versus 18,2% et 39% versus 16%).

Il est donc important :

- de faire réfléchir les patients sur les intrications qui existent entre leurs deux addictions alcool et tabac,

- de les informer sur l'absence actuelle d'étude montrant un risque accru de rechute alcoolique lors d'un sevrage tabagique,

- de renforcer la confiance en eux des malades afin qu'ils croient davantage en leurs chances de réussite.

Parmi les patients, on notait que 16,5% étaient prêts à *accéder à un sevrage tabagique* et 27,3% étaient au stade de préparation. Il existait donc bien un nombre non négligeable de patients entrant pour un sevrage alcoolique ayant conscience de leur dépendance tabagique et ayant un désir de prise en charge. Ces résultats confirmaient les résultats déjà donnés dans d'autres articles (124, 158, 218).

Dans l'enquête menée par le CFES (97), une majorité des consommateurs de tabac de la population générale (58,7% et 63,5% des fumeurs réguliers) déclarait avoir envie d'arrêter. Si l'envie d'arrêter était largement partagée, c'est le plus souvent dans un avenir indéterminé que le projet était envisagé : 20,4% des fumeurs qui déclaraient souhaiter arrêter de fumer envisagaient de le faire dans le mois à venir, 22,6% dans les six prochains mois, 6% dans les douze prochains mois et 51% dans un avenir non déterminé. Il n'existait donc pas de grande dissemblance entre la population générale fumeuse et celle de cette étude. Snow et al. (223) avaient déjà, dans cette étude, retrouvé cette similitude.

Les patients de l'étude les plus motivés pour un sevrage tabagique étaient plus âgés, avaient davantage connu d'expériences de tentatives de sevrage tabagique (75,5% versus 41,2%), avaient déjà pris conscience de la nécessité d'aide. La cigarette n'était plus autant fumée par plaisir ou pour se relaxer. Ils croyaient plus en leurs chances de réussite. La dépendance nicotinique était un des facteurs les ayant motivés pour un arrêt du tabac.

On constatait depuis l'entrée en hospitalisation une *modification de la consommation déclarée* de cigarettes fumées chez plus de 50% des patients mais l'intensité de la fume n'avait pas été quantifiée ni contrôlée par un dosage de cotinine urinaire. Existait-il vraiment une augmentation ou une diminution de la quantité de nicotine absorbée chez certains fumeurs, ou y avait-il adaptation de l'inhalation avec maintien d'une nicotinémie stable malgré des variations du nombre de cigarettes fumées ? Dans l'étude de Aubin et al. (8), lors du sevrage alcoolique, les « petits » fumeurs (consommation inférieure à 30 cigarettes fumées par jour) augmentaient de façon significative leur consommation quotidienne de cigarettes mais pas leur cotininurie ; il semblait y avoir une compensation comportementale sans qu'il n'y ait de compensation biologique. Par contre, il n'y avait pas de variation significative de la consommation quotidienne de cigarette ou de cotininurie chez les fumeurs de plus de 30 cigarettes par jour. Il serait souhaitable de pouvoir confronter les résultats de l'évaluation du questionnaire avec ceux d'autres enquêtes et de les confirmer par des dosages biologiques.

Parmi les raisons données par les personnes déclarant vouloir arrêter le tabac à plus ou moins long terme, on notait des craintes pour leur santé future et l'obtention d'une meilleure forme physique, la gêne occasionnée par leur dépendance et le prix du tabac. Les plus dépendants mettaient davantage en valeur les problèmes de santé liés au tabac et les moins dépendants l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Les malades ne souhaitant pas cesser de fumer déclaraient que les craintes pour leur santé future, l'obtention d'une meilleure forme physique et la diminution du plaisir de fumer seraient d'éventuelles raisons qui les pousseraient à stopper. Par contre, ils se sentaient moins gênés par leur dépendance nicotinique, celle-ci n'étant pourtant pas inférieure à celle des personnes souhaitant un arrêt du tabac. Le prix du tabac était moins un obstacle pour eux malgré des dépenses similaires.

Une proportion non négligeable de patients (16,5%) était prête à entreprendre un double sevrage et 27,3% étaient au stade de préparation. Ces résultats sont similaires à ceux de précédentes études. Les malades ne se différenciaient des autres ni par la dépendance nicotinique ni par les quantités d'alcool et de tabac absorbées mais fumaient moins par plaisir et moins pour se relaxer. Ils avaient déjà plus souvent tenté de cesser de fumer, croyaient plus en leur chance de réussite. Le fait d'être dépendant à la cigarette était pour eux plus gênant. Les soignants doivent donc prendre conscience de cette motivation afin d'y répondre de façon adéquate.

a-4) Un sevrage simultané est-il envisageable ? et si oui, dans quelles conditions ?

Il y a une nécessité de prendre en charge le tabagisme de ces patients compte tenu de leur importante intoxication.

a-4-1) Arguments positifs.

A ce jour, aucune étude n'a montré, lors de mésusages d'alcool, d'évolution plus péjorative à plus ou moins long terme de l'alcoolisation après un sevrage tabagique. Inversement l'arrêt de l'alcool semble provoquer peu de modifications à long terme de la consommation de cigarettes chez l'alcoolodépendant fumeur dans son ensemble.

Par contre, on note des relations importantes entre ces deux consommations ; le besoin de fumer est important lors d'une exposition à l'alcool et inversement fumer est ressenti comme un facteur d'alcoolisation par 42% des patients de cette étude.

Il n'a pas été notamment montré qu'il existait un risque accru de rechute alcoolique en cas de sevrage simultané ou de deux sevrages successifs rapprochés alcool puis tabac. Si la rechute alcoolique s'accompagne pratiquement toujours d'une reprise tabagique, l'inverse ne se vérifie pas. Le sevrage tabagique ne compromet donc pas la sobriété en alcool et parmi nos patients plus de 47% de ceux ne désirant pas un sevrage tabagique que ce soit à court ou long terme et 76,5% des patients désirant stopper leur tabac n'exprimaient pas cette crainte. Une valorisation de la confiance en leur capacité de réussir un sevrage tabagique est souhaitable.

Les enquêtes précédentes ont montré qu'un pourcentage non négligeable de patients effectuant un sevrage alcoolique désiraient un sevrage tabagique, résultats retrouvés dans cette étude. De plus, plus de 50% d'entre eux avaient déjà réalisé une tentative de sevrage tabagique et c'est un facteur de positif pour la réussite d'un sevrage.

a-4-2) Problèmes à prendre en compte si un double sevrage est envisagé.

On notait une importante dépendance physique et comportementale chez les patients alcoolodépendants fumeurs ainsi qu'un début d'intoxication tabagique plus précoce que les fumeurs de la population générale. Ces patients avaient moins souvent tenté de s'arrêter de fumer.

Les patients étaient très anxieux et la cigarette était souvent utilisée comme anxiolytique. Il importe donc de parvenir à gérer le stress différemment, sans recourir au tabac.

Les patients étaient conscients de la difficulté d'arrêter le tabagisme et 63,2% trouvaient plus difficile de stopper le tabac que l'alcool. Ils évaluaient leur chance de réussite à seulement 5 sur 10.

Toutes ces caractéristiques de l'intoxication seront donc à prendre en compte par les médecins. Ces malades présentaient une intoxication tabagique plus importante que la moyenne des fumeurs non alcoolodépendants et une thérapeutique plus soutenue devra être entreprise.

De plus, une prise en charge spécifique devra avoir lieu pour les consommateurs réguliers de médicaments ou de drogues illicites, une possible dépendance supplémentaire sera à diagnostiquer.

a-4-3) Proposition de prise en charge pour les patients décidés à entreprendre un sevrage simultané.

Une prise de conscience des soignants s'impose, car une proportion non négligeable de patients alcoolodépendants souhaite arrêter de fumer. La conférence de consensus (55) a d'ailleurs précisé que « la nécessité d'arrêter le tabac ne doit pas être occultée chez les patients alcoolodépendants, même si celui-ci s'avère plus difficile que chez les autres patients ».

Il est nécessaire de faire prendre conscience aux patients hospitalisés de leur dépendance tabagique, physique et comportementale, ainsi que de l'existence de relations entre leurs deux intoxications. Une aide motivationnelle pour encourager les patients à envisager à plus ou moins long terme un sevrage tabagique a toute sa place. Par contre, le malade reste le seul

décideur, c'est à lui de prendre la décision ou non d'un éventuel sevrage tabagique. La conférence de consensus (55) sur l'arrêt de la consommation du tabac donne un avis intéressant mais ambigu ; elle note que « les modalités de sevrage ne diffèrent pas de celles utilisées chez les autres patients ; en revanche, le choix du moment où le sevrage tabagique doit être proposé est délicat : sevrage simultané ou séquentiel ? faute de pouvoir proposer une stratégie dont l'efficacité serait clairement établie, le mieux semble être de respecter le choix du patient ». D'une part, la recommandation insiste sur le fait avéré d'un sevrage plus difficile, d'autre part, elle précise que les modalités sont les mêmes, ceci du fait de l'absence d'études validant d'autres modalités thérapeutiques.

Il n'existe pas de données incitant les soignants à dissuader les patients motivés pour un sevrage simultané. Lorsque le patient est résolu à engager un arrêt simultané du tabac et de l'alcool, une stratégie thérapeutique reste à mettre en place en parallèle au traitement du sevrage alcoolique. La prise en charge du sevrage tabagique chez ces patients alcooliques s'inspire de celles appliquées aux fumeurs non alcoolodépendants.

Un *traitement de la dépendance physique* doit être entrepris sachant que cette dernière est plus importante que chez la moyenne des fumeurs. Par contre, il n'existe aucun consensus quant au schéma thérapeutique à suivre. L'utilisation de substituts nicotiniques, seul traitement à ce jour possible pour les alcoolodépendants en cours de sevrage, pourra être entrepris mais les posologies devront sûrement être renforcées. Parmi cette population spécifique, il serait peut être opportun de pouvoir augmenter les doses au delà des 21mgr / 24h. Dans certains centres spécialisés (4) et sous contrôle régulier de la cotininurie, des expériences associant deux substituts nicotiniques (2 patchs ou patch + gommes) montrent un meilleur taux d'abstinence, pendant une période plus prolongée. La dose de nicotine fournie devra être adaptée aux besoins réels du fumeur. Une étude de Lagrue (136) sur la cotinine urinaire (cotinine / créatinine par méthode colorimétrique) montrait que la quantité de nicotine absorbée était très variable d'un fumeur à l'autre ; à l'échelon individuel aucune prédiction n'était possible. Un dosage biologique (cotinine urinaire, salivaire ou sérique) apparaissait donc souhaitable pour mieux choisir la posologie initiale et adapter les doses au cours de l'évolution. Le dosage de la cotinine urinaire, réalisé sur un échantillon extemporané d'urine (cotinine / créatinine) pourrait constituer un guide précieux pour la conduite du traitement nicotinique de la dépendance tabagique.

Une *thérapie comportementale ainsi qu'un soutien psychologique* seront à adapter à chaque patient, un changement d'attitude par rapport à ses deux intoxications devra avoir lieu. Aucun consensus n'a été encore validé. Des études sur les thérapies comportementales (149) du tabac (11) et de l'alcoolisme (183) ont été entreprise et l'approche de la double addiction commence à être réalisée. Patten et al. (181) ont étudié les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) lors d'un sevrage tabagique chez des patients anciennement alcoolodépendants aux antécédents de troubles de l'humeur. Il a montré leur intérêt significatif à 1 et 12 mois en comparant le maintien de l'abstinence des populations ayant simplement bénéficié de conseils à celles ayant bénéficié de conseils et de TCC : les taux d'abstinence étaient à un mois respectivement de 31,3% versus 69,2%, à 3 mois de 25% versus 46,2%, à 12 mois de 12,5% versus 46,2%. D'autres études sont en cours.

Une proportion non négligeable de patients est motivée pour effectuer un double sevrage. Ils sont plus dépendants à la nicotine, consomment davantage de médicaments, ont moins d'expérience de tentatives antérieures tabagiques que la moyenne des Français (mais

davantage que les alcoolotabagiques les moins motivés pour un sevrage tabagique), sont très anxieux. La conférence de consensus du 17 mars 1999 précise que « l'absence de données en faveur d'une évolution défavorable de l'alcoolisation et l'intérêt des patients alcooliques doivent inciter les soignants à s'impliquer davantage dans l'aide à l'arrêt du tabac ». Le corps médical doit donc inciter les patients à prendre conscience de leur double addiction, leur exposer les connaissances validées sur ces deux comportements, les informer qu' aucune thèse ne va actuellement à l'encontre de la possibilité de proposer un sevrage simultané aux patients motivés. Par contre, aucun consensus thérapeutique n'a été établi à ce jour pour les sevrages alcool-tabac.

Un problème supplémentaire se pose pour certains de ces patients : une consommation médicamenteuse et/ou de drogues illicites associée à leurs deux addictions.

B) Autres addictions associées : comment prendre en charge ces patients ?

La consommation régulière de somnifères ou de tranquillisants concomitante avec l'alcool et le tabac concernait près de la moitié des patients (47,3%) et près de la moitié d'entre eux en majorait la dose sans prescription.

Le haschich avait été testé par 31,4% des patients et 8,4% avaient pris des drogues illicites. Les patients étaient dans le dernier mois précédant l'hospitalisation 10,9% à avoir fumé du haschich et 1,3% à avoir consommé des drogues illicites.

b-1) Consommateurs de médicaments.

Il existe beaucoup de données établissant des similitudes importantes entre benzodiazépines et alcool. L'alcool a un effet agoniste sur les récepteurs GABA, comme les benzodiazépines (62, 80). Les benzodiazépines préviennent le syndrome de sevrage alcoolique (44).

L'appétence des malades alcooliques pour les médicaments psychoactifs, et particulièrement les benzodiazépines, constitue un risque indéniable qui s'explique par la similitude des effets.

Même au cours d'un usage contrôlé de benzodiazépines, il existe un risque de dépendance, de retentissement sur les fonctions cognitives et en particulier sur la mémoire. Lors d'un détournement d'usage de ces médicaments, des conséquences sont à craindre comme des troubles du comportement, une prise massive dans un but de défonce, des altérations cognitives sévères.

La conférence de consensus (56) concluait que « l'alcoolodépendant doit être considéré comme un sujet à risque de dépendance aux benzodiazépines ».

Cependant, y a-il une surconsommation de benzodiazépines par les alcooliques ? Le débat n'est pas tranché (203). Ciraulo et al. (50) ne s'étonnaient pas de cette consommation. En effet, d'une part les troubles anxieux sont très fréquents chez les alcooliques et, d'autre part, les benzodiazépines du fait de leur efficacité dans le sevrage, sont largement utilisées. Il constatait quand même que la consommation des alcoolodépendants était plus importantes que la moyenne des Français, avec abus pour certains.

Dans ce travail, on constatait de même un score *HAD A significativement plus important* chez les hospitalisés consommateurs de médicaments et près de la moitié d'entre eux augmentaient la dose de médicament sans prescription. Etait-ce révélateur d'un usage

détourné ? Il n'a pas été déterminé si cette consommation était réalisée dans le cadre d'un simple usage nécessaire face à un état anxieux important, un abus ou une dépendance.

D'autre part, des études (88) épidémiologiques ont montré que la consommation de tabac diminuait l'efficacité des benzodiazépines en terme de sédation chez le fumeur par rapport au non-fumeur, comme pour les neuroleptiques. Cet effet serait proportionnel au nombre de cigarettes fumées par jour et pourrait nécessiter une augmentation de posologie. Les alcoolodépendants étant de gros fumeurs, une question d'interaction tabac-alcool et benzodiazépines se pose donc.

Par contre, il n'a pas été noté chez les consommateurs de médicaments de différence de motivation pour l'arrêt du tabac, ni de crainte plus importante quant à son sevrage. Un risque de pharmacodépendance était à craindre, d'autant plus que les patients présentaient des symptômes d'anxiété importants, les benzodiazépines pouvant être assimilées à un « produit de substitution » dont il faudrait alors sevrer le patient dans un second temps.

Les consommations de tranquillisants et d'hypnotiques étaient donc fréquentes chez les hospitalisés, d'autant plus que ces patients présentaient des symptômes d'anxiété importants mais cela n'intervenait pas dans leur motivation pour un arrêt du tabac. L'alcoolodépendant étant un sujet à risque de dépendance aux benzodiazépines, une vigilance devra être nécessaire.

b-2) <u>Consommateurs actuels ou passés de drogues illicites.</u>

En 1999 (97), la drogue illicite la plus consommée en France était de loin le cannabis : entre 15 et 75 ans, plus d'un Français sur cinq en avait déjà pris au moins une fois au cours de sa vie. Cette expérience s'avérait très supérieure aux expérimentations des autres drogues illicites : moins de 3% pour les produits à inhaler (colles, solvants...), entre 1 et 2% pour le LSD, les amphétamines et la cocaïne, moins de 1% pour les autres produits (dont l'ecstasy et l'héroïne). Les patients de cette étude avaient donc beaucoup plus souvent expérimenté les produits illicites que la majorité des Français (31,4% le haschich et 8,4% les autres drogues illicites).

Selon cette même enquête du CREDES, les fumeurs réguliers de tabac étaient en proportion environ deux fois plus nombreux parmi les expérimentateurs d'une substance illicite donnée que parmi ceux déclarant ne jamais en avoir pris. Ces expérimentateurs d'une substance donnée présentaient, par ailleurs, 2 à 5 fois plus souvent des signes de dépendance (moyenne ou forte) au tabac selon le mini-test de Fagerstrom. L'étude 95/96 (19) montrait des résultats semblables à notre étude ; 31,5% des fumeurs (versus 6,8%) disaient avoir testé une drogue illicite dans leur vie et 10,8% (versus 0,8%) dans l'année. Dans l'échantillon de la population de ce travail, on retrouvait uniquement un nombre plus important de consommateurs au cours de la dernière année (18%).

Depuis une trentaine d'année, on observe une augmentation de l'association des dépendances aux opiacés et à l'alcool. Des études anglo-saxonnes (74, 203) réalisées chez les toxicomanes ont rapporté des taux de dépendance à l'alcool de 50 et 75% et aux benzodiazépines de 16 à 42%. Dinwiddie et al. (74) ont rapporté que les usagers de drogue

avaient une moyenne de 3.3 co-diagnostics d'abus ou de dépendance à d'autres substances. Les buveurs excessifs étaient, selon lui, deux fois plus nombreux à consommer des drogues illicites au cours de leur vie ou au cours de l'année. Plus de 50% des toxicomanes présentaient, à un moment ou un autre de leur évolution, un abus ou une dépendance à l'alcool. Il concluait que l'abus d'alcool apparaissait de plus en plus comme un des précurseurs immédiats de la toxicomanie aux opiacés. Dans l'enquête de Varescon et al. (240), les polyconsommations et demandes de sevrage simultanées avaient augmenté entre 1994 et 1999 avec, notamment, 30% de consommation d'alcool et 35% de consommation de benzodiazépines chez les patients entrant pour un sevrage aux opiacés. Globalement, plus de la moitié présentait une polyaddiction ; ils étaient 43% en 1994 et 65% en 1999.

De plus, lors des traitements de substitution à la méthadone, l'ensemble des données internationales (203) de suivi montre une forte prévalence de la consommation d'alcool associée (jusqu'à 50% des patients). Des conduites d'alcoolisation pathologiques sont souvent décrites comme de véritables formes évolutives des dépendances à l'héroïne traitées par méthadone. On dispose de peu d'éléments prédictifs cliniques dans ce domaine. Tout au plus des données récentes suggèrent une propension plus importante parmi les alcoolismes secondaires à développer des dépendances à la cocaïne dans un troisième temps. Ces alcoolisations secondaires peuvent tout à la fois représenter des résurgences de dépendance précédant celle de l'héroïne mais aussi apparaître sans antécédent.

La consommation associée d'alcool et de tabac semble augmenter le risque de consommer d'autres drogues. Helzer et al. (105) montraient déjà en 1991 que la consommation associée d'alcool et de nicotine augmentait de six fois le risque d'utilisation de drogues illicites. Daeppen et al. (61) concluaient que les alcooliques fumeurs avaient un taux de dépendance associé à des drogues illicites plus important que les alcooliques non fumeurs ou anciens fumeurs. D'autre part, il apparaissait clairement dans les études sur l'évolution des consommations menées aux USA (178) dans les établissements scolaires que les usagers les plus fréquents de drogues illicites (cocaïne, haschich ou héroïne) étaient ceux qui, d'une part, consommaient régulièrement de l'alcool mais aussi du tabac.

Des inquiétudes se présentent donc : ces patients souffrent, pour une grande partie d'entre eux, lors d'antécédent de toxicomanie en intraveineux, d'hépatite C dont l'évolution sera d'autant plus péjorative qu'une consommation d'alcool toxique sera présente. Les problèmes de prise en charge de séropositivité au VIH, d'insertion sociale seront plus fréquents.

Les patients de ce travail ayant déjà consommé des drogues illicites étaient significativement ($p<0,0001$) *plus jeunes*. Le haschich avait déjà été consommé par plus de la moitié des moins de 35 ans et les autres drogues illicites par 10%. Si la consommation de haschich lors de la semaine précédente ne concernait que 2,5% des patients, celle du dernier mois atteignait 10,9% des malades et celle des autres drogues illicites 1,3%. On ne peut donc pas parler d'un phénomène mineur mais bien d'un nouveau problème de société réel. Ces données étaient en accord avec les résultats des publications de Ernouf (79) et Brower et al. (36) où l'addiction simultanée à l'alcool et à la cocaïne était très fréquente et touchait une population plus jeune que celles des seuls alcoolodépendants. Parallèlement, l'étude de la population de nouveaux consultants des CCAA de l'ANPA montrait que l'association du cannabis et des autres drogues illicites avec l'alcool concernait, avant tout, les plus jeunes (206).

Les patients alcoolotabagiques, les plus jeunes de cette étude, avaient donc une consommation de drogues illicites encore plus fréquente que ceux de la population générale. Parmi les 15-34 ans (97), un sur quatre a déjà testé du cannabis au cours de sa vie, 6% des produits à inhaler (colle, solvants), 3% du LSD et de l'ecstasy et moins de 3% les autres produits. Ces résultats étaient donc en accord avec les enquêtes précédentes citées ci-dessus.

De plus, chez tous ces patients, quelle que soit l'ancienneté de leur dernière consommation de drogues illicites, la *consommation d'alcool était plus importante* que la moyenne des autres alcoolodépendants.

Les troubles de l'humeur, que ce soit la dépression ou l'anxiété, étaient plus présents dans cette sous population sans qu'il n'y ait de consommation majorée d'anxiolytiques par rapport aux autres patients. L'étude portant sur les usagers des drogues illicites de la population générale retrouvait déjà une forte anxiété chez ces patients et une faible estime d'eux-mêmes (97).

Les abstinences de tabac de plus de 3 mois étaient moins nombreuses mais il convient de noter cependant que ces patients étaient plus jeunes.

Ils évaluaient *leur motivation* avec un score sur 10 moins élevé pour l'arrêt du tabac mais la classification en stade de Prochaska n'était pas différente de la population alcoolotabagique générale. Cependant, bien qu'il n'y ait pas de différence au score du Fagerstrom, le traitement de la dépendance comportementale tabagique, si un sevrage est envisagé, devra tenir compte de perceptions majorées de *plaisir, de relaxation, de besoin et de lutte contre l'anxiété* engendrés par la cigarette.

Ces patients se sentaient moins concernés par les problèmes de santé que pouvait occasionner le tabac et étaient moins sensibilisés par les conseils d'arrêt de leur famille et l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Ces raisons mériteraient d'être étudiées. Etions-nous en face d'un problème d'isolement social ? Les patients étant plus jeunes, se sentaient-ils moins vulnérables ou les problèmes de santé étaient-ils banalisés ?

Un problème de polyaddiction se pose donc chez certains patients. La conférence de consensus de 1999 (56) propose chez les patients désirant un sevrage simultané de l'alcool et de l'héroïne l'hospitalisation et précise la nécessité d'études supplémentaires pour les autres drogues illicites. L'intoxication tabagique n'est pas évoquée dans ce contexte.

Il y a peu d'études sur les relations entre le tabac et le haschich, ses consommations étant souvent très liées. On peut d'ailleurs se demander si lors d'un sevrage de tabac, la poursuite de la consommation de haschich ne serait pas un facteur de rechute. Pour ces patients, la prise en compte de l'ensemble des addictions s'impose.

Il existait, dans ce travail, un pourcentage non négligeable (un tiers) de patients consommant ou ayant déjà consommé des drogues illicites ; ces patients étaient plus jeunes, consommaient alors davantage d'alcool, avaient des symptômes d'anxiété et de dépression plus importants que les autres alcoolotabagiques et il semble que ces comportements tendent à devenir plus fréquents. C'est pourquoi, compte tenu du nombre croissant de polydépendances associant alcool, tabac, opiacés ou haschich et médicaments, des études sont nécessaires afin de connaître les incidences, les interactions pharmacodynamiques et pharmacocinétiques, le pronostic psychopathologique et aussi de préciser les modalités de prise en charge.

V) CONCLUSION.

La prévalence du tabagisme diminue dans la population générale mais pas dans la population alcoolique où l'on compte entre 70 et 90% de fumeurs selon les études. La surmortalité des alcooliques fumeurs liés à la potentialisation des risques lors des deux consommations associée est prouvée. Il existe donc une nécessité de prise en charge de cette double addiction.

La conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac d'octobre 1998 insiste sur « la nécessité d'arrêt du tabac qui ne doit pas être occultée chez les patients alcoolodépendants, même si celui-ci s'avère plus difficile que chez les autres patients ». Elle précise que « les modalités de sevrage ne diffèrent pas de celles utilisées chez les autres patients mais qu'en revanche le choix du moment où le sevrage tabagique doit être proposé est délicat : sevrage simultané ou séquentiel ? ». Faute d'études scientifiquement validées, elle conclut que « le mieux semble de respecter le choix du patient ». La question actuelle est de savoir quand proposer aux patients alcooliques un sevrage tabagique et comment le traiter afin d'optimiser les chances de succès tant sur le plan alcoolique que tabagique.

La conférence de consensus en alcoologie de mars 1999 confirme que « l'absence de données en faveur d'une évolution défavorable de l'alcoolisation et l'intérêt des patients alcooliques doivent inciter les soignants à s'impliquer davantage dans l'aide à l'arrêt du tabac ». Elle recommande « aux soignants de sortir de leur neutralité par rapport au tabac et de proposer le sevrage simultané dès que les motivations du patient le permettent, ce qui nécessite d'aborder d'emblée l'information sur le tabac et les modalités de sevrage tabagique ». Il existe donc actuellement aucune étude contre indiquant le sevrage tabagique chez les patients réalisant un sevrage alcoolique ou étant abstinents en alcool mais aucun consensus thérapeutique n'a été établi à ce jour pour les sevrages alcool-tabac.

L'objectif de l'étude de ce questionnaire proposé aux patients alcoolotabagiques entrant en service de médecine L du CHRU de Nancy était d'évaluer l'histoire et les habitudes tabagiques, les relations entre les consommations d'alcool et de tabac, la motivation pour un sevrage tabagique et les consommations associées de médicaments et de produits illicites de ces patients afin de répondre au mieux à leurs attentes de prise en charge de leurs addictions.

Les résultats concordent avec ceux des résultats des études déjà réalisées. Il existe une nécessité de prise en charge de l'intoxication tabagique du fait d'un début de consommation tabagique régulière plus précoce des patients de cette étude que la moyenne des fumeurs français, d'une durée du tabagisme importante, d'une consommation quotidienne de tabac élevée. L'intense dépendance tabagique physique et comportementale, la forte prévalence des symptômes d'anxiété, les consommations associées importantes de tranquillisants, somnifères et de café, la prise pour une partie d'entre eux de drogues illicites attestent du besoin de prise en charge spécifique chez ces malades. Malgré ces caractéristiques témoignant d'une intoxication tabagique importante, plus de la moitié des patients ont déjà tenté de cesser de fumer et ceux ci restent parmi les plus motivés pour renouveler un essai. En effet, 1/6ème (16,5%) des patients se disaient prêts à entreprendre un sevrage simultané alcool et tabac durant l'hospitalisation et plus d'un quart (27,3%) étaient au stade de préparation. Ils craignaient moins de compromettre leur abstinence alcoolique et croyaient davantage en leur chance de réussite que les patients ne souhaitant pas stopper leur intoxication. Il est à noter que plus de la moitié (53,2%) des patients ne souhaitant pas stopper leur intoxication

tabagique donnaient un score sur 10 supérieur à 5 à la peur de compromettre leur sobriété alcoolique lors d'un sevrage tabagique alors qu'aucune étude, actuellement, ne montre un risque accru de rechute alcoolique lors d'un sevrage tabagique.

Une prise de conscience des soignants s'impose donc car une proportion non négligeable des patients alcoolodépendants souhaite arrêter de fumer. Par contre, aucun consensus thérapeutique n'a été établi à ce jour pour les sevrages alcool-tabac. Une meilleure connaissance des interactions complexes entre l'alcool et le tabac, des recherches cliniques scientifiquement validées menées spécifiquement chez les mésusagers d'alcool sont nécessaires pour préciser les modalités thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

I) OUVRAGES

1) Abrams DB, Rohsenow DJ, Niaura RS, Pedraza M, Longabaugh R, Beattie MC, Binkoff JA, Noel NE, Monti PM. Smoking ant treatment outcome for alcoholics: Effects on coping skills, urge to drink, and drinking rates. *Behavior Therapy* 1992 ; 23 : 283-97.

2) Ades J, Lejoyeux M. Alcoolisme et psychiatrie.Paris, Ed Masson 1999.

3) Amajjarkou B. Bilan d'activité du centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie de Neufchâteau de 1990 à 1994. Thèse Med : Nancy I : 1996 ; 74 ref.

4) André E. Le traitement de la dépendance tabagique chez les alcooliques. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2 Suppl.) : 43S-60S.

5) Arenes J, Guilbert P, Baudier F. Baromètre Santé et Médecins généralistes, 1998-99. Edition Vanves : CFES, 1999. 218p.

6) Aubin HJ. 13ème journée de tabacologie. Réunion annuelle de la Société de Tabacologie. 10 octobre 1998, Villejuif. *Alcoologie* 1999 ; Tome 21 (1) : 83-92.

7) Aubin HJ. 3ème colloque d'alcoologie Lipha-Santé. Alcool et tabac. 7 mars 2001, Paris. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2 Suppl.) : 43S.

8) Aubin HJ, Gillet C, Roullet-Volmi MC, Troupel S, Laureaux C, Vallat B, Barrucand D. Variation des consommations de tabac et de café après sevrage d'alcool : données préliminaires. *Semaine des Hôpitaux de Paris* 1994 ; 70 (13-14) : 394-5.

9) Aubin HJ, Renon D, Lebargy F. Le bupropion, un nouveau traitement de la dépendance tabagique. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4) : 525-31.

10) Aubin HJ, Tilikete S, Barrucand D. Quantification de la consommation d'alcool. *Alcoologie* 1999 ; 21 (3) : 411-5.

11) Aubin HJ, Tilikete S, Lahmek P. Traitement cognitivo-comportemental du tabagisme. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (4) : 313-8.

12) Aubin HJ, Tilikete S, Roullet-Volmi MC, Barrucand D. Interrelations entre les dépendances alcoolique et tabagique. *Alcoologie* 1995 ; 17 (4) : 281-6.

13) Aubin HJ, Weber D, Hueber B, Roullet-Volmi MC, Barrucand D. Résultats d'une enquete auprès d'alcoologues français. *Alcoologie* 1994 ; 16 : 196-202.

14) Autret L, Métois A, Valentin D. Motivation des patients en centre d'alcoologie pour aborder le sevrage tabagique. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ; 24 (2) : 155-9.

15) Bagnal G. Use to alcohol, tobacco and illicite drug among 13 years old in the three areas in Britain. *Drug and alcohol dependance* 1998 ; 22 : 241-51.

16) Batel P. Comment motiver un alcoolodépendant à arrêter de fumer ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2 Suppl.) : 43S-60S.

17) Batel P, Pessione F, Maitre C, Rueff B. Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. *Addiction* 1995 ; 90 (7) : 977-80.

18) Battjes RJ. Smoking as an issue in alcohol and drug abuse treatment. Addictive Behaviors 1988 ; 13 (3) : 225-30.

19) Baudier F, Arènes J, CFES. Baromètre santé adultes 95/96. Edition Vanves : CFES, 1998. 288p.

20) Baudier F, Orlandini C, Oddoux K, Guilbert P. Les Français et le tabac. *Concours médical* 2000 ; 122 (22) : 1538-42.

21) Beidler RJ. Treating drug addicts and alcoholics together : a clinical trial. *Journal of Addictive Diseases* 1991 ; 10 (3) : 81-96.

22) Bérenger P, Schwan R, Fleury B, Rijaud A. Propositions pour l'amélioration de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool à l'hôpital. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ; 24 (1) : 41-6.

23) Berger G, Mauffret M. La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme : rapport d'évaluation / Premier ministre, Commissariat général du Plan, Conseil national de l'évaluation. Maison d'édition Paris : La Documentation française, 2000. 555p.

24) Bergeret J. Les conduites addictives. Approche clinique et thérapeutique.1990. In Venisse JL ed, les nouvelles addictions, 1990, Masson, Paris. p 3-9.

25) Besson J. Alcoolisme, stress et dépression. *Médecine et Hygiène* 1997 ; 55 : 1717-20.

26) Bien TH, Burge R. Smoking and drinking: a review of the literature. *The International Journal of Addictions* 1990 ; 25 (12) : 1429-54.

27) Birkui P, Youssi D, Osman M, Lepetit D, Arcival C, Rubal J, Dautzenberg B. Prédominance de l'influence du meilleur ami dans l'initiation au tabagisme des collégiens. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2suppl.) : 13S-17S.

28) Bobo JK, Anderson JR, Bowman A. Training chemical dependency counselors to treat nicotine dependence. *Addictive Behaviors* 1997 ; 22 (1) : 23-30.

29) Bobo JK, Davis CM. Cigarette smoking cessation and alcohol treatment. *Addiction* 1993 ; 88 (3) : 405-12.

30) Bobo JK, Gilchrist LD. Urging the alcoholic client to quit smoking cigarettes. *Addictive Behaviors* 1983 ; 8 : 297-305.

31) Bobo JK, Gilchrist LD, Schilling RF, Noach B, Schinke SP. Cigarette smoking cessation attemps by recovering alcoholics. *Addictive Behaviors* 1987 ; 12 : 209-215.

32) Bobo JK, Lando HA, Walker RD, McIlvain HE. Predictors of tobacco quit attempts among recovering alcoholics. *Journal of Substance Abuse* 1996 ; 8 (4) : 431-43.

33) Bobo JK, McIlvain HE, Gilchrist LD, Bowmann A. Nicotine dependence and intentions to quit smoking in three samples of male and female recovering alcoholics and problem drinkers. *Substance Use and Misuse* 1996 ; 31 (1) : 17-33..

34) Bolognini M, Rossier V, Plancherel B, Halfon O. Ce que consomment les jeunes toxicomanes. *Médecine et Hygiène* 1999 ; 57 : 1757-61.

35) Breslau N, Peterson E, Schultz L, Andreski P, Chilcoat H. Are smokers with alcohol disorders less likely to quit? *American Journal of Public Health* 1996 ; 86 (7) : 985-90.

36) Brower KJ, Blow FC, Hill EM, Mudd SA . Treatment outcome of alcoholics with and without cocaine disorders. *Alcohololism: Clinical and Experimental Research* 1994 ; 18 (3) : 734-9.

37) Burling TA, Salvio MA, Seidner AL, Ramsey TG. Cigarette smoking in alcohol and cocaine abusers. *Journal of Substance Abuse* 1996 ; 8 (4) : 445-52.

38) Burton SM, Tiffany ST. The effect of alcohol consumption on craving to smoke. *Addiction* 1997 ; 92 (1) : 15-26.

39) Campbell BK, Wander N, Stark MJ, Holbert T. Treating cigarette smoking in drug-abusing clients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1995 ; 12 (2) : 89-94.

40) Carmelli D, Swan GE, Robinette D. The relationship between quitting smoking and changes in drinking in World War II Veteran twins. *Journal of Substance Abuse* 1993 ; 5 (2) : 103-16.

41) Carmody TP, Brischetto CS, Matarazzo JD, O'Donnell RP, Connor WE. Co-occurent use of cigarettes, alcohol and coffee in healthy, community-living men and women. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 1985 ; 4 (4) : 323-35.

42) Carroll JF, Malloy TE. Combined treatment of alcohol-and drug dependent persons: a literature review and evaluation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1977 ; 4 (3) : 343-64.

43) Chabot JM. Lutte contre le tabagisme: quand la volonté part en fumée...*La Revue du praticien* 1999 ; 49 (15) : 1672-3.

44) Chan AW, Langan MC, Leong FW, Penetrante ML, Shanley DL, Aldrich-Castanik L. Substitution of chlordiazepoxide for ethanol in alcohol dependent mice. *Alcohol* 1986 ; 3 (5) : 309-16.

45) Changeux JP, Edelstein SJ. Allosteric receptors after 30 years. *Neuron* 1998 ; 21 (5) : 959-80.

46) Chen K, Kandel DB. The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health* 1995 ; 85 (1) : 41-7.

47) Choix et définition des termes essentiels de la pratique d'alcoologie. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 6S-12S.

48) Chollat-Traquet C. Evaluation de la lutte antitabac. Exemples concrets et principes directeurs. Maison d'édition Genève : OMS, 1998. 246p.

49) Choquet M, Ledoux S. Adolescent : enquête nationale ; analyse et prospective. Paris : Ed INSERM : la Documentation Française, 1994. 346p.

50) Ciraulo DA, Sands BF, Shader RI. Critical review of liability for benzodiazepine abuse among alcoholics. The *Amerian Journal of Psychiatry* 1988 ; 145 (2) : 1501-6.

51) Clements K, Glautier S, Stolerman IP, White JA, Taylor C. Classical conditioning in humans: nicotine as CS and alcohol as US. *Human Psychopharmacology* 1996 ; 11 : 85-95.

52) Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, Rojas M, Brook J, Streuning EL. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence, age and gender specific prevalence. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 1993 ; 34 (6) : 851-67.

53) Comité français d'éducation pour la santé. La lutte contre le tabagisme : plan de communication 1997-98-99. Maison d'édition Vanves : Comité français d'éducation pour la santé, 1998. Partie du dossier technique.

54) Com-Ruelle L, Dumesnil S. L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés. CREDES. Maison d'édition Paris : CREDES, 1997. 173p.

55) Conférence de consensus. L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus, Paris, 8 et 9 octobre 1998. EDK, Paris, 1998, 413p.

56) Conférence de consensus en alcoologie. Objectifs, indication et modalités du sevrage du patients alcoolodépendant. Paris, 17 mars 1999. *Alcoologie et Addictologie* 1999 ; 21 (S-2).

57) Cornelius JR, Salloum IM, Ehler JG, Jarrett PJ, Cornelius MD, Black A, Perel JM, Thase ME. Double-blind fluoxetine in depressed alcoholic smokers. *Psychopharmacology Bulletin* 1997 ; 33 (1) : 165-70.

58) Cornuz J, Humair JP. L'arrêt du tabac : pourquoi, quand et comment? *Médecine et Hygiène* 2000 ; 58 : 599-605.

59) Cornuz J, Uldry Ch, Zellweger JP. La consultation de désaccoutumance au tabac en pratique clinique. *Médecine et Hygiène* 1998 ; 56 : 2035-7.

60) Craplet M. Conférence ministérielle de l'OMS. Les jeunes et l'alcool. 19 au 21 février 2001, Stockholm. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4) : 558-59.

61) Daeppen JB, Smith TL, Danko GP, Gordon L, Landi NA, Nurnberger JI Jr, Bucholz KK, Raimo E, Schuckit MA. Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. The Collaborative Study Group on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol and Alcoholism* 2000 ; 35 (2) : 171-5.

62) Dally S. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Les médicaments. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 286-90.

63) Dally S. Alcoolisme et toxicomanies. Associations. Congrès de la société française d'alcoologie. Paris, 24 et 25 novembre 1995.

64) Danel T. Journée scientifique ECLAT-GRA. Tabac et alcool, l'heure de la remise en cause. 12 juillet 1998, Lille. *Alcoologie* 1998 ; 20 (3) : 283-88.

65) Danis D, D'Epagnier C, Udry C. Pression de l'entourage et motivations des patients alcooliques et toxicomanes pour entreprendre un traitement. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1997 ; 117 (11) : 913-18.

66) Dautzenberg B, Osman M, Birkui P, Youssi D, Lepetit D, Rubal C, Hayder R, Dautzenberg MD. Initiation de la dépendance au tabac chez les adolescents de Paris. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2suppl.) : 5S-11S.

67) Dawe S, Gerada C, Russel MA, Gray JA. Nicotine intake in smokers increases following a single dose of haloperidol. *Psychopharmacology (Berl)* 1995 Jan ; 117 (1) : 110-5.

68) Dawson DA. Drinking as a risk factor for sustained smoking. *Drug and Alcohol Dependence* 2000 ; 59 (3) : 235-49.

69) Debry G. Le café. Sa composition, sa consommation, ses incidences sur la santé. Monographie n°1. Edition Nancy : Centre de nutrition humaine, 1989. 231p.

70) Dejour F. Comorbidité anxiété-dépression-alcool. Validation du « General Health Questionnaire » dans une population de patients hospitalisés pour un sevrage alcoolique. *Alcoologie* 1995 ; 17 (4) : 297-305.

71) de l'Homme G, Jacob N. Evaluation de l'imprégnation nicotinique par les marqueurs tabagiques. *La Revue du praticien. Médecine générale* 2003 ; 17 (609) : 504-6.

72) Di chiara G, Imperato A. Drugs abused. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA* 1998 ; 85 : 5274-78.

73) DiFranza JR, Guerrera MP. Alcoholism and smoking. *Journal of Studies on Alcohol* 1990 ; 51 (2) : 130-5.

74) Dinwiddie SH, Cottler L, Compton W, Abballah AB. Psychopathology and HIV risk behaviors among injection drug users in and out of treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 1996 ; 43 (1-2) : 1-11.

75) Dunbar GC, Morgan DD, Perera KM. The concurrent use of alcohol, cigarettes and caffeine in British benzodiazepine users as measured by a general population survey. *British Journal of Addiction* 1988 ; 83 (6) : 689-94.

76) Efforts to quit smoking among persons with a history of alcohol problems-lowa, Kansas, and Nebraska, 1995-1996. *MMWR* 1997 ; 46 (48) : 1144-8.

77) Ellingstad TP, Sobell LC, Sobell MB, Cleland PA, Agrawal S. Alcohol abusers who want to quit smoking : implications for clinical treatment. *Drug and Alcohol dependence* 1999 ; 54 (3) : 259-65.

78) Enquête santé 1991-1992. Documents statistiques. SESI, vol n° 262 , sept 1996.

79) Ernouf D. Modalités du sevrage. Alcoolodépendance associée à la dépendance à une ou plusieurs autres substances psychoactives. *Alcoologie* 1999 ; 21 (2 Suppl.) : 144S- 150S.

80) Ernouf D, Aubin B, Narcisse G, Daoust M. Alcool et benzodiazépines: que de ressemblances! *Alcoologie* 1995 ; 17 : 136-43.

81) Escobedo LG, Marcus SE, Holtzman D, Giovino GA. Sport participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. *The Journal of the American Medical Association* 1993 ; 269 (11) : 1391-5.

82) Falomir JM, Mugny G. Influence sociale et résistance au changement chez les fumeurs. *Alcoologie* 1999 ; 21 (1) : 25-29.

83) Federman EB, Costello EJ, Angold A, Farmer ED, Erkanli A. Development of substance use and psychiatric comorbidity in an epidemiologic study of white and American Indian young adolescents. The Great Smoky Moutains study. *Drug and Alcohol Dependence* 1997 ; 44 (2-3) : 69-78.

84) Ferris J. Comparison of public perceptions of alcohol, drug and tobacco addiction. Moral VS. Disease Models. *DRAFT* 1994 ; 15 : 1-10.

85) Fertig JB, Allen JP. Alcohol and tobacco: from basic science to clinical practice. Research Monograph No.30. National Institutes of Health.

86) Friedman GD, Tekawa I, Klatsky AL, Sidney S, Armstrong MA. Alcohol drinking and cigarette smoking : an exploration of the association in middle-aged men and women. *Drug and Alcohol Dependence* 1991 ; 27 (3) : 283-90.

87) Gache P. Repérage et diagnostic des malades de l'alcool. *La Revue du praticien* 1999 ; 49 (4) : 375-8.

88) Gaudoneix-Taieb M, Beauverie P, Poisson N. Tabac et médicaments : liaisons dangereuses ? *Alcoologie et addictologie* 2001 ; 23 (1) : 7-12.

89) Gianoulakis C, de Waele JP. Genetics of alcoholism : role of the endogenous opioid system. *Metabolic Brain Disease* 1994 ; 9 (2) : 105-31.

90) Gillet C. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage. Le tabac. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 279-85.

91) Gillet C . Sevrage alcoolique et tabagisme. *Alcoologie* 1999 ; 21 (2 Suppl.) : 127S-132S.

92) Gillet C. Tabagisme et comportements à risqué associés. Réunion annuelle de la Société de Tabacologie et de la Société des Sciences Médicales de la Moselle. 4 juin 1999, Metz. *Alcoologie* 1999 ; Tome 21 (4) : 529-35.

93) Gillet C. 14ème journée de tabacologie. Réunion annuelle de la Société de tabacologie. Samedi 9 octobre 1999, Villejuif. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (2) : 153-8.

94) Gillet C. Réunion annuelle de la Société de tabacologie. 16ème journée de tabacologie. 6 octobre 2001, le Kremlin-Bicêtre. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ; 24 (1) : 76-82.

95) Gillet C. Pourquoi les alcoologues doivent-ils s'intéresser au tabac ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2 Suppl.) : 50S-53S.

96) Glautier S, Clements K, White JA, Taylor C, Stolerman IP. Alcohol and the reward value of cigarette smoking. *Behavioural Pharmacology* 1996 ; 7(2) : 144-54.

97) Guilbert P, Baudier F, Gautier A. Baromètre santé 2000. Résultats. Volume 2. Edition Vanves: CFES, 2001. 473p.

98) Gulliver SB, Kalman D, Rohsenow DJ, Colby SM, Eaton CA, Monti PM. Smoking and drinking among alcoholics in treatment: cross-sectional and longitudinal relationships. *Journal of Studies on Alcohol* 2000 ; 61 (1) : 157-63.

99) Gulliver SB, Rohsenow DJ, Colby SM, Dey AN, Abrams DB, Niaura RS, Monti PM. Interrelationship of smoking and alcohol dependence, use and urges to use. *Journal of Studies on Alcohol* 1995 ; 56 (2) : 202-6.

100) Hachet P. Consommation régulière de cannabis à l'adolescence et secret de famille. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (1) : 21-26.

101) Hachet P. L'addiction au risque à l'adolescence. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4) : 551-7.

102) Haut comité de santé publique. Ministère du travail et des affaires sociales. La santé en France 1994/98. Paris. La Documentation Française ed, 1998.

103) Haut comité d'étude et d'information sur l'alcoolisme. Les inducteurs de mortalité. Paris. La Documentation Française ed, 1991.

104) Hedlund L, Wahlstrom G. The effect of diazepam on voluntary ethanol intake in a rat model of alcoholism. *Alcohol and Alcoholism* 1998 ; 33 (3) : 207-19.

105) Helzer JE, Burnam A, Mc envoy LT. Alcohol abuse and dependence. Psychiatric disorders in America 1991. Robins LN and Regier DA.Eds.The free press, New York.

106) Henningfield JE, Clayton R, Pollin W. Involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use. *British Journal of Addiction* 1990 ; 85 (2) : 279-91.

107) Hill C. Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfice pour la santé de l'arrêt du tabac, et absence probable de bénéfice d'une réduction de la consommation. In : L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. EDK ed., Paris 1998 : 67-73.

108) Hirsch A. A propos du texte de consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac. *La Presse médicale* 1998 ; 27 (38) : 1969-70.

109) Hirsch A. Publicité pour le tabac et santé publique. *La Revue du praticien* 1999 ; 49 (9) : 917-8.

110) Hommel M. Enquête épidémiologique sur le comportement de jeunes français à l'égard des drogues licites et illicites. Une étude sur 1260 jeunes réalisée au centre de sélection de Nancy lors de l'examen d'aptitude au service national. Thèse Med : Nancy I : 1996 ; 51 ref.

111) Hubbell CL, Markes RF, Reid LD. A small dose of morphine leads rats to drink more alcohol and achieve higher blood alcohol concentrations. *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 1993 ; 17 (5) : 1040-3.

112) Hughes JR. An overview of nicotine use disorders for alcohol / drug abuse clinicians. *The American journal on addictions* 1996 ; 5 (3) : 262-72.

113) Hugues JR. Tobacco withdrawal in self-quitters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992 ; 60 (5) : 689-97.

114) Hughes JR. Smoking and alcoholism. In : Hatsukami DK, Cox J, editors. Behavioral approaches to addiction. New York : Cahners, 1994 : 1-3.

115) Hughes JR. Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol / drug problems. *Journal of Substance Abuse treatment* 1993 ; 10 : 181-7.

116) Hughes JR, Goldstein MG, Hurt RD, Schiffman S. Recent advances in the pharmacology of smoking. *The journal of the American Medical Association* 1999 ; 281 (1) : 72-6.

117) Hughes JR, Oliveto AH. Coffee and alcohol intake as predictors of smoking cessation and tobacco withdrawal. *Journal of Substance Abuse* 1993 ; 5 (3) : 305-10.

118) Humfleet G, Munoz R, Sees K, Reus V, Hall S. History of alcohol or drug problems, current use of alcohol or marijuana, and success in quitting smoking. *Addictive Behaviors* 1999 ; 24 (1) : 149-54

119) Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1971 ; 27(4) : 455-6.

120) Hurt RD, Croghan IT, Offord KP, Eberman KM, Morse RM. Attitudes toward nicontine dependence among chemical dependency unit staff- before and after a smoking cessation trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1995 ; 12 (4) : 247-52.

121) Hurt RD, Dale LC, Offord KP, Croghan IT, Hays JT, Gomez-Dahl L. Nicotine patch therapy for smoking cessation in recovering alcoholics. *Addiction* 1995 ; 90 (11) : 1541-6.

122) Hurt RD, Eberman KM, Croghan IT, Offord KP, Davis LJ, Morse RM, Palmen MA, Bruce BK. Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: a prospective intervention trial. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research* 1994 ; 18 (4): 867-72.

123) Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Gomez-Dahl L, Kottke TE, Morse RM, Melton LJ 3rd.. Mortality following inpatient addictions treatment. Rolle of tobacco use in community-based cohort. *The journal of the American Medical Association* 1996 ; 275 (14) : 1097-103.

124) Irving LM, Seidner AL, Burling TA, Thomas RG, Brenner GF. Drug and alcohol abuse inpatients' attitudes about smoking cessation. *Journal of Substance Abuse* 1994 ; 6(3) : 267-78.

125) Joeres R, Klinker H, Heusler H, Epping J, Zilly W, Richter E. Influence of smoking on caffeine elimination in healthy volunteers and in patients with alcoholic liver cirrhosis. *Patology* 1988 ; 8 (3) : 575-9.

126) Joseph AM, Nichol KL, Anderson H. Effect of treatment for nicotine dependance on alcohol and drug treatment outcomes. *Addictive Behaviors* 1993 ; 18 (6) : 635-44.

127) Kalman D. Smoking cessation treatment for substance misusers in early recovery: a review of the literature and recommendations for practice. *Substance Use and Misuse* 1998 ; 33 (10) : 2021-47.

128) Kaprio J, Hammar N, Koshenvuo M, Floderus-Myrhed B, Langinvainio H, Sarna S. Cigarette smoking and alcohol use in Finland and Sweeden : a cross national twin study. *International journal of epidemiology* 1982 ; 11 (4) : 378-86.

129) Karan LD. Initial encounters with tobacco cessation on the Inpatient Substance Abuse Unit of the Medical College of Virginia. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1993 ; 10 (2): 117-23.

130) Klatsky AL, Armstrong MA. Alcohol, smoking, coffee, and cirrhosis. *American Journal of Epidemiology* 1992 ; 136 (10) : 1248-57.

131) Lagrue G. Le danger du tabac : observation. *Quotidien du médecin FMC* 2000 ; 77 : 10-13.

132) Lagrue G. Arrêter de fumer ? Edition Odile Jacob, 1998.

133) Lagrue G, Cormier S, Vin-Datiche I, Porta A. Banalisation de la consommation de "H". *La Presse médicale* 1997 ; 26 (5) : 211-2.

134) Lagrue G, Lebargy F, Cormier A. Des récepteurs nicotiniques à la dépendance tabagique : perspectives thérapeutiques. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2 Suppl.) : 39S-42S.

135) Lagrue G, Légeron P, Azoulai G, Pelissolo S, Aubin HJ, Humbert R. Elaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ; 24 (1) : 33-7.

136) Lagrue G, Philippon C, Lafnoune N, Cormier S, Lebargy F. Le dosage de la cotinine urinaire : un guide pour l'adaptation posologique du traitement de la dépendance tabagique par la nicotine. *Semaine des Hôpitaux de Paris* 1994 ; 70 (13-14) : 387-90.

137) Landry M, Guyon L, Bergeron J, Provost G. Evaluation de la toxicomanie chez les adolescents. Développement et validation d'un instrument. *Alcoologie et Addictologie* 2002 ; 24 (1) : 7-13.

138) La santé en France 1994-1998. Comment ça va ? Actualité et dossier en santé publique 1998 ; 24 : 4-6.

139) Le AD, Corrigall WA, Watchus J, Harding S, Juzytsch W, Li Tic. Involvement of nicotinic receptors in alcohol self administration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2000 ; 24 : 155-63.

140) Lebargy F. Sevrage tabagique: le bupropion est deux fois plus efficace qu'un placebo. *La revue du praticien. Médecine générale* 2002 ; 16 (588) : 1479-87.

141) Le Blévec Y. Les associations d'aide aux personnes ayant un problème. Groupe de travail. La question des transferts de dépendance à l'arrêt de l'alcool. *Alcoologie* 1995 ; 17 (4) : 352-3.

142) Lecture critique des principales classifications existantes. Quelles classifications vous paraissent opérantes en pratique ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 13S-15S.

143) Ledoux S, Sizaret A, Hassler C, Choquet M. Consommation de substances psychoactives à l'adolescence. Revue des études de cohorte. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (1) : 19-40.

144) Leed-Kelly A, Russell KS, Bobo JK, McIlvain H. Feasibility of smoking cessation counseling by phone with alcohol treatment center graduates. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1996 ; 13 (3) : 203-10.

145) Lefebvre JL, Joveniaux A, Ton Van J et al. Epidemiological study of head and neck sqamous cell carcinomas. In processing ECCO 7; 1993 , abstract n° 680 : Jerusalem.

146) Lejoyeux M, Adès J . Echelles d'évaluation de la sévérité de la dépendance à l'alcool. *Alcoologie* 1999 ; 21 (3) : 403-9.

147) Lekka NP, Paschalis C, Beratis S. Nicotine, caffeine and alcohol use in high-and low-dose benzodiazepine users. *Drug and Alcohol Dependence* 1997 ; 45 (3): 207-12.

148) Le Moal M, Simon H. Mesocorticolimbic dopaminergic network : functional and regulatory roles. *Physiological Revue* 1991 ; 71 (1): 155-234.

149) Marcil-Denault J. Le développement de l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales dans les addictions. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (4) : 281-6.

150) Marks JL, Hill EM, Pomerleau CS, Mudd SA, Blow FC. Nicotine dependence and withdrawal in alcoholic and non-alcoholic ever-smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1997 ; 14 (6) : 521-7.

151) Martin JE, Calfas KJ, Patten CA, Polarek M, Hofstetter CR, Noto J, Beach D. Prospective evaluation of three smoking interventions in 205 recovering alcoholics: one-year results of Project SCRAP-Tobacco. *Journal of Consulting and clinical Psychology* 1997 ; 65 (1) : 190-4.

152) Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme. De la prévention au sevrage. Abrégé. Ed Masson, 2e édition, Paris, 2001.

153) Mathern G. Journées nationales de la Société de tabacologie. Le tabagisme dans tous ses états. 22 et 23 juin 2001, Saint-Etienne. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4) : 560-8.

154) McIlvain HE, Bobo JK, Leed-Kelly A, Sitorius MA. Practical steps to smoking cessation for recovering alcoholics. *American Family Physician* 1998 ; 57 (8) : 1869-76, 1879-82.

155) McKay JR. Studies of factors in relapse to alcohol, drug and nicotine use : a critical review of methodologies and findings. *Journal of Studies on Alcohol* 1999 ; 60 (4) : 566-76.

156) Mello NK, Mendelson JH, Palmieri SL. Cigarette smoking by women : interactions with alcohol use. *Psychopharmacology (Berl)* 1987 ; 93 (1) : 8-15.

157) Mello K, Mendelson JH, Sellers ML, Kuehnle JC. Effect of alcohol and marihuana on tobacco smoking. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 1980 ; 27 (2) : 202-9.

158) Menecier P, Auberger R, Menecier-Ossia L, Hazhaz O, Maalouf H. Consommation de tabac et autres psychotropes parmi une population admise a l'hôpital pour sevrage alcoolique. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (2) : 131-36.

159) Michaud PA. Adolescence et prévention. Le rôle des médecins. *Annales de Pédiatrie* (Paris) 1998 ; 45 (5) : 363-69.

160) Miller NS, Gold MS. Commorbid cigarette and alcohol addiction : epidemiology and treatment. *Journal of Addictive Diseases* 1998; 17 (1) : 55-66.

161) Miller WR, Hedrick KE, Taylor CA. Addictive Behaviors and life problems before and after behavioural treatment in problem drinkers. *Addictive Behaviors* 1983 ; 8 : 403-12.

162) Molimard R. Le prix du tabac. *Alcoologie* 1999 ; 21 (2) : 321-27.

163) Molimard R. Tabac et café, nicotine et caféine. *Semaine des Hôpitaux de Paris* 1994 ; 70 (13-14) : 370-5.

164) Molimard R, Gripoix M, Cohen C, Le Houezec J, Martin C. Relations entre alcoolisme et tabagisme : enquête épidémiologique chez l'homme et recherche d'un modèle animal de dépendance croisée. Cahier de l'IREB 1989 ; N°9 : 5-11.

165) Molimard R, Grippoix M. Pôles d'anxiété et tabagisme. *Semaine des Hôpitaux de Paris* 1994 ; 70 (13-14) : 404-6.

166) Morel A. Modes d'approche et de prise en charge des usagers de psychostimulants. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (4) : 319-24.

167) Morel A, Favre JD, Rigaud A. Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie ? Entre points communs et spécificités. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (3) : 393-403.

168) Mouren-Simeoni MC. Des conduites addictives aux substances licites et illicites chez l'enfant. Addiction et psychiatrie 1999 ; ed Venisse JL, Bailly D, Masson, Paris.

169) Murray RP, Cribbie RA, Istvan JA, Barnes GE. A longitudinal analysis of the relationship between changes in smoking and changes in drinking in a community sample: the Winnipeg Health and Drinking Survey. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 2002 ; 21 (3) : 237-43..

170) Murray RP, Istvan JA, Voelker HT. Does cessation of smoking cause a change in alcohol consumption? Evidence from the Lung Health Study. *Substance Use and Misuse* 1996; 31(2) : 141-56.

171) Murray RP, Istvan JA, Voelker HT, Rigdon MA, Wallance MD. Level of involvement with alcohol and success at smoking cessation in the lung health study. *Journal of Studies on Alcohol* 1995 ; 56 (1) : 74-82.

172) Nil R, Buzzi R, Battig K. Effect of single doses of alcohol and caffeine on cigarette smoke puffing behavior. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior* 1984 ; 20 (4) : 583-90.

173) Oddoux K, Perreti-Watel P, Orlandini C. Baromètre santé premiers résultats 2000. Ed Vanves : CFES, 2000. 73p.

174) Ollat H. Substratum neurobiologique de la dépendance à l'alcool. *Alcoologie* 1997 ; 19 (3 Suppl.) : 285-92.

175) Orleans CT, Hutchinson D. Tailoring nicotine addiction treatments for chemical dependency patients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1993 ; 10 : 197-208.

176) ORSAS-Lorraine 2000. La toxicomanie en Lorraine. Mise à jour n°2. Fiche 8.3.

177) Orsini JC. Dépendance tabagique et contrôle central de la glycémie et de l'appétit. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2Suppl.) : 28S-36S.

178) Paille F. 8ème journée d'alcoologie du Nord-Est. 5 décembre 1996, Nancy. *Alcoologie* 1997 ; 19 (4) : 429-37.

179) Paille F. Les sérotoninergiques : indications sélectives en alcoologie. *Alcoologie* 1997 ; 19 (3 Suppl) : 353-360.

180) Patten CA, Martin JE, Calfas KJ, Brown SA, Schroeder DR. Effect of three smoking cessation treatments on nicotine withdrawal in 141 abstinent alcoholic smokers. *Addictive Behaviors* 2000 ; 25 (2) : 301-6.

181) Patten CA, Martin JE, Myers MG, Calfas KJ, Williams CD. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for smokers with histories of alcohol dependence and depression. *Journal of Studies on Alcohol* 1998 ; 59 (3) : 327-35.

182) Pedinielli JL, Rouan G. Les dépendances : lectures psychopathologiques. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (1) : 5-8.

183) Pelc I. Thérapie cognitivo-comportementale de l'alcoolodépendant. Evolution des concepts et des pratiques. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (4) : 375-82.

184) Péquignot G, Tuyns AJ, Riboli E, Lowenfels A. Résultats d'une enquete alimentaire dans le Calvados. Ration alimentaire, consommation de tabac et d'alcool. *Gastroenterologie Clinique et Biologique* 1985 ; 9 (5) : 422-33.

185) Perine JL, Schare ML. Effect of counselor and client education in nicotine addiction on smoking in substance abusers. *Addictive Behaviors* 1999 ; 24 (3) : 443-7.

186) Perkins KA, Epstein LH, Sexton JE, Pastor S. Effects of smoking cessation on consumption of alcohol and sweet, high-fat foods. *Journal of Substance Abuse* 1990 ; 2 (3): 287-97.

187) Perkins KA. Combined effects of nicotine and alcohol on subjective, behavioral and physiological responses in humans. *Addiction Biology* 1997 ; 2 : 255-67.

188) Pezous AM, Pelissolo A, Lépine JP. Alcool, substances psychoactives et psychopathologie. *Alcoologie* 1999 ; 21 (HS) : 193-98.

189) Pirollet P, Gillet C, Aubin HJ, Paille F. Prévalence du tabagisme et influence de la consommation tabagique chez le malade alcoolique. *Semaine des Hôpitaux de Paris* 1994 ; 70 (13-14) : 393-4.

190) Pletcher VC. Nicotine treatment at the Drug Dependency Program of the Minneapolis VA Medical Center. A program director's perpective. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1993 ; 10 (2) : 139-45.

191) Pomerleau OF. What does research on nicotine and tobacco use have to offer alcohol researchers? *British Journal of Addiction* 1990 ; 85 (2) : 247-50.

192) Potthoff AD, Ellison G, Nelson L. Ethanol intake increases during continuous administration of amphetamine and nicotine, but not several other drugs. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior* 1983 ; 18 (4) : 489-93.

193) Pouchain D, Huas D, Druais PL, Wolf B. Implication des médecins généralistes dans la prévention. La *Revue du praticien. Médecine Générale* 1998 ; 12 (440) : 31-7.

194) Quels sont les moyens pour le repérage et le diagnostic des conduites d'alcoolisation ? *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 16S-25S.

195) Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. *BMJ (Clinical researched)* 1999 ; 318 (7177) : 182-5.

196) Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Annexe II. Classifications. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 41S-54S.

197) Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Annexe III. Outils d'évaluation de la consommation et de la dépendance. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4Suppl.) : 55S-63S.

198) Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Annexe IV. Techniques de motivation. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 64S-66S.

199) Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quels critères ? Texte court. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4 Suppl.) : 67S-75S.

200) Réocreux M. Alcool : consommation nocive et alcoolodépendance. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (4) : 305-11.

201) Réunion de la Société Française d'Alcoologie. Addictologie clinique : la codépendance. Résumés des communications. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (4) : 571-76.

202) Reynaud M. Dossier. Addictions. La *Revue du praticien. Médecine générale* 2002 ; 16 (561) : 121-36.

203) Reynaud M. Sevrage alcoolique et dépendance à d'autres substances psychoactives. *Alcoologie* 1999 ; 21 (2 Suppl.) : 133S-143S.

204) Reynaud M. Les réseaux et les liens avec les autres addictions. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2) : 249-56.

205) Reynaud M, Parquet PJ, Lagrue G. Les pratiques addictives. Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Editions Odile Jacob. Février 2000.

206) Rigaud A, Facy F. Apercus epidemiologiques sur les polyconsommations étudiées dans la population des consultants des CCAA. Communication à la journée ANIT-INSERM en collaboration avec l'ANPA ; 8 décembre 2000.

207) Robyn L, Richmond et Peter Anderson. Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK.I. Interpretation of results. *Addiction* 1994 ; 89 : 35-40.

208) Robyn L, Richmond et Peter Anderson. Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK.II. Representativeness of the results. *Addiction* 1994 ; 89 : 41-7.

209) Rosengren A, Wilhelmsen L, Wedel H. Separate and combined effects of smoking and alcohol abuse in middle aged men. *Acta Medica Scandinovica* 1988 ; 223 (2) : 111-8.

210) Ross HE. Benzodiazepine use and anxiolytic abuse and dependence in treated alcoholics. *Addiction* 1993 ; 88 (2) : 209-18.

211) Rustin TA. Incorporating nicotine dependence into addiction treatment. *Journal of Addictive Diseases* 1998 ; 17 (1) : 83-108.

212) Saxon AJ, McGuffin R, Walker RD. An open trial of transdermal nicotine replacement therapy for smoking cessation among alcohol- and drug-dependent inpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 1997 ; 14 (4) : 333-7.

213) Schaad N. Le cannabis et les cannaboides. *Médecine et hygiène* 2000 ; 58 (2298) : 968-970.

214) Schilstrom B, De Villiers S, Malmerfelt A, Svensson TH, Nomikos GG. Nicotine induced Fos expression in the nucleus accumbens and the medial prefrontal cortex of the rat : role of nicotinic and NMDA receptors in the ventral tegmental area. *Synapse* 2000 ; 36 (4) : 314-21.

215) Schmidt LG, Dufeu P, Heinz A, Kuhn S, Rommelspacher H. Serotonergic dysfunction in addiction : effects of alcohol, cigarette smoking and heroin on platelet 5-HT content. *Psychiatry Research* 1997 ; 72 (3) : 177-85.

216) SECED. Rapport descriptif de la consommation de café. Paris 1980.

217) Sees KL, Clark HW. When to begin smoking cessation in substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1993 ; 10 (2) : 189-95.

218) Seidner AL, Burling TA, Gaither DE, Thomas RG. Substance-dependent inpatients who accept smoking treatment. *Journal of Substance Abuse* 1996 ; 8 (1) : 33-44.

219) SESI. Les consommations de boissons alcooliques et de tabac. Enquête sur la santé et les soins médicaux 1980-1981. Solidarité santé cahiers statistiques n°1 décembre 1984.

220) Sher KJ, Gotham HJ, Erickson DJ, Wood PK. A prospective, high-risk study of the relationship between tobacco dependence and alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1996 ; 20 (3) : 485-92.

221) Shiffman S, Paty LA, Gnys M, Hickcox M, Kassel JA. Drinking and smoking: a field study of their association. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine* 1994 ; 16 : 203-9.

222) Shoaib M, Swanner LS, Yasar S, Golberg SR. Chronic caffeine exposure potentiates nicotine self-administration in rats. *Psychopharmacology (Berl)*1999 ; 142 (4) : 327-33.

223) Snow MG, Prochaska JO, Rossi JS. Stages of change for smoking cessation among former problem drinkers: a cross-sectional analysis. *Journal of Substance Abuse* 1992 ; 4 (2) : 107-116.

224) Sobell LC, Sobell MB, Kozlowski LT, Toneatto T. Alcohol or tobacco research versus alcohol and tobacco research. *British Journal of Addiction* 1990 ; 85 (2) : 263-9.

225) Sobell MB, Sobbel LC. Evolution de l'approche cognitivo-comportementale des problèmes lies à l'alcool. Les modifications personnelles assistées, prototypes techniques de motivation. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (4) : 295-304.

226) Soderpalm B, Ericson M, Olausson P, Blomqvist O, Engel JA. Nicotinic mechanism involved in the dopamine activating and reinforcing properties of ethanol. *Behavioural Brain Research* 2000 ; 113 (1-2) : 85-96.

227) Stark MJ, Campbell BK. Drug use and cigarette smoking in applicants for drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse* 1993 ; 5 (2) : 175-81.

228) Stinus L, Cador M, Ahmed S. Les effets de la nicotine. Approche expérimentale de la dépendance au tabac. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2Suppl.) : 50S-60S.

229) Stinus L, Cador M, Ahmed S. Les effets de la nicotine. Approche expérimentale de la dépendance au tabac. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (2 Suppl.) : 43S-49S.

230) Stuyt EB. Recovery rates after treatment for alcohol / drug dependence. Tobacco users vs. non-tobacco users. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions* 1997 ; 6 : 159-167.

231) Symposium de la Société Française d'Alcoologie. Les modalités de sevrage du patient alcoolodépendant. *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (1) : 88-90 .

232) Tanskanen A, Tuomilehto J, Viinamaki H, Vartiainen E, Lehtonen J, Puska P. Joint heavy use of alcohol, cigarettes and coffee and the risk of suicide. *Addiction* 2000 ; 95 (11) : 1699-704.

233) Tassin JP. Drogues, dépendance et dopamine. *Recherche* 1998 ; 29 (306) : 48-53 .

234) Toneatto A, Sobell LC, Sobell MB, Kozlowski LT. Effect of cigarette smoking on alcohol treatment outcome. *Journal of Substance Abuse* 1995 ; 7 (2) : 245-52.

235) Trédaniel J, Hirsch A. Tabagisme. Epidémiologie et pathologie liées au tabac. *La Revue du praticien* 1998 ; 48 (4) : 433-5.

236) Touzeau D, Jacquot C. Les traitements de substitution pour les usagers de drogues. Edition Paris : Arnette, 1997. 329p.

237) Trudeau DL, Isenhart C, Silversmith D. Efficacy of smoking cessation strategies in a treatment program. *Journal of Addictive Diseases* 1995 ; 14 (1) : 109-16.

238) Trugeon A. Patients, alcool et tabac en médecine générale : enquête régionale de prévalence, de détection et de morbidité. Observatoire régionale de santé de Picardie, DRASS de Picardie, Ministère des affaires sociales et de l'intégration. Maison d'édition Amiens : observatoire régionale de santé de Picardie, 1991. 103p.

239) Usages et drogues et toxicomanies. Dossier. *Actualité et dossier en santé publique* 1998 ; 22 : 1-18.

240) Varescon I, Madariaga E, Bloy A, Christoforov B, Boissonnas A. Le sevrage des toxicomanes aux opiacés. Modalités et résultats immédiats. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 (3) : 405-10.

241) Velter A, Guilbert Ph. Données concernant la consommation du tabac, les risques qui lui sont imputables et les bénéfices attendus d'un arrêt de sa consommation. *Semaine des Hôpitaux de Paris* 1999 ; 75 (13-14) : 369-83.

242) Vénisse JL, Bailly D. Addictions : quels soins ? Edition Paris : Masson, 1997. 271p..

243) Warnery M, Lowenstein W, Messaci K, Lepère-Prévot B, Sanchez M. Le concept d'addictologie et d'addiction : le point de vue de 90 patients. *Annales de Médecine Interne (Paris)* 2000 ; 151 (Suppl B) : 1336-43.

244) Yersin B. Les questionnaires de dépistage en alcoologie. *Alcoologie* 1999 ; 21 (3) : 397-401.

245) York JL, Hirsch JA. Drinking patterns and health status in smoking and nonsmoking alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1995 ; 19 (3) : 666-73.

246) Zeiner AR, Stanitis T, Spurgeon M, Nichols N. Treatment of alcoholism and concomitant drugs of abuse. *Alcohol* 1985 ; 2 (3) : 555-9.

247) Zimmerman RS, Warheit GJ, Ulbrich PM, Auth JB. The relationship between alcohol use and attempts and sucess at smoking cessation. *Addictive Behaviors* 1990 ; 15 (3) : 197-207.

248) Zullino D, Besson J, Schnyder C. Stage of change of cigarette smoking in alcohol-dependent patients. *European Addiction Research* 2000 ; 6 (2) : 84-90.

II) SERVEURS

1) Système expert Stop-Tabac.
www.stop-tabac.ch

2) serveur de l'Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé, ANAES.
http://www.anaes.fr

- Conférence de consensus. 7-8 mars 2001. Cité des sciences et de l'industrie. Paris.

Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolodépendant après un sevrage.

- Conférence de consensus. 17 mars 1999. Paris.

Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant.

- Conférence de consensus. Octobre 1998. Paris.

Arrêt de la consommation de tabac.

- Conférence de consensus. Janvier 2002.

Traitement de l'hépatite C.

- Rapport de janvier 2001.

Dépistage de l'hépatite C. Populations à dépister et modalités de dépistage.

3) serveur du Comité Français d'Education pour la Santé, CFES.
www.cfes.sante.fr

4) serveur de l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme, ANPA.
www.anpa.asso.fr

5) serveur de drogues alcool tabac info service.
www.drogues.gou.fr
datis@drogues-info.fr
téléphone 113

6) F3A Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie.
www.alcoologie.org

ANNEXE 1

CRITERES POUR LE DIAGNOSTIC DES TROUBLES ADDICTIFS
(d'après Goodman 1990)

A. Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.

B. Sentiment de tension augmentant avant de débuter le comportement.

C. Sentiment de plaisir, de soulagement en entreprenant le comportement.

D. Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.

E. Au moins cinq des items suivants :

1) fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation.

2. fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée.

3) efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement.

4) importante perte de temps passée à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.

5) réalisation fréquente du comportement lorsque les obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies.

6) d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement.

7) poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement.

8) tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou un effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité.

9) agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi.

F - Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

ANNEXE 2

CRITERIOLOGIE DE L'USAGE NOCIF OU DE L'ABUS D'UNE SUBSTANCE PSYCHO-ACTIVE

CIM - 10 (1992) **Critères de l'Utilisation** **Nocive pour la santé = F1x.1**	**DSM-IV (1994)** **Critères de l'abus d'une substance**
Mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (p; ex. hépatite consécutive à des ingestions) ou psychiques (p. ex. épisodes dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool). * Directives pour le diagnostic Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologique sou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui ou par l'environnement culturel et les conséquences sociales négatives (p. ex. une arrestation, la perte d'un emploi ou des difficultés conjugales) ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. De même une intoxication aiguë (F 1 x ..0) ou une "gueule de bois" ne sont pas en elles-mêmes "nocives pour la santé", selon la définition donnée ici Enfin, on ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance (F1 x.2), un trouble psychotique (F 1 x..5) ou un autre trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psycho-actives	A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois 1) Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison (p. ex. : absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ; 2) Utilisation répétée d'une substance dans les situations ou cela peut être physiquement dangereux (p. ex. : lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence de la substance) ; 3) Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (p. ex. : arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ; 4) Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (p; ex. : disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres). B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la Dépendance à une substance.

ANNEXE 3

CRITERIOLOGIE DE LA DEPENDANCE A UNE SUBSTANCE PSYCHO-ACTIVE

CIM-10 (1992) Critères du syndrome de dépendance = F1x.2x	DSM-IV (1994) Critères de dépendance à une substance
Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psycho-active spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psycho-active (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement. Au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :	Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou d'une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :
a) désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-active b) difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) c) syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psycho-active, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage d) mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psycho-active le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré. (Certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez les sujets non-dépendants). e) abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psycho-active et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets. f) poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (p. ex. atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif liée à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.	1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance 2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique) b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage 3) La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu 4) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance 5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p; ex. consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances) à utiliser le produit (p. ex. fumer sans discontinuité), ou à récupérer de ses effets 6) des activités sociales professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance 7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (p; ex. poursuite de la cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse par ex. (l' aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool) Spécifier si : Avec dépendance physique présence d'une tolérance ou d'un sevrage (c'est-à-dire des items 1 ou 2) Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (c'est-à-dire tant de l'item 1 que de l'item 2) Codification de l'évolution de la dépendance au 5ème caractère 0 rémission précoce complète 0 rémission précoce partielle 0 rémission prolongée complète 0 rémission prolongée partielle 2 traitement par agoniste 1 en environnement protégé 4 légère/moyenne/grave
La réduction de la variété des modes de consommation (p. ex. tendance à consommer toujours la même quantité d'alcool, tous les jours, quelles que soient les contraintes sociales concernant la norme en matière de boisson) a également été décrite comme étant caractéristique d'un syndrome de dépendance. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance réside dans la consommation ou dans le désir de prendre une substance psycho-active particulière. Le sujet prend habituellement conscience de la présence d'un désir compulsif quand il essaie d'interrompre la consommation d e la substance ou de contrôler son utilisation. On ne fait pas un diagnostic de syndrome de dépendance chez un sujet qui présente des signes de sevrage à l'arrêt d'une substance opiacée, administrée dans un but antalgique, après une intervention chirurgicale, et qui ne désire pas continuer à prendre des substances psycho-actives. Le syndrome de dépendance peut concerner une substance spécifique (p. ex. le tabac ou le diazepam), une catégorie de substances (p. ex. les opiacés) ou de nombreuses substances différentes (certains sujets ont un désir compulsif de prendre n'importe quelle substance disponible et présentent un sentiment de détresse, une agitation ou des signes physiques de sevrage quand ils ne peuvent pas s'en procurer).	La caractéristique essentielle de la dépendance à une substance est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré les problèmes significatifs liés à la substance. Il existe un mode d'utilisation répétée qui conduit en général, à la tolérance, au sevrage et à un comportement de prise compulsive. (...) Ni la tolérance ni le sevrage ne sont nécessaires ou suffisants pour le diagnostic de dépendance à une substance. Certains sujets (...) montre un mode d'utilisation compulsive sans aucun signe de tolérance ou de sevrage. (...) Le point-clé pour évaluer le critère 7 (est) plutôt l'incapacité du sujet à s'abstenir d'utiliser la substance bien qu'il ait des preuves des difficultés qu'elle provoque

ANNEXE 4

NOMBRE U.I.A. (UNITE INTERNATIONALE D'ALCOOL)

- un verre	de vin	à 12 °	= 10 cl	= 1 verre UIA
- un quart	de vin	à 10°	= 25 cl	= 2 verres UIA
- une bouteille	de vin	à 12°	= 75 cl	= 7 verres UIA
- une bouteille	de champagne	à 12°	= 75 cl	= 7 verres UIA
- un demi	de bière	à 5°	= 25 cl	= 01 verre UIA
- une canette	de bière	à 5°	= 33 cl	= 1,33 verre UIA
- une canette	de bière	à 9°	= 50 cl	= 4 verres UIA
- un verre	de porto	à 20°	= 6 cl	= 1 verre UIA
- une bouteille	de porto	à 20°	= 75 cl	= 12 verres UIA
- un verre	de cognac	à 40°	= 3 cl	= 1 verre UIA
- un verre	de pastis	à 45°	= 3 cl	= 1 verre UIA
- un verre	de whisky	à 40°	= 3 cl	= 1 verre UIA
- une bouteille	de whisky	à 40°	= 75 cl	= 22 verres UIA

ANNEXE 5

GRILLE DE RECUEIL (D'après Nalpas)

La consommation habituelle		**Les écarts**	
/___/ Jamais de boissons alcoolisés		/___/ jamais d'écart	
Rythme	Nombre de verres par jour de consommation	Nombre d'écarts	Nombre de verres à chaque écart
Quotidien Occasionnel /___/___/ jours/semaine /___/___/ jours/mois /___/___/ jours/an	Type de boisson Vin 12° /___/___/ Bière ° /___/___/ Apéritif 20° /___/___/ Anisés 45° /___/___/ Alcools 40° /___/___/	 Par semaine /___/___/ Par mois /___/___/ Par an /___/___/	Type de boisson Vin 12° /___/___/ Bière /___/___/ Apéritif 20° /___/___/ Anisés 45° /___/___/ Alcools 40° /___/___/

Grille de recueil hebdomadaire

Dimanche	Matin	Déjeuner	Après-midi	Dîner	Soirée	Total
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						
Samedi						
Dimanche						
Total hebdomadaire						

ANNEXE 6

QUESTIONNAIRE AUDIT

Questionnaire audit	0	1	2	3	Score 4
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool	Jamais	1 fois par mois ou moins	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
5. Au cours de l'année écoulée combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
7. Au cours de l'année écoulée combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois	Une fois par semaine	Tous les jours ou presque
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Jamais		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année
10. Un parent, un amis, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année
TOTAL					

ANNEXE 7

SMAST	Scores des réponses	
	Oui	Non
1. Pensez-vous que vous consommez de l'alcool en quantité plus que la normale	2	0
2. Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation d'alcool ?	1	0
3. Vous êtes-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool	1	0
4. Est-ce que vos amis et vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ?	0	2
5. Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez ?	0	2
6. Avez-vous déjà assisté à une réunion d'ancien buveurs pour un problème d'alcool ?	5	0
7. Est-ce que l'alcool a déjà créé des problèmes entre vous et votre conjoint (e) ?	2	0
8. Avez vous déjà eu des problèmes professionnels à cause de votre consommation d'alcool ?	2	0
9. Avez-vous déjà négligé vos obligations, votre famille ou votre travail pendant deux jours de suite et plus en raison de votre consommation d 'alcool ?	2	0
10. Avez-vous demandé de l'aide ou des conseils à autrui au sujet de votre consommation ?	5	0
11. Avez-vous déjà été hospitalisé en raison de votre consommation d'alcool ?	5	0
12. Avez-vous déjà été arrêté, ne serait-ce que quelques heures en raison d'un état d'ivresse ?	2	0
13. Avez-vous déjà été inculpé d'ivresse au volant ?	2	0
TOTAL		

ANNEXE 8

TEST D'EVALUATION DE LA MOTIVATION DE RICHEMOND et Al.

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?	Non	0
	Oui	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyen	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous cesser de fumer dans les 4 semaines à venir ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3

0-6 : motivation faible ou moyenne
7-9 : motivation bonne
10 : motivation très bonne

ANNEXE 9

TEST DE MOTIVATION A L'ARRET DU TABAC
Proposé par Lagrue et al.

1. Pensez-vous que dans 6 mois :	
. Vous fumerez toujours autant	0
. Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes	1
. Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes	2
. Vous aurez arrêté de fumer	3
2. Pensez-vous qu'arrêter de fumer serait quelque chose de valorisant pour l'image que vous avez de vous ?	
. Pas du tout	0
. Un peu	1
. Beaucoup	2
3. Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?	
. Pas du tout	0
. Un peu	1
. Beaucoup	2
4. Pensez-vous que dans quatre semaines :	
. Vous fumerez toujours autant	0
. Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes	1
. Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes	2
. Vous aurez arrêté de fumer	3
5. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ?	
. Jamais	0
. Une ou plusieurs fois	1
6. Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?	
. Jamais	0
. Quelquefois	1
. Souvent	2
7. Pensez-vous que fumer soit mauvais pour votre santé ?	
. Pas du tout	0
. Un peu	1
. Beaucoup	2
Score	0 - 15

ANNEXE 10

ECHELLE H.A.D.

Entourez le chiffre correspondant

A. Je me sens tendu ou énervé :

3. La plupart du temps
2. Souvent
1. De temps en temps
0. Jamais

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

0. Oui, tout autant
1. Pas autant
2. Un peu seulement
3. Presque plus

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

3. Oui, très nettement
2. Oui, mais ce n'est pas trop grave
1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0. Pas du tout

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

0. Autant que par le passé
1. Plus autant qu'avant
2. Vraiment moins qu'avant
3. Plus du tout

A. Je me fais du souci :

3. Très souvent
2. Assez souvent
1. Occasionnellement
0. Très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :

3. Jamais
2. Rarement
1. Assez souvent
0. La plupart du temps

A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :

0. Oui, quoiqu'il arrive
1. Oui, en général
2. Rarement
3. Jamais

D. **J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**

3. Presque toujours
2. Très souvent
1. Parfois
0. Jamais

A. **J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :**

0. Jamais
1. Parfois
2. Assez souvent
3. Très souvent

D. **Je ne m'intéresse plus à mon apparence :**

3. Plus du tout
2. Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1. Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0. J'y prête autant d'attention que par le passé

A. **J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place** :

3. Oui, c'est tout à fait le cas
2. Un peu
1. Pas tellement
0. Pas du tout

D. **Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :**

0. Autant qu'avant
1. Un peu moins qu'avant
2. Bien moins qu'avant
3. Presque jamais

A. **J'éprouve des sensations soudaines de panique**

3. Vraiment très souvent
2. Assez souvent
1. Pas très souvent
0. Jamais

D. **Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :**

0. Souvent
1. Parfois
2. Rarement
3. Très rarement

à remplir par le médecin

Total A = /____/ Total D = /____/

ANNEXE 11

TEST DE HORN
EVALUATION DES HABITUDES TABAGIQUES

Entourez le chiffre correspondant :

5 = Toujours 4 = Souvent 3 = Moyennement 2 = Parfois 1 = Jamais

a. Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace	5 4 3 2 1
b. C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5 4 3 2 1
c. Fumer est pour moi une détente	5 4 3 2 1
d. J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e)	5 4 3 2 1
e. Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5 4 3 2 1
f. Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5 4 3 2 1
g. Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5 4 3 2 1
h. Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir	5 4 3 2 1
i. Il y a quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5 4 3 2 1
j. Je fume quand je suis mal à l'aide ou quand je suis énervé(e)	5 4 3 2 1
k. Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5 4 3 2 1
l. J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5 4 3 2 1
m. Je fume pour retrouver mon entrain	5 4 3 2 1
n. J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée	5 4 3 2 1
o. Je fume quand je me sens bien et détendu(e)	5 4 3 2 1
p. Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5 4 3 2 1
q. Quand je n'ai pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5 4 3 2 1
r. Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5 4 3 2 1

Simulation	a + g + m =
Plaisir du geste	b + h + n =
Relaxation	c + i + o =
Anxiété-soutien	d + j + p =
Besoin absolu	e + k + q =
Habitude acquise	f + l + r =

ANNEXE 12

TEST DE FAGERSTROM

. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- mois de cinq minutes	3
- 6 à 30 minutes	2
- 31 à 60 minutes	1
- après plus d'une heure	0

. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?

. oui	1
. non	0

. Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?

. la première	1
. autres	0

. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

. Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- oui	1
- non	0

. Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?

- oui	1
- non	0

***Interprétation** : 0 à 2 : pas de dépendance ; 3 à 4 dépendance faible, 5 à 6 dépendance moyenne, 7 à 8 dépendance forte ; 9 à 10 : dépendance très forte*

SHORT TABAC TEST

D'après Fagerstrom (G. De l'Homme, B. Lebeau)

. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- moins de 5 minutes	3
- 6 à 30 minutes	2
- 31 à 60 minutes	1
- après plus d'une heure	0

***Interprétation** : 0 à 1 : pas de dépendance, 2 à 3 : dépendance modérée, 4 à 6 : dépendance forte*

NOM : Prénom : Sexe* : M - F

Date de naissance : /___/___/___/___/___/___/___/ Date de réunion : /___/___/___/___/___/___/

Questionnaire validé par :

ANNEXE 13

QUESTIONNAIRE

CONSOMMATION TABAGIQUE

Version 23/5/00

(* entourer la mention retenue)

1. A quel âge avez-vous fumé votre 1ère cigarette /___/___/ ans

   A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement /___/___/ ans

2. Avez-vous déjà arrêté de fumer ? Oui-Non *

   Si oui :

   Combien de tentatives sérieuses de sevrage avez-vous fait ? /___/___/

   Combien de fois n'avez-vous pas fumé pendant au moins trois mois ? /___/___/

   Quelle a été votre plus longue période d'abstinence ? /___/___/___/ mois

   Quelle(s) aide (s) avez-vous déjà utilisée(s)* :

   . Aucune aide

   . Traitement substitutif à la nicotine : gommes, timbres (patchs), comprimés, autres

   . Tranquillisants. Antidépresseurs, autres médicaments psychotropes

   . Homéopathie, phytothérapie (médicaments à base de plantes)

   . Acupuncture ou auriculothérapie

   . Groupe de sevrage. Plan de 5 jours. Autres (en clair) :

   Avez-vous pris du poids lors de l'arrêt ? Oui - Non*

   Si oui, nombre de Kg pris : /___/___/

   Quelle vous paraît être la cause de votre dernière rechute / tabac ? Stress, Mal-être, irritabilité, moment convivial, prise de poids, autres

3. Pendant combien d'années avez-vous fumé à ce jour ? /___/___/

4. Avez-vous actuellement des fumeurs réguliers autour de vous ? (plusieurs réponses possibles) :

   Aucun, père, mère, frères, sœurs, conjoint, enfants, amis, collègues*

5. Combien dépensez-vous/semaine pour votre consommation tabagique ? /___/___/___/

6. Avez-vous l'impression que

- boire de l'alcool vous incite à fumer davantage ? Oui - Non*

. fumer vous incite à boire davantage d'alcool ? Oui - Non*

7. Combien fumiez-vous par jour avant votre hospitalisation en médecine L

cigarettes industrielles /___/___/ (nombre) cigarettes roulées ou pipes /___/___/ (gr de tabac utilisés)

cigarillos /___/___/ (nombre) cigares /___/___/ (nombre)

Marque (en clair) :

8. Combien fumez-vous par jour depuis que vous êtes entré(e) en médecine L

cigarettes industrielles /___/___/ (nombre) cigarettes roulées ou pipes /___/___/ (gr de tabac utilisés)

cigarillos :/___/___/ (nombre) cigares /___/___/ (nombre)

AUTRES HABITUDES DE VIE

AVANT D'ETRE HOSPITALISE(E) EN MEDECINE L.

Pour vous aider à répondre à la question sachez que :

1 litre de vin = 10 verres ; 0,75 litre de vin = 7 verres

1 litre de bière à 5° = 4 verres ; une canette de bière de 25 cl = un demi = un verre

1 litre d'apéritif anisé ou alcool fort : = 40 verres ; 1 litre d'autres apéritifs = 15 verres

1. Nombre de verres d'alcool consommés lors d'une journée habituelle d'alcoolisation (remplir selon le cas la question a ou b)

a) Si votre consommation d'alcool était quotidienne :

Vin /___/___/ verres Bière /___/___/ verres

Alcools forts ou apéritifs anisés :/___/___/ verres - Autres apéritifs /___/___/ verres

b) Si votre consommation d'alcool était non quotidienne

- Indiquez le nombre de verres d'alcool consommés lors d'une journée habituelle d'alcoolisation

Vin /___/___/ verres Bière /___/___/ verres

Alcools forts ou apéritifs anisés /___/___/ verres - Autres apéritifs /___/___/ verres

- Indiquez le nombre de jour avec alcool /___/ jours/semaines ou /___/ jours/mois

- Quelle est la durée en jours d'une période sans alcool ? /___/___/___/ jours

2. Preniez-vous un traitement ?

. - Pour diminuer votre anxiété, pour vous détendre ?

Non - Oui régulièrement - Oui irrégulièrement*

Si Oui, augmentiez-vous de vous-même la dose prescrite ? Oui - Non*

- Pour dormir ?

Non - Oui régulièrement - Oui irrégulièrement*

- Si Oui, augmentiez-vous de vous-même la dose prescrite ? Oui - Non*

3. Avez-vous déjà consommé

. du haschich Oui - Non*

Si oui : la dernière consommation date de : . plus de douze mois

Un à douze mois

Moins d'un mois

Moins d'une semaine

- d'autres drogues illicites Oui - Non*

Si oui : par voie intraveineuse Oui - Non *

La dernière consommation date de Plus de douze mois

Un à douze mois

Moins d'un mois

Moins d'une semaine

4. Avez-vous tendance à grignoter ? Oui- Non*

5. Votre poids est-il un problème pour vous ? Oui - Non*

6. Quel est le poids le plus élevé que vous ayez atteint /___/___/ kg (hors grossesse)

7. Avez-vous déjà fait un régime amaigrissant ? Oui - Non*

8. Habituellement, combien de tasses de café buvez-vous par jour ? /___/___/

(un petit bol = 2 tasses, un grand bol = 4 tasses, un litre = 10 tasses)

9. Pratiquez-vous des activités sportives ?

Une fois et plus/semaine, Une à trois fois/mois, Moins d'une fois/mois, Jamais*

10. Quel est votre poids actuel :/___/___/, votre taille : /___/___/___/ cm

QUELLE EST VOTRE ATTITUDE VIS A VIS D'UN ARRET DU TABAC

1. Quelle est actuellement votre motivation à arrêté de fumer (Cotez votre opinion en entourant un chiffre de 0 (pas du tout) à 10 (beaucoup)

(Pas du tout) 0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10 (Beaucoup)

2. Vous envisagez un sevrage tabagique

1 a. Pendant votre séjour en médecine L : Oui - Non

1 b. Après votre sortie de médecine L : Oui - Non*

Si Oui* dès votre sortie, dans les 3 mois, dans les 6 mois, dans les 12 mois, plus tard

.....

SI VOUS AVEZ REPONDU OUI A LA QUESTION 1a OU 1b, répondre aux questions 3 à 6

SI VOUS AVEZ REPONDU NON A LA QUESTION 1a et 1 b, allez directement à la question 7

.....

VOUS AVEZ REPONDU OUI A LA QUESTION 1a ou 1b

3. Le sevrage tabagique vous paraît (Coter votre opinion en entourant un chiffre de 0 à 10)

Plus facile 0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10 Plus difficile que le sevrage alcoolique

4. Quelles sont à votre avis vos chances de réussite du sevrage tabagique (Cotez votre opinion en entourant un chiffre de 0 à 10)

0 %___1___2___3___4___5___6___7___8___9___100 %

5. Craignez-vous que le sevrage tabagique compromette votre abstinence par rapport à l'alcool (Cotez votre opinion en entourant un chiffre de 0 à 10)

Pas du tout 0___1___2___3___4___5___6___7___8___9___10 Beaucoup

6. Pour quelles raisons envisagez-vous d'arrêter de fumer

Vous craignez pour votre santé future	Oui - Non
Vous voulez être en meilleure forme physique	Oui - Non
Vous voulez préserver votre aspect physique	Oui - Non
Vous avez des problèmes de santé liés au tabac	Oui - Non
Vous faites du sport ou vous avez l'intention d'en faire	Oui - Non
Vous souhaitez ne pas gêner votre entourage par la fumée	Oui - Non
Votre conjoint est enceinte ou vous êtes enceinte	Oui - Non
Vous souhaitez protéger vos enfants en bas âge	Oui - Non
Vous voulez donner le bon exemple à vos enfants	Oui - Non
Votre médecin vous l'a conseillé	Oui - Non
Votre entourage familial ou amical vous l'a conseillé	Oui - Non
Fumer dans les lieux publics (lieu de votre travail…) est interdit	Oui - Non
Le tabac coûte trop cher	Oui - Non
Etre dépendant de la cigarette vous gêne	Oui - Non
Vous prenez moins de plaisir à fumer	Oui - Non

Aucune de ces raisons, précisez en clair

VOUS AVEZ REPONDU NON A LA QUESTION 1a et 1b

7. **Pour quelles raisons ne souhaitez-vous pas arrêter de fumer ?**

Vous craignez que le sevrage tabagique compromette votre abstinence par rapport à l'alcool (Cotez votre opinion en entourant un chiffre de 0 à 10)

Pas du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Beaucoup

Vous craignez de prendre du poids Oui - Non

Vous craignez d'être trop nerveux Oui - Non

Vous souhaiteriez arrêter de fumer mais êtes persuadé d'échouer Oui - Non

Vous avez beaucoup de plaisir à fumer Oui - Non

Vous n'en voyez pas l'intérêt Oui - Non

Aucune de ces raisons : précisez en clair

8. **Vous ne souhaitez pas arrêter de fumer. Malgré tout, quelles raisons pourraient éventuellement vous inciter un jour à le faire**

La crainte pour votre santé future Oui - Non

Le souhait d'une meilleure forme physique Oui - Non

Le souhait de préserver votre aspect physique Oui - Non

L'existence de problèmes de santé liés au tabac Oui - Non

La pratique du sport Oui - Non

La gêne pour votre entourage provoquée par la fumée Oui - Non

Le fait d'avoir des enfants en bas âge Oui - Non

L'envie d'avoir un enfant ou l'attente d'un enfant Oui - Non

L'envie de donner un bon exemple à vos enfants Oui - Non

Le conseil de votre médecin Oui - Non

Le conseil ou la demande de votre entourage familial ou amical Oui - Non

L'interdiction de fumer sur votre lieu de travail Oui - Non

L'interdiction de fumer dans les lieux publics Oui - Non

Le prix du tabac Oui - Non

La contrainte engendrée par la dépendance tabagique Oui - Non

La diminution ou l'absence de plaisir de fumer Oui - Non

Aucune de ces raisons : précisez en clair :

NOM Prénom Date : /__/__/ /__/__/ /__/__/

TEST DE DEPENDANCE A LA NICOTINE

(Faire une croix dans la case correspondante)

1. **Combien de cigarettes fumez vous par jour ?**

. 10 ou moins /___/ 0

. 11 à 20 /___/ 1

. 21 à 31 /___/ 2

. plus de 31 /___/ 3

2. **Fumez-vous plus pendant les premières qui suivent le réveil que l'après-midi ?**

. oui /___/ 1

. non /___/ 0

5. **A quel moment fumez-vous votre première cigarette ?**

. moins de 5 mn après le réveil /___/ 3

. 6 à 30 mn après le réveil /___/

. 31 à 60 mn après le réveil /___/ 1

. Plus de 60 mn après le réveil /___/ 0

6. **Quelle cigarette trouvez-vous la meilleure ?**

. La première /___/ 1

. Une autre /___/ 0

7. **Fumez-vous même si une maladie (grippe, angine...) vous oblige à rester au lit ?**

. Oui /___/ 1

. Non /___/ 0

8. **Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits (cinéma, salle d'attente...)**

. Oui /___/ 1

. Non /___/ 0

TOTAL /___/___/

TEST DE HORN
EVALUATION DES HABITUDES TABAGIQUES

Entourez le chiffre correspondant :

5 = Toujours 4 = Souvent 3 = Moyennement 2 = Parfois 1 = Jamais

a. Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace	5 4 3 2 1
b. C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5 4 3 2 1
c. Fumer est pour moi une détente	5 4 3 2 1
d. J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e)	5 4 3 2 1
e. Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5 4 3 2 1
f. Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5 4 3 2 1
g. Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5 4 3 2 1
h. Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir	5 4 3 2 1
i. Il y a quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5 4 3 2 1
j. Je fume quand je suis mal à l'aide ou quand je suis énervé(e)	5 4 3 2 1
k. Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5 4 3 2 1
l. J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5 4 3 2 1
m. Je fume pour retrouver mon entrain	5 4 3 2 1
n. J'ai du plaisir à regarder les volutes de fumée	5 4 3 2 1
o. Je fume quand je me sens bien et détendu(e)	5 4 3 2 1
p. Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5 4 3 2 1
q. Quand je n'ai pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5 4 3 2 1
r. Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5 4 3 2 1

Simulation	a + g + m =
Plaisir du geste	b + h + n =
Relaxation	c + i + o =
Anxiété-soutien	d + j + p =
Besoin absolu	e + k + q =
Habitude acquise	f + l + r =

ECHELLE H.A.D.

Entourez le chiffre correspondant

A. Je me sens tendu ou énervé :

3. La plupart du temps
2. Souvent
1. De temps en temps
0. Jamais

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

0. Oui, tout autant
1. Pas autant
2. Un peu seulement
3. Presque plus

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

3. Oui, très nettement
2. Oui, mais ce n'est pas trop grave
1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
0. Pas du tout

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

0. Autant que par le passé
1. Plus autant qu'avant
2. Vraiment moins qu'avant
3. Plus du tout

A. Je me fais du souci :

3. Très souvent
2. Assez souvent
1. Occasionnellement
0. Très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :

3. Jamais
2. Rarement
1. Assez souvent
0. La plupart du temps

A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sens décontracté :

0. Oui, quoiqu'il arrive
1. Oui, en général
2. Rarement
3. Jamais

D. **J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**

3. Presque toujours
2. Très souvent
1. Parfois
0. Jamais

A. **J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :**

0. Jamais
1. Parfois
2. Assez souvent
3. Très souvent

D. **Je ne m'intéresse plus à mon apparence :**

3. Plus du tout
2. Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
1. Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
0. J'y prête autant d'attention que par le passé

A. **J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place** :

3. Oui, c'est tout à fait le cas
2. Un peu
1. Pas tellement
0. Pas du tout

D. **Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :**

0. Autant qu'avant
1. Un peu moins qu'avant
2. Bien moins qu'avant
3. Presque jamais

A. **J'éprouve des sensations soudaines de panique**

3. Vraiment très souvent
2. Assez souvent
1. Pas très souvent
0. Jamais

D. **Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :**

0. Souvent
1. Parfois
2. Rarement
3. Très rarement

à remplir par le médecin

Total A = /____/ Total D = /____/

1. Stade de motivation : Pré-intention - Intention - Préparation - Action - Maintien - Résolution

2. Stade de motivation : Pré-intention - Intention - Préparation - Action - Maintien - Résolution

VU

NANCY, le **11 avril 2003**
Le Président de Thèse

Professeur **F. PAILLE**

NANCY, le **23 mai 2003**
Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **02 juin 2003**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

Résumé :

La prévalence du tabagisme diminue dans la population générale mais pas dans la population alcoolique où l'on compte entre 70 et 95% de fumeurs. Cent vingt et un patients alcoolotabagiques hospitalisés pour sevrage d'alcool au CHRU de Nancy ont répondu à un questionnaire. Son étude a permis une évaluation de l'histoire et des habitudes tabagiques, des relations entre les consommations d'alcool et de tabac, de la motivation pour un éventuel sevrage tabagique, des consommations associées de médicaments et de drogues illicites, des états d'anxiété et de dépression chez ces malades. Ces patients étaient plus dépendants à la nicotine, consommaient davantage de médicaments, avaient moins d'expérience de tentatives antérieures de sevrage tabagique que la moyenne des fumeurs français, étaient très anxieux. Une proportion non négligeable (16,5%) était prête à entreprendre un sevrage en tabac simultanément à celui d'alcool et 27,3% étaient au stade de préparation. Ces patients les plus motivés fumaient moins par plaisir ou pour se relaxer, avaient déjà plus tenté de cesser de fumer, croyaient davantage en leurs chances de réussite, étaient plus gênés par leur dépendance nicotinique que les malades alcoolotabagiques au stade d'intention et de preintention. Les soignants doivent prendre conscience de cette motivation afin d'y répondre de façon adéquate. Par contre, aucun consensus thérapeutique n'a été établi à ce jour pour les sevrages alcool-tabac. Une meilleure connaissance des interactions complexes, des recherches cliniques scientifiquement validées menées spécifiquement chez les mésusagers d'alcool sont nécessaires pour préciser les modalités thérapeutiques.

Tobacco consumption among alcohol-addicted patients hospitalized for an alcoholic cessation programm :

study about 121 self-answered-questionnaires.

THESE : MEDECINE GENERALE- ANNEE 2003

MOTS CLEFS : Addiction. Alcoolisme. Tabagisme. Alcoolodépendance. Dépendance tabagique. Codépendance. Alcoolotabagique. Substances psychoactives. Sevrage tabagique. Sevrage alcoolique. Sevrage alcoolotabagique. Traitement.

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cédex