

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2012

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

La démarche de sevrage tabac au cours d'un sevrage alcool hospitalier :

Evaluation à 1 mois.

Présentée et soutenue publiquement le 03 décembre 2012

Au pôle formation de la faculté

Par *Virginie Suau*

Jury

Président : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET
Monsieur le Professeur Arnaud SCHERPEREEL
Madame le Docteur Anne BENARD**

Directeur de thèse : Madame le Docteur Anne BENARD

Sommaire

1. INTRODUCTION	4
1.1 Quelques données d'épidémiologie	4
1.1.1 Tabac : évolution des consommations	4
1.1.2 Alcool : prédominance masculine.....	4
1.1.3 Alcool et tabac : épidémiologie d'une dépendance croisée.....	5
1.2 Association alcool-tabac.....	5
1.2.1 Effets synergiques sur la mortalité	5
1.2.2 Mécanismes de l'association	6
1.2.2.1 Hypothèse neurobiologique	6
1.2.2.2 Hypothèse neuropsychologique.....	6
1.2.2.3 Facteurs de vulnérabilité	7
1.3 Problématique du sevrage tabagique chez les alcoolodépendants.....	8
1.3.1 Les aspects s'opposant à sa réalisation.....	8
1.3.1.1 Un sevrage tabagique plus difficile	8
1.3.1.2 Les freins et les barrières perçus.....	8
1.3.2 Les aspects encourageant du sevrage tabac.....	9
1.3.2.1 Une démarche de sevrage justifiée	9
1.3.2.2 Une population intéressée au double sevrage	9
1.3.3 Modalités de sevrage : les recommandations actuelles	10
1.3.3.1 Le tabac.....	10
1.3.3.2 L'alcool.....	11
1.3.3.3 Lors d'une codépendance alcool-tabac	11
1.4 Objectifs de l'étude.....	12
2. MATERIEL ET METHODE.....	13
2.1 Conditions de l'étude.....	13

2.1.1	Le temps pré-hospitalier du projet de soin	13
2.1.2	Le temps hospitalier	13
2.1.2.1	A l'arrivée	13
2.1.2.2	Déroulement de la cure.....	14
2.1.3	A la sortie : la consultation à 1 mois.....	14
2.2	Sélection des patients	15
2.2.1	L'amorce du sevrage tabagique	15
2.2.2	L'intégration des patients dans l'étude	16
2.2.3	Critères d'inclusion et d'exclusion	16
2.3	La méthode d'évaluation de la démarche de sevrage tabac	17
2.3.1	Le questionnaire-patient.....	17
2.3.1.1	Sa distribution	17
2.3.1.2	Sa réalisation	17
2.3.2	Les données complémentaires recueillies	18
2.4	L'analyse statistique	18
2.5	Ethique	19
3.	RESULTATS.....	20
3.1	Caractéristiques de la population	20
3.2	Profil tabagique et lien avec l'alcool	22
3.3	L'évolution de la consommation tabagique	23
3.4	Les aides souhaitées.....	24
3.5	La place du médecin traitant	24
4.	DISCUSSION.....	25
4.1	Une évolution différente de la consommation.....	25
4.1.1	Une consommation tabagique en gestion du sevrage alcool	25
4.1.2	Le compromis de la réduction tabagique : une étape.....	26
4.2	Une mauvaise utilisation des substituts nicotiniques.....	26

4.2.1 Une efficacité pourtant démontrée	26
4.2.2 Les raisons invoquées	27
4.3 Quelles parts accorder à chacune des aides ?.....	28
4.3.1 Une place indispensable à l'aide psychologique	28
4.3.2 La place centrale du médecin généraliste	29
4.3.3 La faible préoccupation de la diététique.....	30
4.4 La complexité de suivi de ces patients alcoolodépendants	30
4.4.1 La part de la ré-alcoolisation	30
4.4.2 La spécificité des patients de l'étude : une précarité certaine	31
4.5 Limites de l'étude et réflexions	31
5. CONCLUSION	33
6. BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXE 1 : Les stades du changement selon Prochaska et DiClemente	39
ANNEXE 2 : Questionnaire patient sur le sevrage tabagique.....	40

1. INTRODUCTION

1.1 Quelques données d'épidémiologie

1.1.1 Tabac : évolution des consommations

Première cause de mortalité évitable en France, le tabac est responsable de 60.000 morts par an. Un doublement du nombre des décès est attendu d'ici 2025 ¹.

En 2010, 29,1% des 15-75 ans fument quotidiennement, contre 27,1% en 2005. Cette hausse s'explique par une augmentation de la prévalence chez les femmes de 45 à 64 ans (21,9% en 2005 contre 29,3% en 2010) et chez les hommes de 26 à 34 ans (42,6% en 2005 contre 47,7% en 2010).

Les inégalités sociales sont bien présentes face au tabagisme. La hausse a été la plus forte parmi les chômeurs (51% en 2010 fument quotidiennement contre 44% en 2005). Concernant les actifs occupés, ils ne sont que 33,4% à fumer quotidiennement en 2010.

En comparant le niveau d'études, les diplômés de niveau inférieur au bac fument plus que ceux ayant au minimum le niveau bac (34% contre 29,6% en 2010) ¹.

1.1.2 Alcool : prédominance masculine

Deuxième cause de mortalité évitable en France, l'alcool est responsable de 45.000 morts par an.

D'après le baromètre santé 2010, 16,6% de la population âgée de 40 à 75 ans consomme quotidiennement de l'alcool :

25,1% sont des hommes et 8,7% des femmes.

Le risque de dépendance est plus élevé chez l'homme: 1,4% sont à risque contre 0,2% chez la femme.

L'étude de l'IRDES ² a montré une probabilité plus élevée de devenir dépendants chez les personnes vivant seules en comparaison aux couples avec ou sans enfant et aux familles monoparentales.

Un niveau de revenu inférieur à 990 euros est également associé à une probabilité plus importante, par rapport à un revenu compris entre 990 et 2500 euros.

Les chômeurs et les autres inactifs ont plus de risque d'être consommateurs d'alcool que non consommateurs, comparé aux actifs occupés.

1.1.3 Alcool et tabac : épidémiologie d'une dépendance croisée

La prévalence tabagique chez les alcoolodépendants varie de 80 à 90% ^{3, 4, 6} selon les études et 91,6% des alcoolodépendants fumeurs sont dépendants à la nicotine.

On note une corrélation positive entre les intensités des dépendances alcoolique et tabagique. La quantité de tabac fumé est corrélée à celle de l'alcool consommé ³.

Les fumeurs ont aussi 2 à 3 fois plus de risque d'être alcoolodépendants que les non fumeurs ⁵.

En s'intéressant au profil tabagique de leurs patients en traitement de leur dépendance à l'alcool, Friend et Pagano ont montré que 75% étaient des hommes âgés en moyenne de 40 ans. 95% avaient déjà fumé 1 cigarette ou plus au cours de leur vie et 74% consommaient en moyenne 23 cigarettes par jour ⁴.

1.2 Association alcool-tabac

1.2.1 Effets synergiques sur la mortalité

La mortalité toutes causes confondues est deux fois plus élevée chez les alcoolodépendants fumeurs que les non alcoolodépendants fumeurs. Le risque combiné, alcool et tabac, sur la santé est 50% plus élevé que la somme de leurs risques indépendants ⁶.

L'alcool et le tabac agissent synergiquement par exemple sur l'augmentation des cancers du larynx, de l'œsophage et de la cavité buccale.

Hurt (1996) montre, de plus, que la mortalité chez les alcoolodépendants fumeurs est liée au tabac et non à l'alcool : 50,9% de décès attribués au tabac contre 34,1% à l'alcool⁷.

Dans le cancer du poumon, doubler la consommation de cigarettes double le risque mais doubler la durée d'exposition au tabac le multiplie par 23⁸. Proposer une aide au sevrage tabac le plus précocement possible semble évident.

1.2.2 Mécanismes de l'association

1.2.2.1 Hypothèse neurobiologique

Le système dopaminergique (médiateur du plaisir) mésocorticolimbique qui se projette de l'Aire Tegmentale Ventrale au noyau accumbens est un site responsable en partie des interactions alcool-tabac. Il existerait un renforcement croisé entre les deux.

La nicotine permet une up-régulation des récepteurs centraux à l'Acétylcholine, situés au niveau du système dopaminergique mésolimbique. L'alcool se fixe sur ces récepteurs. La nicotine sensibilise par ce fait l'action de l'alcool⁹.

Hedlund, cité par Narahashi, a étudié la connexion tabac/alcool dans un modèle préclinique animal et a montré que la nicotine pouvait augmenter la prise d'éthanol et favoriser une dépendance à l'alcool plus rapidement.

1.2.2.2 Hypothèse neuropsychologique

Le tabac s'oppose aux effets délétères de l'alcool. Plusieurs protocoles expérimentaux concernant les potentiels évoqués cognitifs montrent que l'alcool induit un allongement du temps de réaction à un stimulus. L'effet inverse est observé lors de la consommation de tabac¹⁰. La conséquence en pratique, est qu'en consommant du tabac, le patient ne ressentirait pas l'effet sédatif et négatif de l'alcool.

1.2.2.3 Facteurs de vulnérabilité

Une vulnérabilité individuelle intervient dans la dépendance à l'alcool et au tabac.

Plusieurs facteurs ont été identifiés:

- Psychologiques : selon le modèle de renforcement croisé, la consommation d'alcool, régulièrement répétée et associée à celle du tabac, devient un stimulus à l'envie de fumer. Un automatisme s'installe entre les deux consommations. Cet automatisme agit également selon un mode de conditionnement opérant puisque les effets du tabac vont contrebalancer ceux de l'alcool et apporter un résultat positif ^{10, 11}.
- Environnemental : l'entourage familial et social contribue à un certain modèle. Des enfants dont les parents sont dépendants à l'alcool, ont plus de risque de devenir dépendants ^{11, 12}.
Une consommation d'alcool débutée pendant l'adolescence augmente le risque de dépendance ultérieure d'autant plus si le schéma familial est perturbé. A l'inverse, des règles éducatives autoritaires intrafamiliales pourraient protéger l'individu d'un usage nocif d'alcool ^{11, 12}.
- Génétique : des études ont montré l'implication de gènes dans le métabolisme enzymatique de la dépendance à l'alcool. Cependant, ces gènes ne sont pas déterminants en soi, ils agissent entre eux et en abaissant le seuil de vulnérabilité. L'hétérogénéité phénotypique et la pénétrance variable de ces gènes ne contribuent évidemment pas à eux seuls, au développement d'une dépendance ¹³.
- Epigénétique : c'est une hypothèse développée récemment où l'environnement interagit directement avec les gènes. En complémentarité avec l'héritabilité génétique, l'environnement modifierait la transcription génique pendant toute la période du développement neurologique ¹³.

1.3 Problématique du sevrage tabagique chez les alcoolodépendants

1.3.1 Les aspects s'opposant à sa réalisation

1.3.1.1 *Un sevrage tabagique plus difficile*

Le sevrage tabagique est plus difficile chez les personnes ayant un passé récent d'alcoolodépendance (4,4% de non fumeurs à 3 mois de sevrage tabac) comparé aux personnes sans passé de dépendance alcool (6,7% de non fumeurs à 3 mois) ¹⁴.

Fumer apparaît comme un substitut pour faire face aux urgences compulsives de boire. Cooney (2003) a montré que les personnes abstinentes à l'alcool réagissaient face à un signal « alcool » par une envie pressante de fumer et de boire ^{15, 16}.

Les fumeurs abstinents à l'alcool depuis moins d'un an ont ainsi 60% de moins de chances d'arrêter de fumer que ceux n'ayant pas de passé avec l'alcool. Toutefois, cette différence disparaît après un an d'abstinence ¹⁷.

1.3.1.2 *Les freins et les barrières perçus*

L'étude d'Asher (2003) ¹⁸ s'est intéressée aux barrières perçues lors d'un sevrage tabagique parmi les patients alcoolodépendants en traitement.

Par ordre décroissant, les peurs citées sont les suivantes :

- Irritabilité,
- Anxiété,
- Problème de concentration,
- Craving,
- Incapacité à s'arrêter,
- Difficulté de maintenir l'abstinence alcool.

Celle de prendre du poids n'est mentionnée qu'en dernier ; retrouvée plus fréquente chez les femmes.

D'autres motifs gênant l'arrêt du tabac ont été évoqués : les affects négatifs ainsi que les habitudes liées au tabac (la cigarette avec le café, avant le coucher, au réveil ou pour occuper les mains...).

Se rajoutent à ces freins les croyances de tout un chacun à une difficile réalisation d'un sevrage tabagique lors d'un sevrage alcool ⁵ :

- Fumer est un problème plus bénin que l'alcool,
- Les fumeurs alcoolodépendants s'intéressent peu au sevrage tabagique et/ou ne se sentent pas capables d'arrêter,
- Le sevrage tabagique affecterait la réussite au sevrage alcool.

1.3.2 Les aspects encourageant du sevrage tabac

1.3.2.1 Une démarche de sevrage justifiée

Il a été admis que le sevrage tabagique ne compromet pas l'abstinence à l'alcool, même au stade précoce du sevrage alcool ^{5, 6, 19}. En comparant un groupe de patients recevant une aide interventionnelle au sevrage tabagique et un groupe contrôle au cours d'un sevrage alcool, Bobo a montré que le groupe intervention avait significativement plus de chance d'être abstinent à l'alcool à 6 mois (50,9% versus 39%) et 12 mois (42,7% versus 28,8%) ¹⁹. L'intérêt de proposer un arrêt du tabac simultanément au sevrage alcool apparaît comme un facteur favorisant le maintien de l'abstinence à l'alcool.

1.3.2.2 Une population intéressée au double sevrage

Trois quarts des patients consommateurs abusifs d'alcool sont intéressés à un sevrage tabagique pendant ou après leur traitement de l'alcool. Parmi ceux intéressés par le sevrage simultané, ils sont 62% à penser qu'un sevrage tabagique va les aider à résoudre leur problème d'alcool ^{20, 21}. Cela souligne le lien fort de consommation entre les deux substances et l'importance d'un besoin de sevrage tabagique pour le maintien de l'abstinence alcool.

Un profil caractéristique des patients sensibles à un double sevrage a été mis en évidence par l'étude d'Autret ²¹ :

- Une moyenne d'âge plus élevée (plus de 40 ans),
- Des tentatives antérieures de sevrage,

- Une motivation préalable à la réalisation d'un sevrage tabagique,
- Une consommation moindre de cigarettes quotidiennes (moyenne de 20/jour voire 14/jour pour ceux motivés au sevrage simultané) ²⁰.

A l'inverse, un nombre important d'hospitalisation pour sevrage alcool est un facteur quantitatif négativement associé à la motivation d'un sevrage tabagique.

Pour ces patients intéressés, le changement des comportements addictifs va dépendre du niveau de motivation et du sentiment d'efficacité personnelle au maintien de l'abstinence ²². L'efficacité personnelle est définie comme suit : « croyance de l'individu en sa capacité à organiser et à exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités ¹¹ ». Plus le sentiment d'efficacité personnelle au maintien de l'abstinence est grand, plus le patient saura maintenir l'abstinence.

Le niveau de motivation dépend du stade de changement dans lequel le patient se trouve. Ces stades motivationnels de changement ont été décrits par Prochaska et DiClemente. C'est le modèle le plus utilisé (annexe 1). Par exemple, un patient se trouvant en stade de contemplation est ambivalent et indécis face au changement.

1.3.3 Modalités de sevrage : les recommandations actuelles

1.3.3.1 *Le tabac*

D'après le rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2007, le conseil minimal d'information prodigué par tout professionnel de santé est reconnu comme étant efficace. Les études ont en effet montré un nombre de patients en arrêt plus élevé que sans ²³.

Les thérapeutiques médicamenteuses par l'utilisation de substituts nicotiques ont aussi prouvé leur efficacité dans le cadre de méta-analyses. Elles concernent surtout les fumeurs en grande dépendance physique (évaluée par le test de Fagerström) et s'intègrent dans une démarche de soin médico-psychologique.

1.3.3.2 L'alcool

Tout sevrage d'alcool doit s'intégrer dans un projet thérapeutique déterminé avec le patient. En fonction du degré de dépendance, des comorbidités sous jacentes ou de l'environnement social, le sevrage peut s'effectuer en ambulatoire ou être institutionnalisé. La conférence de consensus de 1999 recommande le maintien d'une bonne hydratation, d'une vitaminothérapie B1 (500mg/jour) et l'administration de Benzodiazépines (en prévention de l'accident de sevrage) ²⁴.

1.3.3.3 Lors d'une codépendance alcool-tabac

Les experts s'accordent pour proposer une prise en charge du tabagisme chez les patients alcoolodépendants en cours de sevrage. Proposer d'emblée un sevrage simultané chez les patients motivés nécessite de renforcer l'information individuelle et collective, dès le sevrage alcool débuté. Différer le sevrage par l'aide d'une substitution nicotinique (en parallèle d'une diminution de la consommation) peut aussi s'envisager si le patient n'est pas prêt ; il s'agit alors d'une gestion contrôlée de ses consommations ²⁴.

Malgré des modalités et des niveaux d'implication différents, 9 centres de cure hospitalière dans le département du Nord, sur les 11 existants, proposent un sevrage tabagique lors d'une cure de sevrage alcool. L'hôpital de la Fraternité de Roubaix est un centre d'Addictologie proposant cette double démarche de sevrage, et ce depuis 2009. Cependant aucune donnée, au sein de l'hôpital, n'avait encore été établie pour décrire les résultats de ce double sevrage à court terme.

Comment évolue la consommation tabagique après un sevrage alcool ?

Quelles sont les aides souhaitées par ces patients ?

1.4 Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif de décrire à 1 mois de la sortie, les résultats de la démarche de sevrage tabac débutée au cours d'un sevrage alcool hospitalier :

- Sur la consommation tabagique,
- Sur les aides ultérieures souhaitées par les patients.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 Conditions de l'étude

2.1.1 Le temps pré-hospitalier du projet de soin

La demande initiale d'hospitalisation est la cure de sevrage alcool émanant du patient ou de son entourage.

- La psychologue évalue la motivation en entretien de pré admission : est-elle liée à des raisons intrinsèques ou extrinsèques. Elle élabore un projet de soin en rapport avec les attentes et intérêts du patient. Elle note également la présence éventuelle de troubles de l'humeur (anxiété, dépression).
- L'assistante sociale s'intéresse aux ressources financières, au statut marital, au niveau de formation professionnelle, à la présence ou non d'un emploi, à l'existence de mesure de protection juridique.
- L'infirmière relève l'histoire de la maladie, les antécédents médicaux et le traitement en cours. Les différents produits consommés dont le tabac sont notés.

2.1.2 Le temps hospitalier

Les patients sont hospitalisés durant 15 jours dans le service d'Addictologie de l'hôpital de la Fraternité à Roubaix.

2.1.2.1 A l'arrivée

- Le médecin examine cliniquement le patient sur le plan cardiovasculaire, neurologique, pulmonaire, digestif, psychiatrique.
Une radiographie de thorax, un électrocardiogramme et un bilan biologique sont réalisés pour tous les patients. Des explorations fonctionnelles respiratoires complètent le bilan si présence de symptômes cliniques évocateurs. Les autres examens complémentaires sont orientés selon la clinique.

- L'infirmière relève les constantes hémodynamiques (tension artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire) et les données anthropométriques : poids, taille, Indice de Masse Corporelle (IMC). Elle mesure également le taux d'éthanol par le biais de l'éthylotest et le taux de CO par le test au CO expiré. Les scores de Cushman et Fagerström sont réalisés initialement.

2.1.2.2 Déroulement de la cure

Le sevrage alcoolique s'effectue par réhydratation, vitaminothérapie et anxiolytique par Benzodiazépines. Le score de Cushman sert à la surveillance.

En fonction des intérêts du patient, différentes activités sont proposées :

- Activités occupationnelles : sport, jeux de société,
- Activités éducatives : prévention de la rechute, aide au maintien de l'abstinence à l'alcool, travail sur les idées reçues,
- Activités relationnelles : théâtre, entraînement aux habilités sociales, groupe de parole,
- Activités manuelles : cuisine, cocktail sans alcool, tâches ménagères, jardinage.

Des entretiens motivationnels sont donnés le temps de la cure par le médecin et la psychologue.

2.1.3 A la sortie : la consultation à 1 mois

Le patient a la possibilité de prolonger sa cure par un séjour en hôpital de jour s'il estime la nécessité de travailler au maintien de l'abstinence. Ce séjour est de durée variable ; le patient peut intégrer l'hôpital de jour directement à la sortie de la cure ou revenir après quelques jours passés au domicile.

Un courrier de sortie est adressé au médecin traitant et aux éventuels spécialistes correspondants.

Le médecin addictologue référent effectue le suivi du patient en moyenne 1 mois après la sortie de la cure. Ce suivi peut s'effectuer sur 4 sites différents autour de Roubaix.

Lors de cette consultation, les patients sont interrogés sur :

- La poursuite ou non de l'abstinence à l'alcool,
- La consommation tabagique et la motivation à poursuivre le sevrage,
- L'apparition de troubles de l'humeur,
- Les difficultés sociales et professionnelles.

2.2 Sélection des patients

2.2.1 L'amorce du sevrage tabagique

Une réunion d'information sur le sevrage tabagique est mise en place pendant la cure au 4^{ème} jour de leur arrivée. A cette période de la cure, les patients ont passé le stade critique du sevrage et sont donc plus réceptifs aux informations. Les soignants auront également le temps d'initier la démarche partielle de sevrage tabac. Cette réunion est collective et obligatoire.

Les objectifs y sont multiples :

- Recueillir les connaissances du patient sur le sevrage tabagique,
- Identifier les peurs et les croyances de chacun,
- Informer sur le déroulement de la réalisation d'un sevrage tabagique,
- Communiquer les expériences positives de sevrage des patients présents,
- Proposer un soutien personnalisé en fin de réunion.

2.2.2 L'intégration des patients dans l'étude

A l'issue de la réunion, une rencontre personnalisée a lieu entre l'équipe soignante et le patient. Les patients, qui sont intéressés par la démarche de sevrage tabac et que nous intégrerons dans l'étude, seront ceux :

- Acceptant un suivi de leur consommation tabagique pendant la cure,
- Recevant un soutien médicamenteux par substituts nicotiniques.

Ces substituts nicotiniques (en patchs et/ou gommes) sont pris en charge durant l'hospitalisation et le séjour en hôpital de jour.

L'équipe soignante note les consommations tabagiques sur une feuille de relevé et guide le patient, dans la diminution de consommation des cigarettes.

Le soutien psychologique est continu pendant l'hospitalisation, à la demande du patient. Il est systématiquement proposé à la sortie mais pas toujours accepté par le patient.

Le projet de sevrage tabac, voire de gestion contrôlée des consommations tabagiques, peut être poursuivi en hôpital de jour avec adaptation si nécessaire du traitement substitutif.

2.2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Sont inclus tous les patients majeurs admis en cure de sevrage alcool du 1^{er} mai 2011 au 30 juin 2012, et sortis sous prescription de substituts nicotiniques.

Sont exclus les patients dépendants aux opiacés.

2.3 La méthode d'évaluation de la démarche de sevrage tabac

2.3.1 Le questionnaire-patient

2.3.1.1 Sa distribution

Durant la période de l'étude, la secrétaire relevait tous les courriers de sortie de cure comportant la mention dans le traitement de sortie : « sortis sous patchs nicotiques ». Ces courriers étaient en attente jusqu'au jour de la consultation de suivi à 1 mois. Le questionnaire était alors remis au patient pour être complété sur place. Celui-ci était ensuite réintégré au dossier afin d'y annoter les données complémentaires (Cf. 2.3.2). Les patients ne s'étant pas rendus à la consultation de suivi étaient considérés comme perdus de vue.

2.3.1.2 Sa réalisation

Ce questionnaire (annexe 2), créé par nos soins pour l'étude, est anonyme.

Dans un premier temps, nous avons voulu vérifier si les patients inclus correspondaient aux caractéristiques sociodémographiques et tabagiques des patients étudiés dans la littérature.

Le questionnaire dessine ainsi un profil tabagique :

- L'âge de début de la consommation,
- La présence de tentatives antérieures de sevrage,
- Le nombre de cigarettes par jour avant la cure,
- Le lien de consommation avec l'alcool,
- L'influence du sevrage tabagique sur l'abstinence à l'alcool.

Dans un second temps, il s'agissait d'évaluer les résultats de la démarche de sevrage tabac :

- La consommation tabagique : a-t-elle augmenté, diminué ? Est-elle arrêtée ou est-elle restée stable ? L'utilisation ou non des patchs nicotiques a été évaluée via la question 8. Etait interrogée également la consommation tabagique envisagée à 6 mois.

- Les aides souhaitées par le patient, sont examinées par les questions 11 et 12. L'objectif était d'avoir, précocement, un aperçu des aides à renforcer.

Par les questions 9 et 10, nous voulions savoir si le médecin traitant était perçu comme personne aidante: était-il informé de la cure, et si non, les raisons émises par le patient :

- Ne pas vouloir le mettre au courant,
- Penser que ça ne l'intéresse pas,
- Penser qu'il ne représente pas une aide.

2.3.2 Les données complémentaires recueillies

En plus de l'âge et du sexe, étaient relevés également via le courrier d'hospitalisation et le dossier :

- Le poids de base et le poids au moment de la cure,
- L'existence de troubles de l'humeur,
- Les ressources financières.

Ces données étaient relevées dans le but éventuel de définir un lien entre :

- La prise de poids et la demande d'une aide diététique,
- L'existence de troubles de l'humeur et la demande d'une aide psychologique,
- Les ressources financières faibles et la demande d'une aide financière.

2.4 L'analyse statistique

Toutes les données ont été répertoriées dans le logiciel Excel sous forme de tableau. Elles ne sont pas partagées. Chaque questionnaire correspond à un numéro d'identification.

L'analyse a été descriptive : un calcul de moyenne a permis d'étudier ainsi les caractéristiques générales de la population et son profil tabagique. Le reste des données du questionnaire a simplement été descriptif.

2.5 Ethique

Une déclaration auprès du Comité de Protection des Personnes et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ont été déposées.

3. RESULTATS

3.1 Caractéristiques de la population

Sur 301 patients hospitalisés pour sevrage alcool, ils étaient 59 à être intéressés à une double démarche de soin de leur codépendance alcool et tabac au cours de l'hospitalisation. 21 ont été revus à la consultation d'un mois et 38 ont été perdus de vue.

Certaines post cure ont duré plus d'un mois après la sortie. Les patients ont alors été considérés comme perdus de vue.

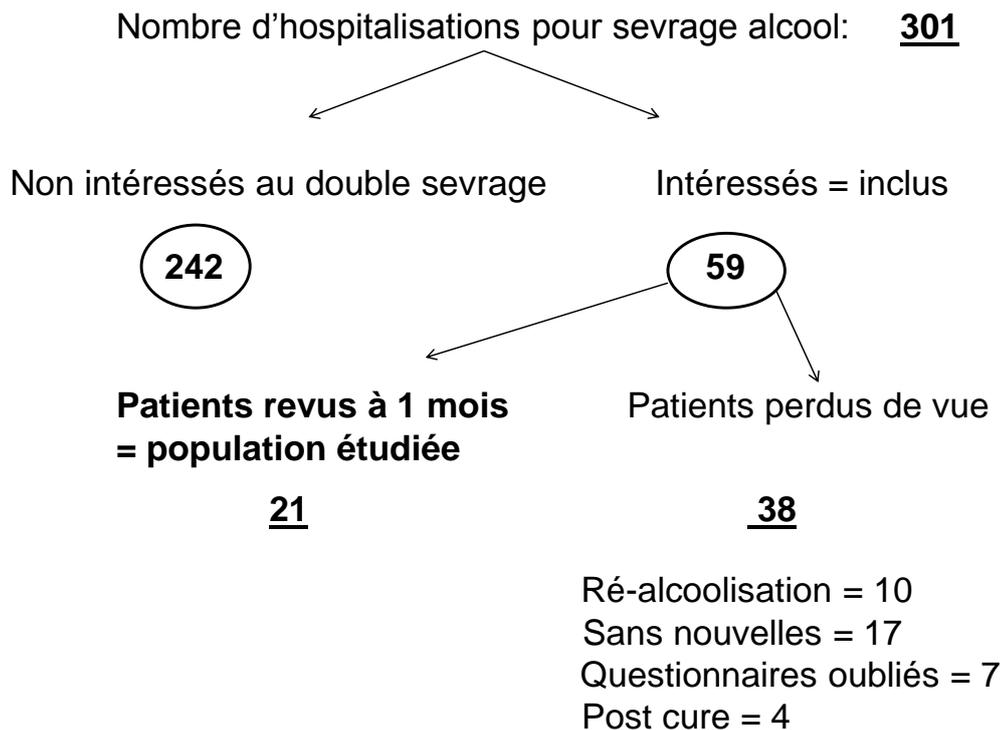


Figure 1 : Répartition des patients hospitalisés pour sevrage alcool du 1^{er} mai 2011 au 30 juin 2012.

Les ressources financières mensuelles variaient de 600 à 2000 euros avec une moyenne de 1120,5 euros.

→ La présence de troubles de l'humeur (anxiété, dépression) était notée présente chez 13 d'entre eux.

Caractéristiques générales	Population étudiée (n=21)
<u>Sociodémographiques:</u>	
Sexe (F/H)	2/19
Age moyen	46,14 ans ± 6,55
<u>Poids moyen:</u>	
De base	73,16 kg ± 13,42 (n'=18)
Au moment de la cure	74,50 kg ± 14,68 (n'=18)
<u>Ressources mensuelles (euros)</u>	
600-800	3
800-1000	5
1000-1200	7
1200-1400	1
1400-1600	3
1600-1800	0
>1800	2
<u>Troubles de l'humeur</u>	
oui	13
non	8

Tableau 1: Caractéristiques générales de la population

n' représente le nombre exact de patients pour lesquels la donnée est disponible

Le délai moyen de la consultation de suivi à 1 mois était de 42,61 jours ± 13,93.

3.2 Profil tabagique et lien avec l'alcool

La question 4 demandait le lien de consommation entre le tabac et l'alcool avant la cure.

Pour 7 d'entre eux, la consommation de tabac n'était pas toujours liée à celle de l'alcool,

7 ont répondu non ; leurs consommations de tabac et alcool n'étaient pas liées,

Pour 6 patients, les consommations étaient liées,

1 donnée manquait.

→ Pour 13 patients, les consommations d'alcool et tabac étaient la plupart du temps liés.

La question 5 interrogeait l'avis des patients sur l'influence de l'arrêt ou de la réduction tabagique sur le sevrage alcool.

Pour 10 patients, la réduction ou l'arrêt du tabac ne modifiait pas le sevrage alcool,

Pour 8 elle le facilitait,

2 patients pensent que cela le compliquait,

1 donnée manquait.

→ Ainsi, pour 18 patients, l'arrêt du tabac a peu d'influence sur le sevrage alcool.

Le tableau suivant dresse le profil tabagique des patients de l'étude.

Profil tabagique	Population étudiée (n=21)
Age moyen de début des consommations	15,76 ans ± 2,46
Nb moyen de cigarettes par jour	25,8 ± 15,30
Tentative antérieure de sevrage	
Oui	14 (n'=20)
Non	6 (n'=20)
Utilisation de patchs nicotiniques en postcure	
Oui	5
Non	16

Tableau 2: Profil tabagique

n' représente le nombre exact de patients dont les données sont disponibles

→ Seuls 5 ont utilisé les patchs nicotiniques à la sortie de la cure.

3.3 L'évolution de la consommation tabagique

L'évolution de la consommation tabagique à 1 mois de la sortie de cure a montré qu'autant de patients avait augmenté que diminué leurs consommations.

- 8 ont augmenté leurs consommations,
- 8 ont diminué,
- 4 ont une consommation identique qu'à la sortie,
- 1 a arrêté totalement la consommation de tabac et n'a pas repris.

Le patient ayant arrêté était un homme de 60 ans, consommant 10 cigarettes par jour et avait déjà tenté un sevrage tabagique.

La consommation tabagique envisagée à 6 mois a révélé que :

- 9 patients souhaitaient une diminution,
- 8 patients, un sevrage total,
- 4 patients, une consommation identique.

→ Ils sont donc 17 à vouloir poursuivre dans les 6 mois une démarche de sevrage tabac.

3.4 Les aides souhaitées

La question 11 demandait aux patients s'ils avaient besoin d'aide pour la poursuite du sevrage tabagique, ils étaient 13 sur les 21 patients à répondre : oui.

8 avaient répondu non.

Parmi ces 13 patients :

- 9 ont répondu avoir besoin d'une aide psychologique,
- 4 d'une aide financière,
- 4 d'une meilleure communication de la part de l'hôpital au médecin traitant,
- 2 d'une aide diététique.

3.5 La place du médecin traitant

La question 9 avait pour but de savoir si le médecin traitant avait été mis au courant de la cure et du sevrage tabac par son patient.

- 11 n'avaient pas mis au courant leur médecin,
- 10 en avaient parlé.

La question 10 interrogeait donc ces 11 patients afin de savoir pourquoi.

- 4 ont pensé que ça n'intéressait pas le médecin traitant,
- 2 ne voulaient pas mettre au courant leur médecin traitant,
- 2 pensaient que leur médecin ne pouvait pas les aider,
- 3 n'avaient pas justifié leur réponse.

4. DISCUSSION

4.1 Une évolution différente de la consommation

4.1.1 Une consommation tabagique en gestion du sevrage alcool

Les patients de l'étude étaient comparables à ceux retrouvés dans la littérature ^{4, 5, 18, 20, 21} : patients en majorité de sexe masculin, d'une quarantaine d'année et consommant en moyenne une vingtaine de cigarettes par jour.

A parts égales, on a observé que les patients avaient augmenté ou diminué leur consommation tabagique. Après un sevrage alcool, la consommation de tabac n'est donc plus corrélée à celle de l'alcool. L'évolution de la consommation tabagique relèverait plus de modifications comportementales ²⁵, notamment dans la gestion de la ré-alcoolisation ¹¹. Ainsi, ceux ayant majoré leur consommation tabagique l'ont fait pour faire face au craving alcool. Ceux ayant diminué ou stabilisé leurs consommations ressentaient probablement un lien fort entre l'alcool et le tabac : diminuer la consommation de tabac leur aurait permis de maintenir l'abstinence à l'alcool ¹¹.

Il a été montré que la réduction tabagique augmentait les chances d'arrêts tabagiques ultérieurs ²⁶. Dans le même temps, cette démarche renforce la motivation et le sentiment d'efficacité personnelle à l'abstinence ²⁷. Ces facteurs influencent alors les changements psycho-comportementaux de l'individu en le faisant évoluer par stades.

Parmi les nombreux modèles de changement développés, celui de Prochaska et DiClemente est le plus utilisé. Lors de l'arrivée en cure de sevrage alcool, la plupart des patients se trouvent au stade de contemplation en ce qui concerne leur tabagisme. L'objectif est de les faire évoluer vers un stade ultérieur de préparation voire action.

4.1.2 Le compromis de la réduction tabagique : une étape

D'un point de vue facteur de risque, la diminution du nombre de cigarettes ne réduit pas la mortalité tabagique à long terme ni les hospitalisations pour broncho-pneumopathie chronique obstructive ⁸. Les patients risquent, sans aides pharmacologiques, de compenser ce manque de cigarettes par une modification de la fume. Le volume inspiré va être plus important pendant les bouffées et celles-ci vont être plus fréquentes ²⁸. Aussi, les autres toxiques et cancérigènes continuent de passer dans la circulation sanguine ⁸.

Pourtant, 30% des fumeurs passent par une limitation du nombre de cigarettes avant un sevrage complet ⁸. En plus de faciliter un sevrage tabac ultérieur, une étude a montré l'influence positive de la réduction tabagique sur la rechute alcool. A 12 mois de suivi, les patients alcoolodépendants fumeurs ayant diminué leurs consommations de cigarettes avaient significativement moins de risque de rechuter à l'alcool, comparés à ceux dont la consommation était restée stable ou avait augmenté ²⁹.

La poursuite de la réduction, voire l'arrêt total de la consommation tabagique est envisagée pour la majorité des patients (17/21) à 6 mois, malgré une moindre chance de réussite au sevrage tabac démontrée la première année suivant le sevrage alcool ¹⁷.

La démarche de réduction tabac, associée à une thérapeutique médicamenteuse, représente une étape vers l'arrêt complet ²⁶. C'est dans ce sens qu'elle trouve sa légitimité et dans lequel les soignants travaillent.

4.2 Une mauvaise utilisation des substituts nicotiniques

4.2.1 Une efficacité pourtant démontrée

Un résultat surprenant est la faible utilisation des patchs à la sortie de l'hospitalisation. Leur efficacité a été démontrée dans un sevrage tabagique simple ^{30, 31} avec un meilleur résultat lors de l'association patch et gomme ³².

Ils ont également un intérêt scientifiquement prouvé chez les patients alcoolodépendants sevrés fumeurs : les taux de sevrage tabagique à court terme sont comparables à la population générale; effet cependant non démontré à long terme ^{33, 34}. Quant aux chances de maintien de l'abstinence à l'alcool, elles sont majorées de 25% à long terme chez les patients ayant entamé une démarche de sevrage tabac sous patchs ³⁴.

Enfin les substituts ont aussi été montrés actifs lors d'une réduction tabagique, permettant un sevrage progressif en atténuant les symptômes de sevrage et en diminuant la fume compensatoire ²⁷.

4.2.2 Les raisons invoquées

Une des hypothèses serait le coût trop élevé des patchs. 2/3 des patients (15/21) de l'étude ont un revenu inférieur à 1200 euros par mois. Pendant l'hospitalisation, les patchs sont totalement pris en charge. L'aide au sevrage n'est actuellement subventionnée qu'à hauteur de 50 euros par an, trop peu pour ces patients ²³. Même si le soutien financier n'est demandé que par 4 patients, il serait important de pouvoir retravailler ce point lors de l'hospitalisation :

- Mettre en place un travail sur la gestion du budget au moment de la sortie et donc favoriser un contact plus fréquent avec l'assistante sociale peut être une solution.
- Favoriser les hôpitaux de jour pour poursuivre une réduction tabac tout en délivrant les patchs en est une autre mais difficile sur le long terme.
- La délivrance de patchs gratuits ou un soutien financier plus prononcé pour ces populations précaires serait une solution des pouvoirs publics ; avec la difficulté de définir ces populations précaires.

Une autre hypothèse serait la mauvaise compréhension de l'intérêt des patchs. Malgré l'information qui leur est délivrée au cours de la cure, il se peut que les patients n'aient pas intégré l'utilité des substituts et que persistent des croyances.

4.3 Quelles parts accorder à chacune des aides ?

4.3.1 Une place indispensable à l'aide psychologique

Plus de la moitié (13/21) des patients présentaient des troubles de l'humeur (anxiété ou dépression). En effet, 98% des patients alcoolodépendants présentent des troubles de l'humeur au cours de leur existence ³⁵. Il coexiste principalement deux hypothèses pour expliquer le lien entre l'anxiété et la dépression avec la codépendance alcool et tabac ¹¹ :

- D'un côté, la consommation de l'alcool ou du tabac servirait d'« automédication » aux symptômes de l'anxiété ou de la dépression : l'alcool en tant qu'anxiolytique et le tabac soulageant les symptômes dépressifs par son effet IMAO.
- A l'inverse, la dépendance à l'alcool ou au tabac favoriserait l'apparition de troubles anxieux par le fait de modifications bio-psycho-sociale.

On sait aussi que la présence de ces symptômes anxiodépressifs abaisse le sentiment d'efficacité personnelle à l'abstinence chez les alcoolodépendants ¹¹.

L'aide psychologique a été jugée la plus importante pour les patients de l'étude. Tous les experts s'accordent pour considérer les moyens psychologiques quels qu'ils soient (soutien psychologique, entretien motivationnel, Thérapies Cognitives et Comportementales, groupe de parole, Thérapie Orientée Solution...) comme la base indispensable du soin des patients en sevrage alcool ³⁶.

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC), base du changement de comportement, ont été les plus étudiées :

- Elles augmentent le sentiment d'efficacité personnelle à l'abstinence tabac dans les 2 mois suivant un sevrage ³⁷,
- Multiplient par 2 le taux d'abstinence tabagique à 3 et 6 mois ³¹,
- Sont efficaces dans la prévention de la rechute tabac et alcool ³⁶.

Ces données confirment la nécessité de renforcer encore l'aide psychologique auprès des patients.

4.3.2 La place centrale du médecin généraliste

La moitié des patients n'avaient pas abordé le problème de la cure et du sevrage tabac avec leur médecin généraliste. C'est un résultat interrogateur quand on sait que les patients alcoolodépendants consultent plus souvent leur médecin généraliste (9 fois par an contre 5,8 pour la population générale) ³⁸. Dans une étude, ils étaient aussi 58% à consulter leur médecin généraliste dans l'année suivant leur sortie de cure de sevrage alcool ³⁹.

70% des médecins généralistes ne se disent pas gênés pour parler alcool avec leurs patients mais se trouvent en difficulté face aux ⁴⁰ :

- Manque de compliance du patient,
- Taux de rechute élevé,
- Manque de temps en consultation,
- Co addiction alcool-tabac et à leur gestion.

La réticence du médecin à en parler (par peur de perturber la relation médecin-patient déjà installée) est aussi ressentie comme un frein à la prise en charge ⁴⁰.

Le manque de formation est souvent cité comme autre barrière pour aborder le sujet avec ces patients ^{40, 41}. Les réunions pluri-professionnelles ou intervisions, déjà existantes sur l'hôpital de Roubaix, intègrent les médecins généralistes du secteur. Elles permettent d'échanger sur l'accompagnement à apporter au patient. Quoiqu'informel, ces réunions sont aussi un temps de formation sur la gestion de la double addiction alcool-tabac.

Dans notre étude, le médecin généraliste n'est donc pas considéré comme une personne aidante. Or il tient une place centrale, d'une part avant la cure, dans le dépistage et la prise de conscience de la dépendance, et d'autre part dans le suivi ambulatoire pour un soutien permanent au maintien de l'abstinence et à la poursuite de la réduction tabagique.

Ce lien hôpital-médecin généraliste est à réfléchir et à redéfinir, d'autant plus que 4 patients avaient soulevé la question d'une mauvaise communication de la part de l'hôpital au médecin traitant.

4.3.3 La faible préoccupation de la diététique

L'aide diététique ne semblait pas être une préoccupation pour les patients. Ceci peut s'expliquer par l'information qui leur est délivrée au cours de la cure sur la reprise de poids habituelle lors d'un sevrage alcool. Ces patients, souvent en carences nutritionnelles avec de mauvaises habitudes alimentaires, considèrent la prise de poids comme attendue et donc normale. Le terme de « diététique » était probablement mal approprié.

4.4 La complexité de suivi de ces patients alcoolodépendants

4.4.1 La part de la ré-alcoolisation

Dans notre étude, une part non négligeable de patients n'a pas réussi à maintenir son abstinence à l'alcool. On retrouve dans la littérature que 71,5% des patients rechutent dans l'année suivant le sevrage, dont la moitié les 2 premiers mois ³⁹.

La période de post-sevrage immédiate est une situation à risque qui peut déstabiliser le patient. L'hôpital est un milieu protégé et la sortie est une épreuve face aux sollicitations extérieures. Les causes de ré-alcoolisation sont multiples et souvent intriquées : mauvaise confiance en soi, manque de soutien de l'entourage, projet de réinsertion mal établie, affects émotionnels négatifs comme le stress...

Toute la difficulté actuelle est qu'une partie seulement de ces patients est repérée en difficulté lors de la consultation systématique de suivi à 1 mois. Ils sont ainsi réinsérés dans le système de soin hospitalier. Dans notre expérience au sein du service, ces patients réitéraient en majorité la démarche de sevrage tabac.

Mais une autre grande part est totalement perdue de vue. C'est là que le médecin généraliste devrait pouvoir apporter son aide, en tentant un contact avec le patient. C'est là aussi que se trouve l'importance d'un réseau où le multi partenariat favorise la continuité des soins.

4.4.2 La spécificité des patients de l'étude : une précarité certaine

La population de l'étude est constituée majoritairement de patients aux emplois précaires ou sans emploi, à faibles ressources et avec une situation familiale instable.

La précarité est définie selon le père Wresinski comme : « *l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives* »⁴².

Les addictions, notamment à l'alcool, sont souvent présentes chez ces patients. Cependant la relation entre les deux est complexe et ne se résume pas à un lien causal simple. Souvent, à terme, l'alcool et la situation de précarité finissent par agir mutuellement amenant à un risque de grande précarité⁴³.

Le suivi de ces patients est délicat. La continuité des soins est parfois peu envisageable faute de revenus. La perception temporelle est différente amenant une gestion difficile des rendez-vous. Ils ont une faible estime d'eux-mêmes et une préoccupation à la santé vécue souvent que dans l'urgence⁴⁴. Ce sont autant d'obstacles au suivi habituellement proposé.

Pour éviter une telle perte, rapprocher les rendez-vous ou instituer un fonctionnement sans rendez-vous, travailler avec le médecin traitant pour développer le suivi ambulatoire et à domicile pourraient être des pistes de réflexions.

4.5 Limites de l'étude et réflexions

Le faible effectif ne nous a pas permis d'obtenir des résultats comparatifs statistiquement significatifs, entre les revenus, la prise de poids et les troubles de l'humeur et les aides correspondantes souhaitées.

La construction du questionnaire a eu ses limites. La question 9 a, par exemple, porté à confusion et aurait pu être dichotomisée. Les questions 10 et 12 auraient pu

comporter une réponse ouverte ; certains patients n'ayant rien justifié et 1 patient en avait fait la remarque.

Quelques questionnaires avaient été omis d'être distribués. La multiplicité des sites de la consultation de suivi ainsi que le manque de coordination entre les membres de l'équipe soignante en sont les hypothèses les plus probables.

Un grand nombre de patients a été totalement perdu de vue. Ce constat est fréquent et rapporté dans les études : 25 voire 70% de perdu de vue à 1 an^{38, 39}. Se sont-ils ré-alcoolisés ? Ont-ils eu un sentiment de culpabilité lors de cette ré-alcoolisation ? Est-ce le système de soin qui ne leur correspondait pas ? Nous pourrions tenter, à l'avenir, de repérer le profil de ces patients à haut risque de perte de vue pour modifier nos pratiques actuelles et leur proposer une offre de soin mieux adaptée.

Et même en acceptant qu'ils soient totalement perdus de vue, ils auront eu l'expérience qu'un sevrage tabac était possible et réalisable. L'important est de respecter le rythme du patient.

L'entourage, même si non étudié dans notre recherche, ne doit pas être exclu du projet de soin. L'alcool est pendant longtemps un facteur stabilisateur du système familial et social⁴⁵. Et bien souvent, l'entourage est aussi fumeur ! Pour que les proches soutiennent l'abstinence à l'alcool et comprennent le sens et l'importance de la démarche du sevrage tabac, on pourrait les inclure aux entretiens de pré-admission ou à la sortie.

5. CONCLUSION

La prévalence du tabac chez les alcoolodépendants est élevée, de l'ordre de 80 à 90%. Cette codépendance double le taux de mortalité; majoritairement attribué au tabac. En dépit des croyances, la moitié des patients alcoolodépendants est intéressée à un sevrage tabac, concomitant ou non au sevrage alcool. Les études ont maintenant prouvé que le sevrage tabac n'entravait pas le maintien de l'abstinence à l'alcool et que les soignants devaient aborder d'emblée la question de ce double sevrage.

Cependant, ces patients, bien qu'intéressés à cette double démarche de sevrage alcool et tabac, ont plus de difficultés à mettre en place une action. La double addiction de départ, la chronicité de l'alcoolodépendance et la précarité des patients de l'étude sont des freins de départ et de suivi, mais ce peut être réalisable.

Nous avons observé qu'à 1 mois, la consommation tabagique évoluait dans deux sens, et probablement en lien avec les difficultés à maintenir l'abstinence à l'alcool. Certains patients augmentent leur consommation pour contrer le craving alcool, et à l'inverse d'autres la diminuent ou la stabilisent. Cette stratégie de réduction, sous couvert d'une aide par substitution nicotinique, ne doit s'entendre que comme une étape permettant une revalorisation de l'estime de soi et favoriser les chances ultérieures d'arrêt. Ils étaient ainsi une majorité à envisager à 6 mois un arrêt ultérieur.

Les aides souhaitées impliquent de renforcer celles déjà existantes. Ainsi, l'aspect financier, par la gestion du budget, est à retravailler, au regard de la sous-utilisation des patchs et de notre population aux faibles revenus. Le soutien psychothérapeutique doit s'intensifier, en raison de la présence non négligeable de troubles de l'humeur et de l'importance accordée à la motivation de changement des comportements addictifs. Le médecin généraliste tient enfin une place centrale qui devrait être redéfinie pour les patients et réfléchi dans l'organisation du suivi ambulatoire avec l'hôpital. Une étude qualitative pourrait compléter ces données.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. INPES. Résultats du baromètre santé. INPES. 2010. [En ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-sante2010.pdf>. (Page consultée le 09/05/2012).
2. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Jusot F, Lengagne P. Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? IRDES Questions d'économie de la santé. 2008;129:1-6.
3. Batel P, Pessione F, Maitre C, Rueff B. Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. *Addiction*. 1995;90(7):977-80.
4. Friend KB, Pagano ME. Smoking initiation among nonsmokers during and following treatment for alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2004;26(3):219-24.
5. Gulliver SB, Kamholz BW, Helstrom AW. Smoking cessation and alcohol Abstinence: What do the Data tell us? *Alcohol Res Health*. 2006;29(3):208-12.
6. Zullino D, Besson J, Schnyder C. Stage of change of cigarette smoking in alcohol-dependent patients. *Eur Addict Res*. 2000;6:84-90.
7. Hurt RD, Offord KP, Croghan IT, Gomez-Dahl L, Kottke TE et al. Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA*. 1996;275(14):1097-1103.
8. Prignot JJ. Réduction des risques tabagiques: Méthodes et résultats, revue générale. *Louvain médical*. 2006;125(7):233-9.
9. Narahashi T, Söderpalm B, Ericson M, Olausson P, Engel JA et al. Mechanisms of alcohol-Nicotine Interactions: Alcoholics Versus Smokers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001;25 (5 Suppl ISBRA):152S-6S.
10. Aubin HJ, Tilikete S, Roullet-Volmi MC, Barrucand D. Interrelations entre les dépendances alcoolique et tabagique. *Alcoologie*. 1995;17(4):281-6.

11. Vanderlenne Audrey. Modification de la consommation de tabac après sevrage d'alcool chez des alcoolodépendants fumeurs. [Travail d'étude et de recherche de Master 2 PCICCES]. Lille : Université Charles-De-Gaulle Lille III, UFR de Psychologie. 2009.
12. INSERM. Facteurs cliniques prédictifs d'abus ou de dépendance. In : INSERM, editors. Alcool, dommages sociaux, abus et dépendance. Paris:INSERM;2003. p.271-279.
13. Gorwood P, Le strat Y, Ramoz N. Le concept de l'addiction sous l'angle de la génétique. *Psychotropes*. 2008;3(14):29-39.
14. Dawson DA. Drinking as a risk factor for sustained smoking. *Drug Alcohol Depen*. 2000;59:235-49.
15. Cooney J, Cooney N, Pilkey D, Kranzler H, Oncken C. Effects of nicotine deprivation on urges to drink and smoke in alcoholic smokers. *Addiction*. 2003;98:913-21.
16. Cooney NL, Litt MD, Cooney JL, Pilkey DT, Steinberg HR et al. Alcohol and tobacco cessation in alcohol dependent smokers: Analysis of real-time reports. *Psychol Addict Behav*. 2007;21(3):277-86.
17. Breslau N, Peterson E, Schultz L, Andreski P, Chilcoat H. Are smokers with alcohol disorders less likely to quit? *Am J Public Health*. 1996;86(7):985-90.
18. Asher MK, Martin RA, Rohsenow DJ, MacKinnon SV, Traficante R, Monti PM. Perceived barriers to quitting smoking among alcohol dependent patients in treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2003;24:169-74.
19. Bobo JK, McIlvain HE, Lando HA, Walker RD, Leed-Kelly A. Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: findings from a randomized community intervention trial. *Addiction*. 1998;93(6):877-87.
20. Ellingstad TP, Sobell LC, Sobell MB, Cleland PA, Agrawal S. Alcohol abusers who want to quit smoking: Implications for clinical treatment. *Drug Alcohol Depen*. 1999;54:259-64.

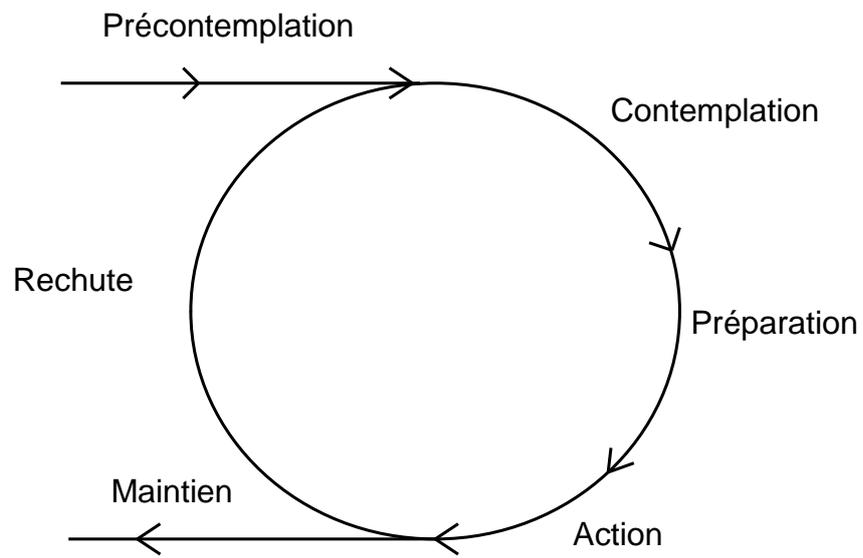
21. Autret L, Métois A, Valentin D. Motivation des patients en centre d'alcoologie pour aborder le sevrage tabagique. *Alcoologie et Addictologie*. 2002;24(2):155-9.
22. Stotts AL, Schmitz JM, Grabowski J. Concurrent treatment for alcohol and tobacco dependence: are patients ready to quit both? *Drug Alcohol Depen*. 2003;69:1-7.
23. HAS. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique: Efficacité, efficience et prise en charge financière. HAS. 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/strategies_therapeutiques_aide_sevrage_tabagique_rapport_2007_01_22__16_28_14_826.pdf (Page consultée le 09/05/2012).
24. HAS. Conférence de consensus : Objectifs, indications et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. HAS. 1999. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/alccol2.pdf>. (Page consultée le 09/05/2012).
25. Gulliver SB, Kalman D, Rohsenow DJ, Colby S, Eaton CA et al. Smoking and drinking among alcoholics in treatment: cross sectional and longitudinal relationships. *J Stud Alcohol*. 2000;61:157-63.
26. Fagerström KO. Can reduced smoking be a way for smokers not interested in quitting to actually quit? *Respiration*. 2005;72:216-20.
27. Jolicoeur DG, Ahluwalia JS, Richter KP, Mosier M, Harris KJ. The use of nicotine patches with minimal intervention. *Prev Med*. 2000;30:504-12.
28. Hughes JR, Carpenter MJ. The feasibility of smoking reduction: An update. *Addiction*. 2005;100:1074-89.
29. Friend KB, Pagano ME. Changes in cigarette consumption and drinking outcomes: Findings from Project MATCH. *J Subst Abuse Treat*. 2005;29(3):221-9.
30. Fiore MC, Smith SS, Joreuby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA*. 1994;271:1940-7.
31. AFSSAPS. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac-recommandations. AFSSAPS. 2003.

<http://superieur.deboeck.com/resource/extra/9782804102272/6.pdf>. (Page consultée le 09/05/2012).

32. Cooney NL, Cooney JL, Perry BL et al. Smoking cessation during alcohol treatment: A randomized trial of combination nicotine patch plus nicotine gum. *Addiction*. 2009 Sept;104(9):1588-96.
33. Hurt RD, Dale LC, Offord KP, Croghan IT, Hays JT et al. Nicotine patch therapy for smoking cessation in recovering alcoholics. *Addiction*. 1995;90(11):1541-6.
34. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psych*. 2004;72(6):1144-56.
35. Grebot E, Coffinet A, Laugier C. Changements au cours d'une cure de sevrage de l'alcool : dépression, désespoir, mécanismes de défenses et croyances. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 2008;18:77-83.
36. Hanesse B. Quels sont les acteurs et les moyens de l'accompagnement ? *Alcoologie et Addictologie*. 2001;23(2):212-18.
37. Hendricks PS, Delucchi KL, Hall SM. Mechanisms of change in extended cognitive behavioral treatment for tobacco dependence. *Drug Alcohol Depen*. 2010;109:114-9.
38. Huas D, Allemand H, Demeaux JL et al. Suivi et assiduité à un an des malades de l'alcool en médecine générale. *Rev Prat MG*. 1996;352:20-3.
39. Nalpas B, Pierre B, Ledent T, Gillet C, Martin S et al. Devenir des patients après sevrage d'alcool – Analyse comparative dans quatre centres de soins hospitaliers. *Alcoologie et Addictologie*. 2002;24(4):337-44.
40. Naudet M, Miche JN. Prise en charge du problème alcool par le médecin généraliste – Impact de sa formation et de ses représentations. *Alcoologie et Addictologie*. 2006;28(1):41-50.
41. Groppi M, Geiger S, Lafortune J. Parler d'alcool avec son patient en médecine générale – Simple ou gênant ? *Medecine*. 2011;7(2):83-6.

42. Appay B. Précarité, précarisation : réflexions épistémologiques. In :Joubert M., Chauvin P, Facy F, Ringa V, editors. Précarisation, risqué et santé. Paris:INSERM;2001. p.15-27.
43. Maisondieu J. Alcool, alcoolisme, exclusion et précarité. In :Joubert M, Chauvin P, Facy F, Ringa V, editors. Précarisation, risque et santé. Paris:INSERM;2001. p.377-93.
44. Caillat AM. Précarité et accès aux soins, une nécessaire modification des pratiques professionnelles ? Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Rennes : ENSP. 2002.
45. Mialon A. L'accompagnement de l'entourage. Alcoologie et addictologie. 2001;23(2):194-8.

ANNEXE 1 : Les stades du changement selon Prochaska et DiClemente



Source : Prochaska JO et DiClemente CC, 1986.

ANNEXE 2 : Questionnaire patient sur le sevrage tabagique

- 1- A quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____
- 2- Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en général ? _____
- 3 - Avez-vous déjà tenté un sevrage tabagique auparavant ? Oui Non
- 4- Votre consommation tabagique était-elle liée à celle de l'alcool ? (une réponse possible) Oui Non Pas toujours
- 5- Que pensez-vous d'associer réduction ou arrêt du tabac **et** arrêt alcool ? (une réponse possible)
 - Cela complique l'arrêt de l'alcool.
 - Cela facilite l'arrêt de l'alcool.
 - Cela ne modifie pas l'arrêt de l'alcool.
- 6 - Depuis la fin de la cure, votre consommation tabagique :
 - A diminué (d'au moins 5 cigarettes).
 - A augmenté (d'au moins 5 cigarettes).
 - Est identique.
 - Est arrêté (Répondez dans ce cas à la question n°7)
- 7- Si vous aviez arrêté, avez-vous depuis repris une consommation tabagique régulière ?
 - Oui (date de reprise : ____/____/____) Non
- 8- Avez-vous utilisé un patch nicotinique entre la fin de la cure et maintenant ?
 - Oui Non
- 9- Avez-vous parlé à votre médecin traitant de votre cure et de votre sevrage tabagique ?
 - Oui Non
- 10- Si la réponse à la question 9 est non, pourquoi ? (plusieurs choix possibles)
 - Vous ne voulez pas qu'il le sache.
 - Vous pensez que ça ne l'intéresse pas.
 - Vous pensez qu'il ne pourra pas vous aider.
- 11- Pensez-vous avoir besoin d'aide pour la poursuite de votre sevrage ? Oui Non
- 12- Si la réponse à la question 11 est oui, de quelle(s) aide(s) auriez-vous le plus besoin pour une meilleure prise en charge ? (plusieurs choix possibles)
 - Financier (coût des traitements).
 - Psychologique (gestion du stress et anxiété).
 - Prise en charge diététique.
 - Communication de la part de l'hôpital au médecin traitant.
- 13- Pensez-vous que vous fumerez encore d'ici 6 mois ?
 - Oui comme avant.
 - Non, plus du tout.
 - J'aurai continué à diminuer.

AUTEUR : SUAU Virginie

Date de soutenance : 03 décembre 2012

Titre de la thèse : La démarche de sevrage tabac au cours d'un sevrage alcool hospitalier : Evaluation à 1 mois.

Thèse, Médecine, Lille, 2012

Cadre de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Sevrage tabagique, Alcoolodépendants

RESUME :

Contexte : La prévalence tabagique chez les alcoolodépendants est de 80 à 90% et est responsable de la mortalité chez ces patients. Il est recommandé de proposer un sevrage tabac lors d'un sevrage alcool malgré la moindre chance de réussite démontrée l'année suivant le sevrage alcool.

Méthode : Nous avons relevé de mai 2011 à juin 2012 par questionnaire, les résultats de la démarche de sevrage tabac, débutée pendant la cure hospitalière de sevrage alcool, sur la consommation tabagique et les aides ultérieures souhaitées par les patients, à 1 mois de la sortie.

Résultats : Sur 59 patients intéressés et inclus lors de la cure, 38 ont été perdus de vue, conséquence de la ré-alcoolisation fréquente et de la précarité des patients étudiés. 21 (19 hommes d'âge moyen 46,14 ans) ont été revus. La consommation tabagique a évolué en deux sens : 8 patients avaient augmenté pour contrer le craving alcool et 8 avaient diminué. Cette réduction tabagique majore la motivation à l'arrêt futur : 17 patients projetaient de poursuivre la démarche de sevrage à 6 mois. Cette étape doit généralement être aidée d'une substitution nicotinique, mais non utilisée par 16 patients. La raison financière est la plus probable : 15 percevaient moins de 1200 euros mensuels. L'aide psychologique avait été demandée par 9 patients, s'expliquant par un nombre élevé de troubles de l'humeur (13 patients) et par un nécessaire soutien au changement de comportement addictif. Le médecin généraliste n'était pas repéré pour 11 patients comme personne aidante.

Conclusion : Le sevrage tabac est donc envisageable au cours d'une cure de sevrage alcool. En plus de renforcer les aides existantes, le rôle du médecin généraliste reste à définir pour ces patients.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Olivier Cottencin

Asseseurs : Monsieur le Professeur Raymond Glantenet
Monsieur le Professeur Arnaud Scherpereel
Madame le Docteur Anne Benard