

ULB

CONTINUING  
EDUCATION  
HELSCI  
HEALTH & LIFESCIENCES



UCLouvain



# ALCOOL, TABAC ET PRISE EN CHARGE

Examen de la question à partir du modèle bio-psycho-social

Travail écrit réalisé dans le cadre du

CERTIFICAT INTER-UNIVERSITAIRE EN ALCOOLOGIE

Coordonné par l'ULB, la SSMG, l'UCLouvain et l'ULiège

BIERNAUX Lise

Année académique 2023-2024



## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE</b> .....	1
<b>PARTIE THÉORIQUE</b> .....	2
<b>1. Alcool et tabac : éléments contextuels</b> .....	2
1.1. Contexte actuel .....	2
1.2. Association à haut risque.....	3
1.3. Position des professionnels .....	5
<b>2. Modèle bio-psycho-social</b> .....	7
2.1. Facteurs biologiques.....	7
2.1.1. Mode d'action.....	7
2.1.2. Circuit de la récompense .....	8
2.1.3. Génétique.....	9
2.2. Facteurs psychologiques.....	10
2.2.1. Traits de personnalité .....	10
2.2.2. Régulation émotionnelle.....	11
2.2.3. Conditionnement .....	12
2.2.4. Comorbidités psychiatriques .....	13
2.3. Facteurs sociaux .....	14
2.3.1. Influence sociétale .....	14
2.3.2. Environnement familial .....	15
2.3.3. Relation avec les pairs.....	16
<b>3. Prise en charge thérapeutique</b> .....	17
3.1. Repérage .....	17
3.2. Motivation à l'arrêt.....	18
3.3. Choix d'un traitement simultané ou différé .....	20
3.3.1. Arguments en faveur du sevrage simultané .....	21
3.3.2. Arguments en faveur du sevrage différé .....	22
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b> .....	24
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	25



## INTRODUCTION GÉNÉRALE

---

L'alcool fait partie intégrante de la culture de la population belge, et ce depuis des centaines d'années. Bien que le tabac ne soit apparu qu'au XX<sup>ème</sup> siècle dans nos régions, il est devenu lui aussi le produit « phare » de nombreux consommateurs. Progressivement, les usages se sont multipliés et les consommations conjointes entre alcool et tabac se sont répandues. Dans la clinique, nous pouvons observer qu'une majorité de patients traités pour leur trouble de l'usage de l'alcool fument de manière quotidienne également. Fin des années 90, Hurt et ses collègues faisaient le constat qu'hélas, peu de programmes de traitement de l'alcoolisme discutent de la prévention et/ou du sevrage tabagique avec les bénéficiaires. Une des raisons est que l'alcool et le tabac sont souvent documentés séparément l'un de l'autre alors qu'il existe des interactions entre leurs consommations. Aujourd'hui, cette tendance serait plus nuancée grâce à des programmes de prévention, de sensibilisation et de formation. Dès lors, pour explorer cette double dépendance chez nos patients, quels éléments devons-nous garder à l'esprit pour nous positionner efficacement en tant que professionnels ?

Dans ce travail, nous nous interrogeons sur les liens entre l'alcool et le tabac et la manière d'accompagner les consommateurs qui présentent cette double dépendance vers un sevrage. Dans la partie théorique, nous verrons donc dans un premier temps certains éléments contextuels à travers des données actuelles sur les consommations des belges, les risques pour leur santé et la position des professionnels en terme de prise en charge (chapitre 1). Nous allons également tenter d'investiguer les interactions entre les dimensions biologiques, psychologiques et sociales de ces deux produits (chapitre 2). Avant de finalement aborder la prise en charge des alcoolodépendants fumeurs à travers un regard sur le repérage, la motivation à l'arrêt et la question du sevrage simultané ou différé (chapitre 3). À la suite de ce recensement de la littérature, nous en venons à la conclusion générale de ce travail écrit.

## PARTIE THÉORIQUE

---

### 1. Alcool et tabac : éléments contextuels

À travers ce chapitre, un regard sur le contexte actuel mettra en perspective les enjeux des consommations d'alcool et de tabac. L'association entre ces deux usages et leurs implications sur la santé seront aussi évoquées. Nous discuterons ensuite de la position des professionnels.

#### 1.1. Contexte actuel

En Belgique, l'alcool et le tabac sont les substances psychoactives les plus consommées. En 2018, l'enquête Health Interview Survey (HIS) révèle quelques données relatives aux consommations de la population belge en matière d'alcool et de tabac (Gisle et al., 2018). Premièrement, il s'avère que 76,6% de la population de plus de 15 ans ont consommé une boisson alcoolisée au cours de l'année écoulée. Le Conseil Supérieur de la Santé (2018) estime que tout usage d'alcool a un effet sur la santé ; et de ce constat, il recommande de ne pas dépasser 10 unités standards d'alcool par semaine et de prévoir au moins deux jours sans consommation d'alcool. L'enquête HIS montre qu'une proportion de la population aurait une consommation à risque puisqu'elle dépasse le seuil recommandé : 14% des Belges déclarent consommer chaque semaine plus de 10 unités d'alcool. Cette consommation bascule dans un usage problématique d'alcool pour 12,6% de la population, soit environ un belge sur dix. Autrement-dit, ils répondent au moins à deux des onze critères définis par le DSM-V sur une période de 12 mois (exemples : craving, symptômes de sevrage, répercussions au niveau de leurs obligations ou de leurs relations sociales). Deuxièmement, chez les plus de 15 ans, environ une personne sur cinq fume du tabac (15,4% de fumeurs quotidiens et 4% de fumeurs occasionnels). Pour les fumeurs quotidiens, la quantité moyenne est de 15 cigarettes consommées par jour. Il faut noter qu'un tiers sont des gros fumeurs, ils consomment au-delà de cette moyenne (plus de 20 cigarettes/jour).

L'alcool et le tabac sont disponibles en vente libre dans « les établissements du secteur de l'Horeca, dans les commerces alimentaires, chez les marchands journaux, dans de nombreux distributeurs automatiques de boissons ou encore dans les stations-services et les night-shops » (Régny et al., 2023, p.103). Les prix de vente sont à la portée de la majorité de la population. Il existe donc une accessibilité tant géographique que financière de ces deux produits. Des mesures

de prévention et d'action sociétale sont à mettre en œuvre telles que clarifier la législation de vente (exemple : diminuer le nombre et augmenter la qualité des points de vente) et revoir la politique de prix (exemple : prix minimum par unité au détail) (de Duve, 2024). L'interdiction de la publicité et les restrictions en matière d'étiquetage, de composition et de vente sont bien plus importantes pour le tabac que pour l'alcool. Par exemple, aucun élément sur l'emballage ne peut inciter à la promotion ou à la consommation. Il est donc exclu qu'un produit à base de tabac contient des vitamines ou d'autres additifs qui créeraient l'impression que ce produit a des effets bénéfiques pour la santé (Capouet, 2021). Au contraire, des messages d'avertissement et d'information d'aide à l'arrêt sont obligés d'apparaître. Ceci contribue à la dénormalisation des consommations, et par conséquent à la prévalence en baisse des fumeurs quotidiens en Belgique. Non seulement il y a 25% de fumeurs en moins qu'il y a 10 ans, mais aussi le nombre de personnes qui n'ont jamais fumé a significativement augmenté en 20 ans (22% de plus) (Gisle et al., 2018). Ces constats suggèrent que les mesures préventives dissuadent la population de consommer du tabac.

La régularisation des mesures en termes d'assuétudes est primordiale pour réduire les incitations de l'industrie de l'alcool, l'industrie du tabac, les représentations culturelles et limiter les risques liés aux consommations. Le point suivant aborde l'accentuation des risques en cas de co-consommation d'alcool et de tabac.

## 1.2. Association à haut risque

L'alcool et le tabac sont souvent documentés séparément l'un de l'autre alors qu'environ 78 à 100% des patients alcoolodépendants fument (Lustygier, 2022). Il existe une corrélation entre la dépendance à l'alcool et la dépendance au tabac : « Les personnes alcoolodépendantes sont, en comparaison avec la population générale, plus à risque d'être fumeuses et les personnes dépendantes au tabac plus à risque d'être dépendantes à l'alcool que les autres. » (Zürcher & Jacot, 2014, p.5). Par ailleurs, les gros fumeurs (> 20 cigarettes/jour) boivent plus que les petits fumeurs et inversement (Tenette-Audemar, 2003). Tant chez les buveurs modérés que ceux ayant un mésusage, la prise d'alcool provoque une hausse généralisée de l'envie de fumer, une plus grande impatience et une plus grande satisfaction à fumer (Tenette-Audemar, 2003). La façon de fumer est également modifiée par une augmentation du nombre de cigarettes fumées et de l'intensité du fumage (inhalation plus intense et diminution des intervalles inter-bouffées) (Lustygier, 2022). Une

part neuropharmacologique en serait à l'origine, c'est que Gillet et al. (2001) ont montré dans leur étude en excluant les influences sociales et comportementales (cités dans Lustygier, 2022).

La consommation de ces deux produits est loin d'être sans risque : l'alcool et le tabac font partie des principales causes de décès évitables. La surmortalité des alcooliques fumeurs est liée à l'exacerbation des effets toxiques de ces consommations (Tenette-Audemar, 2003). Ce qui induit des dommages pour la santé comme les maladies cardiovasculaires, respiratoires et des cancers. En effet, il existe un risque combiné de la consommation d'alcool et de tabac. Autrement-dit, le risque de développer une maladie suite à une consommation simultanée est bien supérieure au risque de l'usage d'un des deux produits ou même de la somme de ces deux risques séparés (Zürcher & Jacot, 2014). Nous pouvons prendre l'exemple des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Selon Anantharaman et al. (2011), le tabac et l'alcool sont responsables de 73 % des cas de cancers des VADS (à savoir les cancers de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage). Les fumeurs ont un risque de développer un cancer des VADS de trois à quatre fois supérieur par rapport aux personnes qui ne consomment ni tabac ni alcool, tandis que ce risque est moins significatif (moins d'1%) chez les consommateurs d'alcool (plus de deux unités par jour) (Anantharaman et al., 2011). L'effet cumulé des consommations de tabac et d'alcool atteint quant à lui un risque dix fois supérieur aux non consommateurs (Anantharaman et al., 2011). Dans leur étude, Kurt et al. (1996) ont montré que les patients traités pour alcoolisme présentaient une mortalité cumulée accrue, davantage attribuable à des facteurs liés au tabac qu'à l'alcool. Ce qui suggère que les personnes alcooliques décèdent davantage des conséquences du tabagisme qui se cumulent aux conséquences de l'alcoolisme, plutôt qu'uniquement celles liées à l'alcoolisme.

Pour améliorer la qualité de vie et l'espérance de vie des patients alcoolodépendants, les aider à arrêter de fumer semble dès lors tout aussi nécessaire que le sevrage d'alcool. Qu'en est-il de la position des professionnels du secteur ? Les différents éléments de réponse sont présentés au point suivant.

### 1.3. Position des professionnels

Depuis 2005, le Fonds des affections respiratoires (FARES) asbl tend à coordonner le réseau des hôpitaux sans tabac, pour la partie francophone du pays. Ils ont fait de même à partir de 2009 vers le secteur psychiatrique. À ce jour, des initiatives ont été mises en place : sensibilisation, prévention et formation des professionnels. Ils encouragent autant la tentative d'arrêt du tabac des patients que celle du personnel soignant. Dans le domaine des assuétudes, mon expérience de terrain m'a montré qu'en cure de sevrage, en hôpital de jour et en post-cure résidentielle, la majorité des bénéficiaires fument. Ils fument en groupe, lors de pauses, et sont même accompagnés par des professionnels eux-mêmes fumeurs. Ce constat m'a toujours interpellé et nourrit aujourd'hui ma réflexion. Il est fréquemment proscrit de consommer de l'alcool au sein de ces établissements. Tandis que la consommation de tabac est autorisée à des degrés de réglementation différents en fonction des institutions.

Fin des années 90, Hurt et ses collègues faisaient le constat qu'hélas, peu de programmes de traitement de l'alcoolisme discutent de la prévention et/ou du sevrage tabagique avec les bénéficiaires. Cette tendance est plus nuancée aujourd'hui. Avec l'intervention du FARES, certaines structures spécialisées en assuétudes se sont impliquées dans une démarche de gestion du tabagisme par l'intermédiaire de séances mensuelles d'informations relatives au tabac et la possibilité de faire une demande d'aide à l'arrêt tabagique (par exemple au centre de post-cure lié à l'institution « Le Domaine » à Braine l'Alleud) tandis que d'autres souhaitent l'intégrer aux séminaires proposés aux bénéficiaires (par exemple dans l'Unité 1 de « la Clinique La Ramée » à Bruxelles) (Prévost & Migard, 2020 ; Migard, 2021). La plupart du temps, les institutions mettent l'accent sur la dépendance à l'alcool et perçoivent le tabagisme comme une dépendance plus bénigne. Chez les professionnels, fréquents sont ceux qui jugent « trop difficiles d'arrêter les deux substances et que les tentatives d'arrêt du tabac peuvent avoir un effet défavorable sur le sevrage alcoolique » (Zürcher & Jacot, 2014, p.18). Ils jugent que cela risque d'engendrer du stress et par conséquent un désinvestissement dans le processus de rétablissement (Tenette-Audemar, 2003). Lors d'une interview, Madame Vandyck, directrice des soins à « la Clinique La Ramée », rejoint cette idée présumée en déclarant :

*Et, même s'il y a certaines demandes d'arrêt émanant des patients eux-mêmes, le fait de stopper plusieurs addictions en même temps est encore peu rentré dans les mœurs. Il y a*

*encore beaucoup d'idées reçues à ce sujet et notamment une crainte pour le patient d'échouer son sevrage s'il arrête simultanément le tabac. C'est en outre toujours très peu envisagé dans les démarches médicales et paramédicales.* (Migard, 2021, p.14).

En consultation médicale, le repérage des consommations diffère selon le produit consommé et le professionnel. L'enquête de Beck et al. (2011), auprès de 2083 médecins généralistes en France, amène un premier regard sur les attitudes de ces professionnels. Près de deux tiers des médecins généralistes abordent la question de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient. Et parmi ceux-ci, seuls 34% examinent également l'usage d'alcool. Aborder la question de la consommation d'alcool est donc moins systématique ou du moins uniquement pour les patients à risque. Ce constat s'explique par une différence dans « la facilité à aborder l'usage de substances psychoactives » : le tabac est jugé plus facile à aborder que l'alcool (Beck et al., 2011, p.287). Ce qui se reflète également dans l'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation : uniquement 12,9% des médecins utilisent des questionnaires sur la consommation d'alcool. Le repérage précoce des divers mésusages et l'utilisation fréquente d'outils seraient directement liés au fait d'appartenir à un réseau d'addictologie. Dans le même ordre d'idée, il est plus fréquent qu'un médecin prenne en charge de manière autonome le sevrage tabagique que le sevrage alcool. Le travail en réseau s'observe davantage pour les problématiques d'alcool que celle du tabac. De fait, la majorité des médecins généralistes les traite en collaboration avec le réseau ou oriente vers une structure plus adaptée (Beck et al., 2011).

## **2. Modèle bio-psycho-social**

La principale façon d'aborder les assuétudes est une approche multifactorielle. L'approche bio-psycho-sociale considère que la problématique addictive est le résultat de trois types de facteurs : biologiques, psychologiques et sociaux. Il y a une interaction entre un produit (qui a un potentiel addictif), un individu (avec ses caractéristiques et ses vulnérabilités) et un environnement.

Quelles sont les raisons pour lesquelles les consommations de tabac et d'alcool sont souvent associées ? Bien que des éléments sociaux et environnementaux jouent un rôle, il existe également des facteurs biologiques et génétiques qui peuvent en partie expliquer cette association. Ce point permet donc d'énoncer et de discuter de ces facteurs.

### 2.1. Facteurs biologiques

#### 2.1.1. Mode d'action

L'alcool et la nicotine ont des effets et des modes d'action différents sur le système nerveux central (SNC) : l'alcool est un déprimeur du SNC tandis que la nicotine est un stimulant du SNC. Mais il existe une réponse paradoxale de l'alcool : tout en diminuant l'activité cérébrale, il provoque une désinhibition (phase de stimulation) en début de consommation puis une phase de sédation qui peut s'accompagner d'une phase de dérégulation du SN (modification et perturbation des sensations) (Morel & Couteron, 2019). Même s'il est catégorisé comme déprimeur du SNC, il induit des effets stimulants et des effets perturbateurs du SNC. La nicotine, quant à elle, augmente et accélère l'activité du SNC donnant par exemple l'impression de diminuer la sensation de faim (« coupe faim ») et d'un regain d'énergie (Morel & Couteron, 2019). En réalité, de manière paradoxale à nouveau, les fumeurs l'utilisent comme sédatif ou anxiolytique (exemple : « Je vais fumer une cigarette pour me calmer. »). Dans ce cas, l'effet recherché s'associe à des attitudes comportementales (en lien avec la respiration) plutôt que l'effet neurologique du produit. Par ailleurs, la nicotine réduit les effets sédatifs et déplaisants de l'intoxication éthylique (Pinto, 2020). La latence de l'onde P300 (« mesure de la manifestation électrique de l'activité cérébrale dans le cadre d'un processus décisionnel ») est rallongée après la prise d'alcool et au contraire réduite après la prise de tabac (Lustygiar, 2022, p.5). De ce fait, les personnes alcoolisées en phase sédative (par exemple, après quelques heures de soirée) seront plus susceptibles de vouloir fumer pour stimuler

leur activité et réduire leurs difficultés psychomotrices ou attentionnelles par exemple. De plus, l'effet « coupe faim » de la nicotine ralentit la fonction gastrique d'un individu et donc par la même occasion son taux d'alcoolémie. Comme la vidange gastrique est retardée par la nicotine, il est « plus probable que l'alcool soit métabolisé par l'alcool déshydrogénase gastrique avant d'être absorbé dans la circulation sanguine par l'intestin grêle (le principal site d'absorption de l'alcool) » (Parnell et al., 2006, p.1408). Ce ralentissement pourrait induire chez cet individu une consommation plus rapide et importante d'alcool pour ressentir l'effet recherché, associé notamment à un usage plus excessif.

### 2.1.2. Circuit de la récompense

L'alcool et la nicotine influencent une région particulière du cerveau : la voie mésolimbique, qui est responsable du circuit de la récompense. Ils se fixent tous les deux sur l'aire tegmentale ventrale et induisent la libération de dopamine (neurotransmetteur du plaisir) vers les autres structures du système de la récompense (noyau accumbens, cortex préfrontal) (Maurage, 2020). Une des similarités est donc l'action indirecte sur l'activation du système de la récompense. Ce système va progressivement être perturbé donc mener à une neuroadaptation : l'alcool et la nicotine vont sur-stimuler les sites dopaminergiques par la présence plus importante de dopamine dans l'espace synaptique, le système va s'adapter en diminuant ses récepteurs et leur sensibilité (Maurage, 2020). Ce qui crée un phénomène de tolérance à ces substances psychoactives et donc une dépendance marquée.

Il est possible d'expliquer certaines des interconnexions entre les consommations d'alcool et du tabac en se basant sur ce mécanisme d'action commun sur le système nerveux. Il existe en effet une force d'association entre ces deux substances appelée « Cross-renforcement ». Ce renforcement croisé est défini comme « la capacité d'une drogue d'augmenter l'effet d'une autre » (Lustygié, 2022, p.5). Deux mécanismes peuvent être cités : le « Mutual Craving » et la « Cross-Tolerance ».

Le « Mutual Craving » s'observe lorsque la consommation de l'une des substances incite à vouloir consommer l'autre à tel point que cela en devient aussi une envie irrésistible (Zürcher & Jacot, 2014, p.14). L'étude de Barrett et al. (2006, p.201) a montré que l'absorption de nicotine par la combustion du tabac a augmenté la consommation d'alcool de leurs participants et que cette interaction serait liée à une « action neuropharmacologique ». Ils émettent l'hypothèse d'un effet

potentialisateur de la nicotine sur l'alcool : la voie dopaminergique est stimulée plus rapidement par l'alcool lorsque la nicotine est déjà présente dans l'organisme et a donc sensibilisé cette voie en amont (Barret et al., 2006). Inversement, Narahashi et ses collègues (2001) ont montré que l'alcool potentialise les effets de plaisir ou de renforcement du comportement associés au tabagisme.

Tandis que la « Cross-Tolerance » ou tolérance croisée est définie comme « le fait que la tolérance développée par rapport à une substance induit une tolérance à une autre substance », souvent en raison de mécanismes d'actions similaires (Zürcher & Jacot, 2014, p.15). Cela peut jouer un rôle important dans le développement et le maintien d'une dépendance puisqu'une tolérance croisée entre l'alcool et la nicotine peut contribuer à la consommation simultanée des deux produits. Par exemple, si une personne développe une tolérance à la nicotine, elle pourrait également ressentir une tolérance accrue à d'autres substances agissant sur le même système dopaminergique. Cela peut inciter l'individu à augmenter les doses ou à consommer de l'alcool, renforçant ainsi le cycle de dépendance par un « effet facilitateur ». Cette dynamique peut rendre le traitement de la dépendance plus complexe, car il peut être nécessaire d'aborder plusieurs substances en même temps et de prendre en compte les interactions potentielles. Ce sujet sera abordé au prochain chapitre, au même titre que le sevrage.

### 2.1.3. Génétique

Au niveau de la génétique, les études basées sur la comparaison des « faux » jumeaux dizygotes (50% des gènes partagés) et les « vrais » jumeaux monozygotes (100% des gènes partagés) montrent que les jumeaux monozygotes ont deux fois plus de risques de développer une dépendance à l'alcool ou à la nicotine si l'un d'entre eux l'est (Funk et al., 2006). Par rapport à la consommation simultanée d'alcool et de nicotine, les facteurs génétiques l'expliquent aussi. Par leurs recherches sur les jumeaux, plusieurs auteurs, comme True et al. (1999), Bierut et al. (2004) et Goldman et al. (2005) soutiennent l'idée que la prédisposition à consommer de l'alcool et de la nicotine a une forte composante génétique (cités dans Funk et al., 2006). Des mutations génétiques chromosomiques ont une influence sur les comportements des fumeurs et buveurs d'alcool. Ils engendrent des variations particulières de gènes, appelées polymorphismes, qui rendent les porteurs plus à risque de consommer des substances psychoactives (Pinto, 2023). Nous pouvons prendre l'exemple des variations des gènes CHRNA5-A3-B4 ou CHRNA7 qui sont associées

significativement aux dépendances à l'alcool et à la nicotine (Zuo et al., 2016). En effet, des variations du groupe de gènes CHRNA5-A3-B influencent et favorisent la consommation précoce du tabac et de l'alcool (Zuo et al., 2016). Les porteurs de la modification du chromosome 3 et du chromosome 5 sont plus à risque de développer une dépendance à l'alcool et à la nicotine (Zuo et al., 2016). Cette vulnérabilité commune s'explique par le fait que les gènes CHRNA3 et CHRNA5 s'expriment dans les circuits neuronaux du traitement de la récompense, de l'apprentissage et du contrôle cognitif et affectif (Zuo et al., 2016). En ce qui concerne la variation du CHRNA7, les porteurs auraient tendance à consommer plus et plus intensément tant l'alcool que le tabac (Zuo et al., 2016. ; Pinto, 2023). La présence de la modification sur le chromosome 7 exerce donc une influence sur les habitudes de consommation et plus spécifiquement sur la quantité ingérée. Bien qu'il existe des variations génétiques communes, ces associations sont plus prononcées avec la dépendance à la nicotine qu'avec celle à l'alcool (Zuo et al., 2016).

## 2.2. Facteurs psychologiques

### 2.2.1. Traits de personnalité

Créé par John et ses collègues en 1990, le modèle du Big Five catégorise la personnalité en cinq grandes dimensions : l'extraversion, l'agréabilité, la conscienciosité, le névrosisme et l'ouverture à l'expérience (cité dans Plaisant et al., 2005). Il permet de mesurer l'effet des facteurs de personnalité dans certaines pathologies mentales. Parmi les cinq traits de personnalité du modèle du Big Five, trois influencent de manière similaire le développement d'usages problématiques d'alcool et du tabac.

Tant les fumeurs que les buveurs réguliers obtiennent des scores élevés pour les facettes liées au névrosisme telles que l'anxiété, la dépression, la vulnérabilité psychologique, l'hostilité et la colère (de Cássia et al., 2007 ; Coëffec, 2011). Le premier trait est donc l'instabilité émotionnelle : plus les fumeurs et buveurs sont instables émotionnellement et présentent des affects négatifs, plus la probabilité qu'ils deviennent dépendants à l'alcool et à la nicotine augmente. En effet, la facette « dépression » est corrélée significativement à la raison pour laquelle la personne boit (Coëffec, 2011). De même que la cigarette donne l'impression de réduire le stress et les affects négatifs, ce qui renforce son utilisation (de Cássia et al., 2007). Cette dimension est à prendre en compte dans la prise en charge du trouble addictif puisqu'ils seront moins enclins à arrêter de consommer si leur

consommation remplit une ou plusieurs fonction(s). Le second trait est l'extraversion pour lequel il existe des corrélations positives avec la consommation d'alcool et du tabac. L'aspect le plus prédominant est un haut niveau de recherche de sensations (Cássia et al., 2007 ; Coëffec, 2011). Toutefois le lien entre le tabagisme et l'extraversion a diminué au cours des dernières décennies, sans doute parce que fumer est devenu socialement importunant dans de nombreux pays (Cássia et al., 2007). Le troisième et dernier trait en commun est la faible conscienciosité. Par leur consommation, les fumeurs et les buveurs ne protègent pas leur santé et n'ont parfois pas consciences des risques (Cássia et al., 2007 ; Coëffec, 2011). D'autres, conscients de la nocivité des produits, peuvent ressentir un conflit entre leur connaissance des risques et leur capacité à changer leurs habitudes, souvent due à un manque d'autodiscipline (facette de la conscience) (Cássia et al., 2007).

### 2.2.2. Régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle désigne l'ensemble des processus par lesquels un individu influence les émotions qu'il éprouve, leur intensité et leur durée (Dumont et al., 2016). Cette régulation repose sur « les croyances, l'expérience que les individus ont sur les émotions » (Dumont et al., 2016, p.72). Cela inclut des stratégies pour faire face aux émotions désagréables (ou agréables) comme la réévaluation d'une situation, l'acceptation ou encore la distraction. Certaines personnes ont une réactivité émotionnelle élevée et de faibles capacités de régulation, ce qui les met en difficulté et mène à l'adoption de stratégies de régulation inadaptées. La consommation de substances psychoactives, y compris l'alcool et le tabac, fait partie de ces stratégies inadéquates. Deux types de consommation ressortent : l'une cherche à valoriser les émotions agréables (euphorie, stimulation), l'autre tend à atténuer les émotions désagréables (évitement) (Zveny, 2024). Bien que ces consommations donnent au départ l'impression d'un apaisement à court terme, ces stratégies sont « inefficaces voire problématique sur le long terme » (Dumont et al., 2016, p.74). Le risque étant d'augmenter la dépendance psychologique envers l'alcool et le tabac pour faire face aux difficultés émotionnelles. Les individus développent des attentes par rapport aux produits comme limiter l'ennui, le stress et les affects négatifs. Et le plus souvent, ces attentes sont auto-réalisatrices et renforcent le comportement (Noël, 2021). Progressivement, les individus ne peuvent pas réguler leurs émotions autrement qu'en consommant ces produits, ce qui affaiblit le sentiment d'auto-efficacité ou la capacité à se réguler par des

attributions internes. Une métaphore, énoncée par Noël (2021), est celle du « pompier pyromane ». Il fait référence au phénomène d'emballement décrit par Zveny (2024) : l'évitement émotionnel par la consommation ne fait qu'alimenter des tensions internes qui conduisent à un seuil de rupture émotionnelle. Ce débordement sera si intense, que la réponse impulsive pour l'atténuer sera la consommation elle-même.

### 2.2.3. Conditionnement

Avec le temps, les consommations problématiques d'alcool et de tabac sont associées à des lieux particuliers de consommation (exemple : terrasse de café), à des personnes (exemple : amis consommateurs), à des périodes particulières (exemple : après le travail) et à des états émotionnels (exemple : colère) (Karila & Benyamina, 2016). De ce fait, l'exposition à ces facteurs est suffisante pour déclencher le besoin de consommer, et donc souvent suivis par la recherche et l'usage simultané. Deux types de conditionnement s'observent : le classique et l'opérant.

Le conditionnement classique fait référence au fait que la présence de l'alcool peut provoquer l'envie de fumer, créant une association psychique entre les deux. Par exemple, après quelques verres, l'idée de fumer devient plus attrayante, même sans que l'on ait cette intention au départ. Progressivement, les consommateurs associent les deux produits et il devient plus compliqué de ne pas consommer les deux en même temps. La gestuelle renforce cette association puisque le comportement est identique : tenir un objet (verre ou cigarette) et le porter jusqu'à sa bouche pour l'absorber (inhalation ou ingestion). Tandis que dans le conditionnement opérant, l'usage du tabac peut être perçu comme une manière d'améliorer l'expérience de la consommation d'alcool. Certaines personnes peuvent ressentir que fumer après avoir bu leur procure un plaisir supplémentaire (renforcement positif) ou atténue certains effets désagréables de l'alcool (renforcement négatif) (voir point 2.1.1. Mode d'action). Ces gestes partagent souvent des fonctions similaires liées à l'interaction sociale, à la gestion du stress ou à la recherche de confort. Par exemple, lever un verre pour trinquer est similaire au geste de tendre une cigarette à quelqu'un, signifiant un désir de partage. Par ailleurs, lorsque l'accès à l'alcool ou au tabac est limité, il est possible que les individus consomment davantage le produit à portée de main ou socialement accepté. Nous pouvons supposer que lors d'un vol en avion, les fumeurs sont plus susceptibles d'acheter de l'alcool pour compenser l'absence de leur produit « phare » ou réduire leur anxiété

liée au trajet. À l'inverse, d'après mes observations, il arrive que des alcooliques en rétablissement fument davantage pour faire face à un événement stressant et désagréable. Comme ils sont conditionnés à consommer pour se réguler, l'usage du produit accessible risque d'être renforcé. Fumer devient alors un moyen de contrôler l'envie d'alcool. D'autant que la consommation de tabac est autorisée et réglementée par l'intermédiaire d'espaces fumeurs dans les institutions. Nous pouvons supposer que cette stratégie de régulation ne soit que de courte durée et que le craving envers le produit « phare » soit augmenté. Conney et al. (2007) ont en effet démontré que « face à des stimuli évoquant l'alcool, un patient fumeur sevré à l'alcool ressentait des envies pressantes envers l'alcool et le tabac » (cités dans Pinto, 2020, p.179). Dans des périodes de vulnérabilité (exemple : autorisation de sortie un week-end hors structure), le risque de reconsommation d'alcool peut être donc accentué si aucun autre mode de régulation n'est acquis.

#### 2.2.4. Comorbidités psychiatriques

Le trouble de l'usage de l'alcool et le tabagisme partagent des comorbidités psychiatriques communes. Deux catégories s'observent : les interactions entre les drogues elles-mêmes et les interactions entre dépendances et troubles mentaux. Comme vu précédemment, la dépendance à l'alcool est souvent associée à la dépendance au tabac. Dans ce point, nous allons plutôt nous intéresser aux relations entretenues avec des pathologies psychiatriques, plus spécifiquement lorsque ces troubles sont indépendants et antérieurs aux consommations.

Les personnes ayant des troubles mentaux sont souvent plus susceptibles de développer des problèmes de dépendance. Tant les consommations d'alcool que du tabac sont étroitement liées aux troubles dépressifs, aux troubles anxieux, aux troubles psychotiques (en particulier la schizophrénie) et au trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (Cássia et al., 2007 ; Pinto, 2024). Cette prévalence est d'autant plus élevée pour la dépression et la schizophrénie (Zürcher & Jacot, 2014). La plupart du temps, les patients recherchent à apaiser leurs symptômes en consommant des substances psychoactives. Ces relations ne sont pas qu'unidirectionnelles, l'une peut influencer l'autre. Par exemple, les individus dépressifs peuvent chercher à s'automédiquer pour apaiser leurs émotions négatives. Néanmoins, l'utilisation de nicotine perturbe les systèmes neurochimiques, affectant ainsi les circuits neuronaux, y compris les « mécanismes de renforcement associés à la régulation de l'humeur » (Cássia et al., 2007, p.596). En ce qui

concerne les troubles anxieux, les relations et leur nature varient en fonction du diagnostic. Chez les alcoolodépendants, 30% sont atteints de symptômes d'un trouble de stress post-traumatique (soit quatre fois plus qu'en population générale) (Pinto, 2024). Durant la nuit, prendre un verre d'alcool ou fumer une cigarette peuvent leur permettre de calmer leurs cauchemars. De même que l'alcool ou le tabac deviennent un moyen d'automédication pour sortir du domicile (dans l'agoraphobie) ou parler en public (dans la phobie sociale) (Pinto, 2024). En plus d'une recherche d'automédication, d'après Herrán et al. (2000), la consommation de tabac chez les personnes atteintes de schizophrénie pourrait « refléter le processus d'institutionnalisation, ainsi que l'ennui et le faible contrôle des impulsions » de ces individus (cités dans Cássia et al., 2007, p.597). Elle permet aussi de réduire l'inattention et le temps de réaction des fumeurs atteints de TDAH (Levin et al, 1996). Le TDAH augmente le risque de tabagisme dans un but d'améliorer le fonctionnement cognitif mais aussi de dépendance à l'alcool pour « s'automédiquer ». Il augmente le risque de dépendance à l'alcool à l'âge adulte, ce risque étant en effet six fois plus élevé chez les jeunes atteints de ce trouble (Pinto, 2024).

### 2.3. Facteurs sociaux

#### 2.3.1. Influence sociétale

Nombreuses sont les valeurs véhiculées à propos de l'alcool dans notre société. Certaines sont traditionnelles et datent du Moyen-Âge. En effet, la bière était fortement consommée puisque la prolifération des bactéries est réduite grâce au processus de fermentation, ce qui rendait la population moins malade par rapport à une consommation d'eau non potable. De plus, la tradition de « trinquer » y prend aussi son origine. À cette époque, l'empoisonnement était une pratique fréquente. Entrechoquer les verres faisait en sorte que quelques gouttes se retrouvent dans le verre de l'autre, dissuadant ainsi les empoisonneurs d'utiliser ce moyen. De nos jours, la consommation d'alcool est davantage associée à l'hospitalité, à l'amusement ou à la célébration. La publicité et le marketing ont participé à la normalisation des consommations en renforçant les associations systématiques de l'alcool et de la fête, en produisant de nouveaux produits attrayants (exemples : plus sucrés, fruités, colorés) pour attirer un public jeune et en les rendant accessibles au tout public (de Duve, 2024). L'alcool fait partie intégrante du quotidien de la population belge. Et depuis 2016, l'art brassicole belge est inscrit sur la liste représentative du patrimoine mondial immatériel de

l'UNESCO. Cette organisation des Nations unies reconnaît donc aussi à travers le monde que la bière fait partie intégrante de la culture belge.

En revanche, le tabac est devenu omniprésent dans notre société au cours du XX<sup>ème</sup> siècle. L'industrie du tabac a une part de responsabilité dans l'accroissement des consommations par la « manipulation des informations liées à la toxicité du tabac, la manipulation du 'produit cigarette' (avec les additifs), la publicité ciblée sur les groupes à risque, la contrebande de produits du tabac» (Lustygier, 2021, p.2). Tout comme l'industrie de l'alcool, il y a une volonté de cibler les jeunes consommateurs qui sont moins à même de discerner les effets néfastes et plus enclin à initier dans une pratique régulière. En 1975, RJ Reynolds, fondateur d'une entreprise productrice de cigarettes, disait : « Pour assurer la croissance à long terme de Camel Filtre, la marque doit accroître sa part du marché des 14-24 ans... » (cité dans Lustygier, 2021, p.2). Bien qu'aujourd'hui, les réglementations sont plus restrictives en matière de publicité autour du tabac, certaines désinformations ou valeurs sont toujours véhiculées pour les consommations d'alcool et de tabac.

Malgré les évolutions sociétales, les consommations d'alcool et de tabac restent encore aujourd'hui banalisées dans notre société et plus particulièrement dans certains milieux de vie. Ce qui accentue la probabilité de voir émerger des comportements à risque voire problématiques.

### 2.3.2. Environnement familial

De nombreuses études menées sur plusieurs décennies ont démontré que les enfants de parents souffrant de dépendances à l'alcool et au tabac sont plus enclins à développer divers problèmes émotionnels, comportementaux, physiques, cognitifs, scolaires et sociaux, tant à court qu'à long terme (Kuppens, et al., 2019). Par exemple, l'exposition passive au tabac entraîne des problèmes de santé physique chez les enfants, ainsi qu'un risque accru d'initiation et de dépendance au tabac chez les jeunes à l'adolescence et/ou à l'âge adulte (Hussong et al., 2008 cités dans Kuppens, et al., 2019).

De manière similaire, la consommation d'alcool des parents augmente la probabilité d'une consommation précoce d'alcool chez les jeunes (Yang et al., 2023). Deux éléments aident à comprendre ces relations causales : le manque de soutien familial et la théorie de l'apprentissage social. D'après Barnard et McKeganey (2004), l'abus de substances chez les parents réduit la surveillance parentale et nuit à la capacité de ces parents à fournir un environnement familial

protecteur et stimulant (cités dans Kuppens, et al., 2019). En effet, ces parents sont désorganisés, ne remplissent pas leurs tâches ni leurs rôles de responsabilités et ont tendance à adopter des comportements agressifs (Şen-Aslan, 2021). Et selon la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1986), les enfants apprennent des comportements en observant ce que font leurs parents et en les imitant (cité dans Şen-Aslan, 2021). Le lien social a son importance puisque si le jeune se sent proche de ses parents, il sera plus susceptible de s'inspirer des comportements en matière de santé de ces derniers (Yang et al., 2023). De plus, les parents consommateurs d'alcool sont plus susceptibles d'encourager la consommation d'alcool chez leurs enfants (Yang et al., 2023). De ce fait, les jeunes vont progressivement intégrer l'aspect récréatif des consommations, associer éventuellement la régulation émotionnelle avec ces substances et donc, seront plus à risque de développer une dépendance. Néanmoins, il arrive que certains enfants ne suivent pas la trajectoire des parents et s'autorégule de manière adéquate, tout en développant des compétences sociales (Şen-Aslan, 2021).

### 2.3.3. Relation avec les pairs

Le rôle des pairs est un facteur de risque dans les habitudes de consommation d'alcool et de tabac. L'influence sociale, la pression des pairs et le désir d'appartenance peuvent inciter les individus à adopter des comportements de consommation, renforçant ainsi leurs propres habitudes et le risque de dépendance. Par exemple, les adolescents commencent souvent à fumer des cigarettes en observant leurs amis et les imitant pour avoir l'impression d'intégrer le groupe (Karila & Benyamina, 2016). D'une part, les jeunes ont tendance à changer leur(s) consommation(s) et s'ajuster à celle(s) des membres du groupe, et d'autre part ils les choisissent en se basant sur des attitudes et comportements partagés concernant la consommation d'alcool et de tabac (Henry et al., 2005). Ce constat peut s'appliquer à d'autres niveaux de relation, comme des relations professionnelles. Bien que l'alcool soit généralement proscrit durant les heures de travail, il a longtemps servi de « liant nécessaire à la rencontre des travailleurs » dans un geste de camaraderie d'après journée (Maranda, 1991, p.65). En milieu professionnel, l'alcool est aujourd'hui consommé par exemple lors de fêtes de départ à la retraite ou de fêtes de fin d'année. Tandis que le tabac fait davantage partie du quotidien du personnel fumeur qui se retrouve lors de « pauses cigarettes ». La consommation façonne le style de vie et crée une identité sociale (exemple : s'identifier en tant que fumeur) ce qui renforce l'usage et le sentiment d'appartenance qui en découle (Dupont et al., 2015).

### **3. Prise en charge thérapeutique**

Ce point permet d'énoncer et de discuter de la prise en charge des patients alcoolodépendants fumeurs à travers le repérage, la motivation à l'arrêt et le choix du sevrage. Le débat à ce sujet est ouvert : certains auteurs énoncent les intérêts d'un sevrage simultané tandis que d'autres se tournent vers le sevrage différé.

#### **3.1. Repérage**

Il est essentiel que le repérage des mésusages d'alcool et du tabac intègre de manière plus systématique la pratique de tout professionnel de l'aide et du soin. L'objectif est d'inciter les patients à adopter des comportements sains pour leur santé par une prise en charge ou une orientation vers un professionnel compétent. Ce repérage peut prendre la forme de prévention par le partage d'informations lors d'examen de routine, de sensibilisation et de dépistage lors d'un passage aux urgences (Scoman, 2023). Sur base des éléments apportés par Beck et al. (2011) sur les attitudes des médecins généralistes, il semble pertinent de rendre autant accessible la question de la consommation d'alcool que celle du tabac en consultation médicale.

L'évaluation de la dépendance peut se faire par l'anamnèse, par différents questionnaires et/ou par différents marqueurs biologiques. L'objectif premier est de « faire connaissance » et d'établir une relation de confiance. Durant l'anamnèse, différentes questions sont posées sur la situation de la personne, sa demande initiale, ses attentes, son rapport aux produits et les expériences associées, son état de santé... (Scoman, 2023). Il est important de questionner la consommation d'alcool en posant la question : « Vous arrive-t-il de consommer de la bière, du vin ou des alcools plus forts ? » afin d'éviter la banalisation de certains produits : le fait de nommer ces trois types d'alcool permet de ne pas occulter (exemple : « Je ne consomme pas d'alcool, juste de la bière. ») (Paquet, 2023). Le fait de calculer avec la personne la quantité en terme d'unité d'alcool permet déjà de la confronter à un biais cognitif (tendance à sous-estimer). Pour le tabac, la question sur l'usage peut également être posée. Tant la dépendance à l'alcool que celle à la nicotine peuvent être évaluées par des outils spécifiques. Nous pouvons citer pour l'alcool les questionnaires suivants : l'AUDIT, le FACE et le CAGE. Le Test de Fagerström, quant à lui, est le plus fréquemment utilisé pour évaluer la dépendance à la nicotine. Au niveau des marqueurs biologiques, la consommation de tabac est surtout évaluée par la concentration de monoxyde de

carbone dans l'air expiré et par le niveau de cotinine présent dans les urines (Galanti, 2021). Certains biomarqueurs sanguins permettent de constater un abus d'alcool comme la CDT (transferrine déficiente en carbohydrate), les GGT (gamma-glutamyl transférase) et le VGM (volume globulaire moyen) ; ces marqueurs ont davantage de valeur lorsqu'ils sont combinés (Stärkel, 2023). Pour repérer une consommation d'alcool, il existe le marqueur Peth présent dans le sang pour déterminer un usage dans le mois et le marqueur EtG présent dans les urines pour déterminer un usage dans la semaine (Stärkel, 2023).

Une fois que les consommations du patient ont été évaluées, il est nécessaire d'interroger sa motivation à l'arrêt d'un ou des deux produit(s). Pour ce faire, il existe également des questionnaires comme le Test de Richmond pour la motivation à l'arrêt tabagique. Toutefois la motivation ne tient pas uniquement compte de critères mesurables, elle s'alimente également d'éléments plus subjectifs.

### 3.2. Motivation à l'arrêt<sup>1</sup>

Miller et Rollnick (2002) définissent la motivation comme la probabilité d'adhérer, de s'engager et de poursuivre une démarche spécifique de changement. Pour être prêt à modifier un comportement, un individu doit être disposé à changer et s'en sentir capable (Dumont, 2022). Alors que deux consommateurs (d'alcool et/ou de tabac) ont le même objectif de changement, à savoir l'arrêt, ils peuvent avoir chacun des raisons très différentes de vouloir arrêter de consommer l'un ou l'autre produit. Selon le modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente (1982), ils passent par plusieurs stades successifs : la précontemplation, la contemplation, la décision, l'action, le maintien et éventuellement la rechute (cités dans De Sousa et al., 2011). Les attitudes du professionnel vont s'adapter en fonction du stade dans lequel la personne se situe.

Prenons l'exemple du discours d'un fumeur non disposé à arrêter mais se sentant capable d'y arriver : « Je sais que je peux arrêter de fumer quand je voudrai, mais je ne veux pas. » (Dumont, 2022, p.2). Cet exemple peut aussi s'appliquer à l'alcool. Dans ce cas, l'individu se trouve en phase de **précontemplation** puisqu'il n'a pas de volonté de changement et ne se rend pas compte de sa dépendance (Cungi & Nicole, 2014). En tant que professionnel, il est important de garder le lien,

---

<sup>1</sup> Ce point repose en grande partie sur le premier chapitre de mon mémoire de tabacologie de 2022.

de proposer d'en discuter ultérieurement ou d'accepter de parler d'un autre problème reconnu par le patient (Jacques, 2024). S'il ne souhaite pas discuter de sa consommation d'alcool, il pourrait cependant accepter de discuter de son tabagisme. Ce qui laisse une perspective de discussion.

Si ce consommateur commence à s'interroger sur son tabagisme et/ou son usage d'alcool, il passe au stade suivant : la **contemplation**. Alors qu'il se rend progressivement compte de son état de dépendance et de ses conséquences sur sa santé, il continue de consommer (Cungi & Nicole, 2014). Un phénomène d'ambivalence va apparaître : la personne se situe entre le désir et la crainte d'arrêter. Cet état de discordance est à explorer et à résoudre afin de mener au changement souhaité. Il ne s'agit pas d'un manque de motivation ou d'un état pathologique mais bien d'un processus normatif, à savoir une attitude courante et naturelle face à tout changement (Dumont, 2022). Le professionnel va donc chercher à accentuer le désir d'arrêter en le renvoyant vers ses paradoxes (Jacques, 2024). Une des premières questions pourra être : « Qu'est-ce qui vous donne envie d'arrêter ? ». L'idée d'un arrêt de consommation ne doit pas être étendue sur une longue période au risque de voir émerger des croyances irrationnelles pouvant impacter la motivation. Par exemple, l'étude de Walburg et al. (2013) montre que lorsque les fumeurs sont exposés longuement à l'idée d'arrêter de fumer, ils éprouvent des croyances irrationnelles liées à la crainte de grossir, ce qui influence négativement leur motivation. Nous comprenons dès lors que la résistance au changement peut se renforcer par certaines croyances erronées. Les expériences antérieures peuvent impacter l'ambivalence de telle sorte qu'un discours de maintien se joint à un discours de changement comme « Oui mais... je rechute après chaque sevrage. » ou « Les autres ont réussi à arrêter, personnellement j'étais trop faible et je manquais de personnalité pour y arriver. » (Lustygier, 2021 ; Remacle, 2024). De plus, 67% des patients alcoolodépendants ont une alexithymie (Zveny, 2024). L'alexithymie est définie comme « une inhabilité à pouvoir faire des connexions entre les émotions et les idées, les pensées, les fantasmes, qui en général les accompagnent » (Jouanne, 2006, p.195). Pour permettre aux personnes de passer dans d'autres stades de changement, il est primordial de les aider à comprendre leurs émotions et à développer un intérêt envers celles-ci (Zveny, 2024). Face aux discours défaitistes, l'idée pourrait être d'attirer l'attention sur les apprentissages des expériences antérieures comme « guide d'information » sur le fonctionnement de la personne. De plus, communiquer des informations sur l'industrie du tabac et/ou de l'alcool peuvent faire émerger une indignation comme énergie au changement à travers

« une colère saine et motivante pour ne plus laisser cette industrie venir se servir librement dans leur portefeuille » (Lustygier, 2021, p.6).

Lorsque les individus dépassent cette résistance et programment leur arrêt de consommation, ils se situent en phase de **préparation**. Dans cette phase, les consommateurs envisagent prochainement l'arrêt et analysent les moyens pour y parvenir, en collaboration avec le professionnel (Delvaux et al., 2005). La question du sevrage simultané ou différé de l'alcool et du tabac peut être abordée. De manière collaborative, les professionnels et les patients décideront de l'intervention la plus adéquate.

La phase d'**action** est le moment où ils mettent en œuvre le changement, c'est-à-dire qu'ils arrêtent de consommer. Cette phase nécessite un soutien et un suivi plus rapproché de la part des professionnels (Jacques, 2024).

Il s'en suit une phase de **maintien** durant laquelle le changement est accompli et une prévention de la rechute s'élabore (Walburg et al., 2013). Au cours du processus de changement, il arrive que les individus consomment de nouveau du tabac ou de l'alcool.

Au même titre que l'ambivalence, la **rechute** n'est pas considérée comme un manque de volonté ou un marqueur d'un état pathologique (Malet, 2007 cité dans De Sousa et al., 2011). En effet, la phase de rechute peut faire partie de l'évolution du comportement problématique. Selon son état motivationnel, le consommateur recommence alors le cycle mais à un stade plus avancé.

### 3.3. Choix d'un traitement simultané ou différé

D'après Ellingstad et al. (1999), la majorité des individus ont tendance à manifester un intérêt pour l'arrêt du tabac lorsqu'ils font des démarches pour se rétablir de leur dépendance à l'alcool, que ce soit pendant ou après leur prise en charge hospitalière ou ambulatoire en alcoologie. Ils étaient davantage confiants dans leur capacité d'arrêt tabagique à 1 mois et à 6 mois ; d'autant qu'ils estiment qu'arrêter de fumer diminuerait leur envie d'alcool et donc leur mésusage (Ellingstad et al., 1999). Si la motivation à l'arrêt tabagique peut découler d'une entrée en traitement pour un sevrage d'alcool, cette entrée pourrait être le moment opportun pour les informer et les conscientiser de leurs consommations et leur prise en charge simultanée ou différée. Il n'existe pas de recommandations officielles quant à la prise en charge de la dépendance tabagique chez les alcoolodépendants, nous allons néanmoins nous intéresser aux arguments en faveur ou non de ces deux types de sevrage.

### 3.3.1. Arguments en faveur du sevrage simultané

Le sevrage simultané fait référence à l'arrêt concomitant de l'alcool et du tabac. L'organisme des alcoolodépendants fumeurs a trouvé un équilibre avec la consommation de ces deux produits. L'arrêt de l'un ou de l'autre perturbe cet équilibre et induit des symptômes de sevrage. Certains sont similaires, comme l'angoisse ; d'autres sont opposés, comme le fait que la pression artérielle est augmentée avec l'arrêt d'alcool ou diminuée avec l'arrêt du tabac. La difficulté de certains alcoolodépendants à cesser de fumer après un sevrage alcoolique provient d'une part de la perturbation du système nerveux central avec une neuroadaptation de celui-ci et d'autre part d'une « hypothèse d'un surinvestissement compensatoire du produit restant » (Tenette-Audemar, 2003, p.55). Nous pouvons supposer qu'agir sur la consommation des deux produits permettrait d'éviter un déséquilibre trop prononcé et des difficultés de sevrage ultérieures. Pour cela, il est important de contrer les effets du sevrage par un traitement adapté. Ayant un risque épiléptogène, la prescription de Bupropion (Wellbutrin®), médicament utilisé dans le sevrage tabagique, est contre-indiquée chez les patients alcooliques en sevrage (Tenette-Audemar, 2003). Dans le programme de Yokoyama et al. (2023), l'efficacité de la Varénicline (Champix®) a démontré son efficacité pour le sevrage tabagique chez les personnes sevrées également à l'alcool ; en outre il réduit la consommation d'alcool. Bien qu'il présente des résultats positifs, ce médicament a été retiré du marché depuis 2021 en Belgique. Actuellement, les substituts nicotiques restent donc le traitement à privilégier pour cette population comme ils ne présentent pas de contre-indications absolues. En cure de sevrage pour l'alcool, les posologies des substituts nicotiques peuvent être renforcées voire augmentées au-delà des 21mgr/24h (Tenette-Audemar, 2003). Les doses de nicotine fournie doivent être évaluées selon les besoins du fumeur grâce à un dosage biologique par exemple (comme la cotinine urinaire).

En plus d'un suivi psychothérapeutique (prise en charge cognitivo-comportementale, systématique ou psychodynamique), il est primordial de mener une prévention de la rechute avec ce public. En effet, la reconsommation d'un des produits ne doit pas forcément induire la reconsommation de l'autre. Selon Tenette-Audemar (2003, p.55), cette tendance sera pourtant observée : « Si la rechute alcoolique s'accompagne pratiquement toujours d'une reprise de la consommation tabagique, l'inverse ne se vérifie pas. ». Pourtant, d'autres auteurs s'accordent à dire que l'initiation et la poursuite du tabagisme augmentent le risque de rechute d'un trouble de l'usage

à l'alcool (Weinberger et al., 2017 ; Yokoyama et al., 2023). Ce qui souligne une nécessité de prendre en charge les deux dépendances. Ce sevrage simultané n'a pas démontré de risque accru pour une rechute à l'alcool : arrêter le tabagisme n'aurait pas d'incidence sur l'arrêt de la consommation d'alcool (Joseph et al., 1993 ; Gillet, 1999 cités dans Tenette-Audemar, 2003). L'étude de Yokoyama et al. (2023) a également démontré que le statut de fumeur de cigarettes était fortement associé à l'abstinence à l'alcool après une hospitalisation de 3 mois avec un programme simultané de sevrage tabagique. En effet, après leur sortie, les fumeurs abstinents (depuis l'hospitalisation) ont obtenu de meilleurs résultats dans leur abstinence à l'alcool sur une période de 12 mois, quel que soit leur statut tabagique de départ.

### 3.3.2. Arguments en faveur du sevrage différé

Le sevrage différé consiste en une démarche progressive impliquant l'arrêt d'une substance psychoactive à la suite d'une autre. Après quelques mois d'abstinence à l'alcool, il est possible d'initier un sevrage tabagique. Dans l'intérêt de la santé du patient, il est préférable que celui-ci ne consomme plus les deux produits, afin de limiter les risques cumulés. Il existe quelques exceptions, notamment pour les fumeurs qui ont une consommation à risque d'alcool. Ils peuvent entamer un sevrage tabagique puis une réduction des dommages à travers une consommation d'alcool plus contrôlée, basée sur les seuils de recommandations du Conseil Supérieur de la Santé. Cependant, ce cas de figure s'adresse aux personnes n'ayant pas de dépendance majeure à l'alcool. Pour les dépendances élevées sans comorbidités psychiatriques, l'abstinence reste l'objectif à atteindre. Il faut respecter le rythme du patient, accueillir sa demande initiale et proposer une intervention qui maintienne l'alliance thérapeutique. De plus, Perrine et Share (1999) révèle que les recommandations pour arrêter de fumer pendant un sevrage d'alcool en milieu hospitalier favorisent la progression à travers les étapes du changement de Prochaska et DiClemente (1982) (énoncés au point 3.2.). En effet, la probabilité d'entamer un sevrage tabagique dans les six mois après une sortie d'hospitalisation pour un sevrage d'alcool est plus élevée pour les patients qui ont reçu des conseils et un soutien anticipé ; ils dépassent leurs stades de « précontemplation » ou de « contemplation » dans lequel ils se trouvaient (Bobo et al., 1996).

Pour les alcoolodépendants fumeurs qui souffrent d'un état dépressif, il est préférable de réaliser un sevrage différé plutôt que simultané. Il est parfois complexe de déterminer si la

dépression est sous-jacente à un trouble d'usage de l'alcool ou s'il s'agit d'un trouble primaire qui a pour conséquence les consommations d'alcool et de tabac. Si le trouble psychiatrique est antérieur au trouble de l'usage de l'alcool (hypothèse de l'automédication), les symptômes perdurent au-delà de quatre semaines de sevrage (Pinto, 2024). Il est donc important d'élaborer un projet de soins autour du trouble dépressif. D'autant que ces affects négatifs sont particulièrement marqués chez les individus dépressifs qui arrêtent de fumer, agissant comme des « facteurs puissants de rechute tabagique » (Killen et al., 2003 cités dans Pinto, 2020, p.79). Il est donc recommandé de débiter un sevrage tabagique une fois que leur état émotionnel est stabilisé et équilibré, puisque le risque est d'observer des rechutes dans les consommations d'alcool et/ou de tabac. Lorsque le trouble psychiatrique est induit par la toxicité de l'alcool et associé au sevrage d'alcool, les symptômes persistent rarement au-delà de quatre semaines après le sevrage (Pinto, 2024). Il y aura une évolution positive de l'état émotionnel du patient et un sevrage tabagique pourra être envisagé sans risque majoré.

L'étude de Hughes et Kalman (2006) nous amène un regard plus nuancé au sujet des difficultés rencontrées lors d'un arrêt tabagique ultérieur au sevrage d'alcool : les fumeurs ayant eu un trouble de l'usage de l'alcool sont autant capables que les fumeurs n'ayant pas rencontrés ce trouble d'entamer un processus de changement par rapport à leur tabagisme. Ces fumeurs auraient développé des compétences en surmontant leur dépendance à l'alcool, ce qui a atténué leur consommation de tabac (Hughes et Kalman, 2006). Nous pouvons supposer que les connaissances au sujet de l'alcool et de ses fonctions (exemple : « anesthésiant émotionnel ») peuvent mener à une conscientisation plus élargie. Comme il y a une modification des habitudes de consommation, les routines ou autres associations entre produits-lieux-personnes sont réorganisées également. Le nombre de cigarettes consommées peut dès lors être diminué puisque n'ayant pas bu, ils ne devront pas chercher à atténuer les effets désagréables de l'alcool ou à accroître un plaisir secondaire.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

---

Nous avons, à travers notre littérature, cherché à explorer les liens entre l'alcool et le tabac et la manière d'accompagner les consommateurs qui présentent cette double dépendance vers un sevrage. Le but est de répondre à notre question de recherche : « Quels éléments devons-nous garder à l'esprit pour nous positionner efficacement en tant que professionnels ? ». À l'aide du cadre théorique, nous tentons d'apporter des éléments de réponse à cette question.

La prise en charge des alcoolodépendants fumeurs nécessite une approche intégrée qui tient compte des interactions multiples entre les consommations d'alcool et de tabac. Cette prise en charge doit non seulement viser le sevrage, mais aussi encourager une réflexion profonde sur leurs habitudes de consommation. Il est donc important de les aider à réfléchir sur les liens qui coexistent entre leurs consommations d'alcool et de tabac, tout en faisant un « état des lieux » de leurs consommations. L'anamnèse, les questionnaires spécifiques et certains marqueurs biologiques permettent d'évaluer la dépendance et de confronter les patients avec des données plus objectives. Outre les effets physiologiques des produits, l'alcool et le tabac deviennent des sources de régulation émotionnelle. Il faut donc les inviter à conscientiser les attentes et les fonctions attribuées aux produits. Aborder des métaphores peut aider à la conscientisation. Comme il existe des rituels et des associations (par exemple, la gestuelle entre les deux produits), il semble essentiel de réfléchir à des pistes de solutions alternatives et des moyens pour parvenir à l'arrêt. Dans cette préparation au changement, la question du sevrage simultané ou différé de l'alcool et du tabac peut être abordée. Bien que certains professionnels émettent des craintes sur le sevrage simultané, les études ont révélé des résultats positifs dans le maintien de l'abstinence. Il démontre un intérêt pour la diminution considérablement des risques pour la santé mais aussi pour le risque de surinvestissement compensatoire du produit restant. Cependant, il faut prendre en considération la demande, la motivation et les caractéristiques propres des patients. S'il existe des comorbidités psychiatriques, la prise en charge différée semble parfois plus adaptée. Même si à l'avant-plan, ils consultent pour un des deux produits, le fait d'aborder la question des deux consommations peut mener à une évolution dans les stades du changement, et donc à une demande de prise en charge future. Pour conclure, il est essentiel que le repérage des mésusages d'alcool et du tabac intègre de manière plus systématique la pratique de tout professionnel. Il serait également pertinent de rendre autant accessible la question de la consommation d'alcool que celle du tabac en consultation.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- Anantharaman, D., Marron, M., Lagiou, Samoli, E., Ahrens, W., Pohlabein, H., Slamova, A., Schejbalova, M., Merletti, F., Richiardi, L., Kjaerheim, K., Castellsague, X., Agudo, A., Talamini, R., Barzan, L., Macfarlane, T., Tickle, M., Simonato, L., Canova, C. ... Macfarlane, G.V. (2011). Population attributable risk of tobacco and alcohol for upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncology*, 47(8), 725-731. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2011.05.004>
- Barrett, S., Tichauer, M., Leyton, M. & Pihl, R. (2006). Nicotine increases alcohol self-administration in non-dependent male smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(2), 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.06.009>
- Biernaux, L. (2022). *La motivation à l'arrêt tabagique et la conscience environnementale*. [Mémoire de formation continuée en tabacologie, FARES]. [https://biblio.fares.be/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=9877](https://biblio.fares.be/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=9877)
- Beck, F., Guignard, R., Obradovic, I., Gautier, A. & Karila, L. (2011). Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 59(5), 285–294. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.03.059>
- Bobo, J.K., Lando, H.A., Walker, R.D. & McIlvain, H.E. (1996). Predictors of tobacco quit attempts among recovering alcoholics. *Journal of Substance Abuse*, 8(4), 431-443. [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(96\)90004-8](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(96)90004-8)
- Capouet, M. (2021). *Législation européenne et belge*. [Syllabus]. Retrieved from FARES, cours du 9 octobre 2021, <https://drive.google.com>
- Coëffec, A. (2011). Les apports du modèle des cinq grands facteurs dans le domaine de l'alcoolodépendance. *L'Encéphale*, 37(1), 75-82. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.03.006>
- Cungi, C. & Nicole, S. (2014). *Faire face aux dépendances*. Retz.

- de Cássia Rondina, R., Gorayeb, R. & Botelho, C. (2007). Psychological characteristics associated with tobacco smoking behavior. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33(5), 592-601. <https://doi.org/10.1590/s1806-37132007000500016>
- de Duve, M. (2024). *L'industrie alcoolière et la société : publicité, etc...* [Power Point Slides]. Retrieved from RÉSEAUalcool.be by SSMG, cours du 16 février 2024, <https://www.reseaulcool.be/modules-2023-2024/>
- Delvaux, M., Etienne, A.-M., Bartsch, P. & Louis, R. (2005). L'aide à l'arrêt du tabagisme : une nécessité. *Revue Médicale de Liège*, 60(11), 863-866. <https://hdl.handle.net/2268/8532>
- De Sousa, C., Romo, L., Excoffier, A. & Guichard, J. (2011). Lien entre Motivation et Insight dans la prise en charge des addictions : The link between motivations and insight in the management of addictions. *Psychotropes*, 17(3-4), 145- 161. <https://doi.org/10.3917/psyt.173.0145>
- Dumont, A., Turner, S., Batel, P., Darbeda, S., Kalamarides, S. & Lejoyeux, M. (2016). Le déficit de la régulation émotionnelle chez les patients addicts. *Alcoologie et addictologie*, 38(1), 71-77. [https://www.researchgate.net/publication/312118479\\_Le\\_deficit\\_de\\_la\\_regulation\\_emotionnel\\_le\\_chez\\_les\\_patients\\_addicts](https://www.researchgate.net/publication/312118479_Le_deficit_de_la_regulation_emotionnel_le_chez_les_patients_addicts)
- Dumont, J. (2022). *L'entretien motivationnel*. [Syllabus]. Retrieved from FARES, cours du 23 avril 2022, <https://drive.google.com>
- Dupont, P., Tack, V., Blecha, L., Reynaud, M., Benyamina, A., Amirouche, A. & Aubin, H.-J. (2015). Smoker's Identity Scale: Measuring Identity in Tobacco Dependence and its Relationship With Confidence in Quitting. *The American Journal on Addictions*, 24(7), 607-612. <https://doi.org/10.1111/ajad.12272>
- Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M.B., Cleland, P.A. & Agrawal, S. (1999). Alcohol abusers who want to quit smoking : Implications for clinical treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 54(3), 259-265. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(98\)00180-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(98)00180-X)

- Funk, D., Marinelli, P.W., Lê, A.D. (2006). Biological processes underlying co-use of alcohol and nicotine: neuronal mechanisms, cross-tolerance, and genetic factors. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 186-192. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17373407/>
- Galanti, L. (2021). Le statut tabagique – Les marqueurs biologiques de l'exposition à la fumée de tabac – Appareil de mesure de CO. [Syllabus]. Retrieved from FARES, cours du 11 décembre 2021, <https://drive.google.com>
- Gisle, L., Demarest, S. & Drieskens, S. (2018). *Enquête de santé 2018 : Consommation d'alcool (HIS 2018, Numéro de rapport : D/2019/14.440/65)*. Sciensano. [https://www.sciensano.be/sites/default/files/al\\_report\\_2018\\_fr\\_v4.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/al_report_2018_fr_v4.pdf)
- Gisle, L., Demarest, S. & Drieskens, S. (2018). *Enquête de santé 2018 : Consommation de tabac (HIS 2018, Numéro de rapport : D/2019/14.440/66)*. Sciensano. [https://www.sciensano.be/sites/default/files/al\\_report\\_2018\\_fr\\_v4.pdf](https://www.sciensano.be/sites/default/files/al_report_2018_fr_v4.pdf)
- Henry, K.L., Slater, M.D. & Oetting, E.R. (2005). Alcohol use in early adolescence: the effect of changes in risk taking, perceived harm and friends' alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 66(2), 275-83. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.275>
- Hughes, J.R. & Kalman, D. (2006) Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting? *Drug and Alcohol Dependence*, 82(2), 91-102. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.08.018>
- Hurt, R., Offord, K., Croghan, I., Gomez-Dahl, L., Kottke, T., Morse, R., Joseph Melton, L. (1996). Mortality Following Inpatient Addictions Treatment. Role of Tobacco Use in a Community-Based Cohort. *JAMA*, 275(14), 1097-1103. <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03530380039029>
- Jacques, D. (2024). *Entretien motivationnel : l'esprit de l'EM : théorie* [Power Point Slides]. Retrieved from RÉSEAUalcool.be by SSMG, cours du 13 janvier 2024, <https://www.reseualcool.be/modules-2023-2024/>
- Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12(3), 193-209. <https://doi.org/10.3917/psyt.123.0193>

- Karila, L. & Benyamina, A. (2016). 43. Les thérapies comportementales dans les addictions : management des contingences et renforcement communautaire. In Reynaud, M., Karila, L., Aubin, H. & Benyamina, A. (dirs), *Traité d'addictologie*. 2<sup>ème</sup> édition. (pp. 358-361). Lavoisier. <https://stm.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-358?lang=fr>.
- Kuppens, S., Moore, S.C., Gross, V., Lowthian, E. & Siddaway, A.P. (2019). The Enduring Effects of Parental Alcohol, Tobacco, and Drug Use on Child Well-being: A Multilevel Meta-Analysis. *Development and Psychopathology*, 32(2), 1-14. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000749>
- Levin, E.D., Conners, C.K., Sparrow, E., Hinton, S.C., Erhardt, D., Meck, W.H. & Rose, J.E. (1996). Nicotine effects on adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychopharmacology (Berl)*, 123(1), 55-63. <https://doi.org/10.1007/BF02246281>
- Lustygier, V. (2021). La responsabilité de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique [Syllabus]. Retrieved from FARES, cours du 9 octobre 2021, <https://drive.google.com>
- Lustygier, V. (2022). Tabac et alcool. [Syllabus]. Retrieved from FARES, cours du 15 janvier 2022, <https://drive.google.com>
- Maranda, M.-F. (1991). L'effet du travail sur la consommation d'alcool et de drogue dans une usine de pâtes et papiers. *Recherches sociographiques*, 32(1), 55-67. <https://doi.org/10.7202/056579ar>
- Maurage, P. (2020). Psychologie clinique des assuétudes : Neurobiologie des addictions [Power Point Slides]. Retrieved from Université Catholique de Louvain, cours LPSYS2736, <https://moodleucl.uclouvain.be>
- Migard, C. (2021). *Psychiatrie, santé mentale et gestion du tabagisme - pistes de réflexion 2021* (n° D/2021/5052/12). FARES asbl. <https://www.fares.be/tabagisme/appui-documentaire/publications/psychiatrie-sante-mentale-et-gestion-du-tabagisme-pistes-de-reflexion-2021>
- Morel, A. & Couteron, J. (2019). Aide-mémoire - Addictologie en 47 notions. (3e éd.). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.morel.2019.01>.

- Narahashi, T., Söderpalm, B., Ericson, M., Olausson, P., Engel, J.A., Zhang, X., Nordberg, A., Marszalec, W., Aistrup, G.L., Schmidt, L.G., Kalouti, U., Smolka, M. & Hedlund, L. (2001). *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 25(5), 152-156. <https://doi.org/10.1097/00000374-200105051-00026>
- Noël, X. (2021). Les aspects psychologiques associés au tabagisme – modèles théoriques cognitivo-comportementaux et psycho-dynamiques des addictions. [Syllabus]. Retrieved from FARES, cours du 9 octobre 2021, <https://drive.google.com>
- Paquet, E. (2023). *Comment définir le mésusage d'alcool*. [Power Point Slides]. Retrieved from RÉSEAUalcool.be by SSMG, cours du 13 octobre 2023, <https://www.reseualcool.be/modules-2023-2024/>
- Parnell, S., West, J. & Chen, W.-J. (2006). Nicotine Decreases Blood Alcohol Concentrations in Adult Rats: A Phenomenon Potentially Related to Gastric Function. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 30(8), 1408-1413. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2006.00168.x>
- Perine, J.L. & Schare, M.L. (1999). Effect of counselor and client education in nicotine addiction on smoking in substance abusers. *Addictive Behaviors*, 24(3), 443-447. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00108-7](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00108-7)
- Pinto, E. (2020). Chapitre 7. La nicotine aide-t-elle à lutter contre la dépression et l'anxiété ? In Seutin, V. (dir.), *Le tabac en questions 30 réponses pour démêler le vrai du faux*. (pp.77-81). Mardaga. <https://doi.org/10.3917/mard.seuti.2020.02.0077>.
- Pinto, E. (2020) . Chapitre 22. Est-il vrai qu'il vaut mieux d'abord arrêter l'alcool puis le tabac? In Seutin, V. (dir.), *Le tabac en questions 30 réponses pour démêler le vrai du faux*. (pp.177-181). Mardaga. <https://doi.org/10.3917/mard.seuti.2020.02.0177>.
- Pinto, E. (2023). *Vulnérabilité génétique : génétique et épigénétique*. [Power Point Slides]. Retrieved from RÉSEAUalcool.be by SSMG, cours du 13 octobre 2023, <https://www.reseualcool.be/modules-2023-2024/>

- Pinto, E. (2024). *Alcool et psychiatrie, anxiété, dépression, trouble psychotique, trouble de la personnalité, trouble bipolaire : clinique et prise en charge*. [Power Point Slides]. Retrieved from RÉSEAUalcool.be by SSMG, cours du 5 avril 2024, <https://www.reseualcool.be/modules-2023-2024/>
- Plaisant, O., Srivastava, Mendelsohn, G.A., Debray, Q. & John, OP. (2005). Relations entre le Big Five Inventory français et le manuel diagnostique des troubles mentaux dans un échantillon clinique français. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163(2), 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.02.002>
- Prévost, M. & Migard, C. (2020). *Psychiatrie, santé mentale et gestion du tabagisme - pistes de réflexion 2020 (n° D/2020/5052/27)*. FARES asbl. <https://www.fares.be/tabagisme/appui-documentaire/publications/psychiatrie-sante-mentale-et-gestion-du-tabagisme-pistes-de-reflexion-2020>
- Régny, R., Stévenot, C. & Hogge, M. (2023). *Tableau de bord de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Wallonie*. Eurotox asbl.
- Remacle, P. (2024). *Sensibilisation à l'entretien motivationnel* [Power Point Slides]. Retrieved from RÉSEAUalcool.be by SSMG, cours du 13 janvier 2024, <https://www.reseualcool.be/modules-2023-2024/>
- Scoman, B. (2023). *La consultation : une proposition de structuration*. [Power Point Slides]. Retrieved from RÉSEAUalcool.be by SSMG, cours du 14 octobre 2023, <https://www.reseualcool.be/modules-2023-2024/>
- Şen-Aslan, H. (2021). A family problem: The effects of parental alcohol on children. *Nesne*, 9(19), 127-138. <https://doi.org/10.7816/nesne-09-19-10>
- Stärkel, P. (2023). Pharmacocinétique de l'éthanol et enzymes du métabolisme de l'éthanol. Gastro-entérologie et maladie alcoolique du foie (MAF). [Power Point Slides]. Retrieved from RÉSEAUalcool.be by SSMG, cours du 17 novembre 2023, <https://www.reseualcool.be/modules-2023-2024/>

- Tenette-Audemar, A.-L. (2003). *La consommation tabagique chez les patients alcoolodépendants hospitalisés pour un sevrage alcoolique*. [Thèse de doctorat]. Université Henri Poincaré. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733053>
- Walburg, V., Arnault, S. & Callahan, S. (2013). Rôle des croyances rationnelles et irrationnelles concernant la motivation à l'arrêt du tabac. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 23(4), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2013.07.004>
- Weinberger, A.H., Platt, J., Esan, H., Galea, S., Erlich, D. & Goodwin, R.D. (2017). Cigarette smoking is associated with increased risk of substance use disorder relapse: A nationally representative, prospective longitudinal investigation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(2), 152-160. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10062>
- Yang, C.Y., Shen, A.C.-T., Hsieh, Y.-P., Huang, C.-Y., Wei, H.-S., Feng, J.-Y. & Hwa, H.-L. (2023). Parent-Youth Relationships and Youth Alcohol Use: The Moderating Role of Parental Alcohol Use. *International Journal of Mental Health Addiction*, 11 (4), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01177-w>
- Yokoyama, A., Kimura, M., Yoshimura, A., Matsushita, S., Yoneda, J., Maesato, H., Komoto, Y., Nakayama, H., Sakuma, H., Yumoto, Y., Takimura, T., Toyama, T., Iwahara, C., Mizukami, T., Yokoyama, T. & Higuchi, S. (2023). Nonsmoking after simultaneous alcohol abstinence and smoking cessation program was associated with better drinking status outcome in Japanese alcohol-dependent men: A prospective follow-up study. *PLoS ONE* 18(3), online. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282992>
- Zveny, A. (2024). *Alcool et émotions*. [Power Point Slides]. Retrieved from RÉSEAUalcool.be by SSMG, cours du 15 mars 2024, <https://www.reseualcool.be/modules-2023-2024/>
- Zuo, L., Tan, Y., Li, C.R., Wang, Z., Wang, K., Zhang, X., Lin, X., Chen, X., Zhong, C., Wang, X., Wang, J., Lu, L. & Luo, X. Associations of rare nicotinic cholinergic receptor gene variants to nicotine and alcohol dependence. *American Journal of Medical Genetics. Neuropsychy*, 171(8), 1057-1071. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32476>
- Zürcher, K. & Jacot Sadowski, I. (2014). *Prévention du tabagisme chez les personnes alcoolodépendantes. Document destiné aux professionnels d'alcoologie*. CIPRET & PMU. [https://www.grea.ch/sites/default/files/201409\\_tabac-alcool\\_cipret\\_pmu\\_0.pdf](https://www.grea.ch/sites/default/files/201409_tabac-alcool_cipret_pmu_0.pdf)