



HAL
open science

Prise en charge concomitante de deux addictions alcool / tabac co-morbides chez les patients hospitalisés pour suspension de leur trouble de l'usage d'alcool : étude prospective observationnelle de la rechute et du craving

Pierre Delaty

► To cite this version:

Pierre Delaty. Prise en charge concomitante de deux addictions alcool / tabac co-morbides chez les patients hospitalisés pour suspension de leur trouble de l'usage d'alcool : étude prospective observationnelle de la rechute et du craving. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02490992

HAL Id: dumas-02490992

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02490992>

Submitted on 25 Feb 2020

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

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

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n°106

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par DELATY Pierre

Né le 03 Mai 1989 à Abbeville

Le 4 septembre 2019

**Prise en charge concomitante de deux addictions alcool /
tabac co-morbides chez les patients hospitalisés pour
suspension de leur trouble de l'usage d'alcool :**

**Etude prospective observationnelle de la rechute et du
craving**

Sous la direction du Dr Emmanuel AUGERAUD

Membres du jury :

Professeur Marc AURIACOMBE
Professeur Philippe CASTERA
Professeur François PETREGNE
Docteur Jean Guillaume DARMAILLACQ
Docteur Emmanuel AUGERAUD

Président, Rapporteur
Examineur
Examineur
Examineur
Directeur de thèse

Titre : Prise en charge concomitante de deux addictions alcool / tabac co-morbides chez les patients hospitalisés pour suspension de leur trouble de l'usage d'alcool :
Etude prospective observationnelle de la rechute et du craving

Résumé

L'alcool et le tabac sont deux substances psychoactives qui ont un risque de co-addiction important. Nous savons qu'une consommation d'alcool au cours d'une tentative d'abandon du tabac est liée à un risque accru d'échec et de rechute. À l'inverse, nous en savons peu sur l'impact d'un trouble de l'usage de tabac chez un patient qui est pris en charge pour une addiction à l'alcool. Ce travail a permis de faire le point sur le trouble de l'usage de ces deux substances et leurs influences en cas de co-addiction. Au sein du service d'addictologie du centre hospitalier de Pau, a été réalisée une étude prospective observationnelle où ont été inclus 61 patients présentant un trouble de l'usage alcool tabac co-occurent. 31 patients ont fait le choix d'une prise en charge de leur addiction co-morbide et les 30 autres celui d'une prise en charge de leur addiction à l'alcool seule. Après plusieurs mois, nous avons observé dans cette étude que les patients qui n'avaient pas été accompagnés pour leur trouble de l'usage de tabac, avait tendance à moins rechuter envers l'alcool. Nous avons constaté aussi que les patients inclus avaient tendance, même si ce n'était pas leur choix initial, à diminuer leur consommation de tabac au cours du temps (dans le mois après leur hospitalisation). À l'inverse, les variations de consommation de tabac au cours d'un accompagnement hospitalier d'un trouble de l'usage à l'égard de l'alcool, n'avaient pas d'impact sur la bonne réussite de cette prise en charge. Enfin et aussi, ce travail a permis l'observation du craving au cours des 51 premiers jours de sevrage, élément essentiel au sein de la surveillance, qui reste le meilleur moyen de prévenir la rechute.

Mots clés

Addiction, Alcool, Tabac, Co-dépendance, Sevrage, Rechute, Craving, ASI, Influence

Remerciements

Je souhaite tout d'abord exprimer mes remerciements au Docteur Emmanuel AUGERAUD pour avoir dirigé ce travail de thèse. Je suis reconnaissant pour la confiance que vous m'avez témoigné en m'offrant l'opportunité de réaliser ce travail à vos côtés. Merci de m'avoir proposé ce projet, merci pour votre aide, vos conseils et votre disponibilité tout au long de ce travail.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe soignante de l'ELSA et du service de soins en addictologie du Centre Hospitalier de Pau pour leur accueil, leur confiance et leur aide tout au long de ce travail.

Je tiens à remercier le Docteur Stéphane DEBEUGNY, pour ses conseils, et son aide statistique.

Je remercie également les bibliothécaires du Centre Hospitalier de Pau pour leurs conseils et leur aide bibliographique.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance au Professeur Marc AURIACOMBE pour avoir accepté d'être rapporteur de ce travail de thèse et pour y avoir apporté son jugement d'expert. Par ailleurs, merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je remercie aussi le Docteur Louise JAKUBIEC, pour sa contribution dans la critique de ce travail.

Je remercie également les Professeurs Philippe CASTERA et François PETREGNE d'avoir eu la gentillesse d'accepter de juger ce travail sans me connaître. Merci de siéger à ce jury et de m'accorder de votre temps.

À ma famille, mes amis, mes collègues...

À mes parents : Merci pour votre amour, et votre soutien durant toutes ces études et toutes ces années. Merci pour vos sacrifices, qui m'ont permis d'en arriver là aujourd'hui.

À ma sœur, pour son soutien tout au long de mes études.

À Sarah pour son amour, son aide, son soutien, sa présence, depuis ces quelques années et toutes celles à venir...

À tous mes amis de lycée avec lesquels je suis resté très proche ces 12 dernières années. Merci pour vos amitiés, vos encouragements durant toutes ses années malgré la distance et nos vies différentes.

À tous mes collègues d'Amou, merci de votre confiance, merci de m'avoir accueilli comme vous l'avez fait... C'est un réel plaisir de travailler avec vous !

Et pour finir, merci à tous les patients de cette étude pour avoir accepté d'y participer !

Table des matières

I) Synopsis.....	7
II) Introduction générale.....	8
A) Le trouble de l'usage.....	8
- L'addiction	
- Le craving	
- La rechute	
B) Épidémiologie des usages et troubles de l'usage d'alcool et de tabac en France.....	10
- Usage et trouble de l'usage d'alcool	
- Usage et trouble de l'usage de tabac	
C) Revue de la littérature : co-usage et co-addiction d'alcool et de tabac.....	12
III) Objectifs.....	15
IV) Etude prospective observationnelle.....	16
A) Matériel et méthode.....	16
- Population	
- Schéma d'étude	
- Modalités pratiques de recueil des données	
- Modèles statistiques	

B) Résultats.....	21
- Résultat principal	
- Résultats secondaires	
- Evolution du craving pour l'alcool et le tabac dans chaque groupe	
C) Discussion.....	25
- Rappel des objectifs	
- Limite méthodologique de l'étude	
- Discussion des objectifs	
- A propos de la surveillance du craving	
V) Conclusion et perspectives générales.....	29
- Annexes.....	30
- Bibliographie.....	60

I) Synopsis

L'alcool et le tabac sont deux substances addictives en vente libre. Elles ont un risque de co-addiction important. Toutes deux posent des problèmes majeurs de santé publique en terme notamment de morbi-mortalité.

On sait que le trouble de l'usage du tabac est plus élevé chez les patients présentant une addiction à l'alcool et que ces patients sont plus susceptibles de maintenir ce trouble de l'usage après prise en charge de leur addiction à l'alcool. (1) La consommation d'alcool (avec ou sans addiction) au cours des tentatives d'abandon du tabac est liée à un risque accru d'échec et de rechute. (2)

Chez les patients présentant un trouble de l'usage de tabac et anciennement addicts à l'alcool, les taux d'abstinence à court terme sont comparables à la population générale. Cet effet est cependant non démontré à long terme (3, 4). 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 prise en charge de leur addiction au tabac. (4) Mais nous en savons peu sur l'impact d'une consommation de tabac chez des patients qui sont pris en charge pour un trouble de l'usage à l'égard de l'alcool actuel.

L'objectif de ce travail est ainsi de faire le point sur la rechute à l'égard de l'alcool lorsque les deux addictions son prise en charge de manière concomitante ou non et leurs influences l'une sur l'autre.

Au sein du service d'addictologie du Centre Hospitalier du Pau, nous avons proposé aux patients addicts au tabac hospitalisés qui entament un accompagnement de leur addiction à l'alcool, de participer à une étude prospective observationnelle sur un an. Nous avons donc évalué l'effet de la prise en charge de l'addiction à l'alcool chez les patients qui décident de continuer de fumer (et qui sont addicts aux tabac) et chez ceux qui tentent d'arrêter ces deux substances en même temps.

Ces résultats vont permettre de répondre à plusieurs questions de recherche. Notamment les taux de rechute après prise en charge addictologique hospitalière pour les deux

groupes cités plus haut, l'influence de la prise en charge de l'addiction à l'alcool sur la consommation de tabac.

II) INTRODUCTION GENERALE

Définissons les éléments du titre de notre thèse. Nous verrons successivement ce qu'est le trouble de l'usage, son processus et sa conséquence, la problématique d'addiction à l'alcool et au tabac en France et enfin une revue de la littérature scientifique sur le sujet de la co-addiction alcool tabac.

A) Le trouble de l'usage

Définir le trouble de l'usage implique de définir ce qu'est un usage. En addictologie l'usage est la « consommation » de sources ou objet de gratification. Celles-ci peuvent être des substances dites psycho actives comme l'alcool, le tabac, le cannabis, etc... ou des comportements comme le sexe, les jeux... Ces objets sont « dits » de gratification car ils ont en commun d'être renforçants, c'est-à-dire de donner de l'intérêt et du plaisir à celui qui en fait l'usage. Ils sont donc à risque de trouble de l'usage ou d'addiction. (5)

- Addiction

Même si le singulier à ce terme reste controversé, l'addiction appartient au champ des troubles psychiatriques. Elle est définie comme un trouble de l'usage dans le DSM 5 (6) et correspond au syndrome de dépendance de la CIM-10 (7). L'addiction n'est donc pas l'usage, mais la perte de contrôle de l'usage de sources de gratification, substances ou comportements. (8)

Cette modalité dérégulée d'usage d'objets de gratification est caractérisée par un symptôme, le craving et un signe, la rechute. (8)

- Craving

Le craving, terme anglophone qui représente un désir ardent, un besoin presque maladif, une impulsion vécue à un moment donné est différent en addictologie. En effet, il s'agit pour la discipline du symptôme central du trouble de l'usage. Il est défini par l'envie intense, irrésistible d'exécuter un comportement gratifiant, presque indicible, egodystonique alors que le sujet ne le veut pas. (8) Cette expérience subjective fluctue au cours du temps. Elle n'est pas le sevrage et elle est influencée par de nombreuses variables environnementales. (9)

De nombreuses recherches en font un marqueur diagnostique (Le craving a été inclus en 2013 comme critère diagnostique dans la dernière édition du DSM 5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) (6, 10, 11), pronostic (12), et thérapeutique comme cible directe et facteur pronostic à la réponse au traitement. (13)

Il a été montré récemment par l'équipe Addiction du Laboratoire SANPSY (USR CNRS 3413) de l'université de Bordeaux que l'intensité du craving prédit l'usage, donc la rechute, dans les 4 heures. Si l'augmentation du craving prédit un risque accru d'usage, le corolaire est que faire face au craving prédit une probabilité réduite d'usage et donc la rechute. (9, 14)

- La rechute

Une rechute est établie lorsqu'une personne ayant un problème d'addiction consomme à nouveau après une période d'abstinence, à un usage identique à celui ayant précédé l'abstinence. Une des problématiques majeures posée par la rechute était de connaître son lien avec l'addiction et le craving. La relation a été démontrée en milieu écologique chez des sujets présentant un trouble de l'usage à diverses substances psychoactives au moyen d'une méthode d'évaluation appelée Ecological Momentary Assessment (EMA) (15). L'auteur conclut en ce que le craving est prédictif de la rechute et que ce lien est unidirectionnel. Ce lien prospectif est répliqué pour l'alcool, le tabac, le cannabis et les opiacés et en cours de recherche pour les gratifications comportementales (16). Ainsi la rechute n'est que le retour à l'usage. Elle est involontaire et entraîne les mêmes dommages que ceux existants avant la suspension de l'usage.

La prise en charge d'une addiction ne doit donc plus être axée sur le sevrage, mais surtout sur le phénomène de rechute et donc du craving (17). Autrement dit, traiter de manière

psychologique et/ou médicamenteux le craving s'avère être le meilleur moyen de prévenir la rechute. (18)

Une fois définis les termes nécessaires à la compréhension de notre étude, notons ce qui est explicité dans la littérature scientifique sur l'usage et les troubles de l'usage d'alcool et de tabac séparément et concomitamment.

B) Épidémiologie des usages et troubles de l'usage d'alcool et de tabac en France

- Usages et troubles de l'usage d'alcool

La consommation ou l'usage d'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable en France après la consommation de tabac. (19) Des études récentes ont montré que les dommages induits par l'alcool, en particulier les cancers peuvent survenir même à faible dose. Plus la consommation d'alcool est précoce, plus les risques d'addiction sont élevés et plus le risque de dommages est élevé. (19)

En 2017, en France, 87 % des individus âgés de 18 à 75 ans ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Environ 21 % déclaraient avoir connu une ivresse dans l'année, 10 % étaient des consommateurs quotidiens et 5 % consommaient six verres ou plus en une même occasion toutes les semaines. (20) D'après le baromètre de santé (Santé Publique France), 10 % de la population des 18-75 ans consomment de l'alcool quotidiennement (15 % des hommes, 5 % des femmes, 12 % des adolescents âgés de 17 ans). (21)

La consommation d'alcool expose à des risques pour la santé pouvant entraîner dans certains cas un décès. (22) Le nombre global de décès liés à la consommation d'alcool est en diminution depuis plus de 20 ans. (23)

Tableau 1 en annexe

Les préconisations actuelles sur la consommation raisonnée de boissons alcoolisées émanent des acteurs publics ou économiques et reposent principalement sur des repères fixés à 2 « Unités Alcooliques » par jour et 2 jours d'abstinence dans la semaine, quel que soit le sexe. L'abstinence est recommandée durant la puberté, la grossesse et l'allaitement. (24)

Au total : usages et trouble de l'usage d'alcool sont des phénomènes de Santé Publique en France ne serait-ce que d'un point de vue épidémiologique. Qu'en est il pour le tabac ?

-Usage et troubles de l'usage de tabac

La consommation ou l'usage de tabac en France est en forte baisse, avec près d'un million de consommateurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017 selon une enquête du groupe baromètre santé de 2017 soit environ 12,2 millions de consommateurs de tabac quotidiens. (25)

En 2013, il avait été estimé que plus de 73 000 décès étaient imputables à l'usage de tabac, ce qui correspond à environ 13 % des décès enregistrés en France métropolitaine la même année. (26) Ce qui fait du tabac la première cause de mortalité évitable en France. Un fumeur sur deux décède d'une pathologie en relation directe avec son usage de tabac. La consommation régulière diminue l'espérance de vie d'environ 9 ans. (26)

Il n'y a pas d'usage de tabac sans risque, même en petite quantité. L'excès de risque encouru par un usager de tabac, dépend de trois facteurs : sa consommation moyenne quotidienne, la durée et l'âge de début de sa consommation. (27)

L'évolution des décès attribuables à la consommation de tabac estimée entre 2000 et 2013 est représentée dans la figure 1. Dans la population masculine, le nombre de décès attribuables présente une relative décroissance avec un peu moins de 1 % en moyenne par an. Au contraire, avec un taux de croissance annuel moyen continu de 6 %, le nombre de décès attribuables à l'usage du tabac chez les femmes montre une très forte progression. La distribution détaillée des décès attribuables au tabac selon la pathologie est donnée dans le tableau 2. (26)

Figure 1 en annexe.

Tableau 2 en annexe.

Cette mise à jour des estimations des décès imputés à l'usage du tabac met une nouvelle fois en évidence le fardeau sanitaire considérable causé par sa consommation dans la population française. Si le nombre de décès attribuables au tabac semble s'infléchir légèrement au cours du temps pour les hommes, en revanche, l'augmentation dramatique observée dans la population

féminine est sans aucun doute la conséquence du changement de comportement vis à vis du tabac chez la femme qui s'est opéré à partir des années 1970. (26)

C) Revue de la littérature : Co-usage et Co-addiction d'alcool et de tabac

Cette revue de la littérature a pour objectifs d'examiner l'influence de la prise en charge concomitante de deux addictions co-occurentes alcool et tabac, d'une part sur le maintien de la suspension d'usage d'alcool et d'autre part sur l'évolution de la consommation de tabac.

- Influence de l'usage et de l'addiction à d'alcool sur la consommation de tabac

En 2000, Dawson a rapporté que les personnes qui ont un trouble d'usage d'alcool sont plus susceptibles de consommer du tabac, et en plus grande quantité, que les personnes qui s'abstiennent de l'alcool. (29) On estime qu'au moins 60 % des personnes présentant une addiction à l'alcool fument des cigarettes (30) et 80 % de ces personnes fument en grande quantité (plus d'un paquet de cigarettes manufacturées par jour). (31)

En 2017, une équipe de chercheurs a montré que les patients qui consommaient de grandes quantités d'alcool (plus de 4 verres dose bar par jour) avaient une plus forte augmentation du désir de fumer au début de la prise en charge de leur trouble d'usage de tabac et étaient plus réceptifs envers les signaux liés au tabac au début d'un sevrage par rapport à des usagers qui consommaient moins d'alcool. Par conséquent, les consommateurs d'alcool à haut risque (consommation de grande quantité d'alcool) peuvent avoir besoin d'une intervention plus intensive et attentive au cours d'une prise en charge de leur addiction au tabac. (32) De plus, les usagers de grande quantité d'alcool sont moins susceptibles de s'abstenir de fumer que les consommateurs modérés (2 verres dose bar par jours) après une prise en charge de leur addiction au tabac. (33) En outre, l'alcool accroît les effets subjectifs gratifiants de l'addiction au tabac. (34, 35)

Kahler a montré à travers plusieurs études, notamment qu'une consommation excessive d'alcool (seuil cf. haut), supérieure à une fois par semaine, prédit une faible probabilité d'arrêt de consommation de tabac de façon durable sur un suivi de deux ans. (36) De plus, il avance que le risque de rechute dans le trouble de l'usage de tabac est particulièrement élevé les jours de forte consommation d'alcool reflétant peut-être les effets désinhibiteurs de l'alcool à des niveaux

de consommation élevés ou la capacité à attirer l'attention sur les signaux environnementaux immédiats tels que la disponibilité des cigarettes. (37) Les consommations modérées (seuil, cf. plus haut) et peu fréquentes d'alcool, ne seraient pas un obstacle à la réussite d'une prise en charge d'une addiction au tabac. (36, 38)

La co-occurrence d'usage alcool-tabac est très préoccupante, car de nombreuses études communautaires longitudinales ont montré qu'une augmentation de la consommation d'alcool était associée à une diminution des chances d'arrêter la consommation de tabac. (33, 36, 38, 39, 40)

- Influence de la consommation de tabac sur la consommation d'alcool

Les usagers de tabac par rapport aux non-usagers, boivent de l'alcool plus souvent et de façon plus importante que les non-fumeurs. (29, 30, 37, 41) En 2016, une étude a été réalisée avec plus de 800 consommateurs de tabac, qui fumaient des cigarettes à différentes teneurs en nicotine. Il a été observé qu'il n'y avait pas de compensation avec l'alcool en cas de diminution de consommation de tabac. Aussi, le fait de réduire la teneur en nicotine d'une cigarette et donc la consommation pouvait réduire la consommation d'alcool. (1)

-Influence de la prise en charge d'un trouble d'usage d'alcool sur la consommation de tabac

En 1995, Aubin et col. (42) ont étudié parmi 222 patients présentant un trouble de l'usage d'alcool au cours de leur prise en charge addictologique, l'évolution de leur consommation. Les consommateurs de plus de 30 cigarettes par jour ont montré une réduction significative du nombre de cigarettes fumées au cours de leur prise en charge pour leur addiction à l'alcool. En revanche, les consommateurs de moins de 30 cigarettes par jour, ont une augmentation significative de leur consommation de tabac toujours au cours de leur prise en charge pour leur addiction à l'alcool.

Une étude prospective américaine (38) a étudié le comportement de plus de 30 000 usagers de tabac au cours de trois années. Parmi eux, il y avait des consommateurs qui présentaient un trouble de l'usage d'alcool passé ou actuel. Les auteurs ont remarqué parmi ceux qui maintenaient l'abstinence d'alcool, que la probabilité d'arrêter l'usage de tabac était plus faible par rapport à ceux qui n'avait jamais eu de troubles de l'usage d'alcool. De plus, ils

n'ont pas remarqué de variation significative de la consommation de tabac lors de la prise en charge de leur addiction à l'alcool.

Différents auteurs sont néanmoins d'accord sur le fait que le maintien de l'abstinence de l'alcool pourrait augmenter le potentiel abandon d'usage du tabac. (43)

- Influence de la prise en charge de l'addiction au tabac (usage et trouble de l'usage) sur la consommation et l'addiction à l'alcool

La consommation d'alcool pendant l'accompagnement d'un trouble de l'usage de tabac peut provoquer son retour à l'usage. (2) Il est donc souvent conseillé aux fumeurs de limiter leur consommation d'alcool pendant cette période de soins.

Une étude Anglaise de 2016 (2) a observé plus de 6000 ménages consommateurs de tabac. Parmi ces ménages, certains avaient une addiction à l'alcool. Les auteurs ont constaté que les consommateurs de tabac qui déclaraient avoir commencé une prise en charge de leur addiction au tabac font également état d'une diminution de leur consommation d'alcool. Parmi les personnes ayant une consommation d'alcool importante, les consommateurs de tabac ayant déclaré avoir tenté de cesser leur consommation au cours de la semaine précédente, par rapport à ceux n'ayant fait aucune tentative, étaient plus susceptibles d'indiquer qu'ils essayent de réduire leur consommation d'alcool. Cette étude suggère aussi qu'une intervention brève vis à vis de l'usage de tabac peut être une bonne occasion d'intervenir également sur l'alcool. Néanmoins, il existe d'autres études (37, 44), qui après avoir étudié une population de sujets abstinents de tabac de manière stable pendant plus de 2 ans, ont montré qu'il n'y avait pas de diminution significative de la consommation d'alcool après plus de deux ans d'abstinence stable de tabac. Plusieurs autres études se contredisent sur le fait que l'arrêt du tabac n'aurait aucune influence sur une consommation d'alcool.

En synthèse de cette revue, la littérature est peu précise sur les termes d'usage, de trouble de l'usage, de seuils de consommation d'alcool ou tabac et la relation de suspension d'usage d'alcool et de tabac en cas de co-addiction alcool tabac. Elle est inexistante sur le rôle du craving sur la rechute dans l'une ou l'autre des addictions lorsqu'elles sont comorbides.

Le travail qui suit a pour but d'ajouter des données aux recherches déjà effectuées sur le domaine, notamment les liens que peuvent tisser ces deux troubles addictifs. L'hypothèse de

départ est qu'il y a moins de reconsommation d'alcool lorsque l'on traite deux addictions (alcool et tabac) de façon concomitante au cours d'une hospitalisation. Et aussi, pourquoi pas, orienter la prise en charge en cas de troubles addictifs alcool tabac par l'étude du craving de l'un et l'autre objet de gratification étant donné son rôle central dans la prise en charge de l'addiction.

III) OBJECTIFS

Ce projet doctoral a pour objectif principal, à travers une étude prospective observationnelle, de mettre en évidence l'existence ou non, de moins de rechutes d'alcool en traitant deux addictions (alcool & tabac) de façon concomitante au cours d'une hospitalisation.

Secondairement, l'étude nous permet d'analyser l'influence de la prise en charge du trouble de l'usage d'alcool sur la consommation de tabac étant donné que la moitié des patients de l'étude ont fait le choix initial de continuer de fumer. De plus, le recueil des données nous permet d'observer de façon qualitative l'évolution du craving de l'alcool et du tabac au cours des 50 premiers jours de l'étude.

Nous allons d'abord décrire la méthodologie générale de l'étude mise en place. Ensuite nous consignerons les résultats avant de les discuter.

IV) ETUDE PROSPECTIVE OBSERVATIONNELLE

A) MATERIEL ET METHODE

-Population :

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle à deux bras.

L'étude porte sur un échantillon de patients hospitalisés pour prise en charge d'une addiction à l'alcool. Tous présentent également une addiction au tabac comorbide, mais tous ne souhaitent pas de prise en charge de cette addiction concomitante. Tous les patients avaient un trouble de l'usage pour l'alcool et le tabac selon les critères du DSM 5 (6).

Les patients ont donc été répartis en deux groupes :

- un groupe où les patients désirent une prise en charge de leur trouble de l'usage d'alcool et de tabac de façon concomitante,
- un autre où les patients souhaitent uniquement une prise en charge de leur trouble de l'usage d'alcool.

- Schéma d'étude :

Chaque patient a été recruté à l'occasion de leur hospitalisation pour la prise en charge de leur addiction à l'alcool au sein du service d'addictologie du Centre Hospitalier de Pau. Ils ont été évalués quotidiennement lors des 21 jours de leur hospitalisation puis au cours des 30 jours qui ont suivi leur retour au domicile. Les critères d'inclusion dans l'étude sont : de présenter les critères diagnostics DSM-5 d'addiction actuelle pour l'alcool et le tabac (6), d'être volontaire pour le traitement de leur trouble d'usage d'alcool et d'avoir entre 18 et 65 ans. Les critères d'exclusion sont : de présenter une addiction ou un usage à un autre objet de gratification autre que le tabac et l'alcool, et/ou de présenter une pathologie occasionnant un handicap incompatible avec la compréhension de l'étude. L'étude est proposée à tous les sujets répondant à tous ces critères par le médecin responsable de l'unité d'addictologie.

- Modalités pratiques et recueil des données :

- L'étude s'est déroulée en plusieurs étapes :

Dans une première, chaque patient inclus a bénéficié d'un entretien individuel au cours duquel il a reçu une explication orale du sujet de l'étude, ces objectifs et ces étapes. Au cours de cet entretien, nous avons recueilli son accord écrit et nous lui avons demandé s'il souhaitait profiter de cette hospitalisation pour être accompagné pour son trouble de l'usage de tabac. En fonction de sa réponse, nous l'avons inclus dans un groupe ou dans l'autre (prise en charge concomitante des troubles de l'usage d'alcool et de tabac, ou prise en charge du trouble de l'usage d'alcool seul).

Dans une seconde étape, nous avons réalisé le premier questionnaire, l'Addiction Severity Index (ASI), (cf. annexe), à tous les patients inclus.

À la suite, nous leur avons remis une première grille d'auto-évaluation (cf. annexe) qu'ils avaient à remplir quotidiennement lors de leur hospitalisation, s'ils le souhaitaient, afin d'évaluer leur craving par rapport à l'alcool, mais aussi celui par rapport au tabac.

Sur cette grille, il était conseillé aux patients d'indiquer leur consommation journalière de tabac en quantité de cigarettes (et types) fumées dans la journée. De plus, ils pouvaient également noter la présence d'éléments déclencheurs de craving en fonction du moment de la journée.

À la fin de leur période d'hospitalisation, nous avons recueilli ces grilles d'auto-évaluation, et nous leur en avons remis d'autres (correspondant au modèle de celle qu'ils avaient remplie pendant leur hospitalisation) d'une durée d'un mois et qu'ils ont eue à remplir à leur domicile.

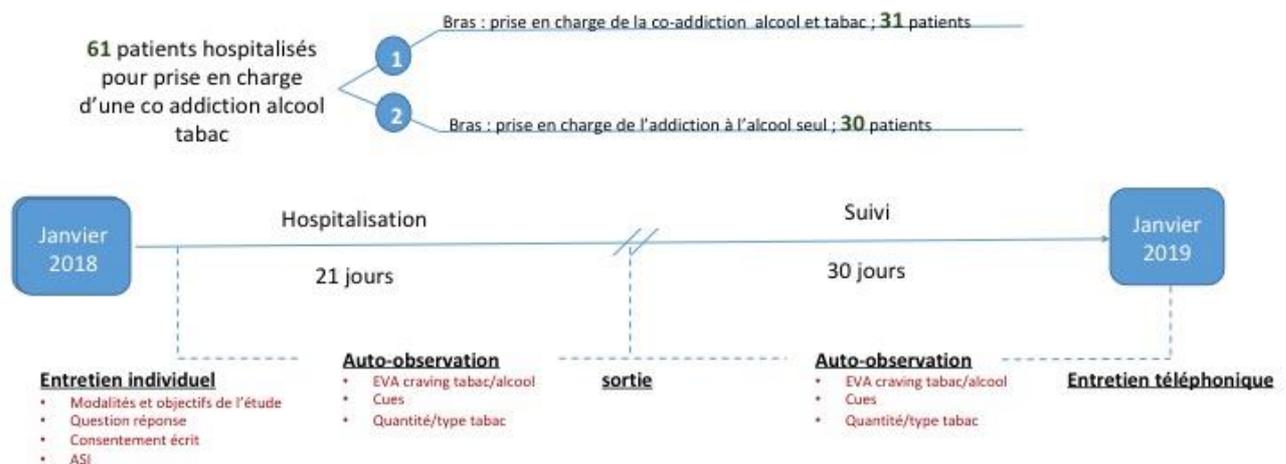
À l'issue de cette période, les patients nous remettaient par voie postale leur grille ou lors de leur consultation de suivi à l'équipe soignante hospitalière.

À la fin de la période d'étude, l'ensemble des patients inclus a eu un nouvel entretien, cette fois-ci téléphonique, avec 4 à 6 questions en fonction des réponses données (cf. annexe).

L'étude s'est déroulée du 1 janvier 2018 au 9 janvier 2019.

Le protocole de cette étude a reçu l'autorisation du Comité de Protection des Personnes de Nîmes.

Design de l'étude



-Les questionnaires

Au total, les patient inclus bénéficient de 4 questionnaires : l'Addiction Severity Index (l'ASI), la grille d'auto-évaluation pendant l'hospitalisation, la grille d'auto-évaluation après l'hospitalisation et l'entretien téléphonique de fin d'étude.

-L'ASI

L'ASI (annexe 1) est un outil d'évaluation des usagers de substances. Il peut être pratiqué, avant, pendant et après une prise en charge. C'est l'un des outils le plus utilisé dans le monde par les addictologues (> 90 études). En France il est utilisé depuis 1992. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire composé de 170 questions qui explore 7 domaines (7 domaines de la vie du patient pouvant être impactée par la consommation ou le trouble de l'usage de la source de gratification). À la fin du questionnaire, nous pouvons générer des scores sur une échelle de Likert en 10 points (de 0 à 9) pour chaque domaine exploré. L'ASI permet d'établir des profils de

sévérité. Un score supérieur à 4 signifie un besoin de prise en charge dans le domaine concerné.
(44)

-La grille d'auto-évaluation de l'hospitalisation

La grille d'auto-évaluation (annexe 2) est composée d'une échelle visuelle numérique (EVN) du craving (avec le « 0 » qui représente la sensation de n'avoir aucune envie de consommer, et le « 10 » qui représente une très forte (irrépressible) envie de consommer). Chaque patient peut se servir de cette échelle pour évaluer son craving pour l'alcool et pour le tabac, chaque jour, au cours de 4 périodes de la journée (du réveil à 8h, de 8h à 12h, de 12h à 18h, et de 18h au coucher). Dans cette grille, le patient peut aussi indiquer si au cours de ces périodes, il y a des facteurs déclencheurs à l'origine de son craving. Dans cette fiche il y a aussi une case prévue pour noter la consommation de tabac du jour, en nombre et types de cigarettes fumées. Remplir cette grille demande au patient environ 1 minute de son temps pour les quatre périodes de la journée, soit environ 5 minutes de son temps chaque jour. Exercice jugé simple et qui permet au patient d'interagir dans sa prise en charge, de suivre son évolution dans son processus de soin et pourquoi pas renforcer sa motivation.

L'ensemble des données qui concernent l'EVN du craving de l'alcool et du tabac ne seront pas utilisées dans l'analyse statistique mais publiées sous forme de graphique de façon qualitative, afin de mieux suivre l'évolution des craving des patients des deux groupes au fil du temps.

-La grille d'auto-évaluation de post-hospitalisation

Identique à la précédente (mêmes items), elle est remplie par le patient sur le mois suivant son hospitalisation.

-Le questionnaire de fin d'étude

À la fin de l'étude, chaque patient est recontacté par voie téléphonique afin de répondre à quelques questions.

Après les formules de politesse, nous demandons au patient s'il a reconsommé de l'alcool depuis sa sortie d'hospitalisation. S'il y a eu reconsommation, nous lui demandons, à quelle date et dans quelle circonstance celle-ci a eu lieu. Ensuite nous demandons au patient s'il fume actuellement. Si c'est le cas, nous lui demandons le nombre et le type de cigarettes fumées par

jour. Et pour terminer l'entretien téléphonique, nous demandons quelle est sur une échelle de 0 à 10, leur sensation de craving à ce moment précis pour l'alcool et pour le tabac.

-Variables retenues pour l'analyse statistique :

19 variables d'intérêts ont été retenues pour l'analyse statistique :

-Variables principales : Groupe (groupe 1= prise en charge du trouble de l'usage d'alcool et de tabac, groupe 2 = prise en charge du trouble de l'usage d'alcool seul) ; sexe (homme, femme) ; âge ; date de début de la cure de sevrage ; date de l'entretien téléphonique ; rechute (reprise d'usage d'alcool ou non) ; date de la rechute (date du jour de la reconsommation d'alcool)

-Variables secondaires : Conditions de vie habituelle (avec conjoint et enfants, avec conjoint seulement, avec enfants seulement, seul, avec des amis) ; Profil de sévérité (problèmes médicaux, problèmes d'emploi / ressources, problèmes d'alcool, problème de tabac, problème familiaux et sociaux, problèmes psychologiques) ; nombre de cigarettes fumées (équivalent cigarettes industrielles) pendant l'hospitalisation ; nombre de cigarettes fumées (équivalent cigarettes industrielles) à J₂₁ de l'hospitalisation (soit le dernier jour d'hospitalisation) ; nombre de cigarettes fumées (équivalent cigarettes industrielles) à J₅₁ de l'hospitalisation (soit à un mois après le dernier jour d'hospitalisation) ; nombre de cigarettes fumées (équivalent cigarettes industrielles) à la date de l'entretien téléphonique ; EVN du craving de l'alcool lors de l'entretien téléphonique.

À la demande du statisticien afin de faciliter l'analyse et l'interprétation des résultats, nous avons décidé de regrouper les valeurs des profils de sévérité (de 0 à 9), afin qu'il ne reste plus que trois variables pour chacun des six domaines étudiés (problèmes médicaux, problèmes d'emploi / ressources, problèmes d'alcool, problèmes de tabac, problèmes familiaux et sociaux, problèmes psychologiques). Les valeurs de « 0 à 3 » étaient regroupés ensemble pour représenter une « sévérité faible », les valeurs de « 4 à 6 » étaient regroupés ensemble pour représenter une « sévérité moyenne », les valeurs de « 7 à 9 » étaient regroupés ensemble pour représenter une « sévérité importante ».

- Analyses statistiques :

L'analyse a été réalisée avec le logiciel de statistique SAS, version 9.4, par le Docteur Stéphane Debeugny, statisticien et chef du service du DIM de l'hôpital de Pau.

Dans notre échantillon, les variables qualitatives sont décrites avec des pourcentages et les variables quantitatives avec des moyennes et leur écart-type (par exemple âge du groupe 1 : 46.4 ans (écart-type : 9.0))

Pour les comparaisons entre groupes : le test du Khi2 (ou le test non paramétrique de Fisher lorsque le test du Khi2 n'était pas valide) a été utilisé quand la comparaison portait sur des variables qualitatives ; pour les comparaisons de moyennes, le test semi paramétrique de Satterthwaite a été utilisé.

Tous les tests ont été réalisés au seuil de 5 % de significativité (tests bilatéraux).

B) RESULTATS

-Données socio-démographiques :

Nous avons inclus dans notre étude 61 patients : 49 hommes et 12 femmes âgés de 32 à 69 ans. La moyenne d'âge était de 46,9 ans. 31 patients ont été inclus dans le groupe 1 « prise en charge de l'addiction à l'alcool et au tabac » et 30 patients ont été inclus dans le groupe 2 « prise en charge de l'addiction à l'alcool seul ». Il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes en termes de données socio-démographiques puisque le « p » est à 0,69.

-Cf. Annexe 3

Entre l'étape de l'hospitalisation et de l'entretien téléphonique, il y a eu 13 perdus de vue (les numéros de téléphone communiqués lors de leur admission étaient non attribués au moment de l'étape des entretiens téléphoniques quelques mois plus tard). Les perdus de vue étaient majoritairement repartis dans le groupe 2 (prise en charge de l'alcool seul). Au moment de l'analyse, il ne restait donc que 27 patients dans le groupe 1 et 21 dans le groupe 2.

-Résultat principal :

Le taux de rechute à l'égard de l'alcool globale est de 47,92 %. La moitié des patients environ qui ont participé n'ont pas repris l'usage d'alcool au moment de la fin de l'étude.

En analyse par groupe, les taux de rechute, sont de 56,25 % dans le groupe 1 et de 43,75 % dans le groupe 2. Ces résultats sont statistiquement non significatifs au test du Khi-2 et au test de Fisher. **Ainsi les patients qui avaient choisi la prise en charge concomitante de l'alcool et du tabac, ont eu plus de difficultés à maintenir l'abstinence envers l'alcool.**

Dans le premier groupe, 13 patients ont reconsommé, après un délai moyen de 52 jours, et dans le groupe 2, 9 patients ont reconsommé après un délai moyen de 51 jours.

-Cf. Annexe 4

2-Résultats secondaires :

Influence de la prise en charge du trouble de l'usage à l'alcool sur la consommation de tabac :

Afin de pouvoir évaluer l'influence de la prise en charge de l'addiction à l'alcool sur la consommation de tabac, nous avons observé l'évolution des consommations de tabac de chaque patient, à trois moments clés de l'étude : à J₂₁ qui correspond au dernier jour d'hospitalisation, à J₅₁ qui correspond au dernier jour de surveillance au moyen des grilles de suivi, et au moment de l'entretien téléphonique (dernier jour de contact de chaque patient).

- à J₂₁ : à la fin de l'accompagnement hospitalier, sur les 46 patients qui ont répondu aux questionnaires, 38 (soit 83 % des participants) ont réussi à diminuer leur consommation, 3 patients ont maintenu leur consommation et 5 patients ont augmenté leur consommation.

- à J₅₁ : un mois après la fin de la prise en charge hospitalière, sur les 43 patients qui ont répondu aux questionnaires, 35 (soit 81 % des participants) ont réussi à diminuer ou maintenir une consommation inférieure à celle d'avant la prise en charge, 3 patients ont maintenu leur consommation et 5 patients ont augmenté leur consommation.

- Au moment de l'entretien téléphonique: cet entretien téléphonique a pu avoir lieu plusieurs semaines, voir plusieurs mois après le début de la prise en charge addictologique hospitalière pour certains patients. On notera qu'il y a peu de changement par rapport à l'évolution de la consommation de tabac à J₅₁. Il y a toujours 5 patients qui ont une consommation de tabac supérieure à leur consommation initiale. Il y a un patient qui a vu sa consommation diminuer initialement puis ré-augmenter au cours du temps pour reprendre une consommation égale à celle donnée au début de la prise en charge hospitalière.

A noter que la plupart des patients qui avaient réussi à diminuer leur consommation de tabac ont réussi à maintenir une consommation inférieure à leur consommation initiale. Comme tous présentaient une addiction au tabac, on peut dire que la majorité des patients ont maintenu une abstinence partielle. Malheureusement nous n'avons pas collecté les informations de consommation pour 19 des patients de l'étude.

- Résultats de l'évolution de la consommation en analyse par groupe :

Pour chacune de ces trois périodes analysées, il n'y a aucune différence significative sur le plan statistique entre chacun des groupes.

-Cf. Annexe 5, 6 et 7.

Le résultat marquant est qu'il y a plus de patients qui ont réussi à diminuer leur consommation de tabac dans le groupe 1 et qu'il y a plus de patient qui ont augmenté leur consommation de tabac au cours de la prise en charge hospitalière dans le groupe 2.

- Résultats de l'évolution de la consommation de tabac par l'analyse du retour à l'usage d'alcool

L'analyse de l'évolution de la consommation de tabac, tout au long de l'étude, en fonction des patients qui ont maintenu l'abstinence totale d'alcool et ceux qui ont repris leur usage, n'a pas montré de différence significative.

L'information intéressante à retenir de cette analyse, c'est qu'il n'y a pas de différence entre les consommations de tabac pour les patients qui ont repris l'usage de l'alcool par rapport

à ceux qui ont réussi à maintenir l'abstinence après la prise en charge. **Résultats qui sous entendent donc que la reconsommation d'alcool ou l'absence de consommation d'alcool au cours d'une prise en charge du trouble de l'usage, n'influence pas la consommation de tabac.**

Évolution du craving pour l'alcool et le tabac dans chaque groupe.

Nous allons pouvoir constater sous forme de graphiques, l'évolution du craving d'alcool et de tabac, au cours de l'hospitalisation, puis au cours du mois passé après l'hospitalisation.

Dans le premier groupe où les patients ont décidé au début de leur hospitalisation d'être prise en charge à la fois pour leur addiction à l'alcool et au tabac, 13 patients sur les 31 patients inclus ont bien voulu remplir quotidiennement la fiche de suivi qui leur avait été remise. Et sur ces mêmes 31 patients, 11 m'ont transmis leur fiche de suivi remplie à leur domicile, au cours du mois qui a suivi leur hospitalisation.

Dans le second groupe, celui qui concerne les patients qui ont décidé d'arrêter l'alcool et de continuer de fumer, 10 sur les 30 inclus ont bien voulu remplir quotidiennement la fiche de suivi. Pour la période du mois qui s'est écoulé après l'hospitalisation, seuls 8 patients m'ont transmis leur fiche de suivi.

Les courbes (cf. annexe 8) représentent la moyenne des cravings de chaque groupe.

Nous pouvons observer :

- que le craving d'alcool tout comme celui de tabac, reste assez stable tout au long de la période d'observation,
- que le craving d'alcool tout comme celui du tabac, reste assez bas en intensité pendant et après l'hospitalisation.
- que le craving du tabac semble être plus intense que celui de l'alcool de manière générale pour les deux groupes.

C) Discussion

- Rappel des objectifs

Ce projet doctoral avait pour objectif principal, d'observer s'il existait ou non, moins de rechute d'alcool en traitant deux addictions (alcool & tabac) de façon concomitante au cours d'une hospitalisation. Les objectifs secondaires étaient d'observer l'influence de l'accompagnement du trouble de l'usage d'alcool sur la consommation de tabac étant donné que la moitié des patients avaient fait le choix initial de continuer de fumer et d'observer de façon qualitative l'évolution du craving pour l'alcool et pour le tabac au cours des 50 premiers jours de l'étude.

- Limites méthodologiques de l'étude

Notre échantillon était composé de 61 patients ayant tous un trouble de l'usage pour l'alcool et pour le tabac. Nous avons eu 13 perdus de vue soit environ 21% de notre effectif, ce qui a diminué la puissance de cette étude et par conséquent ne nous a pas permis d'avoir des résultats significatifs. Le taux d'acceptation est relativement bas (41 % car seul 24 patients ont bien rempli les fiches quotidiennes pendant toute la durée de l'étude.). Néanmoins ces personnes étaient très motivées et probablement que cet effort de remplissage quotidien a participé à entretenir ce processus motivationnel de non reconsommation.

Au début de l'étude, une présentation du projet de thèse a été réalisée en présence d'une bonne partie de l'équipe du service, puisque l'équipe paramédicale allait être aussi soumise à contribution notamment en rappelant autant que possible aux patients inclus dans l'étude de penser à remplir les grilles de suivi du craving, de les collecter en fin d'hospitalisation et de leurs distribuer les fiches suivantes pour la période de post-hospitalisation. Au turn-over des équipes soignantes se sont ajoutées quelques difficultés logistiques. N'étant pas en stage au sein du service, je ne pouvais pas être présent chaque jour pour inclure des patients. Lors de mes jours de présence, certains patients pouvaient être en atelier, en entretien avec certains intervenants ou alors en permission à l'extérieur. Avec ces aléas quotidiens, certaines fiches ont été perdues pendant les hospitalisations et une partie des fiches de post-hospitalisation n'ont pas été distribuées. Il n'y a aucune faute à ce sujet, c'était inévitable et nous le savions dès le début que cela pouvait arriver. De plus, au cours du premier entretien, le patient nous indiquait son numéro de téléphone, afin que l'on procède à l'entretien téléphonique quelques mois plus tard. Malheureusement pour 13 d'entre eux, l'entretien téléphonique n'a pu aboutir, le numéro de

téléphone ne leur était plus attribué et ils font donc partis des perdus de vue... Nous savions aussi que cela arriverait, cela aussi était inévitable.

Au cours de cette étude nous pouvons noter quelques autres limites :

- Un biais d'information, car comme je n'ai pas pu rencontrer tous les patients inclus au début de l'étude en réalisant tous les questionnaires ASI, et comme tous les patients ont été inclus au fur et à mesure de l'année, on peut considérer qu'ils n'ont pas tous eu la même information au sujet de cette étude...

-Un possible biais motivationnel: L'hypothèse principale était que les patients réalisant une double prise en charge addictologique auraient moins de reprise d'usage d'alcool que ceux qui avaient décidé d'être accompagné uniquement pour leur trouble d'usage d'alcool. Etant donné que c'est le patient qui avait le choix de la prise en charge, il avait peut-être une motivation plus grande si son choix se tournait vers l'accompagnement concomitant.

-Le biais du temps libre. En effet, les patients au cours de leur hospitalisation ont des entretiens, des activités, des ateliers, des présentations et de nombreux intervenants (familles et autres) qui viennent les voir quotidiennement. Ils ont aussi des temps libres entre toutes ces activités. Ils se retrouvent lors de ces périodes, devant l'immeuble du service où il a quelques consommateurs de tabac n'appartenant pas tous au service d'addictologie. Bien que quelques uns m'ont signalé rester dans leur groupe de patients pris en charge pour leurs troubles de l'usage concomitant pour mieux gérer leur craving, ils m'ont aussi signalé que ces temps conviviaux ont exacerbé leur craving en regard du tabac. Pour ces patients il a été trop difficile de ne pas consommer surtout lorsqu'un autre patient fumait en face de lui.

-Biais de surveillance. Etant donné que les patients sont hospitalisés de leur plein gré, ils ont certaines libertés, des possibilités de permissions. Cela peut avoir un impact sur leur prise en charge, sur la bonne surveillance de faire l'expérience, pendant l'hospitalisation de s'abstenir de reconsommer. Biais qui intervient aussi lors de la période de post-hospitalisation où l'équipe soignante n'intervient plus.

-Biais de remplissage des auto-évaluations. La faible participation ne permet pas d'observer de différence significative entre les deux groupes.

-Biais de perdu de vue, qui peut représenter jusqu'à un sixième de l'effectif et donc avoir un impact sur les résultats statistiques.

-Biais de mémorisation: au cours de l'entretien téléphonique, je demande au patient s'il a reconsommé de l'alcool depuis la fin de sa prise en charge hospitalière. S'il n'y a là, pas de biais, il y a un potentiel à la question suivante, sur la date de reconsommation, ce d'autant qu'elle peut être posée plusieurs mois après leurs prise en charge hospitalière.

-Biais de cohorte, ou effet Hawthorne, qui définit que le fait d'être observé, modifie le comportement du sujet.

- Discussion des objectifs

En comparant le groupe prise en charge des addictions à l'alcool et au tabac de manière concomitante versus prise en charge de l'addiction à l'alcool seul, nous pouvons constater que le premier groupe a eu plus de rechutes (environ 56 %) que le second groupe (environ 44 %). Nous pouvons donc dire que dans cette étude il y a moins de rechute pour les patients qui ne souhaitent traiter que leur addiction à l'alcool. Résultat d'autant plus intéressant qu'il est à l'opposé de notre hypothèse de départ.

Grâce au questionnaire ASI qui a été réalisé au cours du premier entretien, nous avons pu établir différents profils de « sévérité » de patients. Nous avons alors constaté que lorsque l'on a laissé le choix aux patients, ce sont systématiquement les patients les plus sévères dans chaque catégorie, qui ont pris la décision d'être accompagnés pour les deux addictions en même temps. Si les patients les plus sévères dans seulement un ou deux des domaines avaient choisi la double prise en charge, nous n'aurions pas conclu à ce sujet. Mais là, les 6 domaines étaient concernés, soit 100 % des domaines explorés. Sur le plan statistique, c'est une tendance que nous sommes obligés de souligner. Nous pouvons donc dire qu'il y a peut-être un biais de sévérité. Le fait que tous les patients les plus sévères aient choisi cette double prise en charge, impact donc sur la rechute. A ma connaissance, il n'existe pas de donnée me permettant de discuter de ce résultat.

Les recommandations actuelles (67) préconisent le double accompagnement en cas de trouble de l'usage d'alcool et de tabac. Celui-ci peut être séquentiel ou simultané. Au vu des résultats de l'étude, peut-être faudrait-il recommander aux patients « les plus sévères à l'ASI », une prise en charge intégrée des deux addictions simultanées.

- A propos de la surveillance du craving

Malheureusement, ce qui a probablement le plus manqué au cours de cette étude, c'est la participation des patients aux fiches de surveillances quotidiennes du craving. En effet la faible participation a concerné environ deux tiers des patients de chaque groupe. Les éléments déclencheurs demandés dans les fiches de surveillance n'ont pas pu être interprétés car il y avait très peu de données à ce sujet. C'est dommage car avec un bon remplissage de ces fiches de surveillance, nous aurions éventuellement pu observer le lien entre intensité du craving et reconsommation au sein des deux groupes.

Il y a probablement eu des problèmes de compréhension de la part des patients, peut être aussi un défaut d'explication de ma part sur l'objectif de ces données. L'ensemble des données restantes n'est pas suffisamment important pour tirer de réelles conclusions. Néanmoins l'analyse de ces courbes confirme certaines tendances que l'on connaissait déjà. Chaque patient identifie parfaitement le craving qu'il peut ressentir pour alcool et celui du tabac. Le craving est intrinsèque à chaque individu et ne peut être que difficilement anticipé. Certains patients avec des profils de sévérités initiaux similaires, peuvent avoir des sensations bien différentes au cours d'une prise en charge de trouble de l'usage d'alcool et de tabac concomitante. C'est pourquoi la surveillance du craving est primordiale. Il est considéré comme une composante centrale de l'addiction. Il est impliqué dans le processus de rechute de manière unidirectionnelle et influencé par de nombreux facteurs essentiellement des facteurs personnels. (46)

V) Conclusion et Perspectives générales

La prise en charge concomitante du trouble de l'usage d'alcool et de tabac est quelque chose de difficile mais réalisable et doit toujours être conseillée de manière intégrée aux patients ayant ces deux addictions. Nous avons pu constater que lorsque l'on laisse le choix aux patients de leur prise charge addictive (les deux addictions intégrées versus l'addiction à l'alcool seul), les patients les moins « sévères » préfèrent ne choisir que l'accompagnement de l'addiction à l'alcool seul et ce sont ceux qui réussissent le mieux dans ce processus.

Nous avons aussi constaté que lors d'une prise en charge d'addiction à l'alcool, les patients addicts aussi au tabac avaient tendance, même si ce n'était pas leur choix initial, à baisser cette dernière consommation au cours du temps. Toutefois, les variations de consommation de tabac au cours d'une prise en charge de l'addiction à l'alcool, n'avaient pas d'impact sur la bonne réussite de cet accompagnement hospitalier.

Le « profilage » par l'intermédiaire de l'ASI, des patients présentant une co-addiction alcool tabac, permet d'identifier les domaines où ils ont le plus besoin de soins ou de surveillance, permettant ainsi un meilleur accompagnement de ces troubles de l'usage.

Je pense qu'il serait intéressant de poursuivre l'étude dans différents centres, selon le même protocole mais avec l'EMA. En effet, la faisabilité et la validité de cette méthode (15) permettraient de préciser si le craving reste, en cas de prise en charge concomitante d'une co-addiction alcool tabac, prédictif de l'usage de ces substances légales : les deux ? une seule ? si oui, laquelle ?

Enfin, l'utilisation et l'analyse systématique des grilles d'auto-évaluation (ou de l'EMA) par les équipes soignantes, pendant le séjour hospitalier des patients hospitalisés pour une prise en charge d'une co-addiction alcool tabac, pourraient être un bon outil psychoéducatif et psychothérapeutique d'aides au coping vis à vis des « cues » spécifiques et du craving.

Annexes :

-Tableau 1 (20) : Nombre de décès total, fraction et nombre total attribuable à l'alcool par sexe et cause de décès.

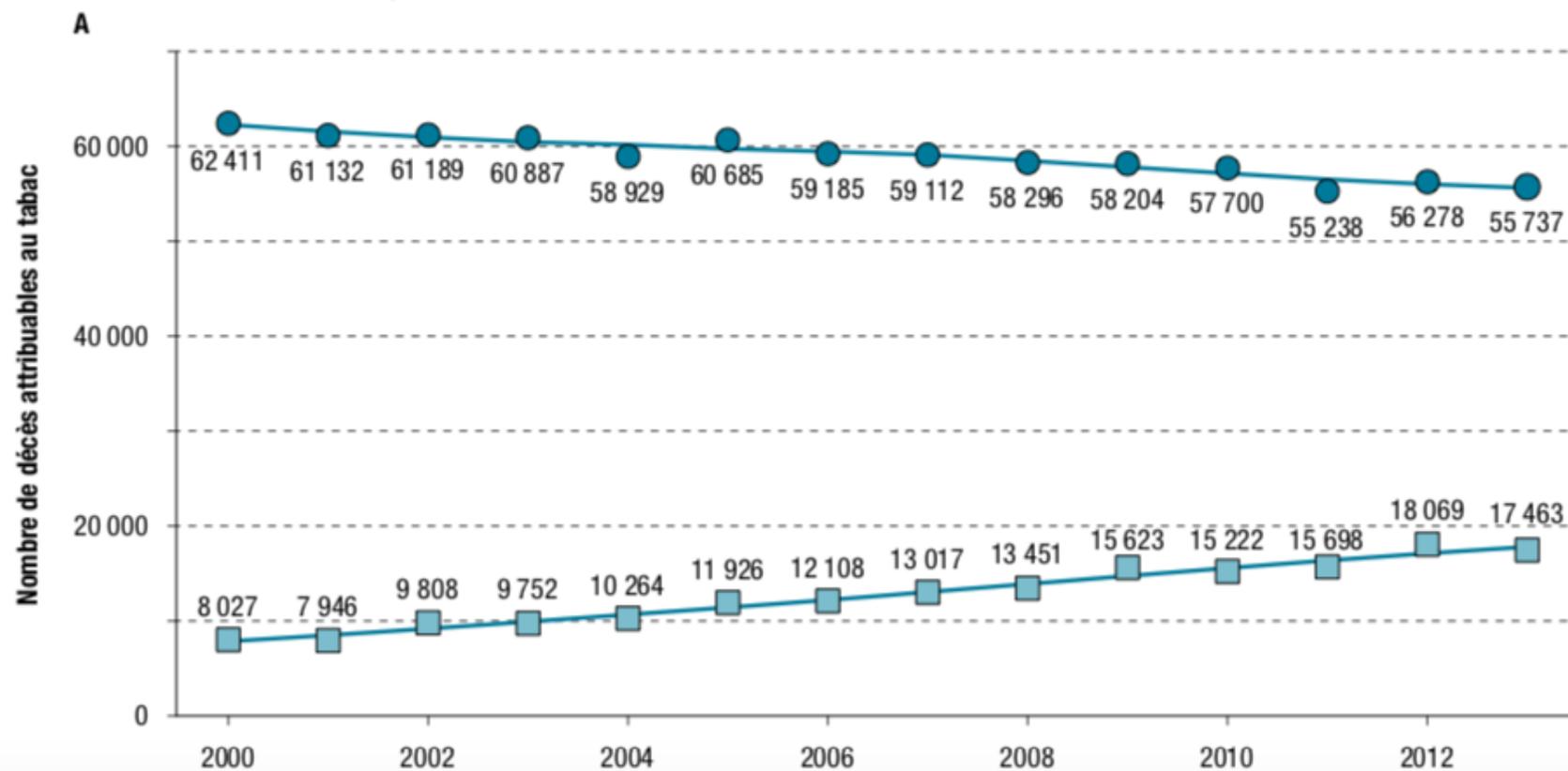
Cause de décès	Hommes			Femmes			Total		
	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool	Décès en 2009	Fraction attribuable	Décès dus à l'alcool
Cancer^a	89 824	12%	11 197	62 941	6%	4 003	152 765	10%	15 200
Cavité buccale	1 270	75%	951	491	36%	178	1 761	64%	1 129
Pharynx	2 139	86%	1 842	352	49%	172	2 492	81%	2 014
Œsophage	3 402	84%	2 860	882	53%	467	4 284	78%	3 327
Côlon-rectum	9 792	30%	2 949	8 523	9%	750	18 314	20%	3 699
Foie	6 203	30%	1 850	2 215	9%	201	8 418	24%	2 051
Larynx	1 240	60%	745	150	24%	35	1 390	56%	781
Sein	220	0%	0	12 547	18%	2 199	12 767	17%	2 199
Maladie cardiovasculaire	66 833	14%	9 523	77 510	3%	2 710	144 343	8%	12 233
Maladie hypertensive	3 099	46%	1 420	5 834	15%	866	8 933	9%	2 286
Cardiopathie ischémique	20 774	5%	938	15 765	-3%	-529	36 539	0%	409
Cardiomyopathie alcoolique	74	100%	74	10	100%	10	84	100%	84
Arythmie cardiaque	4 236	53%	2 250	6 277	22%	1 366	10 513	34%	3 615
Accident vasculaire cérébral hémorragique	7 734	48%	3 704	10 139	8%	827	17 874	25%	4 531
Accident vasculaire cérébral ischémique	5 532	19%	1 050	8 581	2%	150	14 112	9%	1 200
Varices œsophagiennes	88	100%	88	20	100%	20	108	100%	108
Maladie digestive	12 543	45%	5 627	10 888	20%	2 145	23 431	33%	7 772
Gastrite alcoolique	0	100%	0	0	100%	0	0	100%	0
Maladie alcoolique du foie	3 543	100%	3 543	1 317	100%	1 317	4 860	100%	4 860
Hépatite chronique sans précision	15	100%	15	10	100%	10	25	100%	25
Fibrose et cirrhose du foie	1 684	100%	1 684	767	100%	767	2 451	100%	2 451
Cholélithiase	109	-47%	-51	201	-10%	-19	310	-23%	-70
Pancréatite	596	74%	438	428	17%	71	1 024	50%	509
Autres maladies	95 382	13%	3 441	104 926	5%	634	200 308	9%	4 075
Diabète de type 2	3 048	21%	638	3 311	-4%	-143	6 359	8%	494
Encéphalopathie de Wernicke	6	100%	6	4	100%	4	10	100%	10
Maladie mentale due à l'alcool	2 251	100%	2 251	608	100%	608	2 859	100%	2 859
Dégénérescence du système nerveux due à l'alcool	75	100%	75	26	100%	26	101	100%	101
Épilepsie et mal épileptique	859	53%	459	752	18%	137	1 611	37%	596
Polynévrite alcoolique	12	100%	12	4	100%	4	16	100%	16
Cause externe	22 620	25%	5 545	14 748	18%	2 609	37 368	22%	8 154
Inconnue, mal spécifiée^b	7 671	16%	1 250	6 848	5%	363	14 519	11%	1 613
Total	272 253	13%	36 584	263 113	5%	12 465	535 366	9%	49 048

^a Les cancers de localisation mal précisée ou non précisée (CIM : C76-C80) ont été répartis entre les localisations spécifiées au prorata des localisations spécifiées, par sexe et par âge.

^b Une fraction des décès par cause inconnue ou mal spécifiée (CIM : R96-R99) égale à la fraction des causes spécifiées attribuables à l'alcool a été attribuée à l'alcool, par sexe et classe d'âge.

-Figure 1 (27):

Évolution des décès attribuables au tabagisme (A) et des fractions de décès attribuables au tabagisme (B) par sexe de 2000 à 2013, France métropolitaine



-Tableau 2 (27) :

Distribution par sexe des décès attribuables au tabac selon la pathologie, France Métropolitaine, 2013

	Hommes			Femmes		
	Total	DA	%	Total	DA	%
Cancers						
Poumon	22 171 (24 674)	21 886	39,3	7 997 (8 942)	5 800	33,2
Voies aérodigestives supérieures	6 792 (7 576)	5 685	10,2	1 714 (1 918)	846	4,8
Estomac	2 971 (3 304)	989	1,8	1 660 (1 867)	119	0,7
Foie	5 894 (6 545)	2 296	4,1	2 199 (2 463)	162	0,9
Pancréas	5 132 (5 702)	1 848	3,3	4 970 (5 569)	794	4,5
Col de l'utérus	–	–	–	735 (826)	80	0,5
Ovaire (mucineux)	–	–	–	195 (218)	35	0,2
Côlon-rectum	9 024 (10 007)	989	1,8	7 852 (8 830)	446	2,6
Rein	2 189 (2 431)	858	1,5	1 276 (1 433)	89	0,5
Vessie	3 742 (4 141)	1 606	2,9	1 144 (1 289)	178	1,0
Leucémie	3 114 (3 449)	790	1,4	2 610 (2 935)	83	0,5
Pathologies non cancéreuses						
Cardiopathies ischémiques	19 402 (20 528)	3 113	5,6	13 982 (14 720)	880	5,0
Maladies cérébrovasculaires	13 011 (13 720)	1 471	2,6	18 479 (19 454)	781	4,5
Cardiopathies hypertensives	3 420 (3 600)	766	1,4	6 416 (6 747)	616	3,5
Autres maladies cardiaques	23 489 (24 751)	5 999	10,8	31 718 (33 370)	2 829	16,2
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	6 170 (6 503)	4 729	8,5	4 124 (4 345)	2 260	12,9
Voies respiratoires inférieures	6 726 (7 071)	1 349	2,4	8 082 (8 501)	833	4,8
Autres maladies respiratoires	6 014 (6 337)	1 322	2,4	5 574 (5 867)	619	3,5
Tuberculose	241 (256)	41	0,1	257 (270)	13	0,1
Total	139 502 (150 595)	55 737	100,0	120 984 (129 564)	17 463	100,0

Note : (nombre entre parenthèse) = nombre total de décès estimé compte tenu des décès dont les certificats mentionnaient une cause définie et inconnue ou un cancer de localisation mal définie et non précisée. DA : décès attribuables.

-Annexe 3 : Analyse statistique socio-démographique

GROUPE	N	Moyenne	Ecart-type	Err. type	Minimum	Maximum
1	30	46.4333	9.0045	1.6440	33.0000	68.0000
2	28	47.4286	10.1194	1.9124	32.0000	69.0000
Diff (1-2)		-0.9952	9.5583	2.5116		

GROUPE	Méthode	Moyenne	95% Moyenne IC	Ecart-type	95% Ec.-type IC
1		46.4333	43.0710 49.7957	9.0045	7.1713 12.1049
2		47.4286	43.5047 51.3525	10.1194	8.0006 13.7739
Diff (1-2)	Pooled	-0.9952	-6.0266 4.0362	9.5583	8.0696 11.7256
Diff (1-2)	Satterthwaite	-0.9952	-6.0511 4.0606		

Méthode	Variances	DDL	Valeur du test t	Pr > t
Pooled	Equal	56	-0.40	0.6934
Satterthwaite	Unequal	54.129	-0.39	0.6947

Egalité des variances				
Méthode	DDL Num.	DDL Res.	Valeur F	Pr > F
Folded F	27	29	1.26	0.5376

-Annexe 4 : Analyse statistique du délai de reconsommation par groupe.

GROUPE	N	Moyenne	Ecart-type	Err. type	Minimum	Maximum
1	13	52.0000	54.1956	15.0312	7.0000	217.0
2	9	51.0000	32.0468	10.6823	22.0000	95.0000
Diff (1-2)		1.0000	46.6165	20.2143		

GROUPE	Méthode	Moyenne	95% Moyenne IC	Ecart-type	95% Ec.-type IC
1		52.0000	19.2499 84.7501	54.1956	38.8629 89.4626
2		51.0000	26.3666 75.6334	32.0468	21.6463 61.3944
Diff (1-2)	Pooled	1.0000	-41.1662 43.1662	46.6165	35.6644 67.3175
Diff (1-2)	Satterthwaite	1.0000	-37.5086 39.5086		

Méthode	Variances	DDL	Valeur du test t	Pr > t
Pooled	Equal	20	0.05	0.9610
Satterthwaite	Unequal	19.66	0.05	0.9573

-Annexe 5 : Analyse statistique de l'évolution de la consommation de tabac au 21ème jours, pour chacun des groupes.

Fréquence Pourcentage Pctage en ligne Pctage en col.	Table de evolj21 par GROUPE		
	evolj21	GROUPE	
		1	2
0	21	17	38
	45.65	36.96	82.61
	55.26	44.74	
	84.00	80.95	
1	2	1	3
	4.35	2.17	6.52
	66.67	33.33	
	8.00	4.76	
2	2	3	5
	4.35	6.52	10.87
	40.00	60.00	
	8.00	14.29	
Total	25	21	46
	54.35	45.65	100.00
Fréquence manquante = 15			

Statistiques pour la table de evolj21 par GROUPE

Statistique	DDL	Valeur	Prob
Khi-2	2	0.6112	0.7367
Test du rapport de vraisemblance	2	0.6147	0.7354
Khi-2 de Mantel-Haenszel	1	0.2315	0.6304
Coefficient Phi		0.1153	
Coefficient de contingence		0.1145	
V de Cramer		0.1153	
WARNING: 67% des cellules ont un effectif théorique inférieur à 5. Le test du Khi-2 peut ne pas convenir.			

Note : le chiffre « 0 » représente une consommation qui a diminué, le chiffre « 1 » représente une consommation qui est restée la même, et le chiffre « 2 » représente une consommation qui a augmenté.

-Annexe 6 : Analyse statistique de l'évolution de la consommation de tabac au 51ème jours, pour chacun des groupes.

Fréquence Pourcentage Pctage en ligne Pctage en col.	Table de evolj51 par GROUPE		
	evolj51	GROUPE	
		1	2
0	19	16	35
	44.19	37.21	81.40
	54.29	45.71	
	86.36	76.19	
1	1	2	3
	2.33	4.65	6.98
	33.33	66.67	
	4.55	9.52	
2	2	3	5
	4.65	6.98	11.63
	40.00	60.00	
	9.09	14.29	
Total	22	21	43
	51.16	48.84	100.00
Fréquence manquante = 18			

Statistiques pour la table de evolj51 par GROUPE

Statistique	DDL	Valeur	Prob
Khi-2	2	0.7676	0.6813
Test du rapport de vraisemblance	2	0.7754	0.6786
Khi-2 de Mantel-Haenszel	1	0.5589	0.4547
Coefficient Phi		0.1336	
Coefficient de contingence		0.1324	
V de Cramer		0.1336	
WARNING: 67% des cellules ont un effectif théorique inférieur à 5. Le test du Khi-2 peut ne pas convenir.			

-Annexe 7 : Analyse statistique de l'évolution de la consommation de tabac au moment de l'entretien téléphonique, pour chacun des groupes.

Fréquence Pourcentage Pctage en ligne Pctage en col.	Table de evolcigtel par GROUPE		
	evolcigtel	GROUPE	
		1	2
0	19	14	33
	45.24	33.33	78.57
	57.58	42.42	
	90.48	66.67	
1	1	3	4
	2.38	7.14	9.52
	25.00	75.00	
	4.76	14.29	
2	1	4	5
	2.38	9.52	11.90
	20.00	80.00	
	4.76	19.05	
Total	21	21	42
	50.00	50.00	100.00
Fréquence manquante = 19			

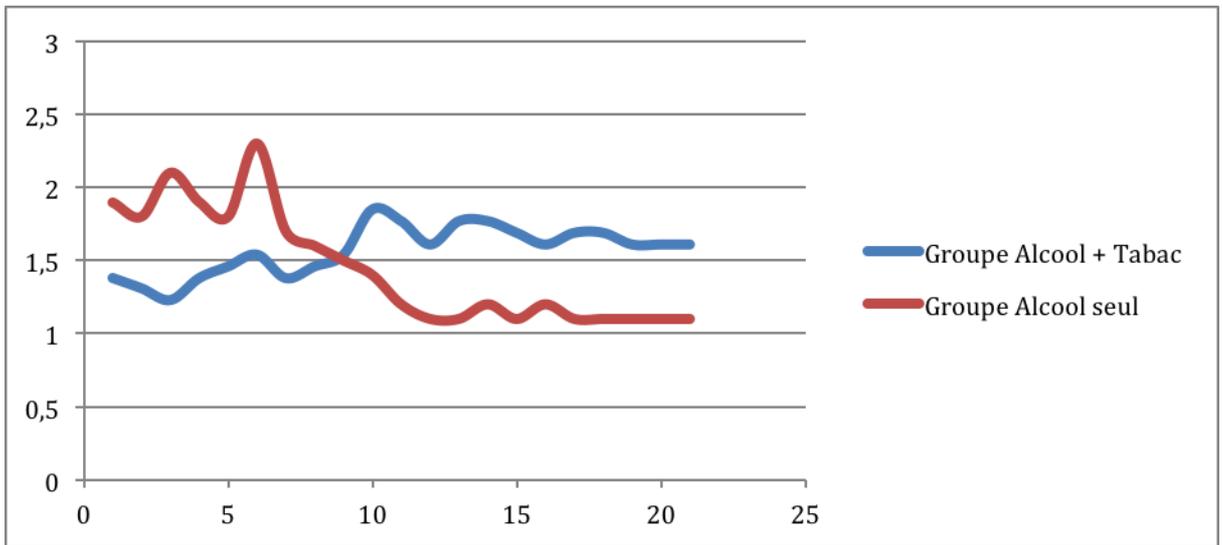
Statistiques pour la table de evolcigtel par GROUPE

Statistique	DDL	Valeur	Prob
Khi-2	2	3.5576	0.1688
Test du rapport de vraisemblance	2	3.7344	0.1546
Khi-2 de Mantel-Haenszel	1	3.2315	0.0722
Coefficient Phi		0.2910	
Coefficient de contingence		0.2794	
V de Cramer		0.2910	
WARNING: 67% des cellules ont un effectif théorique inférieur à 5. Le test du Khi-2 peut ne pas convenir.			

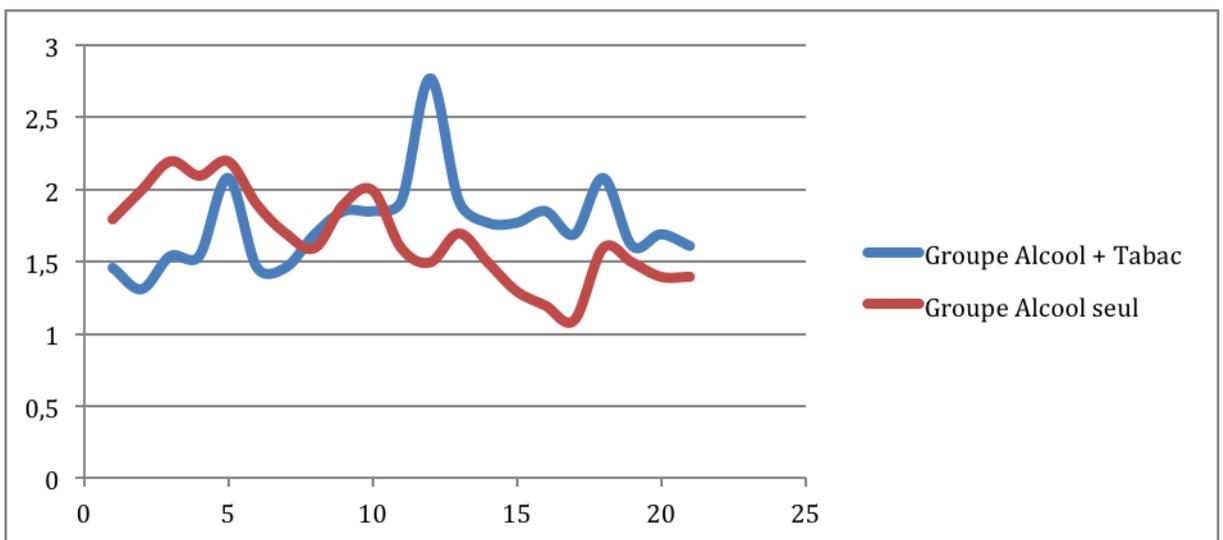
-Annexe 8 :

Moyenne des Craving d'Alcool pendant l'hospitalisation

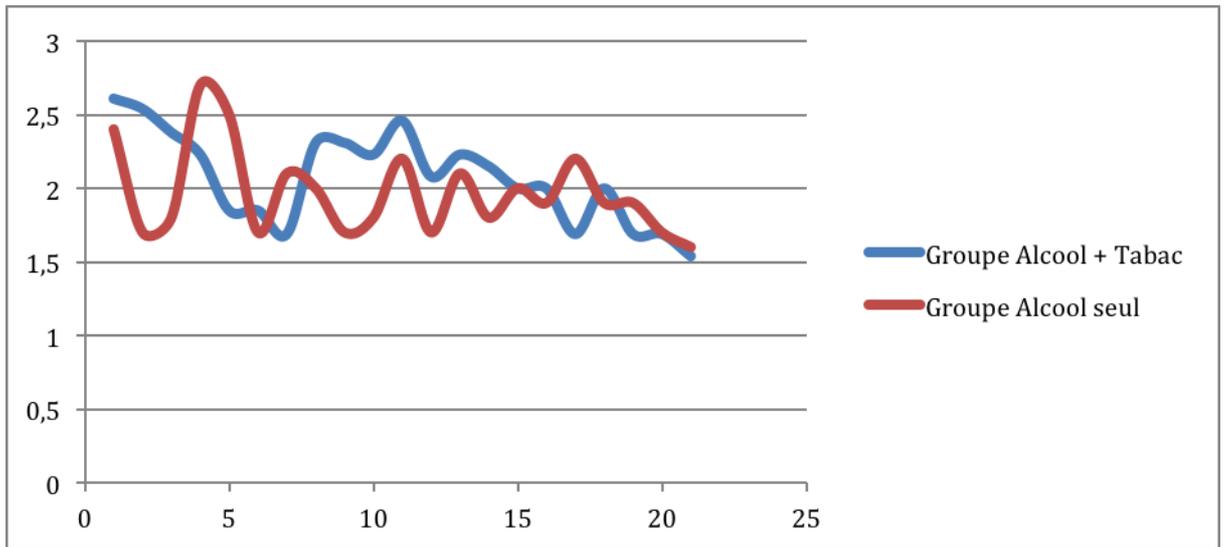
Réveil à 8h



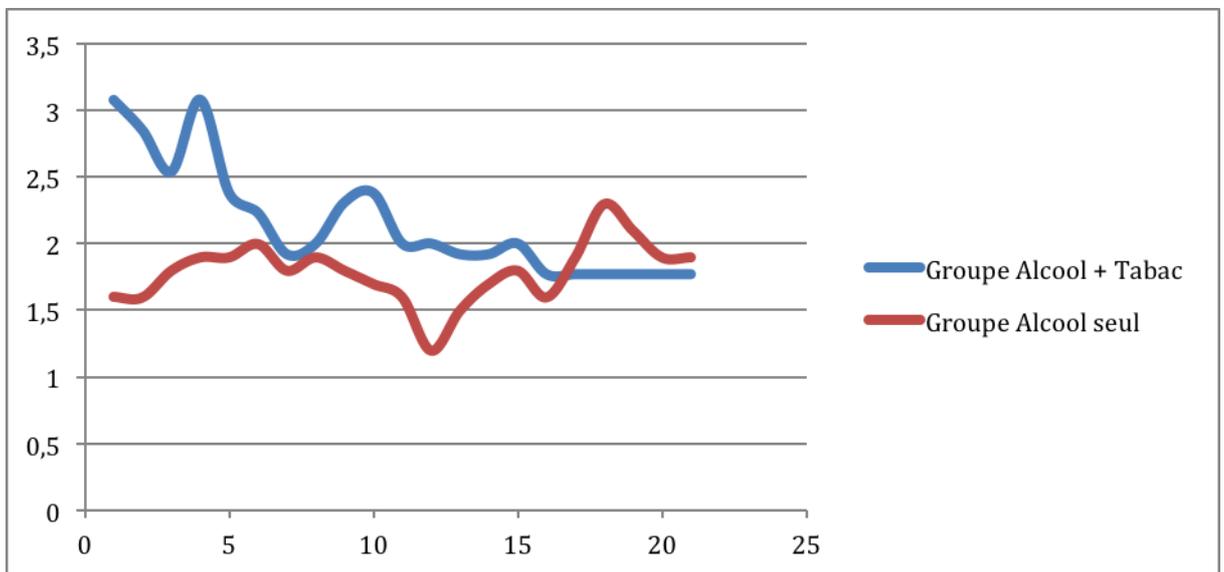
8h-12h



12h-18h

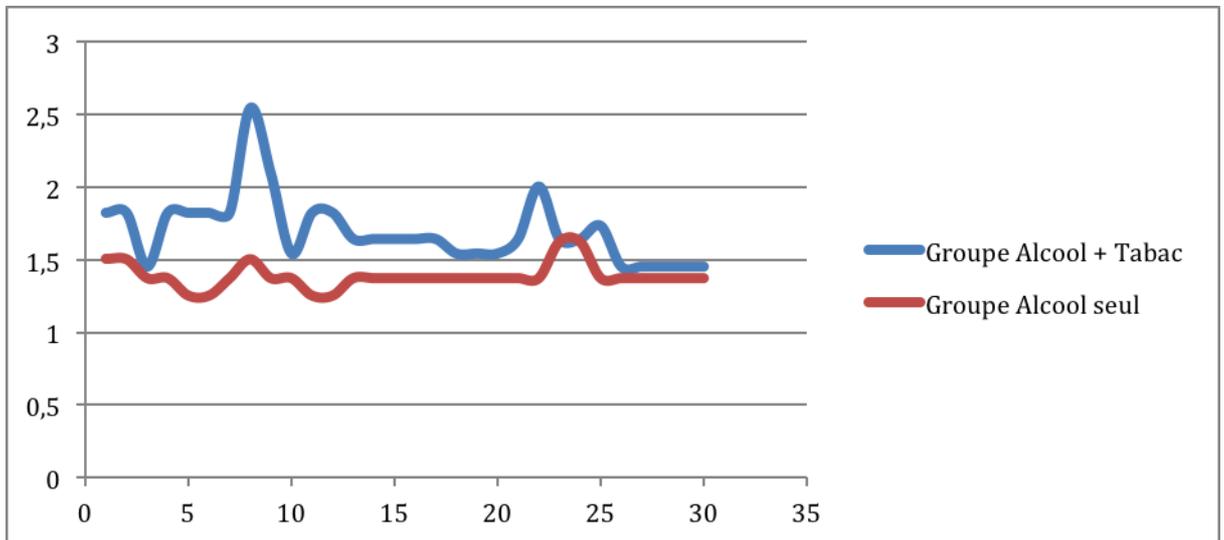


18h au coucher

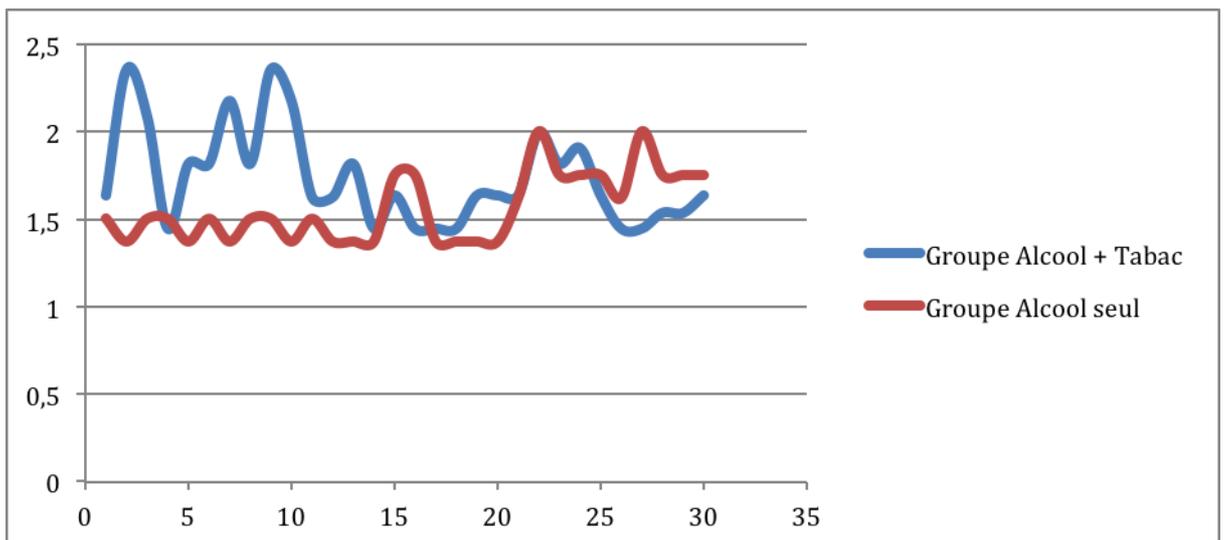


Moyenne des Craving d'Alcool après l'hospitalisation

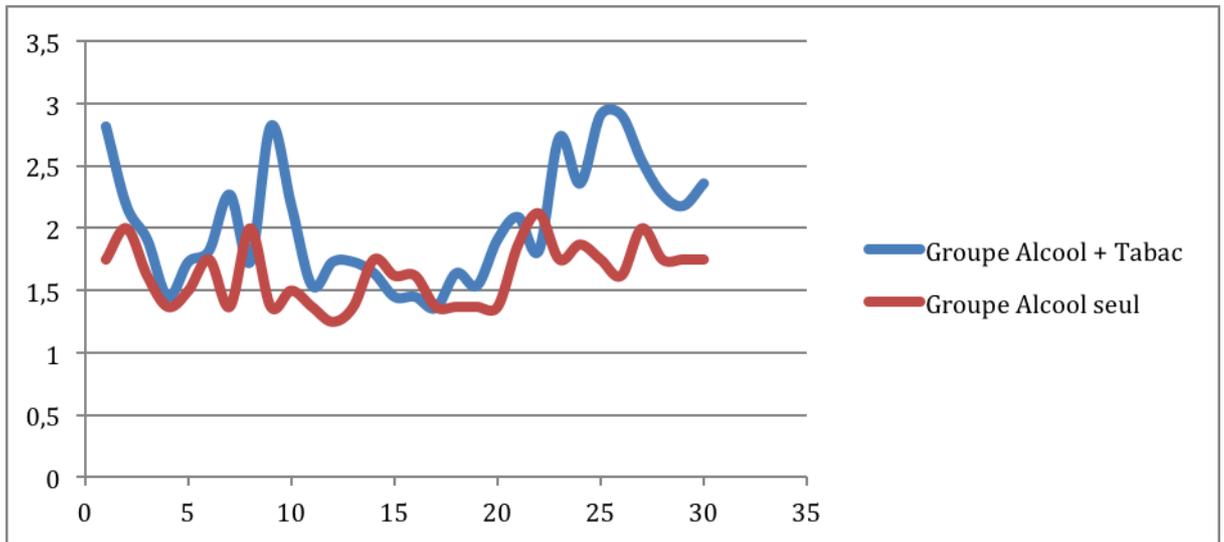
Reveil- 8h



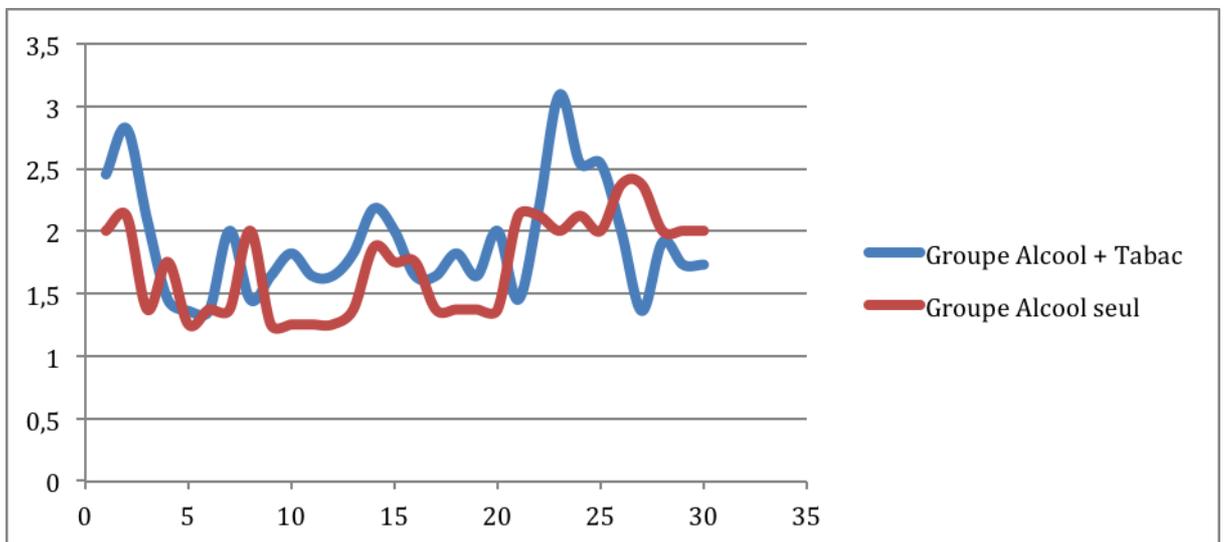
8h-12h



12h-18h

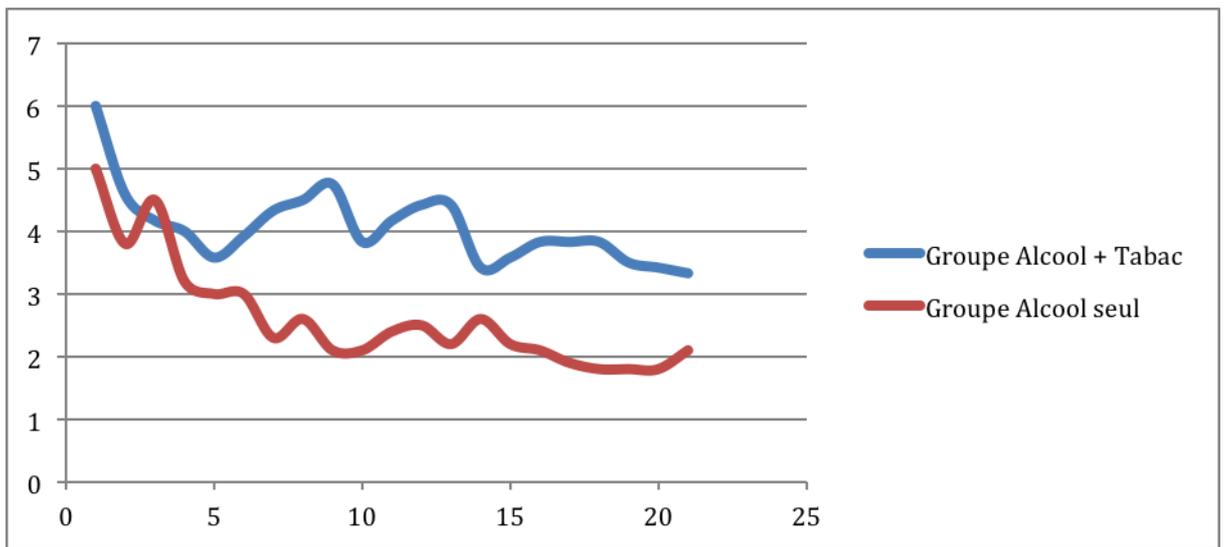


18h au coucher

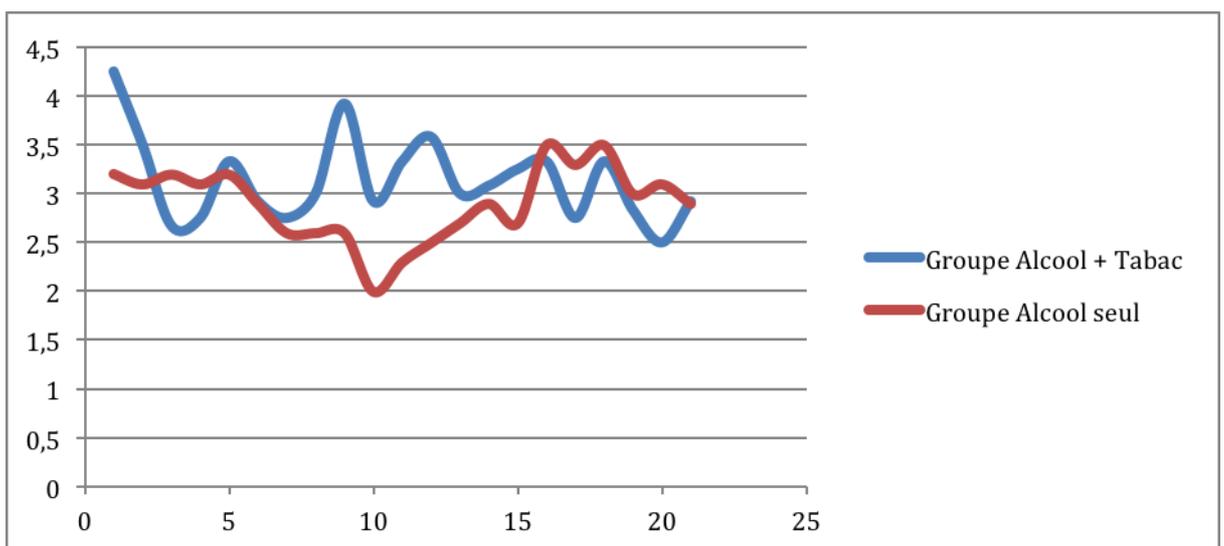


Moyenne des Craving de Tabac pendant l'hospitalisation

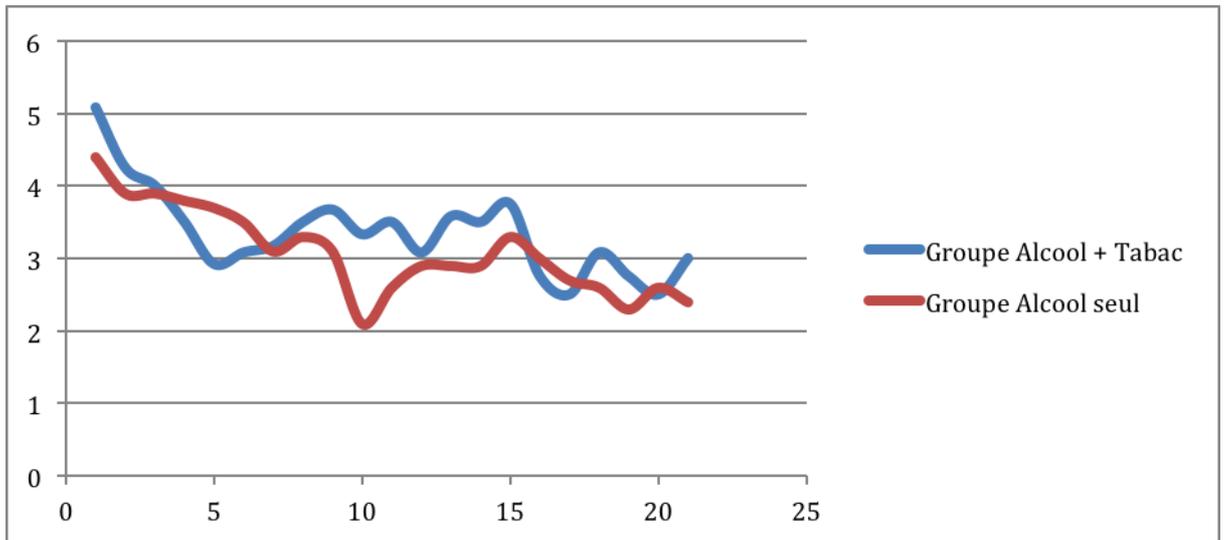
Reveil- 8h



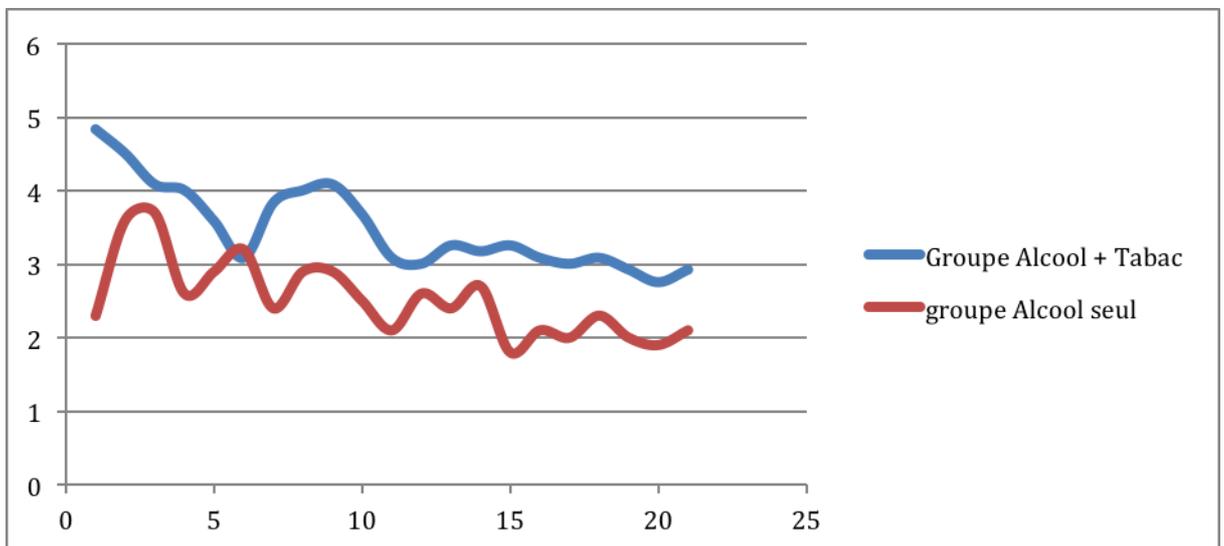
8h-12h



12h-18h

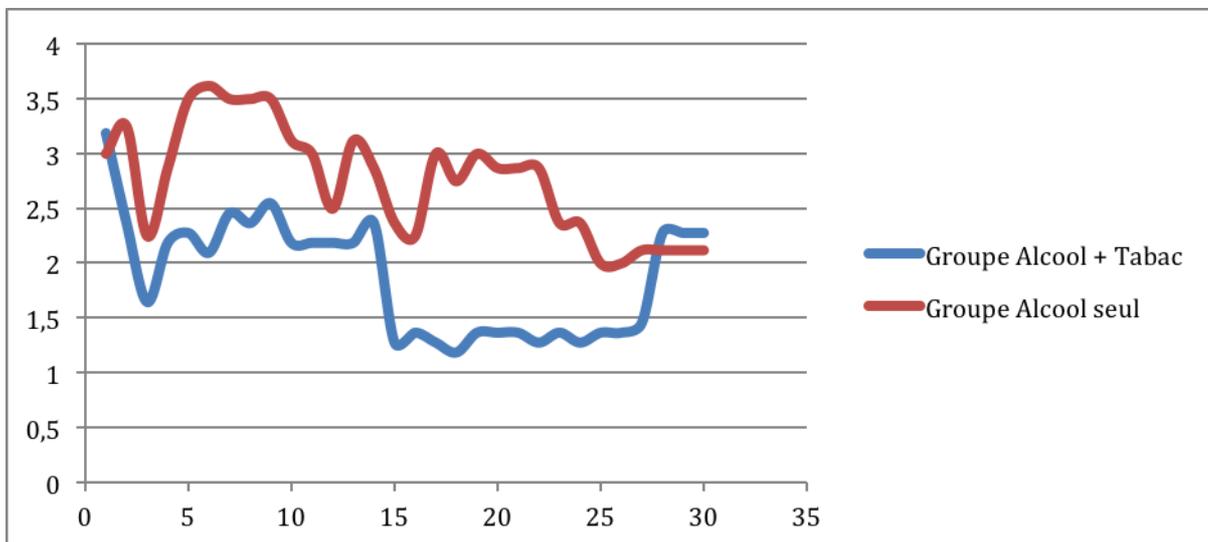


18h au coucher

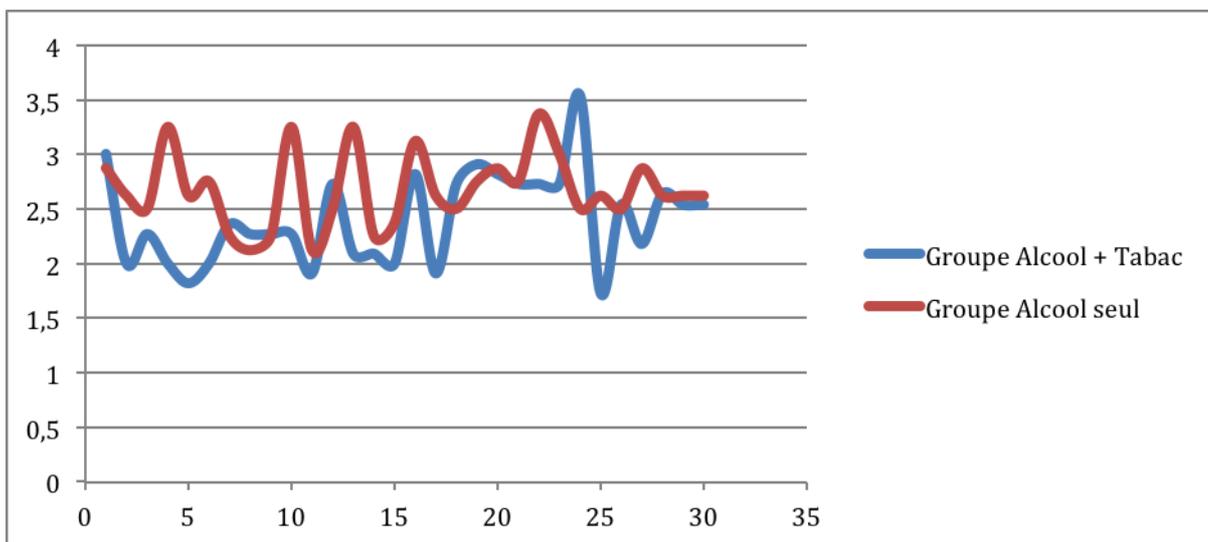


Moyenne des Craving de Tabac après l'hospitalisation

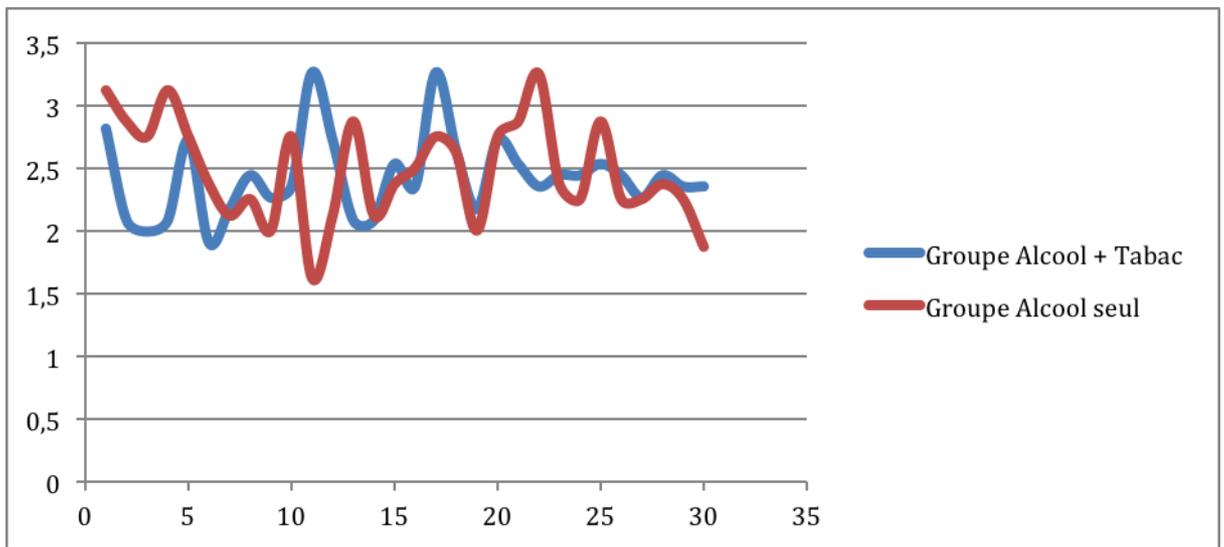
Reveil- 8h



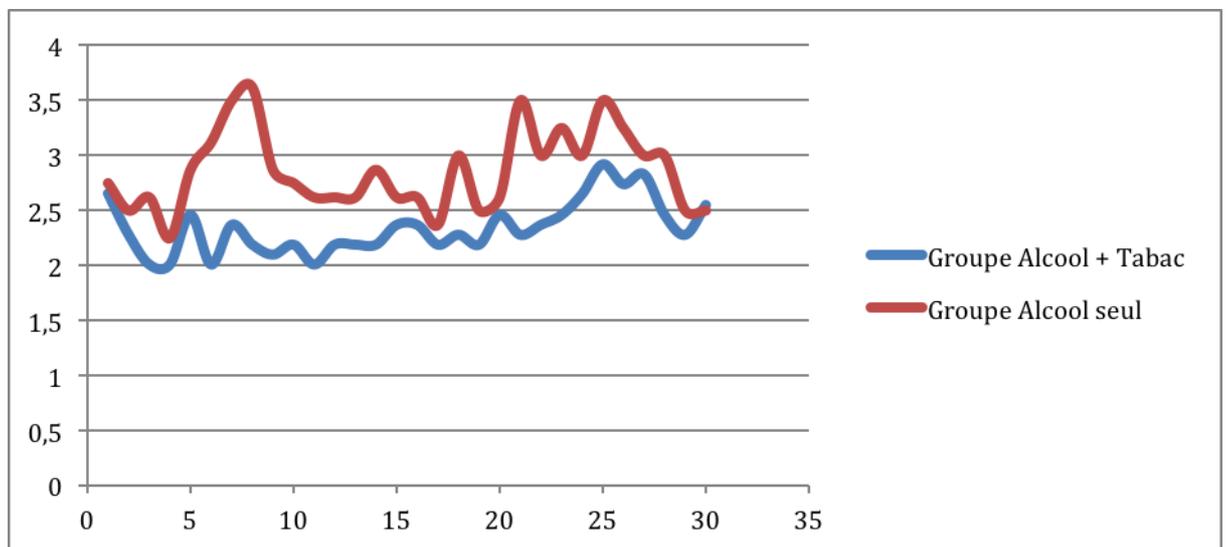
8h-12h



12h-18h



18h au coucher



ETAT MEDICAL

<p>* 1 - Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé pour des problèmes médicaux ? (Y compris surdosage et delirium tremens ; excepté désintoxication) (u) (u)</p> <p>2 - Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique ? (u) (u) (u) (u) ans mois</p> <p>3 - Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie (Sérologie hépatite et VIH) ? 0 - Non 1 - Oui Précisez :</p> <p>4 - Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique ? 0 - Non 1 - Oui (u)</p>	<p>5 - Recevez-vous une pension pour une incapacité physique ? (hors d'une incapacité psychiatrique) 0 - Non 1 - Oui Précisez :</p> <p>6 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux ? (u) (u)</p> <p style="text-align: center;">Question 7 et 8 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</p> <p>7 - Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours ? (u)</p>	<p>8 - Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux ? (u)</p> <p style="text-align: center;">Évaluation de sévérité par l'interviewer</p> <p>9 - Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement médical ? (u)</p> <p style="text-align: center;">Évaluation de confiance</p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :</p> <p>10 - volontairement par le patient 0 - Non 1 - Oui (u)</p> <p>11 - par son incapacité à comprendre 0 - Non 1 - Oui (u)</p>
--	---	--

COMMENTAIRES

1 - Chirurgie bariatrique?
0- Non 1- Oui

Si oui, combien de temps s'est écoulé depuis l'intervention ? (u) (u) (u) (u)
ans mois

3 - Sérologie hépatite et VIH ?

Êtes-vous enceinte?
0- Non 1- Oui

TSR - PROBLEMES DE SANTE

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
4. Avez-vous vu un médecin pour obtenir des soins ?	--" --	--" --
5. Avez-vous vu une infirmière ou un professionnel de la santé pour obtenir des soins ?	--" --	--" --
6. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes de santé :		
· En consultation individuelle ?	--" --	--" --
· En session de groupe ?	--" --	--" --

TSR – PROBLEMES D’EMPLOI ET DE RESSOURCES FINANCIERES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
3. Avez-vous fait des démarches pour un emploi, des études ou une formation ?		
· Directement auprès d’une ANPE ?	--" --	--" --
· Par l’intermédiaire d’une autre personne	--" --	--" --
4. Avez-vous fait des démarches auprès de l’assurance-chômage, de l’aide sociale, ou d’un autre organisme de ce type :		
· Directement auprès de cet organisme ?	--" --	--" --
· Par l’intermédiaire d’un intervenant ou d’un thérapeute ?	--" --	--" --
5. Avez-vous eu un échange significatif (important) quant à vos problèmes d’emploi ou de ressources financières :		
· En consultation individuelle ?	--" --	--" --
· En session de groupe ?	--" --	--" --

Les items soulignés sont les items à poser en base et en suivi. Ces items sont à reformuler si précédés de *.

SUBSTANCES / ALCOOL / TABAC / AUTRES ADDICTIONS SANS SUBSTANCE

	30 derniers jours	Nb de prises par jour	Prescription 30 der jours	Toute la vie années	Voie
* <u>1</u> - alcool toute utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <u>2</u> - alcool intox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <u>3</u> - héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <u>4a</u> - méthadone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dose _____mg
* <u>4b</u> - buprénorphine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dose _____mg
* <u>5</u> - autres opiacés/ analgésiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <u>6</u> - barbituriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <u>7</u> - autres sédatifs/ hyp/tranq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <u>8</u> - cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <u>9</u> - amphétamines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <u>10</u> - cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <u>11</u> - hallucinogènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* <u>12</u> - inhalants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voie d'administration: 1 = orale, 2 = nasale, 3= fumée, 4 = inj. non IV, 5 = IV
Prescription : 0 = non ; 1 = oui

* <u>13</u> - plus d'une substance par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicotine
* <u>12b</u> - tabac	<input type="checkbox"/>				
* <u>12b'</u> - e-cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dose _____ mg/jr 0=non ; 1=oui
* <u>12d</u> - - tout jeu - dont jeu argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* 12e- Avez-vous été préoccupé par votre poids/alimentation/comportement alimentaire, **ET** avez-vous eu la sensation de perdre le contrôle et/ou fait des tentatives infructueuses de maîtrise de votre poids, alimentation ou comportement alimentaire?

30 derniers jours Vie entière | |

Si oui, comment cela se manifeste ? Veuillez proposer tous les moyens, et cochez la/les cases correspondantes, plusieurs réponses possibles

<input type="checkbox"/>	1 = Restriction/ régimes draconien	<input type="checkbox"/>	5 = Hyperactivité physique
<input type="checkbox"/>	2 = Prise alimentaire compulsive	<input type="checkbox"/>	8 = Grignotage
<input type="checkbox"/>	3 = Vomissements	<input type="checkbox"/>	9 = Remplissage
<input type="checkbox"/>	4= Laxatifs-diurétique- autres substances	<input type="checkbox"/>	7= Autre : précisez _____

Moyen : (6 si combinaison)

* 12c- Autre addiction sans substance posant problème : _____ (précisez) 0= non ; 1= oui

Si oui, 30 derniers jours Toute la vie (en années) | |

14- Quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal ? |

(Veuillez coder comme précédemment ou : 15-polysubstances;17-tabac; 19 :autre addiction sans substance; 20: e-cigarette)

Si 04, préciser si cette substance est M= Méthadone, B= Buprénorphine

<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4a	<input type="checkbox"/>	4b	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	12b	<input type="checkbox"/>	12b'	<input type="checkbox"/>	12c	<input type="checkbox"/>	12d	<input type="checkbox"/>	12e	<input type="checkbox"/>
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	------	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Si plusieurs substances, veuillez entourer les substances déclarées comme problématique

15- Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette (ces) substance(s) principale(s) ou d'une autre addiction sans substance - en mois - (00-jamais abstinent)

--	--

16- Depuis combien de mois, cette abstinence a-t-elle cessé ? (00- encore abstinent)

--	--

***17-** Combien de fois avez-vous eu :

- un delirium tremens (alcool)
- une overdose (drogue)

***18-** Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour :

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème d'e-cigarette
- problème de jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)

***19-** Parmi ces traitements, combien étaient des cures de sevrage (désintoxication) seulement pour:

- problème d'alcool
- problème de substance (hors alcool et tabac)
- problème de tabac
- problème d'e-cigarette
- problème de jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)

20- Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour :

- alcool
- substances (hors alcool et tabac)
- tabac
- e-cigarette
- jeu
- problème d'alimentation
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)

21- Combien de journées avez-vous été traité en externe pour des problèmes d'alcool, de substances, de tabac ou pour une autre addiction sans substance au cours des 30 derniers jours ? (y compris AA, NA, OA)

--	--

22- Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des :

- problème d'alcool	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- problème de substance (hors alcool et tabac)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- problème de tabac	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- problème d'e-cigarette	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- problème de jeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- problème d'alimentation	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Question 23 et 24 : demander au bénéficiaire d'utiliser
l'échelle d'évaluation subjective :**

23- Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des :

- problème d'alcool	<input type="text"/>
- problème de substance (hors alcool et tabac)	<input type="text"/>
- problème de tabac	<input type="text"/>
- problème d'e-cigarette	<input type="text"/>
- problème de jeu	<input type="text"/>
- problème d'alimentation	<input type="text"/>
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)	<input type="text"/>

24- Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces :

- problème d'alcool	<input type="text"/>
- problème de substance (hors alcool et tabac)	<input type="text"/>
- problème de tabac	<input type="text"/>
- problème d'e-cigarette	<input type="text"/>
- problème de jeu	<input type="text"/>
- problème d'alimentation	<input type="text"/>
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)	<input type="text"/>

Evaluation de sévérité par l'interviewer

25b- Selon vous, quelle(s) substance(s) pose(nt) le problème principal? (Entourez le(s) numéros correspondant)

1	2	3	4a	4b	5	6	7	8	9	10	11	12	12b	12b'	12c	12d	12e
---	---	---	----	----	---	---	---	---	---	----	----	----	-----	------	-----	-----	-----

25- Comment évaluez-vous son besoin de traitement pour :

- problème d'alcool	<input type="checkbox"/>
- problème de substance (hors alcool et tabac)	<input type="checkbox"/>
- problème de tabac	<input type="checkbox"/>
- problème d'e-cigarette	<input type="checkbox"/>
- problème de jeu	<input type="checkbox"/>
- problème d'alimentation	<input type="checkbox"/>
- autre addiction sans substance (hors jeu et problème d'alimentation)	<input type="checkbox"/>

Evaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés

26- Volontairement par le patient

0- Non	<input type="checkbox"/>
1- Oui	

27- Par son incapacité à comprendre

0- Non	<input type="checkbox"/>
1- Oui	

TSR – PROBLEMES LIES AUX SUBSTANCES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les substances ?	__"__	__"__
8. Avez-vous participé à une réunion de type NA ou CA ?	__"__	__"__
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	__"__	__"__
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à des substances		
· En consultation individuelle ?	__"__	__"__
· En session de groupe ?	__"__	__"__

TSR – PROBLEMES LIES A L'ALCOOL		
* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur l'alcool ?	--" --	--" --
8. Avez-vous participé à une réunion de type AA ou Programme 12-étapes ?	--" --	--" --
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	--" --	--" --
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à l'alcool		
· En consultation individuelle ?	--" --	--" --
· En session de groupe ?	--" --	--" --

TSR – PROBLEMES LIES AU TABAC		
* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur le tabac ?	--" --	--" --
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	--" --	--" --
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés au tabac		
· En consultation individuelle ?	--" --	--" --
· En session de groupe ?	--" --	--" --

TSR – PROBLEMES LIES AU JEU		
* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur le jeu pathologique ?	--" --	--" --
8. Avez-vous participé à une réunion de type "joueur anonyme"?	--" --	--" --
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute ?	--" --	--" --
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés au jeu		
· En consultation individuelle?	--" --	--" --
· En session de groupe?	--" --	--" --

TSR – PROBLEMES LIES À L'ALIMENTATION		
* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
7. Avez-vous participé à une séance d'information ou d'éducation sur les troubles alimentaires?	--" --	--" --
8. Avez-vous participé à des activités expressions corporelles, expressions artistiques, ou des réunions de type "Outremangeurs anonymes"?	--" --	--" --
9. Avez-vous participé à une séance de prévention de la rechute?	--" --	--" --
10. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes liés à l'alimentation		
· En consultation individuelle?	--" --	--" --
· En session de groupe?	--" --	--" --

HISTOIRE DE LA FAMILLE

Certaines personnes de votre famille, ont-elles ou ont-elles eu des difficultés liées au tabac, à l'alcool, aux substances psychoactives ou autres addictions sans substance, ou des problèmes psychologiques qui ont ou auraient dû nécessiter un traitement ?

	Côté Maternel					Côté Paternel					Fratrie						
	Alc	Drog	Tabac	Autre	Psych	Alc	Drog	Tabac	Autre	Psych	Alc	Drog	Tabac	Autre	Psych		
Gd Mère	<input type="checkbox"/>	Gd Mère	<input type="checkbox"/>	Fr 1	<input type="checkbox"/>												
Gd Père	<input type="checkbox"/>	Gd Père	<input type="checkbox"/>	Fr 2	<input type="checkbox"/>												
Mère	<input type="checkbox"/>	Père	<input type="checkbox"/>	Sr 1	<input type="checkbox"/>												
Tante	<input type="checkbox"/>	Tante	<input type="checkbox"/>	Sr 2	<input type="checkbox"/>												
Oncle	<input type="checkbox"/>	Oncle	<input type="checkbox"/>														

Consigne : Noter « 0 » dans la catégorie familiale quand la réponse est clairement négative pour toute les personnes de cette catégorie ; « 1 » quand la réponse est clairement oui pour un membre de la catégorie familiale ; « X » lorsque la réponse est incertaine ou « je ne sais pas » et « N » lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degré de parenté. Coder le parent le plus gravement atteint en cas de plusieurs individus pour une catégorie

TSR – PROBLEMES FAMILIAUX

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
3. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en présence de votre famille :		
· Avec un thérapeute familial ?	-- " --	-- " --
· Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?	-- " --	-- " --
4. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes familiaux en l'absence de votre famille :		
· Avec un thérapeute familial ?	-- " --	-- " --
· Avec un intervenant ou un autre thérapeute ?	-- " --	-- " --

RELATIONS FAMILIALES ET SOCIALES

- * 1 - Etat civil :
 1 - Marié 4 - Séparé
 2 - Remarié 5 - Divorcé
 3 - Veuf 6 - Célibataire

2 - Depuis combien de temps avez-vous cet état civil ?
 (Depuis l'âge de 18 ans si vous n'avez jamais été marié)

- 3 - Etes-vous satisfait de cette situation ?
 0 - Non
 1 - Indifférent
 2 - Oui

- * 4 - Conditions de vie habituelles
 1 - avec conjoint et enfants
 2 - avec conjoint seulement
 3 - avec enfants seulement
 4 - avec parents
 5 - avec famille
 6 - avec amis
 7 - seul
 8 - environnement contrôlé
 9 - pas de conditions de vie stables

5 - Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions ?
 (Depuis l'âge de 18 ans si vous vivez avec vos parents ou votre famille)

- * 6 - Etes-vous satisfait de ces conditions de vie ?
 0 - Non
 1 - Indifférent
 2 - Oui

Est-ce que vous vivez avec quelqu'un qui a couramment des :

- 6 A problèmes d'alcool ?
 6 B problèmes de substances non prescrites ?
 6 C problèmes de tabac ?
 6 D problèmes d'addiction sans substance ?

7 - Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre ?
 1 - famille
 2 - amis
 3 - seul(e)

8 - Êtes-vous satisfait de cette façon de passer votre temps libre ?
 0 - Non 1 - Indifférent 2 - Oui

9 - Combien d'amis intimes avez-vous ?

Consignes pour 9A à 18 :
 Noter « 0 » dans la case correspondante quand la réponse est clairement négative pour toutes les personnes de cette catégorie ; « 1 » quand la réponse est clairement Oui pour un membre de la catégorie familiale ; « X » lorsque la réponse est incertaine ou « je ne sais pas » et « N » lorsque le patient n'a jamais eu personne de ce degré de parenté.

9A Pourriez-vous dire que, dans votre vie, vous avez eu des relations étroites durant de longues périodes avec des personnes de votre entourage proche ?
 0 - Non 1 - Oui

- Mère
 Père
 Frère/sœur
 Epoux(se)/partenaire sexuel(le)
 Enfants
 Amis

Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec :
 0 - Non 1 - Oui

- 10 - Mère
 11 - Père
 12 - Frère/sœur
 13 - Epoux(se)/partenaire sexuel(le)
 14 - Enfants
 15 - Autre parent important à vos yeux :
 16 - Amis intimes
 17 - Voisins
 18 - Camarades de travail

Est-ce que certaines de ces personnes (10-18) ont abusé de vous :
 0 - Non 1 - Oui

- 18 A - Emotionnellement (en vous mettant à bout avec des mots très durs)
 18 B - Physiquement (en vous causant des préjudices corporels)
 18 C - Sexuellement (en vous forçant à subir des avances ou des actes sexuels)

19 - Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave ?

Avec votre famille
 Avec d'autres personnes (famille exclue)

Question 20 et 23 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective

Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé au cours des 30 derniers jours par ces :

- 20 - Problèmes familiaux
 21 - Problèmes sociaux

Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces :

- 22 - Problèmes familiaux
 23 - Problèmes sociaux

Évaluation de sévérité par l'interviewer

24 - Comment évaluez-vous son besoin en conseil familial ou aide sociale ?

Évaluation de confiance

Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :

- 25 - volontairement par le patient
 0 - Non 1 - Oui
 26 - par son incapacité à comprendre
 0 - Non 1 - Oui

COMMENTAIRES

ETAT PSYCHOLOGIQUE

<p>* 1- Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels :</p> <p style="margin-left: 40px;">Dans un hôpital <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p style="margin-left: 40px;">En externe ou dans le privé <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>2- Recevez-vous une pension pour une incapacité psychiatrique ?</p> <p style="margin-left: 40px;">0 – Non 1 – Oui ☞</p> <p style="margin-left: 40px;">Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de substances) au cours de laquelle vous avez :</p> <p style="margin-left: 80px;">0 – Non 1 – Oui</p> <p style="margin-left: 80px; font-size: small;">30 dans der toute jours la vie</p> <p>3- Eu une dépression grave</p> <p>4- Souffert d'une anxiété ou d'une tension grave</p> <p>5- Connu des hallucinations</p> <p>6- Eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous souvenir</p> <p>7- Epruvé des difficultés à réprimer un comportement violent</p> <p>8- Eu des sérieuses idées de suicide</p> <p>9- Tenté de vous suicider</p> <p>10- Un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel ?</p> <table border="1" style="width: 30px; height: 100px; margin-left: 40px; vertical-align: top;"></table>	<p>11- Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? ☞☞</p> <p><i>Question 12 et 13 : demandez au patient d'utiliser l'échelle d'évaluation subjective</i></p> <p>12- Au cours des 30 derniers jours dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? ☞</p> <p>13- Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? ☞</p> <p style="text-align: center;"><i>Les items suivants sont à compléter par l'interviewer</i></p> <p>Au moment de l'entretien, le patient est :</p> <p style="margin-left: 40px;">0 – Non 1 – Oui</p> <p>14- Manifestement déprimé/renfermé <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>15- Manifestement hostile <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>16- Manifestement anxieux/nerveux <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>17- Le patient a des difficultés à évaluer objectivement la situation, il a des troubles de l'idéation, déni <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>18- Il a des difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>19- Il a des pensées suicidaires <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p>	<p><i>Évaluation de sévérité par l'interviewer</i></p> <p>20- Comment évaluez-vous son besoin d'un traitement psychiatrique/psychologique ? ☞</p> <p><i>Évaluation de confiance</i></p> <p>Les renseignements ci-dessus sont-ils considérablement déformés :</p> <p>21- volontairement par le patient ☞</p> <p style="margin-left: 40px;">0 – Non 1 – Oui</p> <p>22- par son incapacité à comprendre ☞</p> <p style="margin-left: 40px;">0 – Non 1 – Oui</p>
---	--	---

COMMENTAIRES

TSR – PROBLEMES EMOTIONNELS OU PSYCHOLOGIQUES

* Combien de fois	dans cet organisme	ailleurs
5. Avez-vous en consultation, pratiqué une forme de relaxation de biofeedback ou de méditation :		
· En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine ?	-- " --	-- " --
· En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	-- " --	-- " --
6. Avez-vous, en consultation, pris part à un jeu de rôles à un psychodrame, à un sociodrame ou à toute autre méthode de modification du comportement :		
· En présence d'un professionnel spécialisé dans ce domaine ?	-- " --	-- " --
· En présence d'un intervenant ou d'un thérapeute ?	-- " --	-- " --
7. Avez-vous eu un échange significatif (important) au sujet de vos problèmes psychologiques ou émotionnels :		
· Avec un psychothérapeute ?	-- " --	-- " --
· Avec un intervenant ou un autre thérapeute	-- " --	-- " --

-Grille d'évaluation :

Jour 1

Echelle visuelle numérique du craving (envie irrésistible de consommer)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout envie					Très envie					
ALCOOL				EVN			DECLENCHEURS			
-Réveil à 8h :										
-8h à 12h :										
-12h à 18h :										
-18h au coucher :										

TABAC				EVN			DECLENCHEURS			
-Réveil à 8h :										
-8h à 12h :										
-12h à 18h :										
-18h au coucher :										

Consommation Tabagique actuelle :

Jour 2

Echelle visuelle numérique du craving (envie irrésistible de consommer)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout envie					Très envie					
ALCOOL				EVN			DECLENCHEURS			
-Réveil à 8h :										
-8h à 12h :										
-12h à 18h :										
-18h au coucher :										

TABAC				EVN			DECLENCHEURS			
-Réveil à 8h :										
-8h à 12h :										
-12h à 18h :										
-18h au coucher :										

Consommation Tabagique actuelle :

Note : cette grille d'évaluation fait partie de la grille d'évaluation qui est distribuée au patient avec un exemplaire courant sur 21 jours pour la période d'hospitalisation et un exemplaire courant sur 30 jours pour la période de post-hospitalisation.

- Questions posées lors de l'entretien téléphonique :

- Avez-vous reconsommé de l'alcool depuis votre sortie d'hospitalisation ?
- Si oui, à quelle date cela a-t-il eu lieu ?
- Est-ce que vous fumez ?
- Si oui, combien de cigarettes fumez-vous à ce jour (quelle type)?
- Combien de cigarettes fumiez-vous un mois après votre sortie d'hospitalisation (quelle type) ?
- Quelle est à ce jour l'EVN de votre craving envers l'alcool ?

Bibliographie

- (1) Dermody SS, Tidey JW, Denlinger RL, Pacek LR, al'Absi M, Drobles DJ, et al. The impact of smoking very low nicotine content cigarettes on alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(3):606-15.
- (2) Brown J, West R, Beard E, Brennan A, Drummond C, Gillespie D, Hickman M, Holmes J, Kaner E, Michie S. Are recent attempts to quit smoking associated with reduced drinking in England? A cross-sectional population survey. *BMC Public Health*. 2016;16:535.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) Melina Fatséas, Jacques Dubernet, Marc Auriacombe. *Addicto : Le Polycop de Bordeaux. Enseignement d'addictologie. Disponible sur internet <https://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/fr/static31/enseignements-et-formationen>*
- (6) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition – DSM-5*, Washington DC: APA; 2013.
- (7) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition*, Washington DC : APA ; 1994[trad fr,Masson].
- (8) Auriacombe M, et al. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. *Ann Med Psychol (Paris)*(2018).
- (9) Fatseas M, Serre F, Alexandre JM, Debrabant R, Auriacombe M, Swendsen J. Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or heroin addiction : a comparison of substance- and person-specific cues. *Addiction*. 2015 Jun;110(6):1035-42.
- (10) Flannery BA, Roberts AJ, Cooney N, Swift RM, Anton RF, Rohsenow DJ. The role of craving in alcohol use, dependence, and treatment. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001;25(2):299-308.
- (11) Hartwell EE, Ray LA. Relationship between tonic and phasic craving for alcohol. *Addict Behav Rep*. 2018;7:71-4.

- (12) Tiffany ST, Wray JM. The clinical significance of drug craving. *Ann N Y Acad Sci.* 2011;1248:1-17.
- (13) Grant JE, Kim SW, Hollander E, Potenza MN. Predicting response to opiate antagonists and placebo in the treatment of pathological gambling. *Psychopharmacology (Berl).* 2008;200(4):521-527.
- (14) Serre F, Fatseas M, Swendsen J, Auriacombe M. Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life : a systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2015;148:1-20.
- (15) Stone, A.A., Shiffman, S., 1994. Ecological momentary assessment (EMA) in behavioral medicine. *Annals Of Behavioral Medicine* 16, 199-202.
- (16) Serre F. Application de la méthode d'évaluation en vie quotidienne (EMA) à l'étude du craving : Influence des stimuli conditionnés et relation avec l'usage de substances. Thèse de doctorat en santé publique : université de bordeaux : 2012 ; 2010.
- (17) Fatseas M, Auriacombe M. Principes de la thérapeutique et des prises en charge en addictologie. In: Lejoyeux M, editor. *Abrégé d'addictologie.* Paris : Masson ; 2009. p.62-8.
- (18) Auriacombe M, Fatséas M, Daulouède JP, Tignol J. Le craving et nouvelle clinique de l'addiction : une perspective simplifiée et opérationnelle. *Annales médico-Psychologiques.* 2018;176(8):746-9.
- (19) Laqueille X, Lacombe M, Dervaux A. Aspects épidémiologiques de l'alcoolodépendance. *Presse Med.* 2018;47(6):535-46.
- (20) Richard JB, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Than V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(5-6):89-97).
- (21) Brisacier AC, Cadet-Taïrou A, Diaz Gomez C, Gandilhon M, Janssen E, Le Nézet O, et al. *Drogues, chiffres clés. OFDT Tendances 2017 ;117.*
- (22) Gache P. Alcool, alcoolisation excessive et alcoolisme. In : Schlienger JL, Ed. *Nutrition clinique pratique (3^e édition).* Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2018. p. 251-8.
- (23) Richard JB, Paille C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, Arwidson P. La consommation d'alcool en 2014. *Evolutions.* 2015 ; (32) : 1-6.

- (24)Belgherbi S, Mutatayi C, Palle C. Les repères de consommation d'alcool : les standards mis en question [Internet]. Saint-Denis, OFDT, 2015. [consulté le 25 février 2019]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxsbv9.pdf>
- (25)Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh et al. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018 ;(14-15):265-73.
- (26)Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(30-31): 528-40. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10535
- (27)Haute Autorité de Santé. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé [internet]. Saint-Denis La Plaine : HAS ; janvier 2015. [consulté le 25 février 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf
- (28)Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. Bull Epidémiol Hebd. 2013;(16-17-18):163-8.
- (29)Dawson D. Drinking as a risk factor for sustained smoking. Drug Alcohol Depend. 2000;59(3):235-49.
- (30)Falk DE, Yi HY, Hiller-Sturmhöfel, S. An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Alcohol Res Health. 2006;29(3):162-71.
- (31)Dierker L, Donny E. The role of psychiatric disorders in the relationship between cigarette smoking and DSM-IV nicotine dependence among young adults. Nicotine Tob Res. 2008;10(3):439-46.
- (32)Sells JR, Waters AJ, MacLean RR. Evaluating the influence of at-risk alcohol use on factors associated with smoking cessation : Combining laboratory and ecological momentary assessment. Drug Alcohol Depend. 2017;179:267-70.
- (33)Cook JW, Fucito LM, Piasecki TM, Piper ME, Schlam TR, Berg KM, et al. Relations of alcohol consumption with smoking cessation milestones and tobacco dependence. J Consult Clin Psychol. 2012;80(6):1075-85.

- (34) Piasecki TM, McCarthy DE, Fiore MC, Baker TB. Alcohol consumption, smoking urge, and the reinforcing effects of cigarettes: an ecological study. *Psychol Addict Behav.* 2008;22(2):230-9.
- (35) Rose JE, Brauer LH, Behm FM, Cramblett M, Calkins K, Lawhon D. Psychopharmacological interactions between nicotine and ethanol. *Nicotine Tob Res.* 2004;6(1):133-44.
- (36) Kahler CW, Borland R, Hyland A, McKee SA, O'Connor RJ, Fong GT, et al. Quitting smoking and change in alcohol consumption in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Drug Alcohol Depend.* 2010;110(1-2):101-7.
- (37) Kahler CW, Resendes-Lavigne A, Monti P, Ramsey SE, Abrams DA, Brown RA. Alcohol use and smoking outcomes among heavy drinkers in smoking cessation treatment. In: Society for Research on Nicotine And Tobacco 's 11th annual meeting. 20-23 mars 2005; Prague, Czech Republic ; p. PA7-1.
- (38) Weinberger AH, Pilver CE, Hoff RA, Mazure CM, McKee SA. Changes in smoking for adults with and without alcohol and drug use disorders : longitudinal evaluation in the U.S. population. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2013;39(3):186-93.
- (39) Rose JE, Brauer LH, Behm FM, Cramblett M, Calkins K, Lawhon D. Psychopharmacological interactions between nicotine and ethanol. *Nicotine Tob Res.* 2004;6(1):133-44.
- (40) Dollar KM, Homish GG, Kozlowski LT, Leonard KE. Spousal and alcohol-related predictors of smoking cessation: a longitudinal study in a community sample of married couples. *Am J Public Health.* 2009;99(2):231-3.
- (41) Anthony JC, Echeagaray-Wagner F. Epidemiologic analysis of alcohol and tobacco use. *Alcohol Res Health.* 2000;24(4):201-8.
- (42) Aubin HJ, Tilikete S, Rouillet-Volmi MC, Barrucand D. Interrelations entre les dépendances alcoolique et tabagique. *Alcoologie.* 1995;17:281-6.
- (43) 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.
- (44) Murray RP, Cribbie RA, Istvan JA, Barnes GE. Longitudinal analysis of the relationship between changes in smoking and changes in drinking in a community sample: the Winnipeg health and Drinking Survey. *Health Psychol.* 2002;21(3):237-43.

- (45)Auriacombe M. Version française modifiée de l'Addiction Severity Index : un instrument pour l'évaluation multifactorielle des comportements addictifs [Internet]. Université de Bordeaux – Laboratoire de Psychiatrie. Edition 2015. [consulté le 25 février 2019]. Disponible sur : http://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/data/documents/addicto_doc/PresentASIDiffusion0915.pdf
- (46)Sevrage alcoolique chez un patient fumeur de tabac. Référentiel de bonnes pratiques cliniques. Evaluation des pratiques professionnelles en alcoologie. Disponible sur internet https://www.sfalcoologie.asso.fr/download/Svg_tabac.pdf
- (47)Marc Auricombe, Fuschia Serre, Mélina Fatséas. Le craving :marqueur diagnostique et pronostique des addictions ?. Disponible sur internet http://www.sanpsy.univ-bordeauxsegalen.fr/data/documents/addicto_doc/ADDICT_C06.pdf

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.