



Prévention du tabagisme chez les personnes alcoolo dépendantes

Document destiné aux professionnels d'alcoologie

Karin Zürcher

CIPRET-Vaud (Centre d'information pour la prévention du tabagisme), Ligues de la santé

Isabelle Jacot Sadowski

Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), tabacologie et CIPRET-Vaud,
Ligues de la santé

Lausanne, septembre 2014

Remerciements

Ce document a bénéficié de la relecture attentive de :
Myriam Pasche, Claudia Véron et Béatrice Salla, CIPRET-Vaud, Ligues de la santé.
Prof. Jean-Bernard Daeppen et Dr. Angéline Adam, Service d'alcoologie, CHUV.

Sommaire

Introduction	5
Points de résumé	7
Co-consommation de tabac et d'alcool	8
Risques pour la santé liés à la co-consommation d'alcool et de tabac	12
Facteurs biologiques et génétiques impliqués dans la co-consommation.....	14
Facteurs psychosociaux associés à la consommation d'alcool et de tabac et à la co-consommation.....	16
Tabac et alcool : quelle prise en compte en alcoologie ?.....	19
Compte-rendu d'un projet pilote à l'Unité hospitalière Tamaris.....	23
Conclusion	26
Recommandations pour l'arrêt du tabac dans le domaine alcoologie	27

Introduction

Le CIPRET-Vaud (Centre d'information pour la prévention du tabagisme) est financé par le Service de la santé publique (SSP) ainsi que par le Fonds de prévention du tabagisme (FPT) fédéral. Reconnu comme le centre de compétence et de référence, il est chargé de la mise en œuvre du Programme cantonal de prévention du tabagisme 2009-2013. Ce dernier comprend quatre axes d'action, notamment la prévention auprès des groupes vulnérables. Cet axe vise à développer des mesures de prévention et d'aide spécialement adaptées et accessibles à des groupes de population en situation de vulnérabilité vis-à-vis du tabagisme. Cette vulnérabilité peut être définie comme : une prévalence plus élevée, une dépendance plus forte, un taux de sevrage plus bas et une exposition à la fumée passive plus importante comparativement à la population générale. Lorsqu'il s'agit de développer des actions de prévention, la complexité des situations dans lesquelles se trouvent ces populations dites vulnérables (précarité socioéconomique, polyconsommation, comorbidité, etc.) force à adopter un regard et une approche plus globale et plurithématique. C'est dans cette direction que le CIPRET-Vaud, dans ses récents développements et projets, s'est efforcé d'aller : aborder la thématique du tabagisme en la couplant à d'autres problèmes de santé. Cette stratégie, issue notamment des enseignements tirés de projets de terrain réussis (exemple : un projet liant tabagisme et santé buccodentaire), facilite l'accès au terrain et aux professionnels et augmente ainsi l'acceptabilité et la faisabilité des interventions.

Le tabac et l'alcool sont parmi les principales causes de décès évitables. En Suisse, le tabagisme est responsable chaque année du décès prématuré de plus de 9'000 personnes¹. L'alcool, pour sa part, a provoqué en 2011 1'600 décès². Les associations entre consommation de tabac et d'alcool ont été peu abordées ; les deux consommations sont souvent décrites et documentées séparément l'une de l'autre. Or, la consommation de l'une entraîne souvent la consommation de l'autre et inversement. Les personnes qui fument sont beaucoup plus susceptibles de consommer de l'alcool, et celles qui consomment de l'alcool beaucoup plus susceptibles de fumer³. La dépendance à l'alcool et celle au tabac sont elles aussi fortement corrélées : les personnes alcoolo-dépendantes sont, en comparaison avec la population générale, plus à risque d'être fumeuses et les personnes dépendantes au tabac plus à risque d'être dépendantes à l'alcool que les autres⁴. En cela, les personnes ayant une consommation d'alcool à risque sont vulnérables vis-à-vis du tabagisme.

De par ces constats épidémiologiques, la thématique de la co-consommation d'alcool et de tabac mérite d'être étudiée plus précisément. Ce thème a d'ailleurs pris une certaine réalité dans différents projets de terrain menés par le CIPRET-Vaud⁵. Cela a motivé le CIPRET-Vaud à développer ce présent document en collaboration avec la tabacologie de la PMU (Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne).

Ce document est destiné essentiellement aux professionnels des réseaux d'alcoologie. Il a pour objectif d'explorer, bien que de manière non exhaustive, la prévalence de la co-consommation d'alcool et de tabac, les associations entre les deux consommations, les mécanismes de leurs effets combinés sur la santé, les facteurs associés à la co-consommation et quelques conséquences en terme de traitement. Mieux comprendre la manière dont la consommation de

¹ Notamment un projet mené pour et en collaboration avec le Service d'alcoologie du CHUV visant le développement d'une offre de sensibilisation destinée aux patients et aux professionnels de l'Unité hospitalière d'alcoologie - Tamaris. Le compte-rendu de ce projet est présenté dans un chapitre ultérieur.

ces deux substances et leur dépendance interagissent semble effectivement fondamental, notamment pour pouvoir fournir aux personnes concernées des traitements adaptés et efficaces et pour développer des mesures de prévention pertinentes.

Les éléments de littérature présentés dans le présent document sont issus en partie d'une synthèse rédigée en 2007 par le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* sur le lien entre alcool et tabac⁵, complété par des données épidémiologiques plus locales et par d'autres références scientifiques sur le thème.

Points de résumé

- ➔ Les fumeurs ont plus de risques d'avoir une consommation d'alcool problématiqueⁱⁱ que les non-fumeurs.
- ➔ Les personnes qui consomment le plus d'alcool sont aussi celles parmi lesquelles on compte la proportion la plus élevée de fumeurs, et particulièrement de gros fumeurs (>10 cigarettes/jour).
- ➔ Une consommation conjointe d'alcool et de tabac agit en synergie et multiplie le risque de développer certains cancers.
- ➔ Des facteurs biologiques et génétiques mais également sociaux et environnementaux sont impliqués dans la co-consommation d'alcool et de tabac.
- ➔ Les patients en traitement pour une dépendance à l'alcool meurent plus souvent de maladies liées au tabac que de maladies liées à l'usage d'alcool.
- ➔ La dépendance au tabac est encore peu prise en compte dans les centres de traitement de l'alcoolologie. Cela est notamment dû au présupposé qu'il est trop difficile d'arrêter les deux substances et que les tentatives d'arrêt du tabac peuvent nuire au sevrage d'alcool.
- ➔ Un arrêt des deux consommations est possible : un arrêt du tabac lors d'un traitement pour abus d'alcool ou d'autres substances n'entraîne pas d'excès de rechute. Une intervention pour l'arrêt du tabac est même associée à une augmentation de la probabilité d'abstinence à l'alcool ou autres substances à long terme.
- ➔ Il est recommandé de soutenir le sevrage tabagique chez les personnes en traitement pour un problème d'alcool. Selon la motivation du patient, il est possible de proposer un sevrage soit simultané soit après le sevrage d'alcool.
- ➔ Les lieux de traitement pour consommation problématique d'alcool devraient évaluer le tabagisme de façon systématique et, si cela est indiqué, une offre spécifique devrait être disponible à l'interne ou à l'externe.

ⁱⁱ Définie par une consommation moyenne d'alcool supérieure à 20g pour les femmes et à 40g pour les hommes d'alcool par jour.

Co-consommation de tabac et d'alcool

Au niveau suisse, deux sources fournissent des données en matière de co-consommation d'alcool et de tabac : l'Enquête suisse sur la santé de 2007 (ESS 2007)⁶ ainsi que le Monitoring suisse des addictions de 2012 (MSA 2012)⁷.

Les chiffres issus de ces deux sources varient parfois passablement, sans doute en raison du fait que les seuils retenus pour parler de « consommation » ou « consommation problématique » varient eux aussi. Il n'est donc pas opportun de les comparer en l'état. Cette variation rend par ailleurs la fréquence de la co-consommation d'alcool et de tabac difficile à circonscrire avec précision. Notons aussi, avant d'entrer dans le détail, que ces données restent descriptives sans le but d'émettre des explications sur le lien entre la co-consommation de tabac et d'alcool.

Enquête suisse sur la santé de 2007 (ESS 2007)ⁱⁱⁱ

L'analyse des données de l'ESS 2007 pour la Suisse latine⁸, note que la part de la population co-consommatrice, soit les individus qui boivent de l'alcool au moins trois fois par semaine et fument au minimum une cigarette par jour^{iv}, se monte à 7,5%. Cette proportion est nettement plus élevée chez les hommes (10,5%) que chez les femmes (4,8%). (Voir figure 1).

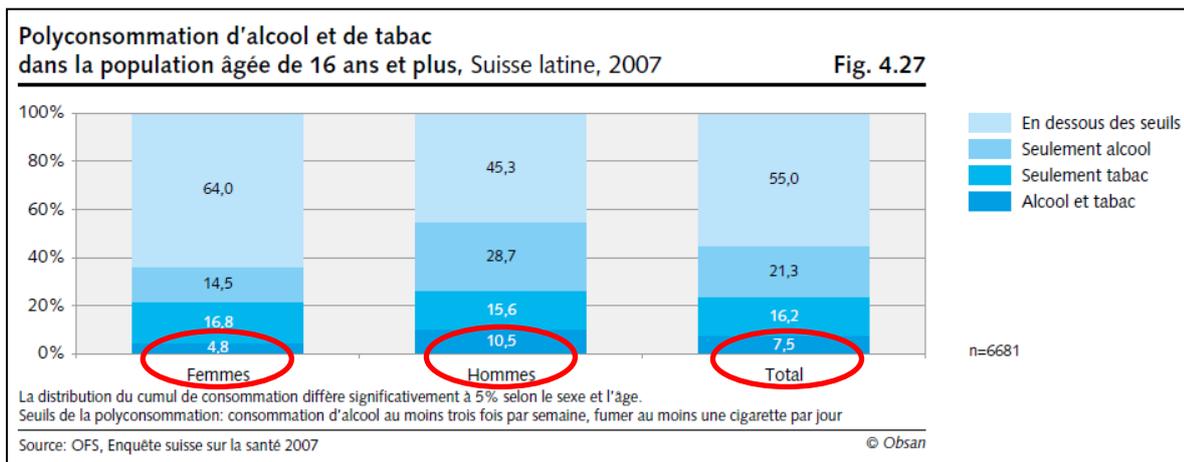


Figure 1 Polyconsommation d'alcool et de tabac dans la population. Enquête suisse sur la santé 2007. Suisse latine.

La proportion de la population suisse latine âgée de 16 à 34 ans qui s'enivre au moins une fois par semaine et qui fume au moins une cigarette par jour est, quant à elle, de 7,2%.

L'analyse des données de l'ESS 2007 pour la Suisse latine mentionne également un lien entre la consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé^v et le fait d'être fumeur : les consommateurs d'alcool à risque moyen à élevé ont 1.7 fois plus de risque d'être fumeurs que les abstinentes/consommateurs à risque faible. De même, les fumeurs ont 1,7 fois plus de risque d'avoir une consommation d'alcool à risque moyen à élevé que les non-fumeurs (voir figure 2). A noter toutefois que ces rapports de risque n'indiquent rien sur un éventuel lien de causalité entre ces deux comportements (fumer et consommer excessivement de l'alcool).

iii L'Enquête suisse sur la santé de 2012 a été réalisée et publiée, mais, pour l'heure, les données relatives à la co-consommation ne sont pas disponibles.

iv La polyconsommation est effectivement définie dans l'Enquête suisse sur la santé 2007 comme la consommation d'alcool au moins trois fois par semaine et de tabac à une fréquence d'une cigarette et plus par jour.

v Définie par une consommation moyenne d'alcool supérieure à 20g pour les femmes et à 40g pour les hommes d'alcool par jour.

Annexe 4.7 Facteurs indépendants associés aux variables dépendantes: consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé, fumeur, a déjà consommé de cannabis au cours de sa vie, Suisse latine, 16 à 69 ans, 2007

Suisse latine	Consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé		Fumeur		A déjà consommé du cannabis au cours de sa vie	
	OR et 95% CI	aOR et 95% CI	OR et 95% CI	aOR et 95% CI	OR et 95% CI	aOR et 95% CI
Sexe						
Hommes	1,4 (1,1-1,9)	1,4 (1,0-1,8)	1,4 (1,2-1,6)	1,1 (1,0-1,3)	1,9 (1,6-2,2)	1,9 (1,6-2,2)
Femmes	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Classes d'âge						
16-24	1,2 (0,8-1,7)	1,0 (0,7-1,5)	1,6 (1,3-2,0)	1,4 (1,1-1,7)	2,3 (1,8-2,8)	2,0 (1,6-2,6)
25-34	0,6 (0,4-0,8)	0,5 (0,3-0,7)	1,5 (1,2-1,7)	1,2 (1,0-1,4)	2,6 (2,1-3,1)	2,5 (2,1-3,1)
35-69	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Alcool						
Risque moyen/élevé	-	-	1,8 (1,4-2,4)	1,7 (1,3-2,3)	1,4 (1,1-1,9)	1,2 (0,9-1,6)
Abstinent/risque faible	-	-	1,0	1,0	1,0	1,0
Tabac						
Fumeur	1,8 (1,4-2,4)	1,7 (1,3-2,3)	-	-	3,9 (3,4-4,6)	3,8 (3,2-4,5)
Non-/ex-fumeur	1,0	1,0	-	-	1,0	1,0
Cannabis						
Déjà consommé	1,4 (1,1-1,9)	1,2 (1,3-2,3)	3,9 (3,4-4,6)	3,8 (3,2-4,5)	-	-
Jamais consommé	1,0	1,0	1,0	1,0	-	-

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé, 2007
 Nombre de cas: Consommation chronique d'alcool n=5609; Consommation de tabac n=5609; Consommation de cannabis au cours de sa vie n=5609
 Régressions logistiques univariée (Odds Ratio=OR) et multivariée (adjusted Odds Ratio=aOR) qui ajuste simultanément pour toutes les variables du modèle avec la pondération. Les aOR et OR en grisé sont significatifs (p<0,05)

Figure 2 Facteurs indépendants associés aux variables dépendantes : consommation d'alcool chronique à risque moyen à élevé, fumeur, a déjà consommé du cannabis au cours de sa vie. Enquête suisse sur la santé 2007. Suisse latine.

L'analyse des données de l'ESS 2007 précise, dans le même sens, que les personnes qui consomment le plus d'alcool sont aussi celles parmi lesquelles on compte la proportion la plus élevée de fumeurs, et particulièrement de gros fumeurs (10 cigarettes et plus par jour). (Voir figure 3).

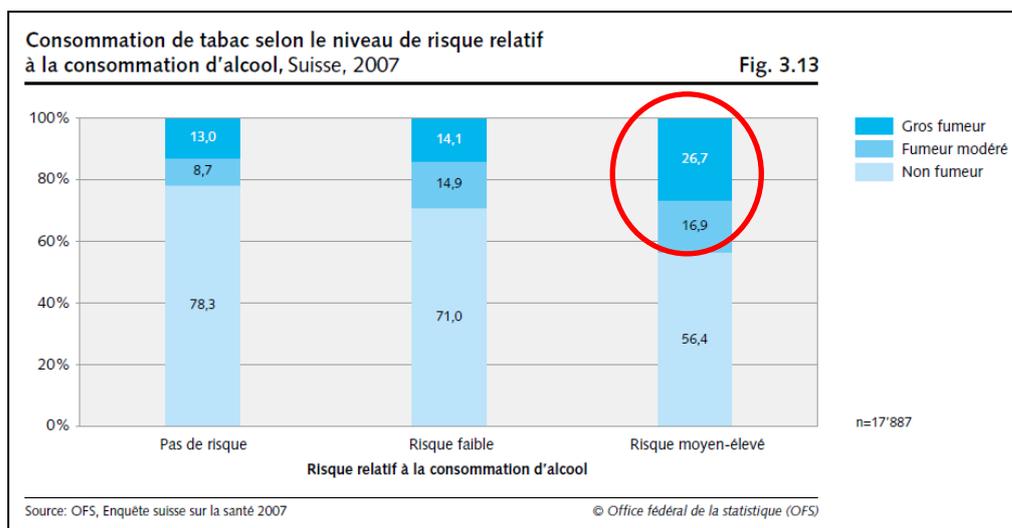


Figure 3 Consommation de tabac selon le niveau de risque relatif à la consommation d'alcool. Enquête suisse sur la santé 2007.

Inversement, les fumeurs et les ex-fumeurs ayant été dépendants au tabac ont une dépendance à l'alcool plus sévère⁹.

Monitoring suisse des addictions (MSA)

Le Monitoring suisse des addictions (MSA) est un système de surveillance. Son but est de collecter des données représentatives de la population résidante en Suisse sur le thème de l'addiction, des risques liés à la prise de substances psychotropes.

Les données du MSA sont notamment utilisées pour analyser la consommation mixte. On parle de consommation mixte lorsqu'une personne consomme de manière élevée au moins deux substances psychoactives¹⁰.

Les résultats du MSA de 2012 montrent que le fait de consommer une substance (peu importe laquelle) augmente la probabilité de consommer également une autre substance psychoactive. Les chiffres montrent par ailleurs que l'alcool joue un rôle essentiel dans la consommation mixte¹¹.

Les définitions données à « consommation élevée » sont, pour ce qui est du tabac et l'alcool, les suivantes¹² :

- Consommation d'alcool à risque : consommation soit de 20 g d'alcool pur par jour ou plus pour les femmes ou de 40 g d'alcool pur par jour ou plus pour les hommes ou au moins un épisode d'ivresse par mois, c'est-à-dire consommation de 4 verres standard ou plus pour les femmes ou 5 verres standard ou plus pour les hommes. Un verre standard contient environ 10-12 g d'alcool pur (ce qui équivaut à environ 3 dl de bière ou 1 dl de vin).
- Consommation élevée de tabac : consommation quotidienne.

La tendance en matière de consommation mixte concerne avant tout l'alcool et le tabac. Les personnes qui ont une consommation d'alcool à risque sont plus souvent des fumeurs réguliers que les personnes qui ne boivent pas ou dont la consommation d'alcool ne présente pas de risque. Cette observation vaut pour toutes les catégories d'âge. Par exemple, 29 % des 15-29 ans sont des fumeurs réguliers quand ils ont une consommation d'alcool à risque. La proportion chute à 18% lorsqu'il n'y a pas de consommation d'alcool à risque. De même, 31% des 30-64 ans sont des fumeurs réguliers quand ils ont une consommation d'alcool à risque. La proportion chute aussi à 18% lorsqu'il n'y a pas de consommation d'alcool à risque¹³.

De même, les fumeurs présentent plus souvent une consommation d'alcool à risque que les non-fumeurs. Cette remarque vaut, là encore, pour toutes les catégories d'âge et pour tous les fumeurs, qu'ils soient fumeurs occasionnels ou fumeurs réguliers. Dans la tranche d'âge des plus jeunes, celle des 15-29 ans, 56 % des fumeurs occasionnels et 50 % des fumeurs réguliers (à risque) présentent une consommation d'alcool à risque. Par contre, la proportion n'est que de 28%, soit un peu plus de la moitié, parmi les non-fumeurs¹⁴.

Autres données épidémiologiques

L'association marquée entre la consommation de tabac et d'alcool se retrouve dans d'autres études, notamment internationales.

Aux Etats-Unis, la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)* menée par le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA)* est la première et la plus

vaste (N=43'093) étude longitudinale à s'être focalisée sur la question de la comorbidité addictive, incluant des questions sur la consommation d'alcool et de tabac et leurs troubles associés.

Les données issues de la première vague de l'enquête (2001-2002) confirment la co-consommation d'alcool et de tabac chez une partie de la population : près de 22% des personnes âgées de 18 à 65 ans disent avoir consommé de l'alcool et du tabac durant la dernière année (*co-use*) ; ce qui représente approximativement 46 millions d'adultes¹⁵. Il est à souligner que ce résultat - passablement plus élevé par exemple que le 7.5% donné par l'analyse des données de l'ESS 2007 pour la Suisse latine - s'explique sans doute par le fait que l'enquête *NESARC* prend des seuils de consommation relativement bas : la consommation d'alcool (*alcohol use*) est définie comme le fait d'avoir consommé au moins une boisson alcoolisée durant l'année écoulée et la consommation de tabac (*tobacco use*) est définie comme le fait d'avoir consommé au moins un produit du tabac durant l'année écoulée.

Risques pour la santé liés à la co-consommation d'alcool et de tabac

La consommation excessive d'alcool et la consommation de tabac entraînent, chacune, des risques majeurs pour la santé.

La consommation excessive chronique d'alcool^{16 17}:

- entraîne ou favorise différentes formes de cancer (bouche, pharynx, larynx, œsophage, pancréas, foie, glande mammaire) ;
- conduit à des maladies du foie ou de l'appareil digestif (gastrite, stéatose hépatique, hépatite alcoolique, cirrhose, pancréatite) ;
- peut augmenter le risque de certaines maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, cardiopathie), bien que la consommation modérée soit liée à un risque plus faible de développer une maladie coronarienne ;
- conduit à des troubles du système immunitaire et nerveux ;
- peut provoquer une baisse des facultés mentales ainsi que d'autres pathologies mentales comme la dépression ou des psychoses liées à l'alcool.

Outre ces atteintes à la santé, la consommation problématique d'alcool a des conséquences sociales importantes : blessures et accidents, comportements agressifs, problèmes professionnels et violences domestiques notamment.

Le tabagisme, pour sa part¹⁸ :

- augmente le risque de développer un cancer (poumon, bouche, pharynx, larynx, estomac, pancréas, vessie, reins, col de l'utérus), le risque des hommes fumeurs de développer un cancer pulmonaire est 23 fois supérieur aux hommes non-fumeurs, respectivement 13 fois supérieur chez les femmes fumeuses¹⁹ ;
- représente l'un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires : infarctus, accident vasculaire cérébral, artériopathie des membres inférieurs ;
- provoque une inflammation des voies respiratoires favorisant les infections et la bronchite chronique obstructive.

Au-delà de ces effets spécifiques, une consommation conjointe d'alcool et de tabac agit en synergie et multiplie le risque de développer certains cancers²⁰.

Cancers de la bouche, de la gorge et de l'oesophage

Certains types de cancer, en particulier ceux de la bouche, de la gorge et de l'oesophage, sont plus fréquents à la fois chez les personnes qui consomment de l'alcool de manière excessive et les personnes qui fument. L'alcool et/ou le tabac sont responsables de 73% des cas de cancers des voies aéro-digestives supérieures (cancers de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'oesophage²¹.

Pour les personnes qui fument et boivent en même temps, le risque de cancers des voies aéro-digestives supérieures augmente considérablement : le risque combiné est supérieur au risque de l'alcool additionné au risque du tabagisme. La consommation de tabac seule augmente le risque de développer ce type de cancers de 3 à 4 fois par rapport aux personnes ne consommant ni tabac ni alcool. Chez les consommateurs d'alcool (≥2 boissons alcoolisées par jour) non-fumeurs,

ce risque est 1.3 fois supérieur (non-significatif) alors que les consommateurs de tabac et d'alcool ont un risque 10 fois supérieur²².

Maladies cardiovasculaires

Alors que le tabagisme, quelle que soit l'importance de la consommation, représente un facteur de risque cardiovasculaire bien démontré, la consommation modérée d'alcool semble réduire les risques cardiovasculaires. Toutefois lors de consommation conjointe de tabac et d'alcool, le possible effet protecteur de l'alcool ne permet pas de compenser l'augmentation du risque cardiovasculaire lié à la consommation de tabac. A noter que la consommation de grandes quantités d'alcool augmente généralement les risques de développer une cardiopathie²³.

Facteurs biologiques et génétiques impliqués dans la co-consommation

Pourquoi l'usage du tabac et de l'alcool vont-ils si souvent de pair ? Si des facteurs sociaux et environnementaux y contribuent (cf. partie suivante), des facteurs biologiques et génétiques entrent aussi, du moins en partie, en ligne de compte.

Bien que l'alcool et la nicotine aient des effets et des modes d'action différents, ces deux produits agissent sur des mécanismes communs dans le cerveau, créant des interactions complexes²⁴. De plus, des facteurs génétiques communs favoriseraient la co-dépendance à l'alcool et au tabac²⁵.

Action sur la même zone du cerveau

L'alcool et le tabac, à l'instar de toutes les substances addictives, ont en commun d'agir sur une partie spécifique du cerveau : le système mésolimbique, siège du circuit de la récompense. Cela en libérant de la dopamine, substance chimique impliquée de manière clé dans le phénomène de l'addiction. L'alcool et le tabac partagent de fait des zones cérébrales communes où la dépendance prend naissance et se maintient active.

Ce mécanisme d'action commun sur le cerveau semble pouvoir expliquer certaines des interactions entre l'alcool et le tabac, notamment le fait que la consommation d'alcool peut causer, chez son usager, un désir compulsif de nicotine et inversement (*Mutual Craving*). C'est également ce mécanisme d'action commun qui peut expliquer le phénomène de tolérance croisée (*Cross-Tolerance*) (voir définitions ci-dessous).

Envie mutuelle (*Mutual Craving*) ; renforcement mutuel des effets (*Cross-reinforcement*)

Le fait de consommer du tabac et de l'alcool ensemble semble augmenter la sensation de plaisir plus que s'il n'y a qu'une seule substance consommée. En effet, des chercheurs nord-américains ont réalisé une étude dans laquelle des sujets ayant reçu des cigarettes soit avec nicotine soit sans nicotine devaient réaliser des tâches de plus en plus complexes dans le but d'obtenir des boissons alcoolisées. Le résultat de cette expérience montre que les sujets qui fumaient des cigarettes contenant de la nicotine ont bu davantage d'alcool que les sujets qui avaient reçu et fumé des cigarettes sans nicotine²⁶.

Ces résultats corroborent ceux d'études animales montrant que les animaux sous l'action de la nicotine consomment davantage d'alcool que les animaux contrôles²⁷.

Inversement, le fait de consommer de l'alcool renforcerait la sensation de récompense générée par la consommation de tabac²⁸.

Tolérance croisée (*Cross-Tolerance*)

Une diminution de la sensibilité aux effets d'une substance est souvent référée à la notion de tolérance. Une tolérance se traduit soit par une augmentation des doses pour obtenir un effet similaire, soit par un effet nettement diminué si les doses sont maintenues à leur état initial.

Le phénomène de tolérance croisée est défini par le fait que la tolérance développée par rapport à une substance induit une tolérance à une autre substance. Le phénomène d'une tolérance croisée a été documenté chez les personnes qui fument du tabac et qui boivent de l'alcool. La tolérance croisée pourrait contribuer au développement et au maintien d'une dépendance à l'une et à l'autre substance²⁹.

Facteurs génétiques

Des études³⁰ montrent que des facteurs génétiques communs sont susceptibles de rendre des individus vulnérables et à risque de développer une dépendance à la fois à l'alcool et au tabac. Tant la dépendance à l'alcool que celle au tabac se retrouvent au sein des familles. Les jumeaux monozygotes sont, par exemple, deux fois plus susceptibles que les jumeaux dizygotes de développer une dépendance au tabac et à l'alcool si l'autre jumeau l'est aussi.

Aux Etats-Unis, une étude collaborative sur la génétique de l'alcoolisme (*Collaborative Study of the Genetics of Alcoholism*) a identifié des gènes et des régions de gènes qui pourraient être impliqués tant dans les troubles liés à la consommation d'alcool que dans la dépendance au tabac³¹.

Facteurs psychosociaux associés à la consommation d'alcool et de tabac et à la co-consommation

La consommation d'alcool et la consommation de tabac sont toutes deux influencées par des facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux souvent similaires.

L'état de santé mentale. La *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)* citée plus haut, souligne que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont des facteurs de risque tant de consommation problématique d'alcool que de dépendance au tabac³².

Les personnes qui présentent un syndrome de dépendance à l'alcool ont plus de risque que la population générale de présenter des symptômes psychiatriques. Plusieurs troubles psychiatriques indépendants^{vi} sont retrouvés plus fréquemment chez les alcoolo-dépendants que dans la population générale : dépression, trouble bipolaire, troubles de la personnalité, troubles alimentaires, schizophrénie, troubles anxieux notamment³³.

Aussi, le tabagisme et la dépendance nicotinique sont environ deux fois plus fréquents chez les patients avec un trouble psychiatrique comparativement à la population saine³⁴. La prévalence du tabagisme est plus haute dans tous les troubles mentaux, surtout la dépression et la schizophrénie. Le tabagisme est plus fréquent parmi les individus ayant eu une dépression dans leur vie (37%) ou dans les douze derniers mois (30%) que ceux sans trouble psychique (22%)^{35 36}. Inversement, on trouve deux fois plus d'antécédent dépressif chez les fumeurs que chez les non-fumeurs de la population³⁷. Aussi, la prévalence du tabagisme est nettement plus élevée chez les schizophrènes que dans la population générale, de l'ordre de 50 – 85%, variant selon la présence de comorbidités ou d'autres abus de substances^{38 39}.

Les conditions de vie. Les situations de vie précaires - qui se développent « lorsque les conditions concernant le niveau socio-économique, l'habitat, les réserves financières, le niveau culturel, d'instruction et de qualification professionnelle, les moyens de participation associative, syndicale et politique, sont défavorables »⁴⁰ - s'accompagnent souvent d'une grande vulnérabilité à des comportements à risque, dont la consommation d'alcool et/ou de tabac. Cela en raison de l'angoisse que génère ces conditions, ainsi qu'à la relégation de la santé au rang de préoccupation "seconde"⁴¹. Pour ce qui est du tabagisme, la prévalence est en ce sens plus élevée parmi les groupes défavorisés. L'initiation à la consommation de tabac est plus élevée parmi les personnes à bas statut socio-économique et les tentatives d'arrêt moins susceptibles de réussir⁴².

L'entourage social. L'influence des membres de l'entourage, notamment familial mais aussi amical, professionnel, etc., dans les consommations d'alcool et de tabac est démontrée, en particulier pour les jeunes. Le fait, par exemple, d'avoir un grand frère ou une grande sœur qui abuse de l'alcool augmente le risque pour les cadets d'abuser également de l'alcool⁴³. Pour ce qui est de la consommation de tabac : la proportion de fumeurs quotidiens est presque trois fois plus élevée lorsque les deux parents ou l'un des frères et sœurs fument⁴⁴.

^{vi} Les auteurs distinguent les troubles indépendants associés à la dépendance à l'alcool et les troubles induits par l'alcool en période d'intoxication ou dus au sevrage.

Les valeurs et normes socioculturelles. La consommation de tabac et la consommation d'alcool restent, malgré les évolutions, encore passablement banalisées dans notre société.

L'environnement économique. La population, les jeunes en particulier, est incitée à consommer du tabac et/ou de l'alcool par la publicité. L'industrie de l'alcool et celle du tabac, comme toutes les activités économiques, font la promotion de leurs produits quand bien même ils peuvent engendrer une dépendance (voir figures 4 et 5). Et il est avéré que, par exemple pour sa part, la publicité et la promotion des produits du tabac influence les attitudes des jeunes non-fumeurs, et les rend plus sujets à commencer à fumer⁴⁵.



Figure 4 Campagne d'affichage Marlboro 2012 (Copyright Google images 2013)



Figure 5 Page Facebook de Smirnoff 2012 (Copyright Google images 2013)

Le contexte structurel. En Suisse mais ailleurs également, les produits du tabac et les boissons alcoolisées restent accessibles et disponibles. Cela en raison notamment de leur statut juridique (réglementés comme des produits de consommation courante), de la faiblesse des dispositions relatives à la protection de la jeunesse (p. ex. interdictions de vente aux mineurs peu appliquées), des restrictions limitées en matière de publicité, de politiques de prix/taxation peu dissuasives.

La co-consommation d'alcool et de tabac semble, quant à elle, aussi associée à certaines caractéristiques sociodémographiques. L'analyse des données de l'Enquête suisse de 2007 pour la Suisse latine, souligne quelques différences significatives de co-consommation d'alcool et de tabac entre sexe, par type de ménage et par statut d'activité (voir figure 6) :

- Risque augmenté de co-consommation si l'on est un homme ;
- Risque augmenté de co-consommation si l'on exerce une activité professionnelle par rapport au fait de ne pas être actif sur le marché du travail ;
- Risque diminué de co-consommation si l'on est un couple/parent avec enfant(s) par rapport au fait d'être un ménage d'une personne.

Ces facteurs sont cependant présentés ici uniquement de manière descriptive ; aucune hypothèse n'a été formulée/publiée par les auteurs de l'analyse pour expliquer ces associations.

Annexe 4.6 Facteurs indépendants associés aux variables dépendantes: être polyconsommateur (tabac et alcool), Suisse latine, 16 ans et plus, 2007		
Suisse latine	Polyconsommation d'alcool et de tabac*	
	OR et 95% CI	aOR et 95% CI
Sexe		
Hommes	2,3 (1,9–3,0)	2,3 (1,8–2,9)
Femmes	1,0	1,0
Classes d'âges		
16–24 ans	0,9 (0,5–1,4)	1,0 (0,6–1,8)
25–34 ans	0,8 (0,5–1,2)	0,7 (0,4–1,1)
35–64 ans	1,3 (1,0–1,7)	1,2 (0,8–1,7)
65 ans et plus	1,0	1,0
Nationalité		
Suisses d'origine	1,0 (0,7–1,4)	1,0 (0,7–1,4)
Suisses naturalisés	1,1 (0,7–1,6)	1,1 (0,7–1,7)
Etrangers	1,0	1,0
Niveau de formation		
Scolarité obligatoire	0,9 (0,6–1,3)	1,3 (0,8–1,9)
Degré secondaire	1,0 (0,7–1,3)	1,1 (0,9–1,5)
Degré tertiaire	1,0	1,0
Revenu		
< 3000 CHF	0,7 (0,5–0,9)	0,8 (0,5–1,1)
3000–6000 CHF	1,2 (0,9–1,6)	1,2 (0,9–1,7)
6000 CHF et plus	1,0	1,0
Degré d'urbanisation		
Urbain	1,0 (0,–1,2)	1,0 (0,8–1,3)
Rural	1,0	1,0
Statut d'activité		
Actif	1,5 (1,2–1,9)	1,4 (1,0–1,9)
Non actif	1,0	1,0
Type de ménage		
Couple sans enfant	1,0 (0,8–1,3)	0,8 (0,7–1,1)
Couple/parent avec enfant	0,7 (0,6–0,9)	0,7 (0,5–0,9)
Autre	0,6 (0,2–2,1)	0,7 (0,2–2,4)
Ménage d'une personne	1,0	1,0

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé, 2007
 Nombre de cas, population âgée de 16 ans et plus: n=6564
 Régressions logistiques univariée (Odds Ratio=OR) et multivariée (adjusted Odds Ratio=aOR) qui ajuste simultanément pour toutes les variables du modèle avec la pondération. Les aOR et OR en grisé sont significatifs (p<0,05)
 * La polyconsommation d'alcool et de tabac consiste à consommer de l'alcool au moins trois fois par semaine et à fumer au moins une cigarette par jour.

Figure 6 Facteurs indépendants associés aux variables dépendantes : être polyconsommateur (tabac et alcool). Enquête suisse sur la santé 2007. Suisse latine.

Tabac et alcool : quelle prise en compte en alcoologie ?

Plus de la moitié des patients en traitement pour une dépendance à l'alcool ou à d'autres drogues meurent de maladies liées au tabac⁴⁶. Pourtant, la dépendance au tabac reste encore peu abordée lors du sevrage à l'alcool.

Un des obstacles majeurs à traiter la dépendance au tabac chez les patients présentant des troubles liés à la consommation d'alcool est le présupposé, notamment chez les professionnels encadrant, qu'il est trop difficile d'arrêter les deux substances et que les tentatives d'arrêt du tabac peuvent avoir un effet défavorable sur le sevrage alcoolique^{47,48}. Les centres de traitement se concentrent souvent sur la dépendance « primaire » à l'alcool et considèrent souvent le tabagisme comme une addiction plus bénigne.

En Suisse, un état des lieux de la prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés en addiction (drogues, alcool et addictions sans substance) a été réalisé en 2011 par Le Fachverband Sucht et le Groupement Romand d'Etudes des Addictions (GREAA)⁴⁹. Il en est ressorti les points suivants :

- Les institutions spécialisées en addiction ont développé une approche transversale face aux différentes formes d'addiction, mais elles restent plus souvent ancrées dans une thématique particulière.
- De grandes différences existent entre les institutions des milieux de la prévention, du traitement et de la réduction des risques. Il existe cependant de nombreux projets sur le tabagisme dans le champ des addictions, ces expériences sont en général peu connues des professionnels de ce champ.
- La collaboration entre les centres spécialisés en addiction et les spécialistes du tabagisme est globalement peu effective. Une controverse entre les centres spécialisés en addiction et ceux du tabagisme persiste concernant l'application du concept de réduction des risques.

A partir de cet état des lieux, le Fachverband Sucht, le GREAA et Ticino Addiction ont émis les recommandations suivantes⁵⁰:

Recommandation générale :

Les lieux spécialisés en addiction devraient prendre en compte le tabagisme dans leur offre. Les actions suivantes sont recommandées: mettre à disposition du matériel d'information, aborder de manière active la question du tabagisme et orienter les personnes, avec leur accord, vers une offre adéquate.

Recommandations spécifiques pour le domaine du traitement :

L'addiction au tabac entretient un rapport étroit avec pratiquement toutes les autres formes d'addiction. Il faut prêter une attention particulière, pratique et scientifique, aux expériences qui proposent une intervention couplée sur l'arrêt ou la diminution de tabac et d'un autre produit, comme par exemple l'alcool.

Les lieux de traitement ambulatoire et résidentiel devraient évaluer le tabagisme de façon systématique. Si c'est indiqué et en accord avec le/la client-e, une offre spécifique doit être possible à l'interne ou à l'externe de l'institution.

Le travail de réseau concernant les lieux spécialisés en addiction et les différents acteurs du domaine du tabac (ligues pulmonaires, ligues contre le cancer, CIPRET, médecins de famille, psychiatres, etc.) doit être amélioré. Les associations de professionnels ont un rôle d'initiation et de soutien.

Les lieux de traitement ambulatoire et résidentiels devraient mettre à disposition du matériel d'information sur le tabagisme et les offres possibles de traitement.

La dépendance au tabac est encore peu prise en compte dans les centres de traitement de l'alcoologie. Pourtant, une méta-analyse rapporte qu'une intervention pour l'arrêt du tabac lors d'un traitement pour abus d'alcool ou d'autres substances n'entraîne pas d'excès de rechute. Une telle intervention est même associée avec une augmentation de 25% de la probabilité d'abstinence à l'alcool ou autres substances à long terme⁵¹.

Par contre, il est moins clair si la dépendance à l'alcool et la dépendance au tabac doivent être traitées de manière simultanée ou consécutive. La majorité des publications montrent qu'une intervention pour l'arrêt du tabac dans le cadre d'un sevrage d'alcool ne menace pas l'abstinence à l'alcool^{52,53}. Mais une étude comparant une intervention durant le sevrage d'alcool versus une intervention différée 6 mois après le sevrage rapporte des résultats plus favorables en termes d'abstinence d'alcool dans le groupe ayant bénéficié d'une intervention différée⁵⁴. Les taux de sevrage au tabac à 18 mois étaient similaires dans les 2 groupes dans cette étude.

Les chances de succès pour l'arrêt du tabac semblent augmenter avec la durée de l'abstinence d'alcool⁵⁵ mais la motivation du patient à l'arrêt du tabac est un facteur important à prendre en considération concernant le choix entre un sevrage simultané ou séquentiel. A relever que les patients étaient davantage motivés à participer à une démarche d'arrêt du tabac en cours de traitement pour l'alcool que 6 mois après ce dernier⁵⁶.

Si l'on opte pour un sevrage alcool et tabac en deux temps, la question concernant la séquence est souvent posée. Il est généralement recommandé d'arrêter d'abord l'alcool puis le tabac, la consommation d'alcool étant un facteur de risque de rechute pour le tabagisme.

Une publication récente⁵⁷ recommande de soutenir la démarche de sevrage simultané alcool-tabac chez les personnes motivées à le faire, tout en précisant qu'un arrêt de l'alcool avant le tabac est une autre approche possible. Les auteurs conseillent d'informer des difficultés supplémentaires à maintenir une abstinence tabagique en cas d'arrêt du tabac avant l'alcool.

Est-ce que les fumeurs avec des problèmes d'alcool ont plus de difficulté à arrêter de fumer ?

Une revue de la littérature⁵⁸ rapporte que les fumeurs avec des problèmes d'alcool (actuels ou passés) ont une dépendance au tabac plus importante et ont une prévalence d'arrêt du tabac au cours de leur vie plus faible que les personnes sans problèmes d'alcool. Plusieurs hypothèses sont avancées : lors d'un problème d'alcool associé, l'arrêt du tabac serait plus difficile, mais il est

également possible que ces derniers fassent moins de tentatives d'arrêt par crainte de rechute pour l'alcool ou que ceux-ci manquent d'encouragement, voire soient découragés par les professionnels de la santé.

A noter que les fumeurs ayant arrêté l'alcool depuis au moins 1 an ont les mêmes chances de succès lors d'une tentative d'arrêt du tabac que les sujets sans antécédents de problèmes d'alcool. Pour tenter d'expliquer cela, les auteurs émettent l'hypothèse que ces fumeurs, malgré leur dépendance nicotinique plus élevée, auraient acquis des compétences lors du sevrage d'alcool (techniques comportementales) qu'ils utiliseraient lors de leur sevrage au tabac.

Lorsqu'un patient est dépressif

La prévalence de dépression est plus élevée chez les personnes dépendantes au tabac et à l'alcool. Le traitement de ces patients présente de multiples défis en cela que la relation entre la consommation d'alcool, la dépendance au tabac et la dépression est complexe. De plus, ces problématiques se renforcent mutuellement.

Certains patients boivent de l'alcool et fument des cigarettes dans une démarche d'automédication afin d'atténuer leur sentiment de dépression⁵⁹. La dépression et l'anxiété font partie des symptômes de sevrage du tabac et de l'alcool.

Certaines études rapportent que les patients avec antécédents de dépression ont d'avantage de difficultés à arrêter de fumer et des chances de succès inférieures, ces données ne sont toutefois pas retrouvées dans toutes les études⁶⁰. La survenue de symptômes dépressifs à l'arrêt serait plus fréquente chez des sujets avec antécédents de dépression mais ceux-ci ne concernent qu'une faible proportion des patients. Les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac en association avec une thérapie cognitivo-comportementale augmentent les chances d'arrêt, y compris lors de dépression avec une dépendance au tabac et à l'alcool. Les traitements de groupe avec une approche cognitivo-comportementale et visant à développer le soutien social entre les participants permettent d'augmenter les chances de succès⁶¹.

Médications

Substitution nicotinique

L'efficacité des substituts nicotiques pour l'arrêt du tabac a été clairement démontrée, y compris chez des sujets avec un problème d'alcool dans le passé⁶². Les substituts nicotiques augmentent les chances d'abstinence au tabac et diminuent les symptômes de sevrage. Dans une étude auprès de sujets en traitement pour l'alcool, on retrouve, comme dans la population sans problème d'alcool, que le patch en combinaison avec un substitut nicotinique à courte durée d'action a une efficacité supérieure au patch seul⁶³. Ces produits n'ont pas d'effets négatifs sur l'abstinence à l'alcool.

Varénicline

La varénicline, médicament démontré efficace pour l'arrêt du tabac, agit au niveau des récepteurs nicotiques. Quelques études récentes rapportent que l'usage de ce médicament entraîne une réduction de la consommation d'alcool, y compris chez les non-fumeurs, sans effets secondaires

majeurs^{64 65 66}. Nous manquons cependant de données quant aux effets secondaires de ce traitement dans cette population avec co-morbidités psychiatriques. La survenue de symptômes neuropsychiatriques tels qu'un état d'agitation, une humeur dépressive, des pensées suicidaires ou un comportement suicidaire ont été rapportés lors de l'usage de ce traitement.

Bupropion

Le bupropion est un antidépresseur démontré efficace pour l'arrêt du tabac. Ce médicament n'a pas montré d'effet sur le traitement de la dépendance à l'alcool. Très peu de travaux concernent l'usage du bupropion chez des sujets avec problème d'alcool, ceux-ci étant généralement exclus des études en raison du risque épileptogène de ce traitement. Une étude auprès de sujets ayant récemment arrêté l'alcool a évalué l'intérêt d'associer un traitement de bupropion au patch de nicotine versus un placebo et patch. L'adjonction du bupropion n'a pas montré de bénéfice sur les taux de réussite du sevrage du tabac dans cette population⁶⁷.

Compte-rendu d'un projet pilote à l'Unité hospitalière Tamaris^{vii}

En 2011, le CIPRET-Vaud et la tabacologie de la PMU ont été mandaté par le Service d'alcoologie du CHUV pour développer un concept d'intervention pour l'Unité hospitalisée d'alcoologie – Tamaris. Les objectifs de cette intervention furent doubles : approfondir les connaissances en tabacologie de l'équipe soignante ; dispenser des informations sur le tabac aux patients en sevrage d'alcool. Pour atteindre ces objectifs, deux types d'activités ont été planifiés et menés entre janvier et décembre 2012.

Atelier de formation pour les professionnels

Déroulement

Le CIPRET-Vaud a organisé un atelier animé par la Docteur Isabelle Jacot Sadowski, tabacologue et cheffe de clinique à la PMU. Cet atelier a eu lieu en mars 2012, avant le début des interventions auprès des résidents. Il a permis d'aborder les éléments suivants avec les 12 professionnels présents : les généralités concernant le tabagisme ; les connaissances actuelles sur l'arrêt du tabac lors de sevrage d'alcool ; les traitements pharmacologiques pour l'arrêt du tabac. Cet atelier a été conçu sur un mode interactif, ce qui a permis à l'équipe de Tamaris d'obtenir des réponses à ses questions au fur et à mesure qu'elle se les posait.

Evaluation par les professionnels

L'évaluation de cet atelier de formation s'est déroulée en deux phases : 1) Via un questionnaire rempli directement sur place ; 2) Via un EQuestionnaire auprès de l'ensemble des professionnels de Tamaris 3 mois post-atelier.

Les résultats de la première phase (N=12) montrent que les professionnels ont jugé la formation très utile pour leur pratique (92%) et qu'elle leur a permis d'acquérir de nouvelles connaissances (83%), notamment sur les traitements de substitution (administration en bi-thérapie et importance des dosages) ainsi que sur les liens entre sevrages alcool et tabac. L'ambiance a été jugée agréable par tous, par contre les avis sont partagés sur l'envie d'approfondir le sujet.

Pour ce qui est du EQuestionnaire 3 mois post-atelier, seules 5 professionnels ont répondu. Et parmi eux, seuls trois avaient suivi la formation. Ces trois personnes fournissent une appréciation globale très satisfaisante (2) et satisfaisante (1) de la formation du personnel. Une personne juge cette formation très utile pour sa pratique professionnelle, les deux autres la jugent utile. Parmi les 5 collaborateurs, 2 pensent qu'il serait très utile que la formation en tabacologie ait lieu sur un mode annuel, et 3 pensent que cela serait utile. Une demande spécifique sur les traitements de substitution a été exprimée dans ce contexte.

^{vii} CIPRET-Vaud, « Le tabac en questions ». Rapport sur l'intervention du CIPRET-VD auprès du personnel et des résidents de Tamaris. Phase pilote : janvier-juin 2012. Lausanne, juillet 2012.

Séances d'informations auprès des patients

Déroulement

Des séances d'information/sensibilisation ont été mises en place afin de sensibiliser les patients à la problématique et les encourager à une démarche de sevrage tabagique. Appelée « *Tabac en questions* », cette animation d'une heure a eu lieu toutes les deux semaines dans le cadre d'un colloque obligatoire pour tous les patients, y compris les non-fumeurs. Le CIPRET-Vaud a ainsi informé 135 personnes dans le cadre de 19 séances réparties entre mars et décembre 2012.

Evaluations par les résidents

A la fin de chacune des séances, les patients ont été invités à remplir une courte évaluation de l'intervention. Ce questionnaire comportait 5 questions : « *Est-ce que l'atelier a été utile pour moi ?* » ; « *Est-ce que l'atelier m'a appris des choses ?* » ; « *Est-ce que l'atelier m'a donné envie d'en savoir plus ?* » ; « *Est-ce que l'atelier m'a donné envie d'arrêter ?* » ; « *Est-ce que l'ambiance était agréable ?* », ainsi qu'un espace pour les remarques.

La majorité des patients affirment avoir trouvé que l'atelier était utile pour eux (65.2%) et y avoir appris quelque chose (73.3%). Suite à la séance, la plus grande partie des patients disent avoir envie, ou « plus ou moins » envie, d'en savoir plus sur le tabagisme (37.8% + 38.5%). Près de la moitié des résidents (48.5%) ont « plus ou moins » envie d'arrêter après l'atelier et 16.2% d'entre eux disent vouloir arrêter.

Eléments d'évaluation par les intervenantes

Au début de chaque intervention, une certaine résistance de la part des patients à aborder la thématique du tabagisme a pu être ressentie. Ces réticences ont toutefois pu être dissoutes au cours de la séance pour laisser place à une dynamique pré-motivationnelle. L'atelier a été pris au sérieux et avec intérêt. Le fait que la présence était obligatoire a suscité certains commentaires, mais au final la grande majorité des patients déclaraient avoir appris des éléments qu'ils ignoraient auparavant et avoir apprécié cette animation.

Constats et bilan

Concernant la formation des équipes soignantes :

- La formation a répondu à un besoin d'équipe.
- Une demande explicite que l'offre soit régulièrement dispensée a été formulée par les professionnels.
- Une crainte que les activités d'information/sensibilisation auprès des résidents créent des attentes difficiles à atteindre subsiste.

Concernant l'information/sensibilisation auprès des résidents :

- Les résidents ont été sensibilisés au tabac et aux bénéfices de l'arrêt dans une proportion supérieure à ce qui a été initialement imaginé.
- Les séances d'information se sont déroulées dans une ambiance positive, les participants étaient motivés, ont participé et échangé.
- L'intérêt et la réceptivité des résidents étaient augmentées par le fait que les séances soient animées par une personne externe.
- La question du tabagisme et/ou de l'arrêt du tabac a été davantage abordée entre l'équipe soignante et les résidents depuis l'introduction de l'atelier.

Actuellement, la collaboration entre le CIPRET-Vaud, la PMU et l'Unité de Tamaris se poursuit pour définir les pistes de pérennisation possibles. D'autres institutions spécialisées dans le sevrage d'alcool sont également impliquées dans les réflexions et les développements.

Conclusion

Les consommations de tabac et d'alcool sont souvent associées, et elles le sont de manière dose-dépendante : les personnes qui consomment de l'alcool de manière excessive fument plus que les buveurs modérés ou les abstinents. De même, les gros fumeurs ont tendance à avoir une consommation d'alcool plus élevée que les non ou « petits » fumeurs. Si le tabac et l'alcool entraînent, lorsqu'ils sont consommés seuls, des risques spécifiques pour la santé, ils agissent en synergie lorsqu'ils sont consommés simultanément et multiplient les risques (notamment de cancers ORL). La consommation d'alcool et de tabac est liée à des facteurs multiples. Certains sont d'ordre biologique, d'autres psychologiques, d'autres encore sont davantage sociaux. La co-consommation est elle aussi, de fait, à associer à des facteurs tant biologiques et génétiques, que psychologiques et sociaux. Pour ce dernier niveau, le statut juridique du tabac et de l'alcool, leur accessibilité et la publicité qui les entoure sont des éléments explicatifs sans doute importants.

Les personnes dépendantes à l'alcool meurent davantage des conséquences de leur consommation de tabac que de celles liées à leur consommation d'alcool. Proposer et accompagner un arrêt du tabac chez les personnes en traitement pour problèmes d'alcool paraît donc justifié. Malgré tout, les institutions en charge de sevrage alcoolique restent souvent réticentes en raison de la fausse croyance que le stress généré par l'arrêt du tabac pourrait être une cause de rechute dans la consommation d'alcool. Un arrêt des deux consommations est cependant possible ; un sevrage tabagique pourrait même soutenir le sevrage à l'alcool.

Au-delà d'une prévention centrée sur la personne (information, sensibilisation, prise en charge) et en complément à elle, des mesures de prévention structurelle doivent être développées si l'on souhaite travailler à une diminution durable de la co-consommation d'alcool et de tabac. Celles-ci passent notamment par des mesures législatives (application des lois interdisant la vente de tabac et d'alcool à des mineurs, interdiction de la publicité, etc.).

Recommandations pour l'arrêt du tabac dans le domaine alcoologie

La question du tabagisme devrait être abordée systématiquement dans les centres de traitement d'alcoologie résidentiels ou ambulatoires

Il est important de former les professionnels sur la prise en charge du tabagisme lors d'un traitement pour un problème d'alcool : les connaissances et compétences acquises durant cette formation encouragent à aborder cette problématique avec les patients et entraîne une meilleure prise en charge du tabagisme chez les patients.

Une intervention des professionnels concernant l'arrêt du tabac ne menace pas le sevrage de l'alcool et pourrait même augmenter les chances de rester abstinent d'alcool.

Le rôle des professionnels est d'informer, d'encourager une démarche d'arrêt et de soutenir une éventuelle décision d'arrêt du tabac. L'intervention des professionnels doit s'adapter à la motivation du patient à un éventuel arrêt du tabac.

L'arrêt du tabac peut être initié simultanément avec l'arrêt de l'alcool ou après quelques mois d'abstinence d'alcool. Même si les chances de succès semblent un peu plus faibles lors d'un arrêt simultané des 2 produits par rapport à un arrêt de l'alcool puis du tabac dans un deuxième temps, la motivation à l'arrêt du tabac serait plus élevée au moment de l'arrêt de l'alcool et les patients bénéficient généralement de d'avantage de soutien médical durant cette période.

L'usage des substituts nicotiques, de préférence en associant un patch à un substitut oral, est recommandé. Ces traitements facilitent l'arrêt du tabac en diminuant les symptômes de sevrage et augmentent les chances d'arrêt à long terme.

L'usage de varenicline est une autre option thérapeutique. La prescription de ce traitement nécessite un suivi médical et des précautions lors de maladie psychiatriques. Quelques données récentes qui restent à confirmer suggèrent que ce traitement entraîne une réduction de la consommation d'alcool.

La dépendance nicotinique est plus élevée chez les personnes avec problème d'alcool présent ou passé, raison pour laquelle un soutien intensif durant les premiers mois d'arrêt est particulièrement important pour cette population.

-
- ¹ Office fédéral de la statistique (OFS) (2009). Les décès dus au tabac en Suisse. Estimation pour les années entre 1995 et 2007. Neuchâtel. Mars 2009.
- ² Marmet, S., Rehm, J., Gmel, G., Frick, H., & Gmel, G. (2014). Alcohol-attributable mortality in Switzerland in 2011 - Age-specific causes of death and impact of heavy versus non-heavy drinking. *Swiss Medical Weekly*, 144, w13947. DOI 10.4414/sm.w.2014.13947.
- ³ Bobo, J. K., & Husten, C. (2000). Sociocultural influences on smoking and drinking. *Alcohol Research & Health*, 24(4), 225–232.
- ⁴ Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., et al. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1107–1115.
- ⁵ U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2007). Alcohol and Tobacco. *Alcohol Alert*, 71.
- ⁶ Office fédéral de la statistique (OFS) (2010). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007. Enquête suisse sur la santé*. Neuchâtel.
- ⁷ Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C., Flury R. (2013). *Monitorage suisse des addictions. Consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2012*, Addiction Suisse, Lausanne, Suisse.
- ⁸ Observatoire suisse de la santé (Obsan). (2010). *La santé en Suisse latine. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007* (Obsan Rapport 48). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- ⁹ Daepfen, J. D., et al. (2000). Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. *Alcohol & Alcoholism*, 35(2), 171–175.
- ¹⁰ Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2013). Résultats du Monitorage suisse des addictions 2012. Bulletin 43, 21 octobre 2013.
- ¹¹ *Ibid.*
- ¹² Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C., Flury R. (2013). *Monitorage suisse des addictions. Consommation d'alcool, tabac et drogues illégales en Suisse en 2012*, Addiction Suisse, Lausanne, Suisse.
- ¹³ *Ibid.*
- ¹⁴ *Ibid.*
- ¹⁵ Falk, D. E., Yi, H., & Hiller-Sturmhöfel, S. (2006). An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 162–171.
- ¹⁶ Addiction Suisse. (2010). *Alcool et santé*. Lausanne.
- ¹⁷ Addiction Suisse. (2010). *Focus Alcool*. Lausanne.
- ¹⁸ Addiction Suisse. (2010). *Focus Tabac*. Lausanne.
- ¹⁹ U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- ²⁰ Pelucchi, C., Gallus, S., Garavello, W., and al. (2006). Cancer risk associated with alcohol and tobacco use: Focus on upper aero-digestive tract and liver. *Alcohol Research & Health*, Vol 29(3), 193-198.
- ²¹ Anantharama, D., Marron, M., Lagiou, P., and al. (2011) Population attributable risk of tobacco and alcohol for upper aerodigestive tract cancer. *Oral Oncol*. Aug;47:725-31.
- ²² *Ibid.*
- ²³ Ronksley, P. E., Brien, S. E., Turner, B. J., Mukamal, K. J., & Ghali, W. A. (2011). Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 22, 342.
- ²⁴ Funk, D., Marinelli, P.W., & Lê, A.D. (2007). Biological processes underlying co-use of alcohol and nicotine: Neuronal mechanisms, cross-tolerance, and genetic factors. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 186–190.
- ²⁵ Tyndale, R. F. (2003). Genetics of alcohol and tobacco use in humans. *Annals of Medicine*, 35, 94–121.
- ²⁶ Barrett, S. P., Tichauer, M., Leyton, M., & Pihl, R. O. (2006). Nicotine increases alcohol self-administration in non-dependent male smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 197–204.
- ²⁷ Funk, D., Marinelli, P.W., & Lê, A.D. (2007). Biological processes underlying co-use of alcohol and nicotine: Neuronal mechanisms, cross-tolerance, and genetic factors. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 186–190
- ²⁸ Rose, J. E., Brauer, L. H., Behm, F. M., et al. (2004). Psychopharmacological interactions between nicotine and ethanol. *Nicotine and Tobacco Research*, 6(1), 133–144.
- ²⁹ Funk, D., Marinelli, P.W., & Lê, A. D. (2007). Biological processes underlying co-use of alcohol and nicotine: Neuronal mechanisms, cross-tolerance, and genetic factors. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 186–190.
- ³⁰ *Ibid.*
- ³¹ Grucza, R. A., & Beirut, L. J. (2007). Co-occurring risk factors for alcohol dependence and habitual smoking: Update on findings from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 172–177.
- ³² Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., et al. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1107–1115.
- ³³ Gammeter, R. (2002). Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool. *Forum Medical Suisse*, 23.
- ³⁴ Ziedonis, D., Hitsman, B., Beckham, J. C., et al. (2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders : National Institute of mental health report. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(12), 1691-1715.
- ³⁵ Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., et al. (2000). Smoking and mental illness : A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284(20), 2606-2610.
- ³⁶ Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., et al. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1107–1115.
- ³⁷ Breslau, N., & Johnson, E. O. (2000). Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *American Journal of Public Health*, 90(7), 1122-1127.
- ³⁸ Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., et al. (2000). Smoking and mental illness : A population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284(20), 2606-2610 cité par Humair, J-P. (2009). Arrêt du tabac chez les patients avec un trouble psychiatrique. *Revue Médicale Suisse*, 210 (5), 1472-1475.

- ³⁹ Workgroup on substance use disorders, American psychiatric association steering committee on practice guidelines. (2006). Treatment of patients with substance use disorders, 2nd edition, American psychiatric association. *Am J Psych*;163 (Suppl. 8):S5-S82.
- ⁴⁰ Warzinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social, Journal officiel de la République Française, avis et rapports du Conseil économique et social, 1-104.
- ⁴¹ Cambois, E (Drees). (2002-2003). *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*. Les Travaux de l'Observatoire, ONPES.
- ⁴² Hiscock, R., Bauld, L., Amos, et al. (2011). Socioeconomic status and smoking: a review, *Annals of the New York Academy of Sciences, Addictions Reviews*, 1248(1), 107–123.
- ⁴³ Gossrau-Breen, D., Kuntsche, E., & Gmel, G. (2010). My older sibling was drunk – Younger siblings' drunkenness in relation to parental monitoring and the parent–adolescent relationship, *Journal of Adolescence*, 33(5), 643-652.
- ⁴⁴ Radtke, T., Keller, R., Krebs, H. et al. (2011). *Der Tabakkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in den Jahren 2001 bis 2009/10. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum*. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- ⁴⁵ Lovato, C., Watts, A., & Stead, L. F. (2011). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. Art. No.: CD003439. DOI: 10.1002/14651858.CD003439.pub2.
- ⁴⁶ Hurt, R. D., Offord, K. P., Croghan, I. T., et al. (1996). Mortality following in patient addictions treatment, *Journal of the American Medical Association*, 275(14), 1097–1103.
- ⁴⁷ Walsh, R. A., Bowman, J. A., Tzelepis, F., et al. (2005). Smoking cessation interventions in Australian drug treatment agencies: a national survey of attitudes and practices, *Drug and Alcohol Review*, 24(3), 235–244;
- ⁴⁸ Zullino, D. F., Besson, J., Favrat, B., et al. (2003). Acceptance of an intended smoking ban on an alcohol dependence clinic, *European Psychiatry*, 18(5), 255–257.
- ⁴⁹ Blättler, R., Dux, R., & Richter, F. Prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés en addiction: état des lieux et recommandations. Etat des lieux (Etape 2/4). Fachverband Sucht und GREA - Groupement Romand d'Etudes des Addictions, Juillet 2011. En ligne http://www.grea.ch/sites/default/files/Rapport_Tabac_GREA_FS.pdf (consulté le 29.05.2013).
- ⁵⁰ Fachverband Sucht et GREA - Groupement Romand d'Etudes des Addictions. Prise en compte du tabagisme dans les lieux spécialisés en addiction. Recommandations. Berne, 23 avril 2012. En ligne http://www.grea.ch/sites/default/files/recommandations_tabac_final.pdf (consulté le 29.05.2013).
- ⁵¹ Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall, S. M. (2004). A meta-analysis of smoking cessation Intervention with individuals in substance abuse treatment or recovery, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1144-56.
- ⁵² *Ibid.*
- ⁵³ Kalman, D., Kim, S., DiGirolamo, G., et al. (2010). Addressing tobacco use disorder in smokers in early remission from alcohol dependence. *Clinical psychology Review* 30: 12-24.
- ⁵⁴ Joseph, A. M., Willenbring, M. L., Nugent, S. M., et al. (2004). A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment, *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6), 681–691.
- ⁵⁵ Kalman, D. Kakler, C.W., Garvey, A.J. et al. (2006). High-dose nicotine patch therapy for smokers with a history of alcohol dependence : 36-week outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30 : 213-217.
- ⁵⁶ *Ibid.*
- ⁵⁷ Hughes, J. R. (2013). An updated algorithm for choosing among smoking cessation treatments, *Journal of Substance abuse* 2013 ;45(2):215-21. doi: 10.1016/j.jsat.2013.01.011. Epub 2013 Mar 19.
- ⁵⁸ Hughes, J. R., & Kalman, D. (2006). Do smokers with alcohol problems have more difficulty quitting?, *Drug and Alcohol Dependence*, 82(2), 91-102.
- ⁵⁹ Hertling, I., Ramskogler, K., Dvorak, A., et al. (2005). Craving and other characteristics of the comorbidity of alcohol and nicotine dependence, *European Psychiatry*, 20(5-6), 442–450;
- ⁶⁰ Ziedonis, D., et al. (2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders, *Nicotine & Tobacco Research*, 10(12), 1691-1715.
- ⁶¹ Ait-Daoud, N., Lynch, W.J., Penberthy, J.K., et al. (2007). Treating smoking dependence in depressed alcoholics, *Alcohol Research & Health*, 29(3), 213–220.
- ⁶² Hughues, J. R., Novy, P., Hatsukami, D. K., et al. (2003). Efficacy of nicotine patch in smokers with a history of alcoholism, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(6), 946-954;
- ⁶³ Cooney, N. L., Cooney, J. L., Pery, B. L., et al. (2009). Smoking cessation during alcohol treatment : a randomized trial of combination nicotine patch plus nicotine gum, *Addiction*, 104(9), 1588-1596.
- ⁶⁴ Mitchell, J. M., Teague, C. H., Kayser, A. S., et al. (2012). Varenicline decreases alcohol consumption in heavy-drinking smokers, *Psychopharmacology (Berl)*, 223(3), 299-306. doi: 10.1007/s00213-012-2717-x. Epub 2012 May 1.
- ⁶⁵ McKee, S. A., Young-Wolff, K. C., Harrison, E. L., et al. (2013). Longitudinal associations between smoking cessation medications and alcohol consumption among smokers in the International Tobacco Control Four Country survey, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(5), 804-810. doi: 10.1111/acer.12041. Epub 2012 Dec 14.;
- ⁶⁶ Litten, R. Z., Ryan, M. L., Fertig, J. B., et al. (2013). A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial Assessing the Efficacy of Varenicline Tartrate for Alcohol Dependence, *Journal of Addiction Medicine*. [Epub ahead of print]
- ⁶⁷ Kalman, D., Herz, L., Monti, P., et al. (2011). Incremental efficacy of adding bupropion to the nicotine patch for smoking cessation in smokers with a recent history of alcohol dependence: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled study., *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3):111-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.03.005. Epub 2011 Apr 19.