



L'abus de substances, une maladie masculine?

Drs MONIKA EGERVARINE RADVANYI^a, KYRIAKI GKOUFA^a et THIERRY FAVROD-COUNE^a

Rev Med Suisse 2016; 12: 1602-6

Pour des raisons biologiques et sociales, les hommes doivent répondre à des attentes de performance, de compétitivité et de prise de risques. Cela les expose à la consommation de substances, abus et dépendances, dans un cadre social, récréatif, ou pour augmenter leur performance. La prévalence de consommation est globalement supérieure chez les hommes (deux hommes pour une femme). Cet article propose une description des différences de genre dans la consommation des principales substances et des conseils pour le dépistage et une prise en charge adaptée. Il s'agit principalement d'un cadre permettant une identification, de favoriser le choix du genre du soignant, de travailler en collaboration de même qu'en utilisant d'autres moyens que la parole. L'image traditionnelle de l'homme sera discutée et nuancée.

Substance abuse: a men's disease?

For biological and social reasons, men have to face pressure and incentives towards competitiveness, performance and risk seeking behaviours. These put them at risk for substance use, abuse and dependence, also in a recreational context, to improve their performances. Men's substance use is therefore significantly higher compared to women (2/3 of the global prevalence). The purpose of this paper is a description of gender differences in substance use and advice to provide state of the art screening and care of male patients. Recommendations for a «men-friendly» consultation include: provide a space where men feel comfortable; if possible, give the choice between a male or a female practitioner; use other communication media than language only; discuss and put in perspective the traditional male image; and collaborate with the patient.

INTRODUCTION, GÉNÉRALITÉS

La consommation excessive de substances représente un important facteur de risque pour de nombreux problèmes physiques, psychiques et sociaux. En particulier, le tabac et l'alcool sont parmi les premiers facteurs de risque évitables dans les sociétés de type «occidentale» causant, en Suisse, respectivement 9000¹ et 1600² décès par année. La consommation de substances et les dépendances sont nettement plus fréquentes chez les hommes, avec deux exceptions, une pour le tabac chez les moins de 25 ans, où la consommation s'est récemment

équilibrée (mais reste supérieure chez l'homme adulte), et une autre pour les tranquillisants et les antalgiques, nettement plus prévalents chez les femmes (tableau 1).³

^aUnité des dépendances, Service de médecine de premier recours, HUG, 1211 Genève 14
thierry.favrod-coune@hcuge.ch | kyriaki.gkoufa@hcuge.ch
monika.egervarineradvanyi@hcuge.ch

Une des explications possibles de cette différence est que beaucoup d'hommes vivent un conflit entre les exigences traditionnelles du chasseur et défenseur, accompagnées d'autres souvent excessives véhiculées par la société, et sa définition personnelle de la masculinité, avec ses zones de sensibilité et de faiblesse.⁴ La tendance globale de surconsommation chez l'homme pourrait être liée à d'autres comportements spécifiques, tels que prise de risques et recherche de sensations fortes (nommée communément «sensation seeking»). Des facteurs constitutionnels (hormonaux) ou sociaux (exposition à certains milieux professionnels et aux pairs) pourraient également jouer un rôle dans cette répartition inégale des consommations de substances.⁵ En cas de problèmes liés aux comportements addictifs, les hommes consultent plus tard et plutôt pour des motifs extra-sanitaires (problèmes au travail, ou juridiques).⁶ Il est à noter que si la prévalence de consommation est plus grande chez les hommes, la propension à devenir dépendant ne l'est pas: la proportion entre les consommateurs non dépendants et dépendants est la même entre les hommes et les femmes.

Les hommes les plus à risque de consommation de substances sont ceux dont le modèle masculin, paternel, a été absent ou faible lors de l'éducation et la mère pas rarement consommatrice (excessive ou dépendante) elle-même.

Le statut marital joue également un rôle, puisque les consommateurs les plus à risque sont moins fréquemment mariés.⁷ Suite au mariage, la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis diminue et la survie augmente. Cela serait dû à une propension des femmes pour des comportements promoteurs de santé et pour le développement de liens sociaux. En plus du statut marital, les hommes mariés ont également plus de chance d'avoir un emploi, ce qui exerce un fort impact positif sur la survie.⁸



TABLEAU I	Répartition entre genre des dépendances (ou consommations*)	
	Hommes	Femmes
Alcool	2/3	1/3
Tabac	2/3	1/3
Cannabis* (dernier mois)	3/4	1/4
Substances illicites	2/3	1/3
Jeux de hasard et d'argent	9/10	1/10
Stimulants, dopage*	4/5	1/5
Somnifères, tranquillisants	1/3	2/3
Troubles de l'alimentation	1/10	9/10

Dans cet article, nous allons exposer les différences de genre pour les principales substances, tenter de dégager certains facteurs pouvant influencer ce phénomène et, enfin, donner des recommandations pour la pratique, en termes de dépistage et de prise en charge adaptée.

DIFFÉRENCES DE GENRE POUR LES PRINCIPALES SUBSTANCES (ÉPIDÉMIOLOGIE, FAITS MARQUANTS)

Alcool

En 2014, 87,5% de la population suisse, âgée de 15 ans et plus, consommait de l'alcool. Plus d'un cinquième des habitants (> 20%) présentait des épisodes de forte consommation dans le dernier mois (soit en une occasion, quatre verres standards (40 g) ou plus pour les femmes, cinq verres standards (50 g) ou plus pour les hommes), mais cela concernait deux fois plus d'hommes que de femmes. Par contre, la consommation chronique à risque (soit > 40 g d'alcool chaque jour pour les hommes et > 20 g chaque jour pour les femmes) a été observée chez 4,2% de la population avec prédominance subtile pour les femmes.⁹

Contrairement à la consommation excessive, une consommation très modérée d'alcool (1 à 2 verres standards maximum 6 jours sur 7 pour les hommes) confère vraisemblablement un effet protecteur cardiovasculaire et diminue la prévalence de diabète, ce qui est intéressant pour les hommes, leur sexe étant un facteur de risque cardiovasculaire. Les études épidémiologiques les plus récentes tendent toutefois à montrer que cet effet est limité aux hommes entre 30 et 65 ans et aux femmes de plus de 65 ans.¹⁰

Tabac

En Suisse en 2014, près d'un quart de la population âgée de plus de 15 ans fumait. Même si l'écart diminue, le tabagisme reste plus fréquent chez les hommes (28,8 versus 21,1% des femmes adultes).¹¹ Le nombre de cigarettes consommées par jour est également plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Les plus importants déterminants de ce phénomène sont socio-économiques, soit un niveau d'éducation et un revenu moins élevés. La répartition homme-femme pour les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon est de 75,5 et 62% respectivement.¹²

Cannabis

En Suisse, selon l'enquête du CoRoLAR de 2014,¹³ 3% des personnes interrogées avaient utilisé du cannabis dans les 30 derniers jours, ce chiffre augmentant à 5% chez les 25 à 34 ans et à 9,4% chez les jeunes de 15 à 19 ans. La prévalence de consommation de cannabis est quatre fois plus importante chez les hommes.

Un plus jeune âge, le sexe masculin, des conditions socio-économiques défavorables, comme le chômage, la relation parentale médiocre et le célibat sont des facteurs de risque de consommation. Les hommes sont aussi plus souvent multi-consommateurs.¹⁴

Les conséquences somatiques sont l'atteinte du système respiratoire avec une bronchite chronique et une altération de la fonction respiratoire, une augmentation du risque de cancer du poumon et du risque cardiovasculaire en cas de cardiopathie préexistante. Comme mentionné ci-dessus, toutes ces pathologies ont une spécificité masculine.

Stimulants et anabolisants (Performance enhancing drugs (PED))

La consommation de médicaments, substances psychotropes et de produits pour améliorer la performance est fréquente dans les milieux du sport et du travail. Pourtant, les études scientifiques à la recherche d'amélioration des performances, effectuées sur les sujets sains, n'ont globalement pas permis d'en trouver, en présence de risques ou d'effets indésirables.¹⁵ L'homme célibataire s'avère être particulièrement à risque pour l'utilisation de tels produits.

Le terme PED (substances qui améliorent les performances) se réfère à toute substance consommée dans un but d'amélioration de performances sportives, de l'apparence physique, de performances dans la vie ou encore professionnelle. Ces substances sont nombreuses et peuvent être attribuées à



l'une ou l'autre de ces deux catégories: les PED hormonaux et les PED non hormonaux.

Les PED hormonaux comprennent en principe les stéroïdes androgènes anabolisants, hormones de croissance, thyroïdienne et autres. Leur utilisation, très souvent illégale et considérée comme du dopage, est plus souvent retrouvée au sein des groupes sociaux bien distinctifs, comme par exemple les athlètes professionnels et de haut niveau, les bodybuilders, etc.

Au contraire, parmi les PED non hormonaux, se trouvent des substances beaucoup plus répandues dans notre société et utilisées par un beaucoup plus grand nombre de personnes. L'exemple le plus emblématique est la caféine, substance psychotrope stimulante retrouvée dans le café ou les boissons énergisantes, parfaitement acceptée socialement, ne créant pas ou très rarement une dépendance. Les autres sont les stimulants illicites (amphétamine, cocaïne, méthamphétamine,...) ou les extraits de plante (Khat).

PED hormonaux

Ce groupe de substances contient principalement les substances stéroïdes androgènes anabolisantes (testostérone, androgènes synthétiques comme la trenbolone, la boldenone, le stanozolol et la nandrolone), les anti-œstrogènes, les inhibiteurs de l'aromatase, l'hormone chorionique gonadotrope humaine (hCG), et l'hormone de croissance.

L'augmentation de leur utilisation a été telle dans les dernières années qu'elle est actuellement considérée comme un problème important de santé publique.¹⁶

Contrairement à ce qu'on pourrait imaginer, leur utilisation de nos jours est répandue en dehors du milieu des sportifs professionnels et de haut niveau pour toucher de larges groupes sociaux et certains métiers de force (militaires, policiers, pompiers). Les hommes sont touchés jusqu'à 10 fois plus que les femmes, mais ces chiffres pourraient varier énormément selon la région géographique concernée.

Il est important de souligner qu'un tiers des utilisateurs d'hormones vont finalement développer des symptômes physiques de manque à l'arrêt et parmi eux la grande majorité sont des hommes. Un facteur de risque important est une autre dépendance coexistante (héroïne, alcool, tabac) et/ou des problèmes psychiatriques associés. La dépendance physique est très souvent associée à une dépendance psychologique notamment chez des sujets souffrant en même temps de troubles de l'image corporelle (dysmorphophobie).

Les effets secondaires de l'utilisation des PED hormonaux et notamment des stéroïdes androgènes anabolisants sont cités dans le **tableau 2**.

PED non hormonaux

Les PED non hormonaux sont surtout consommés par la population générale. Il s'agit d'une très vaste gamme de substances (**tableau 3**). Le tabac est traité ci-dessus, mais la nicotine produit des effets qui permettent aussi de la considérer dans cette catégorie.¹⁷

La différence entre cette catégorie de substances et la précédente est le fait qu'il s'agit souvent de substances légales (hormis les drogues: cocaïne/amphétamines) et socialement acceptables. Il s'agit des produits dont l'accessibilité est beau-

TABLEAU 2	Effets secondaires et complications des stéroïdes anabolisants
-----------	--

Cardiovasculaires

- Coronaropathie
- Cardiomyopathie
- Erythrocytose
- Coagulopathie
- Dyslipidémie
- Hypertension

Infectieuses (partage de matériel et produits contaminés)

- VIH
- Hépatites B et C
- Staphylocoques dorés résistant à la méticilline (SARM)
- Abscess cutanés

Musculosquelettiques

- Rupture des tendons

Neuropsychiatriques

- Dysthymie majeure
- Aggressivité, violence
- Dépendance

Endocriniens

- Hypogonadisme (souvent après l'arrêt)
- Gynécomastie
- Acné
- Clôture prématurée des épiphyses (pendant la puberté)
- Risque de cancer de la prostate

Hépatiques (quelques androgènes synthétiques)

- Cholestase
- Néoplasies hépatiques
- Peliosis hepatis (angiomes)



TABLEAU 3	Liste (non exhaustive) de PED non hormonaux
<ul style="list-style-type: none"> • Caféine • Nicotine • Ephédrine • Méthylphénidate • Modafinil • Amphétamines • Cocaïne 	<ul style="list-style-type: none"> • Créatine • Taurine • Suppléments nutritionnels • Inhibiteurs de la 5-phosphodiesterase • Bêtabloquants • Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)

coup plus facile que dans la catégorie précédente (vendus comme aliments, ou prescrits par les médecins dans certains cas, comme la dextroamphétamine pour le traitement des troubles du déficit de l'attention, TDHA) ou le modasomil, indiqué en Suisse pour traiter la somnolence diurne des apnées du sommeil. Le stimulant le plus répandu et socialement acceptable est la caféine et les produits associés dans les boissons énergisantes.

Drogues de synthèse et festives

Certains sous-groupes, notamment des personnes jeunes lors des soirées festives et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, semblent à risque pour la consommation de drogues de synthèse, de façon discontinue mais parfois intensive. Il s'agit en particulier d'ecstasy (MDMA), cocaïne, kétamine, poppers (nitrite d'amyle), GHB/GBL, etc. Cela peut être lié à d'importantes prises de risque sur le plan sexuel.

DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE

Généralités

Il ne serait pas pertinent ou possible d'aborder ici les principes généraux de prise en charge des problèmes liés à chaque substance. Nous allons proposer des moyens de dépistage et discuter de points spécifiques à la prise en charge des hommes.

Très simplement, des mesures d'accès aux soins et d'accueil sont importantes, en ayant réfléchi à la spécificité du genre. Les horaires de consultation, l'équipement de la salle d'attente et le personnel du cabinet/centre de soins devraient donc être également orientés vers les hommes de façon spécifique (ouverture tôt le matin, entre 12 et 14 heures ou en fin de journée, revues adaptées, disposition de personnel homme ou femme selon la préférence du patient, formation du personnel).⁴

Le principal outil de dépistage reste l'anamnèse de consommation (tabac, alcool, autres substances), en s'intéressant à la

fréquence et la quantité, suivi de l'examen clinique. Un test de dépistage concernant toutes substances peut aussi être utilisé: l'ASSIST développé par l'OMS.¹⁸ Il permet de définir si le patient nécessite un simple conseil, un suivi non spécialisé ou un suivi spécialisé.

Les formes particulières de dépression chez l'homme, causes ou conséquences des consommations de substances, devront être recherchées; nous vous référerons à un autre article (A. Gerber et coll. Dépression masculine) dans ce numéro de la RMS.

Concernant la prise en charge globale, il apparaît que l'impression de garder le contrôle et décider par soi-même soient des éléments déterminants pour les hommes. Pour cette raison, l'utilisation de l'intervention brève (tableau 4) est particulièrement recommandée.¹⁹ L'approche motivationnelle²⁰ est également centrée sur l'autonomie du patient et peut être utilisée en privilégiant l'évocation sur la proposition de solution ou la suggestion. L'exploration des valeurs du

TABLEAU 4	L'intervention brève
-----------	----------------------

* Nouvelle étape proposée.¹⁹

Agenda*	S'assurer de l'accord du patient Définir le comportement à discuter en priorité
Evaluer (Assess)	Explorer l'ambivalence, en cherchant à faire surgir du discours en faveur du changement (raisons de changer, confiance en soi) Comprendre le vécu: les croyances, représentations, connaissances et expériences antérieures Evaluer la consommation (fréquence, quantités)
Aviser, conseiller (Advice)	Informar en respectant les 3 phases (explorer, informer, explorer à nouveau)
Accord, négocier (Agree)	Définir ensemble des objectifs (réalistes et atteignables) en précisant la première étape Clarifier les méthodes de changement
Aider (Assist)	Clarifier et valoriser les ressources internes (qualités, ressources) et externes (réseau, entourage, soignants) Anticiper les barrières
Arranger, organiser (Arrange)	Définir les modalités de suivi Définir les méthodes d'évaluation des résultats et le calendrier

TABLEAU 5	Les 4 principes de l'entretien motivationnel ²⁰
-----------	--

- Faire preuve d'empathie (être avec et pour le patient)
- Augmenter l'auto-efficacité (*empowerment*)
- Rouler avec la résistance (ne pas contre-argumenter)
- Développer la divergence



patient fait partie intégrante de l'entretien motivationnel, en cela qu'elle permet d'augmenter la divergence entre ce que fait le patient et ce qu'il voudrait faire (un des quatre principes de l'entretien motivationnel, **tableau 5**). Dans le contexte masculin, cette discussion autour des valeurs du patient peut lui permettre de prendre éventuellement une certaine distance avec les stéréotypes ou fausses valeurs véhiculées dans l'inconscient collectif (image caricaturale de la masculinité).

Une question spécifique à aborder dans le contexte de l'alcool pour les hommes est la question de problèmes de violence ou juridiques associés (y compris permis de conduire), la majorité des délits étant perpétrés par des hommes, la moitié d'entre eux sous l'emprise de l'alcool. Enfin, l'effet défavorable de l'alcool sur les androgènes et l'érection peut être abordé.

De façon spécifique pour le tabac, il semble que l'association varénicline et bupropion ait une efficacité particulière pour les hommes, ce traitement étant réservé en principe aux hommes qui n'ont pas eu de succès après substitution de nicotine, ou monothérapie par bupropion ou varénicline.²¹ Dans le contexte vasculaire, une amélioration de l'érection peut survenir après l'arrêt du tabac.

D'une façon spécifique chez les hommes, le cannabis, surtout en début de consommation, peut affecter négativement la fertilité masculine, mais les effets à long terme semblent s'estomper.

Dans la prise en charge des anabolisants ou autres hormones (**tableau 6**), une discussion spécifique sur la vision de la masculinité est certainement recommandée, ainsi que le rôle

TABLEAU 6		Dépistage chez les patients qui utilisent des PED
Substances	Éléments anamnestiques ou cliniques/dépistage	
Stéroïdes androgènes anabolisants	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation anormale du volume musculaire • Gynécomastie • Atrophie testiculaire • Diminution de la densité du sperme (liquide plus aqueux) • Rupture spontanée ou très facile des tendons par rapport au mécanisme et leur corpulence • Erythroïtose augmentée (hématocrite augmenté) • LH et FSH diminuées 	
Hormone de croissance	<ul style="list-style-type: none"> • Insulinorésistance (résistance au glucose) • Diabète • Hypertension artérielle • Cardiomégalie • Myopathie 	
Insuline et IGF-1	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoglycémies 	
Erythropoïétine	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des événements cardiovasculaires • Hypertension artérielle • Anémie auto-immune • Polycythémie 	

négatif des androgènes sur la taille des testicules. L'augmentation de l'agressivité et de la violence peut également représenter un levier motivationnel pour l'arrêt de la prise.

Pour la consommation de substances illicites, il est de première importance de promouvoir l'arrêt de toute prise par voie percutanée et de discuter de prise orale si un arrêt n'est pas envisageable. Enfin, des mesures de réduction des méfaits doivent être proposées, en particulier les mesures de nettoyage des mains, désinfection et utilisation de matériel propre doivent être promues si l'injection est inévitable.

Tous les stimulants provoquent selon la dose des troubles érectiles par vasoconstriction et des difficultés de remplissage des corps caverneux. Ils peuvent également exercer un impact défavorable sur l'irritabilité et les comportements violents, permettant de promouvoir le changement pour les hommes concernés par ces problèmes.

CONCLUSION

Pour des raisons complexes, en partie biologiques, en partie véhiculées par un certain a priori sur la masculinité dans nos sociétés, les hommes ont une propension particulière à la consommation de substances. En dépit de l'image de force et de solidité de l'homme, cela le met à risque de conséquences négatives bio-psycho-sociales et le fragilise dans sa santé et ses rapports interpersonnels. Les hommes ont tendance à



consulter tard et pour des raisons extrasanitaires.

Dans ce contexte, il est primordial pour les médecins de premier recours d'être familiarisés avec ce phénomène, de dépister activement les consommations de substances chez leurs patients masculins, en particulier dans quelques sous-groupes, et leur offrir une prise en charge, non seulement habituelle, mais également en tenant compte des spécificités de genre.

Le médecin a donc son rôle à jouer dans le refus d'une simplification excessive du caractère masculin et d'aider chaque homme à avoir une vision nuancée de sa propre personne, sans oublier la part de féminité présente dans chaque individu masculin.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les hommes ont une plus grande prévalence de consommation de substances, dans les grandes lignes dans un ratio de 2 hommes pour 1 femme
- Le dépistage des consommations revêt une importance toute particulière chez les hommes, avec une attention particulière pour les problèmes de violence
- L'accès aux soins doit être facilité pour les hommes et la prise en charge doit mettre au centre l'autonomie et la décision partagée avec le patient, pour qu'il puisse garder un certain contrôle

- 1 Office fédéral de la statistique (OF5) (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. Alcohol-attributable mortality in Switzerland in 2011 – Age-specific causes of death and impact of heavy versus non-heavy drinking. *Swiss Medical Weekly* 2014;144:w13947.
 - 3 Addiction Suisse, Genre et addiction. www.addictionsuisse.ch/genre
 - 4 ** Buchmann M, Ernst ML, Kaeslin B. Prise en charge adaptée aux besoins spécifiques des femmes et des hommes. Guide à l'intention des conseillers et des conseillères dans le domaine des dépendances. Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2012, 14p.
 - 5 Connell RW. Der gemachte Mann. Konstruktion und Krise von Männlichkeiten. Leske + Budrich, Opladen, 1999.
 - 6 * Graf M, Annahein B, Messerli J. Genre masculin et dépendances: données de base et recommandations. Editeur: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, Lausanne, 2006, 140p.
 - 7 Merline AC, Schulenberg JE, O'Malley PM, Bachman JG, Johnston LD. Substance use in marital dyads: Premarital assortment and change over time. *J Stud Alcohol Drugs* 2008;69:352-61.
 - 8 Rendall MS, Weden MM, Favreault MM, Waldron H. The protective effect of marriage for survival: A review and update. *Demography* 2011;48:481-506.
 - 9 Office fédéral de la santé publique OFSP. Consommation d'alcool en Suisse en 2014.
 - 10 * Knott CS, et al. All cause mortality and the case for age specific alcohol mortality. *BMJ* 2015;350:h384.
 - 11 Jamal A, Homa DM, O'Connor E, et al. Current cigarette smoking among adults – United States, 2005-2014. *Morb Mortal Wkly Rep* 2015;64:1233-40.
 - 12 Observatoire suisse de la santé (éd.) (2015) La santé en Suisse – Le point sur les maladies chroniques. Rapport national sur la santé 2015. Berne: Hogrefe Verlag.
- www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/rapportsante_2015_f.pdf
- 13 Monitoring suisse des addictions. Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illégales en Suisse en 2013. Addiction Suisse 2014. www.suchtmonitoring.ch/docs/library/gmel_iklugstnesun.pdf
 - 14 Fattore L, Fratta W. How important are sex differences in cannabinoid action? *Br J Pharmacol* 2010;160:544-8.
 - 15 Dopage au quotidien: mythe ou réalité? *Addiction Suisse*, juin 2012. www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Dopage_quotidien.pdf
 - 16 Brennan R, Wells JS, Van Hout MC. The injecting use of image and performance-enhancing drugs (IPED) in the general population: A systematic review. *Health Soc Care Community* 2016; epub ahead of print.
 - 17 Favrod-Coune T, Broers B. The health effect of psychostimulants: A Literature Review. *Pharmaceuticals* 2010;3:2333-61.
 - 18 www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french.pdf
 - 19 Sommer J, Rieder-Nakhé A, Gache P. L'intervention brève motivationnelle au cabinet du médecin de premier recours. *Rev Med Suisse* 2007;3:2162-6.
 - 20 www.entretienmotivationnel.org/entretienmotivationnel
 - 21 Rose JE, Behm FM. Combination treatment with varenicline and bupropion in an adaptive smoking cessation paradigm. *Am J Psychiatry* 2014;171:1199-205.

* à lire

** à lire absolument