

La gestion du sevrage du tabac en médecine générale

Management of smoking cessation in general practice

N. Kacenenbogen

D.M.G.-U.L.B.

RESUME

Le tabac constitue un grave problème de santé publique engendrant en Belgique 20.000 morts chaque année rien que pour la tranche d'âge située entre 35 et 69 ans. C'est la raison pour laquelle tout médecin généraliste devrait se sentir concerné et ce d'autant plus qu'il existe un faisceau de preuves de haut niveau démontrant que certaines attitudes extrêmement simples mais systématiques telles que l'identification des fumeurs, le conseil d'arrêt du tabac, de même que l'accompagnement au sevrage peuvent être très efficaces. Cet article de synthèse propose l'ensemble des attitudes validées et adaptées aux soins primaires pour la gestion du sevrage du tabac visant à la fois les patients adultes et les adolescents.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 359-71

ABSTRACT

Tobacco is a major health problem leading to 20.000 deaths between the ages of 35 and 69 each year in Belgium. This is the reason why all general practitioners should be concerned about this problem and mainly because there is existing evidence that some of their simple professional attitudes accompanying smoking cessation could be effective. This article proposes all valid attitudes adapted for the management of smoking cessation in primary care, not only for adults but also for adolescents.

Rev Med Brux 2009 ; 30 : 359-71

Key words : tobacco smoking, smoking cessation, general practitioner, motivational interviewing

INTRODUCTION

Le tabac est une drogue licite ; toute personne de plus de 16 ans garde le droit d'acheter ce produit et, à condition de respecter les interdictions de fumer dans les endroits publics, les écoles et les lieux de travail, rien n'empêche qui que ce soit de consommer cigares, pipes ou cigarettes. Fumer reste donc un comportement " normal " appartenant en outre à la sphère privée de tout citoyen. Cependant, d'un point de vue médical, fumer du tabac est une conduite à haut risque pour soi-même et pour les autres, engendrant un problème grave de santé publique. C'est la raison pour laquelle tout médecin généraliste devrait se sentir concerné et ce d'autant plus qu'il est prouvé que ses interventions ont un impact irremplaçable dans ce domaine. Cet article propose l'ensemble des attitudes validées et adaptées aux soins primaires pour la gestion du sevrage du tabac.

LE TABAGISME : ETAT DES LIEUX

Quelques chiffres

Dans les pays occidentaux la proportion de tous les décès dus au tabagisme est de 24 % chez l'homme et de 7 % chez la femme. En Europe, cela représente 1 décès sur 7 et en Belgique en moyenne 20.000 morts chaque année rien que pour la tranche d'âge située entre 35 et 69 ans¹. Il ne fait donc aucun doute que, dans nos régions, cette assuétude représente, comme pour l'hypertension ou l'alcool, une des premières causes de mort prématurée ou d'invalidité avec plus de 4 % de DALY (*disability adjusted life years*)². Pour notre pays, une des sources les plus sûres en matière d'épidémiologie du tabagisme reste l'Institut Scientifique de la Santé Publique dont la dernière enquête, faite en 2004 auprès de 10.000 résidents belges âgés de 15 ans au moins, révèle notamment les faits suivants³ :

- Il y a chez nous 28 % de fumeurs dont 24 % de fumeurs quotidiens.
- Les fumeurs quotidiens consomment en moyenne 17 cigarettes par jour mais 10 % d'entre eux fument plus de 20 cigarettes par jour.
- L'usage régulier de tabac commence vers l'âge de 17 ans, cependant 10 % des fumeurs ont commencé à fumer dès l'âge de 14 ans.
- Les hommes sont toujours plus nombreux à fumer (30 %) que les femmes (25 %).
- La consommation de tabac est plus importante parmi les groupes de personnes de faible niveau d'instruction.

Particulièrement en lien avec notre propos, ces travaux révèlent aussi qu'un cinquième des non-consommateurs, sont des ex-fumeurs.

Conséquences négatives liées au tabac, y compris d'ordre éthique et économique

D'importantes études épidémiologiques ont démontré qu'un fumeur sur deux meurt d'une pathologie liée au tabac et en moyenne 14 ans avant le non-fumeur⁴. Les principales causes de cette surmortalité sont connues ; les maladies cardiovasculaires, la BPCO et le cancer du poumon. En réalité, de nombreuses preuves révèlent le lien causal entre le tabagisme et beaucoup d'autres pathologies oncologiques et/ou respiratoires, les effets négatifs sur l'appareil reproducteur, la minéralisation osseuse, la vue et la sexualité notamment (tableau 1). Les risques pour les personnes exposées au tabagisme passif sont également bien documentés. Il s'agit entre autres du retard de croissance du fœtus, des complications à la naissance, des décès périnataux et morts subites du nourrisson, de même que les affections respiratoires hautes et basses tant pour l'enfant que pour l'adulte exposé passif (tableau 2). La connaissance exhaustive de ces risques est un préalable important pour le médecin dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac ; cela lui permet d'adapter les informations qu'il fournit à son patient fumeur en fonction de son âge, son sexe et la période de vie. Par exemple, une jeune maman sera sans doute plus sensible au risque de mort subite de son nouveau-né qu'au risque pour elle-même d'insuffisance coronarienne éventuelle dans les 20 ou 30 ans à venir. D'autres conséquences n'ayant pourtant pas d'impact sur le pronostic vital, concourent, pour certains patients, à leur décision d'arrêter la cigarette : le sentiment d'être " prisonnier ", l'inconfort lié aux symptômes de manque dans les situations de plus en plus nombreuses où il est interdit de fumer, la diminution de l'odorat et du goût, la mauvaise haleine, les rides précoces, l'odeur corporelle de tabac, etc. Par ailleurs, consommer du tabac coûte cher : si l'on considère le prix de 5 euros pour un paquet de 25 cigarettes, la perte annuelle pour un fumeur moyen (17 cigarettes/j) revient à près de 1.250 euros. Enfin, il existe des implications éthiques liées à l'achat du tabac auxquelles maints patients seront sensibles et notamment le fait que l'industrie du tabac vend ses produits sans respect pour la santé d'autrui et y compris

des enfants, sans hésiter à exercer des " pressions " d'ordre économique à l'égard d'autres industries⁵ mais aussi à l'encontre des états organisant des campagnes pour lutter contre cette assuétude⁶.

AGIR CONTRE LA CONSOMMATION DU TABAC

Avantages de l'arrêt du tabac

La prévention primaire consiste à diminuer au maximum le nombre de nouveaux usagers du tabac et vise particulièrement les jeunes (voir *infra*). La prévention secondaire consiste à encourager l'arrêt de la consommation tabagique qui est l'intervention la plus efficace sur la santé du fumeur, à court et à long terme (tableau 3). Notons que, plus l'arrêt du tabac survient tôt dans la vie, plus important sera le bénéfice obtenu (tableau 4). Cependant, stopper la cigarette même après 65 ans réduit encore significativement les complications⁷. Plus encore que le savoir exhaustif des complications liées au tabac, une connaissance optimale des bénéfices à court et long terme grâce au sevrage, constitue une somme d'arguments précieux pour le généraliste afin d'encourager son patient.

La " dénormalisation " du tabac : rôle de l'Etat

Face à une telle morbidité et mortalité liées à un comportement si répandu, seul un travail concerté à différents niveaux de la société civile est réellement efficace. En cette matière, l'Etat joue un rôle primordial en suscitant une " dénormalisation " de la cigarette grâce à différentes actions dont l'efficacité a pu être démontrée par de nombreux travaux⁸ : les lois limitant les lieux où l'on peut fumer, les augmentations des taxes du tabac, l'interdiction de la publicité et de la vente de ces produits aux moins de 16 ans, l'organisation répétée de larges campagnes médiatiques, etc.

L'arrêt du tabac : rôles potentiels du généraliste

La cigarette est responsable d'une addiction souvent importante, raison pour laquelle le fumeur nécessite un accompagnement spécifique pour avoir une chance d'arrêter sa consommation. Pourtant la majorité des médecins n'agissent pas systématiquement sur le statut tabagique de leurs patients et les raisons en sont bien connues :

- Le style de vie du médecin lui-même (> 3 verres d'alcool par jour, sédentarité, méconnaissance de sa propre tension artérielle, etc.) constitue une barrière possible à son action dans le domaine de la prévention⁹.
- Le praticien signale son manque de temps et d'intérêt, d'autant plus qu'il croit qu'une stratégie d'approche globale de ses patients tabagiques est inefficace car non en lien avec une pathologie due spécifiquement au tabac¹⁰.

Or il existe un faisceau de preuves de haut niveau démontrant que certaines attitudes extrêmement simples mais systématiques telles que l'identification

Tableau 1 : Risques pour le fumeur⁴.

<u>Maladies cardiovasculaires</u>	<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral <input type="checkbox"/> Athérosclérose <input type="checkbox"/> Maladie coronaire <input type="checkbox"/> Anévrisme de l'aorte abdominale
<u>Cancers</u>	<input type="checkbox"/> Poumon <input type="checkbox"/> Vessie, reins et voies urinaires <input type="checkbox"/> Col de l'utérus <input type="checkbox"/> Œsophage <input type="checkbox"/> Larynx, pharynx, cavité buccale <input type="checkbox"/> Pancréas <input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde aiguë
<u>Affections respiratoires</u>	<input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Infections respiratoires <input type="checkbox"/> Pneumonies
<u>Atteinte à la procréation</u>	<input type="checkbox"/> Réduction de la fertilité féminine <input type="checkbox"/> Efficacité réduite de 50 % de FIV <input type="checkbox"/> Rupture prématurée des membranes <input type="checkbox"/> Placenta prævia <input type="checkbox"/> Rupture placentaire <input type="checkbox"/> Accouchement prématuré
<u>Divers</u>	<input type="checkbox"/> La cataracte <input type="checkbox"/> La perte de densité osseuse <input type="checkbox"/> Les fractures du col <input type="checkbox"/> L'impuissance masculine <input type="checkbox"/> ...

des fumeurs, le conseil d'arrêt du tabac, de même que l'accompagnement au sevrage peuvent être très efficaces. En outre le généraliste est probablement le plus qualifié dans ce domaine et ce pour plusieurs raisons :

- Il est en contact permanent avec la quasi totalité de la population ; en effet, en 2004, 95 % de la population déclarait avoir un médecin généraliste attiré (ce pourcentage est en augmentation depuis

1997), auprès duquel 79 % de la population avait consulté au moins une fois au cours de cette même année. En fait, le nombre moyen de contacts avec généraliste, par personne et par an, est de 4,6³.

- Le généraliste a plus de chance d'aborder ses patients fumeurs avant qu'ils ne souffrent de complications liées à leur tabagisme.
- Grâce à son suivi à long terme, le médecin de famille peut renouveler régulièrement sa démarche

Tableau 2 : Risques liés au tabagisme passif.

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cancer pulmonaire RR : 1.29 (1.17-1.43) (43 études 1981-1999) Taylor <i>et al.</i> : Aust N Z J Public Health 2001 ; 25 : 203-11 <input type="checkbox"/> Cardiopathies coronariennes RR : 1.2 (nombreuses études) <input type="checkbox"/> AVC RR : 1.82 (1.34-2.49) Jaakkola Eur Respir J 2002 ; 19 : 172-81 <input type="checkbox"/> BPCO RR : 1.72 (1.31-2.23) après exposition dans l'enfance et à l'âge adulte Robbins <i>et al.</i> : Int J Epidemiol 1993 ; 22 : 809-17 <input type="checkbox"/> Asthme RR : 2.01 Ostro <i>et al.</i> : Am J Respir Crit Care Med 1994 ; 149 : 1400-6 	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Chez l'adulte</div>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RR (Risque Relatif) de bas poids à la naissance (< 2.500 g): <ul style="list-style-type: none"> - 1.30 si tabagisme pendant le 1^{er} trimestre - 1.70 si tabagisme aux 1^{er} et 2^{ème} trimestres - 1.90 si tabagisme pendant toute la grossesse <p>The Health Benefits of Smoking Cessation Report of the Surgeon General 1990 (USA) http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001801.htm</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Transplacentaire</div>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mort subite du nourrisson (40 articles) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tabagisme maternel prénatal 2.08 (1.96-2.21) ▪ Tabagisme paternel 1.63 (1.26-2.11) <input type="checkbox"/> Pathologies des voies respiratoires inférieures chez le nourrisson et le petit enfant (47 articles) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tabagisme d'un des parents 1.48 (1.40-1.57) ▪ Etudes sur les communautés 1.45 (1.34-1.59) ▪ Hospitalisation pour LRI 1.45 (1.27-1.66) <input type="checkbox"/> Prévalence de l'asthme (54 articles) <ul style="list-style-type: none"> - 1 parent fumeur <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asthme 1.17 (1.10-1.25) ▪ Sibilances 1.24 (1.19-1.30) ▪ Toux 1.33 (1.27-1.39) ▪ Dyspnée 1.31 (1.14-1.50) - 2 parents fumeurs <ul style="list-style-type: none"> ▪ Asthme 1.52 (1.34-1.72) ▪ Sibilances 1.40 (1.29-1.51) ▪ Toux 1.61 (1.50-1.73) <input type="checkbox"/> Pathologie oreille moyenne (42 articles) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Otite moyenne récidivante 1.41 (1.19-1.65) ▪ Epanchement oreille moyenne 1.38 (1.23) <p>Report of Scientific Committee on Tobacco and Health, UK ; March 1998 : http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/tobacco/contents.htm</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Chez l'enfant</div>

vis-à-vis du tabac comme pour toutes ses actions de prévention.

- La confiance du patient envers son généraliste facilite les interventions personnalisées plus efficaces pour l'arrêt du tabac et la prévention des rechutes.

Rappelons cependant deux points importants :

- Concernant la problématique tabagique, le généraliste est potentiellement compétent à tous les niveaux. Chaque médecin peut cependant s'y investir de manière différente et par exemple être proactif en termes de prévention primaire et

d'information auprès des patients fumeurs tout en référant systématiquement pour l'accompagnement au sevrage.

- Comme pour toute action de prévention, le généraliste n'est pas tenu de réussir son intervention. En l'occurrence ici, arrêter de fumer reste un projet possible du patient et de lui seul.

LE GENERALISTE ET LE SEVRAGE DU TABAC

Connaître le fumeur

Chaque consommateur de tabac est différent,

Tableau 3 : Bénéfices à court et long termes de l'arrêt du tabac.

<p>Bénéfices à court terme :</p> <p>Lightwood J. Glantz S. Short- term economic and health benefits of smoking cessation. <i>Circulation</i> 1997 ; 96 : 1089-96</p>	<p>> 20' : Amélioration de la tension artérielle, fonction cardiaque et circulation périphérique > 8 h : Diminution du CO et augmentation de l'O₂ sanguin > 24 h : Elimination du CO sanguin, début d'élimination du mucus et résidus pulmonaires (toux 1), diminution du risque d'infarctus > 48 h : Elimination totale de la nicotine, augmentation de l'odorat et du goût > 72 h : Respiration améliorée > 2 -12 semaines : Augmentation de 30 % de la fonction respiratoire, circulation améliorée > 6 mois : Diminution importante de la toux, congestion sinusale, fatigue, souffle court</p>
<p>Bénéfices à moyen et à long terme :</p> <p>Van Den Bruel A, Cleemput I, Van Lnden A <i>et al.</i> : Efficacité et rentabilité des thérapies de sevrage tabagique. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ; 2004 Juillet. KCE reports Vol. IB. Ref PF04-26.02B http://kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3474&CR EF=4032 d20041027302.pdf</p>	<p>> 1 an : Pourcentage d'infarctus diminue de moitié ; le risque d'AVC = celui du non fumeur > 10 ans : Pourcentage de décès par cancer du poumon diminue de moitié ; le pourcentage de cancer de la bouche, pharynx, œsophage = celui du non fumeur > 15 ans : Risque d'infarctus du myocarde = celui du non fumeur (après 5 à 20 ans) > 20 ans : L'inflammation des bronches ↓ de 50 %. L'emphysème persiste. Le cancer du poumon ↓↓↓</p>
<p>Bénéfices en termes de morbidité :</p> <p>Engleland,1996 ; Fielding, 1985 ; Samet,1991 ; Slama, 1998 Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. <i>Br med J</i> ;1977:1645-8</p>	<p>→ Arrêt du tabac avant 50 ans : < 50 % mortalité dans les 15 ans → Risque accident coronaire : < 50 % après 1 à 2 ans (idem non fumeur après 3 à 5 ans) → AVC : < après 2 ans (idem non fumeur après 5 à 15 ans sauf " gros fumeur ") → Cancer du poumon : < 50% après 10 ans → Cancer œsophage et bouche : < 50 % après 5 ans → BPCO : arrêt du tabac = seule thérapeutique efficace</p>

Tableau 4 : Bénéfice en termes de survie à l'arrêt du tabac.

Age de l'arrêt du tabac	Gain en espérance de vie ⁷
30 ans	10 ans
40 ans	9 ans
50 ans	6 ans
60 ans	3 ans

cependant des points communs existent et qu'il importe de connaître afin d'accompagner correctement nos patients concernés.

Le cycle du fumeur

A partir du schéma tracé par Prochaska et

Di Clemente en 1983, révélant les différents stades par lesquels passe toute personne ayant un comportement considéré comme nocif, Prignot conçut le cycle spécifique de la " carrière du fumeur " (figure 1). Cet outil est essentiel ; en quelques questions, le médecin peut déterminer le stade dans lequel se trouve le patient fumeur, y répondre de façon adaptée et démultiplier l'impact de son intervention sans dépense d'énergie contreproductive. Les trois stades primordiaux dans le cadre de l'accompagnement au sevrage sont : 1) le fumeur satisfait ; 2) le fumeur ambivalent ; 3) le fumeur se préparant à l'arrêt. Notons qu'en médecine générale, nous rencontrons le plus souvent les deux premiers stades (voir *infra*).

La nicotine : plaisir et perte de contrôle

La nicotine d'une cigarette arrive au cerveau en

une vingtaine de secondes. Cet alcaloïde exerce un effet psychotrope puissant par action sur les neurones acétylcholinergiques via des récepteurs nicotiniques. L'activation de ces récepteurs induit soit l'accroissement direct de la libération de dopamine, soit une diminution de l'activité inhibitrice d'autres neurotransmetteurs qui modulent la voie dopaminergique¹². Ces mécanismes rendent compte de l'augmentation brutale de dopamine cérébrale à chaque exposition aiguë de nicotine par une cigarette, et explique la stimulation du système " récompense ", c'est-à-dire le plaisir recherché en fumant. Par contre, l'exposition chronique au tabac, en multipliant le nombre de récepteurs nicotiniques, aboutit aux syndromes d'accoutumance et de sevrage. Actuellement, on ne compartimente plus le concept de dépendance au tabac en différents paramètres d'ordre physique, psychologique ou comportemental ; on considère plutôt que tous ces aspects génèrent ensemble des mécanismes incitant la prise pulsionnelle de la cigarette suivante¹³ (figure 2). Une dernière notion clé concerne le comportement d'" autotitration " inconsciente du fumeur dépendant, lui permettant d'échapper aux sensations négatives du manque tout en évitant le surdosage ; ainsi en inhalant plus ou moins profondément, en adaptant son rythme de bouffées, en comprimant plus ou moins son filtre, quel que soit le type de cigarette " légère " ou non et même en diminuant le nombre journalier de cigarettes, le fumeur maintient un taux optimal de nicotine dans le sang, dont le temps de demi-vie est de 2 à 3 heures¹⁴.

Syndrome de sevrage

Lorsqu'un fumeur dépendant arrête brutalement sa consommation, le manque de nicotine induit un ensemble de symptômes désagréables consolidant le comportement de fumer (figure 2). Cet inconfort est propre à chaque patient mais on reconnaîtra souvent

le besoin impérieux de nicotine, des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des difficultés de concentration, de l'agitation, de l'impatience, des troubles du sommeil, un ralentissement du transit et de la fréquence cardiaque et enfin, un accroissement de l'appétit et finalement du poids. Ce syndrome de sevrage est maximal pendant la première semaine et surtout au cours des deux premiers jours. Ensuite ces plaintes s'atténuent pour disparaître quasi totalement en trois à quatre semaines. Quelques patients ressentiront de l'irritabilité et des envies de fumer pendant plusieurs mois¹³.

Evaluation de la dépendance

Le test de Fagerström en 6 questions reste l'instrument de référence en cette matière¹⁵. Cependant, l'auteur lui-même a démontré qu'un excellent critère de détection de dépendance à la nicotine était l'unique question renseignant le temps s'écoulant entre le lever et la première cigarette ; on parle d'une dépendance élevée lorsque ce délai est inférieur à 30 minutes, qui concerne d'ailleurs plus de la moitié des fumeurs. De rares patients se relèvent la nuit pour fumer, ce qui peut retarder leur première cigarette matinale. Enfin le nombre de cigarettes consommées quotidiennement confortera notre évaluation¹⁶. Ainsi 1 à 3 questions suffiront : 1) *Time To First Cigarette (TTFC)* ? ; 2) Vous levez-vous la nuit pour fumer ? ; 3) Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? (tableau 5).

STRATEGIES RECONNUES EN VUE DE L'ARRÊT DU TABAC

Pour quels patients ?

Il est démontré (EBM niveau A) que la prise en charge de tous les fumeurs (\pm 28 % de la population)

Tableau 5 : Test de Fagerström simplifié.

<u>Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?</u>	
10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

<u>Quel délai entre votre première cigarette et le réveil ?</u>	
Plus de 60 min.	0
31 à 60 min.	1
6 à 30 min.	2
5 min. ou moins	3

Traduit l'autotitration

Vous levez-vous la nuit pour fumer ? (Si délai > 30')

Seule question possible

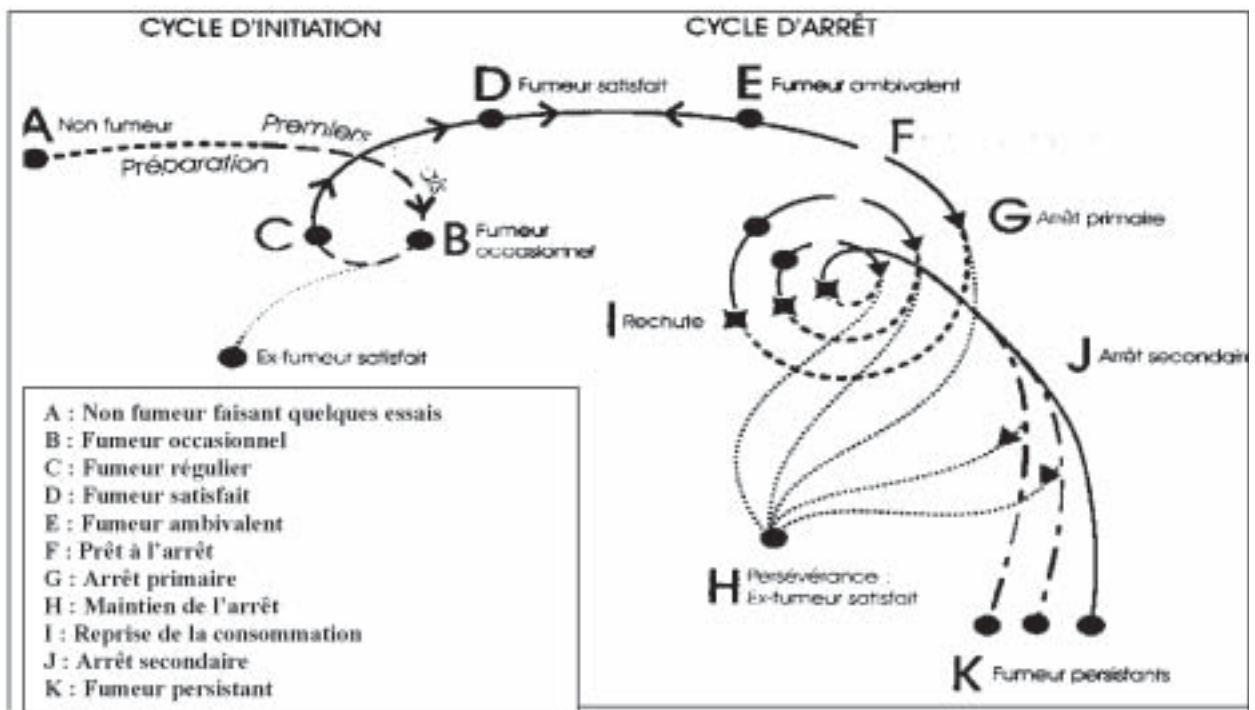


Figure 1 : La carrière du fumeur (d'après Prignot¹¹).

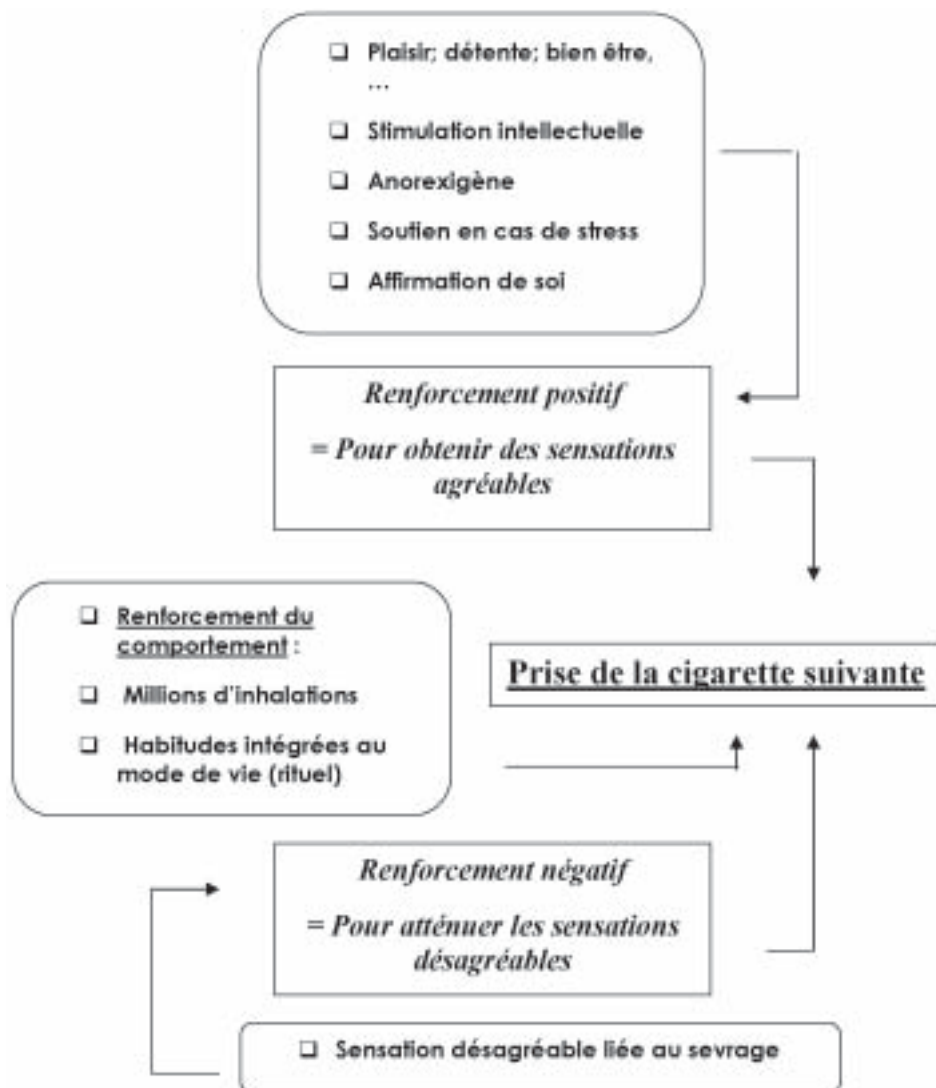


Figure 2 : La dépendance au tabac (d'après Martinet¹³).

avec conseil d'arrêt ou substitution nicotinique éviterait dans notre pays ± 6.500 décès annuels¹⁷. Il s'agit donc d'un impact potentiellement majeur en termes de santé publique. Plus connu mais également avéré (EBM niveau A), le conseil d'arrêt du tabac chez les patients à haut risque (BPCO, haut risque cardiovasculaire, femme enceinte) est également très rentable en termes d'arrêt de tabac. En fait, tenant compte que 25 à 30 % de la population belge consomme, a consommé ou risque de consommer un jour du tabac, c'est donc l'ensemble de nos patients, des plus jeunes aux plus âgés avec lesquels idéalement nous devrions être proactifs en cette matière.

La stratégie des " 5 A "

L'avantage de cette approche actuellement recommandée¹⁸ est de structurer de manière optimale nos attitudes en fonction des situations rencontrées (tableau 6).

- 1) To Ask : " Fumez-vous ? "

Pour chaque nouveau patient, le statut tabagique devrait être identifié (*fumeur, ex-fumeur, non-fumeur ?*) et noté dans le dossier. A chaque nouveau contact avec le patient fumeur, la question devrait être posée de manière non culpabilisante : " ... *Et au fait, fumez-vous encore ... ?* ". Cette démarche adressée aux non-fumeurs de même qu'aux enfants dès l'âge de 9 à 10 ans (voir *infra*) renforce positivement le fait de ne pas fumer et spécialement chez les adolescents et les patients ayant arrêté le tabac depuis moins d'un an¹⁸. A des moments repérés opportuns et au gré des consultations, les données suivantes seront progressivement collectées : 1) Combien de cigarettes par jour et le mode d'inhalation ? ; 2) Age du début de tabagisme régulier (≥ 1 cigarette/j) ; 3) Si ex-fumeur, depuis quand ? ; 4) Tentatives d'arrêt antérieures ? Points positifs et négatifs retenus ? ; 5) Niveau de dépendance (Fagerström simplifié ou non).

- 2) To Advise to quit : " Je vous conseille d'arrêter de fumer, je peux vous y aider "

Ce conseil doit être dit en évitant de culpabiliser le patient mais sans ambiguïté. Le médecin devrait exprimer, qu'il " comprend " qu'un tel changement de comportement est difficile et qu'il est à la disposition du patient pour l'informer et l'accompagner lorsqu'il le souhaitera. En adaptant ce message en fonction des circonstances et de la personnalité de la personne, en respectant sa *résistance* et en évitant de vouloir à tout prix la convaincre, ce conseil sera réitéré à chaque contact. Il est avéré (EBM niveau A) qu'une telle

intervention de moins de 2 minutes est parmi les plus efficace en médecine : le praticien donne 50 conseils d'arrêt pour aboutir à 1 arrêt supplémentaire sans rechute à 1 an, soit un gain de 2 % par rapport aux groupes contrôle¹⁹. Notons que le taux d'arrêt spontané est de 3 à 4 % par an selon les études (tableau 7).

- 3) To Assess willingness to make a quit attempt : Voulez-vous arrêter de fumer ? Et si oui quand ?

Les réponses à ces questions permettent rapidement de déterminer le stade du patient (figure 1) et d'y adapter notre attitude :

- Le patient ne veut pas arrêter ? Il est *satisfait* et ne considère pas son tabagisme comme un problème. Sans longs discours contreproductifs, nous pouvons soulever le doute en augmentant la perception du risque et lui assurer qu'on pourra à tout moment l'informer à ce sujet.
- Le patient imagine qu'un jour il arrêtera, mais pas avant 6 mois. Il est *ambivalent* par rapport au tabac. En aidant la personne à lister le pour et le contre de ce comportement, on favorisera son envie d'arrêter.
- Le patient souhaite arrêter dans 1 à 6 mois. Il *se prépare* et est décidé au sevrage. C'est le moment de le soutenir dans sa démarche en accroissant son auto-efficacité.

Pour ces trois stades, il a été démontré (EBM niveau A) par plusieurs auteurs qu'une intervention brève de 10 minutes en 2 contacts en dehors d'une consultation pour un autre motif accroissait le taux d'arrêt de 4 % sans rechute à 1 an par rapport au groupe contrôle, soit un *number to treat* de 25²⁰. L'objectif est la progression accélérée du patient dans son " *cycle du fumeur* " induisant un arrêt du tabac plus rapide et gagner ainsi en termes de survie et de risque de morbidité¹⁸. L'approche relationnelle doit être centrée sur le patient et partir des perceptions de celui-ci : Quelle est la nocivité du tabac *selon le fumeur* ? Quels sont les avantages à arrêter *selon le fumeur* ? Quels sont les barrières *selon le fumeur* ? En partant des notions exprimées par la personne, en lui confirmant ce qui est pertinent, en réajustant ce qui l'est moins et en répétant à chaque occasion ce type d'intervention de quelques minutes, le médecin augmentera la motivation du patient quasi sans effort. Certaines attitudes de la part du médecin faciliteront l'accompagnement du patient dans son engagement au changement de comportement, qui relèvent de la technique de l'*entretien motivationnel*²¹ :

- Ecoute et empathie *non feinte*.
- Développer la divergence (*avantages/inconvénients*) pour résoudre l'ambivalence *to change or not to change ?*
- Rouler avec la résistance, ne pas convaincre.
- Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle : identifier et cultiver les ressources du patient, croire en lui.

D'autres formes d'accompagnement existent (tableau 7) qui ne sont pas encore recommandées de manière systématiques (*self help* ; actes techniques).

Tableau 6 : La stratégie brève des " 5 A " (EBM niveau B) (d'après Fiore MC¹⁸).

1. Ask	Demander au patient s'il fume
2. Assess	Evaluer et renforcer sa motivation
3. Advise	Conseiller l'arrêt
4. Assist	Accompagner l'arrêt (psy et médical)
5. Arrange follow-up	Prolonger le suivi

Tableau 7 : Prise en charge et taux d'arrêt du tabac sans rechute de 6 mois à 1 an. (d'après les Recommandations de Bonne Pratiques : Arrêter de fumer. Société Scientifique de Médecine Générale-SSMG. 2005 Supplément Revue de la Médecine Générale).

<u>Public : Tous les fumeurs</u>	<u>% d'arrêt</u>	<u>NNT et/ou Niveau de preuve</u>
Taux d'arrêt spontané	3 %	
Matériel "self help" <i>Excepté dans le cadre d'un suivi personnalisé</i>	3 % + 0 %	
Conseil d'arrêt du médecin (< 2 minutes)	5 % + 2 %	50 EBM niveau A
Accompagnement individuel (2 x 5 minutes)	7 % + 4 %	25 EBM niveau A
Accompagnement en groupe <i>Différence statistiquement non significative par rapport à l'accompagnement individuel</i>	8 % + 5 %	20 EBM niveau A
Conseil d'arrêt + spirométrie : résultat normal Non systématiquement recommandé	8,4 % + 0,4 % ?	Une seule étude
Conseil d'arrêt + spirométrie : résultat anormal Non systématiquement recommandé	10 % + 7 % ?	Une seule étude
Conseil d'arrêt + dosage du CO exhalé Non systématiquement recommandé	Sans doute efficace ?	
Accompagnement sur plusieurs mois + sans traitement médicamenteux (thérapies comportementales)	10 % + 7 %	EBM Niveau A
Accompagnement sur plusieurs mois + traitement médicamenteux	15-20 % + 12 à 17 %	EBM niveau A

- 4) To Assist in quit attempt

Le patient souhaite arrêter avant 1 mois, il est donc *prêt* (figure 1 et tableau 6).

a) Accompagner (EBM niveau A) : Plusieurs rendez-vous seront programmés sur plusieurs mois afin de guider le patient :

- Définir le plan d'arrêt (date d'arrêt + suivi).
- Donner des conseils pratiques (locaux sans tabac, etc.).
- Evaluer le soutien social (+ médical).
- Proposer du matériel de *self help*.
- Evaluer la dépendance.
- Recherche des difficultés prévisibles et leurs solutions.

L'approche comportementale a pu démontrer son efficacité en cette matière et peut se résumer comme suit :

- *Une phase d'alliance et de préparation au sevrage* : évaluation des motivations, des croyances personnelles associées au tabac, des capacités d'autocontrôle et établissement d'une alliance.
- *Une phase d'auto-observation*.

- *Une phase de modification comportementale* : contrôle des stimuli externes (situations déclenchantes...) et internes (émotions, stimuli physiologiques...) et contrôle de la réponse : comportements dissociés, comportements alternatifs ou antagonistes.

- *Une phase de suivi* : en comparaison du taux spontané d'arrêt de 3 %, ce type d'accompagnement induit à lui seul un pourcentage de réussite de 10 % sans rechute à 1 an et jusqu'à 15-20 % en association avec un traitement médicamenteux¹⁸.

b) Le traitement médicamenteux sera conseillé pour un fumeur dépendant et motivé. Les substituts nicotiques, en tenant compte de certaines contre-indications, seront proposés en première intention et quel que soit leur forme. Le bupropion et la varenicline seront prescrits en seconde intention mais avec plus de vigilance tenant compte de la gravité de certains effets secondaires (tableau 8). La nortriptyline, ancien antidépresseur tricyclique, a une efficacité comparable à celle des traitements déjà cités ; ce médicament fort peu onéreux présente par ailleurs un profil d'effets secondaires comparable, voire plus favorable que le bupropion et la varenicline²². Le tableau 8 reprend

traitements médicamenteux du sevrage tabagique (d'après les Recommandations de Bonne Pratiques : Arrêter de fumer. Société Scientifique de Médecine Générale).
 (Revue de la Médecine Générale).

Type de traitement Mode d'action	Mode d'utilisation	Formes Coûts (mai 2009)	Efficacité	Effets secondaires (non exhaustif)	Contre- (non exhaustif)
Substituts nicotiniques Réduit partiellement la dépendance au tabac, pas de syndrome de sevrage. Diminue le syndrome de sevrage.	De 1 ^{ère} intention pour fumeurs dépendants. Traitement de 8 à 12 semaines. Dose en fonction de la consommation de tabac ; exemple patch de 21 mg = 1 cigarette/heure.	Gommes, patch, spray nasal, comprimés sublinguaux etc. (souhait du patient). Parfois : 2 formes ensemble en cas de dépendance élevée. Coûts : 105 gommes ± 21 € ; 21 patch 21 mg 62 €.	Combiné à une approche comportementale : 17 %. Sans rechute à 1 an. NNT : 14 (niveau EBM A).	Bien toléré par le fumeur dépendant. Si trop dosé ou inutile : vertiges, nausées, céphalée, palpitations. Risque : intoxication nicotinique (surdosage).	Hypersensibilité, crise cardiaque (CV) récent, angine de poitrine, hypertension artérielle (HTA) très élevée, troubles de la coagulation. Syndrome de sevrage. Patch : allergie. Inhaleur : asthme. Attention : diabète, grossesse, etc.
Substituts nicotiniques Facilite la réentrée de dopamine et de noradrépine au niveau du cerveau. Réduit l'envie de fumer.	En 2 ^{ème} intention en cas d'échec ou CI avec les substituts nicotiniques. 150 mg le matin, 1 à 2 semaines avant l'arrêt du tabac (pas d'avantage avec 300 mg/j). Durée : 7 à 9 semaines.	Comprimés 150 mg. Coût : 98 € pour 100 comprimés. Remboursement si BPCO (VEMS / CV < 70 %) et > 35 ans.	Combiné à une approche comportementale : ± 17 %. Sans rechute à 1 an. NNT : 10 à 16 (niveau EBM A).	Fréquent : fièvre, sécheresse buccale, troubles gastro-intestinaux, insomnies, HTA, tremblements, céphalée, dépression, sudations, etc. Rares : convulsions, allergies graves, Steven Johnson, etc.	Epilepsie, cancer, Tumeur SNC, trauma crânien, maladie hépatique grave, troubles bipolaires, diabète, hypoglycémie, grossesse, etc.
Substituts nicotiniques Réduit partiellement la dépendance au tabac, pas de syndrome de sevrage. Réduit l'envie de fumer.	En 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} intention en cas d'échec ou CI avec les substituts nicotiniques. Début de traitement 1 à 2 semaine avant l'arrêt et par 0,5 mg/j. Augmenter progressivement à 2 x 1 mg/j. Durée 12 à 24 semaines maximum.	Comprimés 1 mg. Coût : 163 € pour 112 comprimés. Remboursement si 1 ^{er} essai de 14 j positif (25 comp. 50 €), si 1 ^{er} remboursement, 18 ans ou +.	Combiné à une approche comportementale : ± 20 %.	Fréquent : augmentation appétit, troubles sommeil, céphalées, vertiges, dysgueusie, arythmie, troubles digestifs, sécheresse buccale, fatigue. Parfois : infection respiratoire, troubles alimentaires, sexuel, dysphorie, dépression, TS.	Grossesse, asthme, hypersensibilité, insuffisance rénale (IR), dépression.
Substituts nicotiniques Antidépresseur tricyclique.	En 2 ^{ème} intention en cas d'échec ou CI avec les substituts nicotiniques. 75 à 150 mg/j. Durée : ± 8 semaines.	Comprimés à 25 mg. Coût : 4,68 € pour 50 comprimés. Remboursement sans condition.	Combiné à une approche comportementale : 17 à 24 %.	Fréquent : idem antidépresseurs tricycliques.	Hypersensibilité, grossesse, insuffisance rénale (IR). Attention : crise cardiaque, épilepsie, glaucome, rétention urinaire, troubles bipolaires, etc.
Substituts nicotiniques Association bupropion + substituts nicotiniques	Pas de preuve d'efficacité supérieure aux substances prises isolément. Non recommandé.				

l'ensemble des molécules disponibles, leurs mode d'administration, posologies et effets secondaires. Retenons que l'ensemble de ces traitements n'ont prouvé leur efficacité que dans le cadre d'un soutien psychologique et comportemental en vue d'arrêter le tabac.

c) Traitements alternatifs : A l'heure actuelle, aucune thérapie parallèle n'a pu démontrer, en cette matière, une efficacité autre que comparable à celle d'un placebo. Par contre, il existe des arguments issus de revues systématiques confirmant l'absence d'efficacité de l'acupuncture²³ et de l'hypnothérapie²⁴.

- 5) To Arrange follow up²⁵

Les auteurs rendent compte d'un risque de rechute de \pm de 80 % durant l'année qui suit le sevrage ; c'est dire l'importance d'une planification de plusieurs consultations au cours de cette période avec un premier contact au cours de la semaine suivant l'arrêt, et un second rendez-vous, durant le premier mois. Ces contacts auront plusieurs objectifs :

- évaluer l'état d'abstinence ou de rechute ;
- soutenir la motivation ;
- rechercher les difficultés physiques : prise de poids, aggravation de la toux et des expectorations ;
- rechercher les difficultés psychologiques : dépression, anxiété ;
- rechercher des comorbidités : alcool, affections psychiatriques ;
- évaluer les traitements médicamenteux.

Ainsi on peut espérer prévenir un pourcentage de rechute en résolvant certains problèmes tels le manque de soutien, les troubles de l'humeur et la dépression, les symptômes de sevrage importants et prolongés, le gain anormal de poids (plus de 3 kg), la chute de motivation et le sentiment de " deuil ".

Dans le cas où le patient fume à nouveau, nos contacts avec lui seront d'autant plus importants afin de :

- différencier une rechute vraie par rapport au faux pas ;
- déculpabiliser le fumeur, le valoriser pour l'arrêt même de quelques heures ;
- évaluer les apports positifs et négatifs de l'arrêt : que tirer de cette expérience ? ;
- reprendre la stratégie des " 5 A " : évaluation et renforcement de la motivation, conseil d'arrêt, etc. ;
- faire comprendre au patient que la rechute fait partie intégrante du processus d'arrêt ; les tentatives de sevrage précédentes, augmentent le taux de succès des essais ultérieurs.

Après 1 an, les rechutes se raréfient et l'on considère qu'après 5 ans, la majorité des ex-fumeurs sont stabilisés. A chaque occasion, le généraliste confortera cette abstinence très simplement : " *Et au fait, toujours ex-fumeur ?* ".

Référer le patient

Au cours de ce long processus et à chaque étape, le médecin peut référer le patient vers des prestataires spécialisés. Cette démarche reflète différentes situations :

- le généraliste ne désire pas s'investir personnellement (manque de temps, manque d'empathie pour certain patients, etc.) ;
- le patient souhaite ce passage en deuxième ligne ;
- une décision commune entre le patient et le médecin, par exemple après plusieurs rechutes.

Actuellement, il existe un site de référence soutenu au niveau fédéral et par la Fondation contre le Cancer : La Ligne Tabac-Stop²⁶. On y trouve entre autre des liens utiles tels la liste de tabacologues, des centres d'aide, la FARES, etc.

Néanmoins, le généraliste devra le plus souvent accroître la motivation du patient fumeur afin qu'il entreprenne la démarche de consulter un spécialiste.

Autres stratégies adaptées

Stratégie des " petits pas "

Nous rencontrons régulièrement des patients n'arrivant pas encore à décider d'arrêter la cigarette. Pour ces personnes, la stratégie des " petits pas " ne doit pas être sous-estimée et par exemple : ne plus fumer à l'intérieur de l'habitation, ou uniquement dans une seule pièce isolée, ou la fenêtre ouverte, ou plus jamais en présence des enfants, etc. En effet, cela améliore directement la situation de l'entourage exposé passif (conjoint, enfants) et par ailleurs, dans le cadre d'une approche en *entretien motivationnel*^{P1}, valoriser ces étapes, révèle au patient son aptitude à contrôler au moins en partie son comportement ce qui l'encouragera à s'engager un jour vers une démarche de sevrage.

" Bonjour docteur, prescrivez-moi ce nouveau traitement dont tout le monde parle ! "

Accéder à ce type de demande, en dehors d'un accompagnement adéquat, ne conduira que très rarement à un sevrage réussi. Par contre, cette sollicitation est un levier idéal pour entamer une discussion avec le patient, évaluer son stade réel dans le cycle du fumeur (figure 1) et y adapter correctement notre attitude.

Accommodements du cabinet de consultation

Affiches, posters, documentations concernant le tabac, disposés non seulement en salle d'attente mais aussi dans le cabinet de consultation, sont autant d'invitations possibles à aborder le sujet. Seules obligations : les messages, humoristiques y compris, doivent informer sur les risques, exposer les bénéfices liés au sevrage et en aucun cas ne peuvent culpabiliser le patient fumeur.

LE GENERALISTE, LES JEUNES ET LE TABAC

Le médecin de famille sous-estime souvent son impact professionnel sur les jeunes alors qu'en fait 70 % des enfants et des adolescents consultent leur généraliste au moins une fois par an et d'autant plus souvent s'ils sont issus d'un milieu moins scolarisé. C'est à l'initiative du généraliste que s'organisent un tiers des consultations chez le pédiatre qui, par ailleurs, promotionne peu les contacts de suivi avec les enfants³. Il est donc probable que le généraliste soit potentiellement prépondérant en matière de prévention chez les jeunes.

Les jeunes et la cigarette

L'Institut Scientifique de la Santé publique nous apprend également qu'en 2004, la proportion de fumeurs parmi les jeunes de 15 à 24 ans était de 26 % et parmi eux, 12 % considéraient présenter une dépendance tabagique qualifiée de moyenne à très forte. On remarque aussi que 22 % des filles fumaient pour 30 % des garçons. En Communauté française, nous avons une autre source d'information de qualité qui confirme dans les grandes lignes les chiffres précités : l'étude " Santé et bien être des jeunes " qui s'est déroulée en 2006²⁷, révèle que 77 % des 7.362 jeunes de 13 à 18 ans faisant partie de l'échantillon observé, sont non-fumeurs. Sur les 23 % des adolescents tabagiques, 13,9 % fument tous les jours, 4,1 % consomment chaque semaine et 5 % d'entre eux fument moins d'une fois par semaine. Sans entrer dans les détails, on retrouve à peu près des résultats analogues pour la consommation d'alcool (75 % consomment moins d'une fois par semaine) et pour le cannabis (80 % en ont consommé moins d'une fois sur l'année).

Attention aux chiffres

En tout cas, plus de trois-quarts des jeunes ne fument pas et le fait d'expérimenter le tabac semble même connaître une diminution constante depuis la fin des années 90. Pourtant il est habituel d'entendre au travers de l'ensemble des médias que " *tous les jeunes fument* " et même " *de plus en plus* ". Le fait de répercuter ces informations erronées induit deux types de risque : 1) les jeunes fumeurs considèrent leur consommation " normale " et cela conforte leur tabagisme ; 2) les jeunes non encore fumeurs seront moins vigilants car " *un jeune qui fume c'est normal* ".

Le tabac chez le jeune : un symptôme

Depuis plusieurs années, on sait qu'il existe une relation statistique inverse entre le bien être mental et l'usage de drogue et y compris le tabac²⁸ et des travaux confirment cela pour les adolescents. Ainsi chez nous²⁷, outre un environnement familial et amical fumeur, on note plus souvent les caractéristiques suivantes chez le jeune expérimentateur de cigarette : des parents

séparés, des difficultés de communication avec le père ou la mère et une moins bonne intégration scolaire. Le tabagisme chez l'adolescente est influencé par une faible estime de soi. Enfin il semble que l'exposition à des événements traumatisants tels la maltraitance ou le décès d'un proche augmente le risque du tabagisme.

Ainsi le généraliste qui suit un jeune patient et qui, un jour, détecte qu'il fume, peut à juste titre explorer le contexte psychosocial et cela quel que soit le motif de consultation. Il existe d'ailleurs un test de détection de conduite suicidaire chez l'adolescent, adapté à la première ligne et validé par la Haute Autorité de Santé (Test TSTS-CAFARD- HAS - janvier 2006) et dans lequel il y a 4 critères de départ : traumatisme, troubles du sommeil, stress et tabac²⁹.

Aborder le jeune tabagique

La stratégie des " 5 A " (tableau 6) reste valable pour les jeunes et, dès 9 à 10 ans, il est recommandé de s'enquérir d'une éventuelle consommation du tabac. L'approche centrée sur le patient telle proposée dans *l'entretien motivationnel* garde ici également tout son intérêt. Il semble admis que les adolescents et les jeunes adultes fumeurs *satisfaits* ou *ambivalents*, se sentent plus concernés par certains thèmes qui, rassemblés, forment le concept de la " dénormalisation " du tabac et de son industrie³⁰ :

- La majorité des jeunes ne fument pas.
- La perte de contrôle et de liberté.
- Le fait d'être " manipulé " par l'industrie du tabac.
- Le manque d'éthique de l'industrie du tabac.
- Le coût financier.
- Risque pour la sexualité, la fertilité, l'esthétique, etc.
- Risque pour son entourage (sentiment altruiste).

CONCLUSIONS

Grâce à un minimum de connaissance de qualité et à condition d'être systématique, il est actuellement prouvé que le généraliste génère un impact positif important en matière de prévention primaire et secondaire concernant la consommation du tabac et cela non seulement au niveau individuel mais aussi en terme de santé communautaire. Surtout, à condition d'éviter de vouloir convaincre à tout prix son patient et de s'adapter à son stade par rapport à son tabagisme, le médecin de famille aura le plaisir d'observer régulièrement des sevrages réussis sans perte d'énergie inutile.

Remerciement

L'auteur remercie Jeannine Gailly, auteur des Recommandations de Bonne Pratique : " Arrêter de fumer ", SSMG 2005 et Jean Laperche et Axel Roucloux formateurs pour l'accompagnement en 1^{ère} ligne du sevrage tabagique et l'entretien motivationnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Peto R, Lopez A D, Boreham, Thun M : Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. 2nd edition, revised June 2006 [en ligne]. http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/SMK_All_PAGES.pdf
2. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ : Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002 ; 360 : 1347-60
3. Bayingana K, Demarest S, Gisle L *et al.* : Institut Scientifique de la Santé publique. Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2004, Service d'Epidémiologie [en ligne]. <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifrc/crospr/hisfr/table04.htm>
4. US Departement of health and human service : The health consequences of smoking : A report of the surgeon general. <http://www.surgeongeneral.gov/library/smokingconsequences/>
5. Marketing international : Synergie, éthique et liens. Georges-Maurice Hénault, Martine Spence. PUQ, 2006, ISBN 2760514056, 9782760514058 : 184
6. CRDI (Centre de recherche pour le développement international, Canada) : Pour que brûle le feu du changement . http://www.idrc.ca/fr/ev-113357-201-1-DO_TOPIC.html
7. Doll R, Peto R, Borenham J *et al.* : Mortality in relation to smoking : 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004 ; 328 : 1510-27
8. Lalonde M, Heneman B : La prévention du tabagisme chez les jeunes. Institut National de Santé Publique du Québec, Octobre 2004. <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-Avis-Prevention-TabagismeJeunes.pdf>
9. Cornuz J, Ghali W, Di Carantonio D, Pecoud A, Paccaud F : Physicians' attitudes toward prevention : importance of intervention specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice* 2000 ; 17 : 535-40
10. Coleman T, Wynn A, Stevenson K, Cheater F : Qualitative study of pilot payment aimed at increasing general practitioners' antismoking advice to smokers. *BMJ* 2001 ; 323 : 1369-70
11. Prignot J : A tentative illustration of the smoking initiation and cessation cycles. *Tobacco Control* 2000 ; 9 : 113
12. Picciotto MR : Common aspects of the action of nicotine and other drugs abuse. *Drug Alcohol Depend* 1998 ; 51 : 165-72
13. Martinet Y, Bohadana A : Le Tabagisme de la prévention au sevrage, 2^{ème} édition. Paris, Masson, 2001
14. Le Houezec J : Pourquoi devient-on dépendant au tabac ? *La Revue du Praticien, Médecine Générale* 2003 ; 635 : 1675-8
15. Fagerström K : Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978 ; 3 : 235-41
16. Fagerström K : Time To the First Cigarette : The best indicator of tobacco dependence ? *Monaldi Arch Chest Dis* 2003 ; 59 : 91-4
17. MC Coll A, Roderick P, Gabbay J *et al.* : Performance indicators for primary care groups : an evidence based approach. *BMJ* 1998 ; 317 : 114-7
18. Fiore MC, Bailey WC : The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guidelines Panel, Staff, and Consortium Representatives. A clinical practice guidelines for treating tobacco use and dependence. US Department of Health Service Report. *JAMA* 2000 ; 283 : 3244-54
19. Silagy C, Stead L : Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane Library* 2004 ; 1
20. Lancaster T, Stead L : Individual behavioural counseling for smoking cessation. *The Cochrane database for smoking cessation* 1, 2004
21. Miller W, Rollnick S, Buttler C : Motivational interviewing in health care : helping patients change behavior. The Guilford Press, 2007
22. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T : Antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library* 2004 ; 1
23. White A, Rampes H, Ernst E : Acupuncture for smoking cessation. *Cochrane Library*. Oxford, Update Software, 1999
24. Green J, Lynn SJ : Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation : an examination of the evidence. *Int J Clin Exp Hypn* 2000 ; 48 : 195-224
25. Lagrue G, Dupont P : Sevrage tabagique : comment prévenir les rechutes ? *La Revue du Praticien*. 2003 ; 17 : 1701-4
26. Ligne Tabac Stop : ©2008 TabacStop. <http://www.cancer.be/index.php/accueil/accueil/id-menu-4536.html>
27. Favresse D, de Smet P : Tabac, Alcool, Drogues et Multimédias chez les jeunes en Communauté Française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006. Novembre 2008. <http://www.ulb.ac.be/esp/sipes/publications.htm>
28. Degenhardt L, Hall W : The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health : results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine Tob Res* 2001 ; 3 : 225-34
29. Binder Ph : Dépister les conduites suicidaires des adolescents. Conception d'un test et son usage. *La Revue du Praticien, Médecine Générale* Avril 2004 ; 18, n° 650/651 : 576-580 et n° 652/653 : 641-5
30. Siegel M : Mass Media Antismoking Campaigns : A Powerful Tool for Health Promotion. *Ann Internal Med* 1998 ; 129 : 128-32

Correspondance et tirés à part :

N. KACENELENOGEN
Avenue Molière 179
1190 Bruxelles
E-mail : nkacenele@ulb.ac.be

Travail reçu le 26 mai 2009 ; accepté dans sa version définitive le 29 mai 2009.