

Dr Jean Perriot*, Dr Audrey Schmitt, Pr Pierre Michel Llorca****

* Dispensaire Émile Roux, 11, rue Vaucanson, F-63100 Clermont-Ferrand. E-mail : jean.perriot@cg63.fr

** Centre médico-psychologique B, Groupe hospitalier Saint-Jacques, CHU, 58, rue Montalembert, F-63003 Clermont-Ferrand Cedex 1
E-mail : aschmitt@chu-clermontferrand.fr ; pmlorca@chu-clermontferrand.fr

Reçu mars 2005, accepté juin 2005

Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique

Résumé

La lutte contre le tabagisme semble être entrée dans une phase décisive ; au côté des actions de prévention, la prise en charge du sevrage tabagique s'avère particulièrement importante chez les fumeurs fortement dépendants, les plus exposés aux maladies provoquées par la consommation de tabac. Indépendamment des progrès induits par les nouveaux médicaments de sevrage et une meilleure codification de cette prise en charge, le respect de règles simples présentées dans ce travail paraît susceptible d'optimiser la réponse à la demande croissante des fumeurs, d'accroître la coordination entre les différents intervenants et d'améliorer le taux de réussite des tentatives d'arrêt.

Mots-clés

Tabagisme – Arrêt du tabagisme – Éducation à la santé – Traitement substitutif nicotinique – Thérapies comportementales et cognitives.

Si la lutte contre le tabagisme est une action globale associant politique des prix, mesures réglementaires, information du public et prévention..., l'aide à l'arrêt n'en est pas moins indispensable pour les fumeurs fortement dépendants en échecs répétés lors de leurs tentatives de sevrage. Prenant acte des acquis nouveaux et des déficits persistants de la lutte contre le tabagisme, ce travail a pour objectif de proposer des mesures pratiques susceptibles d'optimiser le sevrage tabagique et d'améliorer la coordination entre les différents intervenants de l'aide à l'arrêt.

Summary

How to improve tobacco withdrawal management

The fight against tobacco addiction seems to have enter a decisive phase; besides preventive campaigns, the management of smoking cessation is particularly important, especially in patients hard-core smokers or heavy chronic smokers exposed to tobacco related diseases. Independently from recent advances induced by new tobacco withdrawal drugs and a cleared management, the application of the basic rules outlined in this paper appears to still improve the response to the smokers' increasing demand, to increase the coordination between the concerned health workers and to increase the success rate of smoking cessation attempts.

Key words

Tobacco addiction – Tobacco withdrawal – Health education – Nicotine replacement therapy – Comportemental and cognitive therapies.

Situation actuelle de la lutte contre le tabagisme

Des progrès incontestables

Depuis le plan triennal 1999-2002 de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) et l'annonce du plan de mobilisation nationale contre le cancer (mars 2003), une "offensive sans précédent" (1) est menée contre le tabagisme, source d'une

morbi-mortalité croissante (2). L'accroissement massif du prix du tabac a provoqué une diminution des ventes de cigarettes (- 13,5 % en 2003) et une augmentation des tentatives d'arrêt voire des arrêts effectifs (1) dans les populations générales ou ciblées. Le niveau de dissonance tabagique s'accroît chez les fumeurs, comme leurs demandes d'aide auprès des consultations spécialisées, ainsi que le recours à la ligne téléphonique Tabac Info Service (1).

Des difficultés persistantes

Politique des prix, réglementation, actions de prévention

Différents déficits sont à retenir : d'une part, la stabilisation du prix des tabacs annoncée pour les prochaines années s'oppose à la logique de limitation de l'accès du public au produit tabac qui supportait la décision de leur récente forte hausse ; d'autre part, la loi Évin (1991) évaluée par le rapport Berger (1999) est encore imparfaitement appliquée dans les locaux scolaires, professionnels et en établissements de soins ; enfin, les campagnes de prévention nationale qui marquent l'opinion sont ponctuelles et coûteuses, tandis qu'aux niveaux local et régional, les actions d'éducation sanitaire pâtissent d'un manque de moyens et d'acteurs, comme de méthodologies d'intervention médiocres (3).

Aide à l'arrêt du tabagisme

On constate depuis 20 ans une profonde transformation de l'épidémiologie et de la sociologie du tabagisme (4). Le recours au tabac à rouler se développe chez les jeunes ou dans les classes sociales les plus humbles et les coaddictions se multiplient ; ainsi, la prise en charge des demandes d'aide à l'arrêt se trouve affectée par l'émergence de populations de fumeurs cumulant les facteurs péjoratifs au pronostic du sevrage (situation socioéconomique précaire, troubles anxio-dépressifs, pathologie somatique associée, grossesse...).

Si les centres et consultations spécialisés en tabacologie ont acquis une grande expérience, leurs moyens restent dérisoires, déficit aggravé par l'accroissement de la demande du public (on suivra avec intérêt l'affectation des trois millions d'euros annoncés, destinés à renforcer ces consultations hospitalières) ; en revanche, les omnipraticiens pâtissent d'un manque de formation en tabacologie, entre autres obstacles à leur pleine implication. La coordination entre les acteurs de la lutte contre le tabagisme reste quant à elle insuffisante, que ce soit aux niveaux local et régional

ou au niveau national (en dépit du regroupement au sein de l'Alliance contre le tabac des organisations non gouvernementales afin de donner plus de cohérence et force à leur discours). Enfin, la recherche en tabacologie est exsangue de moyens, ce qui réduit à peau de chagrin les projets de recherche.

Prise en charge actuelle du sevrage tabagique

Le sevrage tabagique : une offre répondant à une demande

Que l'arrêt du tabagisme soit un acte thérapeutique souvent décisif ne rend pas moins difficile ce changement de comportement pour les fumeurs les plus fortement dépendants (au moins 20 % des consommateurs) (5, 6) qui demandent, de plus en plus souvent, à être médicalement assistés.

Des progrès récents dans la prise en charge

Une meilleure codification de l'aide à l'arrêt

La connaissance des mécanismes de la dépendance tabagique s'accroît lentement, et une expertise collective placée sous l'égide de l'INSERM a été récemment publiée (7). Une meilleure codification du sevrage tabagique a fait suite aux deux conférences de consensus américaine (1996) et française (1998), enrichies par des recommandations britannique (2000) et de l'AFSSAPS (2003). Tous ces travaux reposent sur le concept d'*evidence-based medicine*, c'est-à-dire de l'utilisation consciencieuse explicite et judicieuse des meilleures preuves (données scientifiques) actuelles dans la prise en charge personnalisée des patients.

Des moyens dont l'efficacité est démontrée (2, 8-10)

La substitution nicotinique (SN) sous toutes ses formes permet de doubler le taux d'arrêt contre placebo à court ou long terme. L'association des formes galéniques paraît susceptible d'accroître son efficacité, et l'utilisation est possible chez le coronarien ou la femme enceinte. Le chlorhydrate de bupropion a des résultats analogues (11, 12) ; des contre-indications strictes doivent être respectées ; les études rapportent une efficacité significative pour limiter *craving* (12) et prise de poids (11). La pharmacopée promet dans un avenir proche de s'enrichir de nouveaux médicaments (rimonabant, etc.).

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) doivent être associées à l'approche pharmacologique chez les fumeurs dépendants (elles peuvent suffire chez ceux qui le sont peu) ; elles favorisent le contrôle du *craving* et la prévention de la reprise. Le conseil minimal simple ou renforcé (par exemple de la mesure du monoxyde de carbone expiré : COE) et les thérapies collectives gardent tout leur intérêt...

Une alchimie de facteurs conditionne l'arrêt

Comme toute addiction, le tabagisme résulte de la rencontre entre un individu ayant une vulnérabilité spécifique et un produit ayant des effets psychoactifs, dans un environnement socioculturel particulier. Aussi, le sevrage tabagique ne peut-il pas résulter d'une "méthode miracle" ou de la simple prescription d'un médicament ; il doit réaliser une prise en charge globale et étalée dans le temps qui vise à compenser le syndrome de manque, prévenir ou traiter les effets secondaires de l'arrêt, qui altèrent la qualité de vie pendant la tentative, et permettre un maintien durable dans l'abstinence, réalisant l'"extinction définitive du tabagisme" (2, 5, 6, 9-13).

Les acteurs du sevrage tabagique

Si l'acteur principal est le fumeur lui-même, divers intervenants peuvent aider à la sortie du tabagisme.

Le médecin : principal intervenant de l'aide à l'arrêt du tabagisme

Il agit à toutes les étapes de la prise en charge, son intervention s'avère d'autant plus décisive que la situation tabagique est plus problématique et la dépendance marquée.

- Il organise et conduit le sevrage tabagique

L'identification du tabagisme chez un patient, l'information de ce dernier et le conseil d'arrêter de fumer sont des prérequis qui permettent d'obtenir 2 à 10 % d'arrêt à un an (14). Les prises en charge structurées et cohérentes, personnalisées et étalées dans le temps permettent de doubler ou tripler le taux d'arrêt à 12 mois ; les grandes étapes sont :

- L'évaluation initiale de la situation tabagique qui est l'occasion de réaliser l'alliance thérapeutique entre médecin et patient (5, 6), associée à une explication des modalités de prise en charge et à une dédramatisation de l'arrêt. L'enquête anamnétique doit profiter de l'emploi des différents tests (2, 5, 6, 8, 10) quantifiant le niveau de dépendance (indice de Fagerström), la motivation (échelle de Richmond ou Q-

MAT), l'état anxio-dépressif (tests HAD, Beck, Angst, échelles des tempéraments affectifs), la difficulté du sevrage (Demaria et Grimaldi), l'existence d'un abus ou d'une dépendance d'alcool (DETA, AUDIT). Le dosage de la cotinine (sang, urine) permet d'adapter la posologie en SN.

- Le sevrage proprement dit, qui s'étale sur trois à six mois, vise à compenser les dépendances psychocomportementales et pharmacologiques (figure 1), à traiter les effets secondaires de l'arrêt et à permettre au patient d'apprendre à gérer les crêtes de *craving*.

- Le suivi après arrêt a pour objectif de développer le niveau de confiance en soi, ainsi que les capacités d'autocontrôle des désirs de fumer quelle qu'en soit l'origine (stratégie de prévention de la reprise). Il n'y a pas actuellement de consensus permettant de préciser la durée de cette phase qui, en règle générale, s'étale sur six à neuf mois.

- Bonne distance dans la relation tabacologue-fumeur (5, 6, 9, 13-15)

- Nature et contenu du suivi : le médecin doit soutenir et renforcer la tentative d'arrêt du patient pendant toute sa durée ; sa plasticité d'attitude lui permettra de s'adapter non seulement aux situations interférant avec le projet d'arrêt, mais aussi de prendre en compte la personnalité et le registre d'expression du patient. Le niveau de communication optimal relève du registre motivationnel qui pondère les difficultés et souligne les progrès. L'empathie et la disponibilité du thérapeute sont des atouts obligés.

- Durée de l'intervention : si c'est au patient de décider de la fin de la prise en charge, il paraît justifié que le suivi s'étale sur 12 mois. L'importance de cette durée doit avoir été expliquée dès le début de la prise en charge afin de stimuler l'observance. Il est de bonne règle de fixer à la fin de chaque consultation la date de la suivante.

- Éthique dans l'aide à l'arrêt : le concept d'*evidence-based medicine* doit être respecté, ce qui ne permet pas de légitimer des pratiques n'ayant reçu aucune validation scientifique. Certes, l'effet placebo existe, il est mal connu et heurte les esprits scientifiques ; peut-être nous rappelle-t-il que par le colloque singulier, le médecin peut aider à la transformation de situations initiales précaires en succès inattendus ; pour autant, le thérapeute n'est que l'artisan d'une maïeutique dans laquelle le patient reste l'acteur principal.

Autres acteurs du sevrage tabagique (2, 5, 9, 10)

Aux côtés du médecin ou en complémentarité avec lui, d'autres intervenants peuvent agir efficacement en matière d'aide à l'arrêt.

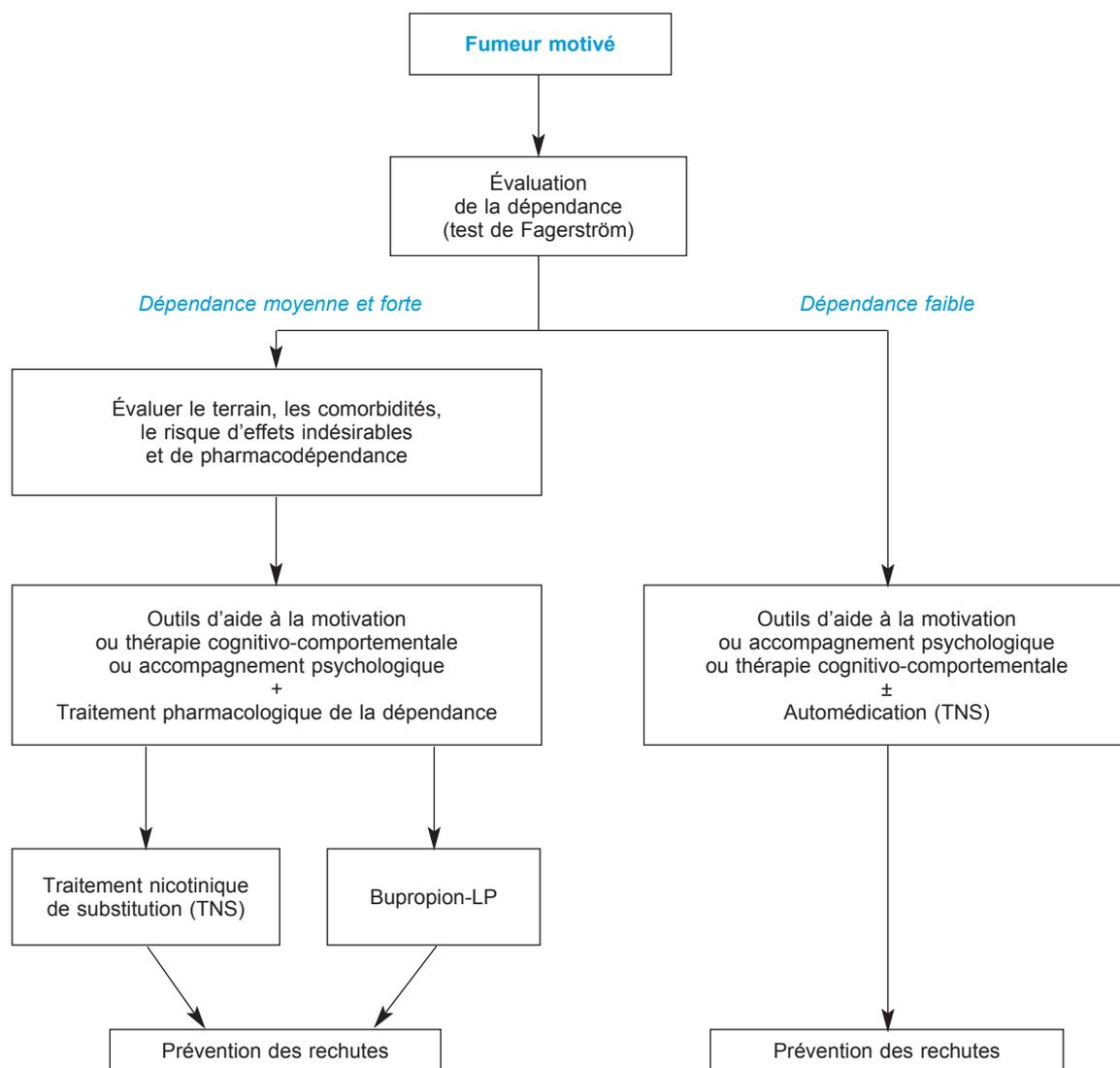


Figure 1. – Prise en charge du sevrage tabagique : arbre de décision (8).

• Le pharmacien d'officine (16-18)

De longue date, il est un conseiller apprécié du public en matière de santé, il a vocation à s'impliquer en tabacologie. Ainsi, peut-il identifier les fumeurs et leur conseiller l'arrêt (conseil minimal), et tout autant les aider à s'arrêter car il est habilité à conduire un traitement par SN après avoir évalué le niveau de dépendance et la situation tabagique. Il orientera vers le médecin (omnipraticien ou consultation spécialisée) les patients présentant des niveaux élevés de dépendance et des codépendances, des troubles psychiatriques ou somatiques associés, ainsi que les femmes enceintes. L'implication et la formation des pharmaciens, comme les bénéfices de leur incontournable intervention sont maintenant connus.

• Les acteurs du secteur paramédical (2, 3, 5, 9, 10)

- Les infirmières et sages-femmes, titulaires ou non d'un diplôme universitaire de tabacologie et appartenant ou non à une consultation spécialisée, ont une proximité naturelle avec les patients qui leur permet d'intervenir à tous les stades de l'aide à l'arrêt (information, éducation sanitaire, conseil d'arrêt, animation de groupe de motivation, soutien ou arrêt, suivi après arrêt). Il convient de souligner leur rôle central en milieu scolaire, professionnel et pénitentiaire.
 - Les psychologues et diététiciennes sont tout particulièrement utiles dans les consultations spécialisées, les uns aidant à l'évaluation de la situation psychologique et de la personnalité des consultants, les autres à mieux adapter

leur équilibre alimentaire afin de prévenir la prise de poids au cours du sevrage.

- Les dentistes et kinésithérapeutes, acteurs potentiels, restent insuffisamment impliqués et formés en tabacologie, alors qu'ils peuvent jouer un rôle important en matière d'information, conseil d'arrêt et orientation vers les praticiens susceptibles d'assurer le sevrage (19).

Comment optimiser la prise en charge du sevrage tabagique

Évaluation des pratiques des différents intervenants

Diversité des intervenants

La diversité des situations tabagiques des candidats à l'arrêt (motivation, dépendance, état anxio-dépressif, etc.) rencontre des niveaux de pratique qualitativement disparates. Il convient de distinguer les intervenants de première ligne, responsables des stades initiaux de prise en charge (identification des fumeurs, conseil d'arrêt, orientation vers le sevrage, prise en charge de patients les moins dépendants), et des intervenants de seconde ligne qui ont en charge les sevrages les plus difficiles (tabacologues, consultations spécialisées); leurs actions respectives se complètent.

L'omnipraticien (5, 9, 10, 20-22)

Il a vocation naturelle à être le premier intervenant, aussi bien pour identifier les fumeurs, conseiller l'arrêt qu'en matière de prise en charge du sevrage, mais de multiples freins gênent son implication; au déficit de formation qui s'atténue lentement (l'implication des jeunes générations médicales paraît supérieure, notamment chez les femmes) s'ajoute un manque de temps, de reconnaissance et de rémunération. La méthodologie du sevrage tabagique elle-même s'éloigne de leur pratique habituelle du diagnostic et du soin. Enfin, ils ont une piètre estime de leur pratique compte tenu de leurs résultats médiocres aggravés par la faible observance des patients. Ces constatations ne font que souligner l'importance de développer la formation continue en tabacologie, mais aussi des stratégies d'échanges autour des pratiques et la diffusion des recommandations professionnelles.

Les autres acteurs

- Les pharmaciens d'officines

Si leur implication en tabacologie est réelle, ils ont cependant des difficultés dans l'espace de leur officine à assurer

une prise en charge "globale et étalée dans le temps". De récentes études (23, 24) mettent en évidence que la vente libre (OTC) des SN aboutit à des résultats voisins de ceux obtenus après prescription ou délivrance en pharmacie; un tel fait paraît souligner un déficit de prise en charge au-delà de la simple utilisation du médicament.

- Les spécialistes en médecine (5, 25-27)

Bien souvent, cardiologues, pneumologues, oto-rhino-laryngologistes, gynécologues, anesthésistes sont trop accaparés par leur pratique pour s'impliquer réellement dans le sevrage tabagique, d'autant qu'ils pâtissent d'un déficit de formation en tabacologie; celle-ci doit s'accroître tandis que des stratégies spécifiques pourraient optimiser leur intervention. S'ils se mobilisent progressivement, la plupart d'entre eux préfèrent encore orienter leurs patients fumeurs vers les tabacologues.

- Les médecins du travail et médecins scolaires

S'ils sont "préventologues" et exercent une action d'information, conseil et orientation, ils sont rarement à même d'assurer une prise en charge du sevrage tabagique. De multiples travaux soulignent pourtant l'efficacité de prise en charge de groupe au sein de l'entreprise (5, 9, 10, 28, 29) ou de l'école (3, 9, 10, 30, 31). Remarquons une réelle implication en tabacologie de médecins des établissements pénitenciers et l'existence d'expériences prometteuses dans ce contexte difficile (32, 33).

- Les acteurs du secteur paramédical (3, 5, 9, 10, 28-31)

Ils peuvent identifier les fumeurs, conseiller l'arrêt et expliquer les modalités de l'arrêt, mais également orienter les patients vers les praticiens et structures pouvant assurer le sevrage. Leur action est complémentaire de celle du médecin; formés en tabacologie, ces acteurs excellent souvent dans l'animation de groupe de sevrage comme dans la phase de préparation à l'arrêt ou de suivi après sevrage. Au sein des consultations spécialisées, ils assurent un rôle de liaison entre les différents intervenants... La tabacologie est une discipline nouvelle et le nombre des paramédicaux réellement formés reste très insuffisant.

Consultations spécialisées en tabacologie (5, 34-36)

Point n'est besoin de rappeler leur rôle en matière de formation (terrain de stage), recherche, essais cliniques et soutien aux actions de lutte contre le tabagisme, ni l'expérience accumulée en matière de sevrage tabagique. Elles devraient, si la prise en charge des médecins généralistes se révélait optimale, ne traiter que les fumeurs difficiles à sevrer, qui présentent souvent une psychopathologie, des

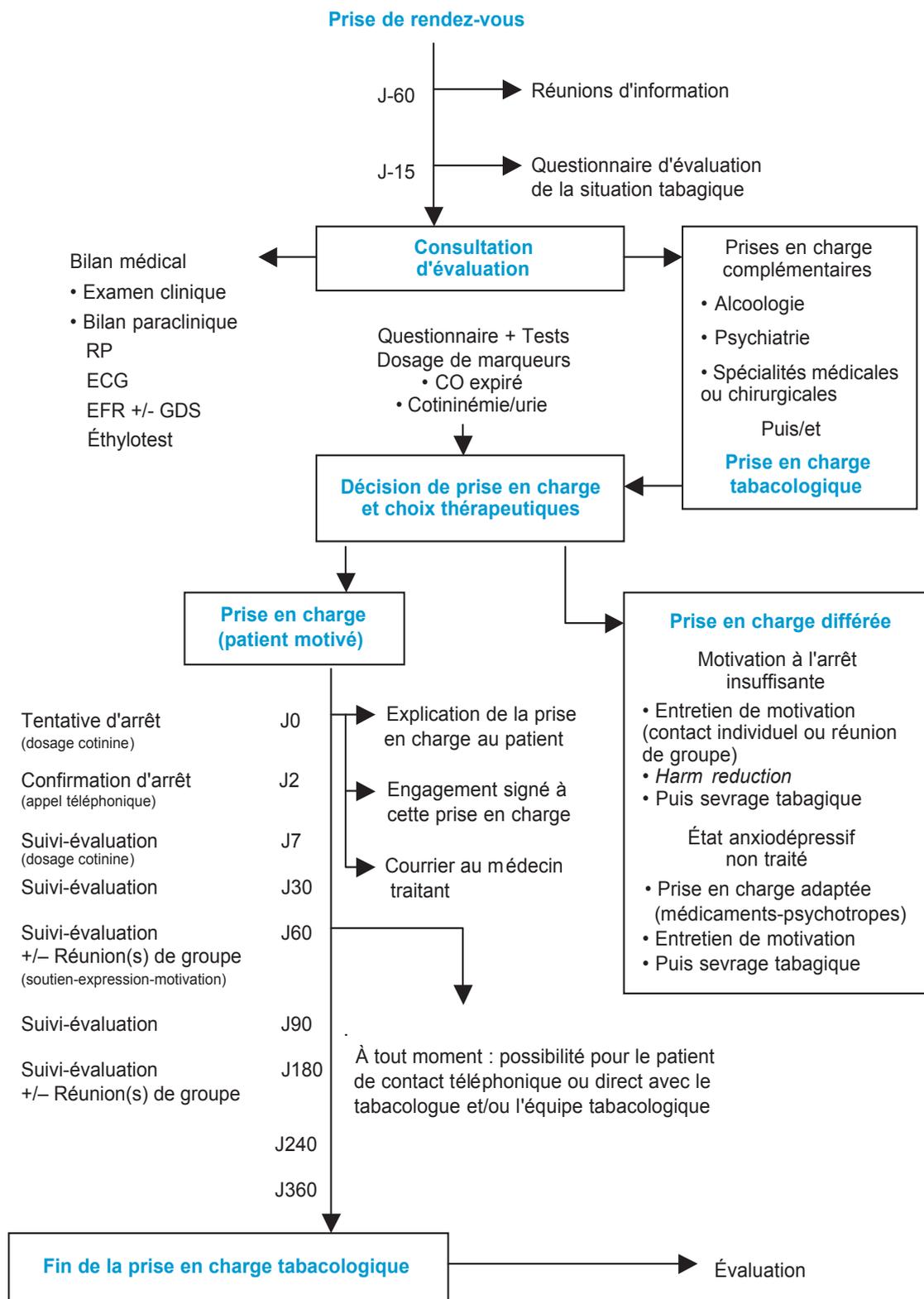


Figure 2. – Prise en charge du sevrage tabagique en centre spécialisé.

RP : radio pulmonaire ; ECG : électrocardiogramme ; EFR : épreuves fonctionnelles respiratoires ; GDS : gaz du sang.

coaddictions (37) et des pathologies somatiques (38), en leur faisant profiter de protocoles structurés (figure 2). Les consultations de tabacologie collaborent de longue date avec les unités d'addictologie, dans lesquelles elles peuvent s'insérer, ainsi qu'avec les structures d'alcoologie qui paraissent les plus à même de prendre en charge les fumeurs ayant des problèmes avec l'alcool (5, 39, 40). On regrettera toutefois le déficit en moyens de ces consultations et que seules les consultations hospitalières bénéficient d'aides ministérielles.

Vers une meilleure coordination des soins

Développement des acquis de la lutte contre le tabagisme

Les progrès enregistrés en matière de lutte contre le tabagisme doivent être développés ; ainsi, la réglementation ne peut-elle être que respectée, la politique des prix renforcée, la prévention (campagnes nationales relayées par des actions locales) stimulée. L'éducation sanitaire en milieu scolaire doit enfin être dotée de moyens substantiels et d'acteurs formés disposant de méthodologies appropriées (3, 5, 10, 39). Au-delà de l'énoncé de ces évidences, c'est reconnaître le besoin d'un effort de formation en tabacologie et de coordination entre les différents intervenants du vaste champ de la prévention.

En matière de sevrage tabagique

- Améliorer l'efficacité de l'intervention

Ceci passe par un effort de formation initiale et continue, mais sans doute aussi par une nouvelle codification des actes, à moins qu'il ne s'agisse de concevoir un nouveau mode de rémunération prenant en compte plus qu'un acte médical, un projet thérapeutique et la globalité de l'intervention du ou des thérapeutes.

- Améliorer la coordination des soins : des règles simples

Nous postulons qu'une meilleure coordination de l'intervention en tabacologie est susceptible d'améliorer la prise en charge et de permettre d'accroître le taux d'arrêt ; à cette fin, le respect de quelques règles simples rassemblées dans la figure 3 permettraient d'optimiser la pratique médicale. Ainsi :

- Chaque acteur sanitaire doit traiter la demande d'aide qui lui est faite au même titre qu'il doit systématiquement identifier le tabagisme des patients.

- Lors de l'évaluation initiale, il doit répondre à plusieurs questions : quelle est la situation psychologique et somatique du fumeur et quels types de prises en charge sont nécessaires ? Quel est le niveau de la dépendance tabagique

et la motivation à s'arrêter de fumer du patient ? Quelles sont les difficultés prévisibles à la tentative d'arrêt ? Mes compétences et les moyens dont je dispose me permettent-ils d'assurer une prise en charge efficace ?

- Si le praticien décide d'assurer le sevrage, il veillera à ce que l'aide à l'arrêt bénéficie d'un temps de consultation spécifiquement consacré à cette tâche, en respectant les recommandations des experts.

- S'il décide de confier le patient à un tabacologue, il veillera à lui confier un courrier de liaison pour le spécialiste qui assurera le sevrage. La mise à disposition de documents de liaison standardisés serait susceptible de faciliter une telle pratique.

- Le tabacologue assurant le sevrage intégrera à la prise en charge la personne qui lui a confié le patient ; à cette fin, un courrier de synthèse lui sera systématiquement retourné.

- En cas d'échec de la tentative d'arrêt, une évaluation de la situation sera faite afin de préparer une nouvelle tentative, en veillant à rassurer le patient et à dédramatiser un échec qui n'est que temporaire et constitue une expérience profitable lors d'une nouvelle tentative d'arrêt.

Autres solutions

- Les thérapies de groupe

Elles gardent une justification pour les patients désirant ce type d'intervention et peuvent être renforcées par l'utilisation des substituts nicotinique. La formation en tabacologie et l'éthique des acteurs doivent être garanties aux candidats à l'arrêt. Un déficit d'évaluation de la situation tabagique initiale et de suivi peut limiter le maintien dans l'abstinence. Ce type de prise en charge paraît s'adresser préférentiellement aux fumeurs peu ou moyennement dépendants.

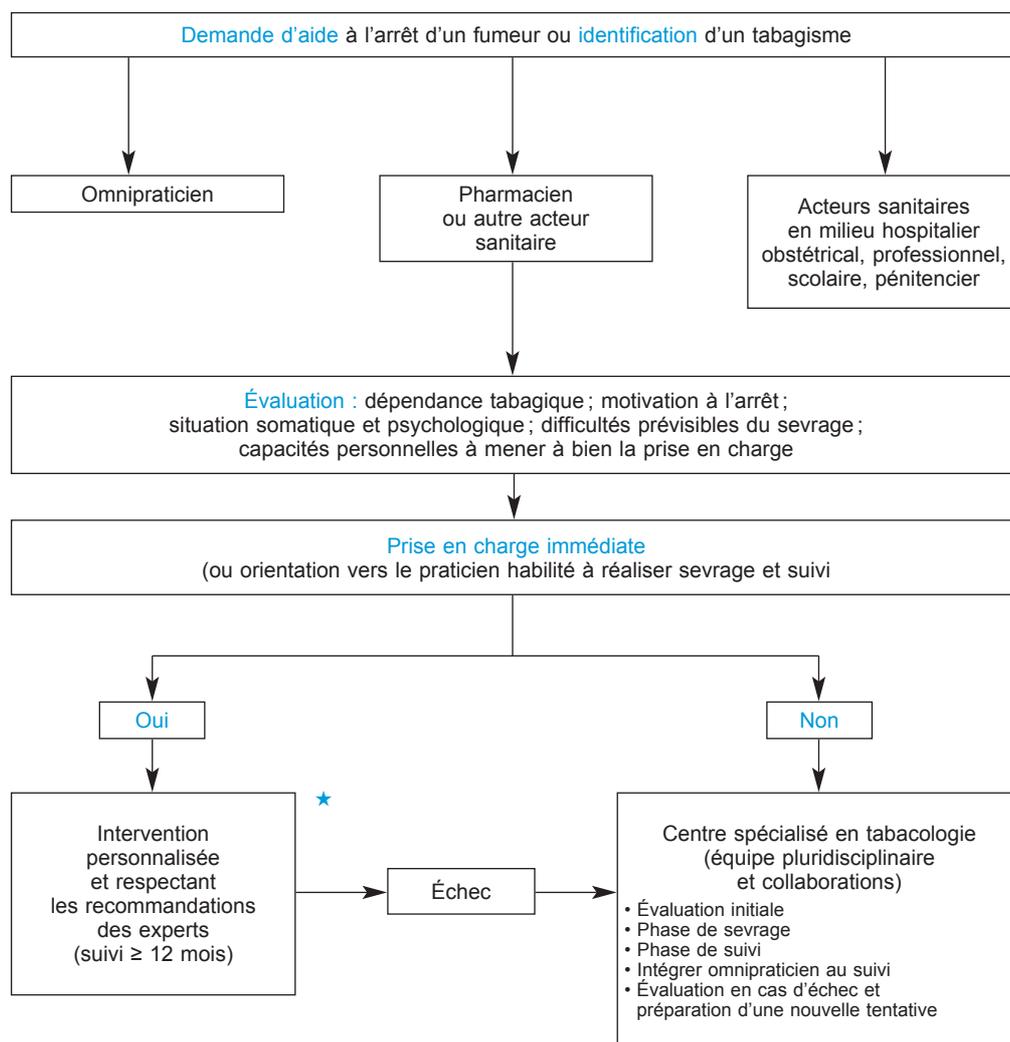
- Stratégie de réduction de la consommation

Une réduction de la consommation de tabac aidée par l'usage de substituts nicotiques doit être proposée aux fumeurs qui ne peuvent ou ne veulent pas s'arrêter totalement et/ou immédiatement. Diverses études ont mis en évidence la possibilité pour certains de réduire durablement leur consommation de tabac grâce à une telle stratégie (42, 43) qui permet, par ailleurs, l'accroissement du stade de maturation de la décision d'arrêt et d'induire des arrêts spontanés (43), mais aussi de développer l'entretien motivationnel (42, 43) qui favorise la réussite du sevrage lors d'une tentative d'arrêt totale ultérieure (44) et qui améliore dans l'intervalle les critères vitaux et de qualité de vie (43-45).

Conclusion

La lutte contre le tabagisme semble être entrée dans une phase décisive. La prise en charge du sevrage tabagique particulièrement importante chez les fumeurs fortement dépendants exposés aux risques induits par le tabagisme doit être améliorée. Au-delà des progrès résultant des

acquis médicamenteux, d'une meilleure codification de la prise en charge du sevrage tabagique et du renforcement des consultations spécialisées, une meilleure coordination dans l'offre de soin, reposant sur des règles simples, est susceptible d'améliorer la réponse à la demande croissante du public, ainsi que le taux de réussite des tentatives d'arrêt. ■



★ Une stratégie de réduction de la consommation aidée de substituts nicotiques peut précéder l'arrêt total du tabagisme.

Figure 3. – Hiérarchie et coordination de l'intervention dans le sevrage tabagique. Proposition d'optimisation de la prise en charge.

J. Perriot, A. Schmitt, P.M. Llorca
 Optimiser la prise en charge du sevrage tabagique
Alcoologie et Addictologie 2005 ; 27 (3) : 201-209

Références bibliographiques

- 1 - Collectif. Journée mondiale sans tabac. *BEH* 2004 ; (22-23) : 89-100.
- 2 - Collectif. L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus ; 8-9 octobre 1998 ; Paris. Paris : Édition EDK, 1998.
- 3 - Slama K, Karsenty S, Hirsch A. La lutte contre le tabagisme est-elle efficace ? Paris : INSERM et la Documentation française, 1992.
- 4 - Hill C, Laplanche A. Le tabac en France, les vrais chiffres. Paris : la Documentation française, 2004.
- 5 - Perriot J, Llorca PM, Bousiron D, Schwan R. Tabacologie et sevrage tabagique. Paris : John Libbey Eurotext, 2003.
- 6 - Lagrue G. Arrêter de fumer ? Paris : Odile Jacob, 2001.
- 7 - Collectif. Tabac, comprendre la dépendance pour agir. Paris : Les éditions INSERM, 2004.
- 8 - AFSSAPS. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandations de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie* 2003 ; 25 (2 Suppl.) : 15-44S.
- 9 - Molimard R, Schwartz ST. Le traitement de la dépendance tabagique. Paris : INSERM et la Documentation française, 1989.
- 10 - Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme. Paris : Masson, 2004.
- 11 - Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, Khayrallah MA, Schroeder DR, Glover PN, Sullivan CR, Croghan IT, Sullivan PM. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997 ; 337 (17) : 1195-1202.
- 12 - Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, Smith SS, Muramoto ML, Daughton DM, Doan K, Frole MC, Baker TB. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999 ; 340 (9) : 685-691.
- 13 - Aubin HJ, Dupont P, Lagrue G. Comment arrêter de fumer ? Paris : Odile Jacob, 2003.
- 14 - Slama K. Le conseil minimal anti-tabac en médecine générale. *Médecine d'aujourd'hui* 2003 ; (4) : 135-139.
- 15 - Aubin HJ, Tilikete S, Lahmek P. traitement cognitivo-comportemental du tabagisme *Alcoologie et Addictologie* 2000 ; 22 (4) : 313-318.
- 16 - Le Louarn A, Gérald S. L'aide au sevrage tabagique assuré par les pharmaciens d'Alsace. *Santé Publi* 2002 ; 14 (2) : 121-134.
- 17 - Grasset S. Le rôle du pharmacien dans la prise en charge du sevrage tabagique [Thèse Doctorat en Pharmacie]. Clermont-Ferrand : Université de Clermont-Ferrand, 2001.
- 18 - Perrier C. Accompagnement au sevrage tabagique : moyens actuels, rôle du pharmacien et enquête auprès des pharmaciens d'officine de Grenoble [Thèse Doctorat en Pharmacie]. Grenoble : Université de Grenoble, 2001.
- 19 - Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Gordon JS, Barkley MF. Using the hygiene visit to deliver a tobacco cessation program: results of a randomised clinical trial. *J Am Dent Assoc* 1998 ; 129 (7) : 993-999.
- 20 - Garrigues-Naserzadeh N, Nasco AJ, Lang F, Vergnon JM. Le médecin généraliste face à un patient fumeur. *Rev Prat Med Gen* 2002 ; (571) : 600-604.
- 21 - Perriot J. La consultation de tabacologie en médecine générale : ses modalités pratiques. *Médecine d'aujourd'hui* 2003 ; (9) : 289-284.
- 22 - Lagrue G. Rôle du médecin généraliste dans l'arrêt du tabac. *Encycl Med Chir (Akos Encyclopédie Pratique de Médecine)* 2001 ; 6 (1500) : 6 p.
- 23 - Hughes JR, Shiffman S, Zhang J. A meta analysis of the efficacy of over the counter (OTC) nicotine replacement. *Tobacco control* 2003 ; 12 : 21-27.
- 24 - Shiffman S, Hugues JR, Pillitteri JL, Burton SL. Persistent use of nicotine replacement therapy: an analysis of actual purchase patients in a population based sample. *Tobacco Control* 2003 ; 12 : 310-316.
- 25 - Delay J. La prévention de la maladie coronaire. Paris : John Libbey Eurotext, 1999.
- 26 - Similowski T, Muir JF, Derenne JP. La bronchopneumopathie chronique obstructive. Paris : John Libbey Eurotext, 2004.
- 27 - Delcroix M, Jacquemont ML. Intoxication tabagique chez la femme. Prise en charge gynécologique des femmes fumeuses. *Encycl Med Chir (Gynécologie)* 2003 ; 39-L-20 : 10 p.
- 28 - Dautzenberg B. La lutte contre le tabac en entreprise : le guide. Paris : Éd. Margaux Orange, 2000.
- 29 - Quoix E, Sauleau EA, Wertenschlag E, Wertenschlag N. Enquête sur le tabagisme d'un grand centre hospitalier psychiatrique (EPSAN). Création d'un centre de sevrage antitabac dans le cadre de l'adhésion au réseau hôpital sans tabac. *BI ANMTEH* 2002 ; (50) : 4-13.
- 30 - Gillespie A, Stanton W, Lowe JP, Hunter B. Feasibility of school-based smoking cessation programs. *J Sch Health* 1995 ; 65 (10) : 432-437.
- 31 - Lancaster T, Dobbie W, Vos K, Yudkin P, Murphy M, Fowler G. Randomised trial of nurse-assisted strategies for smoking cessation in primary care. *Br J Gen Pract* 1999 ; 49 (440) : 191-194.
- 32 - Awofeso N. Reducing smoking prevalence in Australian prisons: a review of policy options. *Appl Health Econ Health Policy* 2002 ; 1 (4) : 211-218.
- 33 - Voglewede JP, Noel NE. Predictors of current need to smoke in inmates of a smoke-free jail. *Addict Behav* 2004 ; 29 (2) : 343-348.
- 34 - Lagrue G. Mission et organisation des centres de tabacologie. *OPA Pratique* 2001 ; 150 : 8-10.
- 35 - Jeanfrançois M, Fernandes E, Dautzenberg B, Ménard J. Évolution de l'activité des consultations hospitalières de tabacologie durant la période triennale 2000-2002. *BEH* 2002 ; (22) : 98-99.
- 36 - Dautzenbert B, Josseran L, Borgne A, Moreau A, Jeanfrançois M. Évolution de l'activité des consultations non hospitalières de tabacologie durant la période triennale 2000-2002. *BEH* 1999 ; (22) : 100-101.
- 37 - Reynaud M. Cannabis et santé. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 2004.
- 38 - Perriot J. Sevrage tabagique des patients avec BPCO. *Courr Add* 2004 ; 6 (4) : 161-164.
- 39 - Gillet C. Sevrage alcoolique et tabagisme. *Alcoologie* 1999 ; 21 (2 Suppl.) : 1275-1325.
- 40 - André É. Le traitement de la dépendance tabagique chez les alcooliques. *Alcoologie et Addictologie* 2001 ; 23 : 585-605.
- 41 - Perriot J. Approches collectives d'aide au sevrage tabagique. In : Martinet Y, Bohadana A. Le tabagisme. Paris : Masson, 2004.
- 42 - Murray RP, Bailey WC, Daniels K, Bjoinson WR, Kurnow K, Connett JE, Nides MA, Kiley JP. Safety of nicotine polacrilex gum used by 3,094 participants in the long health study. *CHEST* 1996 ; 109 (2) : 482-485.
- 43 - Wennicke P, Danielsson T, Landfelt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow up. *Addiction* 2003 ; 98 (10) : 1395-1402.
- 44 - Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T, Van Biljon X, Robidou A, Westin A, Perruchoud AD, Saïve U. Influence of long-term smoking reduction on health risk markers and quality of life. *Nicotine Tob Res* 2002 ; 4 (4) : 433-439.
- 45 - Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T, Van Biljon X, Robidou A, Westin A, Perruchoud AD, Saïve U. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: a double blind, randomized clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000 ; 321 (7257) : 329-333.