

Prise en charge du tabagisme en médecine générale

Management of tobacco smoking in general practice

L. Hanssens¹ et F. Felgueroso²

¹Service de Pneumologie, H.U.D.E.R.F., ULB, ²Médecine générale, D.M.G.-ULB

RESUME

Le tabac est une drogue dure par la triple dépendance qu'il induit. La prise en charge du fumeur est, donc, complexe et difficile. Elle nécessite une approche globale combinant des traitements non médicamenteux et médicamenteux. Le médecin généraliste par son statut privilégié joue un rôle important. La prise en charge recommandée est la stratégie des 5As (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange). Cet article propose la prise en charge du tabagisme et du sevrage, en médecine générale, de l'adulte fumeur ainsi que les spécificités du tabagisme et du sevrage de la femme enceinte et de l'adolescent.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 95-100

ABSTRACT

Tobacco is a hard drug causing triple dependence. The medical management of tobacco smokers is thus complex and challenging. It requires a global approach combining non-pharmacological and pharmacological treatment. The general practitioner, having a privileged status, plays an important role. The recommended management is the strategy of the 5As (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange). This article proposes the management of tobacco smoking and cessation, in general practice, in the adult smoker, as well as the specificities of tobacco smoking and cessation in the pregnant woman and the teenager.

Rev Med Brux 2015 ; 36 : 95-100

key words : tobacco smoking, smoking cessation, general practitioner

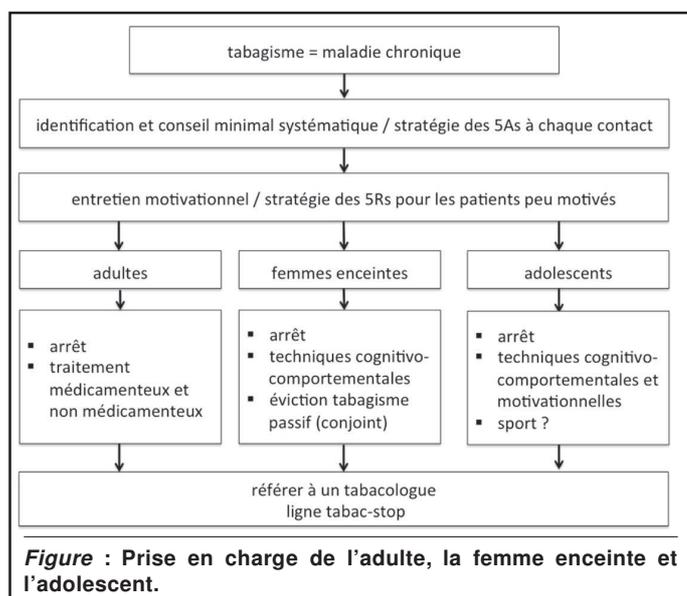
INTRODUCTION

Le tabagisme est considéré comme la principale cause de morbidité et de mortalité évitable dans le monde. Selon l'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé), le tabagisme est responsable de près de 6 millions de morts par an dont 600.000 à cause de tabagisme passif¹. Actuellement, il y a plus d'un milliard d'adultes fumeurs dans le monde et la moitié mourra prématurément d'une pathologie liée au tabac. Tout professionnel de la santé devrait donc se sentir concerné. Le médecin généraliste par son statut privilégié occupe une place importante. La confiance du patient en son médecin traitant, la fréquence des visites et le suivi à long terme permettent au médecin généraliste d'agir sur le nombre de nouveaux fumeurs, et donc, les jeunes (prévention primaire), et aussi, d'encourager l'arrêt (prévention secondaire)². Mais, le médecin généraliste semble réticent par rapport à la prise en charge du sevrage tabagique, et ce d'autant

plus si celui-ci est fumeur, par le manque de temps, par la complexité de la prise en charge, par la peur de perdre des patients et par le manque de motivation des patients³. Cet article a comme objectif de résumer la prise en charge du tabagisme et du sevrage en médecine générale. Seront abordées 1) les conséquences du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt, 2) la dépendance tabagique, et 3) la prise en charge de l'adulte, de la femme enceinte et de l'adolescent qui est résumée dans la figure.

LES CONSEQUENCES DU TABAGISME ET LES BENEFICES DE L'ARRÊT

La fumée de tabac contient plus de 7.000 substances dont près de 70 sont cancérigènes. Elle se divise en plusieurs courants : le courant primaire ou principal est la fumée aspirée directement par le fumeur, le courant secondaire ou latéral est la fumée qui s'échappe du bout incandescent entre les bouffées



et le courant tertiaire est la fumée exhalée par le fumeur. Une différence quantitative significative a été démontrée dans la composition entre le courant primaire et secondaire⁴. Le courant secondaire est plus toxique parce qu'il est issu d'une combustion qui avoisine les 450 °C alors qu'au niveau du courant primaire, la combustion est de 850 °C. Les patients exposés au tabagisme passif sont considérés comme plus à risque parce qu'ils sont exposés à la fumée environnementale qui associe la fumée secondaire, composée principalement du courant secondaire, plus toxique que la fumée inhalée par le fumeur et la fumée tertiaire qui correspond à l'inhalation, l'ingestion ou l'absorption cutanée involontaire de polluants résiduels de la fumée de tabac qui se sont accumulés sur les surfaces, sur les objets et dans l'environnement⁵. Le tabagisme passif correspond donc à l'exposition involontaire cumulée aux différents composants de la fumée de tabac présents dans l'air ambiant.

Les principales étiologies de la mortalité due au tabagisme sont le cancer pulmonaire, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques⁶. Le tabagisme passif est, également, à l'origine de pathologies chez l'adulte et chez l'enfant⁷.

L'arrêt de la consommation tabagique offre des bénéfices tant pour l'individu lui-même que pour son entourage, en termes de mortalité et de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac. Une étude prospective, publiée récemment, a montré que l'espérance de vie est diminuée de 11 ans pour les femmes fumeuses et de 12 ans pour les hommes fumeurs et qu'arrêter de fumer augmente l'espérance de vie du fumeur quel que soit l'âge de l'arrêt, mais le bénéfice est d'autant plus favorable que l'arrêt est précoce : arrêter de fumer entre 25 et 34 ans augmente l'espérance de vie de 10 ans, entre 35 et 44 ans de 9 ans, entre 45 et 54 ans de 6 ans⁸. Pour le cancer pulmonaire, le risque cumulé en fonction de l'âge de l'arrêt est de 16 % chez les hommes qui continuent de fumer, de 10 % chez ceux qui ont arrêté à 60 ans, de 6 % chez ceux qui ont arrêté à 50 ans et de 2 % chez

ceux qui ont arrêté à 40 ans⁹. Pour les patients souffrant de coronaropathie, la méta-analyse de Critchley montre une diminution de mortalité de 36 % chez les patients qui ont arrêté par rapport à ceux qui ont continué à fumer¹⁰. L'ensemble de ces études montre qu'arrêter de fumer présente un avantage à tout âge. Promouvoir et accompagner le sevrage tabagique doit être une priorité pour tous les professionnels de la santé.

LA DEPENDANCE TABAGIQUE

La dépendance tabagique est triple : physique, psychologique et comportementale. La nicotine est la principale substance qui induit cette dépendance. Elle est particulièrement addictive car elle atteint le cerveau en 7 secondes. Elle se fixe sur des récepteurs cholinergiques nicotiques et stimule le circuit de récompense en modulant la libération de neurotransmetteurs qui vont procurer au fumeur différents effets comme le plaisir, la détente, la stimulation intellectuelle et l'effet antidépresseur, anorexigène ou antidouleur. La dépendance physique va donc dépendre de la balance entre les sensations agréables liées aux effets psychoactifs positifs de la nicotine (renforcement positif) et les sensations désagréables liées au sevrage (renforcement négatif)¹¹. L'augmentation brutale de la dopamine cérébrale à chaque exposition aiguë de nicotine explique son effet psychotrope puissant. Sachant qu'une cigarette représente environ dix bouffées, un fumeur d'un paquet de cigarettes s'administre 200 " doses " quotidiennes, ce qui diffère considérablement par rapport à d'autres substances. Le tabac est donc considéré comme une drogue dure. Le tabac induit aussi une dépendance psychologique et comportementale. Le fumeur va rechercher les effets psychoactifs de la nicotine afin de gérer ses émotions et les aspects sociaux de la cigarette (image de soi en public, plaisir d'offrir une cigarette). Finalement, fumer pour le fumeur va devenir une habitude, un automatisme : il associe la fume à diverses activités (conduire, boire un café, téléphoner, ...) et il se surprend même à fumer alors qu'il ne se souvient pas avoir allumé sa cigarette.

LA PRISE EN CHARGE DE L'ADULTE FUMEUR

Le marché du tabac, et particulièrement celui de la nicotine, est considérable avec des enjeux importants tant pour les industriels du tabac que pour les sociétés pharmaceutiques. Il est donc difficile de traiter la littérature médicale dans le domaine du tabac. En 2008, le service de santé publique américain publie des recommandations de prise en charge du patient tabagique comportant une stratégie de prise en charge (stratégie des 5As) et une description des différentes approches thérapeutiques selon les principes de la médecine factuelle¹².

La stratégie des 5As

Dans le but de structurer la prise en charge, la stratégie recommandée est celle des 5As qui est représentée dans le tableau et qui consiste à poser la

Tableau : Stratégie des 5As.	
<i>Ask</i>	Evaluer le tabagisme : " Fumez-vous ? "
<i>Advice</i>	Conseiller l'arrêt : " Fumer est mauvais pour votre santé et celle de vos proches, je vous conseille d'arrêter. Si vous le souhaitez, je peux vous y aider "
<i>Assess</i>	Evaluer la motivation et favoriser la prise de décision : " Souhaitez-vous arrêter de fumer ? Et si oui, quand ? "
<i>Assist</i>	Proposer un soutien : " Je suis conscient que c'est difficile mais je peux vous aider "
<i>Arrange</i>	Assurer un suivi

question sur un tabagisme éventuel à chaque contact, à conseiller l'arrêt ou l'éviction complète, à évaluer la motivation et à favoriser la prise de décision, à proposer un soutien, et enfin, à assurer un suivi pour les patients motivés. Cette stratégie a montré son efficacité

- en fonction de la durée (43 études) : inférieure à 3 minutes (OR 1,3 ; IC 95 % 1,01-1,6) ; entre 3 et 10 minutes (OR 1,6 ; IC 95 % 1,2-2,0) ; supérieure à 10 minutes (OR 2,3 ; IC 95 % 2,0-2,7) ;
- en fonction du nombre d'interventions (46 études)¹² : entre 2 et 3 interventions (OR 1,4 ; IC 95 % 1,1-1,7) ; entre 4 et 8 interventions (OR 1,9 ; IC 95 % 1,6-2,2).

Mais, le sevrage tabagique est souvent un long processus complexe et difficile, le médecin généraliste peut à chaque étape référer son patient à une structure spécialisée (tabacologues et centres d'aide aux fumeurs, ligne tabac-stop).

Ask : " Fumez-vous ? "

Pour chaque nouveau patient, le statut tabagique doit être identifié (fumeur, ex-fumeur, non-fumeur) et noté dans le dossier. Si le patient est non fumeur, il faut s'assurer de l'absence d'exposition au tabagisme passif par une autre personne vivant dans son entourage (conjoint ou autre membre de la famille). Si le patient est ex-fumeur, il faut le féliciter et l'encourager à poursuivre. Si le patient est fumeur, les données suivantes doivent être collectées : la consommation journalière, la durée du tabagisme, les arrêts antérieurs, les mesures d'éviction et le tabagisme durant la grossesse. A chaque contact, le statut tabagique devra être recherché de manière non culpabilisante. Le niveau de dépendance peut être déterminé par le test de Fagerström. Une façon encore plus simplifiée d'évaluer la dépendance est le temps de la première cigarette : un délai inférieur à 30 minutes, et surtout, dans les 5 minutes après le réveil, signe l'existence d'une dépendance forte et des chances d'abstinence plus faibles.

Advice : " Fumer est mauvais pour votre santé et celle de vos proches, je vous conseille d'arrêter. Si vous le souhaitez, je peux vous y aider "

Lors de chaque consultation, il faut donc conseiller à tous les patients d'arrêter de fumer et veiller

à l'éviction du tabac par des messages clairs, fermes, non culpabilisants et personnalisés. Ce conseil sera réitéré à chaque contact. Il est, également, important d'évaluer les connaissances des patients et les informer sur les effets du tabagisme actif et passif.

Assess : " Souhaitez-vous arrêter de fumer ? Et si oui, quand ? "

Systématiquement, il faut demander au fumeur s'il est prêt à arrêter afin de déterminer le stade de motivation au changement et d'adapter la prise en charge. Si le patient ne veut pas arrêter, il se situe au stade de fumeur satisfait (" heureux ") et il ne considère donc pas son tabagisme comme un problème. Deux approches peuvent être utilisées : l'entretien motivationnel et la stratégie des 5Rs. L'entretien motivationnel est une méthode de communication centrée sur la personne qui a comme objectif d'aider le patient à changer de comportement et est basé sur 4 principes : l'empathie, développer les divergences pour résoudre l'ambivalence, ne pas convaincre et renforcer le sentiment d'auto-efficacité. Son efficacité a été démontrée dans l'arrêt tabagique (RR 1,27 ; IC 95 % 1,14-1,42 - 14 études) et particulièrement, si l'entretien motivationnel est pratiqué par le médecin généraliste (RR 3,49 ; IC 95 % 1,53-7,94)¹³. La stratégie des 5Rs consiste à encourager le patient à dire en quoi arrêter de fumer est important pour lui (**Relevance**), à lui demander d'identifier pour lui ainsi que pour son entourage les risques à court, à moyen et à long termes (**Risks**), les avantages potentiels de l'arrêt (**Rewards**) et les barrières à l'arrêt (**Roadblocks**). Cette intervention motivationnelle sera répétée aux différentes consultations (**Repetition**)¹². Si le patient souhaite arrêter mais pas avant 6 mois, il est ambivalent par rapport au tabac. Il faut favoriser son envie d'arrêt par la technique de l'entretien motivationnel. Si le patient souhaite arrêter dans 1 à 6 mois, il se situe au stade de la préparation et il est décidé au sevrage. Il faut lui apporter un soutien dans sa démarche en favorisant son auto-efficacité. Il est, également, important d'évaluer les co-dépendances et les co-morbidités, d'organiser une prise en charge et un suivi tenant compte de ses besoins et de ses spécificités.

Assist : " Je suis conscient que c'est difficile mais je peux vous aider "

Il faut proposer à chaque patient un soutien. Pour les patients motivés, plusieurs rendez-vous seront programmés sur plusieurs mois afin d'établir un plan de sevrage propre au patient ou pour les moins motivés à les aider à créer un environnement non fumeur. Le plan de sevrage comportera le plan de l'arrêt comprenant la date de l'arrêt et le suivi, des conseils pratiques, les difficultés qui pourraient être rencontrées à l'arrêt et les solutions pour y remédier, et enfin, le traitement.

Arrange : " Assurer un suivi "

Le risque de rechute atteint les 80 % durant

l'année qui suit le sevrage. Il est donc primordial de planifier un suivi avec comme objectifs d'évaluer l'état d'abstinence ou de rechute et les traitements, de soutenir la motivation et de rechercher les difficultés physiques (prise de poids, aggravation de la toux) ou psychologiques (dépression, anxiété).

Les traitements

Par la triple dépendance que le tabagisme induit, la prise en charge du patient fumeur est complexe et difficile. Seuls 2 à 5 % des fumeurs décidés à arrêter réussissent à le faire sans intervention¹⁴. Le sevrage tabagique est aussi associé à un taux élevé de rechute. La prise en charge doit donc être globale combinant des approches médicamenteuses et non médicamenteuses¹².

Traitements non médicamenteux

Le traitement non médicamenteux va du simple conseil du médecin sur le sevrage tabagique à un suivi très intensif comme le soutien comportemental. Le conseil minimal qui comporte 2 questions : " Fumez-vous ? " et " Souhaitez-vous arrêter de fumer ? " augmente le taux de sevrage à 1 an de 1 à 3 % par rapport à l'arrêt spontané¹⁵. Les lignes téléphoniques, comme la ligne tabac-stop, qui utilisent le conseil proactif sont également utiles¹². L'association de plusieurs approches non médicamenteuses augmente les chances de réussite¹². A l'heure actuelle, aucune méthode alternative (acupuncture, hypnose, auriculothérapie) n'a pu démontrer une efficacité à long terme¹⁶⁻¹⁸. La réduction de la consommation permet un arrêt secondaire d'une fréquence proportionnelle à la diminution et inversement proportionnelle au nombre de cigarettes consommées initialement mais, en raison du tabagisme compensatoire, elle ne modifie ni la mortalité ni la morbidité¹⁹. La réduction de la consommation, assistée par des substituts nicotiques augmente les taux d'abstinence (RR 2,06 ; IC 95 % 1,34-3,15 - 5 études)²⁰. Enfin, le sport ou un niveau d'activité élevé diminue le risque d'initiation au tabac et diminue, chez le fumeur, les symptômes de sevrage et la prise de poids^{21,22}.

Et la cigarette électronique ? Elle a l'avantage d'être moins chère que la cigarette, de ne pas contenir de tabac, de ne pas émettre de fumée, d'avoir l'aspect d'une cigarette et de reproduire les gestes du fumeur. C'est devenu un produit très populaire mais la quantité de nicotine délivrée n'est pas contrôlée contrairement aux substituts nicotiques et la toxicité n'a pas été suffisamment étudiée. Même si la cigarette électronique semble diminuer les symptômes de sevrage et l'envie de fumer, ce produit ne doit donc pas être recommandé et ne doit pas être considéré comme un traitement d'aide au sevrage tabagique²³. Il n'a pas encore été suffisamment démontré que ce produit est efficace pour arrêter de fumer²⁴.

Traitements médicamenteux

Chez les patients dépendants et motivés, il est recommandé de proposer un traitement médicamenteux. L'objectif du traitement médicamenteux est de limiter les symptômes de sevrage¹².

Il existe différentes formes de substituts nicotiques. En Belgique, nous avons à notre disposition les patchs, les gommes, les pastilles à sucer, les comprimés sublinguaux, l'*inhaler* et tout récemment le spray buccal. Les effets secondaires des substituts nicotiques varient en fonction de la forme utilisée : irritation au niveau du site d'application (muqueuses, peau) ; hoquets et nausées en cas d'administration orale ; vertiges, céphalées et tachycardie surtout en cas de surdosage. Comme les substituts nicotiques sont des formes moins gratifiantes que le tabac, le risque de dépendance est faible. L'autre avantage est l'absence d'exposition du fumeur et de son entourage aux autres composants toxiques de la fumée de tabac. Mais, la résorption plus lente et la substitution souvent sous-dosée expliquent les rechutes possibles. L'association de substituts nicotiques augmente l'efficacité par rapport à l'utilisation d'un seul substitut et est aussi efficace que la varénicline²⁵. La stratégie la plus souvent adoptée est l'association d'un patch et d'une forme à la demande. La durée recommandée est de 2 à 3 mois.

La varénicline est un antagoniste de la nicotine (bloque l'effet de renforcement) et un agoniste partiel de la nicotine (réduit le *craving* et les symptômes de sevrage). Les effets secondaires principaux de la varénicline sont les nausées et les troubles du sommeil (insomnie, rêves anormaux). Des effets indésirables graves associés à la varénicline ont été rapportés, en particulier avec le suicide, l'état dépressif et les complications cardiovasculaires mais sans preuve d'un lien causal. Son efficacité est supérieure à celle du bupropion²⁵. La durée de traitement est de 12 semaines.

Le bupropion est un inhibiteur sélectif de la recapture des catécholamines. Les contre-indications sont nombreuses (convulsions ou antécédents convulsifs, tumeur du système nerveux central, sevrage de l'alcool ou des benzodiazépines, boulimie ou anorexie, insuffisance hépatique sévère, utilisation simultanée des inhibiteurs de la monoamine oxydase...), ce qui en limite l'usage. Son efficacité est comparable à celle des substituts nicotiques²⁵. La durée de traitement est de 7 à 9 semaines.

Au vu des effets secondaires, des contre-indications et de l'efficacité en termes d'abstinence, les substituts nicotiques seront proposés en première intention. La varénicline et le bupropion seront proposés en dernière intention en tenant compte des précautions et des contre-indications d'utilisation ainsi que de la gravité de certains effets secondaires.

Et la vaccination ? La vaccination est toujours en cours de développement. Le principe de la vaccination

est basé sur la production d'anticorps et la formation de complexes qui ne peuvent passer la barrière hémato-encéphalique diminuant ainsi la concentration cérébrale en nicotine, et donc, son effet addictif. Le taux d'abstinence augmente avec les taux d'anticorps à 6 mois mais ne montre pas de différence significative à 1 an^{25,26}.

La prise en charge de la femme enceinte fumeuse

Le tabagisme durant la grossesse est la cause évitable de morbidité et de mortalité la plus importante chez la mère et chez l'enfant. Les conséquences sur la grossesse (fausses couches, grossesse extra-utérine, *placenta praevia*, rupture prématurée de la poche des eaux, ...) et sur l'enfant à naître (dysmaturité, prématurité, mortalité *in utero* et néonatale, complications respiratoires, mort subite du nourrisson, troubles cognitifs et comportementaux, dépendance nicotinique majorée, cancers, ...) sont bien connues⁷.

La grossesse est le moment de la vie où l'arrêt tabagique est le plus probable. Arrêter de fumer durant la grossesse diminue le risque de petit poids de naissance (RR 0,82 ; IC 95 % 0,71-0,94) et de prématurité (RR 0,82 ; IC 95 % 0,70-0,96)²⁷. Les femmes qui présentent une dépendance physique plus élevée, des comorbidités psychiatriques, des codépendances et des situations socio-économiques défavorables ont des taux d'abstinence plus faibles et doivent donc bénéficier d'une prise en charge multidisciplinaire avec un suivi psychologique²⁷.

En pratique, c'est la stratégie des 5As qui est recommandée et qui est adaptée à la femme enceinte¹². Évaluer le tabagisme de la femme enceinte et l'informer des risques doit faire partie intégrante du dossier médical et du suivi. La mesure du monoxyde de carbone ou de la cotinine urinaire fait partie de la prise en charge et permet d'objectiver le niveau d'intoxication (actif ou passif), d'adapter la substitution nicotinique et de valider l'arrêt. Un tabagisme même léger est associé à un risque pour le fœtus et la femme enceinte ; il faut donc conseiller à toutes les patientes d'arrêter de fumer par des messages clairs, fermes, non culpabilisants et personnalisés : " C'est important pour votre grossesse et pour votre bébé d'arrêter de fumer maintenant ". Ensuite, il faut évaluer la motivation et favoriser la prise de décision, proposer un soutien et un suivi. L'évaluation du conjoint sera abordée également avec tact ainsi que sa prise en charge.

Les techniques cognitivo-comportementales sont considérées comme le traitement de choix durant la grossesse²⁸.

La prise en charge de l'adolescent fumeur

Les conduites addictives, comme le tabagisme, commencent à l'adolescence. Le tabac est une drogue dure qui induit une dépendance qui va entraîner très rapidement une consommation régulière et une perte de contrôle. En effet, la majorité des fumeurs réguliers

adultes ont débuté avant l'âge de 18 ans²⁹. Devenir fumeur comporte différentes étapes :

- l'" ouverture " à la fume ;
- l'expérimentation qui correspond à quelques bouffées ou quelques cigarettes occasionnelles, totalisant moins de 100 cigarettes ;
- le tabagisme occasionnel qui correspond à la consommation de tabac pendant une soirée ou avec des amis ;
- le tabagisme régulier qui correspond à la consommation d'une cigarette par jour ou au moins 20 jours par mois.

Les facteurs de risque sont l'environnement fumeur (amis fumeurs, particulièrement le meilleur ami, et parents fumeurs), la dépression, le manque de confiance en soi, les co-dépendances, être ou avoir été victime d'abus, un milieu socio-économique défavorisé, l'échec scolaire et les parents divorcés. A l'inverse, les facteurs protecteurs sont peu ou pas d'amis fumeurs, avoir commencé plus tard le tabac, la faible fréquence et durée de consommation, la confiance en soi, des parents qui désapprouvent le tabagisme et la pratique régulière d'un sport³⁰.

En termes de prévention et d'aide à l'arrêt, peu d'actions sont efficaces chez l'adolescent³¹. L'information sur les conséquences à court terme, notamment esthétiques (mauvaise haleine, teint terne, dents et doigts jaunes, ...) aura plus d'impact que celle à long terme, de même qu'une information sur les manipulations des industriels du tabac. Expliquer la dépendance, déconstruire l'image positive véhiculée par le tabac, impliquer les parents dans leur démarche, motiver la pratique d'un sport, l'approche psychologique motivationnelle et l'intervention de tiers ex-fumeurs sont des options thérapeutiques potentiellement utiles³⁰. Mais, pratiquement, très peu d'adolescents se rendent d'eux-mêmes en consultation pour une demande de sevrage tabagique. L'identification du tabagisme chez le jeune est, donc, fondamentale d'autant plus s'il présente des facteurs de risque. La stratégie des 5As reste recommandée chez le jeune¹².

CONCLUSION

En conclusion, le tabagisme est une maladie chronique. Cette donnée doit faire partie intégrante du dossier médical de tous les patients. L'identification et l'aide au sevrage systématique sont donc fondamentales. Le médecin généraliste par son statut privilégié occupe une place importante dans la prise en charge.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. O.M.S. : Rapport de l'O.M.S. sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2009. (En ligne : consulté le 28/02/2014). http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242563917_fre.pdf
2. Kacenenbogen N : La gestion du sevrage du tabac en médecine générale. Rev Med Brux 2009 ; 30 : 359-71

3. Meyer C, Ulbricht S, Baumeister SE *et al.* : Proactive interventions for smoking cessation in general medical practice : a quasi-randomized controlled trial to examine the efficacy of computer-tailored. *Addiction* 2008 ; 103 : 294-304
4. Bates C, McNeill A, Jarvis M, Gray N : The future of tobacco product regulation and labelling in Europe : implications for the forthcoming European Union directive. *Tob Control* 1999 ; 8 : 225-35
5. Matt GE, Quintana PJE, Destailats H *et al.* : Thirdhand Tobacco Smoke : emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda. *Environ Health Perspect* 2011 ; 119 : 1218-26
6. U.S. Surgeon General : How tobacco smoke causes disease : the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease, 2010 (En ligne : consulté le 28/02/2014). http://arfreshair.com/wp-content/uploads/2013/01/2010executive_summary.pdf
7. U.S. Surgeon General : The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General, 2006 (En ligne : consulté le 28/02/2014). <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhandsmoke/fullreport.pdf>
8. Prabhat J, Ramasundarahettige C, Landsman V *et al.* : 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013 ; 368 : 341-50
9. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R : Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950 : combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000 ; 321 : 323-9
10. Critchley JA, Capewell S : Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease : a systematic review. *JAMA* 2003 ; 290 : 86-97
11. Benowitz NL : Nicotine Addiction. *N Engl J Med* 2010 ; 362 : 2295-303
12. Fiore M C : Treating Tobacco Use and Dependence : 2008 Update, 2008. (En ligne : consulté le 28/02/2014). http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/treating_tobacco_use08.pdf
13. Lai DT : Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 ; 1 : CD006936
14. Hughes JR, Keely J, Naud S : Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction* 2004 ; 99 : 29-38
15. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T : Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; 5 : CD000165
16. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J : Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 ; 1 : CD000009
17. Fritz DJ, Robert MC, Steinmeyer B, Ditson G, Hill N : The Efficacy of Auriculotherapy for Smoking Cessation : A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *JABFM* 2013 ; 26 : 61-70
18. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M : Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 ; 10 : CD001008
19. Godtfredsen NS, Holst C, Prescott E, Vestbo J, Osler M : Smoking reduction, smoking cessation, and mortality : a 16-year follow-up of 19,732 men and women from The Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *Am J Epidemiol* 2002 ; 156 : 994-1001
20. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P : Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking : systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009 ; 238 : 1024
21. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G : The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour : a systematic review. *Addiction* 2007 ; 102 : 534-43
22. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P : Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 1 : CD006219
23. Dawkins L, Turner J, Hasna S, Soar K : The electronic-cigarette : effects on desire to smoke, withdrawal symptoms and cognition. *Addict Behav* 2012 ; 37 : 970-3
24. Bullen C, Howe C, Laugesen M *et al.* : Electronic cigarettes for smoking cessation : a randomised controlled trial. *Lancet* 2013 ; 382 : 1629-37
25. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T : Pharmacological interventions for smoking cessation : an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; 5 : CD009329
26. Hartmann-Boyce J, Cahill K, Hatsukami D, Cornuz J : Nicotine vaccines for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 8 : CD007072
27. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S *et al.* : Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; 10 : CD001055
28. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J : Pharmacological interventions for promoting cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 9 : CD010078
29. Elders MJ, Perry CL, Eriksen MP, Giovino GA : The report of the Surgeon General : preventing tobacco use among young people. *Am J Public Health* 1994 ; 84 : 543-7
30. Kerjean J : Le tabac chez les adolescents. Comment les convaincre de ne pas fumer ? Comment les aider à arrêter de fumer ? *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique* 2005 ; 45 : 561-4
31. Stanton A, Grimshaw G : Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; 8 : CD003289

Correspondance et tirés à part :

L. HANSSENS
H.U.D.E.R.F.
Service de Pneumologie
Avenue J.J. Crocq 15
1020 Bruxelles
E-mail : laurence.hanssens@huderf.be

Travail reçu le 20 mars 2014 ; accepté dans sa version définitive le 15 juillet 2014.