

DES PROFESSIONNELS ACTIFS POUR CONTRER LE TABAGISME

Chantal Lacroix, MD
Michèle Tremblay, MD
André Gervais, MD

Février 2003



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Direction de la santé publique

Une réalisation de l'unité Santé physique, équipe de réduction du tabagisme
Centre universitaire de santé McGill, mandataire

Dans ce document, l'utilisation du masculin n'a pour but que d'alléger le texte.

© Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (2003)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-383-0

DES PROFESSIONNELS ACTIFS POUR CONTRER LE TABAGISME

Le tabagisme représente LA principale cause modifiable de morbidité et de décès prématurés en Amérique⁽¹⁾. Face à ce problème prioritaire de santé publique, les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer. En effet, environ 70 % des fumeurs désirent cesser de fumer⁽¹⁾ et plusieurs d'entre eux se présentent chaque année à différents points de service du système de santé pour des problèmes variés. Chacune de ces visites représente une opportunité pour offrir de l'aide en cessation tabagique.

Les professionnels de la santé devraient identifier le statut tabagique de tous leurs patients âgés de neuf ans et plus, et offrir aux fumeurs de l'aide afin de les motiver à cesser de fumer. Plusieurs études ont démontré l'efficacité des interventions de counselling offertes par les cliniciens⁽¹⁾. De plus, lorsqu'il y a prise d'un médicament pour cesser de fumer, les taux de cessation doublent environ.

Les informations suivantes faciliteront l'intégration, à votre pratique quotidienne, d'interventions de counselling tabagique efficaces.

LE TABAGISME AU QUÉBEC

- Prévalence du tabagisme (2000-01) chez les personnes de 12 ans et plus : 29,5 %⁽²⁾ :
 - 31 % des hommes et 28 % des femmes fument;
 - il y a environ 1,9 millions de fumeurs au Québec;
 - le Québec se classe parmi les « Champions canadiens » du tabagisme.
- Prévalence (2000-01) chez les jeunes de 15 à 19 ans : 34 %⁽²⁾.
- Prévalence (2000) chez les jeunes du secondaire : 29 %⁽³⁾ :
 - 18,6 % des jeunes sont des fumeurs actuels (ont fumé > 100 cigarettes dans leur vie);
 - 12,4 % fument quotidiennement;
 - 6,2 % fument occasionnellement;
 - 10,4 % des jeunes sont des fumeurs débutants (ont fumé < 100 cigarettes dans leur vie);
 - en moyenne, les jeunes consomment leur 1^{ère} cigarette à 12 ans.
- Coûts directs et indirects par année dus au tabagisme : 2,4 milliards⁽⁴⁾.

TABAC ET SANTÉ

- Un fumeur régulier sur deux meurt d'une maladie liée à son tabagisme⁽⁵⁾ :
 - sur 1000 fumeurs âgés de 20 ans qui continueront de fumer, 250 mourront entre l'âge de 35 et 69 ans, perdant en moyenne 22 années d'espérance de vie et 250 mourront après 70 ans, perdant en moyenne huit ans d'espérance de vie.
- Environ 12 000 Québécois décèdent chaque année de maladies causées par le tabac⁽⁶⁾.
- On attribue à la consommation de tabac^(7,8) :
 - 85 % des cancers du poumon;
 - 85 % des maladies pulmonaires obstructives chroniques;
 - 30 % de tous les cancers;
 - 25 à 30 % des maladies cardiovasculaires;... et une liste de plusieurs autres maladies qui s'allonge continuellement.

FUMÉE DU TABAC DANS L'ENVIRONNEMENT (FTE) ET SANTÉ

- La fumée qui émane d'une cigarette allumée contient 4 000 composés chimiques incluant 50 agents cancérigènes⁽⁹⁾.
- On associe à l'exposition à la FTE un risque augmenté de⁽⁹⁾ :
 - décès par cardiopathie ischémique;
 - cancer du poumon;
 - infections des voies respiratoires inférieures (bronchites, pneumonies) et otites moyennes à répétition chez les enfants de deux ans et moins;
 - développement de l'asthme et exacerbations plus fréquentes chez les enfants de moins de six ans
 - syndrome de la mort subite du nourrisson.
- 29% des enfants québécois de moins de 12 ans vivent dans un foyer où on fume régulièrement⁽¹⁰⁾.

BÉNÉFICES DE LA CESSATION TABAGIQUE^(7,11,12)

- La cessation tabagique occasionne des bénéfices immédiats pour la santé, chez les hommes et les femmes de tout âge, atteints ou non de maladies reliées au tabac.
- A tout âge, le taux de mortalité des ex-fumeurs est inférieur à celui des fumeurs du même âge.
- En général, les risques des maladies associées au tabagisme diminuent dès la cessation et continuent de diminuer à mesure que se prolonge l'abstinence :
 - risque relatif de cancer du poumon :
 - chez les personnes n'ayant jamais fumé : RR=1;
 - chez les fumeurs : RR=16;
 - chez les ex-fumeurs depuis 15 ans : RR=2 - 3.
 - risque relatif d'infarctus du myocarde :
 - chez les personnes n'ayant jamais fumé : RR=1;
 - chez les fumeurs : RR=3 - 4;
 - chez les ex-fumeurs depuis 5 à 10 ans : RR=1,2.
 - risque relatif d'accident vasculaire cérébral :
 - chez les personnes n'ayant jamais fumé : RR=1;
 - chez les fumeurs : RR=3 - 4;
 - chez les ex-fumeurs depuis 5 à 10 ans : RR=1,4.
 - risque relatif d'avoir un bébé de faible poids à la naissance (< 2500 g) :
 - chez les femmes enceintes qui ne fument pas : RR=1;
 - chez les femmes enceintes qui fument : RR=2;
 - chez les femmes enceintes qui cessent de fumer avant 16 semaines de grossesse : RR=1.

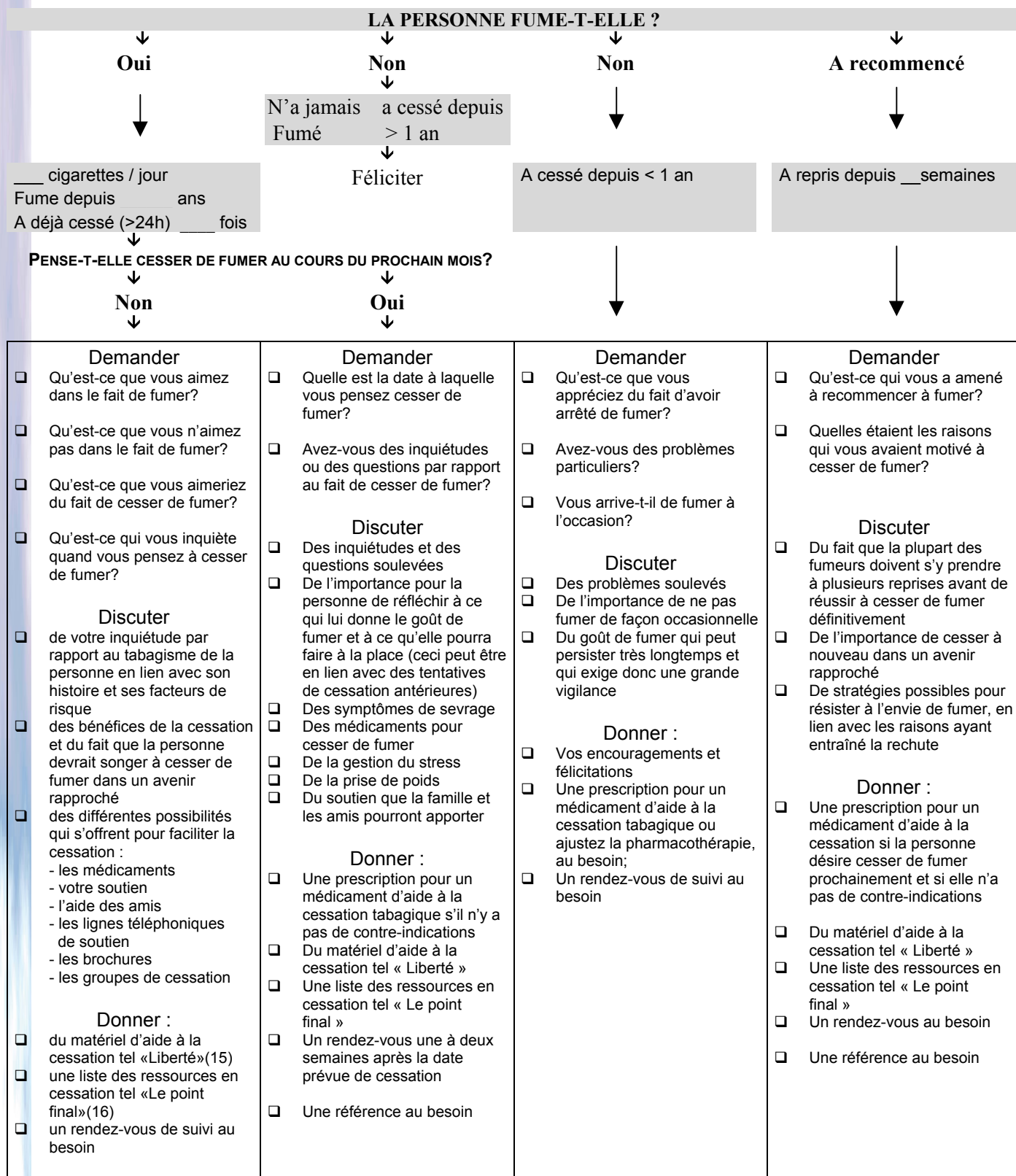
COUNSELLING TABAGIQUE BREF : COMMENT? (1,13,14)

- Identifier le statut tabagique de tout patient âgé de neuf ans et plus et l'inscrire au dossier :
 - le patient fume-t-il ?
 - non, n'a jamais fumé : n'a jamais fumé;
 - non, a cessé de fumer : ex-fumeur;
 - oui, fume "x" cigarettes/jour : fumeur.

- Déterminer l'étape de changement du fumeur i.e. sa situation par rapport au tabagisme:
 - le patient pense-t-il cesser de fumer ?
 - non, pas d'ici six mois : pré-réflexion
 - oui, d'ici six mois : réflexion
 - oui, au cours du prochain mois : préparation
 - a cessé depuis moins de six mois : action
 - a cessé depuis plus de six mois : suivi
 - a recommencé depuis peu : rechute

- Intervention adaptée à l'étape de changement :
 - pré-réflexion / réflexion : motiver le fumeur à réfléchir à son tabagisme et à l'importance de cesser de fumer prochainement;
 - préparation : aider le patient à se préparer à cesser de fumer;
 - action / suivi : encourager le patient à demeurer non-fumeur;
 - rechute : déculpabiliser le fumeur et le remotiver à cesser de fumer prochainement.

COUNSELLING TABAGIQUE BREF : COMMENT? (1,13,14)



SYMPTÔMES DE SEVRAGE⁽¹⁷⁾

Environ 80% des personnes qui cessent de fumer ont des symptômes de sevrage. Ceux-ci apparaissent généralement quelques heures après la dernière cigarette, atteignent un niveau maximum après 48 heures puis diminuent en intensité sur une période de deux à cinq semaines. Les symptômes de sevrage comprennent :

- L'anxiété, l'irritabilité, l'impatience et la nervosité;
- La difficulté de concentration;
- La fatigue;
- Les étourdissements;
- Les tremblements et une sudation augmentée;
- Les céphalées;
- Les troubles de sommeil;
- La constipation;
- L'augmentation de l'appétit;
- Le désir intense de fumer.

Il est utile de souligner aux patients que la plupart des gens n'éprouvent pas tous les symptômes de sevrage et que ceux-ci sont transitoires. La thérapie de remplacement nicotinique et le bupropion aident à soulager ces symptômes.

PHARMACOTHÉRAPIE POUR LA CESSATION TABAGIQUE^(1,18,19,20)

- L'efficacité des médicaments utilisés pour la cessation tabagique, soit la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN : timbres et gommes) et le bupropion, a été bien démontrée.
- En général, les fumeurs qui utilisent la TRN ou le bupropion pour cesser de fumer, doublent environ leurs chances de succès.
- Les médicaments d'aide à la cessation tabagique sont indiqués chez tous les fumeurs qui désirent cesser de fumer et qui n'ont pas de contre-indications.
- Les principaux facteurs qui devraient guider le choix d'une médication sont : les contre-indications à certains médicaments, les préférences des patients, l'expérience passée des patients avec certaines médications et les caractéristiques personnelles des patients.

- **LA THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE (TRN) :**
 - Contre-indiquée dans les cas suivants :
 - allergie aux diachylons (pour les timbres);
 - maladie cutanée généralisée (pour les timbres);
 - maladie bucco-dentaire sévère (pour les gommes).

 - Autres contre-indications :
 - infarctus du myocarde au cours des 2 semaines précédentes;
 - angine instable ou sévère;
 - arythmie sévère;
 - accident vasculaire cérébral récent;
 - grossesse ou allaitement;
 - moins de 18 ans.

 - Pour les autres contre-indications, il faut prendre en considération les faits suivants :
 - Il a été clairement démontré qu'il n'y a pas d'augmentation du risque cardiovasculaire associé à la prise de gommes ou de timbres de nicotine.
 - La nicotine est néfaste pour le fœtus et le nouveau-né qu'elle provienne du timbre, de la gomme ou de la cigarette. Un soutien intense doit être offert aux femmes enceintes ou qui allaitent afin de les aider à cesser de fumer sans médicament. Pour celles qui sont incapables de cesser de fumer, le timbre ou la gomme peuvent être suggérés car ils ne contiennent pas tous les éléments toxiques de la cigarette et ils favorisent la cessation. Il est cependant très important de s'assurer que les femmes ne prennent pas plus de nicotine que lorsqu'elles fumaient. Pour ce faire, insister sur l'importance de ne pas fumer; individualiser le traitement en se rappelant que pendant la grossesse, la prise de nicotine devrait être cessée le plus tôt possible, idéalement pendant le

PHARMACOTHÉRAPIE POUR LA CESSATION TABAGIQUE^(1,18,19,20)

premier trimestre; recommander de préférence la gomme de nicotine et si le timbre est utilisé, le retirer la nuit.

- Les médicaments pour cesser de fumer ne sont pas recommandés chez les personnes de moins de 18 ans parce que l'innocuité et l'efficacité de ces thérapies n'ont pas été étudiées chez les jeunes. Cependant, le timbre ou la gomme peut être conseillé aux adolescents qui désirent cesser de fumer mais qui sont incapables de le faire à cause de leur dépendance à la nicotine.
- Le timbre transdermique (Habitrol, Nicoderm) :
- le mode d'utilisation suggéré pour les fumeurs de plus de 10 cigarettes/jour:

Marque de commerce	Traitement	Durée de traitement
Habitrol	21 mg/24 heures	4 à 6 semaines
Nicoderm	14 mg/24 heures	2 à 4 semaines
	7 mg/24 heures	2 semaines

- les fabricants de timbre recommandent un traitement de 8 à 12 semaines. Selon les essais cliniques, un traitement d'une durée de 8 semaines serait aussi efficace qu'un traitement de 12 semaines. Par contre, pour les patients qui préfèrent poursuivre leur traitement, il n'y a pas de danger à prolonger l'utilisation du timbre au-delà de 12 semaines;
- chez les fumeurs de 10 cigarettes/jour et moins désirant utiliser le timbre, il est préférable de débiter la thérapie avec un timbre de dosage inférieur;
- pour les fumeurs très dépendants de la cigarette (fumant plus de 25 cigarettes/jour ou présentant des symptômes de sevrage sévères à l'arrêt tabagique), il est possible de débiter le traitement avec deux timbres soit un de 21 mg et un de 7 mg. Après 4 à 6 semaines, le traitement se poursuit avec le timbre de 21 mg;
- le timbre doit être appliqué chaque matin au niveau d'une zone sans poil entre le cou et la taille;
- pour les patients qui ont de la difficulté à dormir, il peut être utile d'enlever le timbre avant le coucher et d'en mettre un nouveau au réveil;
- l'effet secondaire le plus souvent rapporté avec les timbres est l'éruption cutanée au site d'application. Cette éruption disparaît généralement dans les 48 heures lorsque les gens changent de site d'application chaque jour. En cas de persistance, un traitement local avec une crème d'hydrocortisone suffit habituellement.

- La gomme (Nicorette) :
 - chez les personnes fumant moins de 25 cigarettes par jour, il est conseillé d'utiliser les gommes de 2 mg alors que les gommes de 4 mg conviennent aux personnes fumant 25 cigarettes et plus par jour;
 - afin de maintenir des nicotémies optimales, il est préférable de consommer la gomme selon un horaire fixe, par exemple une gomme à chaque heure, pour un maximum de 24 gommes par jour;
 - la durée de traitement est d'au moins un à trois mois, 15 à 20 % des patients l'utilisant encore après un an, ce qui est moins risqué que de fumer;
 - il est important de bien expliquer la technique d'utilisation :
la gomme doit être mastiquée deux à trois fois puis placée entre la joue et la gencive pendant une minute afin de favoriser l'absorption de la nicotine au niveau de la muqueuse buccale. Ceci doit être répété pendant 30 minutes. Il faut éviter de boire ou de manger 15 minutes avant et pendant la prise de la gomme afin de ne pas nuire à l'absorption de la nicotine;
 - les effets indésirables souvent mentionnés sont les douleurs buccales, les hoquets, la dyspepsie et les douleurs mandibulaires. Ils disparaissent en général lorsque la personne adopte une bonne technique de mastication.
- **LE BUPROPION (ZYBAN) :**
 - Ce médicament favoriserait la cessation tabagique par l'intermédiaire de mécanismes noradrénergiques et dopaminergiques.
 - Il existe un risque de convulsions qui est lié au dosage du bupropion. Le taux de convulsions est d'environ 0,1 % lorsque le médicament est utilisé à des doses ne dépassant pas 300 mg/jour.
 - Contre-indications à la prise de bupropion ⁽²²⁾ :
 - troubles convulsifs;
 - prise de bupropion comme antidépresseur (Wellbutrin);
 - utilisation depuis moins de 14 jours d'un antidépresseur de la classe des inhibiteurs de la Mono Amine Oxydase ou de l'antipsychotique thioridazine;
 - sevrage éthylique abrupt;
 - retrait soudain de benzodiazépines ou autres sédatifs;
 - diagnostic ou des antécédents de boulimie ou d'anorexie mentale;
 - allergie au bupropion.

- Mise en garde pour l'utilisation du bupropion :
Les conditions suivantes accroissent le risque de convulsions et requièrent une grande prudence.
 - antécédents de traumatisme crânien ou de convulsions;
 - tumeur du système nerveux central;
 - atteinte hépatique grave : si le bupropion est administré, procéder avec une extrême prudence et à dose réduite ne dépassant pas 150 mg aux 2 jours;
 - abus d'alcool, une dépendance aux opiacés, à la cocaïne ou aux stimulants;
 - prise concomitante de médicaments qui abaissent le seuil convulsif tels : les antipsychotiques, les antidépresseurs, le lithium, l'amantadine, la théophylline, les corticostéroïdes systémiques, les antibiotiques de type quinolone et les antipaludéens;
 - prise de stimulants ou d'anorexigènes en vente libre;
 - prise de millepertuis;
 - diabète traité par des hypoglycémifiants oraux ou par l'insuline.

- Précautions :
En présence des facteurs suivants, il est recommandé d'être prudent.
 - grossesse : inscrire les femmes enceintes prenant du bupropion à un registre permettant une surveillance de l'évolution des fœtus exposés : 1-800-387-7374;
 - allaitement : arrêter l'allaitement ou l'administration du bupropion;
 - moins de 18 ans : le bupropion peut être conseillé aux jeunes qui désirent cesser de fumer mais qui sont incapables de le faire à cause de leur dépendance à la nicotine;
 - antécédents récents d'infarctus du myocarde ou de cardiopathie instable;
 - prise concomitante de gommes ou de timbres de nicotine : surveiller la tension artérielle;
 - prise concomitante de bêtabloquants ou d'antiarythmiques de type 1C : envisager de diminuer la dose de ces médicaments;
 - prise concomitante de lévodopa : utiliser une faible dose de bupropion au départ puis augmenter graduellement;
 - atteinte rénale : envisager une diminution de la fréquence des doses.

- La posologie :
 - bupropion 150 mg/jour pendant les trois premiers jours;
 - bupropion 150 mg deux fois/jour pendant 7-12 semaines avec un intervalle minimal de huit heures entre les doses;
 - le patient devrait cesser de fumer pendant la deuxième semaine de traitement;

- il n'est pas nécessaire de diminuer progressivement le bupropion à l'arrêt du traitement;
 - Santé Canada a approuvé l'utilisation du bupropion jusqu'à 52 semaines pour les fumeurs sujets à des modifications d'humeur ou qui continuent d'éprouver de fortes envies de fumer.
- Les effets secondaires les plus fréquents sont l'insomnie et la sécheresse de la bouche. Afin de diminuer les risques d'insomnie, il est suggéré de prendre la deuxième dose de bupropion quelques heures avant le coucher, tout en maintenant toujours 8 heures d'intervalle entre les deux doses. Si l'insomnie persiste, la dose de bupropion peut être diminuée à 150 mg/jour.
- Les effets secondaires non liés à la dose entraînant le plus souvent l'abandon du traitement sont les tremblements et les éruptions cutanées.
- **COMBINAISON DE MÉDICAMENTS :**
- Pour certaines personnes très dépendantes de la nicotine qui sont incapables de cesser de fumer avec une seule médication, il est possible d'offrir différentes combinaisons de médicaments :
- timbres et gommes de nicotine : associer à l'utilisation du timbre de 21 mg, la prise de gommes de 2 mg lors des fortes envies de fumer;
 - timbres puis gommes de nicotine : utiliser d'abord les timbres pour l'arrêt tabagique puis les gommes pour faciliter l'abstinence à long terme;
 - bupropion et timbres : débiter le traitement avec le bupropion, ajouter le timbre de 21 mg à l'arrêt tabagique, réduire la dose du timbre à 14 mg à la huitième semaine et à 7 mg à la neuvième semaine. Avec cette combinaison de médicaments, il est important de suivre la tension artérielle car on a noté une légère augmentation des cas d'hypertension lors d'une étude comparative avec groupe placebo. Cette hypertension disparaissait à l'arrêt de la médication.

GESTION DU STRESS

Plusieurs fumeurs utilisent la cigarette afin de mieux contrôler leur stress. Il est utile de discuter avec les fumeurs de certaines stratégies qui pourront les aider à maîtriser leur stress quand ils auront cessé de fumer.

- **Identifier les sources principales de stress.** Afin de pouvoir mieux maîtriser le stress, il est important tout d'abord d'identifier ce qui le provoque.
- **Éviter ou modifier les sources de stress.** Lorsque les sources principales de stress sont identifiées, il est possible de les éviter, en cessant de côtoyer certaines personnes par exemple, ou de tenter de les modifier, en changeant certaines conditions de vie.
- **Atténuer la réaction au stress.** Certaines sources de stress ne sont ni évitables ni modifiables. Il est cependant faisable d'atténuer la réaction à ces sources de stress, en décidant, par exemple, d'être moins affecté par ce que les autres disent et font.
- **Utiliser des techniques de relaxation.** Lorsque le stress se fait sentir, différentes techniques de relaxation permettent de se détendre rapidement. Parmi ces techniques, on retrouve les respirations accompagnées de relâchement musculaire, l'exercice physique, la musique, etc.

CONTRÔLE DU POIDS ⁽²³⁾

La prise de poids est une préoccupation importante pour un grand nombre de personnes qui cessent de fumer. De fait, plusieurs d'entre elles verront leur poids augmenter d'environ cinq à dix livres. Ce gain de poids serait dû à une diminution du métabolisme de base et à une augmentation de l'apport alimentaire. Aux patients qui veulent éviter de prendre trop de poids, on peut conseiller de :

- tenir un journal alimentaire afin d'identifier les aliments qui devraient être évités;
- réduire la consommation d'aliments gras et de sucreries;
- diminuer la taille des portions aux repas;
- lors des fringales, prendre un verre d'eau, de la gomme sans sucre, des fruits ou des crudités;
- pratiquer une activité physique modérée régulièrement.

La gomme de nicotine ou le bupropion peuvent aussi être envisagés car ces médicaments retardent la prise de poids à la fin du traitement.

- Débuter l'intervention de counselling avec des questions ouvertes car cela :
 - établit un climat de confiance entre le professionnel et la personne qui fume;
 - permet à la personne d'explorer ses sentiments concernant son tabagisme;
 - permet à la personne d'identifier ses raisons pour cesser de fumer;
 - permet à la personne d'identifier ses stratégies pour y parvenir.

- Adapter l'intervention à l'étape de changement du fumeur :
 - ceci permettra une progression plus rapide vers le statut de non-fumeur.

- Exprimer de l'empathie et du respect envers le patient fumeur car cesser de fumer est extrêmement difficile :
 - la plupart des fumeurs fument depuis l'adolescence;
 - fumer fait partie de leur identité personnelle;
 - fumer est une habitude physique profondément ancrée;
 - fumer offre un appui émotif : la cigarette est une amie toujours présente;
 - fumer est relié à un ensemble de comportements sociaux;
 - la nicotine engendre une dépendance physique aussi forte que celle causée par l'alcool, la cocaïne ou l'héroïne.

- Éviter l'argumentation et la confrontation qui :
 - provoquent généralement de la résistance;
 - nuisent à la progression du patient vers le statut de non-fumeur.

- Utiliser certaines techniques de communication qui diminuent la résistance, favorisent une discussion constructive et finalement motivent la personne à cesser de fumer :
 - écouter activement;
 - résumer;
 - recadrer;
 - mettre l'emphase sur le libre choix.

CONCLUSION

À cause des multiples effets nocifs associés au tabagisme, il est important que les professionnels de la santé identifient le statut tabagique de tous leurs patients âgés de neuf ans et plus, et aident les fumeurs à cesser de fumer. On sait que l'intervention des cliniciens auprès de leurs patients fumeurs aide ceux-ci à abandonner leur consommation de tabac. Les professionnels doivent réaliser que s'ils ne discutent pas de tabagisme avec les fumeurs, ceux-ci risquent de croire qu'ils ne sont pas personnellement exposés aux méfaits du tabac.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Treating tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000. <http://www.ahrq.gov/>
2. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. 2000-2001.
3. Loiseau Jacinthe. Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000-volume 1. Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001.
4. Single Eric, et al. Les coûts de l'abus de substances au Canada. Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. 1995.
5. Peto R. Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *BMJ* 1994; 309:937-939.
6. Ellison LF, Mao Y, Gibbons L. Projected smoking-attributable mortality in Canada, 1991-2000. *Chronic diseases in Canada*, 1995; 16(2): 84-89.
7. Fiore MC. Cigarette smoking: a clinical guide to assessment and treatment. *The medical clinics of North America*, vol 76, #2, march 1992.
8. Mitchell BE, Sobel HL et al. The adverse health effects of tobacco and tobacco-related products. *Primary care* vol 26 #3 sept 1999.
9. Gervais A et Tremblay M. Chronique PPM : fumée secondaire du tabac : désagréable ou dangereuse. 2003. <http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/chronique/2003/20012003.html>
10. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada. Fumée secondaire du tabac: à la maison, au travail et dans les lieux publics. Santé Canada, février à décembre 2001.
11. Lightwood JM, Glantz SA. Short term economic and health benefits of smoking cessation Myocardial infarction and stroke. *Circulation* 1997; 96: 1089-1096.
12. McArthur C, Knox EG. Smoking in pregnancy: effects of stopping at different stages. *British journal of obstetrics and gynecology*. June 1988;95:551-55.
13. Conseil canadien sur le tabagisme et la santé. Guider vos patients vers un avenir sans tabac. 1992.
14. Prochaska JO, Di Clemente CC, et al. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, September 1992; 47 (9).
15. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Direction de santé publique, 1999. Liberté. Bibliothèque nationale du Québec, ISBN : 2-89494-190-0.
16. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Le Point Final. Ressources pour cesser de fumer. Région de Montréal. 1999.
17. Geller A. Common addictions. *Clinica symposia* 1996; 48(3) : 25-32.
18. Association des pharmaciens du Canada. CPS, trente-septième édition, 2002.
19. Rethinking stop-smoking medications. Myths and facts. Ontario Medical Association. June 1999. <http://www.oma.org/phealth/stopsmoke.htm>
20. Kahan M, Wilson L. Managing alcohol, tobacco and other drug problems: a pocket guide for physicians and nurses. Centre for addiction and mental health. 2002.
21. Warriner KE, Slade J, Sweanor DT. The emerging market for long-term nicotine maintenance. *JAMA* 1997;278(3):1087-92.
22. GlaxoSmithKline. Lettre à l'intention des professionnels de la santé. Juin 2002.
23. Fiore MC. Cigarette smoking : a clinical guide to assessment and treatment. *The medical clinics of North America*. March 1992; 76(2).
24. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviors. New York: Guilford Press. 1991.