

LA PRÉVENTION ET L'ABANDON DU TABAGISME

PROBLÉMATIQUE

RECOMMANDATIONS EN PROVENANCE DE DIVERS ORGANISMES

LA PRÉVENTION DU TABAGISME ET LE MÉDECIN

LE MÉDECIN ET LE PATIENT FUMEUR

IDENTIFICATION DU STATUT TABAGIQUE

IDENTIFICATION DE L'ÉTAPE DE CHANGEMENT

INTERVENTION SELON L'ÉTAPE DE CHANGEMENT

LE TABAGISME ET QUELQUES GROUPES SPÉCIFIQUES

PHARMACOTHÉRAPIE

RÉFÉRENCE AUX RESSOURCES DE LA COMMUNAUTÉ

APPENDICE

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Le Collège des médecins du Québec, en collaboration avec la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, s'est penché sur le rôle essentiel des médecins face à l'important problème de santé publique que représente le tabagisme.

Déjà en 1994, le Ministère de la Santé et des Services sociaux proposait, dans son *Plan d'action de lutte au tabagisme*¹, de «promouvoir l'intervention des professionnels et professionnelles de la santé, notamment les médecins».

Bien que différentes études^{2,3} aient confirmé l'utilité du *counselling* tabagique effectué par le médecin auprès du patient fumeur, plusieurs enquêtes menées récemment semblent indiquer que le *counselling* tabagique n'est ni systématique ni optimal^{4,5}. Les lignes directrices qui suivent ont été éla-

borées pour aider les médecins québécois à mieux intervenir face à cette toxicomanie.

Les différentes recommandations proposées dans ce document ont été revues et entérinées par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, l'Association des pédiatres du Québec, l'Association des cardiologues du Québec, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, l'Association des pneumologues de la province de Québec et l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec, ainsi que par le Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Enfin, soulignons que la Direction générale de la santé publique du Ministère de la Santé et des Services sociaux et la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre ont fourni les fonds nécessaires à l'élaboration de ces lignes directrices.



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



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

Direction de la santé publique

1. PROBLÉMATIQUE

L'intervention destinée aux patients fumeurs représente une mesure non seulement utile et efficace, mais également supérieure à plusieurs autres interventions préventives du point de vue coût-efficacité.

Le tabagisme est considéré à juste titre comme le pire ennemi de la santé publique. Chaque année, environ 12 000 Québécois meurent à la suite de maladies causées par le tabagisme : 40 % de maladies cardiovasculaires, 40 % de cancers et 20 % de maladies pulmonaires^{6,7}.

On estime que la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) serait responsable au Québec d'environ 1 000 décès par maladies cardiovasculaires et de 100 décès par cancer du poumon^{8,9}. De plus, les enfants exposés à la FTE souffrent plus souvent d'asthme et d'infections telles que pneumonies, bronchites, bronchiolites, amygdalites et otites¹⁰. Enfin, on associe au tabagisme chez les femmes enceintes une augmentation des complications comme le retard de croissance intra-utérin, la naissance avant terme, la mortalité périnatale et le syndrome de mort subite du nourrisson¹¹.

Malgré ces données alarmantes, 30 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus faisait toujours usage du tabac en 1997¹².

Le médecin occupe une position idéale pour aider les fumeurs, car environ 75 % d'entre eux le visitent chaque année¹³. De plus, 70 % des fumeurs désirent cesser de fumer¹⁴ et le médecin est très souvent cité comme un motivateur-clé¹⁵. Or, selon une enquête récente de Santé Canada, seulement 41 % des fumeurs ayant consulté un médecin au cours de l'année précédente ont

répondu que celui-ci leur avait conseillé d'arrêter de fumer¹³. De nombreux médecins ne profitent donc pas de l'occasion qui s'offre à eux pour intervenir auprès de leurs patients fumeurs.

Plusieurs médecins sont pessimistes quant à l'utilité de leurs interventions et préfèrent ne pas intervenir. Il a pourtant été démontré que, lorsque les médecins interviennent auprès de leurs patients fumeurs, environ 5 à 35 % d'entre eux ne fument plus six mois à un an plus tard. La variabilité du taux d'abandon dépend de l'intensité du *counselling* et de l'état de santé du patient³. Comparé à une intervention sans médicament, le recours à la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) ou au bupropion entraîne des taux de succès d'environ le double^{16,17}.

L'intervention destinée aux patients fumeurs représente une mesure non seulement utile et efficace, mais également supérieure à plusieurs autres interventions préventives du point de vue coût-efficacité. Aux États-Unis, on estime que le *counselling* tabagique prodigué par le médecin coûterait en moyenne 2 600 \$ par année de vie sauvée comparativement à un coût de 61 700 \$ par année de vie sauvée dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40-49 ans et de 23 300 \$ pour le dépistage de l'hypertension artérielle chez les hommes de 40 ans et plus¹⁸.

2. RECOMMANDATIONS EN PROVENANCE DE DIVERS ORGANISMES

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE

Depuis presque vingt ans maintenant, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique émet diverses recommandations aux médecins canadiens quant aux soins préventifs à offrir à leurs patients. En 1994, ce groupe publiait le *Guide canadien de médecine clinique préventive*¹⁹ dans lequel on retrouve les recommandations suivantes :

- offrir aux **enfants et aux adolescents non fumeurs** un *counselling* afin de les inciter à ne pas commencer à fumer (recommandation B);
- offrir aux **adolescents fumeurs** un *counselling* concernant l'abandon du tabac (recommandation A);
- offrir aux **femmes enceintes fumeuses** un *counselling* concernant l'abandon du tabac (recommandation A);
- offrir aux **adultes fumeurs** un *counselling* concernant l'abandon du tabac ainsi que la thérapie de remplacement de la nicotine comme traitement d'appoint (recommandation A);
- orienter les **adultes fumeurs** vers des programmes d'aide à la cessation reconnus après leur avoir conseillé de renoncer au tabac (recommandation B).

Les tableaux de l'appendice (voir à la page 17) indiquent la classification des recommandations en cinq catégories, A, B, C, D et E ainsi que la qualité des données I, II et III sur lesquelles les recommandations sont basées.

On trouve très peu de mesures ayant mérité des recommandations de catégorie A dans le *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Pour le tabagisme seulement, il existe trois de ces mesures dont on recommande l'utilisation en se basant sur des preuves bien établies!

LES LIGNES DIRECTRICES AMÉRICAINES DE PRATIQUE CLINIQUE CONCERNANT L'ABANDON DU TABAC

L'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont uni leurs efforts à la fin de 1993 pour élaborer les premières lignes directrices américaines de pratique clinique concernant l'abandon du tabac¹⁴. Un comité formé de dix-neuf experts reconnus dans le domaine a supervisé tout le processus devant mener à la publication, en 1996, de recommandations spécifiques au tabagisme, basées sur la qualité des preuves (*evidence-based*). Le présent document s'est fortement inspiré de ces lignes directrices.

On trouve très peu de mesures ayant mérité des recommandations de catégorie A dans le Guide canadien de médecine clinique préventive. Pour le tabagisme seulement, il existe trois de ces mesures dont on recommande l'utilisation en se basant sur des preuves bien établies!

3. LA PRÉVENTION DU TABAGISME ET LE MÉDECIN

Avec un jeune âgé de 9 ans et plus, le médecin doit :

- **s’informer du statut tabagique**
- **discuter avec le jeune du tabagisme et de l’abstinence tabagique**
- **aider le jeune à refuser l’offre de cigarettes**
- **discuter avec les parents de l’importance d’aborder la question du tabagisme avec leurs enfants et de ne pas fumer**

Le tabagisme est un comportement qui s’acquiert généralement durant l’adolescence; en moyenne, les jeunes fument leur première cigarette vers l’âge de 12 ans. Au Québec, en 1996, 38 % des jeunes fréquentant l’école secondaire ont mentionné faire usage du tabac, 21 % de façon régulière et 17 % de façon occasionnelle²⁰. Ces données sont alarmantes, car elles signifient que la prévalence du tabagisme à l’adolescence a doublé depuis 1991. De plus, les filles seraient plus nombreuses à fumer que les garçons.

Les jeunes s’initient au tabagisme pour diverses raisons : influence des amis, curiosité, perception erronée voulant que les jeunes qui sont populaires fument, tabagisme des parents, etc.^{21,22}. Comme le fort pouvoir toxico-manogène de la nicotine est méconnu ou sous-estimé, les jeunes qui commencent à fumer croient qu’ils pourront cesser quand ils le voudront.

Le médecin serait la personne la mieux placée pour conseiller efficacement les jeunes. En effet, ceux-ci le considèrent comme un expert crédible et comme un modèle à suivre en matière de santé.

Le médecin devrait aborder la question du tabagisme avant le début de l’adolescence et idéalement dès l’âge de 9 ans. Il peut demander au jeune qui le consulte s’il a déjà fumé ou s’il a l’intention de fumer. Pour identifier les jeunes à risque de devenir des fumeurs, il est utile de poser certaines questions concernant :

- les habitudes tabagiques des parents, frères, sœurs, amis;
- les résultats scolaires;
- les connaissances ou les croyances à propos des effets néfastes du tabagisme;
- la tendance à avoir des comportements à risque^{22,23}.

Il est important de discuter des effets négatifs du tabagisme en insistant sur les conséquences à court terme comme l’odeur, les dents et les doigts tachés, la mauvaise haleine et la diminution de la performance sportive. On devrait également aborder les effets positifs de ne pas fumer et transmettre certaines informations pertinentes (tableau 1)¹⁴.

Afin que le jeune soit capable de refuser l’offre de cigarettes, on peut l’aider à antici-

TABLEAU 1
SUJETS DE DISCUSSION PERTINENTS POUR LES JEUNES
<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des jeunes ne fument pas. • Toutes les formes de tabac causent une dépendance et la plupart des jeunes qui font usage de tabac sont dépendants de la nicotine. • Le tabagisme entrave la liberté et cause une perte de contrôle. • Les compagnies de tabac manipulent les jeunes avec des publicités trompeuses dans le but de les rendre dépendants. • Fumer ne rend ni <i>cool</i>, ni <i>sexy</i>, ni viril, ni plus heureux. • La mauvaise haleine, les taches sur les doigts et les dents, le souffle court et une diminution de la performance sportive sont quelques-unes des conséquences à court terme du tabagisme. • Le tabagisme cause des problèmes de santé chez plusieurs jeunes, dont une toux chronique ou des maux de gorge. • Le tabagisme coûte cher et l’argent dépensé pourrait être utilisé à d’autres fins. • Il existe d’autres façons de se distinguer que d’adopter une habitude qui cause rapidement de la dépendance et tant de problèmes de santé à long terme.

per la réaction qu'il aura lorsqu'on lui fera cette offre²³. S'il a de la difficulté à imaginer comment refuser, on peut suggérer des réponses comme «non merci, je déteste l'odeur» ou «non merci, j'ai déjà essayé et cela ne m'intéresse pas»...

Le médecin devrait également informer les parents que leurs opinions, leurs valeurs et leurs comportements ont une influence déterminante auprès de leurs enfants. Même les conseils de parents qui fument ont un

impact sur le non-usage du tabac chez les pré-adolescents et les adolescents²⁴. Les parents sous-estiment fréquemment le nombre de jeunes qui essaient de fumer, ainsi que l'âge auquel ils font leurs premières tentatives. Il est important de discuter de ces faits avec eux. Le médecin devrait aussi profiter de l'occasion pour leur conseiller de renoncer au tabac, et ce, si possible avant que leur enfant n'atteigne l'âge de 8 ans.

4. LE MÉDECIN ET LE PATIENT FUMEUR

IDENTIFICATION

DU STATUT TABAGIQUE

Dès l'âge de 9 ans, le patient devrait être questionné à chaque visite pour savoir s'il fait usage du tabac. En effet, différentes enquêtes effectuées au cours des dernières années indiquent que l'initiation au tabagisme se fait de plus en plus tôt^{22,25}. Le statut tabagique peut être déterminé par le médecin ou un membre de son personnel (tableau 2). Le patient, ou son parent, peut également fournir cette information en remplissant, dans la salle d'attente, un questionnaire mis à sa disposition et portant sur son état de santé, questionnaire qu'il remettra au médecin au moment de l'entrevue.

Une fois le statut tabagique du patient établi, il est important de l'inscrire au dossier d'une façon qui permettra de repérer facilement le patient fumeur au cours des visites subséquentes. Il existe différentes options :

- l'utilisation d'un timbre de caoutchouc ou d'étiquettes indiquant le statut tabagique;

- l'inscription à la liste de problèmes;
- l'utilisation d'un formulaire préimprimé où le statut tabagique est inscrit;
- l'utilisation d'un questionnaire de suivi incluant le statut tabagique, que le patient remplit à chaque visite;
- l'inscription du statut tabagique dans un dossier informatisé;
- l'ajout du statut tabagique aux signes vitaux.

Depuis 1996, le Collège des médecins du Québec recommande d'inscrire le statut tabagique dans le dossier de prise en charge du patient²⁶.

Lorsque le patient adulte n'a jamais fumé ou qu'il a cessé de fumer depuis de nombreuses années, il devient moins pertinent de s'informer du statut tabagique sur une base régulière, bien que certaines rechutes puissent survenir plusieurs années après l'abandon du tabagisme.

TABLEAU 2

IDENTIFICATION DU STATUT TABAGIQUE

Fumez-vous?

OUI , chaque jour	Fumeur régulier
OUI , à l'occasion	Fumeur occasionnel
NON , j'ai cessé	Ex-fumeur
NON , je n'ai jamais fumé	N'a jamais fumé

Avec tout patient, le médecin doit :

- **s'informer du statut tabagique**
- **inscrire le statut tabagique au dossier**
- **déterminer l'étape de changement**
- **adapter son intervention selon l'étape de changement**

IDENTIFICATION DE L'ÉTAPE DE CHANGEMENT

Depuis le début des années 80, plusieurs recherches ont été menées pour comprendre comment les gens réussissent à modifier différents comportements comme le comportement tabagique. Il a été établi que les individus traversent une série d'étapes avant de réussir à adopter un nouveau comportement²⁷. Afin de déterminer à quelle étape de changement se trouve un fumeur, il suffit de lui demander s'il songe à cesser de fumer.

S'il répond :

- qu'il ne pense pas cesser de fumer au cours des six prochains mois, il est à l'étape de **préréflexion** (*precontemplation**);
- qu'il est intéressé à cesser de fumer au cours des six prochains mois, il est à l'étape de **réflexion** (*contemplation**);
- qu'il désire cesser de fumer au cours du prochain mois, il est en **préparation** (*preparation**);
- qu'il a cessé de fumer depuis moins de six mois, il est en **action** (*action**);
- qu'il est un ex-fumeur depuis plus de six mois, il est en **suivi** (*maintenance**).

On estime que les fumeurs se répartissent de la manière suivante : entre 50 % et 60 % se trouvent à l'étape de préréflexion; entre 30 % et 40 % sont en réflexion tandis que

seulement de 10 % à 15 % d'entre eux se préparent à cesser de fumer²⁷.

Le tableau 3 précise ce qui caractérise le fumeur à chacune de ces étapes de changement²⁷.

La connaissance de ces étapes de changement permet au médecin d'adapter son intervention de *counselling* en fonction du degré de motivation du patient. Il a été démontré qu'une telle approche permet aux patients fumeurs de progresser plus rapidement vers le statut de non-fumeur²⁸. Quant au médecin, il aura une idée plus juste de la véritable efficacité de son action, car il pourra apprécier le cheminement de ses patients à travers les différentes étapes.

INTERVENTION SELON L'ÉTAPE DE CHANGEMENT^{14,29}

Le fumeur en préréflexion et en réflexion

Même quand un fumeur n'envisage pas de cesser de fumer dans un avenir rapproché, le médecin doit lui offrir une intervention de quelques minutes. Cette intervention vise à aider le patient à amorcer ou à poursuivre une réflexion sur le tabagisme et l'abandon.

En s'informant des avantages et des inconvénients que le patient retire de son tabagisme, le médecin peut mieux comprendre les différentes barrières qui empêchent son patient de prendre la décision de cesser de fumer.

TABLEAU 3	
CARACTÉRISTIQUES DU FUMEUR SELON L'ÉTAPE DE CHANGEMENT DU COMPORTEMENT	
<i>Étape de changement</i>	<i>Caractéristiques du fumeur</i>
Préréflexion	Ce fumeur ne perçoit pas son tabagisme comme un problème.
Réflexion	Ce fumeur est conscient que son tabagisme est un problème et il y réfléchit.
Préparation	Ce fumeur se prépare à cesser de fumer prochainement.
Action	Cet ex-fumeur récent est aux prises avec les difficultés inhérentes à l'arrêt tabagique : symptômes de sevrage, fortes envies de fumer, éléments déclencheurs du tabagisme, etc.
Suivi	Cet ex-fumeur de plus de six mois poursuit ses efforts pour maintenir son statut.

*(Terme anglais)

Parmi les satisfactions que les fumeurs retirent du tabagisme se trouvent le contrôle du stress, le contrôle des émotions négatives comme la colère, la stimulation à l'occasion de tâches demandant de la concentration et le contrôle du poids. D'autre part, plusieurs fumeurs sont au courant de certains effets néfastes du tabagisme et le médecin devrait insister davantage sur les risques qui semblent les plus pertinents. Il peut également l'informer des risques que le patient ne semble pas connaître^{14, 30}.

Au cours de cette discussion, le médecin pourra aussi identifier les avantages que le patient retirerait s'il cessait de fumer. Ces avantages sont la plupart du temps étroitement liés aux inconvénients du tabagisme que vit le patient. Il est important de mettre l'accent sur les bénéfices qui semblent les plus importants pour le patient (figure 1).

Même les patients atteints de maladies reliées au tabagisme comme une maladie pulmonaire obstructive chronique pourront bénéficier d'avoir cessé de fumer en voyant leur maladie progresser moins rapidement³². Quant aux patients atteints de maladies coronariennes, les bienfaits de la cessation tabagique seraient supérieurs à ceux escomptés

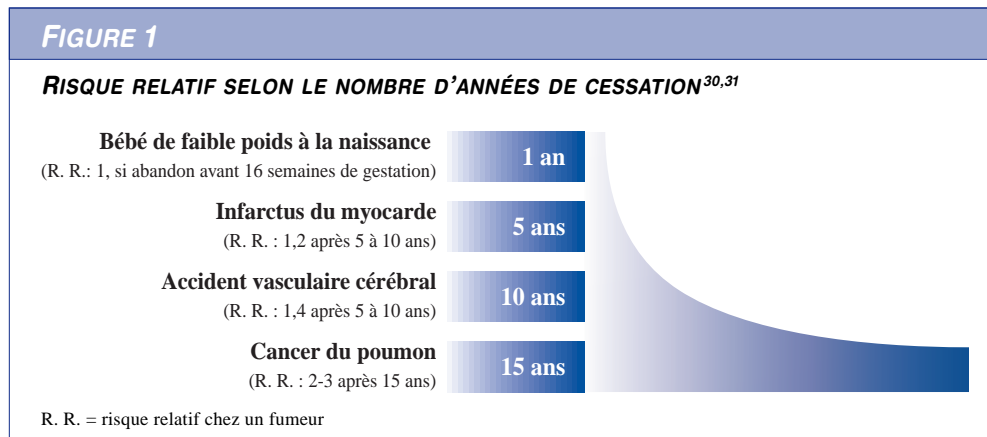
au cours du traitement des autres facteurs de risque tels que l'hypercholestérolémie ou l'hypertension artérielle³³.

Un des rôles extrêmement importants du médecin face à un fumeur qui n'est pas prêt à cesser de fumer est d'offrir un message clair et non équivoque concernant son tabagisme. Le fumeur devrait savoir que son médecin lui recommande fortement de cesser de fumer et que c'est le geste le plus important qu'il puisse poser pour protéger sa santé. Ce message aurait avantage à être personnalisé en étant relié soit à l'état de santé du patient, soit aux conséquences du tabagisme pour les membres de sa famille. Le médecin peut également «laisser la porte ouverte» en mentionnant au patient qu'il sera toujours disponible pour l'aider.

Un patient qui n'est pas prêt à cesser de fumer ressent très souvent beaucoup d'ambivalence face à la décision d'arrêter de fumer. Il pèse le pour et le contre. C'est pourquoi il est important de faire preuve d'empathie et d'exprimer à quel point on comprend cette ambivalence. Les argumentations et les confrontations sont à éviter, car elles risquent de provoquer de la résistance chez le patient³⁴.

Avec un fumeur en préflexion ou en réflexion, le médecin doit :

- **discuter des avantages et des inconvénients du tabagisme et de l'abandon**
- **offrir un message clair et non équivoque concernant l'importance de cesser de fumer**
- **offrir du matériel éducatif**
- **«laisser la porte ouverte» pour un rendez-vous**



Avec un fumeur en préparation, le médecin doit :

- discuter des inquiétudes et des stratégies reliées à l'abandon
- offrir une thérapie médicamenteuse permettant de faciliter le sevrage
- donner, au besoin, du matériel éducatif
 - remettre, si nécessaire, une liste des ressources disponibles en cessation
- déterminer une date d'arrêt avec le patient
- offrir un suivi au cours du mois qui suit la cessation

Offrir au fumeur du matériel éducatif pourra l'aider dans sa réflexion. Depuis quelques années, il existe des documents qui s'adressent aux fumeurs en fonction de l'étape de changement où ils se trouvent. Une liste de ce type d'écrits est jointe à cette publication.

Le fumeur en préparation

L'intervention de *counselling* auprès d'un fumeur qui se prépare à cesser de fumer vise à l'aider à identifier différentes stratégies pour surmonter les difficultés qui risquent de survenir au moment de l'arrêt.

Très souvent, le fumeur a plusieurs essais à son actif. Il connaît donc les situations où les tentations de fumer sont les plus grandes. Il est utile que le médecin demande à son patient de lui décrire les moments qui seront les plus éprouvants et qu'il s'informe des solutions que le patient envisage. Une telle discussion permettra au patient d'identifier différentes stratégies qu'il pourra utiliser

pour faire face aux éléments déclencheurs du goût de fumer.

Parmi les inquiétudes le plus souvent citées par les fumeurs se trouvent les symptômes de sevrage, les fortes envies de fumer, le contrôle du stress, la prise de poids, les relations avec les amis fumeurs, certains déclencheurs du goût de fumer, etc. Différentes stratégies inscrites au tableau 4 peuvent être suggérées concernant ces situations. Toutefois, le fumeur demeurera toujours la personne la mieux placée pour trouver les solutions les plus appropriées.

La tenue d'un journal pendant quelque temps peut s'avérer extrêmement utile pour aider un fumeur à identifier les événements qui provoquent l'envie de fumer. Le fumeur y inscrira l'heure, la situation et l'émotion reliées à chaque cigarette allumée. Cette activité lui permettra de mieux se connaître comme fumeur et d'identifier les solutions susceptibles de l'aider à modifier son comportement de fumeur.

TABLEAU 4	
INQUIÉTUDES FRÉQUENTES ASSOCIÉES À L'ARRÊT TABAGIQUE ET QUELQUES STRATÉGIES À SUGGÉRER²⁹	
<i>Inquiétudes</i>	<i>Stratégies</i>
Symptômes de sevrage	• Envisager une thérapie médicamenteuse (voir la section <i>Pharmacothérapie</i>)
Fortes envies de fumer	• Faire autre chose • Attendre cinq minutes avant de prendre la décision d'allumer une cigarette • Respirer profondément • Boire de l'eau ou manger des crudités
Contrôle du stress	• Éviter ou modifier les sources de stress • Modifier la réaction au stress • Utiliser certaines techniques de relaxation
Prise de poids	• Se concentrer d'abord sur la cessation • Adopter certaines habitudes telles que la pratique de l'activité physique et une saine alimentation • Envisager l'utilisation de la gomme à base de nicotine (voir la section <i>Pharmacothérapie</i>)
Relations sociales	• Informer les amis fumeurs de la décision prise • Demander le soutien des membres de la famille, des amis et des collègues de travail • Fréquenter des endroits pour non-fumeurs
Certains déclencheurs	• Diminuer la consommation d'alcool et de café • Modifier les habitudes liées au fait de fumer • Éliminer les cigarettes de l'environnement

Il est important de bien renseigner le fumeur sur certaines causes fréquentes de rechutes comme se retrouver avec un ou des amis fumeurs, vivre une situation stressante, prendre de l'alcool, etc. Quand le patient vit avec d'autres fumeurs qui n'envisagent pas de cesser de fumer, il est utile d'attirer l'attention du patient sur les difficultés supplémentaires qu'il peut rencontrer. Les rechutes sont plus fréquentes dans un tel contexte¹⁴.

À cette étape, le médecin devrait également évaluer l'utilité d'une thérapie permettant de faciliter le sevrage. La conduite à tenir est décrite à la section *Pharmacothérapie*.

Le matériel éducatif remis par le médecin au patient apporte à ce dernier une aide complémentaire à la consultation et lui permet de bien comprendre les implications de la cessation et de s'y préparer adéquatement.

Il importe aussi de remettre une liste des ressources disponibles en matière de cessation tabagique. Une telle liste accompagne ces lignes directrices.

Enfin, un aspect extrêmement important de l'intervention auprès d'un fumeur en préparation est celui d'offrir un suivi. Lorsque le fumeur qui se prépare activement à cesser de fumer quitte le cabinet, il devrait avoir déterminé une date d'arrêt, date à partir de laquelle il s'engage à ne plus fumer de cigarettes. Idéalement, le médecin devrait revoir ce patient une semaine après la date fixée et une deuxième fois au cours du premier mois qui suit la date de cessation. Le premier mois constitue une période critique pendant laquelle l'ex-fumeur fait face à de nombreuses situations susceptibles de provoquer une rechute¹⁴.

L'ex-fumeur en action et en suivi

Le fumeur qui vient de cesser de fumer a besoin d'être encouragé à persister dans ses efforts. La consultation de suivi avec le médecin représente le moment idéal pour parler des difficultés rencontrées et des moyens utilisés pour y faire face. C'est aussi le moment propice pour féliciter le patient de sa démarche et pour revoir les bénéfices qu'il retire déjà d'avoir cessé de fumer. Il est également important de discuter des causes fréquentes de rechutes et de le mettre en garde contre l'illusion qu'il pourra un jour fumer sans risquer de devenir à nouveau dépendant.

L'ex-fumeur qui rechute

Le patient qui a recommencé à fumer a de fortes chances d'être découragé et de vivre cette situation comme un échec personnel. Le médecin est bien placé pour déculpabiliser son patient en soulignant les efforts qu'il a fournis. Il pourra aussi mentionner le fait que la plupart des fumeurs doivent s'y prendre à plusieurs reprises avant de cesser de fumer de façon définitive²⁷.

Il est important d'encourager le patient qui a fait une rechute à cesser de nouveau. Le médecin devrait revoir avec le patient les circonstances ayant entraîné la rechute et discuter de nouvelles stratégies afin de mieux résister à l'envie de fumer. Le patient devrait se concentrer sur les raisons l'ayant motivé à cesser de fumer au départ. Si le patient a utilisé une thérapie médicamenteuse, il importe de réévaluer le mode d'utilisation. Si, d'autre part, aucun médicament n'a été employé, le médecin pourrait envisager, avec le patient, la possibilité de recommander ou de prescrire une thérapie d'appoint.

Enfin, le médecin devrait s'assurer que le patient a en sa possession du matériel éducatif pertinent ainsi qu'une liste de ressources en cessation.

Avec un patient en action ou en suivi, le médecin doit :

- ***discuter des difficultés rencontrées et des stratégies utilisées***
- ***féliciter le patient de sa démarche et l'encourager à persister***
- ***discuter des causes fréquentes de rechutes***
- ***ajuster, si nécessaire, la thérapie médicamenteuse***

Avec un patient en rechute, le médecin doit :

- ***déculpabiliser le fumeur et l'encourager à cesser de nouveau***
- ***réévaluer la thérapie médicamenteuse utilisée***
- ***offrir du matériel éducatif***
- ***offrir une liste des ressources disponibles en cessation***
- ***«laisser la porte ouverte» pour un rendez-vous***

La grossesse représente pour plusieurs femmes un moment propice pour cesser de fumer. La plupart savent que leur tabagisme peut avoir des conséquences néfastes sur le bien-être de l'enfant qu'elles portent.

LE TABAGISME ET QUELQUES GROUPES SPÉCIFIQUES

Les femmes enceintes qui fument

La grossesse représente pour plusieurs femmes un moment propice pour cesser de fumer. La plupart savent que leur tabagisme peut avoir des conséquences néfastes sur le bien-être de l'enfant qu'elles portent. Elles sont ainsi particulièrement motivées à renoncer au tabac. Le médecin qui assure le suivi de grossesse de ces femmes les rencontre à plusieurs reprises et doit profiter de ces multiples occasions pour offrir un *counselling* tabagique.

À ce jour, l'innocuité de la pharmacothérapie pour les femmes enceintes n'a pas été démontrée. Il est donc particulièrement important de discuter avec la femme enceinte des symptômes de sevrage et des stratégies permettant d'y faire face sans médication. La thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) peut être envisagée, si le médecin estime que les bénéfices dépassent les risques, incluant le risque possible que la femme continue de fumer tout en utilisant la TRN¹⁴.

Environ 70 % des mères qui s'abstiennent de fumer pendant leur grossesse rechutent après leur accouchement. On estime qu'elles cesseraient de fumer de façon transitoire pour leur bébé³⁵. Une femme qui n'a pas fumé pendant plusieurs mois afin d'offrir au fœtus un environnement optimal sera probablement sensible aux informations concernant les maladies provoquées chez les jeunes enfants par la fumée de tabac dans l'environnement¹⁴. Le médecin doit mettre l'accent sur la relation entre la fumée de tabac secondaire et le risque accru pour l'enfant de souffrir de différentes maladies comme le syndrome de mort subite du nourrisson, l'asthme ou les otites moyennes¹⁰.

Enfin, le médecin devrait offrir aux femmes enceintes des documents conçus spécifiquement pour elles afin de faciliter leur prise de décision d'arrêter de fumer. Nous en suggérons un dans l'inventaire des ressources en cessation.

Les adolescents qui fument

Les adolescents de plus de 13 ans joignent le rang des fumeurs dépendants six mois à trois ans après avoir fait leurs premières expériences avec la cigarette²². La plupart souffrent des mêmes symptômes de sevrage que les adultes quand ils tentent de cesser de fumer³⁶. Il est donc essentiel de conseiller à l'adolescent d'arrêter de fumer le plus tôt possible pour éviter qu'une trop grande dépendance à la nicotine ne s'installe.

L'intervention que le médecin peut offrir à un jeune patient est analogue à celle offerte au patient adulte. L'utilisation de questions ouvertes permettra une discussion à propos du tabagisme et de la cessation. Le médecin pourra ainsi connaître les raisons pour lesquelles l'adolescent fume, ses inquiétudes, les bénéfices qu'il associe à l'abandon du tabac, les stratégies qu'il compte utiliser, etc.

Il peut être intéressant d'aborder différents points particulièrement importants pour les jeunes fumeurs (voir la section *La prévention du tabagisme et le médecin*). Avec les jeunes filles, on doit penser à parler du contrôle du poids qui est une grande préoccupation. Il est bon aussi de sensibiliser les jeunes à la publicité des compagnies de tabac qui ne font valoir que les côtés positifs du tabagisme.

L'innocuité de la pharmacothérapie pour les jeunes de moins de 18 ans n'a pas été démontrée. Toutefois, une étude récente portant sur 19 sujets suggère que l'utilisation de timbres de nicotine serait sécuritaire auprès de cette clientèle³⁷. Le médecin pourrait donc

envisager de recommander la thérapie de remplacement de la nicotine aux adolescents qui sont motivés à cesser de fumer et qui éprouvent une dépendance à la nicotine.

Finalement, il existe une trousse d'aide à la cessation destinée spécifiquement aux adolescents fumeurs de 13 à 19 ans. Elle est identifiée dans l'inventaire des ressources en cessation qui accompagne cette publication.

Les fumeurs préoccupés par la prise de poids associée à l'arrêt tabagique

La majorité des fumeurs verront leur poids augmenter de 5 à 10 livres après avoir cessé de fumer³⁸. Cette prise de poids s'explique par une augmentation de l'apport calorique d'une part et par une modification du métabolisme d'autre part¹⁴. Il est important de faire valoir que les bénéfices de l'arrêt tabagique sur la santé sont de loin supérieurs aux inconvénients reliés à une prise de poids de quelques livres.

Plusieurs experts ont démontré que des diètes sévères pouvaient compromettre les chances de demeurer abstinents³⁹. Le médecin devrait donc conseiller à son patient de ne pas tenter de restreindre sévèrement son alimentation, mais plutôt de se concentrer à court terme sur l'abstinence tabagique. Une fois que le patient n'éprouvera plus de symptômes de sevrage et qu'il sentira qu'il a vaincu sa dépendance tabagique, il pourra consacrer ses énergies à perdre du poids.

PHARMACOTHÉRAPIE (CONSULTEZ LE CPS POUR UNE INFORMATION DÉTAILLÉE)

La nicotine et le sevrage

Lorsqu'une personne fume, la nicotine atteint les neurones cérébraux seulement 7 secondes après l'inhalation de la fumée du tabac. Elle provoque une libération de dopamine au niveau du système mésolimbique et de noradrénaline au niveau du *locus caeruleus*.

De plus, la fumée de cigarette inhibe la monoamine-oxydase, potentialisant ainsi les effets de la dopamine, un neurotransmetteur associé aux effets euphorisants des substances qui engendrent la toxicomanie comme la cocaïne ou l'héroïne. On considère d'ailleurs que la dépendance créée par la nicotine est aussi forte que celle produite par la cocaïne, l'héroïne ou l'alcool⁴⁰.

La demi-vie de la nicotine est de deux heures de sorte que le taux sanguin de nicotine est quasiment nul après huit heures de sommeil. C'est ce qui explique pourquoi, après avoir passé une ou deux heures sans fumer, le fumeur éprouve un tel besoin d'allumer une cigarette, et pourquoi la première cigarette du matin est considérée par les fumeurs dépendants comme étant «la meilleure».

Quatre-vingts pour cent des personnes qui cessent de fumer ressentent des effets de sevrage variables en intensité⁴⁰. Les principales manifestations du sevrage comprennent :

- l'irritabilité, l'anxiété, l'impatience et la nervosité;
- la difficulté à se concentrer;
- le désir incontrôlable de fumer;
- les céphalées;
- les troubles du sommeil;
- la constipation, l'augmentation de l'appétit;
- les tremblements, l'augmentation de la sudation, les étourdissements.

Ces symptômes apparaissent quelques heures après l'arrêt du tabagisme, pour atteindre un paroxysme moins de 48 heures plus tard et s'atténuer progressivement durant les deux à cinq semaines suivantes⁴¹. C'est ce qui explique le taux important de rechute au cours des premiers jours et pendant les deux premières semaines. Toutefois, la plupart des gens n'éprouvent pas tous ces symptômes.

Il existe différents médicaments qui aident à soulager les symptômes de sevrage et qui augmentent de façon significative les taux d'abandon. Ainsi, le fumeur qui se prépare à arrêter de fumer double à peu près ses chances de succès en utilisant la thérapie de remplacement nicotinique sous forme de timbre transdermique ou de gomme¹⁴. Il en va de même avec le bupropion (Zyban^{MD})¹⁷.

LA THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE (TRN)

La thérapie de remplacement de la nicotine est disponible sous forme de timbre ou de gomme. Elle offre l'avantage de répondre aux besoins en nicotine des fumeurs tout en évitant les milliers d'autres composés toxiques contenus dans la fumée du tabac. Ce type de thérapie ne permet pas d'obtenir des taux sanguins de nicotine aussi élevés que ceux auxquels les fumeurs sont habitués, mais il facilite la cessation en diminuant la présence et l'intensité des symptômes de sevrage¹⁵.

Il est maintenant recommandé d'offrir la TRN à tous les fumeurs qui tentent de cesser de fumer, à moins qu'il n'y ait de contre-indications. Toutefois, peu d'études ont été réalisées auprès des fumeurs qui consomment 15 cigarettes par jour ou moins¹⁴.

Contre-indications

Les fabricants de médicaments de remplacement de la nicotine signalent des contre-indications dans les cas suivants :

- les patients récupérant d'un infarctus du myocarde survenu depuis moins de quatre semaines;
- les patients récupérant d'accidents vasculaires cérébraux;
- les patients souffrant d'arythmie sévère;
- les patients souffrant d'angine instable ou sévère;
- les femmes enceintes;
- les mères qui allaitent;
- les enfants de moins de 18 ans.

Le timbre de nicotine est contre-indiqué pour les patients souffrant d'hypersensibilité cutanée au diachylon ou de maladie cutanée généralisée.

Bien que le timbre de nicotine ne représente pas un facteur de risque indépendant dans le cas d'événements coronariens aigus, le médecin qui traite un patient récupérant d'un infarctus aigu survenu depuis moins de quatre semaines ou un patient souffrant d'arythmie sévère ou d'angine instable ne devrait recommander ou prescrire ce traitement qu'après en avoir considéré les risques et les bénéfices¹⁴.

Le timbre transdermique de nicotine

Le timbre serait préférable à la gomme parce qu'il pose moins de problèmes d'observance¹⁴. Les différents types de timbres transdermiques présentement disponibles sur le marché ainsi que la posologie recommandée sont présentés au tableau 5.

TABLEAU 5			
POSOLOGIE DES TIMBRES TRANSDERMIQUES DE NICOTINE^{14,42}			
Marque de commerce	Dosage par timbre	Durée d'application	Durée de traitement
Nicoderm ^{MD} ou Habitrol ^{MD}	21 mg	24 heures	4 premières semaines
	14 mg	24 heures	2 semaines suivantes
	7 mg	24 heures	2 semaines suivantes
Nicotrol ^{MD}	15 mg	16 heures	4 premières semaines
	10 mg	16 heures	2 semaines suivantes
	5 mg	16 heures	2 semaines suivantes

Si le timbre est utilisé par des personnes qui fument 15 cigarettes par jour ou moins, il est suggéré d'utiliser un dosage plus faible.

Les timbres d'une durée de 24 heures permettent de maintenir des taux stables de nicotine dans le sang et probablement d'éviter les symptômes de sevrage du matin⁴². Par contre, les patients qui se plaignent de cauchemars nuisant à leur sommeil peuvent en utiliser un de 16 heures ou retirer le timbre d'une durée de 24 heures avant le coucher.

Les fabricants suggèrent une durée de traitement de trois mois. Toutefois, les essais cliniques ont démontré qu'un traitement d'une durée de huit semaines est aussi efficace qu'un traitement de 12 semaines¹⁴.

Le médecin doit recommander au patient de s'abstenir de fumer lorsqu'il utilise le timbre de nicotine, car le taux sanguin de nicotine ne s'abaisse progressivement que plusieurs heures après que le timbre ait été enlevé¹⁴.

La gomme à base de nicotine

La gomme de nicotine se présente sous deux formes de dosage, 2mg et 4 mg. La gomme de 2 mg est recommandée pour les patients fumant 20 cigarettes ou moins par jour. Il est préférable que les patients suivent un horaire régulier, par exemple une gomme à chaque heure. Il ne faut pas prendre plus de 30 gommes de 2 mg ou 20 gommes de 4 mg par jour¹⁴.

Pour éviter une intolérance au traitement, il est important de bien expliquer la technique de mastication au patient. La gomme doit être mâchée deux ou trois fois, puis placée entre la joue et la gencive pendant une minute afin de favoriser l'absorption de la nicotine par la muqueuse buccale. Ce processus doit être répété pendant 30 minutes. Il faut éviter de manger et de boire autre chose que de l'eau 15 minutes avant et pendant la mastication afin de ne pas nuire à l'absorption de la nicotine¹⁴.

Les effets indésirables comme les douleurs buccales, les hoquets, la dyspepsie et les douleurs mandibulaires sont généralement légers et passagers. Ils disparaissent lorsque le patient adopte la technique de mastication adéquate.

Pour les fumeurs préoccupés par une augmentation de poids associée à l'abandon, il peut être intéressant d'envisager l'utilisation de la gomme. En effet, la prise de poids reliée à l'abandon du tabagisme est retardée jusqu'à la fin du traitement avec la gomme à base de nicotine¹⁴.

LE BUPROPION (ZYBAN^{MD})⁴³

Mécanisme d'action

Le chlorhydrate de bupropion en comprimés à libération prolongée est disponible comme antidépresseur sous le nom de Wellbutrin^{MD} et comme assistance à l'abandon du tabagisme sous le nom de Zyban^{MD}. Ce médicament est rapidement absorbé par le tractus digestif, métabolisé dans le foie et éliminé dans l'urine. Sa demi-vie est de 21 heures. Le mécanisme d'action semble lié aux effets du médicament sur les neurotransmetteurs cérébraux. Le bupropion inhiberait la recapture neuronale de la dopamine et de la noradrénaline.

Études cliniques

L'utilité du bupropion dans l'abandon du tabagisme a été confirmée par deux essais en double insu contrôlés par placebo auprès de personnes non déprimées qui fument 15 cigarettes par jour et plus. Aucun sujet de moins de 18 ans n'a participé à ces essais. La première étude a démontré que l'utilisation du bupropion à un dosage de 300 mg (150 mg deux fois par jour) pendant sept semaines générerait, de la 4^e à la 26^e semaine, des taux d'abstinence tabagique de 19 % contre 11 % avec le placebo⁴³.

La seconde étude a démontré qu'avec la prise de bupropion seul ou en combinaison avec un timbre transdermique de nicotine de 21 mg, les taux d'abandon étaient significativement plus élevés que lorsque le timbre de nicotine était utilisé seul ou lorsqu'on utilisait un placebo. Les taux d'abandon observés de la 4^e à la 52^e semaine étaient de 23 % avec le bupropion seul, de 28 % avec la combinaison de bupropion et du timbre, de 12 % avec le timbre de nicotine seul et de 8 % avec le placebo⁴³.

Contre-indications et précautions

Il existe un risque de convulsions lié au dosage du bupropion. Le taux de convulsions est d'environ 0,1 % lorsque le dosage du médicament ne dépasse pas 300 mg par jour.

Le bupropion (Zyban^{MD}) est contre-indiqué chez les patients :

- recevant du bupropion comme antidépresseur (Wellbutrin^{MD});
- ayant des troubles convulsifs;
- utilisant un antidépresseur de la classe des inhibiteurs de la mono-amine-oxydase, ou qui en ont pris au cours des 14 jours précédents;
- présentant un diagnostic ou des antécédents de boulimie ou d'anorexie mentale;
- étant reconnus comme allergiques au bupropion.

Certaines situations cliniques susceptibles d'abaisser le seuil de convulsions requièrent également une attention particulière de la part du clinicien :

- Antécédents de traumatisme crânien ou de convulsions;
- Tumeur du système nerveux central;
- Utilisation excessive d'alcool;
- Retrait soudain d'alcool ou de sédatifs;
- Dépendance aux opiacés, à la cocaïne ou aux stimulants;
- Utilisation de stimulants ou d'anorexigènes en vente libre;
- Utilisation d'hypoglycémiant oraux ou d'insuline;
- Autres régimes thérapeutiques abaissant le seuil de convulsions comme la théophylline, les stéroïdes systémiques, les antipsychotiques et les antidépresseurs.

À ce jour, aucune étude n'a été effectuée auprès des jeunes de moins de 18 ans et des femmes enceintes. D'autre part, on sait que le bupropion et ses métabolites passent dans le lait maternel.

Posologie

Il est recommandé de prendre 150 mg de bupropion une fois par jour pendant trois jours, puis 150 mg deux fois par jour pendant sept à douze semaines. Il est conseillé de cesser de fumer au cours de la deuxième semaine d'utilisation.

À cause des risques de convulsions, le médicament ne devrait jamais être pris à moins de huit heures d'intervalle. Une dose oubliée ne devrait pas être remplacée, et il ne faut jamais excéder 150 mg par dose de bupropion pour une dose totale de 300 mg par jour.

Effets secondaires

Les effets secondaires le plus souvent rapportés sont l'insomnie et la sécheresse de la bouche. Lors de l'étude comparative sur le bupropion, l'insomnie est survenue parmi 40 % des patients prenant du bupropion, alors que ce fut le cas pour 28 % de ceux qui utilisaient le timbre de nicotine et pour 18 % des patients prenant le placebo. Afin de diminuer les risques d'insomnie, il est suggéré de prendre la deuxième dose de bupropion au souper plutôt qu'au coucher et, si l'insomnie persiste, de diminuer la dose à 150 mg par jour. D'autre part, les tremblements et les éruptions cutanées sont les effets indésirables ayant le plus souvent causé l'arrêt du traitement.

RÉFÉRENCE AUX RESSOURCES DE LA COMMUNAUTÉ

Plusieurs ressources existent dans la communauté pour aider les fumeurs à cesser de fumer. Bien que la majorité des fumeurs préfèrent effectuer leur démarche seuls, un certain nombre d'entre eux recherchent un soutien de groupe ou encore des méthodes dites alternatives. Le fumeur doit comprendre que ces ressources sont des compléments à la démarche qu'il entreprend, et que le succès de sa démarche dépendra principalement :

- des efforts de préparation fournis avant la cessation;
- de l'identification des éléments déclencheurs du goût de fumer;
- du recours à des stratégies variées pour surmonter les difficultés rencontrées;
- de l'utilisation de la pharmacothérapie;
- du soutien social apporté.

La liste des ressources disponibles pour cesser de fumer est annexée à ces lignes directrices. De plus, il est possible d'obtenir une liste des ressources régionales en s'informant à la Direction de la santé publique de chaque région du Québec.

Plusieurs ressources existent dans la communauté pour aider les fumeurs à cesser de fumer.

Le fumeur doit comprendre que ces ressources sont des compléments à la démarche qu'il entreprend.

5. CONCLUSION

En général, quelques minutes suffisent pour amorcer une discussion sur le tabagisme et pour émettre un message clair. Une telle intervention, si elle est répétée de façon régulière à l'occasion de chaque visite, fera réfléchir bon nombre de patients sur leur tabagisme. De plus, le médecin sera identifié comme une personne-ressource sur laquelle le fumeur pourra compter quand il prendra la décision d'arrêter de fumer. Le médecin se doit donc d'être réceptif et disponible.

APPENDICE

CLASSIFICATION DES RECOMMANDATIONS¹⁹

<i>Catégorie</i>	<i>Définition</i>
A	Preuves suffisantes pour recommander l'utilisation
B	Preuves acceptables pour recommander l'utilisation
C	Preuves insuffisantes pour recommander ou déconseiller l'utilisation
D	Preuves acceptables pour déconseiller l'utilisation
E	Preuves suffisantes pour déconseiller l'utilisation

NIVEAUX DE QUALITÉ DES PREUVES JUSTIFIANT LES RECOMMANDATIONS¹⁹

<i>Catégorie</i>	<i>Définition</i>
I	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé
II	Données obtenues dans le cadre d'au moins un essai clinique bien conçu, sans randomisation, d'études de cohortes ou d'études analytiques de cas-témoins, réalisées de préférence dans plus d'un centre, à partir de plusieurs séries chronologiques, ou résultats spectaculaires d'expériences non comparatives
III	Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, et reposant sur l'expérience clinique, sur des études descriptives ou sur des rapports de comités d'experts

En général, les recommandations A et E ont trait aux interventions dont la valeur est corroborée ou démentie par des résultats de type I, alors que les résultats de type II donnent lieu à des recommandations B ou D.

BIBLIOGRAPHIE

1. Québec. MSSS. – *Plan d'action de lutte au tabagisme*. – Québec : le Ministère, 1994. – 27 p. – ISBN 2-550-29670-2
2. Kottke, T.E. *et al.* – «Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice : a meta-analysis of 39 controlled trials». – *JAMA*. – Vol. 259, n°19 (May 20, 1988). – P.2883-2889
3. Law, M.; Tang, J.L. – «An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking». – *Archives of Internal Medicine*. – Vol. 155, n°18 (Oct. 9, 1995). – P.1933-1941
4. Goldberg, P.J. *et al.* – «Physician's attitudes and reported practices toward smoking intervention». – *Journal of Cancer Education*. – Vol. 8, n°2 (Summer 1993). – P.133-139
5. Thorndike, A.N. *et al.* – «National patterns in the treatment of smokers by physicians». – *JAMA*. – Vol. 279, n°8 (Feb. 25, 1998). – P.604-608
6. Ellison, L.F.; Mao, Y.; Gibbons, L. – «Projected smoking-attributable mortality in Canada, 1991-2000». – *Chronic Diseases in Canada*. – Vol. 16, n°2 (Spring 1995). – P.84-89
7. Makomaski-Illing, E.M.; Kaiserman, M.J. – «Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1991». – *Canadian Journal of Public Health*. – Vol. 86, n°4 (July-August 1995). – P.257-265
8. Weiss, S.T. – «Cardiovascular effects of environmental tobacco smoke». – *Circulation*. – Vol. 94, n°4 (Aug. 15, 1996). – P.599
9. Wigle, D.T. *et al.* – «Deaths in Canada from lung cancer due to involuntary smoking». – *CMAJ*. – Vol. 136, n°9 (May 1, 1987). – P.945-951
10. Gidding, S.S.; Schydlower, M. – «Active and passive tobacco exposure : a serious pediatric health problem». – *Pediatrics*. – Vol. 94, n°5 (Nov. 1994). – P.750-751
11. U.S. Public Health Service. Office of the Surgeon General. – *The health benefits of smoking cessation : a report of the Surgeon General, 1990*. – Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health, 1990. – 628 p. – (U.S. DHHS publication ; n°(CDC) 90-8416)
12. Brochu, D.; Gratton, J. – *Le tabagisme et la fumée de tabac dans l'environnement au Québec*. – Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Direction de la santé publique, 1998. – 31 p. – ISBN 2-921349-12-4
13. Canada. Santé Canada. – *Enquête sur le tabagisme au Canada : Quartier 4*. – Ottawa, juin 1995
14. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research. Centers for Disease Control and Prevention. – *Smoking cessation : clinical practice guideline number 18*. – Rockville, MD : AHCPR, April 1996. – 125 p. – AHCPR Pub. n°96-0692. – ISBN 0-16-048610-6
15. Fiore, M.C. *et al.* – «Tobacco dependence and the nicotine patch : clinical guidelines for effective use». – *JAMA*. – Vol. 268, n°19 (Nov. 18, 1992). – P.2687-2694
16. Fiore, M.C. *et al.* – «The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation : a meta-analysis». – *JAMA*. – Vol. 271, n°24 (June 22/29, 1994). – P.1940-1947
17. Hurt, R.D. *et al.* – «A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation». – *NEJM*. – Vol. 337, n°17 (Oct. 23, 1997). – P.1195-1202
18. Cromwell, J. *et al.* – «Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation». – *JAMA*. – Vol. 278, n°21 (Dec. 3, 1997). – P.1759-1766
19. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. – *Guide canadien de médecine clinique préventive*. – Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1994. – 1136 p. – ISBN 0-660-94804-4
20. Everest Recherche-Stratégie. – *Rapport : sondage auprès des jeunes concernant la cigarette présenté au Ministère de la Santé et des Services sociaux*. – Montréal, 9 juillet 1997. – 67 p
21. «Attitudes et opinions». – *Enquête de 1994 sur le tabagisme chez les jeunes*. – Ottawa : Santé Canada, 1996. – Feuille de renseignement n°7
22. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. – *Preventing tobacco use among young people : a report of the Surgeon General*. – Washington, D.C. : U.S. Government Printing Office, 1994. – 314 p
23. Thomas, R.E.; Thomas, A.P. – «Preventing children from smoking : how family physicians and pediatricians can help». – *Canadian Family Physician*. – Vol. 41 (Sept. 1995). – P.1517-1523
24. Newman, I.M.; Ward, J.M. – «The influence of parental attitude and behavior on early adolescent cigarette smoking». – *Journal of School Health*. – Vol. 59, n°4 (April 1989). – P.150-152
25. O'Loughlin, J. *et al.* – «Prevalence and correlates of overweight among elementary schoolchildren in multiethnic, low income, inner-city neighbourhoods in Montreal, Canada». – *Annals of Epidemiology*. – Vol. 8, n°7 (Oct. 1998). – P.422-432

26. Collège des médecins du Québec. – *Tenue du dossier : guide concernant la tenue du dossier par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC*. – Montréal : le Collège, nov. 1996. – 16 p
27. Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C.; Norcross, J.C. – «In search of how people change. Applications to addictive behaviors». – *American Psychologist*. – Vol. 47, n°9 (Sept. 1992). – P.1102-1114
28. Prochaska, J.O.; Goldstein, M.G. – «Process of smoking cessation. Implications for clinicians». – *Clinics in Chest Medicine*. – Vol. 12, n°4 (Dec. 1991). – P.727-735
29. Conseil canadien sur le tabagisme et la santé. – *Guider vos patients vers un avenir sans tabac*. – Ottawa : le Conseil, 1996
30. Fiore, M.C. – «Trends in cigarette smoking in the United States. The epidemiology of tobacco use». – *Medical Clinics of North America*. – Vol. 76, n°2 (March 1992). – P.289-303
31. Lightwood, J.M.; Glantz, S.A. – «Short-term economic and health benefits of smoking cessation : myocardial infarction and stroke». – *Circulation*. – Vol. 96, n°4 (August 19, 1997). – P.1089-1096
32. Anthonisen, N.R. *et al.* – «Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV₁ : the lung health study». – *JAMA*. – Vol. 272, n°19 (Nov. 16, 1994). – P.1497-1505
33. Meyers, D.G. – «Relative survival benefits of risk factor modifications». – *American Journal of Cardiology*. – Vol. 77, n°4 (Feb. 1, 1996). – P.298-299
34. Miller, W.R.; Rollnick, S. – *Motivational interviewing : preparing people to change addictive behavior*. – New York : Guilford Press, 1991. – 348 p
35. Stotts, A.L. *et al.* – «Pregnancy smoking cessation : a case of mistaken identity». – *Addictive Behaviors*. – Vol. 21, n°4 (July-August 1996). – P.459-471
36. McNeill, A.D. *et al.* – «Cigarette withdrawal symptoms in adolescent smokers». – *Psychopharmacology*. – Vol. 90, n°4 (1986). – P.533-536
37. Smith, T.A. *et al.* – «Nicotine patch therapy in adolescent smokers». – *Pediatrics*. – Vol. 98, n°4 Part 1 (Oct. 1996). – P.659-667
38. Williamson, D.F. *et al.* – «Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort». – *NEJM*. – Vol. 324, n°11 (March 14, 1991). – P.739-745
39. Perkins, K.A. – «Issues in the prevention of weight gain after smoking cessation». – *Annals of Behavioral Medicine*. – Vol. 16, n°1 (Winter 1994). – P.46-52
40. Geller, A. – «Common addictions». – *Clinical Symposia*. – N°3 (1996). – 32 p
41. Lertzman, M. – «Butting out : a practical approach to smoking cessation». – *Medicine North America*. – Vol. 19, n°4 (April 1996). – P.34-41
42. Association pharmaceutique canadienne. – *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques; CPS*. – 33^e éd. – Ottawa : l'Association, 1998. – Pag. Multiple. – ISBN 0-919115-98-5
43. Glaxo Wellcome Inc. – *Monographie canadienne du Zyban chlorhydrate de bupropion à libération prolongée*. – Mississauga, 1998

Publication du
Collège des médecins du Québec
Service des communications
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : (514) 933-4441
ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : (514) 933-3112
Adresse Internet : <http://www.cmq.org>
Courrier électronique : info@cmq.org

et de la

**Direction de la santé publique de la Régie régionale de
la santé et des services sociaux de Montréal-Centre**
1301, Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
Télécopieur : (514) 528-2425
Adresse Internet : <http://www.santepub-mtl.qc.ca>

Coordination :
Collège des médecins du Québec
Service des communications

Révision linguistique : Louise Verreault

Graphisme : Denis L'Allier, Designer graphique inc.

Impression : Litho Acme

Reproduction autorisée avec mention de la source.

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 1999
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé
sans préjudice et seulement pour alléger la présentation.

La version française intégrale de ces lignes directrices
est disponible sur le site Internet du Collège et de la
Direction de la santé publique de la Régie régionale de la
santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

An English version will soon be available upon request.

