

Désaccoutumance au tabac

1^{re} partie: Processus de désaccoutumance et bénéfices de l'arrêt

Tabakentwöhnung:

1. Teil: Ablauf und positive Auswirkungen der Entwöhnung

Jacques Cornuz^a, Jean-Paul Humair^b, Jean-Pierre Zellweger^c

^a Département de médecine interne (CHUV) et Unité de prévention (Policlinique médicale universitaire et Institut universitaire de médecine sociale et préventive), Lausanne

^b Policlinique de médecine, Département de médecine communautaire, HUG, Genève

^c Policlinique médicale universitaire, Lausanne, et Ligue pulmonaire suisse, Berne

Quintessence

● Le tabagisme est un problème clinique et de santé publique crucial en raison de sa prévalence élevée dans la population de patients ambulatoires et hospitaliers, et de ses conséquences majeures sur la mortalité, la morbidité et les coûts. Les conseils ciblés et non stigmatisant, ainsi que les traitements pharmacologiques (substituts nicotiques et bupropion), sont efficaces pour promouvoir l'arrêt du tabac et ont un très bon rapport coût-efficacité.

● La désaccoutumance au tabac est devenue une activité essentielle de la pratique clinique, en raison de l'importance épidémiologique et sociale des maladies liées au tabac d'une part, de l'apparition de méthodes et de produits permettant de faciliter la désaccoutumance à la nicotine d'autre part. Le risque de maladies lié au tabac est plus grand que la plupart des fumeurs ne l'imaginent. Le médecin praticien occupe une position privilégiée de conseiller et d'accompagnateur du processus de désaccoutumance vis-à-vis de ses patients.

● L'aide à la désaccoutumance se base sur la connaissance du stade auquel se trouve le fumeur (indifférence, intention ou préparation) et sur la détermination de son degré de dépendance à la nicotine, évaluée en fonction de la consommation tabagique et du délai entre le réveil et la première cigarette de la journée. L'intervention médicale doit s'adapter à ces deux critères et amener le fumeur à progresser d'un stade de la désaccoutumance vers le suivant.

● L'intervention médicale en désaccoutumance représente l'activité la plus rentable dans le domaine de la prévention. La prise en charge des fumeurs doit tenir compte du processus de changement de comportement et de la dépendance nicotinique. L'arrêt du tabac est en effet un processus dynamique à travers 5 stades de motivation à cesser de fumer, ayant une probabilité croissante de devenir ex-fumeur.



Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 347 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

Quintessenz

● *Der Tabakmissbrauch ist ein entscheidendes Problem in Klinik und öffentlicher Gesundheit – einerseits wegen der erhöhten Prävalenz bei ambulanten und stationären Patienten und andererseits wegen der erheblichen Auswirkungen auf Mortalität, Morbidität und Kosten. Zielgerichtete Beratungen sowie pharmakologische Therapie (Nikotinersatzpräparate und Bupropion) sind nicht nur sehr wirksam betreffend anhaltendem Verzicht auf Tabak, sondern weisen auch ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis auf.*

● *Der Tabakentzug ist zu einer wichtigen Beschäftigung in der täglichen Praxis geworden – einerseits wegen des epidemiologischen Gewichts und der sozialen Auswirkungen der durch Tabak hervorgerufenen Morbidität, andererseits wegen der nun zur Verfügung stehenden Behandlungsarten, die den Entzug erleichtern. Das Risiko tabakbedingter Erkrankungen ist grösser als die Mehrzahl der Raucher je vermutet hat. Der praktizierende Arzt hält eine privilegierte Stellung inne, um die Patienten bei der Entwöhnung zu beraten und zu begleiten.*

● *Die Hilfestellung zur Tabakentwöhnung richtet sich nach dem Stadium, in dem sich der Patient befindet (Indifferenz, Absicht oder Vorbereitung) sowie nach dem Ausmass der Nikotinabhängigkeit. Letztere lässt sich am täglichen Tabakkonsum und an der Zeitspanne zwischen dem Aufwachen und der ersten Zigarette am Tag ablesen. Die ärztliche Intervention sollte sich nach diesen beiden Kriterien richten und den Raucher anleiten, von einem Entzugsstadium ins nächste fortzuschreiten.*

● *Die ärztliche Begleitung eines Nikotinentzugs stellt eine der sich am meisten lohnenden Massnahmen in der Prävention dar. Die Behandlung der Raucher sollte sowohl der Verhaltensänderung als auch der Nikotinabhängigkeit Rechnung tragen. Das Aufhören zu rauchen ist ein dynamischer Prozess durch fünf Stadien der Motivation – und in jedem Stadium zunehmender Wahrscheinlichkeit, Ex-Raucher zu werden.*

CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 345 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Introduction

La prévalence élevée du tabagisme en Suisse, l'apparition de nouvelles approches thérapeutiques pour la désaccoutumance au tabac, l'efficacité démontrée de l'intervention médicale pour aider les fumeurs à arrêter et le programme national de l'Office fédéral de la santé publique «Vivre sans tabac – Let it be» ont incité les auteurs de ce document à développer et à diffuser les recommandations pour la pratique clinique (RPC) sur la désaccoutumance au tabac. L'objectif de ces recommandations est d'améliorer les connaissances des médecins praticiens dans le domaine de la désaccoutumance au tabac, afin de favoriser l'utilisation d'interventions efficaces pour aider les fumeurs à arrêter de fumer.

Contexte général

Prévalence du tabagisme: un problème majeur de santé publique

Le tabagisme est en Suisse un problème majeur de santé publique. La Suisse compte parmi les pays avec la plus forte consommation de cigarettes en Europe. La prévalence du tabagisme est très élevée puisque 32% de la population adulte fume régulièrement (hommes: 38%; femmes: 27%), ce qui représente environ 1,7 millions de personnes. On assiste depuis plusieurs années à un début de plus en plus précoce du tabagisme: par exemple, la moitié des écoliers vaudois de 11–16 ans ont déjà fumé et 8% d'entre eux fument quotidiennement.

Risques du tabagisme pour la santé

Une causalité est clairement établie entre le tabac et de multiples affections, notamment les maladies cardiaques, vasculaires, pulmonaires et de nombreux cancers dont celui du poumon. Le tableau 1  présente les risques relatifs de mortalité due aux affections causées par le tabac [1]. Le tabagisme favorise également d'autres affections, notamment la pneumonie, l'ulcère peptique, la cataracte, la dégénérescence maculaire sénile, la tuberculose, l'ostéoporose et les fractures vertébrales et de la hanche. Des données récentes suggèrent que le tabagisme augmente également le risque de cancer du sein. Le tabac est nocif pour le fœtus et le nouveau-né d'une mère fumeuse car de nombreux toxiques passent la barrière placentaire. Le tabagisme maternel augmente le risque de fausse couche, de retard de croissance intra-utérin du fœtus ainsi que de la mort subite du nourrisson.

La fumée de cigarettes comprend plusieurs milliers de substances toxiques, dont de nombreux cancérigènes tels que le benz(a)pyrène et les nitrosamines. Le tabac favorise l'apparition des maladies cardiovasculaires par une accélération de l'athérosclérose, la promotion des phénomènes thrombotiques, l'hypoxie cellulaire liée au monoxyde de carbone (CO) et à l'augmentation du taux de HbCO, la survenue de spasmes artériels et la génération d'arythmies ventriculaires.

Globalement, le tabac est à l'origine de la moitié des décès par cancers et d'environ 30% des décès par cardiopathie ischémique et accident vasculaire cérébral. Les fumeurs ont une probabilité de 50% de mourir d'une maladie due au tabac et de 25% que le décès survienne avant 70 ans [1]. Le tabac réduit l'espérance de vie puisque les fumeurs vivent en moyenne 7,5 ans de moins que les non fumeurs; 80% des non fumeurs sont encore en vie à 70 ans mais seulement 60% des fumeurs atteignent cet âge [2].

L'utilisation de cigarettes «légères» à plus faible teneur en goudron et nicotine n'entraîne qu'une réduction minime des risques de maladies et de mortalité dues au tabac. En effet, afin d'obtenir la quantité souhaitée de nicotine, ces consommateurs inhalent la fumée plus fréquemment et plus profondément et bloquent souvent les orifices d'aération des filtres; les fumeurs de cigarettes légères absorbent donc des quantités de substances toxiques très semblables aux cigarettes «normales».

L'exposition passive à la fumée à domicile ou au travail augmente les risques de cancer pulmonaire, de maladie cardiovasculaire, et de maladies pulmonaires chroniques [3]. Les risques relatifs sont estimés entre 1,3 et 1,6 pour ces 3 groupes d'affections; ils augmentent selon la durée et l'intensité de l'exposition. Bien que l'excès de risque soit modeste, le tabagisme passif a un impact important car 30% des Suisses non fumeurs sont exposés à la fumée passive.

Tableau 1. Risques de mortalité due aux maladies causées par le tabagisme.

Cause de décès	Risque relatif chez les fumeurs*	
	Hommes	Femmes
Toutes causes	2,3	1,9
Maladie coronarienne (35–64 ans)	1,9	1,8
Maladie coronarienne (>65 ans)	1,6	3,0
Autres maladies cardiaques	1,8	1,6
Maladies cérébrovasculaires (<35 ans)	2,2	1,8
Maladies cérébrovasculaires (35–64 ans)	3,7	4,8
Maladies cérébrovasculaires (>65 ans)	1,9	1,5
Autres maladies circulatoires	4,1	3,0
Bronchopneumopathie chronique obstructive	9,6	10,5
Autres maladies respiratoires	2,0	2,2
Cancer de la bouche/pharynx	27,5	5,6
Cancer de l'œsophage	7,6	10,2
Cancer du pancréas	2,1	2,3
Cancer du larynx	10,5	17,8
Cancer des poumons	22,4	11,9
Cancer du rein	2,9	1,4
Cancer du col de l'utérus		2,1
Cancer de la vessie et autres organes urinaires	2,9	2,6

* La catégorie de référence est celle des non fumeurs (risque relatif = 1)

Le tabagisme engendre des coûts considérables estimés récemment à 10 milliards de CHF par an, dont seulement 1,2 milliards sont dus aux coûts directs des traitements médicaux [4]. La plus grande partie représente les coûts indirects attribuables soit à la perte de productivité (3,8 milliards) soit à la souffrance engendrée par la maladie et le décès (5 milliards).

Le tabagisme est donc un problème majeur de santé publique qui justifie une stratégie nationale de prévention.

Dépendance à la nicotine

L'abstinence du tabac est rendue très difficile par la *dépendance physique et psychologique* induite par la nicotine, qui a toutes les caractéristiques pharmacologiques d'une drogue:

- Tolérance: besoin d'augmenter les doses pour obtenir l'effet désiré
- Symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence
- Consommation de tabac plus importante et sur une durée plus longue que prévu
- Désir persistant de fumer avec des efforts infructueux pour réduire ou contrôler la consommation
- Beaucoup de temps consacré à fumer ou se procurer du tabac
- Abandon ou réduction des activités (sociales, professionnelles, loisirs) à cause du tabac
- Poursuite du tabagisme malgré la connaissance des risques pour la santé.

Les cigarettes contiennent environ 6–11 mg de nicotine dont le fumeur absorbe 1–3 mg par cigarette, soit 20–40 mg par jour, quels que soient les taux de nicotine indiqués par le fabricant [5]. Fumer une cigarette permet une absorption très rapide de nicotine par les alvéoles pulmonaires et la muqueuse buccale et un effet systémique en quelques secondes, notamment sur le cerveau. Une cigarette induit un pic de nicotémie d'environ 12 ng/ml après 5 minutes. Chez le fumeur typique, la répétition des cigarettes entraîne une augmentation de la concentra-

tion de nicotine dans la matinée puis se maintient entre 20 et 35 ng/ml à partir de l'après-midi, avec des oscillations liées à chaque cigarette. Vu sa demi-vie de 2 heures, le taux de nicotine baisse ensuite durant la nuit et atteint un niveau très bas au lever le matin.

Si des facteurs génétiques et sociaux, des traits de personnalité, la dépendance, un trouble anxieux ou dépressif peuvent prédisposer au tabagisme, les propriétés psychoactives de la nicotine jouent un rôle déterminant dans la dépendance au tabac [5]. Elles exercent un renforcement positif poussant le fumeur à retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, de relaxation et de stimulation intellectuelle procurées par la cigarette ainsi qu'un effet régulateur de l'appétit et du poids. L'association de la cigarette avec de nombreux gestes et situations de la vie quotidienne (café, alcool, contact avec des fumeurs, ennui, etc.) crée des phénomènes de conditionnement et d'automatisme conduisant à fumer chaque fois que cette situation se présente. Suite à une exposition répétée et prolongée à la nicotine, l'expression de récepteurs nicotiques cérébraux augmente et se manifeste par une accoutumance. Cette neuro-adaptation est à l'origine de symptômes de sevrage, lorsque le taux de nicotine s'abaisse brutalement. A ce stade, un renforcement négatif intervient et l'individu fume pour éviter un état de manque. Les *symptômes de sevrage* apparaissent en moins de 24 heures, sont maximaux à 24–48 heures et s'atténuent progressivement en 2–4 semaines (tableau 2 ↻). La prise de poids est fréquente dans les mois qui suivent le sevrage tabagique; elle est généralement inférieure à 4,5 kg. Cependant, les risques pour la santé de la prise de poids sont négligeables par rapport aux risques de la poursuite du tabagisme. La prise de poids s'explique à la fois par l'arrêt de la nicotine, qui a un effet anorexigène et accélère le métabolisme, et par la compensation du manque de cigarette par l'alimentation entraînant une augmentation des apports caloriques.

Tableau 2. Symptômes et signes de sevrage de la nicotine.

Symptômes	Durée possible	Que faire?
Envie irrésistible de fumer	Quelques jours	Attendre 3–5 minutes que ça passe. S'occuper, commencer une activité. Penser à autre chose, se concentrer sur son travail. Boire de l'eau, mâcher un chewing-gum ou un bonbon. Manger quelque chose (par ex. un fruit). Respirer plusieurs fois profondément. Faire un exercice de relaxation. Se laver les dents.
Etourdissements	1 à 2 jours	Savoir que ça passe rapidement.
Maux de tête	Variable	Apprendre à se détendre.
Fatigue	2 à 4 semaines	Faire de l'exercice et dormir plus.

Tableau 2 (suite).

Symptômes	Durée possible	Que faire?
Toux	Variable (souvent moins de 7 jours)	Prendre des gorgées d'eau.
Oppression dans la poitrine	Moins de 7 jours	Savoir que ça va passer.
Troubles du sommeil	Moins de 7 jours	Eviter les excitants en soirée (café, chocolat, cola).
Constipation	3 à 4 semaines	Boire beaucoup d'eau et manger des aliments contenant des fibres.
Faim	Quelques semaines	Manger des lunches faibles en calories, prendre 3 repas par jour.
Manque de concentration	Principalement les 2 premières semaines, puis occasionnellement	Faire autre chose.
Irritabilité	Variable	Faire une pause, une promenade, prendre une douche, respirer profondément, utiliser une technique de relaxation. Dormir beaucoup, faire une sieste. Faire du sport.
Dépression	Variable	Faire une activité physique plaisante. Partager les soucis avec autrui. En parler à son médecin.

Bénéfices de l'arrêt du tabac pour la santé

Fort heureusement, arrêter de fumer réduit significativement les risques de décès prématuré ou d'atteinte à la santé, quel que soit l'âge de l'arrêt et qu'il y ait ou non une maladie liée au tabac [6]. Le bénéfice est d'autant plus grand que l'arrêt est précoce et qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé (tableau 3 ↻).

Le risque général de mortalité diminue progressivement en fonction de la durée d'abstinence et de l'importance de la consommation préalable.

La réduction de la mortalité est plus rapide chez les fumeurs à moins de 20 cigarettes/jour, dont le risque rejoint celui des non fumeurs en 10–15 ans; cette réduction se fait plus lentement chez les gros fumeurs (>20 cigarettes/jour), qui gardent après 15 ans d'abstinence un risque légèrement supérieur aux fumeurs.

L'arrêt du tabac permet notamment une réduction rapide du risque d'infarctus du myocarde pour atteindre celui des non fumeurs après une période de 5 à 10 ans d'arrêt du tabac. Après un

Tableau 3. Bénéfices de l'arrêt du tabac et risques du tabac selon le profil du fumeur.

Profil du fumeur	Bénéfices de l'arrêt du tabac	Risques et inconvénients du tabac
Tous les fumeurs	Meilleure condition physique Sensation de bien-être Fierté de soi-même Libération de la dépendance Facilité à vivre en société Respect d'autrui (tabagisme passif) Espérance de vie plus longue Vie sans limitation ni handicap Meilleure qualité de vie Economies	Risques pour la santé de la famille et des collègues de travail Risques à long terme pour sa propre santé: maladies cardiovasculaires, cancers multiples, BPCO*, etc. Espérance de vie plus courte (–7,5 ans) Limitation dans les activités Traitement médical chronique, invasif Dépendance à la nicotine Coûts (1 paquet/j = 1800 CHF/an)
Femmes	Peau plus belle Dents plus belles Plus grande fécondité	Rides Risques de maladie cardiovasculaires si prise de contraceptifs oraux Ostéoporose et fractures
Adolescents et jeunes adultes	Meilleure condition physique Meilleure haleine Meilleur goût des aliments Meilleur sens de l'odorat Meilleure odeur: habits/cheveux/domicile Peau plus belle Dents plus belles Etre «dans le vent»	Infections respiratoires Risque d'impuissance Odeur de fumée Taches jaunes sur les doigts et dents Entrave à la liberté Coûts (1 paquet/j = 1800 CHF/an)
Femmes enceintes et en âge de procréation	Bien-être du bébé Meilleure croissance du bébé	Fausse couche Retard de croissance intra-utérin Mort fœtale

Tableau 3 (suite).

Profil du fumeur	Bénéfices de l'arrêt du tabac	Risques et inconvénients du tabac
Parents	Modèle pour les enfants Enfants en meilleure santé	Otite, pharyngite, bronchite et asthme chez les enfants Mort subite du nourrisson
Adultes d'âge mûr, retraités	Profiter pleinement de la retraite Profiter pleinement des petits-enfants Espérance de vie plus longue Réduction des limitations / du handicap	Espérance de vie plus courte (-7 ans) Maladies cardiovasculaires Cancers Maladies pulmonaires Limitations dans les activités
Adultes asymptomatiques	Espérance de vie plus longue Meilleure qualité de vie	Espérance de vie plus courte (-7 ans) Maladies cardiovasculaires Cancers Maladies pulmonaires Impuissance
Adultes symptomatiques	Régression ou disparition des symptômes	Toux chronique, dyspnée, dysphonie, angor, claudication intermittente, dyspepsie, fractures
Antécédents familiaux	Meilleure qualité de vie que les membres de la famille atteints	Maladies cardiovasculaires Cancers
Nouveaux fumeurs	Arrêt plus facile	Dépendance progressive

* BPCO: bronchopneumopathie obstructive chronique

infarctus du myocarde, l'arrêt du tabac conduit également à une amélioration importante du pronostic avec des taux de survie plus longs et comparables pour non fumeurs et ex-fumeurs. Le risque d'accident vasculaire cérébral, d'anévrisme aortique et de maladies vasculaires périphériques diminue aussi après l'arrêt du tabac, proportionnellement à la durée de l'abstinence. L'arrêt du tabac permet aussi de ralentir la progression de la bronchopneumopathie chronique obstructive. En effet, chez les ex-fumeurs atteints par cette maladie, la perte fonctionnelle se stabilise et devient comparable à celle des non fumeurs, mais sans récupération de la fonction perdue.

Processus de désaccoutumance au tabac

La grande majorité des fumeurs savent que le tabac est nuisible à la santé. En Suisse, deux tiers

des fumeurs (environ 1 million de personnes) désirent, à des degrés divers, cesser de fumer, un tiers (600 000) tente d'arrêter chaque année et 2-3% (20 000-30 000) y parviennent. Si la grande majorité des ex-fumeurs déclare avoir arrêté sans aide extérieure, le taux de succès d'une tentative spontanée oscille entre 0,5 et 3%. En effet, pour la majorité des fumeurs, l'abstinence du tabac est un long et difficile processus en raison de la dépendance physique et psychologique induite par la nicotine. L'arrêt du tabac cause un syndrome de sevrage de la nicotine et implique un difficile changement d'habitudes. Le sevrage tabagique est un processus de changement comportemental [7], dont les étapes seront favorisées par des interventions itératives et ciblées, incluant la prescription d'une aide pharmacologique en cas de dépendance nicotinique, des conseils individualisés et la fixation d'une date à cette fin.

Un changement de comportement comme l'arrêt du tabac est un processus dynamique par stades progressifs décrit par le «modèle transthéorique du changement» («*Stages of Change Model*») de Prochaska et Di Clemente (figure 1). Un fumeur évolue à travers différents stades de motivation avant de parvenir à arrêter de fumer, avec une probabilité croissante de devenir non fumeur: indétermination («*precontemplation*»), intention («*contemplation*») et préparation («*preparation*»). L'ex-fumeur passe ensuite aux stades d'action («*action*»), durant les 6 premiers mois après l'arrêt, puis de consolidation («*maintenance*»), lorsque l'arrêt date de plus de 6 mois (tableau 4).

L'application de ce modèle permet d'individualiser l'intervention en adaptant son intensité et son contenu au degré de motivation à arrêter de fumer de chaque patient. Même s'il n'aboutit pas à l'arrêt immédiat du tabac, le conseil bien ciblé

Figure 1

Arrêter de fumer: un processus par étapes selon le modèle transthéorique du changement (d'après Prochaska & Di Clemente, adapté d'après Basler).

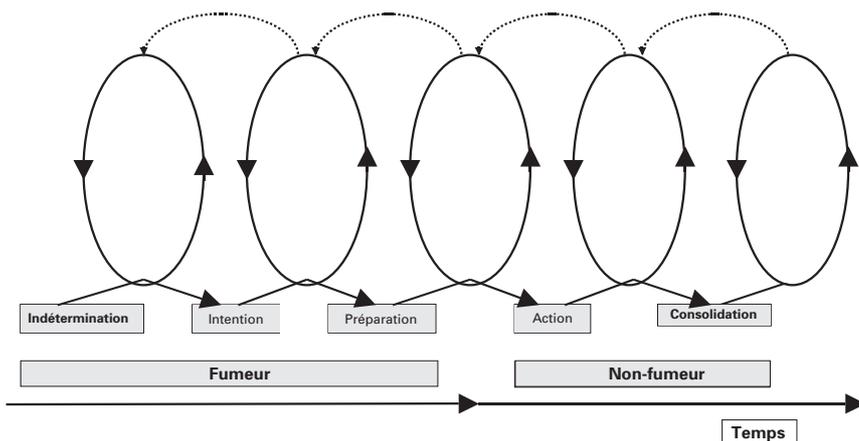


Tableau 4. Stades de maturation pour l'arrêt du tabagisme.

1. Indétermination (« <i>precontemplation</i> »): Le fumeur n'envisage pas sérieusement d'arrêter de fumer dans un délai de 6 mois. Les avantages de la cigarette l'emportent sur les risques. Le fumeur n'est pas réceptif aux messages de prévention. Ce stade correspond à environ 70% à 80% des fumeurs en Suisse.
2. Intention (« <i>contemplation</i> »): Le fumeur envisage sérieusement d'arrêter de fumer dans les 6 prochains mois, mais pas dans l'immédiat. Le fumeur est encore ambivalent: les bénéfices à long terme de l'arrêt ont le même poids que les bénéfices immédiats de la poursuite de la consommation. Ce stade correspond à environ 20% des fumeurs en Suisse.
3. Préparation (« <i>preparation</i> »): Le fumeur est fermement décidé à arrêter de fumer dans les 30 jours. Les bénéfices de l'arrêt l'emportent sur les avantages immédiats du tabagisme. Le fumeur cherche de l'aide et/ou des conseils. 5-10% des fumeurs en Suisse.
4. Action (« <i>action</i> »): Le fumeur a cessé de fumer depuis moins de 6 mois. Les risques de rechute sont importants. Le fumeur fait des efforts actifs intenses pour rester non fumeur.
5. Consolidation (« <i>maintenance</i> »): Le fumeur a cessé de fumer depuis plus de 6 mois. Les risques de rechute diminuent. Le fumeur fait des efforts actifs modérés pour rester non fumeur.

Correspondance:
Dr Jacques Cornuz, PD
Département de médecine
interne/Unité de prévention
Centre Hospitalier Vaudois
CH-1011 Lausanne
Jacques.Cornuz
@chuv.hospvd.ch

Références

- 1 Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General, 1989. DHHS publication No CDC-89-8411. Rockville: US Department of Health and Human services, 1989.
- 2 Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901-11.
- 3 Leuenberger P, Schwartz J, Ackermann-Leibrich U, Blaser K, Bolognini G, Bongard JP, et al. Passive smoking exposure in adults and chronic respiratory symptoms (SAPALDIA Study). *Am J Respir Crit Care Med* 1994;150:122-8.
- 4 Priez F, Jeanrenaud C, Vitale S, Freu A. Social cost of smoking in Switzerland. In *Valuing the cost of smoking*. Ed Jeanrenaud, Soguel. Kluwer Ac Pub 1999.

augmente la motivation de certains fumeurs à cesser de fumer, donc leurs chances d'arrêter ultérieurement avec succès. L'application de ce modèle permet aussi un usage plus rationnel du temps de consultation et de l'investissement du médecin. Par exemple, il est inapproprié de prescrire une aide pharmacologique si le patient est au stade d'indétermination car la probabilité de réussite est quasi nulle, et le fumeur risque d'être découragé de faire une nouvelle tentative à l'avenir.

En Suisse, la majorité des fumeurs de la population générale et parmi les patients ambulatoires sont au stade d'«indétermination», donc peu motivés à cesser de fumer.

Efficacité des interventions pour la désaccoutumance au tabac

L'efficacité des différentes interventions médicales, pharmacologiques et spécialisées pour la désaccoutumance au tabac sera abordée dans un deuxième article, publié dans un prochain numéro de Forum Médical Suisse, où sont résumées les données systématiques les plus récentes [8].

- 5 Balfour JK, Fagerström KO. Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders. *Pharmacol Ther* 1996;72:51-81.
- 6 Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1990. DHHS publication No CDC-90-8416. Rockville: US Department of Health and Human Services, 1990.
- 7 Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:390-5.
- 8 Cornuz J, Gilbert A, Pinget Ch, Paccaud F. Cost-effectiveness analysis of the five first-line therapies for nicotine dependence. *Eur J Clin Pharmacology* 2003;59:201-6.