

GUIDE DE SUIVI AU SEIN DU RÉSEAU

> **Tous les médecins peuvent prendre efficacement en charge un sevrage tabagique. Le patient décide lui-même et choisit son interlocuteur.**

> En cas de difficultés, le médecin généraliste peut avoir recours à la télé-expertise tabacologie sur la partie professionnelle du site www.addica.org pour obtenir très rapidement une aide à la poursuite de la prise en charge de patient. Cette aide à la pratique permet de mieux suivre son patient ou d'optimiser l'envoi vers le spécialiste.

> En cas de difficultés, le médecin généraliste peut demander à un ou une tabacologue de bien vouloir recevoir son patient pour une aide à la prise en charge. La constitution d'un dossier patient partagé sera très utile à un suivi nécessairement conjoint.

> Si le patient consulte directement un ou une tabacologue, l'utilisation du dossier patient partagé permettra au médecin généraliste de rester actif dans la prise en charge.

> En fonction de l'investissement de chaque médecin généraliste, la consultation avec un ou une tabacologue peut se justifier :

- Chez les patients fortement dépendants à la nicotine
- Chez les patients ayant déjà tenté plusieurs fois de stopper le tabac avec le médecin généraliste
- Les co-addictions
- Les problèmes psychologiques ou psychiatriques

> **Le dossier patient partagé** offre un outil parfaitement efficace dans ce type de suivi souvent émaillé de difficultés, rupture de soins, rechutes ou changement d'interlocuteur. Le tabacologue prévient le médecin généraliste.

Le médecin généraliste informe le tabacologue du suivi et du devenir. Le patient est gagnant.



Guide de bonne pratique pour l'arrêt DU TABAC



Le médecin généraliste peut aider efficacement ses patients à arrêter le tabac.

Sommaire

- 1 Quel est l'intérêt du conseil minimum ? p.1
- 2 Comment aider le patient à évaluer et renforcer sa motivation ? p.2
- 3 Comment renforcer ou induire la motivation du patient ? p.4
- 4 La technique de l'entretien motivationnel ou comment agir sur les modifications du comportement. p.6
- 5 Que faire, que dire quand le patient est prêt à l'arrêt ? p.7
- 6 Quel traitement mettre en route ? p.9
- 7 Quel suivi faut-il organiser ? p.12
- 8 Références bibliographiques. p.13

1

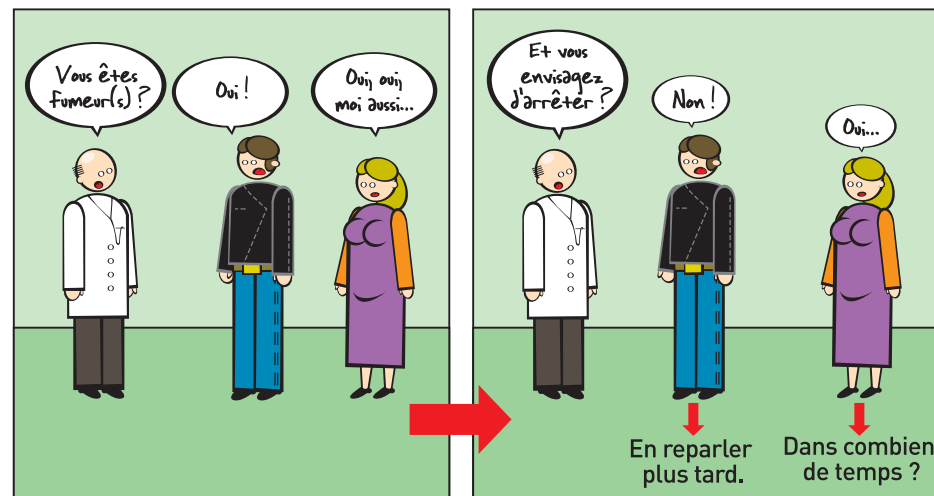
QUEL EST L'INTÉRÊT DU CONSEIL MINIMUM ?

LE STATUT TABAGIQUE

Il est toujours utile de préciser le statut tabagique de tous ses patients. Il a été démontré qu'un conseil minimum aide le fumeur à avancer vers un arrêt de sa consommation.

LE CONSEIL MINIMUM

Le conseil minimum, c'est poser les questions. Dans tous les cas, il est utile de proposer une plaquette d'information sur les différentes méthodes d'aide à l'arrêt et de rester disponible comme recours pour aider et accompagner le sevrage.



Conseiller l'arrêt du tabac et proposer une aide aux fumeurs adultes, aux femmes enceintes, aux adolescents, augmente de 2% le taux de sevrage tabagique spontané à long terme.

2

COMMENT AIDER LE PATIENT À ÉVALUER ET RENFORCER SA MOTIVATION ?

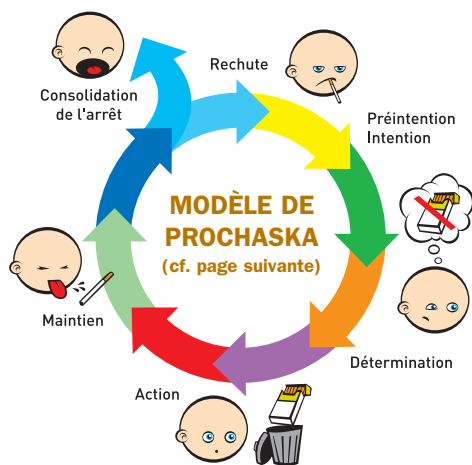
PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT TABAGIQUE

Le niveau de motivation d'une personne est un des déterminants principaux du résultat de la prise en charge dans l'aide à l'arrêt du tabac. Le rôle du médecin est de l'aider à renforcer sa motivation jusqu'à l'action « **Je veux arrêter de fumer** ».

SUSCITER LA MOTIVATION

Faire évoluer le fumeur dans les étapes de motivation du **cercle de Prochaska** pour qu'il décide d'un changement de comportement. Il s'agit de l'aider à se faire une représentation de son tabagisme, une idée de son ambivalence et à prendre confiance dans ses capacités de changement.

LE MODÈLE DE PROCHASKA



CE PROCESSUS N'EST PAS LINÉAIRE

Il peut y avoir des retours à un stade précédent. Une étape peut durer plus ou moins longtemps. Un retour en arrière fait partie intégrante du processus de changement.

Pour accompagner une personne dans son désir de changement, il faudra tenir compte du stade où elle se trouve. A chaque étape correspondent des modes d'intervention adaptés. **Tout passage d'une étape à la suivante doit être considéré comme une réussite, aussi bien par le soignant que par le patient.**

2

COMMENT AIDER LE PATIENT À ÉVALUER ET RENFORCER SA MOTIVATION ?

LES ÉTAPES DU CHANGEMENT

Il apparaît essentiel de préciser chez tout patient son niveau de motivation à changer son comportement de consommation. Pour illustrer les modalités et les étapes de changement psychologique et comportemental, le modèle le plus utilisé est celui de Prochaska et DiClemente.

— CE MODÈLE PROPOSE SIX STADES DE CHANGEMENTS —

- 1 LA PRÉ-INTENTION** ■ La personne n'envisage pas de changer son comportement dans les six prochains mois. Les raisons en sont variées : manque d'information, manque de confiance en soi, échecs antérieurs, plan des conséquences...
- 2 L'INTENTION** ■ La personne envisage de modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche. Elle pèse le pour et le contre.
- 3 LA PRÉPARATION** ■ La décision est prise et la personne se prépare au changement. Elle se renseigne, demande conseil, recherche des informations...
- 4 L'ACTION** ■ C'est une période d'environ six mois au cours de laquelle la personne modifie ses habitudes. Cela demande beaucoup d'attention et d'efforts au quotidien. C'est la période la plus délicate où le risque de revenir au comportement antérieur est le plus important pour des raisons diverses.
- 5 LE MAINTIEN** ■ Il s'agit d'éviter les rechutes. L'effort à fournir est moins intense, la réussite et le fait de se sentir mieux renforcent la motivation, la personne a davantage confiance en ses moyens.
- 6 LA RÉOLUTION** ■ La personne n'a plus de tentation à revenir à la situation antérieure, même si elle se retrouve dans de mauvaises conditions (stress, anxiété, dépression, situation à risque...). De plus, elle est convaincue qu'elle ne rechutera pas.

3

COMMENT RENFORCER OU INDUIRE LA MOTIVATION D'UN PATIENT ?

LES MOYENS À LA DISPOSITION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Pour aider le patient à évaluer et renforcer sa motivation, 4 moyens sont à la disposition du médecin généraliste :

- > L'échelle de motivation
- > Le questionnaire Q-mat
- > L'entretien motivationnel
- > Le testeur CO

ÉCHELLE DE MOTIVATION

Échelle visuelle de 1 à 10 : le fumeur détermine lui-même où il situe son degré de motivation entre le niveau 0 qui signifie absence de motivation et le niveau 10 qui signifie très forte motivation.



Indice de confiance : Si vous décidiez aujourd'hui d'arrêter de fumer, quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ? 0 aucune confiance, 10 totale confiance.

LE QUESTIONNAIRE Q-MAT

Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (G. Lagrue, P. Légeron). « cf : livret annexe »

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel est un style d'entretien qui vise à apprécier et renforcer le degré de motivation du consultant, afin qu'il puisse arriver au stade d'action en sachant qu'il est illusoire de faire atteindre à un patient un objectif qui ne lui convient pas ou pour lequel il n'est pas prêt. Le rôle du soignant est d'amener le patient à prendre conscience de la responsabilité éventuelle du tabac dans les signes cliniques qui l'ont amené à consulter et à favoriser une prise de décision. Tout passage d'une étape à l'autre est une réussite, signifiée par le professionnel et encourageante pour le patient.

LE TESTEUR CO

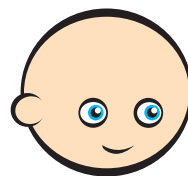
Le CO est facilement mesuré dans l'air expiré par un analyseur de CO. Il reflète la consommation tabagique des heures précédentes. Son utilité résulte de sa facilité de mesure du CO dans l'air expiré. Il peut être utilisé pour motiver les sujets fumeurs à arrêter ou pour renforcer l'abstinence. L'analyseur de CO peut être très utile pour le suivi.

3

COMMENT RENFORCER OU INDUIRE LA MOTIVATION D'UN PATIENT ?

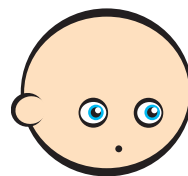
CONDUITE À TENIR EN FONCTION DE LA MOTIVATION

Le médecin généraliste, en première ligne dans le repérage, ne rencontrera pas pour chaque fumeur repéré une demande d'arrêt. La motivation est un facteur important de tout changement de comportement. L'utilisation de techniques issues des entretiens motivationnels (page 6) peut aider le médecin généraliste dans son intervention thérapeutique pour la prise de conscience du problème, l'exploration de l'ambivalence, la levée des obstacles au changement, l'accompagnement vers la décision d'un changement, et enfin la discussion des choix des moyens pour y parvenir.



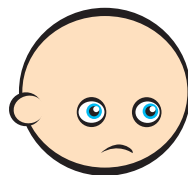
MOTIVATION FORTE

Fixer un rendez-vous spécifique en donnant éventuellement un dossier INPES à remplir avant de venir à la consultation initiale (gain de temps). Dossier gratuit à télécharger sur le site : www.inpes.sante.fr



MOTIVATION MOYENNE

Lever les obstacles et rassurer : il est utile de s'investir pour essayer de renforcer celle-ci en cherchant les obstacles à l'arrêt et en essayant de rassurer le patient sur ses craintes.



MOTIVATION INSUFFISANTE

Ne pas insister, mais lui faire dire les bénéfices qu'il pourrait avoir à l'arrêt. Et revoir le problème à une prochaine consultation. Il faut rester disponible et soutenir toute nouvelle démarche. Il faut renforcer la motivation à chaque occasion.

4

LA TECHNIQUE DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL OU COMMENT AGIR SUR LES MODIFICATIONS DU COMPORTEMENT

Une technique d'entretien dénommée par l'acronyme « **FRAMES** » par leurs auteurs a été proposée. Il s'agit d'un guide pour l'entretien motivationnel. L'intervention motivationnelle est une approche centrée sur la personne qui permet au professionnel d'accompagner et d'aider la personne dans son cheminement vers un changement qu'elle choisit et qui est en accord avec ses aspirations et ses valeurs. Ces « principes » sont de réalisation aisée et bien acceptée par les sujets. Ils reposent sur 6 axes :

LES BUTS DE CET ENTRETIEN

Entendre et lever les freins à l'arrêt du tabac, relever les arguments motivationnels de la personne, permettre à la personne de prendre confiance et de s'approprier la démarche de l'arrêt.

FEED-BACK OU INFORMATION

Le soignant explique au patient les conséquences de son tabagisme. Le rôle du thérapeute est de fournir une information objective non dévalorisante.

RESPONSABILITÉ

L'arrêt du tabac est de la responsabilité du patient; il s'agit d'une démarche active dans laquelle la liberté de choix est laissée au consultant.

AVIS

C'est l'avis oral ou écrit du médecin suggérant le sevrage. C'est un conseil professionnel, scientifique, non moraliste ni coercitif. C'est le patient qui choisit de le mettre en pratique.

MENU

Une fois l'objectif général défini, on peut proposer un éventail de stratégies thérapeutiques. Le but est d'augmenter les chances pour que le patient adhère à sa décision. Un plan d'arrêt sera d'autant plus accepté qu'il aura été personnalisé.

EMPATHIE

C'est l'établissement d'une relation d'écoute chaleureuse, sans jugement, dans un climat de bienveillance sereine mais ferme et maîtrisée. Ce n'est en aucun cas une relation de copinage, d'appréciation aveugle des idées du patient ou une relation de toute puissance qui ne permettrait pas au patient d'être autonome et actif dans sa démarche de soins.

SELF EFFICACY

Le soignant doit valoriser les capacités du sujet au changement, en analysant avec lui les obstacles qu'il peut rencontrer. Il doit renvoyer au consultant une image optimiste sur sa propre efficacité, accentuer les éventuels bénéfices de la démarche du sujet en lui fournissant des informations scientifiques adaptées et valorisantes sur l'amélioration escomptée.

5

QUE FAIRE, QUE DIRE QUAND LE PATIENT EST PRÊT À L'ARRÊT ?

CONDUITE À TENIR

Rechercher les éléments essentiels d'une bonne prise en charge.

S'ASSURER DE LA MOTIVATION À L'ARRÊT

Si le patient exprime davantage les difficultés, les freins, les avantages à la poursuite de fumer, alors un temps est nécessaire pour reprendre avec lui ses ambivalences et créer une balance décisionnelle en faveur de l'arrêt. L'évaluation de sa motivation peut être complétée à l'aide de l'échelle du Q-MAT ou de l'échelle visuelle.

RECONSTITUER L'HISTOIRE DE SON TABAGISME

- > Date de la première cigarette.
- > Date d'entrée dans le tabagisme quotidien.
- > Nombre de cigarettes fumées par jour.
- > Nombre d'essais d'arrêt et méthodes utilisées.
- > Vécu du patient lors des phases d'arrêt.

ETABLIR LE SCORE DE DÉPENDANCE PHYSIQUE

- > Évaluer la dépendance physique par le test de Fagerström. Confère ci-après.

TENIR COMPTE DE LA DÉPENDANCE PSYCHO- COMPORTEMENTALE

- Demander au patient, comment il utilise le tabac :
- > pour le stress.
 - > pour soutenir le moral.
 - > par ennui.
 - > par habitude.
 - > par convivialité.
 - > pour le plaisir.

Aborder les changements d'habitudes nécessaires au moment de l'arrêt dans le but de casser les automatismes acquis avec la cigarette et d'éviter les pulsions à fumer :

- > donner quelques petits trucs (boire un verre d'eau, prendre un chewing-gum, occuper son esprit, respirer profondément).
- > se faire plaisir par autre chose que le tabac.
- > reprendre une activité physique minimum (1h de marche / j).

NE PAS NÉGLIGER LES CO-DÉPENDANCES ET INTERVENIR

- > Cannabis (conseil minimal et soutien pour un arrêt concomitant).
- > Psychotropes (à recadrer dans une prescription).
- > Alcool (conseil minimal et modification des consommations).
- > Café (souvent beaucoup consommé par le fumeur fatigué par le CO, à diminuer lors de l'arrêt pour éviter les troubles du sommeil).

5

QUE FAIRE, QUE DIRE QUAND LE PATIENT EST PRÊT À L'ARRÊT ?

DIAGNOSTIQUER SI LE PATIENT EST ANXIEUX OU DÉPRESSIF

> Cette étape est déterminante pour la mise en route du traitement, le test HAD (annexes) peut aider le praticien.

QUE FAIRE SI LE PATIENT EST ANXIEUX ET/OU DÉPRESSIF ?

Prévoir un traitement antidépresseur trois à quatre semaines avant l'arrêt programmé avec de préférence des antidépresseurs de la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.

Et toujours surveiller le patient à l'arrêt du tabac :

Est-il plus anxieux ? Déclare-t-il ou aggrave-t-il une dépression ? Ces modifications de l'humeur surviennent vers la troisième semaine d'arrêt ou parfois plus tard.

Des traitements spécifiques peuvent être utilisés. Une prise en charge avec un psychologue peut être utile.

RECHERCHER LA PEUR DE PRENDRE DU POIDS

La prise de poids est un frein à l'arrêt très souvent mis en avant. Les personnes à risque doivent être repérées. Une enquête alimentaire, même succincte est souvent nécessaire. Elle permettra à la personne de préparer le changement alimentaire nécessaire avant et pendant son arrêt.

- > Donner des conseils diététiques simples et lui demander de lutter contre la sédentarité.
- > Réorienter le patient vers une alimentation plus riche en légumes et fruits, lui donner des conseils en cas de fringales (manger des pommes, bonbons et chewing-gum sans sucre).
- > Si constipation, fréquente au moment de l'arrêt, faire boire de l'eau riche en magnésium (Hépar ou Contrexeville par exemple).
- > Si problème de concentration, proposer de la vitamine C (1 gr).

Une aide diététique peut être nécessaire (diététicienne de centre d'addictologie ou de ville)

6

QUEL TRAITEMENT METTRE EN ROUTE ?

QU'IL Y AIT OU NON UNE DÉPENDANCE PHYSIQUE

> Prendre en charge la dépendance comportementale et psychique avec écoute du patient, le revoir régulièrement et renforcer son action.

SI LE BILAN RÉVÈLE UN PROBLÈME ANXIO-DÉPRESSIF

> Des traitements anxiolytiques ou anti-dépresseurs peuvent être utiles avant même de stopper le tabac.

S'IL EXISTE UNE DÉPENDANCE PHYSIQUE : UN TRAITEMENT EST NÉCESSAIRE

> Substituts nicotiques (patchs et/ou substituts nicotiques ou bupropion (Zyban®) ou varénicline (Champix®)).

QUE FAUT-IL SAVOIR DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES ?

Avantages	Inconvénients
Souplesse du traitement adaptable les 15 premiers jours. Peu de contre-indications, on donne une substance déjà absorbée par le fumeur mais sans toxique autre (nicotine propre).	<ul style="list-style-type: none"> • Allergie cutanée aux timbres. • Formes orales peu appréciées (goût, irritation de la bouche et de la gorge etc.).

Il faut éviter les sous-dosages responsables des échecs et d'expériences d'arrêts douloureux. Un avis médical initial est recommandé si posologie est supérieure à un timbre / jour.

— Proposition de posologie initiale de substitution nicotinique d'après Lagrue —

Tabagisme	10-19 cigarettes /j	20-30 cigarettes /j	> 30 cigarettes /j
Pas tous les jours	Pas de timbre	Pas de timbre	Pas de timbre
Pas le matin	Pas de timbre	Forme orale	Grand timbre
< 60' après le lever	Forme orale	Grand timbre	Grand timbre +/- forme orale
< 30' après le lever	Grand timbre	Grand timbre +/- forme orale	Grand timbre + forme orale
< 5' après le lever	Grand timbre +/- forme orale	Grand timbre +/- forme orale	Grand timbre + moyen +/- forme orale



= 1 mg de nicotine



soit 21



= 1 timbre à 21 mg

6

QUEL TRAITEMENT METTRE EN ROUTE ?

QUE FAUT-IL SAVOIR DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES ?

DOSAGE À ADAPTER EN FONCTION DES SIGNES

> **Sous-dosage**: fortes pulsions à fumer, irritabilité et colère, anxiété, agitation et nervosité, difficultés de concentration, augmentation de l'appétit: il faut augmenter les timbres par palier.

> **Signes de surdosage**: impression d'avoir trop fumé, douleurs musculaires, maux de tête, bouche pâteuse, frissons, accès de fièvre. Ils disparaissent en quelques heures lorsqu'on enlève le timbre.

DOSAGE DES TIMBRES

> Timbres 24h (la nicotine la nuit évite les fortes pulsions à fumer le matin), il existe 3 dosages: 21, 14 et 7 mg.

> Timbres 16h (si troubles du sommeil à type de rêves ou cauchemars et chez la femme enceinte): il existe 3 dosages: 15, 10 et 5 mg.

LES FORMES ORALES

> **Si données seules**: demander au patient de les prendre de façon régulière dans la journée de sorte qu'il obtienne un taux de nicotémie à peu près constant.

> **Si données en accompagnement**: le patient les prendra à sa convenance lors des fortes pulsions à fumer.

> **Différentes formes orales existent**:

- **Les gommes**: à 2 ou 4 mg, aromatisées ou non. Les gommes ne se mâchent pas comme un chewing-gum mais se mastiquent de manière discontinue en les laissant dans le sillon jugal.
- **Les comprimés sublinguaux**: à 2 mg
- **Les comprimés à sucer**: à 1 mg, 1.5 mg, 2 ou 4 mg

LA FORME INHALÉE

Un inhalateur de nicotine existe également et se prend comme les formes orales. Une cartouche contient 10 mg de nicotine.

DURÉE DU TRAITEMENT

En fonction de la dépendance et du vécu du patient: en général trois mois avec dose régressive à chaque mois de sevrage passé. Ce traitement peut être de 4 à 5 mois chez les patients très dépendants.

PRIX DU TRAITEMENT

Les prix sont libres, il n'existe pas de remboursement prévu. Il faut compter environ 2 à 3 € par jour. L'assurance maladie rembourse un forfait de 50 € par année civile et par personne, sur prescription médicale. De nombreuses mutuelles ou complémentaires santé proposent des prises en charge supplémentaires.

6

QUEL TRAITEMENT METTRE EN ROUTE ?

QUE FAUT-IL PENSER DE ZYBAN® ET DE CHAMPIX® ?

	Avantages	Inconvénients	Posologies	Coût
Bupropion Zyban®	Dégoût du tabac. Décontracte le fumeur par son effet anti-dépresseur.	Nombreuses contre indications à vérifier dont: • Grossesse, diabète • ATCD majorant le risque d'épilepsie • Dépression Attention aux associations médicamenteuses. Effets secondaires les plus fréquents: Insomnie, bouche sèche, dépression avec risque suicidaire.	Commencer par 1 comprimé pendant 6 jours puis passer à 2 comprimés avec un délai de 8 heures minimum entre chaque prise (éviter les prises après 17h). 1 seul comprimé peut suffire. Prévoir une date d'arrêt complet entre le 6 ^e et le 14 ^e jour après le début du traitement. La durée de traitement est de 3 mois et peut être prolongé. Associations avec les substituts nicotiniques possible mais surveillance de la tension artérielle une fois/semaine.	Prix libre 80€ par mois en moyenne Remboursement: 50€ à l'année par la CPAM.
Varénicline Champix®	Perte de l'appétence au tabac. Action proche des substituts nicotiniques (agoniste partiel).	Contre indications: • Grossesse • IRC • Âge < 18 ans Attention aux troubles psychiques et anxiodépression non stabilisés. Effets secondaires les plus fréquents: Nausées, céphalées, troubles du sommeil.	Le traitement doit durer 12 semaines mais il peut être prolongé. La prise se fait par augmentation progressive des doses jusqu'à 2 mg par jour, l'arrêt du tabac est prévu au 14 ^e jour de prise. Un seul comprimé peut suffire pour diminuer les effets secondaires. Il faut surveiller l'évolution de l'état psychique du patient.	Prix libre Boite de 28: 60 à 70 € Boite de 56: 115 à 130 € Remboursement: 50€ à l'année par la CPAM.

7

QUEL SUIVI FAUT-IL ORGANISER ?

L'IMPORTANCE D'UN SUIVI ORGANISÉ

La réussite de l'arrêt tient aussi dans le suivi du patient : il doit être revu en adaptant au cas par cas, environ à J8, J21, J45, puis une fois par mois les six mois suivants.

Il existe deux phases dans l'arrêt du tabac :

La première est celle de la disparition de la dépendance physique qui correspond au sevrage de nicotine et qui peut durer de 15 jours à 3 mois. La seconde est celle de la séparation à la dépendance psycho-comportementale et correspond à la prévention des récidives.

DANS LA PREMIÈRE PHASE

Il faut rechercher les signes de manque (syndrome de sevrage ou de surdosage). **Adapter la dose et ne pas diminuer trop rapidement la dose de nicotine.** Rechercher la prise de poids et les troubles digestifs tels que la constipation. **Renforcer à chaque fois la motivation** en mettant en avant les effets positifs de l'arrêt.

DANS LA SECONDE PHASE

Il faut faire une **prévention des rechutes** en positionnant bien l'arrêt dans une démarche d'arrêt définitif et complet (beaucoup de fumeurs imaginent pouvoir garder trois cigarettes plaisirs dans la journée). Le fumeur doit faire le deuil de la cigarette. **En cas de rechute**, expliquer aux patients que le mieux est de se remotiver rapidement. Une rechute n'est pas synonyme d'échec et il faut la dédramatiser. Cela ne signifie pas un retour à « la case départ ». Toute tentative infructueuse est une étape vers l'arrêt définitif.

Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) sont souvent nécessaires pour aider les patients à trouver les ressources de changement de fonctionnement psychique sans le tabac (ex : gestion du stress, de l'impulsivité, des émotions, confiance en soi, etc.). Elles multiplient par deux les chances de succès de sevrage à douze mois.

8

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

> AIDE MÉDICALISÉE À L'ARRÊT DU TABAC • fichier PDF • François LEBARGY et Laure-Anne BECQUART Consultation d'aide à l'arrêt du tabac. Service de Pneumologie. CHU Maison Blanche. Reims.

> ARRÊT DE LA CONSOMMATION DU TABAC • fichier PDF Conférence ANAES, 8-9 octobre 1988.

> LA DÉPENDANCE NICOTINIQUE, par François LEBARGY Ces 3 premières références sont disponibles sur le site professionnel du réseau.

> LE TABAGISME De la prévention au sevrage, Y.Martinet, A.Bohadana 2 éditions Masson Abrégés.

> LA LUTTE CONTRE LE TABAC EN ENTREPRISE : LE GUIDE • Bertrand DAUTZENBERG Editions Margaux Orange.

> LE TABAGISME EN MÉDECINE GÉNÉRALE, Dr Patrick DUPONT, Alcoologie, 1999, 1, p.85.

> L'ABORD DE L'ARRÊT : ANALYSE CRITIQUE DES MESSAGES DÉLIVRÉS AU CANDIDAT À L'ARRÊT DU TABAC : R. MOLIMARD. Mise à jour d'un article paru dans la Semaine des Hôpitaux Paris, 1991 ; 67 : 1326-35.

> STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE, EFFICACITÉ, EFFICIENCE ET PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE. HAS. Janvier 2007.

> TYPE DE MOTIVATION ET ENGAGEMENT DU PROCESSUS MOTIVATIONNEL CHEZ LES PERSONNES DÉPENDANTES. Csillik A, Le Merdy T. Alcoologie et Addictologie 2007 ; 29 (1) : 9-15

> L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL. Liège. MILLER W. ROLLNICK S. ; 2006 ; InterEdition.

Document réalisé en septembre 2008.

AUTEURS : Dr Marie Measure • Tabacologue • Reims / Dr Dominique Dépinoy.

COMITÉ DE RELECTURE : D' Frédéric Farrugia • D' Gérard Hourrier • D' Patrick Roua • D' Rémi Vannobel • D' Paul Belvèze • M. Frédéric Cantos • D' Béatrice Cherrih Pavéc • M. Pierre Colnot • M^{me} Catherine Fert • D' Danièle Festin • D' Michel Guillaumot • D' Jean-Luc Grillon • M. Claude Haudier • M^{lle} Eugénie Lemaire • D' Chantal Liling • D' Marie Measure • M. Albert Portalès • M. Michel Puzenat • D' Alain Rigaud • D' Fabienne Sanlaville • D' Patrick Synakowski • M^{me} Françoise Vanlierde.

