

Adolescents tabagiques: une maladie pédiatrique aux conséquences à long terme – que peut faire le pédiatre

Christoph Rutishauser, Médecine pour adolescents, Clinique pédiatrique universitaire, Zurich
Jürg Barben, Pneumologie/Allergologie, Ostschweizer Kinderspital, St Gall

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Résumé

Bien que la prévalence des adolescents tabagiques ait quelque peu diminué ces dernières années, trop de jeunes gens fument encore, souvent persuadés de ne pas être dépendants et de pouvoir arrêter de fumer à n'importe quel moment. Par ailleurs, les adolescents avec des maladies chroniques, p.ex. un asthme bronchique ou un diabète, fument tout autant que leurs pairs en bonne santé.

Plusieurs mesures ont diminué en Suisse l'acceptation du tabagisme actif et passif par la population. D'autres mesures en faveur d'une prévention dissuasive (p.ex. taxes élevées, interdiction de la publicité en faveur du tabac, bâtiments publics et restaurants sans fumée, défense de vente de tabac aux jeunes) doivent suivre de façon cohérente au niveau fédéral.

Par l'anamnèse psychosociale, les pédiatres peuvent évaluer le degré de tabagisme de leurs jeunes patients et de leur entourage, ils peuvent aussi déceler les facteurs de risque et les facteurs protecteurs contre le tabagisme. Par ses conseils et encouragements à interrompre la consommation de nicotine, le pédiatre peut contribuer à la prévention et motiver les adolescents tabagiques à arrêter de fumer.

Introduction

En Suisse, plus de 8000 personnes décèdent chaque année de maladies associées à la consommation de tabac¹. Cela représente un nombre de décès prématurés nettement supérieur à celui dû aux accidents de la route (400), aux drogues illégales (200) et au SIDA (100). Les coûts de traitement directs représentent 1,5 milliards de francs, les coûts indirects 4,5 milliards et les coûts sociaux 10,7 milliards de francs (ISPA Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, www.ispa.ch). Parmi

les 1.7 millions de fumeurs en Suisse, 80 à 90% ont commencé à fumer avant l'âge de 18 ans, raison pour laquelle la dépendance à la nicotine est souvent considérée, dans des revues médicales renommées, comme une «maladie pédiatrique»².

Le tabac est consommé surtout sous forme de cigarettes, mais le narguilé, tout aussi nocif, a gagné en attractivité ces derniers temps³. Un grand nombre des 4000 substances contenues dans le tabac provoquent, à cause de leur toxicité et consommées régulièrement pendant un temps prolongé, de nombreuses maladies, tel le cancer, les maladies cardio-vasculaires (inclus l'infarctus cardiaque et l'apoplexie), les maladies pulmonaires comme la bronchite chronique et l'emphysème ainsi qu'un vieillissement précoce de la peau⁴. L'impuissance et l'infertilité sont d'autres conséquences de la consommation chronique de tabac. Durant la grossesse, le tabagisme maternel peut provoquer des complications chez le fœtus.

L'épidémie de tabac chez les jeunes

La prévalence d'adolescents s'adonnant au tabac a fortement augmenté durant les années 90 pour atteindre un plateau ces dernières années; une légère diminution semble s'amorcer depuis lors⁵. Le nombre toujours très élevé de jeunes fumeurs est particulièrement inquiétant, parce que la plupart des jeunes fumant régulièrement (au moins une fois par semaine) est incapable d'y renoncer. La situation est différente pour les jeunes fumeurs occasionnels (moins d'une fois par semaine): un tiers de fumeurs occasionnels âgés de 16–17 ans fument quotidiennement à 20 ans, un tiers restent des fumeurs occasionnels et un tiers renonce au tabac. Consommer du tabac précocement augmente le risque de devenir un fumeur régulier⁶.

Les problèmes de santé associés au tabac ne se manifestent généralement pas pendant la jeunesse. Cela favorise l'impression d'invulnérabilité répandue parmi les jeunes. Par son potentiel de dépendance, la nicotine est comparable aux drogues illégales cocaïne et héroïne: il n'est pas si facile d'interrompre sa consommation⁷. Il semble que chez le sujet jeune, la dépendance à la nicotine se développe plus rapidement en raison de l'immaturation des systèmes neurotransmetteurs. Après quatre semaines, même s'ils n'ont pas fumé tous les jours presque un quart des jeunes fumeurs de 12–13 ans présentent déjà des symptômes de sevrage⁸.

Les adolescents atteints de maladies chroniques tels l'asthme et le diabète ne fument pas moins que les jeunes en bonne santé⁹. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les jeunes souffrant d'une maladie chronique veulent être acceptés par leurs pairs et veulent prouver à eux-mêmes et à leur entourage qu'ils ne sont pas soumis à des restrictions et qu'ils sont «dans le vent». Malheureusement le tabagisme accroît souvent les risques de leur maladie.

Pourquoi les jeunes fument

Les raisons qui conduisent de jeunes gens à fumer des cigarettes sont multiples. Lorsqu'on les questionne, ils indiquent le plus souvent l'envie d'essayer (ISPA 2003).

L'expérimentation avec la cigarette attire particulièrement les jeunes parce que, dans notre culture, elle incarne toujours et encore l'image de l'adulte et parce qu'elle est sciemment présentée par l'industrie du tabac comme symbole de liberté, de jeunesse et de séduction.

Au-delà du stade de l'expérimentation, d'autres facteurs associés au tabagisme sont bien documentés: pauvre estime de soi, troubles de l'attention¹⁰, comportement oppositionnel ou agressif¹¹, recherche de sensations¹², problèmes émotionnels ou situations de stress (p.ex. suite à un échec scolaire ou au manque de perspectives professionnelles), dépression et angoisses¹³. La consommation de cigarettes peut alors être considérée, en partie, comme une automédication. Les filles fument parfois aussi pour mieux contrôler leur poids (réduction de l'appétit par la nicotine). À un âge plus

avancé, fumer quotidiennement est aussi associé à un niveau de formation inférieur. L'activité physique par contre exerce un effet protecteur¹⁴, probablement moins par souci d'une diminution des performances physiques par la fumée que par l'effet positif que l'activité physique régulière exerce sur le bien être général.

Parmi les facteurs de risque du tabagisme juvénile les plus importants on compte le tabagisme des parents, des frères et sœurs et des collègues, résultat de l'apprentissage social et d'une accessibilité facilitée^{15, 16}. D'autres facteurs familiaux sont d'ordre génétique¹⁷ ou liés au style éducatif (le tabagisme est plus fréquent lors d'un style très autoritaire ou alors trop laxiste)^{15, 18}. Lorsqu'un des parents fume, le risque de commencer à fumer double pour le jeune, pour tripler ou quadrupler lorsque les deux parents ou un des parents et un frère ou une sœur fument. Lorsque le meilleur ami ou la meilleure amie de la jeune personne fume, la probabilité que celle-ci se mette à fumer est de 90%. D'après des recherches récentes, l'influence parentale se manifeste, indirectement, même dans ce cas, le choix des amis étant conditionné aussi par les expériences vécues au sein de la famille¹⁹.

Influence de la société

Vouloir limiter, en Suisse, où l'acceptation de la fumée est toujours très forte et l'accès aux cigarettes facile, la consommation de celles-ci par les moins de 16 ans par des mesures législatives, vient, en un certain sens, à l'encontre des intérêts de l'industrie du tabac. Interdire aux jeunes d'acheter des cigarettes, donc les priver d'une drogue légale pour l'adulte, est une mesure souhaitable du point de vue de la protection de l'enfance et de l'adolescence, mais peut aussi réveiller chez l'adolescent l'envie de goûter au fruit interdit et de se prouver qu'il est autonome et adulte. De telles mesures de protection ne peuvent être prises seules et ne peuvent être efficaces qu'en adressant un message clair aux adolescents et aux adultes, p.ex. en signalisant clairement le tabac comme substance nocive pour la santé (c'est à dire interdiction de la publicité, limitation de la vente 24 heures sur 24) et en l'accompagnant de mesures de protection contre la fumée passive (p.ex. interdiction de fumer sur le lieu de travail, dans les bâtiments publics, restaurants,

discos, bars). Ces mesures, destinées à limiter la consommation de tabac, sont retenues depuis mai 2003 dans la Convention cadre de l'OMS pour la limitation de la fumée (Framework Convention on Tobacco Control), signée entre temps par 168 états (www.fctc.org). Le Conseil Fédéral a signé la convention cadre en 2004, la ratification par le Parlement se fait attendre²⁰.

Que peuvent faire les pédiatres?

Outre l'engagement public pour que les conventions cadres de l'OMS soient rapidement réalisées aussi en Suisse, nous pouvons également obtenir des résultats dans notre pratique quotidienne. La motivation, l'encouragement et les conseils pour la désaccoutumance à l'adresse des parents et de l'adolescent fumeur peuvent contribuer de façon importante à la prévention, respectivement aider la jeune personne à arrêter de fumer. Arrêter de fumer est un processus dynamique, chaque fumeur parcourant plusieurs stades de motivation. Mentionner régulièrement le tabagisme (sans porter de jugement) doit aider les parents et le jeune à développer la motivation nécessaire pour arrêter définitivement de fumer.

L'entretien-anamnèse avec la jeune personne

Chez tout enfant ou adolescent, la possibilité d'un tabagisme actif ou passif devrait être évaluée régulièrement. Cela concerne l'attitude des parents, frères et sœurs et amis ainsi que du jeune lui-même à l'encontre de la cigarette et du narguilé. Cela paraît simple, mais beaucoup de pédiatres ne savent pas dans quelle mesure leurs patients sont exposés à la fumée.

Outre l'anamnèse concernant la fumée, l'anamnèse psychosociale devrait permettre de connaître l'attitude du jeune à l'encontre d'autres drogues et d'autres comportements à risque ainsi que d'éventuels autres facteurs sociaux défavorables. On devrait chercher tout particulièrement les signes d'une éventuelle dépression. Les questionnaires imprimés (des exemples peuvent s'obtenir chez l'auteur) représentent une alternative à l'entretien structuré. Ils doivent être suivis d'un entretien avec le patient, entretien qu'ils ne peuvent en aucun cas remplacer. Un tel entretien serait incomplet si l'on ne s'intéressait pas aux forces et aux

ressources pouvant être mobilisées pour la résolution de problèmes, p.ex. des intérêts ou des capacités particuliers, des adultes de confiance, proches parents, enseignants, animateurs d'un club ou entraîneurs.

Renforcer les parents dans leur rôle d'exemple

Les parents devraient être rendus attentifs, si possible déjà avant la naissance de l'enfant et régulièrement par la suite, sans porter de jugement, aux dangers du tabac (p.ex. fumée passive) et à leur rôle d'exemple – peu de parents souhaitent que leur enfant devienne plus tard un fumeur – pour les motiver à ne plus fumer et, si possible, les accompagner dans cette démarche.

Information objective

La plupart des jeunes connaissent les risques pour la santé à long terme dus à la consommation de cigarettes, mais ne sont pas conscients du fait que cela peut les concerner personnellement. Il est aussi surprenant de constater que très peu de jeunes connaissent l'énorme potentiel d'accoutumance de la nicotine. Ainsi, plus d'un quart des jeunes fumant régulièrement estiment pouvoir arrêter de fumer à n'importe quel moment (ISPA 1999). Les pédiatres installés ont, en tant que personne de confiance, la chance de pouvoir transmettre aux jeunes des informations objectives concernant la fumée et de les informer du potentiel d'accoutumance de la nicotine, par ailleurs connu depuis longtemps de l'industrie du tabac. On peut ainsi leur parler de l'industrie du tabac qui ment en prétendant ne pas avoir eu connaissance du risque d'accoutumance de la nicotine et des stratégies publicitaires manipulatoires visant l'encouragement à la fumée parmi les jeunes. Très importante est aussi l'information aux jeunes femmes du risque supplémentaire encouru par l'association de tabac et contraceptifs oraux.

Encourager les jeunes non-fumeurs

Les pédiatres devraient saisir chaque occasion pour encourager les jeunes non-fumeurs dans leur choix de renoncer à la fumée aussi dans le futur. On peut alors mentionner non seulement le risque

- Mauvaise haleine
- Décoloration des dents, parodontose
- Vieillesse précoce de la peau
- Diminution de la capacité pulmonaire
- Dépendance généralement très rapide
- Habits et lieux de vie malodorants
- Coûts importants
- Source de fumée passive pour l'entourage
- Victime de manipulation par l'industrie du tabac

Tableau 1: Effets à moyen et long terme de la consommation de tabac

d'accoutumance, mais aussi les avantages à court terme de l'abstinence du tabac (*tableau 1*). Les stratégies de dissuasion, par la démonstration de complications tardives (cancer, jambes du fumeur etc.), n'ont que rarement un effet durable. Lorsque la réponse d'un jeune non-fumeur à la question «Comment ce sera dans deux ans?» est hésitante, le pédiatre devrait prendre le temps de comparer les avantages et désavantages de la fumée du point de vue du jeune, pour l'encourager à ne pas fumer.

Favoriser les activités protectrices

D'un point de vue général, les adolescents devraient être incités à exercer une activité physique, celle-ci n'ayant pas seulement un effet protecteur contre la consommation de tabac et d'autres substances psychotropes, mais aussi un effet positif sur l'équilibre émotionnel en général et la prévention du surpoids. Dans le même sens peuvent agir d'autres activités, p.ex. la musique ou un engagement social.

Soutien pour arrêter de fumer

Pour évaluer le degré de dépendance, les jeunes fumeurs et fumeuses doivent être interrogés sur la quantité et leurs habitudes de consommation²¹. En règle générale, nous pouvons considérer que la dépendance est d'autant plus grande que la première cigarette est fumée tôt le matin et que le nombre de cigarettes par jour dépasse les 8 à 10. On peut conseiller également aux jeunes les tests d'autoévaluation et de mo-

tivation proposés sur les sites www.feelok.ch et www.justbesmokefree.de.

Pour évaluer les chances de réussite d'une désaccoutumance, il importe de savoir si le jeune a déjà ressenti le désir ou s'il a déjà essayé d'arrêter de fumer. Dans une enquête suisse concernant la santé faite en 2002, 57% des jeunes hommes et 56% des jeunes femmes de 15 à 24 ans ont exprimé le désir d'arrêter de fumer (ISPA 2004). Le médecin ne doit par contre pas se laisser entraîner à jouer l'avocat des parents ou à exercer trop de pression.

Planification de la désaccoutumance

Le médecin peut jouer un rôle important auprès des jeunes souhaitant arrêter de fumer et peut donc améliorer les conditions pour une réussite. Un premier pas important est de fixer la date de l'arrêt définitif de fumer et la planification commune du procédé. La préparation à la désaccoutumance doit être fixée individuellement (*tableau 2*).

Réalisation de la désaccoutumance

Il faut garder à l'esprit que les deux semaines après l'arrêt de fumer représentent une phase critique grevée d'un taux de rechute important. La date de l'arrêt ne devrait donc pas coïncider avec une période de stress prévisible (p.ex. examen de fin d'études).

Les points suivants sont importants:

- Si des amis du jeune patient sont également très motivés à arrêter de fumer, il est utile de les inclure dans la démarche; il est par contre préférable d'arrêter seul qu'en compagnie d'amis peu motivés!
- Fixer des contacts réguliers entre médecin et patient déjà avant l'arrêt: 1-2 jours avant la date de l'arrêt et 1-2 jours après; après 1, 2 et 4-6 semaines
- Au moins la moitié de ces contacts auront lieu au cabinet médical, les autres éventuellement par téléphone; envoyer éventuellement des SMS d'encouragement
- En accord avec le jeune patient, informer les parents de l'intention de leur fils ou de leur fille d'arrêter de fumer et leur donner les informations nécessaires concernant cette démarche

- Examiner les possibilités de soutien par les parents, p.ex. prévoir des loisirs attractifs pour le jeune (activités sportives, excursions etc.)
- Le jour de l'arrêt, détruire et jeter toutes les cigarettes et jeter aussi les cendriers
- Ne plus fumer une seule cigarette après l'arrêt (la première cigarette déjà amène souvent à refumer régulièrement)
- Tenir une liste avec les désavantages de la fumée et les avantages de l'abstinence et la relire régulièrement pour entretenir sa motivation
- Réduire au minimum les contacts avec les collègues fumeurs durant les deux premières semaines d'abstinence, les prier de ne pas fumer en présence de la personne abstinente
- Éviter les lieux où le jeune avait l'habitude de fumer et où l'on fume beaucoup
- Refuser gentiment toute proposition de fumer
- Parler au plus grand nombre possible de personnes de son entourage de sa décision d'arrêter de fumer, pour être soutenu et encouragé

- Fixer une date pour l'arrêt de fumer à un moment pauvre en stress et ne plus la changer
- Arrêt de fumer avec amis/parents fumeurs (si motivés)
- Ne porter sur soi que peu ou pas du tout de cigarettes
- Retarder le plus possible l'envie d'une cigarette
- Pas de réserve de cigarettes ni d'objets liés à la fumée à la maison
- Eventuellement chewing-gum sans sucre ou carotte en remplacement
- Activité physique régulière (activités quotidiennes, sport)
- Apprendre et appliquer des techniques de relaxation
- Prévoir des récompenses concrètes
- Mémoriser des sentences pour justifier l'arrêt de fumer, à utiliser dans les situations difficiles ou de doute, p.ex.:
 - «J'économise beaucoup d'argent pour autre chose»
 - «Je sens bon»
 - «Non-fumeur je suis plus attrayant»

Tableau 2: Préparation à l'arrêt de fumer

- Prévoir une pochette de secours ou une diversion en cas d'envie impérieuse de fumer (l'envie ne dure souvent que quelques minutes), p.ex. mâcher un chewing-gum ou une carotte, sucer un bonbon au goût de menthe prononcé, boire un verre d'eau, téléphoner à un ami, se promener, faire du jogging, du vélo

Succédanés de la nicotine et médicaments

Les succédanés de la nicotine sont disponibles en principe pour adultes à partir de 18 ans, mais leur prescription peut être envisagée aussi pour des adolescents à partir de 12 ans en cas de dépendance importante de la nicotine. Il faut absolument arrêter de fumer avant l'emploi de ces médicaments. La durée de traitement est en général de 3 mois au maximum avec réduction progressive de la dose après 4–8 semaines. Formes galéniques: les patchs sont indiqués pour les fumeurs réguliers (au début éventuellement combinés avec chewing-gum et bonbons), les chewing-gum et bonbons sont adaptés aux fumeurs irréguliers, leur effet étant plus rapide que celui du patch. Il est important d'utiliser correctement les succédanés pour éviter autant que possible les effets indésirables (nausées, vomissements etc.). Avec les chewing-gum p.ex., il faut adopter la technique du «mâcher et parquer», c'est à dire mâcher jusqu'à l'apparition du goût métallique de la nicotine, «parquer» le chewing-gum dans la joue jusqu'à sa disparition et se remettre à mâcher (voir le compendium des médicaments pour d'autres informations sur les indications, contre-indications, formes galéniques, dosages et effets indésirables).

Jusqu'à ce jour, les succédanés de la nicotine ne sont pas remboursés par l'assurance maladie de base, mais ils sont partiellement pris en charge par les assurances complémentaires. Chez l'adulte, l'association d'un suivi intensif et de succédanés de la nicotine (surtout bonbons et chewing-gums, éventuellement combinés avec le patch) donnent les meilleurs résultats (abstinence de 15–28%)²²⁾. D'après une étude pilote publiée récemment, des problèmes de compliance sont constatés surtout chez des jeunes issus de milieux défavorisés²³⁾.

Le bupropion est un médicament utilisé à l'origine comme antidépresseur; il réduit l'envie de fumer et a été utilisé avec succès lors de cures de désaccoutumance chez

l'adulte, mais seulement occasionnellement «off label» chez l'adolescent. Des médicaments plus modernes, tels l'antagoniste de l'endocannabinoïde rimonabant ou l'agoniste partiel de la nicotine varenicline se trouvent au stade de l'essai clinique.

Toute méthode de désaccoutumance exige non seulement la volonté d'arrêter de fumer, mais aussi de changer ses habitudes. Les succédanés de la nicotine ne doivent en aucun cas remplacer un manque de motivation.

Certains médecins se plaignent du faible taux de réussite des programmes pour arrêter de fumer. Cela tient surtout aux attentes peu réalistes des médecins: si seulement 10% des fumeurs arrêtaient définitivement de fumer avec l'aide d'un médecin, on n'obtient pas seulement une amélioration de la qualité de vie pour ces ex-fumeurs, mais on contribue aussi à l'amélioration de la santé de la population en général et à une réduction des coûts occasionnés par la consommation de tabac.

Nous remercions Simone Meyer pour la relecture critique de ce manuscrit.

Correspondance:

Dr. med. Christoph Rutishauser
Leitender Arzt Adoleszentenmedizin,
Universitätskinderhospital Zürich
Steinwiesstrasse 75
8032 Zurich
christoph.rutishauser@kispi.uzh.ch

Références:

- 1) BAG. BAG-Bulletin 2003; 23: 388.
- 2) Kessler DA, Natanblut SL, Wilkenfeld JP, et al. Nicotine addiction: a pediatric disease. *J Pediatr* 1997; 130: 518–24.
- 3) Knishkowsky B, Amitai Y. Water-pipe (Narghile) smoking: an emerging health risk behaviour. *Pediatrics* 2005; e116: 113–9.
- 4) Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Tabakentwöhnung – Wie es geht und was es bringt. *Schweiz Med Forum* 2004; 4: 764–70.
- 5) ISPA: Der Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Forschungsbericht 2007.
- 6) Schmid H, Gmel G, Jaquat B. Neue epidemiologische Befunde zum Rauchen in der Schweiz. *SuchtMagazin* 1999; 25: 3–13.
- 7) Cami J. Drug addiction. *N Engl J Med* 2003; 349: 975–86.
- 8) Gervais A, O'Loughlin J, Meshedfjian G, Bancej C, Tremblay M. Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. *CMAJ* 2006; 175: 255–61.
- 9) Tyc V, Throckmorton B, L. Smoking rates and the state of smoking interventions for children and adolescents with chronic illness. *Pediatrics* 2006; 118: e471–87.

- 10) Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J. ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 37–44.
- 11) Upadhyaya HP, Deas D, Brady KT, Kruesi M. Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1294–305.
- 12) Martin C, Kelly T, Rayens M, et al. Sensation seeking, puberty, and nicotine, alcohol, and marijuana use in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1495–502.
- 13) Patton GC, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *American Journal of Public Health* 1996; 86: 225–30.
- 14) Nelson M, Gordon-Larsen P. Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behaviors. *Pediatrics* 2006; 117: 1281–90.
- 15) Foster S, Jones D, Olson A, et al. Family socialization of adolescent's self-reported cigarette use: the role of parents' history of regular smoking and parenting style. *J Pediatr Psychol* 2006; Electronic publication ahead of print.
- 16) Sargent J, Dalton M. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? *Pediatrics* 2001; 108: 1256–62.
- 17) Karp J, O'Loughlin J, Hanley J, Tyndale R, G P. Risk factors for tobacco dependence in adolescent smokers. *Tob Control* 2006; 15: 199–204.
- 18) Castrucci B, Gerlach K. Understanding the association between authoritative parenting and adolescent smoking. *Matern Child Health J* 2006; 10: 217–24.
- 19) Engels R, Vitaro F, Blokland E, Kemp R, Scholte R. Influence and selection processes in friendships and adolescent smoking behaviour: the role of parental smoking. *J Adolesc Health* 2004; 27: 531–44.
- 20) BAG. 2004; 29: 506.
- 21) Ziedonis D, Haberstroh S, Zimmermann M, Miceli M, Foulds J. Adolescent tobacco use and dependence: assessment and treatment strategies. *Adolesc Med* 2006; 17: 381–410.
- 22) Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Tabakentwöhnung: Empfehlungen für die tägliche Praxis. *Schweiz Med Forum* 2004; 4: 792–805.
- 23) Roddy E, Romilly N, Challenger A, Lewis S, Britton J. Use of nicotine replacement therapy in socioeconomically deprived young smokers: a community-based pilot randomised controlled trial. *Tob Control* 2006; 15: 373–6.