

Aide au fumeur et médecine générale¹

Thierry Van der Schueren & Valérie Delpierre
Médecins généralistes²

Plan:

- La médecine générale : forces et faiblesses
- Le tabacologue : forces et limites
- Plaidoyer pour la collaboration
- Le public défavorisé
- Expérience en maison médicale
- Pistes et conclusions

La réalité en chiffres...

L'enquête réalisée en 2008 sur notre territoire, auprès de plus de 4000 personnes, indique que 34 % des hommes et 26 % des femmes fument. Ainsi, le nombre total de fumeurs en Belgique serait évalué à 2.840.000... C'est dire la quantité de travail potentiel à réaliser tant pour prévenir que pour guérir.

Deux variables nous intéressent particulièrement : l'âge et le niveau socio-économique. Les personnes âgées de 25 à 44 ans (36 % des femmes et 44 % des hommes sont fumeurs), la population des demandeurs d'emploi (46 % de fumeuses) et les ouvriers (47 % des hommes sont fumeurs ; 53 % des femmes) : voilà les tranches de la population les plus touchées par le tabagisme ; elles constituent donc un public cible d'importance.

Tableau 1 : Distribution de l'échantillon en fonction de l'âge et du statut tabagique

HOMMES	15-24 N=306	25-44 N=637	45-64 N=630	65+ N=379	TOTAL N=1954
	30 %	44 %	35 %	20 %	34 %
FEMMES	15-24 N=286	25-44 N=751	45-64 N=594	65+ N=454	TOTAL N=2083
	19 %	36 %	32 %	8 %	26 %

Enquête effectuée en 2008 par IPSOS pour la Fondation contre le cancer et financée par SPF Santé Publique (chez 4032 personnes de plus de 15 ans).

La fragilité existante au niveau du statut socio-économique précaire est donc renforcée par les risques supplémentaires inhérents à son statut de fumeur.

¹ Cette contribution reflète la communication présentée conjointement par les auteurs au Colloque de La Louvière, intitulé 'Tabagisme et Fragilités' dont le SEPT a supporté l'organisation le 28 mars 2009.

² Thierry Van der Schueren est l'un des responsables de la Commission Tabac (Département de Médecine Préventive de la Société Scientifique de Médecine Générale, tandis que Valérie Delpierre, également active au sein de la Commission, tabacologue, est la mandataire de la Fédération des Maisons Médicales au sein du Comité de Pilotage du Plan Wallon sans Tabac.

Tableau 2 : Condition professionnelle et statut tabagique

HOMMES	Ouvriers N=421	Employés N=355	Indépendants N=189	Cadres N=58	Sans emploi N=141
	47 %	32 %	33 %	17 %	55 %
FEMMES	Ouvrières N=198	Employées N=534	Indépendantes N=127	Cadres N=16	Sans emploi N=168
	53 %	25 %	24 %	13 %	46 %

Enquête IPSOS 2008.

Nous pensons véritablement qu'en Belgique la politique de santé publique en matière de tabac est encore trop frileuse. Il n'y a toujours pas de décision nette pour interdire de fumer dans l'HORECA³ alors que dans d'autres pays tels la France ou l'Italie l'ont fait avec des résultats incroyables. Par exemple, le nombre d'infarctus enregistré dans les services d'urgence italiens a diminué de plus de 35 % dès le premier mois de la loi interdisant complètement le tabac dans les milieux de l'HORECA et de la nuit. 35%, c'est quand même faramineux, alors qu'en Belgique ça coince, le lobbying du secteur HORECA en brandissant une menace contre l'emploi fragilise la décision du monde politique...

Il reste qu'arrêter de fumer est le changement de comportement le plus bénéfique pour la santé tant à court qu'à long terme. Malgré les efforts du monde pharmaceutique pour trouver la pilule miracle qui va allonger la vie, c'est une mesure comportementale qui reste plus efficace pour réduire mortalité et morbidité...

1. La médecine générale : forces et faiblesses

Que peut faire un généraliste en tant qu'intervenant de première ligne ? Il est celui qui rencontre le fumeur avant même qu'il n'ait des problèmes liés à sa consommation de tabac, quand il est encore un fumeur pleinement satisfait... L'intérêt d'un généraliste auprès des fumeurs est grand, spécifions-le.

1.1. Ses forces

1.1.1. L'accessibilité

Presque tous les Belges (94 %) déclarent avoir un médecin traitant et différentes études montrent que 80 % de la population rencontre son médecin au moins une fois sur l'année et 94 % sur deux ans...

- la proximité : on ne doit pas forcément prendre le bus ou sa voiture pour aller chez son médecin. Le contraire sera malheureusement souvent de mise en ce

³

Les dernières lâchetés gouvernementales ne pourront qu'indigner les auteurs. (NDE)

qui concerne les spécialistes. Quid de la question de nos publics fragilisés dont les moyens de transport possibles sont réduits au minimum ?

- le coût : le ticket modérateur ne coûte que 5,75 euros pour un assuré normal et 1,48 euro pour un VIPO. Qui dit mieux ?
- la rapidité du rendez-vous : contrairement aux visites chez un spécialiste qui sont souvent planifiées 3 à 4 mois plus tard, le généraliste peut prendre la balle au bond : le patient est prêt, le médecin aussi.

Le médecin généraliste est donc le scientifique le plus accessible et le plus proche pour le patient fumeur, particulièrement s'il est en situation précaire.

1.1.2. L'empathie

Le médecin est choisi par son patient, il y a donc une certaine concordance de caractère, un *a priori* favorable, une confiance qui s'établit au fil des événements de la vie, des consultations. Ce lien est souvent durable.

Parce que le médecin a un noyau dur de patients qu'il suit pendant et depuis des années, ces liens de confiance sont efficaces pour discuter des questions du tabac.

1.1.3. L'efficacité du conseil minimal

Fort de cette confiance et de son accessibilité, le médecin possède une arme puissante mais trop peu utilisée pour changer le comportement des gens : le *conseil minimal*. Ainsi, conseiller à son patient d'arrêter de fumer, le noter au dossier, lui montrer que c'est quelque chose d'important qui préoccupe son médecin, l'inviter à le contacter le jour où il voudra arrêter et qu'il éprouve des difficultés... Cette simple démarche adoptée par un professionnel de la santé donne 2% d'arrêts spontanés chaque année ! Quand on sait que la carrière d'un médecin généraliste est de 35 ans, on peut cerner la puissance de ce conseil minimal si tous les médecins le faisaient systématiquement chaque année !

*Ainsi, pour la Belgique, cela donnerait **44.800** sevrages spontanés par an⁴ sans aucune aide médicale... De quoi surclasser tous les Centres d'Aide aux Fumeurs !*

Pour une grande partie de la population, le sevrage est accessible par une mesure simple, alors que, pour tous les autres, nous avons grand besoin des tabacologues pour additionner nos efforts et obtenir des résultats plus performants.

1.1.4. La polyvalence

Le généraliste a plusieurs cordes à son arc. Il peut apporter une aide médicamenteuse et/ou psychothérapeutique dans les limites de temps et de compétence qui lui sont impartis. Ses connaissances sont multiples et variées, se rapportant à la fois aux pathologies associées au tabagisme, aux problèmes somatiques et psychologiques ainsi qu'aux addictions supplémentaires. Ces atouts

⁴ Statistiquement, 2.240.000 fumeurs (80% de l'effectif national) voient leur médecin une fois par an. Si le *conseil minimal* était appliqué systématiquement nous aurions donc 44.800 sevrages spontanés (2%).

lui permettent de graduer les interventions, de déceler la priorisation des actions à mener, de trouver des possibilités de référer, de partager l'aide au fumeur.

Ainsi, l'idée de « plaque tournante » est mise en avant. Certains généralistes ont envie de s'investir dans l'aventure qu'est celle du combat contre le tabac ; d'autres moins, faute de temps ou d'énergie. L'idée est donc d'avoir un réseau de confrères qu'on sait intéressés par le sujet (médecins mais aussi psychologues, tabacologues...).

1.2. Les faiblesses / limites

1.2.1. L'inefficacité des mesures pharmacologiques

Un médecin est un scientifique qui, s'il connaît bien, de par sa formation de base, les conséquences logiques du tabac, les aspects pharmacologiques et toxicologiques, ignore bien souvent tout de la psychologie du fumeur... Et, en ce qui concerne la question tabac, la pharmacothérapie ne suffit pas... Il est nécessaire d'entrevoir le problème d'une autre façon. Frustration et découragement sont le résultat logique pour qui s'en tient uniquement aux données médicales en ce qui concerne l'aide aux fumeurs.

1.2.2. Quid de la formation ?

La formation de base des médecins n'inclut pas des notions de base en psychothérapie, entretien motivationnel, thérapies brèves...⁵ : le généraliste se sent donc légitimement perdu dans tout ce nouveau jargon !

Toutefois, les choses sont en train d'évoluer. Les centres universitaires de médecine générale se sont mis d'accord récemment pour inclure un module spécifique et obligatoire s'attardant davantage sur la prise en charge du patient fumeur. Un autre module plus complet est également proposé (mais non imposé) au futur généraliste lors de sa formation. Il existe également des formations continues organisées par la SSMG, diverses mesures proposées donnant des 'piqûres de rappel', les messages clés répétés dans les revues ou au sein de formations telles les *dodécagroupes* et les *Glems*.

Le bémol de ces formations est que, si elles sont disponibles et encouragées, elles ne sont pas pour autant plébiscitées. Il semblerait qu'il y ait une certaine lassitude à l'égard de la question tabagique faute aux résultats à court et moyen terme assez décevants et au manque de nouveauté dans les messages véhiculés. Le généraliste, habitué à avoir une solution médicamenteuse à tout problème et à ce que cette solution agisse rapidement, se sent impuissant et démoralisé face à cette question.

Malgré tout, le généraliste est essentiel en ce qui concerne la lutte contre le tabac à grande échelle : au niveau mondial (l'OMS l'a déjà souligné) mais aussi au niveau belge.

Ainsi, pour ce qui concerne la première ligne, le médecin généraliste a une puissance énorme: il voit beaucoup les patients et a quelques messages clés à

⁵ Nous l'observons, par exemple, avec le Champix® : il est dorénavant obligatoire d'y annexer une approche cognitivo-comportementale pour pouvoir bénéficier du remboursement. Cependant, bien des médecins signent le papier sans pour autant identifier ce qu'est une TCC ni l'induire...

transmettre. Ces messages ne prennent pas beaucoup de temps pour être transmis au cours d'une consultation. Quand le généraliste réalise cela, il a un impact important. Plus il travaille, plus ces messages sont fréquents et efficaces et plus il constatera lui-même le fruit de son travail (et du conseil minimal systématique).

1.3. Comment y remédier ?

1.3.1. Les formations et les informations :

Il est important de faire prendre conscience aux médecins qu'ils ont beaucoup plus d'impact qu'ils ne le pensent à court et moyen terme, que les résultats sont visibles sur des années en s'accrochant simplement à des petites choses (voir le conseil minimal) ou éventuellement via une formation plus large.

1.3.2. Les interventions cliniques

Le principe des interventions cliniques est le partage de sa pratique : cette activité n'obtient cependant qu'un faible engouement de la part des généralistes. Il faut noter toutefois le nombre important de domaines dans lesquels le médecin doit se former. A côté des choses imposées, il y a également toutes les autres sollicitations parmi lesquelles il doit faire un tri.

1.3.3. Les formations à l'entretien motivationnel

Beaucoup de médecins ne savent pas comment faire une approche de changement de comportement. Suivre ce genre de formation sert cet objectif et a l'avantage qu'il ne se fixe pas seulement sur le tabac mais sur un changement de comportement au sens large.

1.3.4. Site internet spécialisé et spécifique

Le site de la SSMG va prochainement s'enrichir d'un dossier spécifique au tabac⁶ avec une liste des rappels de base, des mises à jour des infos scientifiques... Ainsi, face au patient, en quelques « clics » le professionnel aura l'information précise qu'il recherche pour trouver la façon dont le prendre lui-même en charge ou trouver quelqu'un vers qui le diriger judicieusement. Le partenariat est à nouveau au centre de nos démarches.

2. Le tabacologue : forces et faiblesses

2.3. Ses forces

2.3.2. Spécialisation

Contrairement au médecin généraliste qui doit connaître plein de choses sur tout, le tabacologue peut consacrer son temps et son énergie à un seul domaine.

⁶

C'est chose faite, aujourd'hui (NDE).

Le tabacologue est le spécialiste de l'aide au fumeur. Il a un diplôme, sanctionnant une formation inter-universitaire durant laquelle il a pu approfondir, de façon plus approfondie que dans sa formation de base, chacun des aspects de ce domaine. Cette formation peut ensuite être complétée par des post-formations en tout genre pour des mises à jour.

2.3.3. Consultation centrée sur le tabac

La consultation tabacologique a ce gros avantage par rapport au médecin généraliste d'être directement dans le vif du sujet. Alors que le patient qui consulte son médecin amène bien souvent 3 ou 4 problèmes annexes (sa tension, son diabète, ses problèmes de couple...) et n'est pas demandeur de s'aventurer sur le chemin « tabac », le tabacologue lui peut se permettre d'en parler plus librement.

2.3.4. Temps de consultation plus long

Le temps moyen d'une consultation chez un généraliste est un quart d'heure, parfois 20 minutes et rarement une demi-heure. Chez un tabacologue, la première consultation peut (doit) mettre $\frac{3}{4}$ d'heure, une heure.

2.3.5. Différentes approches possibles

Une consultation tabacologique peut être menée de façon différentes en fonction de l'approche (psycho) thérapeutique spécifique du professionnel (comportementalisme, psychanalyse, pharmacologie...). Le patient pourra être guidé vers une personne qui convient également le mieux à sa propre sensibilité.

2.4. Ses limites

2.4.1. Connaissance réduite du patient

Le tabacologue aura une connaissance globale moindre que le généraliste. Tant au niveau social (a-t-il accès aux soins ? aux médicaments ?), familial (antécédents, événements de vie, composition...) qu'au niveau de la temporalité (il a envie d'arrêter mais est-ce le bon moment ?).

2.4.2. Formations de base diverses

Un des problèmes auquel est confronté le généraliste quand il veut référer son patient à un tabacologue de sa région est qu'il méconnaît bien souvent la formation de base du professionnel : est-il kiné ? psychologue ? médecin ?⁷ Tous n'ont pas la même façon d'aborder le problème tabac et tous n'ont pas accès à la prescription (plus d'un tabacologue sur deux). Connaître la façon de travailler du collaborateur potentiel permet d'éviter les déceptions ou de faire double emploi.

⁷ 43% des tabacologues sont médecins (généralistes et spécialistes: orl; gynécologie, pneumologie, médecin du travail), 27% de psychologues, 19% d'infirmiers, et 11% de kiné.

2.4.3. Le nombre restreint de professionnels formés

Le nombre de tabacologues recensés en Belgique en 2008 est de 145. Ce chiffre paraît bien dérisoire par rapport au nombre de fumeurs, d'autant plus lorsque l'on sait que la tabacologie n'est que rarement l'activité principale du professionnel. D'autres chiffres étonnent également : toujours selon l'étude du FARES, le nombre de consultations tabacologiques par semaine serait (seulement ?) de 8 à 9.

3. Plaidoyer pour une meilleure collaboration médecin – tabacologue

Parce que le médecin généraliste a la possibilité de réorienter son patient fumeur vers des référents, parce qu'il ne les connaît pas encore suffisamment (en termes d'accessibilité, de coût, de formation de base, de compétence...), il est important de maximaliser la collaboration multidisciplinaire et l'information sur l'offre existante.

Cette collaboration multidisciplinaire comporte deux types d'avantages : la potentialisation des compétences (un apprentissage réciproque, le tabacologue se nourrit des informations que le médecin lui transmet et inversement) et un soulagement envers les difficultés quotidiennes (évite l'épuisement, permet de souffler un peu, de passer la main, de se débarrasser ou de partager le sentiment d'échec).

L'intérêt serait d'harmoniser au mieux le travail de communication réciproque à l'aide d'un courrier systématique du médecin vers le tabacologue et un retour de celui-ci vers le prescripteur.

Courrier *médecin- tabacologue* (projet)

La lettre au tabacologue référent comprendrait les **antécédents médicaux** du patient (en lien avec le tabac et la prise en charge), **le traitement actuel, les attentes** du généraliste (médicaments, soutien psychologique, approche cognitivo-comportementale...) pour éviter au mieux les problèmes de communication, quelques **informations sociales** (informations financières, familiales...) et les **modalités de contact** du généraliste qui, et c'est pareil pour le tabacologue, n'est pas toujours facilement joignable.

Courrier *tabacologue – médecin* (projet)

Celui-ci comprendrait les **résultats aux divers tests effectués** (HAD, BDI...), **la médication / type de suivi** proposé, la proposition de **fréquence** des consultations (afin de savoir si, entre deux rendez-vous médicaux, le patient aura vu son tabacologue ou non) et les **modalités de contact**.

Ce dispositif renforce le soutien envers le patient de même qu'entre les professionnels impliqués. Par ailleurs, le patient est souvent demandeur de savoir que son médecin traitant est au courant du suivi et le supporte dans cette démarche.

4. Public fragilisé : qui es-tu ?

4.1. Critères d'inclusion

Qu'ils pratiquent en milieu rural ou urbain, tous les médecins sont d'accord pour dire qu'en grand nombre aujourd'hui, les personnes fragilisées « pompent » beaucoup d'énergie. Mais qui est-il vraiment ce public ?

Le statut VIPO (statut 101, 111, 121,...) est inadéquat pour identifier les personnes en situation précaire. En effet, des personnes en réelles difficultés ont un statut d'assuré normal, faute de répondre à tous les critères pour bénéficier de ce statut⁸. Cependant, un public fragilisé n'est pas uniquement un public à difficultés financières. Nous retenons une personne comme fragilisée lorsqu'elle rencontre au moins deux des critères suivants :

- Le revenu: minimex ou moins
- le logement: un logement insalubre ou tout à fait précaire tel une caravane
- l'instruction: de niveau primaire ou moins
- les liens familiaux ou sociaux : absents ou faibles.
- l'emploi : précaire ou absent
- la santé: antécédents de toxicomanie, psychiatrie, viol, problèmes de santé niés, mutuelle pas en ordre (entraînant une négligence forcée des soins de santé).

Avoir deux fragilités dans cette liste permet de dire qu'on a à faire à un public fragilisé, ce qui correspond en moyenne à 20 % de la patientèle du médecin généraliste. De plus, pour un quart d'entre eux, ils cumulent 4 ou 5 de ces facteurs, ce qui constitue un défi pour la médecine tant curative que préventive !

Certains diront « seulement » 20%... mais ce type de patients demande bien plus d'énergie et donne ainsi l'impression qu'ils sont bien plus encore...

4.2. Sevrage tabagique et niveau socio-économique.

Une étude norvégienne (Lund et al., 2005) réalisée auprès de 5000 patients a permis de mettre en évidence certains résultats. Il existerait un lien net entre le niveau socio-économique faible et la question tabagique, à plusieurs niveaux. Premièrement, l'appartenance à cette population est prédictive du statut tabagique. Deuxièmement, l'envie de se sevrer est moindre dans les niveaux socio-économiques faibles. Enfin, cette tranche de la population est aussi la moins bien informée en matière de méthodes de sevrage. Un autre résultat étonnant est qu'ils confèrent une valeur positive à la cigarette : être reconnu par le tabac est important dans ces milieux. Les lois concernant les différentes interdictions de fumer dans les lieux publics représentent une menace identitaire pour l'individu fragilisé, une menace de sa liberté. Et devant l'augmentation des lieux dans lesquels la cigarette est bannie, poursuivre sa consommation serait un signe de résistance pour certains... L'approche adoptée pour la prise en charge devra donc être tout sauf agressive.

⁸ Pour une histoire de quelques euros de « trop » !

Le manque de projection dans l'avenir est vraiment typique de ces populations. Ils vivent au jour le jour. Ils vivent le moment présent. Il faut avoir en tête ce propos lorsqu'on donne un rendez-vous à une des personnes en situation de fragilité. Deux semaines, c'est parfois trop loin ou alors il faut le leur rappeler. Lorsqu'on vit continuellement dans le stress et les problèmes (régler ses fins de mois, l'école, le SAJ...), le tabac est loin d'être une priorité... Faut-il le rappeler, dépression et anxiété ne font pas bon ménage avec un sevrage tabagique...

Ainsi, nos personnes fragilisées ont une image négative de leur corps, manquent cruellement d'informations, tant en santé qu'en prévention et ont moins d'accès à la prévention. Cela vaut donc la peine de s'y atteler en agissant sur deux domaines : la revalorisation et l'information.

5. L'expérience développée à la Maison médicale de Bomel

Dans cette maison médicale au forfait où 2250 personnes sont inscrites, 40 % d'entre-elles sont d'un niveau précaire (plus de 40 %, si l'on reprend les critères cités auparavant) et 35 à 40 % (600 personnes) des plus de 15 ans sont également fumeurs. Si la maison médicale propose certaines choses concernant le tabac, peu de patients se montrent intéressés par la problématique durant la consultation.

Face à l'inertie et au manque d'intérêt de nos patients, nous avons décidé de créer un groupe de motivation. On y parle du tabac, pas de sevrage immédiat et obligatoire. Lancé en 2005, ces groupes de 3 à 4 séances, composés de 5 à 8 participants donnent un rôle d'acteurs aux patients. Des outils et des éléments théoriques sont disponibles mais la priorité est laissée à la parole de la personne et à son expérience. On ne sait jamais de quoi va être faite la séance : l'improvisation est de mise.

En 2008, nous avons fait une nouvelle expérience, en faisant participer un expert inédit en la personne d'un ex-fumeur, membre de la maison médicale. C'est une personne qui était en plein dans la fragilité et qui a arrêté de fumer 7 mois auparavant. Il était devenu littéralement l'expert du sevrage tabagique dans et hors du groupe. Les patients lui posaient les questions ; il témoignait tel un pèlerin semant la bonne nouvelle, il donnait ses propres conseils, expliquait les principes de la thérapie cognitivo-comportementale...

Une autre belle histoire est cette patiente au vécu social pénible qui avait rempli et apporté les tests des brochures laissés dans la salle d'attente. C'était un premier pas qui montre qu'elle était déjà dans une démarche.

L'expérimentation et l'apprentissage par les pairs a été un élément-clé que nous devons garder en mémoire pour l'avenir. Les différents témoignages que nous publions également dans notre journal, sont de beaux moyens pour amener sur la table, avec fluidité, sans passage en force, le sujet tabac, lors d'une consultation ultérieure. Le partage par les pairs permet cette accroche.

Conclusions

Le médecin de 2009, même s'il est enthousiaste n'est pas encore assez recruteur. Il doit systématiser le conseil minimal.

Au niveau de l'implication, le médecin désireux de prendre part à l'aventure est invité aux différentes formations et interventions et à consulter le site de la SSMG. Quant à celui qui préfère déléguer cette tâche, il est important de construire un réseau moins opaque de l'offre disponible des tabacologues.

Pour parfaire cette connaissance et cette collaboration entre tabacologues et médecins, l'échange systématisé de courriers-type serait une première étape nécessaire à cette optimisation : étape pouvant avoir un effet boule de neige et augmenter la confiance mutuelle dont chacun a besoin pour avancer⁹.

Quoi qu'il en soit, il faut redonner confiance aux médecins en leurs capacités parce qu'ils constituent la force sanitaire la plus importante et la plus proche du public concerné. Dans le cas contraire et face aux multiples tâches qui leur sont par ailleurs demandées, il y a un risque que le ras-le-bol s'installe.

Le plan cancer de Madame Onkelinx fera-t-il la part belle à la collaboration ? La réponse est que l'on risque malheureusement encore une fois de rester coincé, comme ce fut le cas pour la campagne destinée aux femmes enceintes...

Dans ce plan, un budget spécifique pour les demandeurs d'emploi est prévu. Il cible donc une seule partie des personnes en situation de fragilité... Les autres passent à nouveau à la trappe...

⁹ Exemple en est des suivis des femmes enceintes par le tabacologues dont le généraliste s'est senti totalement exclu.

ELEMENTS DE BIBLIOGRAPHIE

Fondation contre le cancer. Enquête IPSOS sur le comportement des fumeurs. 2008.
http://www.cancer.be/cancer_be/Modules/

Gailly J. Arrêter de fumer. Recommandation de bonne pratique. SSMG 2005 ;
supplément au N°224 de la Revue de la Médecine Générale.

Heremans P, Deccache A. Prévention, médecine générale et milieu défavorisés; état
des lieux et perspectives.UCL 1997.

Van der Schueren T, Raevens N, Delpierre V. 15 000 sevrages tabagiques par an en
médecine générale : réalisme ou utopie ? Revue de la Médecine Générale 2008:
252; 157-8.

Cousin F. La formation en tabacologie, à qui s'adresse-t-elle, quel est son impact?
Education Santé Jan 2009; 241.

Lund et al. 2005



sep
a.s.b.l.