

# Caractéristiques des fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie

## Analyse de la base nationale CDT

A.-L. Le Faou<sup>1,2</sup>, O. Scemama<sup>1</sup>, A. Ruelland<sup>3</sup>, J. Ménard<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Département de Santé Publique, Université Paris V

<sup>2</sup> Unité 537. Centre de Recherche en Economie et Gestion Appliquées à la Santé. INSERM

<sup>3</sup> Ingénieur de recherche, Département de Santé Publique, Université Paris V

<sup>4</sup> Professeur de santé publique, ancien directeur général de la santé.

**Soutiens** : ministère de la Santé, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

**Correspondance** : A.-L. Le Faou  
Département de Santé Publique, Université Paris V, 15,  
rue de l'Ecole de Médecine, 75270 Paris Cedex 06.  
anne-laurence.le-faou@spim.jussieu.fr

*Réception version princeps à la Revue* : 20.04.05.

*Retour aux auteurs pour révision* : 24.05.05.

*Réception 1<sup>ère</sup> version révisée* : 03.06.05.

*Acceptation définitive* : 13.06.05.

### Résumé

**Introduction** Le développement des consultations de tabacologie en France a été accompagné par la création d'un système informatisé afin d'évaluer l'adéquation entre cette offre spécialisée et les besoins des fumeurs. Cet article analyse le profil des fumeurs qui se sont adressés aux consultations participant à ce programme.

**Méthodes** La base de données nationale des Consultations De Tabacologie (CDT) a été construite à partir du recueil informatisé de données portant sur les fumeurs consultant dans 40 consultations participant volontairement à ce programme d'évaluation dans 20 régions. 14 574 fumeurs ont été enregistrés entre 2001 et 2003.

**Résultats** Les fumeurs s'adressant aux consultations CDT étaient majoritairement des femmes (51,4 %), d'âge moyen (42,8 ans), avec un niveau d'éducation élevé et actifs (68 %). Presque la moitié de la population avait une dépendance forte au tabac. Trente-quatre pour cent des fumeurs avaient au moins un antécédent cardio-vasculaire ou pulmonaire. Enfin, un antécédent de dépression était retrouvé chez près d'un tiers des fumeurs.

**Conclusions** Dans les consultations participant à CDT, les fumeurs les plus jeunes et les catégories sociales défavorisées étaient sous-représentés. En revanche, ces consultations ont accueilli les personnes les plus dépendantes au tabac et les plus malades. Des interventions adaptées à différents sous-groupes de consultants mériteraient d'être évaluées.

**Mots-clés** : Tabagisme • Sevrage tabagique • Base de données • Dépendance nicotinique • Morbidité.

Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 739-50

### Characteristics of smokers seeking smoking cessation services: the CDT programme.

A.-L. Le Faou, O. Scemama, A. Ruelland, J. Ménard

### Summary

**Introduction** The development of smoking cessation clinics in France since 1999 has been accompanied by the setting up of an electronic database to evaluate the appropriateness of these services to the needs of smokers. The aim of this paper is to analyse the characteristics of smokers registered in the smoking cessation services national database.

**Methods** A cross-sectional population-based study was conducted in 40 smoking cessation centres from 20 French regions. The study population included 14,574 smokers attending the smoking cessation centres that participated in building a national computerised database during the period 2001-2003.

**Results** A significant proportion of the study population was female (51.4%), middle-aged (42.8 years), more highly educated (34% had received further education) and employed (68%). Almost half of the population was considered to be highly dependent on tobacco. Thirty-four percent of smokers had a past medical history of cardiovascular or lung disease. A history of depression was found in nearly one third of the population.

**Conclusions** Young people and individuals from deprived backgrounds were underrepresented, but smoking cessation services were being accessed by highly-dependent smokers and smokers with tobacco-related diseases services. More targeted smoking cessation strategies should be considered in order to improve access to smoking cessation services by more deprived groups.

**Key-words:** Smoking • Smoking cessation services • National database • Nicotine dependence • Morbidity • Social class.

Rev Mal Respir 2005 ; 22 : 739-50  
anne-laurence.le-faou@spim.jussieu.fr

## Introduction

La mortalité liée au tabagisme a été estimée en 1999 à 66 000 décès [1]. Confronté à ce problème majeur de santé publique, le Ministère de la Santé a mis en place, entre 1991 et 2002, une politique de lutte contre le tabagisme. En 1991, l'accent a été mis sur l'interdiction de la promotion et de la publicité pour le tabac et sur des politiques visant à limiter sa consommation dans les lieux publics, sur les lieux de travail et dans les écoles. En 1999, les mesures prises ont cherché à favoriser l'arrêt du tabagisme chez les fumeurs en proposant le « délistage » des Traitements de Substitution Nicotinique (TSN), en élaborant des programmes de formation à destination des médecins généralistes et des pharmaciens et en apportant un soutien financier à la mise en place de consultations de tabacologie dans les 24 régions françaises. De plus, une petite fraction des taxes recouvrées sur les ventes de tabac a été utilisée pour financer des campagnes nationales d'éducation contre la consommation de tabac. En 2002, une augmentation importante des taxes sur les ventes de tabac a été décidée (+ 42 %). Elle a abouti, malgré les réticences des buralistes, à une baisse rapide des ventes de cigarettes (- 13,5 % sur la période 2002-2003), avec un impact plus important sur la consommation des femmes et des adolescents (- 18 %) [2]. Toutefois, ces chiffres ne peuvent pas être admis sans réserve, en particulier en raison de la contrebande et du trafic transfrontalier.

Depuis 2000, le développement des consultations de tabacologie a été soutenu par une enveloppe financière de 3,5 millions d'euros sur trois ans, distribuée au niveau régional. L'évaluation de cette politique, élaborée en 1999, a comporté une analyse de l'activité de l'ensemble des consultations de tabacologie par le moyen d'une enquête transversale une semaine donnée, qui a été réalisée quatre années consécutives [3]. Un dossier standardisé informatisé a été élaboré pour décrire le profil des personnes s'adressant à ces consultations. Les caractéristiques socio-démographiques, médicales et de consommation tabagique de ces fumeurs ont été, dans cette perspective, enregistrées de façon systématique à l'aide du dossier patient électronique, spécifiquement conçu pour les consultations de tabacologie en 2000. Le but principal du dossier était de standardiser la prise en charge des consultants et de vérifier que les consultations de tabacologie recevaient bien en priorité les fumeurs les plus malades et les plus dépendants du tabac. Cet article a pour objectif d'analyser le profil des fumeurs qui se sont adressés aux consultations de tabacologie participant au programme CDT en France entre 2001 et 2003.

## Méthodes

Il s'agit d'une analyse transversale de la base de données nationale des consultations de tabacologie.

### La population d'étude

La population d'étude était constituée de l'ensemble des fumeurs ayant fréquenté une des 40 consultations de tabacologie

qui ont accepté de participer au programme d'évaluation. Ces consultations étaient réparties sur l'ensemble du territoire français. Elles pouvaient être classées en trois catégories selon leur statut : consultations hospitalières publiques, consultations hospitalières privées et consultations rattachées à des dispensaires.

### Le programme CDT

Le programme CDT (Consultation De Tabacologie) a reposé sur un support informatique qui permettait le recueil de données systématiques sur le profil des consultants. Ce dossier informatisé CDT a été conçu à partir du dossier de consultation de tabacologie élaboré par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), le Réseau Hôpital Sans Tabac et la Caisse Nationale d'Assurance-maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS), en collaboration avec un comité d'experts en tabacologie. Il a été validé par la Société de Tabacologie. Un premier prototype a été réalisé sur la base de cette version papier, comportant plus de 100 items. Il a fait l'objet d'une évaluation pendant six mois dans une consultation de tabacologie à l'hôpital Albert Chenevier à Créteil (Pr G. Lagrue). Au terme de cette période, 600 dossiers ont été enregistrés. À l'issue d'une analyse quantitative et qualitative des taux de remplissage de chacun des items du dossier, 37 variables ont été finalement retenues. Sur ce total, 17 variables couvraient les trois axes principaux d'investigation et de prise en charge en matière d'aide au sevrage tabagique : la dépendance au tabac (trois items), le profil psychologique (six items) et le statut médical (huit items).

Le dossier informatisé CDT incluait également le recueil systématique d'un certain nombre de variables au cours des consultations de suivi : le statut tabagique (avec mesure du taux de CO expiré), le poids, les éléments anxio-dépressifs et la consommation d'alcool. Enfin, un système de rappel des patients était inclus comportant l'édition automatique d'une lettre de rappel personnalisée pour chaque patient, six mois et un an après la première consultation. Le statut tabagique déclaré par le patient était recueilli à cette occasion.

### Les variables socio-démographiques

Les caractéristiques initiales de chaque fumeur étaient recueillies à la première consultation au moyen du dossier papier, auto-administré. Ces caractéristiques comprenaient des variables socio-démographiques : sexe, âge, niveau d'éducation (pas de diplôme, CAP-BEP, lycée, baccalauréat, bac + 2 et plus) et statut professionnel (actif, retraité, chômeur ou bénéficiaire du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), sans activité, en formation). L'origine de la consultation était également enregistrée (hospitalisation, démarche personnelle, conseils d'un pharmacien, d'un médecin libéral ou d'un médecin du travail, autre).

### Les variables médicales et de consommation tabagique

Le statut tabagique était apprécié à partir du nombre de cigarettes fumées par jour, du nombre de tentatives antérieures

d'arrêt d'une durée supérieure ou égale à sept jours et du test de Fagerström permettant d'évaluer le niveau de dépendance physique au tabac (entre 0 et 4, dépendance faible ou nulle ; 5 à 6, dépendance moyenne ; 7 à 10, dépendance élevée) [4]. Les niveaux de consommation tabagique rapportés par le sujet étaient vérifiés par la mesure du taux de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré.

Le test *Hospital Anxiety Depression* (HAD) était également systématiquement complété afin d'identifier les individus présentant des troubles anxio-dépressifs (avec des seuils fixés à 11 pour chacune des deux sous-échelles, permettant de dépister un état anxieux et/ou dépressif actuel) [5]. Les fumeurs étaient également interrogés sur l'utilisation habituelle de psychotropes et les épisodes de dépression ayant occasionné un arrêt total ou partiel de l'activité.

Les caractéristiques recueillies lors de la consultation initiale portaient sur les antécédents médicaux (cardio-vasculaires et respiratoires), la consommation d'alcool (nombre de verres par jour et test DETA en 4 items explorant sur la vie entière l'existence d'un mésusage d'alcool [6]) et enfin sur l'existence d'autres addictions.

Étaient également notés la taille, le poids, l'existence d'une grossesse en cours et l'utilisation d'une contraception orale.

À l'issue de la consultation initiale, des données concernant la prise en charge étaient recueillies : prescription du TSN, de psychotropes ou d'une prise en charge comportementale.

### Le recueil et la transmission des données

Le recueil des informations sur le profil des fumeurs pouvait être effectué par le personnel des consultations de tabacologie soit directement en ligne sur Internet (CDTnet), soit à l'aide d'un logiciel (CDTlog<sup>®</sup>) développé spécifiquement par un membre de notre groupe de recherche dans le cadre du programme CDT et initié en janvier 2001. Dans ce cas, les données étaient télétransmises périodiquement vers la base nationale centralisée. Cette dernière ne contenait que des données anonymisées et le programme CDT a obtenu l'autorisation de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Différents moyens de contrôle ont été intégrés dans le système afin d'assurer la qualité des données : la saisie des variables était obligatoire et des valeurs-limites ont été définies. La cohérence des données recueillies a, par ailleurs, été vérifiée avant toute analyse.

Enfin, outre sa fonction de dossier patient électronique, le système permettait de suivre en permanence l'évolution du profil des consultants grâce à un module statistique d'accès personnalisé pour les utilisateurs sur le site Internet du programme.

### L'analyse statistique

Le premier volet de l'évaluation du programme CDT a consisté en une analyse descriptive des variables socio-démographiques (âge, sexe, niveau d'éducation et statut professionnel), médicales (antécédents médicaux, profil psychique et

autres addictions) et de consommation tabagique (nombre de tentatives antérieures d'arrêt, consommation journalière de cigarettes et niveau de dépendance physique), recueillies dans la base nationale des consultations de tabacologie CDT. Les comparaisons de proportions ont été effectuées au moyen d'un test du  $\theta^2$  ou d'un test exact de Fisher quand les effectifs étaient insuffisants. Les moyennes ont été comparées par un test  $t$  de Student ou une analyse de variance ANOVA. Nous avons ensuite classé les consultants de la base nationale CDT en quatre catégories de gravité croissante selon la présence d'aucun, un, deux ou trois critères de gravité définis de la façon suivante : présence d'une dépendance physique au tabac élevée (score de Fagerström  $\geq 7$ ) ; présence d'au moins un antécédent somatique (cardio-vasculaire ou respiratoire) ; présence d'un antécédent de dépression ou consommation habituelle d'un médicament antidépresseur ou score de dépression à l'HAD supérieur ou égal à 11. L'ensemble des analyses a été réalisé au moyen du logiciel SAS version 8.2.

## Résultats

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2001 et le 31 janvier 2004, 14 574 patients ont été vus une première fois dans le cadre d'une consultation de tabacologie. Quarante-vingt-quatre pour cent d'entre eux ( $n = 12\,272$ ) ont fréquenté un centre de tabacologie situé dans un établissement public de santé, alors que 9 % ont été reçus dans une consultation de tabacologie dans le cadre d'un dispensaire ( $n = 1\,254$ ) et 7 % au sein d'un établissement privé de santé ( $n = 1\,043$ ). La répartition géographique des consultants selon la région est présentée en *figure 1*. Quatre régions sur 24 ne disposaient pas de consultations ayant participé à ce programme.

Les principales caractéristiques socio-démographiques des patients sont décrites dans le *tableau I*. La population d'étude était majoritairement féminine, les femmes représentant 51,4 % ( $n = 7\,489$ ) du total. L'âge moyen des consultants était de 42,8 ans (écart-type 11,7), les deux tranches d'âge les plus représentées étant celle des 35-44 ans (30,7 %,  $n = 4\,480$ ) et celle des 45-54 ans (28,0 %,  $n = 4\,075$ ). Les femmes étaient, de façon statistiquement significative, plus jeunes que les hommes ( $p < 10^{-4}$ ) : il existait ainsi une prédominance des femmes dans la classe d'âge des 35-44 ans alors que les hommes prédominaient dans la classe d'âge des 45-54 ans.

Les fumeurs enregistrés dans la base CDT étaient très majoritairement actifs (68,0 %, quel que soit le sexe). Seulement 9,3 % des consultants étaient au chômage ou bénéficiaient du RMI. L'âge moyen de ces personnes était plus élevé, en particulier chez les hommes (44,1 ans pour les chômeurs et RMIstes *vs.* 42,5 ans pour les actifs -  $p < 10^{-4}$ ), et leur niveau d'éducation tendait à être plus faible.

Plus de 34 % des consultants avaient un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat. Les femmes étaient en proportion significativement plus nombreuses que les hommes dans cette catégorie : 38,7 % des femmes étaient titulaires d'un

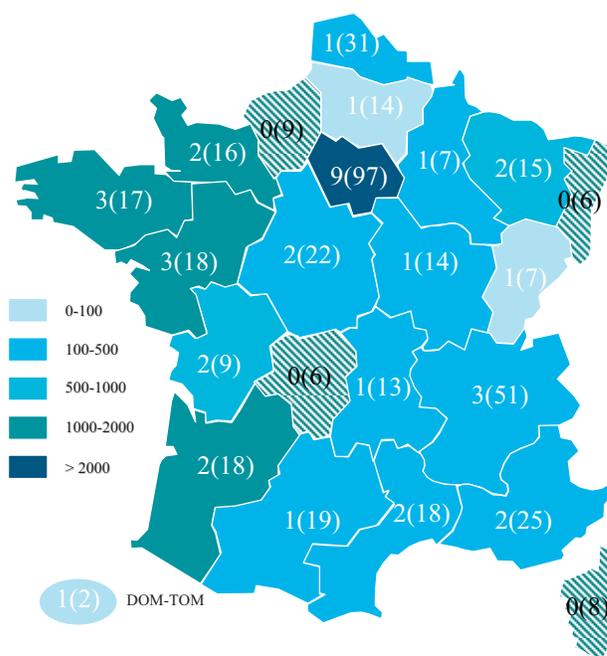


Fig. 1.

Nombre de consultations de tabacologie CDT et nombre de patients enregistrés dans le programme CDT. ( ) Nombre de consultations de tabacologie en 2004 (source : Office Français de prévention du Tabagisme, 2004).

diplôme de l'enseignement supérieur *vs.* 29,9 % des hommes ( $p < 10^{-4}$ ). Cette différence restait significative après ajustement sur l'âge.

Le profil de consommation tabagique des fumeurs enregistrés dans la base nationale CDT est présenté dans le *tableau II*. Pour près d'un tiers des consultants, cette consultation n'avait jamais été précédée d'une tentative d'arrêt du tabac d'au moins une semaine. Parmi les fumeurs ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives d'arrêt d'une durée supérieure ou égale à sept jours, les femmes étaient, en proportion, significativement plus nombreuses que les hommes alors même qu'elles étaient plus jeunes que les hommes en moyenne (42 ans *vs.* 45 ans -  $p < 10^{-4}$ ). La population de fumeurs de la base nationale CDT était caractérisée par des niveaux élevés de consommation tabagique et de dépendance physique au tabac. Ainsi, les consultants consommaient, en moyenne, 24 cigarettes par jour. Presque la moitié de la population présentait une dépendance physique élevée au tabac, définie par un score de Fagerström  $\geq 7$ . Enfin, le taux de CO moyen était mesuré à 20 ppm. Il existait une différence significative entre les hommes et les femmes en termes de consommation et de dépendance tabagiques ainsi que pour les taux moyens de CO.

Le niveau de dépendance physique était fortement corrélé au nombre de cigarettes fumées par jour et au taux de CO dans l'air expiré (*tableau III*). Ainsi, les fumeurs fortement dépendants fumaient chaque jour deux fois plus de cigarettes que les fumeurs faiblement dépendants (31,1 *vs.* 14,9). Le

**Tableau I.**

Caractéristiques socio-démographiques des fumeurs de la base nationale CDT en fonction du sexe.

	Hommes	Femmes	Total
<b>Age moyen (ET)</b>	44,7 (11,6)	40,9 (11,4)	42,6 (11,7)
<b>Classes d'âge (%)</b>			
Ω24 ans	273 (3,8)	477 (6,4)	750 (5,1)
25 – 34 ans	1167 (16,5)	1816 (24,2)	2983 (20,5)
35 – 44 ans	2008 (28,4)	2472 (33,0)	4480 (30,7)
45 – 54 ans	2218 (31,3)	1857 (24,8)	4075 (28,0)
55 – 64 ans	1084 (15,3)	634 (8,5)	1718 (11,8)
∅65 ans	334 (4,7)	233 (3,1)	567 (3,9)
<b>Statut professionnel (%)</b>			
Actif	4808 (67,9)	5101 (68,1)	9909 (68,0)
Retraité	813 (11,5)	485 (6,5)	1298 (8,9)
Chômeur - RMIste	682 (9,6)	676 (9,0)	1358 (9,3)
Sans activité	592 (8,4)	916 (12,2)	1508 (10,4)
En formation	189 (2,7)	311 (4,2)	500 (3,4)
<b>Niveau d'éducation (%)</b>			
Sans diplôme	1412 (19,9)	1220 (16,3)	2632 (18,1)
CAP - BEP	2141 (30,2)	1516 (20,2)	3657 (25,1)
Lycée	617 (8,7)	747 (10,0)	1364 (9,4)
Baccalauréat	801 (11,3)	1109 (14,8)	1910 (13,1)
Bac + 2	792 (11,2)	1168 (15,6)	1960 (13,4)
> Bac + 2	1321 (18,7)	1729 (23,1)	3050 (20,9)
<b>Total (%)</b>	<b>7084 (100,0)</b>	<b>7489 (100,0)</b>	<b>14573 (100,0)</b>

ET : écart-type.

taux de CO augmentait également en fonction du niveau de dépendance physique : il était de 14,5 ppm chez les fumeurs présentant une dépendance physique faible et atteignait 24,3 ppm chez les fumeurs fortement dépendants. Enfin, les fumeurs ayant une dépendance physique élevée avaient tendance à avoir fait moins de tentatives antérieures d'arrêt : ils étaient seulement 65,6 % à avoir fait au moins une tentative d'arrêt alors que 74 % des fumeurs faiblement dépendants avaient déjà tenté sérieusement d'arrêter de fumer ( $p < 10^{-4}$ ). De même, le nombre moyen de tentatives d'arrêt d'une durée supérieure ou égale à sept jours parmi les fumeurs ayant déjà essayé d'arrêter de fumer était significativement plus faible dans cette catégorie des fumeurs fortement dépendants (2,1 *vs.* 2,5 en cas de dépendance faible).

Un antécédent d'épisode dépressif était retrouvé chez près d'un tiers des fumeurs consultants (*tableau IV*). Cette fréquence atteignait 38 % parmi les femmes, qui étaient significativement plus nombreuses que les hommes (24,5 %) à déclarer un tel antécédent ( $p < 10^{-4}$ ). Plus d'un quart des consultants déclarait consommer un ou plusieurs médicaments psychotropes de façon habituelle. Ils étaient respectivement 20,2 % et 17,6 % à utiliser des anxiolytiques et des antidépresseurs. La prédominance féminine était particulièrement nette

en ce qui concerne la consommation d'antidépresseurs (20,1 % chez les femmes *vs.* 15 % chez les hommes -  $p < 10^{-4}$ ). Enfin, des symptômes d'anxiété étaient retrouvés chez près de 40 % des fumeurs, surtout parmi les femmes, puisque quasiment la moitié d'entre elles présentait un score initial d'anxiété à l'HAD supérieur ou égal à 11.

Les fumeurs présentant des antécédents dépressifs avaient très souvent une consommation habituelle de médicaments psychotropes : ils étaient ainsi 44,6 % à avoir un traitement antidépresseur contre 5,2 % parmi les personnes sans antécédent dépressif ( $p < 10^{-4}$ ). Par ailleurs, 18,2 % de ces fumeurs présentaient des symptômes dépressifs (D-HAD ∅11) au moment de la première consultation de tabacologie contre 7 % chez ceux sans antécédent dépressif ( $p < 10^{-4}$ ). Il faut également relever le pourcentage élevé de fumeurs sans antécédent dépressif avec un score d'anxiété à l'HAD supérieur ou égal à 11 (32,7 %). Au total, près de 5 % des fumeurs consultant dans les consultations CDT (568/14 574) étaient caractérisés par l'association d'antécédents dépressifs, d'une consommation usuelle de médicaments psychotropes et de la présence de symptômes dépressifs.

Presque un quart de la population était concerné par des difficultés potentielles avec l'alcool. Les hommes étaient deux

**Tableau II.**

Caractéristiques de consommation tabagique des fumeurs de la base nationale CDT en fonction du sexe.

	Hommes	Femmes	Total
<b>Nombre de tentatives d'arrêt (%)</b>			
0	2290 (32,3)	2233 (29,8)	4523 (31,0)
1	2326 (32,8)	2265 (30,2)	4591 (31,5)
> 1	2468 (34,8)	2991 (39,9)	5459 (37,5)
<b>Niveau de dépendance physique (%)</b>			
Faible (Fagerström $\leq 4$ )	1594 (22,5)	2048 (27,4)	3642 (25,0)
Moyenne (Fagerström 5-6)	1992 (28,1)	2258 (30,1)	4250 (29,2)
Élevée (Fagerström $\geq 7$ )	3498 (49,4)	3183 (42,5)	6681 (45,8)
<b>Nombre moyen de cigarettes/j (ET)</b>	26,1 (13,1)	22,3 (11,0)	24,1 (12,2)
<b>Score moyen de Fagerström (ET)</b>	6,2 (2,3)	5,8 (2,4)	6,0 (2,4)
<b>Taux moyen de CO en ppm (ET)</b>	21,6 (14,4)	19,6 (13,2)	20,6 (13,9)

ET : écart-type.

**Tableau III.**

Caractéristiques de consommation tabagique des fumeurs de la base nationale CDT selon le niveau de dépendance physique.

	Dépendance faible	Dépendance moyenne	Dépendance forte
<b>Nombre de tentatives d'arrêt (%)</b>			
0	949 (26,1)	1279 (30,1)	2295 (34,3)
1	1089 (29,9)	1363 (32,1)	2140 (32,0)
> 1	1605 (44,1)	1608 (37,8)	2246 (33,6)
<b>Nombre moyen de cigarettes/j (ET)</b>	14,9 (7,4)	21,1 (8,0)	31,1 (12,4)
<b>Taux moyen de CO en ppm (ET)</b>	14,5 (11,1)	19,7 (12,7)	24,3 (14,6)

ET : écart-type.

fois plus souvent touchés que les femmes par ce mésusage de l'alcool (31 % *vs.* 15,6 % ;  $p < 10^{-4}$ ). Cette prédominance masculine était également retrouvée dans le cas des autres addictions.

Les antécédents cardio-vasculaires et respiratoires étaient particulièrement fréquents dans la population d'étude (tableau IV). Trente-quatre pour cent des fumeurs avaient au moins un antécédent cardio-vasculaire ou pulmonaire ( $n = 4\,960$ ). La pathologie la plus fréquente était la bronchite chronique, rencontrée chez 17 % de la population. Le sex-ratio était proche de l'unité pour les antécédents respiratoires en général, et la bronchite chronique en particulier. En revanche, les antécédents cardio-vasculaires étaient beaucoup plus fréquents chez les hommes que chez les femmes ( $p < 10^{-4}$ ) : ceci était particulièrement vrai pour les infarctus du myocarde et cardiopathies ischémiques, quatre fois plus souvent rencontrés chez les hommes (10,1 % *vs.* 2,7 %).

Nous avons analysé les caractéristiques des fumeurs ayant une dépendance physique au tabac élevée (score de Fagerström  $\geq 7$ ), qui représentaient 45,8 % de la population (tableaux V et VI). Sur le plan socio-démographique, ces fumeurs forte-

ment dépendants étaient plus souvent des hommes (52,4 %), avaient un âge moyen plus élevé que pour les catégories de dépendance plus faible (43,4 ans *vs.* 41,6 ans pour une dépendance faible) et étaient plus souvent chômeurs ou RMIstes (11,5 % *vs.* 7 % chez les fumeurs faiblement dépendants).

Les fumeurs présentant une dépendance élevée au tabac étaient également caractérisés par un profil psychologique particulier. Ils étaient ainsi près de 40 % à déclarer l'existence d'antécédents dépressifs, contre 23 % en cas de dépendance faible ( $p < 10^{-4}$ ). Ils avaient également tendance à consommer plus habituellement un médicament psychotrope (33 % *vs.* 19 % en cas de dépendance faible ;  $p < 10^{-4}$ ) : ils étaient deux fois plus nombreux que les fumeurs ayant un score de Fagerström  $\leq 4$  à consommer un anxiolytique (25,6 % *vs.* 13,8 % ;  $p < 10^{-4}$ ) ou un antidépresseur (22,8 % *vs.* 11,9 % ;  $p < 10^{-4}$ ). Enfin, ces fumeurs étaient particulièrement nombreux à avoir, au moment de la consultation initiale, des symptômes d'anxiété (46 %) et de dépression (14,3 %).

Ces fumeurs étaient également plus malades que les fumeurs des autres catégories de dépendance physique : ils étaient ainsi 13,5 % à présenter des antécédents cardio-vasculai-

**Tableau IV.**

Caractéristiques médicales des fumeurs de la base nationale CDT en fonction du sexe.

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total</b>
<b>Antécédents cardio-vasculaires (%)</b>	1352 (19,1)	459 (6,1)	1811 (12,4)
Infarctus du myocarde	714 (10,1)	205 (2,7)	919 (6,3)
AoMI*	626 (8,8)	188 (2,5)	814 (5,6)
AVC	203 (2,9)	100 (1,3)	303 (2,1)
<b>Antécédents respiratoires (%)</b>	1783 (25,2)	1926 (25,7)	3709 (25,5)
Bronchite chronique	1211 (17,1)	1276 (17,0)	2487 (17,1)
Cancer broncho-pulmonaire	237 (3,4)	103 (1,4)	340 (2,3)
Asthme	674 (9,5)	984 (13,1)	1658 (11,4)
<b>Antécédents dépressifs (%)</b>	1733 (24,5)	2870 (38,3)	4603 (31,6)
<b>Prise de psychotropes (%)</b>	1720 (24,3)	2155 (28,8)	3875 (26,6)
Anxiolytiques	1363 (19,2)	1579 (21,1)	2942 (20,2)
Antidépresseurs	1065 (15,0)	1507 (20,1)	2572 (17,6)
Substitution opioïdes	105 (1,5)	69 (0,9)	174 (1,2)
<b>HAD (%)</b>			
A-HAD $\geq 11$	2274 (32,1)	3477 (46,4)	5751 (39,5)
D-HAD $\geq 11$	720 (10,2)	817 (10,9)	1537 (10,6)
<b>DETA (%)</b>			
$\geq 2$	2195 (31,0)	1166 (15,6)	3361 (23,1)
<b>Score moyen d'HAD (ET)</b>			
A-HAD	8,7 (4,3)	10,2 (4,5)	9,5 (4,4)
D-HAD	5,2 (3,8)	5,3 (3,9)	5,2 (3,9)
<b>Nombre moyen de verres d'alcool/jour (ET)</b>	1,8 (2,9)	0,6 (1,4)	1,2 (2,3)
<b>Score moyen du DETA (ET)</b>	1,0 (1,3)	0,5 (1,0)	0,7 (1,2)

ET : écart-type. \* Artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

res (*vs.* 10,5 % des fumeurs faiblement dépendants ;  $p < 10^{-4}$ ) et presque 30 % à être atteints de pathologies respiratoires (*vs.* 20 % des fumeurs faiblement dépendants ;  $p < 10^{-4}$ ). Ce gradient de fréquence se retrouvait pour chacun des antécédents en fonction du niveau de dépendance.

Au total, plus de 73 % des fumeurs enregistrés dans la base nationale CDT présentaient au moins un critère de gravité. Les trois catégories de gravité étaient réparties ainsi : un critère de gravité était retrouvé dans 36,8 % des cas, deux critères de gravité dans 26,7 % des cas et pratiquement 10 % de la population présentait les trois critères de gravité définis. Dans les deux catégories intermédiaires (un et deux critères de gravité), le critère de gravité le plus fréquemment retrouvé était le critère de dépendance physique au tabac : il était présent chez 43,9 % des fumeurs avec un seul critère de gravité et chez 75,2 % des fumeurs ayant deux critères de gravité.

## Discussion

L'analyse des caractéristiques socio-démographiques et médicales des 14 574 fumeurs enregistrés dans la base natio-

nale informatisée CDT entre 2001 et 2003 s'intègre dans le cadre de l'évaluation du programme national de développement des consultations d'aide à l'arrêt du tabac, mis en œuvre au cours de la période 2000-2002, et qui correspond à l'un des volets de la lutte contre le tabagisme. Les fumeurs s'adressant aux consultations spécialisées de tabacologie correspondaient à une population d'âge moyen (42,8 ans), à prédominance féminine (52 %), active pour les deux tiers, avec plus du tiers des consultants ayant bénéficié d'un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat. Réciproquement, on observait chez ces fumeurs une sous-représentation des jeunes adultes de 15 à 34 ans et des personnes en situation de vulnérabilité sociale (9 % de chômeurs et RMistes). Enfin, les fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie étaient remarquables par leur gravité médicale. Ils présentaient une dépendance physique forte au tabac (près de la moitié d'entre eux), des maladies liées à l'exposition au tabac (plus d'un tiers de la population souffrait de maladies cardio-vasculaires ou respiratoires) ainsi que des tendances anxieuses et dépressives (un tiers avait un antécédent de dépression et près de 40 % une composante anxieuse). Dix pour cent d'entre eux cumulaient les trois critères de gravité.

**Tableau V.**

Caractéristiques socio-démographiques des fumeurs de la base nationale CDT selon le niveau de dépendance physique.

	Dépendance faible	Dépendance moyenne	Dépendance forte
<b>Sexe (%)</b>			
Homme	1594 (43,8)	1992 (46,9)	3498 (52,4)
Femme	2048 (56,2)	2258 (53,1)	3183 (47,4)
<b>Age moyen (ET)</b>	41,6 (12,3)	42,8 (12,1)	43,4 (10,9)
<b>Classes d'âge (%)</b>			
Ω24 ans	264 (7,3)	241 (5,7)	245 (3,7)
25 – 34 ans	873 (24,0)	884 (20,8)	1227 (18,4)
35 – 44 ans	1063 (29,2)	1270 (30,0)	2147 (32,1)
45 – 54 ans	899 (24,7)	1136 (26,7)	2040 (30,5)
55 – 64 ans	396 (10,9)	510 (12,0)	812 (12,2)
Ø65 ans	148 (4,1)	209 (4,9)	210 (3,1)
<b>Statut professionnel (%)</b>			
Actif	2611 (71,7)	2922 (68,7)	4377 (65,5)
Retraité	334 (9,2)	412 (9,7)	552 (8,3)
Chômeur - RMIste	256 (7,0)	340 (8,0)	762 (11,4)
Sans activité	279 (7,7)	407 (9,6)	822 (12,3)
En formation	163 (4,5)	169 (4,0)	168 (2,5)
<b>Niveau d'éducation (%)</b>			
Sans diplôme	522 (14,3)	751 (17,7)	1359 (20,3)
CAP - BEP	833 (22,9)	1079 (25,4)	1745 (26,1)
Lycée	338 (9,3)	394 (9,3)	632 (9,5)
Baccalauréat	501 (13,7)	577 (13,6)	833 (12,5)
Bac + 2	559 (15,3)	587 (13,8)	814 (12,2)
> Bac + 2	890 (24,4)	862 (20,3)	1298 (19,4)
<b>Total (%)</b>	3643 (100,0)	4250 (100,0)	6681 (100,0)

ET : écart-type.

La validité des résultats obtenus par cette étude transversale doit être discutée. En ce qui concerne un certain nombre de variables médicales recueillies, il est possible que des biais de déclaration soient intervenus, même si les informations consignées par le fumeur dans l'auto-questionnaire étaient revues par les tabacologues lors de l'entretien individuel ou de groupe.

Ainsi pour la consommation de tabac, le recueil des données a pu soulever des difficultés. Seule la consommation de cigarettes est enregistrée et toutes les autres consommations de tabac sont traduites en « équivalent-cigarette » (par exemple, un cigarillo égale deux cigarettes). Ce mode de recueil a pu conduire à une sous-estimation du nombre de cigarettes fumées, notamment pour ce qui est de la consommation du tabac à rouler. Cependant, la bonne concordance dans les résultats d'interrogatoire sur les variables de consommation tabagique, en particulier le nombre de cigarettes fumées journalièrement, le test de Fagerström et le résultat de la mesure du CO, démontre globalement l'exactitude de ces trois informations, recueillies indépendamment les unes des autres.

En ce qui concerne les co-addictions autres que l'abus ou la dépendance à l'alcool, l'imprécision de la variable « autres dépendances » a rendu impossible l'interprétation des données. La formulation peu précise, choisie pour des raisons de confidentialité du dossier informatisé et d'acceptabilité pour les consultants, n'a pas permis de connaître le type de produit consommé et d'en apprécier les modalités de consommation, depuis l'usage jusqu'à la dépendance. En particulier, la consommation de cannabis n'est pas clairement identifiée alors qu'elle progresse chez les jeunes [7] et chez les autres consultants [8]. De plus, l'absence d'une question claire sur ce sujet constitue peut-être un frein pour aborder ouvertement le problème de la consommation de cannabis au cours de la consultation.

La généralisation de ces résultats doit également être discutée. En effet, en dépit des effectifs élevés obtenus, il est possible que certains des fumeurs venus consulter pour une aide au sevrage tabagique dans les 40 consultations spécialisées n'aient pas été enregistrés dans la base nationale CDT. Par ailleurs, les consultations de tabacologie qui participent au programme CDT ne correspondent pas à un échantillon représentatif tiré

**Tableau VI.**

Caractéristiques médicales des fumeurs de la base nationale CDT selon le niveau de dépendance physique.

	Dépendance faible	Dépendance moyenne	Dépendance forte
<b>Antécédents cardio-vasculaires (%)</b>	384 (10,5)	517 (12,2)	910 (13,6)
Infarctus du myocarde	216 (5,9)	254 (6,0)	449 (6,7)
AoMI*	142 (3,9)	238 (5,6)	434 (6,5)
AVC	61 (1,7)	88 (2,1)	154 (2,3)
<b>Antécédents respiratoires (%)</b>	713 (19,6)	1019 (24,0)	197 (29,6)
Bronchite chronique	396 (10,9)	651 (15,3)	1440 (21,5)
Cancer broncho-pulmonaire	58 (1,6)	97 (2,3)	185 (2,8)
Asthme	390 (10,7)	470 (11,1)	798 (11,9)
<b>Antécédents dépressifs (%)</b>	834 (22,9)	1191 (28,0)	2578 (38,6)
<b>Prise de psychotropes (%)</b>	693 (19,0)	981 (23,1)	2201 (32,9)
Anxiolytiques	502 (13,8)	731 (17,2)	1709 (25,6)
Antidépresseurs	434 (11,9)	614 (14,5)	1524 (22,8)
Substitution opioïdes	14 (0,4)	46 (1,1)	114 (1,7)
<b>HAD (%)</b>			
A-HAD Ø11	1182 (32,5)	1500 (35,3)	3070 (46,0)
D-HAD Ø11	217 (6,0)	367 (8,6)	953 (14,3)
<b>DETA (%)</b>			
Ø2	579 (15,9)	842 (19,8)	1940 (29,0)

\* Artériopathie oblitérante des membres inférieurs.

au sort des consultations de tabacologie du territoire national. Il s'agissait principalement de consultations de tabacologie hospitalières [3]. De ce fait, la part des patients présentant des critères de gravité a pu être surestimée par rapport aux caractéristiques médicales de l'ensemble des fumeurs s'adressant aux consultations publiques et privées de tabacologie.

Néanmoins, la constitution de la base nationale informatisée des fumeurs s'adressant à une consultation de tabacologie du réseau CDT correspond au premier exemple national de recueil de données socio-démographiques et médicales, permettant d'étudier la population de fumeurs qui s'adresse aux centres spécialisés d'aide au sevrage tabagique. L'utilisation d'un dossier informatisé transmissible par l'Internet a eu l'intérêt de réunir des données fiables pour 40 consultations de tabacologie réparties sur tout le territoire, alors que les données antérieures de la littérature ne fournissent que des informations individuelles détaillées sur les consultants d'une seule consultation spécialisée [9-11].

Le profil des consultants ne correspond pas au profil des fumeurs en France avec notamment une sous-représentation des 15-34 ans dans la base nationale CDT [12]. Les publics de jeunes fumeurs, pour lesquels l'arrêt serait bénéfique en termes de morbidité et mortalité évitées, ne fréquentent pas ou ne sont pas dirigés vers ces consultations de tabacologie, majoritairement hospitalières. Une première raison est sans doute le degré insuffisant de la motivation à l'arrêt à cet âge. En outre, la localisation hospitalière de ces consultations peut

constituer un obstacle aux demandes de sevrage de ce groupe de population. Il serait souhaitable de proposer des consultations spécialisées en milieu scolaire ou universitaire au moyen d'équipes mobiles pluridisciplinaires. Pour les adultes de moins de 34 ans, l'aide à l'arrêt du tabac en milieu professionnel pourrait s'intégrer dans la politique sociale de l'entreprise et des administrations, en faisant largement appel aux services de santé au travail.

L'analyse des caractéristiques socio-démographiques des fumeurs enregistrés dans la base nationale CDT a montré que les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à faire une tentative de sevrage tabagique [13, 10, 14]. Elles sont aussi plus jeunes que les hommes quand elles s'adressent à ces consultations pour une aide à l'arrêt du tabac, et ont fait davantage de tentatives antérieures de sevrage. Il faudrait envisager en conséquence des mesures encourageant l'accès des hommes aux consultations de tabacologie. En termes d'âge moyen, nos résultats confirment les données publiées en France [9] et en Espagne pour une série de fumeurs consultant un service hospitalo-universitaire d'aide au sevrage tabagique [11]. Les fumeurs enregistrés dans la base CDT avaient tendance à être plus éduqués que les fumeurs de la population française [15]. On notait également une sous-représentation des personnes en situation de vulnérabilité sociale parmi nos consultants : les hommes au chômage ou bénéficiant du RMI représentaient 9 % de la population de CDT alors que les chômeurs fumeurs correspondent à 12 % des fumeurs dans la population générale

[12]. Ce résultat est encore plus marqué chez les femmes : 9 % de chômeuses dans la base CDT *vs.* 15,2 % dans la population générale des femmes fumeuses [12]. Ces résultats montrent que l'offre d'aide au sevrage tabagique, par des consultations majoritairement situées en milieu hospitalier, ne compense pas les inégalités socio-économiques observées chez les fumeurs. Un certain nombre de barrières à l'accès aux services d'aide au sevrage tabagique ont été identifiées pour expliquer que les fumeurs précaires utilisent moins les services d'aide au sevrage tabagique : le manque d'information des bénéficiaires potentiels sur les services disponibles et le coût des traitements [16].

Les données de statut tabagique recueillies dans la base nationale CDT montrent que les consultations de tabacologie participant au programme CDT ont bien répondu à l'objectif assigné à leur création : la prise en charge des fumeurs les plus dépendants. La majorité des fumeurs peut, soit se sevrer seule, soit recourir à son médecin traitant pour bénéficier d'une aide pharmacologique éventuelle ainsi que d'un suivi. *A contrario*, la population enregistrée dans les centres CDT était particulière : 46 % d'entre eux présentaient une dépendance physique élevée au tabac *vs.* 16,5 % dans la population générale des fumeurs [12]. La différence de niveau de dépendance physique au tabac entre les fumeurs de la population générale et les fumeurs consultant dans les centres d'aide au sevrage tabagique avait été évoquée dans une étude de Fagerström et coll. [17], notamment à partir de données françaises. Cette étude rapportait les travaux de Lagrue et coll. [18] sur le niveau de dépendance nicotinique mesuré pour trois catégories de fumeurs en France : un échantillon représentatif de la population générale, un échantillon de professionnels de santé et la clientèle d'une consultation de tabacologie. Les fumeurs présentant une dépendance élevée au tabac représentaient 19 % dans la population générale, 38 % dans l'échantillon des professionnels de santé et 58 % pour les consultants du centre de tabacologie. Nos résultats confirment les rares données déjà publiées, sur un échantillon national de 40 consultations de tabacologie.

Nous avons été surpris du faible nombre déclaré de tentatives de sevrage de durée supérieure ou égale à sept jours. Ces données ne correspondent pas du tout aux informations recueillies dans l'échantillon représentatif du Baromètre Santé 2000 avec une moyenne de 8,6 tentatives d'arrêt antérieures [12]. Ce résultat pourrait être partiellement expliqué par le fait que la population du Baromètre Santé est moins dépendante physiquement au tabac (16,5 % de fortement dépendants au tabac *vs.* 46 % chez les fumeurs enregistrés dans CDT).

En ce qui concerne les caractéristiques médicales, nos résultats montrent que les consultations de tabacologie accueillent de manière préférentielle des malades graves pour leur sevrage tabagique. Tout d'abord, la population des fumeurs enregistrés dans la base nationale CDT présente des antécédents somatiques sévères. Chez ces groupes particuliers de fumeurs, l'arrêt du tabac est toujours bénéfique. Ainsi, les

résultats d'une méta-analyse portant sur l'effet du sevrage tabagique sur la mortalité après la survenue d'un infarctus du myocarde ont mis en évidence une réduction du risque relatif de décès s'échelonnant de 15 % à 61 % en fonction des études [19]. Pour autant, l'application des recommandations de sevrage tabagique chez les patients hospitalisés pour un événement coronarien est encore largement insuffisante. Ainsi, les études EUROASPIRE I (1995-1996) et EUROASPIRE II (1999-2000) ont montré que la fréquence du tabagisme restait stable (19,5 % en 1995-1996 et 20,8 % en 1999-2000) chez des patients ayant été hospitalisés pour une pathologie coronarienne et interrogés six mois après leur sortie de l'hôpital [20]. Pour les antécédents pulmonaires, qui concernent un quart des fumeurs enregistrés dans la base nationale CDT, les données de la littérature ont montré que le sevrage tabagique améliore les résultats des explorations fonctionnelles des bronchites chroniques. Ainsi, pour la *Lung Health Study*, les patients atteints de BPCO d'intensité faible ou modérée ayant bénéficié d'une intervention d'aide au sevrage tabagique présentaient une amélioration fonctionnelle respiratoire dans l'année suivant l'arrêt du tabac [21].

Outre les antécédents somatiques, la population des fumeurs ayant recours aux consultations de tabacologie CDT se caractérise par des éléments anxio-dépressifs sur lesquels Lagrue avait déjà attiré l'attention [9]. Cet auteur observait 34 % de troubles anxio-dépressifs chez les fumeurs fortement dépendants dans une consultation hospitalo-universitaire de tabacologie. Ainsi, cette observation peut être généralisée à 40 consultations participant au programme CDT et réparties dans toute la France. La nature de ces troubles anxieux et dépressifs doit être précisée par un entretien psychologique et éventuellement, l'utilisation d'autres questionnaires : ceci est indispensable pour pouvoir mettre en place le traitement permettant d'améliorer le pronostic du sevrage tabagique.

Les résultats concernant les fumeurs enregistrés dans la base nationale CDT ont montré qu'il s'agissait de fumeurs particuliers, présentant des maladies liées au tabac, des éléments anxio-dépressifs et une dépendance forte au tabac. Ces données tendent à conforter l'hypothèse d'un noyau dur de fumeurs, les *hard-core smokers*, défini par Emery [22]. Ils sont identifiés dans notre population par trois critères de gravité : une forte dépendance tabagique, un antécédent médical cardio-vasculaire ou respiratoire et des éléments dépressifs actuels ou recensés dans les antécédents. Cette association de trois critères de gravité est retrouvée chez 9,2 % des hommes et chez 10,2 % des femmes de la population CDT.

Pour mieux prendre en considération les besoins des fumeurs consultant dans les centres spécialisés d'aide au sevrage tabagique, un certain nombre de nouvelles variables pourraient être recueillies : la consommation de cannabis, le dépistage des troubles bipolaires. En effet, la consommation de cannabis n'a pas pu être appréciée au moyen de la variable « autres dépendances » alors qu'elle constitue un facteur de difficulté du sevrage, notamment chez les fumeurs de moins de 45 ans [23]. Par ailleurs, la prévalence élevée des éléments

dépressifs dans la population CDT pourrait justifier le dépistage et l'exploration des troubles bipolaires chez les fumeurs s'adressant aux consultations de tabacologie [24, 25]. D'autres variables présentes dans le dossier-papier de tabacologie devraient faire l'objet d'une saisie obligatoire dans le système CDT, en particulier l'âge de début du tabagisme et la motivation à l'arrêt du tabac. Il s'agit en effet de facteurs pronostiques importants du sevrage tabagique et de l'évaluation des risques somatiques.

La représentativité des résultats sera d'autant plus certaine que l'on favorisera l'extension des pratiques standardisées minimales grâce à l'adoption du système CDT par un nombre croissant de consultations de tabacologie sur le territoire national. L'uniformisation des pratiques recommandées de tabacologie (utilisation systématique du test de Fagerström et de l'HAD, mesure du CO dans l'air expiré) est vérifiée par les enquêtes « une semaine donnée », mais les souhaits d'informatisation des consultations sont encore insuffisants (33 %) [3]. Il paraît donc utile de valoriser ce système auprès des tabacologues et surtout d'améliorer l'outil informatique qui permet le recueil et la transmission rapides de données. Le programme CDT est un système unique de description de l'activité des consultations de tabacologie en France. Un tel dispositif n'existe nulle part ailleurs à notre connaissance. Il permettra à chaque consultation de suivre l'évolution du profil de ses consultants. Il est aussi un outil d'aide à la décision pour guider les tutelles dans leur politique d'aide au sevrage tabagique. Il peut enfin servir de support à des recherches de comparaison de stratégies thérapeutiques.

## Conclusion

Les 14 574 fumeurs enregistrés dans la base nationale CDT au cours de la période 2001-2003 correspondaient à une population d'âge moyen, à prédominance féminine, active et éduquée avec parallèlement, une sous-représentation des jeunes et des personnes en situation de vulnérabilité sociale. Le grand nombre de personnes très malades, tant du point de vue de leur niveau élevé de dépendance physique au tabac que de la présence de maladies liées à l'exposition au tabac et des tendances anxieuses et dépressives, démontre que l'objectif de la création de ces consultations a été atteint et qu'elles correspondent à un besoin réel. Les trois-quarts de la population présentaient au moins l'un des trois critères de gravité définis. Il apparaît dès maintenant nécessaire de proposer et d'évaluer des stratégies ciblées sur les trois sous-groupes identifiés dans notre étude : les fumeurs très dépendants ayant des troubles psychologiques (en liaison avec les psychiatres et psychologues) ; les fumeurs très dépendants ayant des complications somatiques (en liaison avec les spécialistes d'organes) ; les 10 % de fumeurs ayant les trois critères de gravité, qui nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire intensive. On pourra proposer aux fumeurs sans critère de gravité des prises en charge plus légères axées sur le médecin traitant. Enfin, nos résultats conduisent à envisager des inter-

ventions adaptées pour les jeunes et les populations précaires qui s'adressent peu à ce dispositif spécialisé.

## Remerciements

Nous tenons à remercier le Professeur Gilbert Lagrue et Madame Solange Cormier pour leur implication dans la phase expérimentale du programme CDT ainsi que les équipes des 40 consultations de tabacologie qui ont participé au programme CDT au cours de la période 2001-2003.

## Références

- Hill C, Laplanche A : Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. *BEH* 2003 ; 22-23 : 98-100.
- Arwidson P, Léon C, Lydié N, Wilquin JL, Guilbert P : Evolutions récentes de la consommation de tabac en France. *BEH* 2004 ; 22-23 : 95-6.
- Jeanfrançois M, Fernandes E, Dautzenberg B, Dupont P, Ruelland A : Evolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003. *BEH* 2003 ; 22-23 : 108.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO : The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991 ; 86 : 1119-27.
- Zigmond AS, Snaith RP : The Hospital Anxiety and depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983 ; 67 : 361-70.
- Ewing JA : Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA* 1984 ; 252 : 1905-7.
- Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies : Cannabis, alcool, tabac et autres drogues à la fin de l'adolescence : usages et évolutions récentes ESCAPAD 2003. *Tendances* 2004 ; 39 : 1-4.
- Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P : Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002. OFDT, Paris, 2003, 232 pages. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eropp02.htm>.
- Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R : Troubles anxieux et dépressifs dans la dépendance tabagique. *Encephale* 2002 ; 28 : 374-77.
- McGovern PG, Lando HA, Roski J, Pirie PL, Sprafka JM : A comparison of smoking cessation clinic participants with smokers in the general population. *Tob Control* 1994 ; 3 : 329-33.
- Nerin I, Crucelaegui A, Mas A, Guillen D : Profile of smokers who seek treatment at a smoking cessation clinic. *Arch Bronconeumol* 2003 ; 39 : 298-302.
- Oddoux K, Peretti-Watel P, Baudier F : Tabac. In: Guilbert P, Baudier F, Gautier A (sous la direction de). *Baromètre Santé 2000 "Résultats"*. Editions CFES, Paris 2001 : 77-122. <http://www.cfes.sante.fr/Barometres/Baro2000/pdf/tabac.pdf>.
- Department of Health : Statistics on smoking cessation services in England, April 2002 to March 2003. London: National statistics, Statistical Bulletin 25, 2003. [http://www.publications.doh.gov.uk/public/work\\_public\\_health.htm#top](http://www.publications.doh.gov.uk/public/work_public_health.htm#top).
- US Department of Health and Human Services : Women and Smoking : A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control (CDC). National Center for Chronic Disease Prevention and Health

- Promotion. Office on Smoking and Health, 2001. [http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr\\_forwomen/sgr\\_women\\_chapters.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/sgr_women_chapters.htm).
- 15 INSEE : Recensement de la population française - Mars 1999. <http://www.recensement.insee.fr>.
  - 16 Cummings KM, Hyland A, Ockene JK, Hymowitz N, Manley M : Use of the nicotine skin patch by smokers in 20 communities in the United States, 1992-1993. *Tob Control* 1997 ; 6 : S63-70.
  - 17 Fagerström KO, Kunze M, Schoberberger R, Breslau N, Hughes JR, Hurt RD, Puska P, Ramstrom L, Zatonski W : Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob Control* 1996 ; 5 : 52-6.
  - 18 Lagrue G, Grimaldi B, Demaria C, Loufrani E, Levaillant C : Epidémiologie de la dépendance physique à la nicotine (test de Fagerström) - Résultats d'une enquête IFOP. *J Depend Tabag* 1989 ; 40 : 2448-50.
  - 19 Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D : Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 939-44.
  - 20 EUROASPIRE I and II Group; European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events : Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. EUROASPIRE I and II Group. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. *Lancet* 2001 ; 357 : 995-1001.
  - 21 Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS : Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2000 ; 161 : 381-90.
  - 22 Emery S, Gilpin EA, Ake C, Farkas AJ, Pierce JP : Characterizing and identifying "hard-core" smokers: implications for further reducing smoking prevalence. *Am J Public Health* 2000 ; 90 : 387-94.
  - 23 Ford DE, Vu HT, Anthony JC : Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample. *Drug Alcohol Depend* 2002 ; 67 : 243-8.
  - 24 Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R : Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 2000 ; 59 : S5-S30.
  - 25 Lagrue G, Cormier S, Mautrait C : Troubles de l'humeur et dépendance tabagique. *Encephale* 2004 ; 30 : 500-1.
-