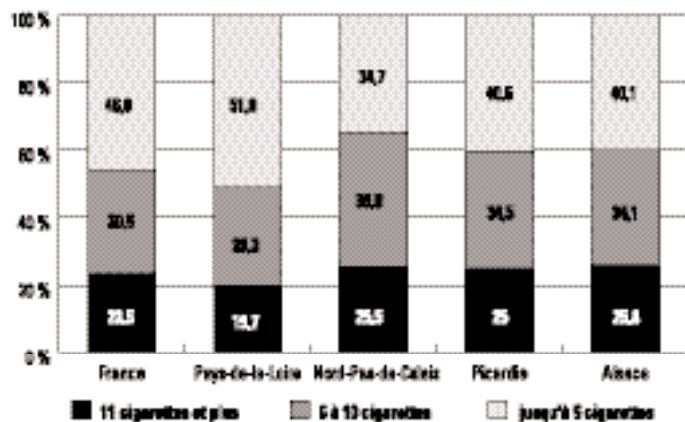


Toutefois, en dehors des Pays-de-la-Loire, la proportion de jeunes fumeurs réguliers déclarant consommer plus de 10 cigarettes par jour est équivalente entre les régions.

Graphique 3

Nombre de cigarettes fumées par jour par les fumeurs réguliers (deux sexes confondus)



Sources : Baromètre Santé Jeunes, ORS, CRES

Le désir d'arrêter

En France, 57,0 %** des jeunes fumeurs déclarent vouloir s'arrêter de fumer. Sur ce point, les Pays-de-la-Loire (57,2 %) sont identiques à la moyenne nationale, alors qu'en Nord-Pas-de-Calais les jeunes fumeurs déclarent plus fréquemment avoir envie d'arrêter de fumer (60,9 %). A l'inverse, 52,7 % des jeunes Picards et 52,6 % des jeunes Alsaciens affirment avoir envie de s'arrêter de fumer, taux inférieur à la moyenne nationale.

Le respect des zones non-fumeurs

Les zones non-fumeurs les plus couramment respectées par les jeunes Français sont celles des transports en commun : 8,7 % des jeunes disent qu'il leur arrive d'y fumer. Viennent ensuite les restaurants (9,4 %), le lieu de travail (15,5 %), les lieux publics couverts (23,4 %), les bars et cafés (24,7 %), et les lieux d'enseignement (27,1 %). Cette hiérarchie est globalement la même pour les quatre régions. Néanmoins, pour les bars et cafés et pour les lieux publics couverts, elle est plus élevée dans le Nord-Pas-de-Calais (33 % dans chaque cas) que dans les autres régions. Pour les lieux de travail, c'est en Picardie et en Alsace que les taux sont les plus élevés (16,4 % et 17,4 %).

La perception de la dangerosité du tabac

Sur le plan national, 48,6 % des jeunes estiment qu'il est dangereux pour la santé de fumer quotidiennement, taux proche de celui de l'Alsace (50,8 %) et des Pays-de-la-Loire (49,3 %). En Picardie (44,6 %) et Nord-Pas-de-Calais (40,1 %) ces taux sont significativement moins élevés, les jeunes de ces régions ayant davantage répondu que le tabac était dangereux pour la santé dès que l'on devient fumeur occasionnel.

La crainte des maladies liées au tabac

En France, la crainte des maladies liées au tabac est partagée par une majorité de jeunes fumeurs (53,9 %). Ce taux est sensiblement équivalent pour l'ensemble des quatre régions,

sans différence significative entre elles. Les non-fumeurs craignent beaucoup moins ces maladies (18,1 %). Si ces résultats n'ont rien de surprenant, la proportion de non-fumeurs qui ont peur des maladies liées au tabac n'est pas négligeable, ce qui pourrait refléter leur crainte du tabagisme passif.

LE BAROMÈTRE SANTÉ JEUNES : UNE VISION GLOBALE DE LA SANTÉ DES JEUNES QUI APPORTE SON LOT DE SURPRISES

Le Baromètre Santé Jeunes régionalisé présente une grande avancée dans la connaissance des réalités sanitaires des quatre régions concernées. Complétant les sources de données régionales, parcellaires et hétérogènes, le Baromètre Santé Jeunes permet de présenter la situation sanitaire des 12-25 ans et clarifie des points encore mal connus.

Si l'on se réfère aux données de mortalité retenues dans la base de données SCORE-santé, le Nord-Pas-de-Calais présente la situation la plus défavorable de l'ensemble du territoire métropolitain (en 1995-1997) pour ce qui est des décès par cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes (surmortalité de 40 % chez les hommes, par rapport à la moyenne France), et des décès par bronchite chronique (surmortalité de 67 %). Les positions de la Picardie et de l'Alsace ne sont guère plus enviables : pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes, ces deux régions se situent respectivement au 6^e et 7^e rang des régions les moins bien classées (et aux 3^e et 4^e pour la bronchite chronique masculine). Quant aux Pays-de-la-Loire, leur situation est nettement moins défavorable, puisque la région présente une sous-mortalité de l'ordre de 20 % pour les deux types de causes citées.

Le nouvel éclairage apporté par les données des Baromètres Santé Jeunes régionalisés s'accompagne de confirmations sur des situations déjà connues, mais apporte aussi quelques surprises.

L'exemple du tabac est de ce point de vue démonstratif. Si l'on s'en tient aux données de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon, la situation du Nord-Pas-de-Calais et, dans une moindre mesure, celles de la Picardie et de l'Alsace sont tout à fait préoccupantes. Ces trois régions enregistrent pour les hommes des taux de mortalité significativement supérieurs à la moyenne française alors qu'à l'inverse, la mortalité des Pays-de-la-Loire est l'une des plus faibles de France.

Force est de constater qu'en matière de consommation des 12-25 ans la situation est sensiblement différente. En effet, si l'on prend en référence la proportion de jeunes consommant quotidiennement du tabac, le Nord-Pas-de-Calais est, des quatre régions enquêtées, celle qui présente les taux de consommation les plus faibles, inférieurs même à la moyenne nationale, alors que la consommation dans les Pays-de-la-Loire se situe sensiblement au-dessus de cette moyenne. La Picardie est, à peu de choses près, au niveau des Pays-de-la-Loire.

Il n'est pas possible d'en conclure que d'ici à quelques décennies la hiérarchie des régions en matière de mortalité liée à la consommation de tabac ou d'alcool se trouvera profondément bouleversée. En revanche, il apparaît clairement que fixer des priorités de santé à partir des seules données de mortalité peut parfois conduire à décider ce qui doit être fait aujourd'hui en se référant à des constats qui ne sont, en partie au moins, déjà plus d'actualité.

* Définitions utilisées dans l'enquête :

Fumeur occasionnel : personne déclarant fumer moins d'une cigarette par jour

Fumeur régulier : personne déclarant fumer au moins une cigarette par jour

** Ce pourcentage est le résultat d'une standardisation année par année d'âge sur le recensement de 1999.

Le tabagisme des élèves infirmières et sages-femmes de l'AP-HP

R. Molimard R, B. Dautzenberg, D. Youssi, L. Josseran, AM. Schoelcher, A. Deveau,

Comité central de prévention du tabagisme et Délégation à la promotion de la santé et à l'action sociale, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Le statut tabagique des professionnels de santé influence leur aptitude à prendre en compte la prévention tabagique lors de leur pratique quotidienne [1-3]. L'hôpital et les lieux de soins sont, selon la loi, des lieux non-fumeurs et la charte hôpital sans tabac édictée dans son article 4 que doit être mise en place une aide à l'arrêt du personnel hospitalier fumeur [1]. Dans ce cadre l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a voulu établir un état du statut tabagique initial des étudiants en soins infirmiers et des élèves sages-femmes afin de pouvoir mesurer dans l'avenir l'efficacité des actions mis en œuvre.

Nous rapportons ici une enquête exhaustive conduite en 2000 sur l'ensemble des élèves de première année des instituts de soins infirmiers (IFSI) et des élèves des quatre années des écoles de sages-femmes de l'AP-HP.

MÉTHODE

Une enquête a été conduite auprès de trois sous-groupes d'étudiants : les étudiants de première année des Instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) de l'AP-HP lors de la rentrée de première année de février 2000 (9 IFSI, 896 étudiantes) et d'octobre 2000 (10 IFSI, 1 068 étudiants) et l'ensemble des étudiants des deux écoles de sages-femmes de l'AP-HP (201 étudiants sur quatre années d'études) soit un effectif total de 2 165 étudiants. L'étude a porté sur les élèves des quatre années d'étude chez les sages-femmes afin d'obtenir un effectif suffisant dans ce sous-groupe.

Un auto-questionnaire anonyme a été distribué dans chacune des classes durant les heures régulières de cours et aussitôt récupérés.

Pour cette enquête un *fumeur régulier* a été défini comme un étudiant fumant au moins une cigarette de tabac par jour, et un *fumeur occasionnel* comme un fumeur ne fumant pas quotidiennement de cigarettes. Le test de Fagerström utilisé pour calculer la dépendance à la nicotine des fumeurs est le test à six questions, dont le score maximum est de 10, repris dans la conférence de consensus sur l'arrêt du tabac [4-5].

RÉSULTATS

Population

Sur un effectif théorique de 2 165 étudiants, un total de 1 981 questionnaires a été récupéré dont 1 972 sont exploitables, soit 91,2 % de réponses exploitables parmi l'effectif théorique. La majorité des non-réponses est liée à l'absence de l'étudiant le jour de l'enquête.

Les principales caractéristiques démographiques des étudiants de l'étude sont portées dans le tableau 1. Les caractères démographiques varient selon les sous-groupes d'étudiants. L'âge moyen est de 23,1±4, ans. Les élèves sages-femmes constituent le groupe le plus jeune (22,7 ± 2,6 ans) alors que l'effectif porte sur les quatre années d'étude.

La féminisation est très forte avec 84,4 % de femmes, mais sa répartition est différente dans les trois groupes : elle est quasi totale pour les sages-femmes (1 seul étudiant) alors que la proportion d'hommes a été plus importante à la rentrée d'octobre des IFSI (16,7 % qu'à la rentrée de février (13,5 %) (p<0,01) (Tableau I).

Tableau 1

Tabagisme dans les trois enquêtes des écoles de santé de l'AP-HP.

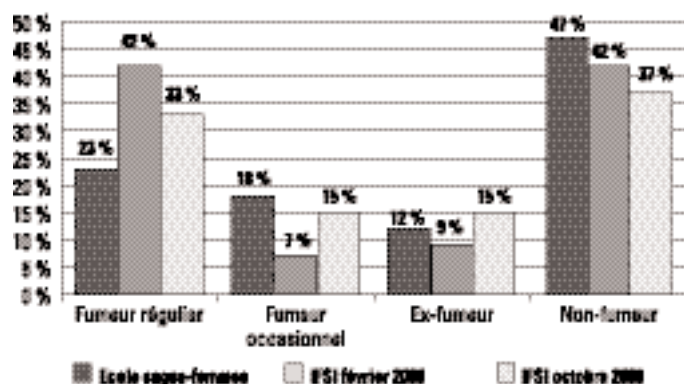
	Ecole sages-femmes	IFSI fév. 2000	IFSI oct.2000	Total
Effectif théorique (n)	201	896	1 068	2 165
Réponses exploitables (n)	196	858	918	1972
Taux de réponse (%)	97,5 %	95,8 %	86,0 %	91,1 %
Âge (années) (m ± sd)	22,7±2,6	23,2±4,7	23,1±4,8	23,1±4,6
Homme (%)	0,5 %	16,7 %	13,5 %	13,6 %
Fumeur régulier (%)	23,0 %	42,4 %	32,9 %	36,0 %
Fumeur occasionnel (%)	17,9 %	6,8 %	15,1 %	11,7 %
Ex-fumeur (%)	12,2 %	8,5 %	15,5 %	11,7 %
Non-fumeur (%)	46,9 %	42,3 %	36,6 %	40,5 %
Nombre cig/j (m ± sd)	7,7±4,9	10,6±6,5	11,0±6,7	10,6±6,5
Âge initiation (ans) (m ± sd)	15,1±2,1	15,0±2,2	14,7±2,6	14,8±2,4
Âge tabagisme régulier (ans) (m ± sd)	17,1±3,4	16,8±2,2	16,6±2,7	16,7±2,6
Tentative d'arrêt (%)	64,0 %	88,4 %	80,0 %	76,0 %
Nombre tentative arrêt (mediane, maxi-mini)	3 (0-12)	2 (0,10)	2 (0,11)	2 (0,12)
Durée tentative arrêt (jours) (mediane, maxi-mini)	150±211 (55 (10-280))	119±190 (58 (14-365))	96±157 (42 (7-210))	109±176 (51 (7-365))
Score de Fagerström (mediane, maxi-mini)	0,8±1,9 (1 (0-6))	2,2±2,1 (2 (0-7))	2,1±2,2 (2 (0-8))	2,1±2,2 (2 (0-8))
Non ou pas dépendant	89,7 %	76,2 %	76,1 %	73,4 %
Dépendance	4,4 %	19,2 %	18,0 %	20,8 %
Dépendance forte ou très forte	5,9 %	4,6 %	5,9 %	5,9 %

Tabagisme

Sur l'ensemble des écoles, le taux de tabagisme régulier est de 36,0 %, celui des fumeurs occasionnels de 11,7 %. Ainsi 47,7 % de cette population est composée de fumeurs occasionnels ou réguliers. Le taux de non-fumeurs est de 40,5 % et celui d'ex-fumeurs de 11,7 %, ainsi 52,2 % de cette population d'étudiants en matière de santé ne consomme pas actuellement de tabac (Figure 1). Les données par école (non présentées) montrent des variations importantes d'une école à l'autre, mais les effectifs sont le plus souvent faibles, ce qui rend ces variations ininterprétables.

Figure 1

Statut tabagique dans les trois sous-groupes d'enquête (n= 1972)

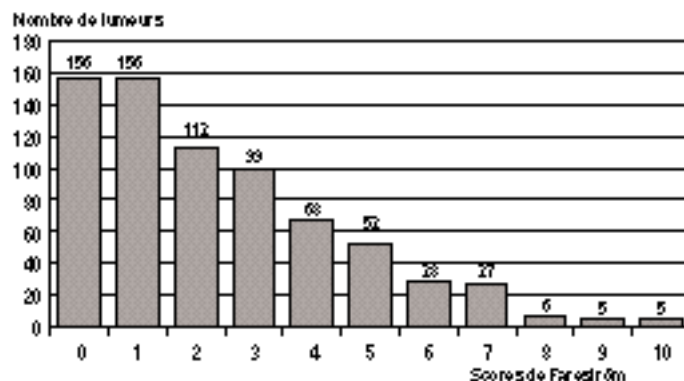


Dépendance

Un questionnaire de Fagerström à six questions a été complété par tous les fumeurs. Le score de Fagerström correspond à une absence de dépendance ou une dépendance faible chez 358 fumeurs (50,2 %), à une dépendance moyenne (score de 4 à 6) chez 310 fumeurs (43,5 %) et une dépendance forte ou très forte chez 45 fumeurs (6,3 %) (Figure 2).

Figure 2

Répartition des scores de Fagerström (0 à 10) (n=713)



Ex-fumeur

La prévalence des ex-fumeurs varie de 8,5 à 15,5 % selon les groupes d'enquête.

Le taux d'ex-fumeurs est plus élevé chez les hommes (14,2 %) que chez les femmes (11,8 %).

L'âge moyen des ex-fumeurs est plus élevé (24,5 ± 4,4 ans) que chez celui de la population des fumeurs (23,2 ± 4,1 ans) ou de la population des non-fumeurs (23,1 ± 4,8 ans) (p<0,01).

Tentative d'arrêt

Parmi les fumeurs, les tentatives d'arrêt ont été nombreuses. Elles sont moins nombreuses chez les étudiants sages-femmes (qui fument moins et sont plus jeunes) mais plus de la moitié des fumeurs (tableau 1) a déjà essayé d'arrêter de fumer. La durée médiane de ces arrêts du tabagisme rapportés varie de 42 à 58 jours selon les sous-groupes. Les fumeurs réguliers n'ayant jamais fait de tentative d'arrêt sont minoritaires parmi la population étudiée (24,0 %). Ces fumeurs n'ayant pas fait de tentatives de sevrage préalable ont un score de Fagerström élevé : 3,32 ± 2,45 (Figure 4).

Figure 3

Nombre de tentatives d'arrêt du tabac chez les fumeurs

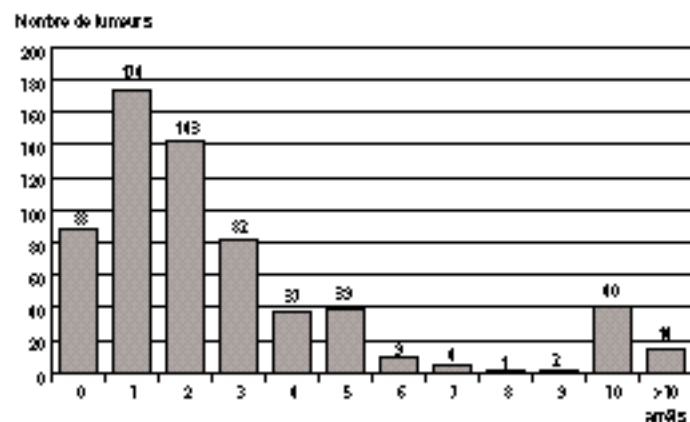
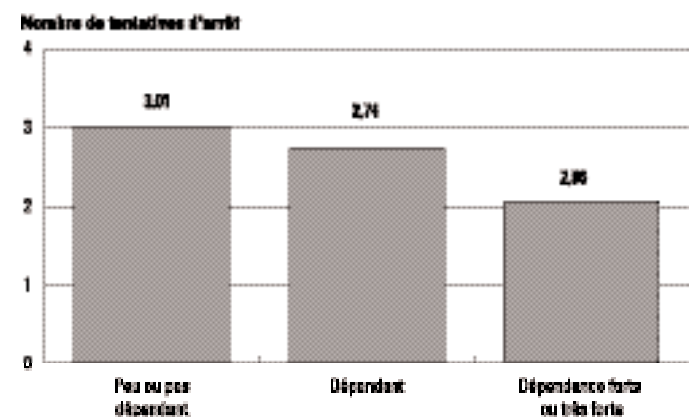


Figure 4

Nombre de tentatives d'arrêt du tabac selon la dépendance à la nicotine (classé selon les classes de score de Fagerström)



Répartition des habitudes tabagiques par sexe

Les étudiants ont en moyenne deux ans de plus que les étudiantes. Ils sont plus souvent fumeurs que les étudiantes (48,7 % contre 34,1 %) (p<0,05) alors qu'ils ont commencé au même âge (14,8 ± 2,7 ans et 14,8 ± 2,4 ans). Les étudiants fument plus de cigarettes par jour que les étudiantes (13,6 ± 8,1 contre 9,9 ± 6,0) (p<0,01) et ont un score de Fagerström plus élevé (3,5 ± 2,5 contre 2,1 ± 2,0) (p<0,01). De plus, ils rapportent plus d'arrêts que les étudiantes (4,9 ± 3,42 contre 2,7 ± 4,5 arrêts) (p<0,01). La différence de sexe n'explique que très partiellement la différence de taux de tabagisme et de dépendance observée entre les IFSI et les écoles de sages-femmes.

DISCUSSION

L'anonymat du questionnaire rend vraisemblablement compte du taux élevé (supérieur à 90 %) des réponses à cette enquête exhaustive sur un groupe de population ciblé. Il est vraisemblablement garant de leur sincérité. Le tabagisme régulier de cette population de professionnels de santé en formation est de 36,0 % soit un taux inférieur à celui de la population française féminine de même classe d'âge [4]. Le « Baromètre Santé » du Comité français d'éducation pour la santé rapportant ainsi un tabagisme de 48,5 % à 43,4 % entre 18-19 ans et 20-25 ans chez les filles et 45,8 % à 51,6 % chez les garçons pour les mêmes classes d'âges [6]. Il existe peu de travaux internationaux récents publiés sur les infirmières ou élèves infirmières [7]. Toutefois une étude anglaise de 1999 a mis en évidence dans une école de soins infirmiers une prévalence globale de 46 % de fumeurs, variant entre 52 % en première année à 43 % en troisième année. Ces chiffres sont supérieurs à ce qui est observée dans la population générale [8]. Hors Europe, une étude canadienne de 1991 montre

une prévalence du tabagisme de 30 % parmi les étudiantes de 33 écoles de soins infirmiers. Ce résultat est identique à la prévalence dans la population générale à classe d'âge égale (29 %) [9]. Une étude japonaise de 1995 montre également une prévalence chez les étudiants très proches de celui de la population générale (18,6 % dans les écoles de soins et 15 % en population générale) [10]. Même si ces résultats obtenus à l'AP-HP mettent en évidence un taux de tabagisme des élèves infirmières inférieur à celui de la population générale, ces chiffres restent néanmoins élevés en valeur absolue. Ce qui doit amener les écoles de soins à réfléchir à la mise en place de programmes de prévention qui soit spécifiques aux élèves infirmières.

Les études de la prévalence du tabagisme sur les infirmières diplômées sont plus nombreuses et permettent de constater un phénomène identique : les infirmières fument d'une façon très proche de celle de la population générale à classe d'âge égale. Il existe toutefois certaines exceptions comme l'Espagne où 68 % des infirmières fument ce qui est très supérieur à la consommation féminine de la population générale [11].

Ces résultats publiés chez les infirmiers vont à l'encontre de la déclaration du Conseil international des infirmières (CII) qui, à l'occasion des audiences publiques de l'OMS sur la Convention cadre pour le contrôle du tabac 12 octobre 2000, dit que les infirmières ne sont que 18 % à fumer dans les pays développés, sans citer ses sources.¹

Le tabagisme des sages-femmes est inférieur à celui des élèves infirmières. Cette différence n'est expliquée ni par une différence d'âge, ni par une variation importante du taux de tabagisme au cours des quatre années d'études. L'explication tient peut-être au fait que les sages-femmes ont un travail plus médical. Leur taux de tabagisme se rapproche de celui des internes de médecine de Paris qui est de 23 % de fumeurs réguliers (12). Il semble aussi que chez les professionnels de santé, en formation longue et médicalisée, le taux de tabagisme, par rapport à la population générale, soit moindre que celui observé chez les étudiants en formations plus courtes. Nous n'avons malheureusement pu réaliser de comparaison internationale car il n'existe pas de données publiées sur le tabagisme des élèves sages-femmes ou des sages-femmes diplômées.

CONCLUSION

Les infirmières peuvent jouer un rôle important dans la prise en charge du sevrage tabagique. La Cochrane Library montre que leur intervention augmente de 50 % les chances de sevrage

¹ <http://www.inc.ch.tabacco-statmentf.htm>

dans 16 études prospectives [2]. Indépendamment de cette aide apportée par l'infirmière ou la sage-femme, il est démontré que les soignants non-fumeurs sont plus crédibles quand ils prennent en charge leurs patients fumeurs. Ainsi un soignant non-fumeur augmente de 50 % son efficacité dans l'initiation et le maintien de l'arrêt du tabac [2].

Il est donc justifié d'agir auprès de ces professionnels pour les former à la prise en charge du tabagisme des patients, mais aussi d'aider les élèves fumeurs et fumeuses à arrêter de fumer durant leurs études. Il est nécessaire de savoir mobiliser l'ensemble des étudiants et d'aider la minorité des plus dépendants par une prise en charge spécifique. Cet arrêt du tabac leur permettra de vivre sans frustration dans l'ambiance non fumeuse des hôpitaux et lieux de santé non-fumeurs.

RÉFÉRENCES

- [1] Guide Hôpital sans tabac. RHST- CFES Vanves, 2000
- [2] Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev. 2001;3:CD001188
- [3] Vadasz I. Smoking habits of doctors and nurses and their attitudes towards smoking habits of patients. *Bull Int Union Tuberc Lung Dis* 1990; 65:100
- [4] Conférence de consensus sur l'arrêt du tabac, ANAES- AP-HP Edimark Paris 1998
- [5] Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence. *J Behav Med* 1989; 12:159-82
- [6] Baromètre santé 2000, CFES, Vanves, 2000
- [7] Rowe K, Macleod Clark J. Why nurses smoke: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2000;37:173-81
- [8] Rowe K, Macleod Clark J. Evaluating the effectiveness of a smoking cessation intervention for nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 1991;36:301-11
- [9] Harisson MB, O'Connor AM, Weaver LA. Canadian nurses and smoking. *The Canadian Nurse* 1991;8:28-31
- [10] Ohida T, Osaki Y, Kobayashi Y, et al. Smoking prevalence of female nurses in the national hospitals of Japan. *Tob Control* 1999;8:192-5
- [11] Heras Tebar A. Tabaquismo en enfermería. Rol de Enfermería. *Rev Enferm*. 1997;20:57-60
- [12] Salomon L, Levu S, Steffen C et al. Les internes et le tabagisme : connaissances et pratiques. *BEH* n°40/2001

Remerciements aux directrices, enseignantes et étudiantes d'IFSI et d'Ecole de Sage-femmes de l'ensemble des écoles de l'AP-HP qui ont collaboré au questionnaire et au recueil des données.

Evolution de l'activité des consultations hospitalières de tabacologie durant la période triennale 2000-2002

M. Jeanfrançois, E. Fernandes, Ministère de la santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris
B. Dautzenberg, Office français de prévention du tabagisme, Paris, J. Ménard, Faculté de médecine Broussais - Hôtel-Dieu, Paris

Le plan national de lutte contre le tabagisme mis en place en 1999, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et la prévention de la dépendance 1999-2001 ont mis la priorité sur l'information du public des dangers du tabagisme, les possibilités de sevrage tabagique ainsi que sur l'aide à apporter aux personnes souhaitant arrêter de fumer.

L'un des volets de mise en œuvre de cette politique est la création et le renforcement de consultations hospitalières de tabacologie ainsi que d'unités de coordination de tabacologie (circulaire DGS/EO2/DGS/2000/182 du 3 avril 2000). Des dotations nationales spécifiques « tabac », de 26,2 MF en 2000, de 25 MF en 2001 et de 14 MF en 2002 ont été attribuées aux hôpitaux. Leur utilisation au service des objectifs fixés est en cours d'évaluation.

Les résultats des activités des consultations hospitalières de tabacologie ont fait l'objet d'enquêtes annuelles qui ont été publiées en 2000 et 2001.

Nous présentons dans cet article les résultats de l'enquête 2002 et les tendances évolutives durant la période triennale 2000-2002.

MÉTHODE

La méthode utilisée en 2002 est exactement celle des enquêtes de 2000 et 2001.

L'enquête est de type transversal, réalisée sur une semaine donnée du 14 au 19 janvier auprès des établissements de santé publics et privés. Ont été incluses dans cette enquête, toutes les consultations ayant au moins une vacation hebdomadaire, recensées par l'Office français de prévention du tabagisme. Le questionnaire adressé à ces consultations est identique à celui des deux années précédentes. Il a porté sur le nombre des consultations, leurs activités, les outils utilisés et les ressources en personnel.

RÉSULTATS

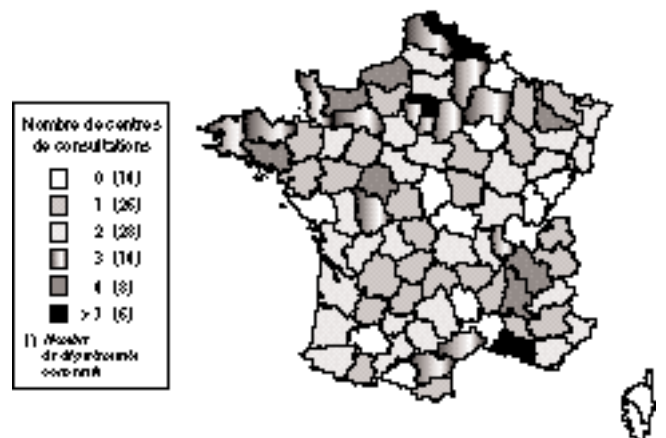
Le nombre total des centres de consultations de tabacologie hospitalières recensés en 2002 par l'Office français de prévention du tabagisme est de 260 en France métropolitaine et dans les DOM, soit une création de 46 centres de consultation durant ces trois dernières années.

Le taux de réponse à l'enquête est passé en trois ans de 70 % à 87 %. L'exploitation pour l'année 2002 porte donc sur 225 centres de consultations hospitalières de tabacologie.

Seize départements sont encore dépourvus de toute consultation de tabacologie hospitalières, soit 14 pour la métropole et 2 pour les DOM. En 2001, le nombre de départements dépourvus de consultations de tabacologie était de 22. Les données au niveau départemental ne sont pas disponibles pour 2000.

Figure 1

Répartition, par départements, des 225 centres de consultations de tabacologie hospitalières pour 2002



Nombre de patients, par semaine, fréquentant les consultations hospitalières de tabacologie

Le nombre total de patients pris en charge dans les consultations de tabacologie durant la semaine d'enquête est passé de 1 903 à 2 947, soit une augmentation de 55 % en trois ans.

Le nombre de patients vus par centre de consultation est resté stable, avec une médiane de neuf patients.

Le nombre moyen de patients examinés par vacation reste stationnaire, autour de cinq.

Le nombre de nouveaux consultants pendant la semaine enquêtée a baissé de 44 % à 36 % (- 8 %). Le nombre d'anciens consultants a augmenté de 56 % à 64 % (+ 8 %), ce qui indique un suivi plus prolongé des premiers consultants.

Le dépistage des patients hospitalisés pour des motifs autres que le tabagisme a également progressé. Ainsi, en 2002, 439 patients étaient hospitalisés dans l'établissement et ont été adressés en consultation de tabacologie ou vus au lit du malade, ce qui représente une augmentation de 90 % par rapport à 2000.