

LA CONSULTATION D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE DU CHU SAHLOUL : RÉSULTATS DU SUIVI ET FACTEURS PRÉDICTIFS D'ÉCHEC

**H. SAID LATIRI, S. KHEFACHA
AISSA, M. BEN REJEB, D.
CHEBIL, L. DHIDAH**

*Service de prévention et de sécurité
des soins- CHU SAHLOUL –
SOUSSE- TUNISIE*

RESUME

Introduction

Responsable d'une lourde morbi-mortalité, le tabagisme est devenu un enjeu majeur de Santé Publique. Les consultations d'aide au sevrage tabagique constituent un élément important dans la lutte contre le tabagisme. L'objectif principal de notre travail a été d'évaluer l'efficacité de la prise en charge des fumeurs s'adressant à la consultation d'aide au sevrage tabagique du CHU Sahloul par l'identification des facteurs influençant l'arrêt du tabagisme.

Matériels Méthodes

Nous avons procédé par une étude rétrospective qui a concerné les fumeurs s'étant présentés à la consultation d'aide au sevrage tabagique depuis la date de sa création jusqu'au mois de juin 2012. La prise en charge des fumeurs s'est basée sur une thérapie cognitivo-comportementale associée ou non à un traitement substitutif nicotinique. Les dossiers des fumeurs, pris en charge à la consultation, ont été utilisés comme source et outil de recueil des données. L'analyse des taux d'arrêt et des facteurs de succès et d'échec a été faite par un modèle de régression logistique.

Résultats

Le nombre de fumeurs était de 279 durant les deux années de l'étude. La population de l'étude était principalement masculine avec un âge moyen de $41,7 \pm 13,4$ ans. Plus de la moitié (51,2%) étaient de gros fumeurs et fortement dépendants à la nicotine (50,5%). Parmi tous les consultants, 34,4% (96/279) ont arrêté une semaine ou plus. L'analyse multivariée a montré qu'en

plus du facteur majeur que représente l'assiduité à la consultation, la durée du tabagisme (OR = 0,96 [0,94 – 0,99]) et les tentatives antérieures d'arrêt (OR= 0,45 [0,25 – 0,82]) prédisent un succès plus fréquent. En revanche, un profil dépressif (OR = 2,18 [1,18 – 4,01]) s'est avéré être un facteur de mauvais pronostic pour l'arrêt. Les rechutes à un an étaient plus fréquentes chez les personnes ayant un profil anxieux ainsi que chez les sujets fortement dépendants, non motivés et ayant un score de confiance faible.

Conclusion

Les résultats de cette évaluation nous ont permis de mieux orienter les axes d'amélioration de la prise en charge des consultants.

Mots clés : Fumeurs. Taux de cessation. Dépendance nicotinique. Facteurs prédictifs de l'arrêt

Auteur correspondant : Dr Houyem SAID LATIRI, CHU SAHLOUL 4054 SOUSSE TUNISIE ; Téléphone : +216 98 643908 ; Adresse e-mail : said_houyem@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le tabagisme n'est pas une maladie mais un comportement social qui entraîne une dépendance physique et psychologique importante nécessitant un accompagnement et un traitement spécifique. Il représente un problème majeur de santé publique et c'est la première cause évitable de mortalité dans le monde. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il tue près de 6 millions de personnes chaque année [1].

En Tunisie, on estime qu'il existe actuellement 1 700 000 fumeurs dans la tranche d'âge de 10 à 70. En outre, près de 7000 décès par an sont imputables au tabac soit l'équivalent de près de 20 décès par jour [2]. La lutte contre le tabagisme a commencé au début des années 1980. En s'inspirant de la convention cadre de lutte contre le tabagisme de l'OMS basée sur la prévention (primaire et secondaire), la législation et la recherche.

Afin d'aider les fumeurs à arrêter de fumer, le Ministère de la Santé a encouragé la mise en place de consultations d'aide au sevrage tabagique. Ces consultations constituent une activité nouvelle dans la pratique médicale en Tunisie. La première consultation a été ouverte en 1999 par le service de pneumologie de l'hôpital universitaire Charles Nicolle de Tunis [3].

En effet, il a été démontré que la prise en charge et le suivi du sevrage tabagique améliorent significativement le taux de réussite et améliore la qualité de vie durant l'arrêt. Cette prise en charge doit

être globale et s'étaler dans le temps, permettant de traiter les différents niveaux de dépendance, de prévenir ou de traiter les effets secondaires du sevrage, et enfin de réduire le taux de récurrence [4].

Convaincus qu'il est nécessaire d'évaluer le fonctionnement de ces consultations et d'identifier les contraintes et les facteurs influençant la réussite du sevrage tabagique, nous avons décidé d'entreprendre le présent travail auprès des fumeurs s'adressant à la consultation d'aide au sevrage tabagique du CHU Sahloul. Notre objectif a été d'estimer la fréquence de l'arrêt du tabac et d'identifier ses facteurs prédictifs chez ces fumeurs. Ceci devrait nous permettre de mieux adapter les interventions et d'améliorer la prise en charge des fumeurs.

METHODES ET PATIENTS

La consultation d'aide au sevrage tabagique du CHU Sahloul a été créée au mois de décembre 2009. Elle est assurée par deux médecins tabacologues à raison de deux demi-journées par semaine. Son travail est basé sur les recommandations du programme national tunisien de lutte anti tabac qui a été mis au point en 2009 :

- Identification du degré de motivation des fumeurs ;
- Evaluation de la dépendance physique à la nicotine ;
- Evaluation de l'état anxio-dépressif ;
- Encouragement à la vigilance diététique et à la pratique sportive ;
- Elaboration, en concertation avec le consultant, d'une stratégie de prise en charge thérapeutique reposant sur une thérapie cognitivo-comportementale et/ou les substituts nicotiniques.

Nous avons réalisé une étude rétrospective auprès des fumeurs s'étant présentés à la consultation depuis la date de sa création jusqu'au mois de juin 2012. Les dossiers des fumeurs, pris en charge à la consultation, ont été utilisés comme source et outil de recueil des données. Le médecin tabacologue recueille les données suivantes dès la première consultation :

- les variables sociodémographiques des fumeurs. : âge, sexe, niveau d'étude, antécédents personnels, habitudes de vie...
- les caractéristiques du tabagisme :
 - durée,
 - tentatives et motifs d'arrêt antérieurs,
 - consommation quotidienne de cigarettes,
 - mesure du CO dans l'air expiré,

- dépendance nicotinique : mesurée par le test de Fagerstrom (forme à 6 questions) [5,6] ; les fumeurs ayant un score de 7 à 10 sont considérés comme fortement dépendants à la nicotine ; ceux ayant un score de 0 à 6 sont considérés comme faiblement et moyennement dépendants.
- les éléments psychologiques :
 - le degré de confiance en soi à arrêter de fumer : évalué par une échelle visuelle analogique de 0 à 10. Sont considérés comme :
 - fumeurs ayant confiance en soi pour arrêter : score de 5 à 10,
 - fumeurs n'ayant pas confiance en soi : score de 0 à 5.
 - la motivation à l'arrêt : évaluée par le test de Lagrue et Legeron [7]. Selon le score, deux niveaux de motivation ont été définis:
 - motivation insuffisante : score < 12 points
 - motivation élevée : score ≥ 12 points
 - le profil anxio-dépressif : mesuré par le test HAD [8] permettant de dépister un état anxieux (A-HAD) et/ou dépressif (D-HAD). La note 12 constituerait un seuil optimal pour l'anxiété et la note 8 représenterait le seuil optimal pour la dépression.
- L'assiduité des fumeurs : mesurée par le nombre de consultations.

Pour ce travail, l'arrêt a été défini comme étant une abstinence complète et continue pendant au moins une semaine. La réalité du sevrage était auto-rapportée par les consultants et vérifiée par la mesure du CO dans l'air expiré (taux du CO expiré ≤ 6 ppm).

Tous les patients ont été contactés et interrogés par téléphone par l'infirmière chargée de la consultation, ce qui nous a permis de récupérer l'information auprès des patients qui ont interrompu le suivi.

Les sujets non-répondants, à la date du point, ont été considérés comme fumeurs persistants dans l'analyse des résultats.

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel SPSS 11.5. Pour l'identification des facteurs influençant le sevrage, nous avons entrepris une analyse statistique comparative univariée puis

multivariée entre les patients ayant arrêté, indépendamment de la durée, et ceux n'ayant pas arrêté d'une part, et entre les patients ayant réussi le sevrage jusqu'à un an et plus et les patients en rechute d'autre part.

La signification statistique des différences relevées entre les deux groupes a été réalisée, pour les pourcentages et les moyennes, respectivement par le test χ^2 et le test de Student. L'analyse multivariée a recouru à la procédure de régression logistique prenant en compte toutes les variables significatives au seuil $p \geq 20\%$. Le rôle de confusion possible de l'âge a été exploré dans l'association entre abstinence et durée du tabagisme.

RESULTATS

Description de la population de l'étude et du suivi

Le nombre des fumeurs ayant fréquenté la consultation d'aide au sevrage tabagique du CHU Sahloul était de 279 durant les deux années de l'étude. La population de l'étude était principalement masculine (92,8% vs 7,2%) avec un sex ratio de 12,9. L'âge moyen des consultants était de $41,7 \pm 13,4$ ans [15 – 74 ans].

Plus des $\frac{3}{4}$ de la population de l'étude pratiquaient une activité physique (77,3%). Une consommation d'alcool a été retrouvée chez 20,2% des fumeurs. Les antécédents cardio-vasculaires étaient les plus fréquents (20,7%). Le score moyen du test HAD était de $17,8 \pm 6,5$ [2 - 35]. Une note d'anxiété a été retrouvée chez 46,2% des consultants.

L'âge moyen de la première cigarette était de $16,9 \pm 4,3$ ans [10-39 ans]. Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les consultants était de $27,9 \pm 14,3$ [0 - 80]. Plus de la moitié de la population (51,2%) étaient de gros consommateurs de tabac (plus de 20 cigarettes / jour).

La durée moyenne du tabagisme de la population de l'étude était de $24,7 \pm 12,7$ ans [1 - 61]. Plus de la moitié des consultants ($n = 150$; 53,8%) ont essayé au moins une fois d'arrêter de fumer.

Parmi les consultants, 70% étaient motivés à l'arrêt du tabac. Le score moyen de motivation était de $14,3 \pm 4,5$ [0 - 20]. Le degré moyen de confiance en soi pour l'arrêt du tabac était de $6,4 \pm 2,9$ [0 - 10]. Le score était supérieur à 5 chez 72,5% des consultants.

La mesure du CO expiré a été réalisée chez 205 consultants. Le taux moyen de CO en ppm était de $16 \pm 9,7$ [1 - 50].

Plus de la moitié des fumeurs suivis (50,5%) étaient fortement dépendants à la nicotine (score de Fagestrom ≥ 7).

Le nombre moyen des consultations de suivi était de $2,5 \pm 2,7$ [1 -19]. Parmi les fumeurs inclus dans l'étude, 70,3% (n=196) n'ont bénéficié que d'une seule ou deux consultations.

Réussite du sevrage

Nous avons défini l'arrêt du tabagisme comme une abstinence totale d'une durée supérieure ou égale à une semaine. Parmi tous les consultants, 34,4% (96/279) ont arrêté une semaine ou plus avec une médiane de la durée d'arrêt de 45 jours (allant de 7 jours à 4 ans).

La proportion des fumeurs ayant arrêté varie selon la durée maintenue du sevrage : elle était de 25,8% à 1 mois, de 13,3% à 3 mois, de 9,7% à 6 mois et de 7,2% à un an.

Facteurs influençant le sevrage

Une analyse comparative univariée puis multivariée entre les profils et le suivi à la consultation des fumeurs ayant réussi le sevrage et ceux qui n'y sont pas parvenus, nous a permis d'identifier les facteurs influençant la réussite ou l'échec du sevrage.

L'analyse univariée des facteurs influençant l'arrêt (sans notion de durée) a montré que les différences selon le sexe, le score A-HAD et le score de confiance en soi, n'étaient pas statistiquement significatives. En revanche, les deux groupes diffèrent significativement selon les facteurs concernant l'assiduité à la consultation (nombre de consultations > 2) et les tentatives antérieures d'arrêt ($p < 10^{-3}$) ainsi que selon l'âge, le score D-HAD et la durée du tabagisme ($p = 0,01$). Ces différences sont à la limite de la signification pour le nombre de cigarettes consommées par jour, le score de motivation à l'arrêt et le score de dépendance (Tableau 1).

Quant à l'analyse multivariée, elle a montré que l'assiduité à la consultation représente le plus fort facteur prédictif de réussite (OR = 0,13 [0,07 - 0,24]). Après avoir supprimé l'effet de l'assiduité à la consultation, une durée plus longue de l'évolution du tabagisme (OR = 0,96 [0,94 - 0,99]) et les tentatives antérieures d'arrêt (OR = 0,45 [0,25 - 0,82]) prédisent un succès plus fréquent. En revanche, un profil dépressif (OR = 2,18 [1,18 - 4,01]) s'est avéré être un facteur de mauvais pronostic pour l'arrêt (Tableau 2).

L'analyse des facteurs de rechute à un an a montré que les fréquences de rechute ont été très proches pour les hommes et les femmes (79,1% vs 80%). Ces rechutes ont été plus fréquentes chez les personnes ayant un profil anxieux (84,1% vs 75%) et chez les personnes dont le score D-HAD était inférieur à 8 (83,1% vs 71%).

La durée moyenne du tabagisme était plus courte chez les personnes ayant rechuté avant un an ($26,9 \pm 12,8$ ans vs $29,7 \pm 9,9$ ans).

La fréquence de rechute avant un an était plus élevée chez les fumeurs ayant essayé d'arrêter antérieurement, les sujets fortement dépendants, les sujets non motivés (score <12) ainsi que chez les sujets ayant un score de confiance faible (score < 5) et ceux ayant consulté plus que deux fois.

L'analyse univariée des facteurs influençant la rechute à un an n'a pas mis en évidence de différences statistiquement significatives pour tous les facteurs étudiés (Tableau 3).

DISCUSSION

Le sevrage tabagique nécessite une prise en charge globale, étalée dans le temps et bien codifiée. Sa réussite dépend de multiples facteurs liés à l'individu, à son environnement et à la qualité de sa prise en charge. L'intervention du médecin doit s'appuyer sur des outils utiles à chaque étape de son intervention [9].

Comme toute pratique professionnelle, il est indispensable d'évaluer les résultats des interventions des médecins responsables des consultations d'aide au sevrage tabagique par l'estimation du taux d'arrêt ainsi que par l'identification des facteurs prédictifs de réussite ou d'échec.

Pour la consultation d'aide au sevrage tabagique du CHU Sahloul, le taux de sevrage des fumeurs suivis durant la période de l'étude, sans tenir compte de la durée, était de 34,4%. Parmi ces derniers, 7,2% avaient maintenu l'arrêt à un an et plus.

Avec une définition de l'arrêt identique à celle retenue dans notre étude (abstinence à une semaine et plus), une étude tunisienne similaire [10] a retrouvé un taux d'arrêt plus bas (27%).

Dans la présente étude, le taux d'arrêt décroît selon la durée : il était de 25,8% à un mois, de 13,3% à 3 mois, de 9,7% à 6 mois et de 7,2% à un an, et ce, indépendamment de la régularité du suivi.

Une autre étude tunisienne a rapporté un taux d'abstinence à 6 mois plus élevé que le notre (23% vs 9,7%) [10]. Cependant, cette différence pourrait être expliquée par le fait que les consultants ont été régulièrement suivis durant une période de 6 mois.

Pour l'arrêt à un an et plus, le taux d'abstinence retrouvé dans la présente étude est plus bas que celui retrouvé dans les consultations de sevrage tabagique de deux centres hospitaliers français (7,2% vs 29,5% et 12%) [11, 12].

L'abstinence à un an ou plus retrouvée chez nos consultants était comparable aux résultats d'une étude américaine qui a montré que le taux de maintien du sevrage à un an chez les fumeurs qui s'arrêtent sans aide était de 7% [13].

Les taux insuffisants d'arrêt décrits dans notre étude pourraient être expliqués par la forte dépendance physique retrouvée chez plus de la moitié de nos consultants (50,5%) ainsi que par le nombre élevé de personnes perdues de vue et qui ont dû être comptées comme échec dans l'analyse. De plus, 70,3% des sujets inclus dans notre étude n'ont bénéficié que d'une seule ou deux consultations.

Il est par ailleurs important de noter que l'arrêt de la consommation de cigarettes est fortement souhaitable à tout âge, puisque arrêter à l'âge de 60, 50, 40 ou 30 ans permet de gagner, respectivement, environ 3, 6, 9 ou 10 ans d'espérance de vie [14].

En outre, plusieurs études ont démontré que l'âge, le sexe masculin et le haut niveau d'éducation sont des facteurs déterminants du sevrage tabagique [12,15-21].

Les deux premiers facteurs ne sont pas apparus comme des facteurs déterminants du sevrage tabagique ni dans notre étude (en analyse multivariée) ni dans une autre étude tunisienne [10]. Ceci pourrait être expliqué par le fait que la proportion de femmes et de sujets âgés qui se sont présentés à la consultation est faible par rapport aux autres études.

En revanche, des facteurs comme les tentatives antérieures d'arrêt, une durée plus longue de l'évolution du tabagisme et l'assiduité à la consultation, sont apparus comme des facteurs de succès du sevrage tabagique (indépendamment de la durée de l'arrêt) aussi bien dans notre étude que dans d'autres études citées dans la littérature [19,22].

Par ailleurs, le profil dépressif est apparu dans notre étude comme un facteur de mauvais pronostic pour l'arrêt. Un résultat similaire a été retrouvé dans une autre étude tunisienne [23].

A la différence d'autres études, nous n'avons pas pu démontrer que le jeune âge, le sexe féminin, les tentatives antérieures d'arrêt, le niveau de dépendance à la nicotine, la faiblesse de la motivation et la durée du tabagisme, étaient des facteurs prédictifs d'échec avant un an [24-29]. Le manque de puissance statistique de l'étude pourrait être une explication plausible à ce constat.

Il faut aussi rappeler que dans notre étude les troubles anxieux ou dépressifs ne sont pas non plus apparus comme des facteurs pronostiques péjoratifs. Un résultat similaire a été rapporté par une étude française [11]. Il ressort également de nos résultats que les rechutes à un an ont été plus fréquentes chez les fumeurs ayant un profil anxieux ou dépressif.

Il a été décrit dans la littérature que ces troubles diminuent les chances de succès du sevrage tabagique. Par conséquent, ils doivent être pris en charge, si possible, avant le sevrage afin d'augmenter les chances de succès. En effet, un patient soulagé de tels troubles sera plus compliant au suivi médical général et plus actif dans son traitement [4].

CONCLUSION

En conclusion, l'évaluation de l'efficacité de la prise en charge des fumeurs à la consultation d'aide au sevrage tabagique du CHU Sahloul nous a permis de relever que le taux d'arrêt (défini à une semaine ou plus) est comparable voire même plus élevé que celui d'autres études. Cependant, le taux de maintien de cet arrêt à un an et plus s'est avéré faible malgré la forte motivation des consultants.

Ce constat devrait nous permettre de mieux orienter les axes d'amélioration de la prise en charge de nos consultants. Ces derniers étaient, pour la majorité, fortement dépendants, non assidus à la consultation et présentant un profil dépressif. Dans notre étude, ce profil s'est avéré être un facteur de mauvais pronostic de l'arrêt. De ce fait, les actions prioritaires devraient porter sur le renforcement du maintien de l'arrêt à un an et devraient être adaptées à ce profil particulier de fumeurs.

Quant aux actions nécessaires pour réduire le taux d'échec, elles devraient s'articuler essentiellement autour de trois axes majeurs :

- La réduction du nombre de perdus de vue en relançant systématiquement les consultants par voie téléphonique au delà d'une ou de deux absences à la consultation ;
- Le renforcement de la collaboration autour de la prise en charge de ces fumeurs en situation d'impasse face à l'arrêt (psychiatre, psychologue, sophrologue...)
- La réalisation d'une étude plus approfondie des facteurs de succès et d'échec du sevrage auprès de ces fumeurs difficiles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tabagisme : Aide-mémoire N°339 ; Juillet 2011 disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/index.html>. Consulté le 06/03/2012.
2. Ministère de la Santé Publique. Epidémiologie du tabac dans : Programme National de lutte contre le tabagisme : le sevrage tabagique. Disponible sur : http://www.santetunisie.rns.tn/mssp/lutte_anti_tabac/EPIDEMIOLOGIE_TABAC.html. Consulté le 22/11/2012.
3. Aouina H, El Gharbi L, Fakhfah R, Aissa I, Azzabi S, Baccar MA, *et al.* Smoking cessation program in Tunisia: experience of a respiratory service. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002;6(12):1123–7.
4. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir* 2006 ; 23 : 3S85-3S105.
5. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978;3:235–41.
6. 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.
7. Aubin HJ, Lagrue G; Legeron P, Azoulaï G, Pélisolo S, Humbert R, Renon D. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT). *Alcool Addictol* 2004 ; 26 : 311-16.
8. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;361–70.
9. Perriot J. Les outils d'évaluation : que faut-il utiliser ? *Rev Mal Respir* 2006 ; 23 : 3S109-3S110.
10. Ben Ayoub. W; Djoufelkit. K.; Stoenbern-Delbarre A *et al.* La consultation d'aide au sevrage tabagique de l'Institut de cancérologie Salah Azzaiez de Tunis. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2008 ,56 : 280–285.

11. De La Blanchardière A, Depieds D, Gueyffier F. Efficacité à 1 an et facteurs prédictifs d'échec d'une consultation hospitalière d'aide au sevrage tabagique. *Presse Med.* 2006; 35: 1447-52.
12. Raheison C, Marjary A, Valpromy B, Prevot S, Fossoux H, Taytard A. Evaluation of smoking cessation success in adults. *Respir Med.* 2005;99(10):1303-10.
13. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Fox BJ, Goldstein MG *et al.* A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA.* 2000; 283: 3244-54.
14. Martinet Y., Bohadana A., Wirth N., Spinosa A., Béguinot E. La réduction de risque en tabacologie. *Rev Mal Respir.* 2006 ; 23 : 13S109-13S118.
15. Dale LC, Olsen DA, Patten CA, Schroeder DR, Croghan IT, Hurt RD, *et al.* Predictors of smoking cessation among elderly smokers treated for nicotine dependence. *Tob Control* 1997;6:181-7.
16. Ferguson JA, Patten CA, Schroeder DR, Offord KP, Eberman KM, Hurt RD. Predictors of 6 month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addict Behav* 2003;28(7):1203-18.
17. Monso E, Campbell J, Tonnesen P, Gustavsson G, Morera J. Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control* 2001;10:165-9.
18. Osler M, Prescott E. Psychosocial behavioural, and health determinants of successful smoking cessation: a longitudinal study of Danish adults. *Tob Control* 1998;7:262-7.
19. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, *et al.* Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for 5 years. *Tob Control* 1997;6 (suppl):S57-62.
20. Pierce JP, Fior MC, Novotny TE, *et al.* Trends in cigarette smoking in the United States. The changing influence of gender and race. *JAMA* 1989;261:49-55.
21. Tillgren P, Haglung BJ, Lundberg M, *et al.* The sociodemographic pattern of tobacco cessation in the 1980's: results from a panel study of living condition surveys in Sweden. *J Epidemiol Community Health.*1996;50:625-30.
22. Hymowitz N, Sexton M, Ockene J, *et al.* Baseline factors associated with smoking cessation and relapse. MRFIT research group. *Prev Med* 1991;20:590-601.
23. Fakhfakh R., Aouina H., Gharbi L., Hsairi H., Achour N, Lagrue G., Bouacha H. Dépendance tabagique et troubles anxio-dépressifs chez le fumeur tunisien. *Rev Mal Respir* 2003, 20, N°6-C1 : pp. 850-857.

24. Jackson PH, Stapleton JA, Russell MA, Merriman RJ. Predictors of outcome in a general practitioner intervention against smoking. *Prev Med.* 1986; 15: 244-53.
25. Glassman AH, Stetner F, Walsh BT, Raizman PS, Fleiss JL, Cooper TB *et al.* Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine. Results of a double-blind, randomized trial. *JAMA.* 1988;259: 2863-6.
26. Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Hatziandreu EJ, Patel KM, Davis RM. Trends in cigarette smoking in the United States. The changing influence of gender and race. *JAMA.* 1989; 261: 49-55.
27. Ward KD, Klesges RC, Zbikowski SM, Bliss RE, Garvey AJ. Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. *Addict Behav.* 1997; 22: 521-33.
28. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Add Dis.* 1998; 17: 35-46.
29. Aubin HJ, Lebargy F, Berlin I, Bidaut-Mazel C, Chemali-Hudry J, Lagrue G. Efficacy of bupropion and predictors of successful outcome in a sample of French smokers: a randomized placebo-controlled trial. *Addiction.* 2004; 9: 1206-18.

Tableau 1 : Facteurs influençant l'arrêt indépendamment de la durée (analyse univariée)

		Arrêt (%)	Non arrêt (%)	OR [IC95%]	p
Sexe	Masculin (n=259)	35,1 (n=91)	64,9 (n=168)	0,36 [0,21-1,74]	NS
	Féminin (n=20)	25 (n=5)	75 (n=15)		
Score D-HAD	Score < 8 (n=159)	40,9 (n=65)	59,1 (n=94)	1,89 [1,12-3,18]	0,015
	Score ≥ 8 (n=116)	26,7 (n=31)	73,3 (n=85)		
Score A-HAD	Score < 12 (n=147)	35,4 (n=52)	64,6 (n=95)	1,05 [0,64-1,33]	NS
	Score ≥ 12 (n=129)	34,1 (n=44)	65,9 (n=85)		

Age moyen	Arrêt	44,47 ± 12,6 [18-74]	0,97	0,013	
	Non arrêt	40,24 ± 13,64 [15-72]	[0,95-0,99]		
Tentatives antérieures d'arrêt	Oui (n=150)	44 (n=66)	56 (n=84)	0,38	< 10 ⁻³
	Non (n=129)	23,3 (n=30)	76,7 (n=99)	[0,22-0,64]	
Confiance en l'arrêt	Score ≥ 5 (n=203)	36,9 (n=75)	63 (n=128)	0,73	NS
	Score < 5 (n=50)	30 (n=15)	70 (n=35)	[0,37-1,42]	
Motivation à l'arrêt	Score ≥ 12 (n=210)	37,6 (n=79)	62,4 (n=131)	0,54	0,04
	Score < 12 (n=69)	24,6 (n=17)	75,3 (n=52)	[0,29-1]	
Score de Fagerström	Score < 7 (n=138)	39,9 (n=55)	60,1 (n=83)	1,61	0,05
	Score ≥ 7 (n=141)	29,1 (n=41)	71,4 (n=100)	[0,98-2,66]	
Nbre de consultations	> 2 (n= 83)	66,3 (n=55)	33,7 (n=28)	0,13	< 10 ⁻³
	≤ 2 (n=196)	20,9 (n=41)	79,1 (n=155)	[0,07-0,23]	
Durée du tabagisme	Arrêt	Moyenne 27,5 ± 12,3[5-61]		0,97	0,01
	Non arrêt	Moyenne 23,2 ± 13,1[1-56]		[0,95-0,99]	
Nombre de cigarettes consommées	Arrêt	Moyenne 25,5 ± 13,5[0-60]		1,01	0,047
	Non arrêt	Moyenne 29,1 ± 14,5[0-80]		[1-1,03]	

Tableau 2 : Facteurs influençant l'arrêt indépendamment de la durée (analyse multivariée)

variable	OR brut	IC	OR ajusté	IC	p
Age	0,61	[0,2-1,74]	-	-	-
Motivation ≥ 12	0,54	[0,29-1]	-	-	-
Dépendance ≥ 7	1,61	[0,98-2,66]	-	-	-
Nombre de cigarettes /j	1,01	[1-1,03]	-	-	-
Durée du tabagisme	0,97	[0,95-0,99]	0,97	[0,94-0,99]	0,006
Tentatives antérieures d'arrêt	0,38	[0,22-0,64]	0,45	[0,25-0,82]	0,01
Profil dépressif (score D-HAD ≥ 8)	1,89	[1,12-3,18]	2,18	[1,18-4,01]	0,012
Assiduité à la consultation	0,13	[0,07-0,23]	0,13	[0,07-0,24]	$<10^{-3}$

**Tableau 3 : Facteurs prédictifs de rechute à un an
(analyse univariée)**

		Nombre	Pourcentage (%)	OR [IC95%]	p
Sexe	Masculin (n= 91)	72	79,1	0,94 [0, 1-8,9]	NS
	Féminin (n=5)	1	80		
Score D-HAD	Score < 8 (n=65)	54	83,1	0,49 [0,18-1,36]	NS
	Score ≥ 8 (n=31)	22	71		
Score A-HAD	Score < 12 (n=52)	39	75	1,76 [0,63-4,9]	NS
	Score ≥ 12 (n=44)	37	84,1		
Age moyen	Arrêt	47,65 ± 11,01 [18-71]		0,97 [0,93-1,01]	NS
	Non arrêt	43,64 ± 12,9 [21-74]			
Tentatives antérieures d'arrêt	Oui (n=66)	54	81,8	1,63 [0,58-4,55]	NS
	Non (n=30)	22	73,3		
Confiance en l'arrêt	Score ≥ 5(n=75)	59	78,7	1,76 [0,36-8,61]	NS
	Sore < 5 (n=15)	13	86,7		
Motivation à l'arrêt	Score ≥ 12 (n=79)	62	78,5	1,27 [0,32-4,97]	NS
	Score < 12 (n=17)	14	82,4		
Score de Fagerström	Score < 7 (n=55)	43	78,2	1,15 [0,42-3,13]	NS
	Score ≥ 7 (n=41)	33	80,5		
Nombre de consultations	> 2 (n= 55)	44	80	1,12 [0,41-3,03]	NS
	≤ 2 (n=41)	32	78		
Durée du tabagisme	Arrêt	Moyenne 29,75 ± 9,9[5-49]		0,98 [0,94-1,02]	NS
	Non arrêt (rechute)	Moyenne 26,9 ± 12,8[5- 61]			
Nombre de cigarettes consommées	Arrêt	Moyenne 28,1 ± 14,1[0-60]		0,98 [0,84-1,01]	NS
	Non arrêt	Moyenne 24,8 ± 13,4[2- 60]			

