

# Les attitudes envers l'arrêt du tabac chez les fumeurs adultes.

## Smoking cessation attitudes among adult smokers.

Sriha Belguith Asma, Elmhamdi Sana, Bouanene Iness, Harizi Chahida, Ben Salah Aroua, Ben Salem Kamel, Soltani Essoussi Mohamed.

*Service de médecine préventive et d'épidémiologie - Hôpital Fattouma Bourguiba Monastir*

### RÉSUMÉ

**Prérequis:** L'échec des tentatives de sevrage était à l'origine de la stagnation voire l'augmentation de la prévalence du tabagisme en Tunisie.

**But :** décrire les anciennes tentatives de sevrage chez les fumeurs, le degré de motivation à un prochain arrêt et d'en analyser les facteurs associés.

**Méthodes :** Nous avons mené une enquête basée sur un questionnaire anonyme auto-administré concernant le tabac, ciblant les fumeurs ayant participé à des journées de sensibilisation réalisées dans des lieux publiques et des établissements universitaires de la ville de Monastir.

**Résultats :** Neuf cents quatorze fumeurs avaient participé à notre étude. Plus de 2/3 d'entre eux (70%) avaient fait au moins une tentative d'arrêt, dont la plus longue avait duré plus de 6 mois pour 81 sujets (9%) et la dernière tentative datait depuis plus de 6 mois pour 486 fumeurs (53%). Ces tentatives antérieures étaient non accompagnées et non médicalisées dans 97 % des cas. Les 2/3 des fumeurs (67%) avaient un très fort désir d'arrêter de fumer, et 41% avaient une très forte confiance en soi pour réussir leurs tentatives. En analyse multivariée, la présence de tentatives antérieures d'arrêt était statistiquement liée à l'importance d'arrêter de fumer (OR =2,20 ; IC95% [1,23- 3,96]). La confiance en soi pour réussir l'arrêt était statistiquement liée à la durée de consommation du tabac (OR=1,03; IC95% [1,01-1,06]), à la forte dépendance (OR=0,53; IC95% [0,29 – 0,97]), et au fait d'avoir au moins un membre de la famille fumeur (OR=0,36 ; IC95% [0,15 – 0,86]).

**Conclusion :** La dépendance physique forte est un facteur principal lié à l'échec des tentatives d'arrêt, à la perte de la confiance en soi des fumeurs quant à la réussite de nouvelles tentatives et de ce fait à maintenir une prévalence du tabagisme assez élevée dans un pays comme la Tunisie.

### Mots-clés

Tabagisme ; Motivation, Tentatives ; Adulte, Sevrage.

### SUMMARY

**Aim:** The failure of attempts to quit smoking was the cause of stagnation even the increasing prevalence of smoking in Tunisia.

The aim of our study was to describe the previous quit attempts among smokers, the degree of motivation to the next stop and analyze the associated factors.

**Methods:** We carried out a survey based on an anonymous self-administered questionnaire on tobacco, targeting smokers who participated in awareness sessions conducted in public places and universities in the city of Monastir.

**Results:** Nine hundred fourteen smokers had participated in our study. More than 2/3 of them (70 %) had at least one quit attempt, which lasted longer than 6 months for 81 patients (9%) and the last attempt dated for over 6 months for 486 smokers (53%). These previous attempts were unaccompanied and non-medicalized in 97 % of cases. 2/3 of smokers (67%) had a very strong desire to quit smoking, and 41% had a very strong self-confidence to succeed in their attempts. According to multivariate analysis, the presence of previous quit attempts to stop was statistically related to the importance of quitting smoking (OR=2.20,95%CI[1.23 - 3.96]). Self-confidence to successfully stop was statistically related to the duration of smoking (OR=1.03 , 95% CI [1.01 - 1.06] ) , the strong dependence (OR=0.53 ;95% CI [ 0.29 - 0.97 ] ) , and having at least one smoking member of the family (OR = 0.36 , 95% CI [0.15 - 0.86]).

**Conclusion:** These results show that the strong physical dependence is a major factor related to the failure of attempts to quit, to the loss of self-confidence to succeed new attempts among smokers and thus, maintain a fairly high smoking prevalence in a country like Tunisia.

### Key - words

Tobacco Smoking ; Motivation; Attempts, Cessation.

La consommation de tabac, estimée à 30% en Tunisie (1), aggravait la précarité financière et sanitaire des fumeurs, surtout, les plus démunis (2). Leur forte dépendance nicotinique était à l'origine de l'échec des tentatives de sevrage (3, 4). De nos jours, nous ne disposons pas d'informations nationales sur le vécu des tentatives du sevrage tabagique et sur le degré de motivation pour de nouvelles perspectives d'arrêt. L'objectif de notre travail était de décrire les tentatives antérieures de sevrage et d'évaluer les motivations à un prochain arrêt dans la population des fumeurs.

## METHODES

### Population d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive, ciblant les fumeurs ayant participé à des journées de sensibilisation, réalisées dans des lieux publics à Monastir (au centre ville, devant la municipalité, le palais de science et l'hôpital universitaire), et des établissements universitaires de la ville de Monastir (école préparatoire d'ingénieur, école nationale d'ingénieur, faculté des sciences, faculté de pharmacie et faculté de médecine dentaire).

### Méthodologie

L'enquête reposait sur un questionnaire auto-administré anonyme concernant trois dimensions du tabagisme (la dépendance, les tentatives d'arrêt et les motivations à un éventuel sevrage). La passation individuelle ou par groupe consistait à présenter l'enquête, à rappeler sa confidentialité, son intérêt et l'importance d'obtenir des réponses exactes et fiables. Après la collecte des questionnaires nous avons mesuré le taux du monoxyde de carbone et expliqué sa signification.

Le questionnaire anonyme recueillait des données sociodémographiques (l'âge, le genre, l'activité professionnelle), comportementales (la sédentarité, la consommation d'alcool), des données sur la consommation tabagique (le type du tabac, l'âge de la première cigarette, l'âge du tabagisme quotidien) et sur l'environnement proche du fumeur (l'ami le plus proche et/ ou un membre de la famille). La dimension dépendance au tabac explorait le nombre de cigarettes par jour ainsi que des données sur la dépendance physique selon le Score De Fagestrôme (SDF). La dimension tentatives d'arrêt explorait la durée de la tentative la plus longue, le délai entre la date de l'enquête et la date de la dernière tentative, ses motivations, la méthode de sevrage utilisée, les signes associés aux tentatives d'arrêt et leurs nombres. La dimension motivation à un éventuel sevrage examinait l'importance, pour l'enquêté, de réaliser un prochain arrêt du tabac et la confiance en soi pour réussir la tentative selon une échelle analogique et visuelle allant de 0 à 10.

### Définitions opérationnelles

La sédentarité était définie par une activité physique inférieure à une demi-heure par jour ou une activité sportive inférieure à 3 fois par semaine. La consommation d'alcool était définie par une consommation supérieure ou égale à une fois par mois. La dépendance physique était définie, selon le Score De Fagestrôme (SDF), (absente si un SDF < 2, faible si SDF entre 2 et 4, forte si SDF entre 5 et 6 et très forte si SDF ≥ 7).

La durée de la tentative la plus longue et la date de la dernière tentative étaient classées en courtes (< 1 semaine), moyennes (1 semaine à 6 mois) et longues (> 6 mois).

### Analyse statistique

Les données des questionnaires étaient saisies et analysées sur matériel informatique. Les variables quantitatives avaient été décrites par la moyenne (M), l'écart type (ET) et la médiane (Me). Le test de chi 2 a été utilisé pour la comparaison de distribution d'effectifs, le test t de student ou le test de Mann-Whitney pour la comparaison de distributions de variables quantitatives, l'analyse de variance (ANOVA) ou le test de Kruskal wallis pour comparaison de plusieurs distributions. Ces tests étaient utilisés au seuil de signification de 5%. Les variables introduites dans l'analyse multivariée (régression logistique) étaient sélectionnées au seuil de 20%.

## RESULTATS

### La population d'étude et la consommation tabagique :

Au total, 914 sujets avaient répondu à notre questionnaire, dont 57% étaient d'un milieu universitaire. La sex-ratio des bénéficiaires était de 10,9. L'âge moyen était de 29,5 ± 12,4 ans avec des extrêmes de 13 à 77 ans. La cigarette était consommée exclusivement par 74% des fumeurs. La moyenne du score de fagerstrôme était de 5 ± 2,6 et 69% des enquêtés étaient fortement dépendants (Tableau I).

**Tableau 1 :** Les particularités de la consommation tabagique en fonction de l'âge et du genre

	Total	
	N	%
Type de consommation	881	
Cigarettes	652	74
Narghilé	70	8
Cigarettes et Narghilé	158	18
Consommation de cigarettes par jour		
20	506	63
> 20	302	37
Comportement des fumeurs		
Consommation d'alcool	177	37
Consommation de drogues	20	5
Sédentarité	277	59
Environnement fumeur		
Ami le plus proche	352	83
Un membre de la famille	289	87
	<b>N</b>	<b>M(ET)</b>
Age de la première cigarette (ans)	855	16 (3,6)
Délai entre l'expérimentation et la consommation quotidienne (ans)	811	3 (2,8)
Durée de consommation	804	10 (11)
La dépendance physique nicotinique	860	5 (2,6)

M (moyenne) ; ET (écart type)

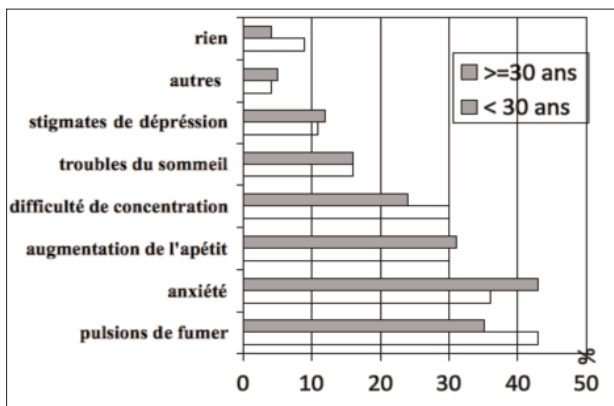
**Tableau 2 :** Les tentatives antérieures et les perspectives d'arrêt du tabac en fonction de l'âge et du genre et du score de fageströme

	Total		Age en années (%)			Genre (%)			Score de Fageströme		
	N	%	< 30	≥ 30	p	H	F	p	<7	7	p
<b>Les tentatives antérieures</b>	642	70	66	72	NS	68	57	NS	73	60	10-4
Présence de tentatives antérieures											
Durée de la tentative la plus longue											
< 1 semaine	166	18	24	27	0,005	26	17	NS	23	31	NS
1 semaine et 6 mois	395	43	66	55		62	62		63	58	
6 mois et plus	81	9	10	18		12	21		14	11	
La date de la dernière tentative											
< 1 semaine	7	1	1	1		1	0	NS	2	0	
1 semaine et 6 mois	149	16	32	11	10-4	25	21		26	20	0,062
6 mois et plus	486	53	67	88		74	79		72	80	
Les motivations ayant déclenché les tentatives antérieures d'arrêt du tabac											
Prévention	547	88	91	83	0,004	88	93	NS	90	85	NS
Suite à une maladie	44	7	5	13		8	3		7	10	
Ramadan, la famille, les amis.	29	5	4	4		4	4		3	5	
Méthode de sevrage lors des tentatives antérieures											
Non accompagné, sans traitement,	597	97	97	96	NS	97	100	NS	98	92	10-4
Non accompagné, avec traitement	14	2	2	3		2	0		1	6	
Accompagné, avec traitement	6	1	1	1		1	0		1	2	
<b>Les perspectives d'arrêt du tabac</b>											
Importance de l'arrêt du tabac (697)											
≥ 8	467	67	60	84	10-4	68	45	0,003	66	69	NS
La confiance en soi pour réussir l'arrêt (689)											
≥ 8	284	41	37	49	0,003	41	39	NS	44	35	0,33

*Les tentatives antérieures d'arrêt :*

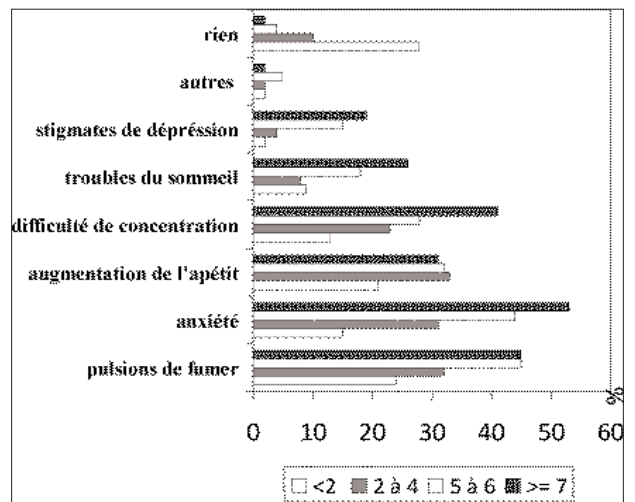
Six cent quarante deux sujets (70%) avaient fait au moins une tentative d'arrêt. Pour 81 sujets (9%), ces tentatives avaient duré plus de 6 mois. La dernière tentative datait depuis plus de 6 mois pour 486 fumeurs (53%). Les femmes étaient plus motivées à faire une tentative d'arrêt OR brut=2,3. La prévention était le mobile de ces tentatives antérieures pour 547sujets (88 %). Elles étaient non accompagnées non médicalisées pour 597 enquêtés (97 %). Cinquante trois sujets (9%) n'avaient trouvé aucune difficulté lors de leurs tentatives antérieures. Les pulsions de fumer, l'anxiété, l'augmentation de l'appétit et les troubles du sommeil étaient les plus redoutés par les autres fumeurs (Figure 1).

**Figure 1 :** Symptomatologie associée aux tentatives antérieures d'arrêt en fonction de l'âge



La moitié des enquêtés avaient ressenti 2 symptômes de sevrage lors des dernières tentatives. Les sujets âgés de moins de 30 ans faisaient des tentatives de courtes durées, rapprochées et la prévention était leur objectif. Les sujets ayant une très forte dépendance faisaient moins de tentatives (Tableau 2). Les symptômes liés au sevrage étaient statistiquement plus fréquents chez les sujets fortement dépendants à l'exception de l'augmentation de l'appétit et des autres troubles non spécifiques (Figure 2).

**Figure 2 :** Symptômes associés aux tentatives d'arrêt antérieures en fonction du score de Fageströme



Les perspectives d'arrêt du tabac :

Quatre cent soixante sept fumeurs désiraient arrêter de fumer (67%) et 284 avaient une confiance en eux pour réussir l'arrêt (41%). Les sujets âgés de plus de 30 ans étaient plus motivés pour une nouvelle tentative d'arrêt et avaient plus de confiance quant à sa réussite. Les hommes étaient plus motivés que les femmes (Tableau II). Il y'a une relation négative, statistiquement significative entre la dépendance physique et la confiance en soi quand à la réussite de la tentative d'arrêt (Figure 3). L'analyse multivariée basée sur un modèle de régression logistique a montré que le facteur déterminant pour faire une nouvelle tentative étaient la présence de tentative antérieure ( $p < 0,008$ ) (Tableau III). Ceux déterminants la confiance en soi pour réussir la tentative étaient la durée de consommation du tabac ( $p < 0,016$ ), la dépendance physique ( $p < 0,040$ ) et le fait d'avoir un membre de la famille fumeur ( $p < 0,021$ ) (Tableau 3).

Figure 3 : Répartition de la moyenne de l'importance d'arrêter de fumer et la confiance en soi en fonction du degré de dépendance physique.

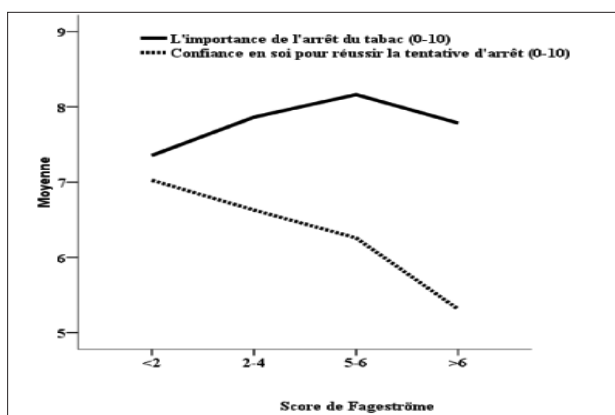


Tableau 3 : Les tentatives antérieures et les perspectives d'arrêt du tabac en fonction de l'âge et du genre et du score de fageströme

	Analyse uni-variée			Analyse multi-variée		
	Importance d'arrêter de fumer (%)		p	OR	IC 95%	p
Dépendance physique	7	27	29			NS
Nombre de cigarettes par jour > 20 cig	31	31	38			0,057
Présence de tentatives antérieures d'arrêt	62	62	74	2,203	1,23- 3,96	0,008
Pas de signes de manque lors des tentatives antérieures	8	8	7			0,717
Ami proche fumeur	85	85	83			0,644
Au moins un membre de la famille fumeur	93	93	87			0,134
Sédentarité	66	66	54			0,037
Consommation d'alcool	43	43	33			0,068
Consommation de drogues	5	5	2			0,297
	<b>Me (EIQ)</b>	<b>Me (EIQ)</b>	<b>p</b>			
Durée de consommation du tabac	4 (5)	6 (13)	10 <sup>+</sup>			
Taux du monoxyde de carbone	10 (12)	10 (14)	0,404			
	<b>la confiance en soi pour réussir l'arrêt (%)</b>					
	<b>&lt; 8</b>	<b>≥ 8</b>	<b>p</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
Dépendance physique	7	32	24	0,530	0,29 – 0,97	0,040
Nombre de cigarettes par jour > 20 cigarettes	39	39	31			0,033
Présence de tentatives antérieures d'arrêt	68	68	72			0,334
Pas de signes de manque lors des tentatives antérieures	5	5	10			0,005
Ami proche fumeur	88	88	76			0,006
Au moins un membre de la famille fumeur	94	94	82	0,358	0,15 – 0,86	0,021
Sédentarité	60	60	55			0,398
Consommation d'alcool	35	35	36			0,888
Consommation de drogues	2	2	4			0,679
	<b>Me (EIQ)</b>	<b>Me (EIQ)</b>	<b>p</b>			
Durée de consommation du tabac	4 (8)	6 (16)	0,012	1,034	1,01- 1,06	0,016
Taux du monoxyde de carbone	10 (12)	10 (15)	0,061			

Tableau 4 : La durée des tentatives antérieures d'arrêt en fonction des pays

	Effectif	Jamais %	≤ 1 semaine %	1 semaine et 6 mois %	6 mois et plus %
USA (4)	1253	17	33	40	46
Canada (4)	1575	27	39	47	52
UK (4)	1686	20	30	34	38
Australia (4)	1746	23	29	38	38
Malaysia (5)	1136	47	44	5	4
Thailand (5)	442	60	19	15	7
Notre étude	914	30	18	43	9
France 2005 (36)		<1mois	1-3 mois	4-12 mois	> 1 an
		24	27	30	19

## DISCUSSION

Plusieurs études avaient montré que la force de la dépendance physique est un facteur pronostic contre la réussite du sevrage (5-7) et que la présence de tentatives antérieures, encourageait les fumeurs à refaire de nouvelles tentatives (5, 8). En Tunisie 30% des sujets étaient des consommateurs du tabac. Suite à ces constatations et afin d'identifier les facteurs déterminants des perspectives d'arrêt, nous avons réalisé ce travail qui a intéressé 914 fumeurs de la population générale en 2011. Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui n'était pas à l'abri de quelques insuffisances méthodologiques, dont la principale était un biais de sélection suite à la faible participation des femmes qui ne pouvait pas dévoiler leur comportement tabagique aux

lieux publics. Dans ce travail nous avons évalué la dépendance pharmacologique à la nicotine par le score de fageströme, l'histoire des tentatives antérieures selon sa durée (jamais, 1 semaine ou moins, entre 1 semaine et 6 mois, 6 mois ou plus) (4, 9). L'intention de renoncer au tabac était évaluée par une échelle visuelle analogique (de 0 à 10), de réalisation très aisée et utilisée par plusieurs auteurs (4, 10) autres tests peuvent être utilisés pour évaluer la motivation (test de Richmond, Khimji et Q-MAT (10)).

La prévalence de l'addiction au tabac chez les fumeurs était de 69%, approuvée comme un facteur d'échec du sevrage, elle serait à l'origine du maintien d'une prévalence élevée du tabagisme dans la région d'étude.

#### **Les tentatives antérieures d'arrêt :**

Le nombre de tentatives d'arrêt ainsi que leurs durées étaient moins importants, chez les fumeurs tunisiens que ceux décrits par Daughton en 1990 au USA(28) et par Hyland en 2006 au USA, Canada, l'Angleterre et en Australie ( $p < 10^{-4}$ ) (4). Ils étaient équivalents en nombre et en durée à ceux décrits par Li en Thaïlande ( $p = 0,22$ ). Cependant le nombre de tentatives, dans notre population, était plus important qu'en Malaisie ( $p < 10^{-4}$ ) (5) (Tableau IV). La présence de tentatives antérieures d'arrêt était répartie de façon équivalente en fonction du genre et de l'âge. Ce résultat était équivalent à celui trouvé dans certaines études (4,5) mais différent à celui décrit par Grémy où les femmes étaient plus nombreuses à avoir déjà fait une tentative d'arrêt(11). Prévenir un problème de santé lié au tabac représentait la raison principale d'une tentative antérieure. Ce résultat était conforme à la littérature (6, 12, 13). Autres facteurs, non rapportés par notre population d'étude, étaient décrits tels que la présence d'un enfant à bas âge dans la famille (14), la grossesse (15) et la présence de signes fonctionnels ressentis par le sujet, lié au tabac, confirmant l'intérêt du conseil minimal par tout médecin (13). D'autres études avaient montré que les campagnes de sensibilisation sur les méfaits du tabac amenaient le fumeur à penser à changer son comportement tabagique (16) surtout si ces campagnes visaient l'incapacité et la qualité de vie (17).

Les pulsions de fumer étaient les effets indésirables liés au sevrage les plus redoutés, Filder avait montré qu'elles favorisaient l'échec de tentatives d'arrêter de fumer (18). Heffner J (19) avait montré qu'elles étaient à l'origine du maintien de la consommation. La crainte d'excès de poids suite à l'amélioration de l'appétit à été déclarée par 27% des sujets, cette crainte n'était pas influencée par le degré de dépendance. Kasteridis avait montré, dans une étude prospective de 2004 à 2010, que la prise de poids, comparée aux bénéfices de santé liés au sevrage tabagique est insignifiante même pour la population obèse (20). Chez les fumeurs, les troubles du sommeil augmentaient la morbidité cardiovasculaire et vasculaire cérébrale. Au cours du sevrage tabagique, leur prise en charge rend le sevrage moins difficile et diminue le risque de rechute (21). Une minorité de fumeurs avait demandé une aide médicale lors des anciennes tentatives, ces derniers présentaient une forte dépendance et plus de signes de manque. Ces éléments confirmaient la nécessité du traitement chez les sujets ayant une très forte dépendance. Dans ce contexte, Vanasse avait proposé que les professionnels de santé doivent considérer le tabac comme une addiction et avoir une approche spécifique dans l'aide basée sur l'âge, le genre et la consommation

tabagique (22). Torchalla avait insisté sur le fait que les traitements d'aide au sevrage doivent être accessibles même en dehors des services de soins (23).

#### **Les perspectives d'arrêt du tabac :**

Deux fumeurs parmi trois des enquêtés voulaient renoncer au tabac, la sensation d'auto efficacité quant à sa réussite était présente chez 41% des sujets. Ces résultats étaient équivalents aux données de la littérature (10, 24-26). La présence de tentatives antérieures était le facteur déterminant, dans notre étude, pour la forte intention d'arrêter prochainement le tabac. Ce facteur, associé à la présence de maladie sévère, étaient décrits par Bouaiti E (8). Borland R, montrait, dans une étude prospective, de 2002 à 2006, (USA, Australie, Angleterre et le Canada), que les facteurs incitant les fumeurs à renoncer au tabac étaient les avertissements sur les cigarettes, (27), l'application de loi interdisant de fumer dans les lieux publics et les maisons (28), le temps court entre le réveil et la première cigarette du matin, la consommation journalière élevée (29), la conviction que l'arrêt du tabac diminue le risque morbide (30) et le fait d'écraser rapidement les cigarettes lors des séances de sensibilisation (31). Ce même auteur avait montré que le fait d'être très motivé à arrêter de fumer n'est pas suffisant pour maintenir l'abstinence, d'où l'intérêt d'aider ces fumeurs motivés (31). Li L, avait montré que les courtes tentatives antérieures et l'impact important du tabac sur la santé étaient à l'origine de penser abandonner de nouveau le tabac (5). Autres études avaient montré que la forte dépendance nicotinique et le jeune âge étaient contre l'idée de quitter le tabac (3,32). Les résultats de notre étude ont montré que la longue durée de consommation du tabac, la forte dépendance et la présence d'un membre de la famille fumeur diminuaient la confiance en soi quand à la réussite lors d'une prochaine tentative. Une étude, réalisée à Taiwan, avait montré que la confiance dans les chances de réussite s'améliorait par l'application effective de la loi aussi bien dans les lieux publics que dans les maisons (33). Les campagnes médiatiques, malgré insuffisantes dans notre pays, avait motivé les fumeurs à faire des tentatives pour prévenir la morbidité liée au tabac. Mais ces derniers n'étaient pas informés sur les bénéfices apportés par les traitements aussi bien sur le taux de réussite (34) que sur la qualité de l'arrêt, ce qui expliquerait ce manque de confiance en soi quand à la réussite d'une nouvelle tentative associé surtout à un manque d'accessibilité économique des fumeurs aux moyens thérapeutiques (35).

Cette étude nous a permis de mettre l'accent sur l'influence de la famille, sur le comportement tabagique, que les fumeurs tunisiens sont fortement dépendants, font rarement de tentatives d'arrêt, qui quand réalisées sont de courtes durées et associées à un important syndrome de manque. Les tentatives antérieures étaient considérées comme un échec et ces fumeurs n'avaient pas de confiance en eux pour renoncer à nouveau au tabac par crainte des symptômes associés au sevrage.

#### **REMERCIEMENTS**

*Les auteurs remercient les administrations des établissements universitaires : l'école préparatoire d'ingénieur, l'école nationale d'ingénieur, la faculté des sciences, la faculté de pharmacie et la faculté de médecine dentaire. A l'administration de l'hôpital universitaire de Monastir. Au service de médecine scolaire qui nous*

ont permis de réaliser ces enquêtes. Ainsi que les infirmiers du service scolaire et les surveillants de la consultation externe de l'hôpital universitaire de Monastir pour l'aide logistique et enfin à toute l'équipe du service de médecine préventive et d'épidémiologie, ainsi qu'aux

stagiaires internés, qui avaient participées à la réalisation de ces journées et aux secrétaires médicales.

## Références

1. Fakhfakh R, Hsairi M, Maalej M, Achour N, T. N. Tabagisme en Tunisie: comportement et connaissances. *World Health Organisation*. 2002; 80: 350-6.
2. Martinet Y, Wirth N, Béguinot E, Cagnat-Lardeau C. Le contrôle du tabac. *Jour Fran Viet Pul*. 2011;2:6-13.
3. Matheny KB, Weatherman KE. Predictors of smoking cessation and maintenance. *J Clin Psychol*. 1998;54:223-35.
4. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2006; 15:83-94.
5. Li L, Borland R, Yong HH, Fong GT, Bansal-Travers M, Quah AC, et al. Predictors of smoking cessation among adult smokers in Malaysia and Thailand: findings from the International Tobacco Control Southeast Asia Survey. *Nicotine Tob Res*. 2010;12:4-44.
6. Sienkiewicz-Jarosz H, Zatorski P, Baranowska A, Ryglewicz D, Bienkowski P. Predictors of smoking abstinence after first-ever ischemic stroke: a 3-month follow-up. *Stroke*. 2009;40 :2592-3.
7. Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, Gilsenan AW, Coste F, West R. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the attempt cohort study. *Addict Behav*. 2009;34:365-73.
8. Bouaiti E, Mzouri M, Sbai-Idrissi K, Razine R, Kassouati J, Lamrabet M, et al. Factors predictive of good motivation to quit smoking among Moroccan smokers attending a lung disease outpatient clinic in 2008. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2010;58 :68-73.
9. Ben Saad H. Le narguilé et ses effets sur la santé. Partie II : les effets du narguilé sur la santé. *Revue de pneumologie clinique*. 2010;66:132-44.
10. Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. *Rev Mal Respir*. 2006;23:85-105.
11. Grémy I, Halfen S, Sasco A, Slama K. Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac. *adsp*. 2002;40:53-6.
12. Schiller JS, Ni H. Cigarette smoking and smoking cessation among persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Health Promot*. 2006;20:319-23.
13. Martinson BC, O'Connor PJ, Pronk NP, Rolnick SJ. Smoking cessation attempts in relation to prior health care charges: the effect of antecedent smoking-related symptoms? *Am J Health Promot*. 2003;18:125-32.
14. Mak YW, Loke AY, Abdullah AS, Lam TH. Household smoking practices of parents with young children, and predictors of poor household smoking practices. *Public Health*. 2008; 122:1199-209.
15. Ortendahl M. Predicting lapse when stopping smoking among pregnant and non-pregnant women. *J Obstet Gynaecol*. 2007; 27:138-43.
16. Nollen NL, Mayo MS, Sanderson Cox L, Okuyemi KS, Choi WS, Kaur H, et al. Predictors of quitting among African American light smokers enrolled in a randomized, placebo-controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2006;21:590-5.
17. Oncken C, McKee S, Krishnan-Sarin S, O'Malley S, Mazure CM. Knowledge and perceived risk of smoking-related conditions: a survey of cigarette smokers. *Prev Med*. 2005;40:779-84.
18. Fidler JA, Shahab L, West R. Strength of urges to smoke as a measure of severity of cigarette dependence: comparison with the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence and its components. *Addiction*. 2011;106:631-8.
19. Lagrue G, Mautrait C, Béhar C, Cormier S. Développement des addictions chez l'adolescent. Rôle de la vulnérabilité psychologique. *Alcoologie et addictologie* 2005;27 :47-51.
20. Kasteridis P, Yen ST. Smoking Cessation and Body Weight: Evidence from the Behavioral Risk Factor Surveillance Survey. *Health Serv Res*. 2012; 47: 1580-602.
21. Underner M, Paquereau J, Meurice JC. Tabagisme et troubles du sommeil. 2006;23:67-77.
22. Vanasse A, Niyonsenga T, Courteau J. Smoking cessation within the context of family medicine: which smokers take action? *Prev Med*. 2004; 38:330-7.
23. Torchalla I, Strehlau V, Okoli CT, Li K, Schuetz C, Krausz M. Smoking and Predictors of Nicotine Dependence in a Homeless Population. *Nicotine Tob Res*. 2011;13:934-42.
24. Jacquin P, Boudailliez B. État des lieux des pratiques de prévention du tabagisme en milieu ambulatoire et hospitalier. *Archives de pédiatrie* 2004;11:590-2
25. Heffner JL, Mingione C, Blom TJ, Anthenelli RM. Smoking history, nicotine dependence, and changes in craving and mood during short-term smoking abstinence in alcohol dependent vs. control smokers. *Addict Behav*. 2011;36:244-7.
26. Schnoll RA, Martinez E, Tatum KL, Glass M, Bernath A, Ferris D, et al. Increased self-efficacy to quit and perceived control over withdrawal symptoms predict smoking cessation following nicotine dependence treatment. *Addict Behav*. 2011;36:144-7.
27. Borland R, Yong HH, Wilson N, Fong GT, Hammond D, Cummings KM, et al. How reactions to cigarette packet health warnings influence quitting: findings from the ITC Four-Country survey. *Addiction*. 2009;104:669-75.
28. Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2006;15:42-50.
29. Borland R, Yong HH, O'Connor RJ, Hyland A, Thompson ME. The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. *Nicotine Tob Res*. 2010;12: 945-50.
30. Borland R, Yong HH, Balmford J, Fong GT, Zanna MP, Hastings G. Do risk-minimizing beliefs about smoking inhibit quitting? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four-Country Survey. *Prev Med*. 2009;49:219-23.
31. Borland R, Yong HH, Balmford J, Cooper J, Cummings KM, O'Connor RJ, et al. Motivational factors predict quit attempts but not maintenance of smoking cessation: findings from the International Tobacco Control Four country project. *Nicotine Tob Res*. 2010;12:4-11.
32. Margery J, Margery D, Goutier K, Dot J. Sevrage tabagique et adolescence. *Rev Mal Respir* 2007;24:663-4.
33. Huang HL, Yen YY, Lin PL, Chiu CH, Hsu CC, Chen T, et al. Household secondhand smoke exposure of elementary schoolchildren in Southern Taiwan and factors associated with their confidence in avoiding exposure: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010; 10:606.
34. Ben Ayoub W, Djoufelkit K, Stoebner-Delbarre A, Fakhfakh R, Mansour Ben A. BA, Sancho Garnier H. La consultation d'aide au sevrage tabagique de l'institut de cancérologie Salah-Azeiz de Tunis : résultats à un an. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2008;56:280-5.
35. Rostker G, Le Faou AL, Lagrue G. Traitement de l'addiction au tabac au cours des maladies rénales chroniques. *Néphrologie et Thérapeutique*. 2013;9:73-84.
36. Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Editions INPES.