

Facteurs prédictifs des résultats du sevrage tabagique chez la femme tunisienne

Predictive factorS of the outcome of smoking cessation among Tunisian women

Jihen Ben Amar, Haifa Zaibi, Mohamed Ali Baccar, Besma Dhahri, Saloua Azzabi, Hichem Aouina, Hend Bouacha

Service de pneumologie CHU-Charles Nicolle

RÉSUMÉ

Prérequis : La diffusion du tabagisme chez les femmes tunisiennes prend des proportions alarmantes en raison du nombre de plus en plus important de fumeuses, du rajeunissement de l'âge d'initiation tabagique et donc de sa durée.

But : Identifier les facteurs prédictifs de réussite ou d'échec du sevrage tabagique

Méthodes : nous avons mené une étude rétrospective (Janvier 2008 à Juin 2011), incluant 101 fumeuses (19.8%) parmi 510 fumeurs des deux sexes se présentant à notre consultation d'aide au sevrage tabagique. Une analyse comparative univariée et multivariée entre les groupes de fumeuses qui ont réussi le sevrage tabagique et celles qui ont échoué a été réalisée.

Résultats : L'âge moyen de nos patientes était de 44 ans. Le taux global de réussite à 6 mois et 1 an était respectivement de 24.7 et 18.8%. En analyse univariée, une différence statistiquement significative en terme de réussite du sevrage est observée chez les fumeuses qui présentaient un âge de début tardif du tabagisme (après 20 ans) ($p=0,03$), une comorbidité respiratoire ou cardiovasculaire associée ($p=0,03$) et une bonne adhérence à la consultation ($p=0,02$). En analyse multivariée seules les présences d'une maladie liée au tabac (OR :4.43 IC à 95% [1.29-15.17], $p=0,01$) et l'adhérence à la consultation (OR :5.02 IC à 95% [1,29-19,39], $p=0,01$) étaient significativement associées à un bon pronostic de réussite du sevrage à 6 mois et à un an. Une relation possible mais non significative avec l'âge d'initiation tabagique était observée (OR=0.3 IC à 95% [0.08 – 1.07], $p=0,06$).

Conclusion : Au delà des méthodes validées du sevrage tabagique et du suivi prolongé, une approche différentielle tenant compte des spécificités féminines permettrait d'accroître les chances d'arrêt du tabac.

Mots-clés

Tabagisme, Aide à l'arrêt, Taux de cessation, Facteur pronostic de l'arrêt

SUMMARY

Background: The spread of smoking among women in Tunisia has reached alarming proportions because of increasing smoker rate, the younger age of smoking initiation and therefore its duration.

Aim: Identify predictors of success or failure of smoking cessation,

Methods: we conducted a retrospective study (January 2008-June 2011), including 101 female smokers (19.8%) among 510 smokers of both sexes undergoing smoking cessation interventions. Univariate and multivariate analysis between groups of smokers who succeeded and who failed smoking cessation was performed.

Results: Average age of our patients was 44 years. The overall success rate at 6 months and 1 year were respectively 24.7 and 18.8%.

In univariate analysis, a statistically significant difference in terms of successful weaning was observed in smokers who had a late age of smoking onset (after 20 years) ($p = 0.03$), respiratory or cardiovascular comorbidities associated ($p = 0.03$) and good adhesion to the consultation ($p = 0.02$). In multivariate analysis only the presence of a tobacco-related disease (OR: 4.43, 95% CI [1.29-15.17], $p = 0.01$) and adherence to the consultation (OR 5.02 95% CI [1.29 -19.39], $p = 0.01$) were significantly associated with a good prognosis for successful weaning at 6 months and one year. A possible but not significantly associated with age of smoking initiation was observed (OR = 0.3 95% CI [0.08 - 1.07], $p = 0.06$).

Conclusion: Beyond validated smoking cessation and prolonged follow-up, a differential approach, taking into account women specificities, would increase the chances of quitting smoking.

Key - words

Smoking, Cessation assistance, Cessation rate, Cessation prognosis factors

Le tabagisme constitue un véritable fléau mondial qui n'a malheureusement pas épargné notre pays, plus particulièrement les femmes. La diffusion du tabagisme chez les femmes tunisiennes prend des proportions alarmantes en raison du nombre de plus en plus important de fumeuses, du rajeunissement de l'âge de début de consommation tabagique et donc de sa durée. Afin de contrecarrer les effets sanitaires prévisibles et dramatiques du tabagisme féminin, des mesures de santé publique ont été mises en place, parmi lesquelles l'aide au sevrage tabagique. Dans le but d'évaluer l'impact des consultations d'aide au sevrage tabagique chez les femmes et d'identifier d'éventuels facteurs influençant, nous avons mené cette étude.

MÉTHODES

Entre le premier Janvier 2008 et le 30 Juin 2011, 510 fumeurs des deux sexes s'étaient présentés à la consultation d'aide au sevrage tabagique du service de pneumologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis, parmi lesquels nous avons, rétrospectivement, inclus dans notre étude les 101 fumeurs de sexe féminin (19.8%). Nous avons exclu de notre échantillon toutes les personnes (n=16 soit 15.84%) qui n'étaient venues qu'à la première consultation pour lesquelles une réelle prise en charge tabacologique n'avait pu être effectuée. Les résultats du sevrage tabagique avaient été déterminés par appel téléphonique au mois de juillet 2012 par un autre médecin que le tabacologue consulté. Un deuxième appel était effectué pour les non répondantes. Nous avons défini la réussite du sevrage comme l'absence de toute prise tabagique depuis le début de la tentative jusqu'à la date de recul considérée. Les dates de recul retenues étaient de 3 mois, 6 mois et un an. L'échec du sevrage correspond à la rechute du tabagisme survenant à partir de la date d'arrêt pendant ou après la phase du traitement actif du sevrage tabagique et ce indépendamment du nombre de cigarettes fumées. Les personnes non répondantes à la date du point (n=21 soit 24,7%) après deux appels ont été classées fumeuses persistantes dans l'analyse, car c'est l'hypothèse la plus vraisemblable et une mesure conservatoire pour les résultats.

Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS. Le test de chi 2 de Pearson, et le test exact de Fischer ont été

utilisés pour comparer les proportions quand les effectifs étaient insuffisants avec un nombre de degrés de liberté égal à un. Les tests de Student et l'analyse de variance ANOVA ont été utilisés pour la comparaison des moyennes. Le seuil de signification adopté a été fixé à 5%. L'analyse univariée et l'analyse multivariée de régression logistique ont été effectuées afin d'identifier les facteurs prédictifs de la réussite du sevrage en ajustant les facteurs de confusion.

RÉSULTATS

Nos consultantes étaient des fumeuses d'âge moyen avec une valeur moyenne de 44 ± 12.9 ans et des extrêmes de 18 à 80 ans. Elles ont commencé à fumer à un âge relativement précoce, l'âge moyen d'initiation tabagique était de $19,73 \pm 6,7$ et plus de la moitié soit 54% avaient débuté leur tabagisme avant 20 ans. Notre population était caractérisée par des niveaux élevés de dépendance physique au tabac comme en témoigne le score moyen obtenu au test de « Fagerström » qui était de $7,5 \pm 1,73$ (4 à 10). Ces niveaux élevés de dépendance nicotinique avaient justifié le recours à un traitement pharmacologique dans tous les cas. Des timbres transdermiques (patches) à la nicotine ont été prescrits chez 82 fumeuses associées dans 6 cas à une forme orale de substitution nicotinique (pastille à sucer à 2 mg). Trois patientes avaient reçu de la varénicline selon le schéma classique de 12 semaines dont une semaine de croissance progressive. Ce traitement était initié une semaine avant la date d'arrêt de la consommation tabagique. Le taux global de réussite exprimé en prévalence de non fumeuses à 3 mois, 6 mois et un an était respectivement de 41.2%, 24.7% et 18.8% pour la totalité de la population. Soixante neuf fumeuses ont repris leur tabagisme pendant la durée du sevrage ou à distance du traitement donnant un taux global d'échec de 81.18%.

Une analyse comparative univariée et multivariée entre les groupes de fumeuses qui ont réussi le sevrage tabagique et celles qui n'y sont pas parvenues à 6 mois et une année de la date du début de sevrage, nous a permis d'identifier certains facteurs prédictifs de la réussite ou de l'échec du sevrage. L'âge moyen étant sensiblement similaire dans les deux populations, il ne semble pas influencer les résultats du sevrage tabagique. Il en est de même pour l'état civil, le niveau de scolarité et le statut d'occupation professionnelle (tableau 1).

Tableau 1: Analyse comparative des caractéristiques socio démographiques des fumeuses à 6 mois et un an selon les résultats du sevrage

Variables	Résultats à 6 mois		Résultats à 1 an		P
	Réussite	Echec	Réussite	Echec	
Age moyen(ET) ans	44.9 (11.1)	43.65 (13.5)	46.06 (10.4)	43.5 (13.5)	>0.05
Etat civil (%)					
Célibataire (n=25)	24	76	16	84	>0.05
Divorcée (n=22)	22.7	77.3	18	22	
Mariée (n=38)	26.3	73.7	21.5	78.5	
Niveau scolarité(%)					
Non scola/Prim (n=37)	16.2	83.8	13.5	86.5	>0.05
Secon/supér (n=48)	31.5	68.5	22.9	77.1	
Statut professionnel (%)					
Avec emploi (n=46)	28.2	71.8	17.4	82.6	>0.05
Sans emploi (n=39)	20.5	79.5	20.5	79.5	

Une différence statistiquement significative en termes de réussite du sevrage est observée chez les fumeuses qui présentaient une comorbidité respiratoire ou cardiovasculaire associée par rapport à celles qui n'en avaient pas (tableau 2). Quant aux items se rapportant à l'origine de la consultation ou aux motivations au recours à la consultation d'aide au sevrage tabagique, ils n'influençaient pas l'issue du sevrage. Mais il faut relever l'existence d'une tendance à la signification pour la réussite du sevrage à un an pour les fumeuses préoccupées par leur état de santé ($p=0.06$) (tableau 3). Concernant les caractéristiques du tabagisme, l'ancienneté, le nombre de cigarettes fumées par jour, les arrêts antérieurs, le score de Fagerström, le score HAD et le score de Demaria sont non significatifs pour la réussite ou l'échec du sevrage. La différence est statistiquement significative entre l'âge moyen d'initiation tabagique de celles qui ont réussi le sevrage et celles qui ont échoué. Le début du tabagisme à un âge tardif (après 20 ans) est un facteur de bon pronostic pour la réussite du sevrage (tableau 4). L'analyse comparative de l'intensité du tabagisme par rapport à l'âge d'initiation

tabagique selon que la fumeuse avait commencé à fumer avant ou après 20 ans a permis de retrouver une tendance à la signification de la variable dépendance physique ($p=0.08$). En effet le score moyen Fagerström était plus élevé chez les fumeuses ayant débuté leur tabagisme avant 20 ans (7.81 ± 1.67) par rapport à celles qui avaient pris leur première cigarette après 20 ans (7.15 ± 1.77). Enfin les fumeuses qui adhèrent à la consultation avaient un bon pronostic de réussite du sevrage à 6 mois et à un an ($p=0.02$).

En analyse multivariée seules les présences d'une comorbidité respiratoire et cardiovasculaire et l'adhérence à la consultation étaient significativement associées à un bon pronostic de réussite du sevrage à 6 mois et à un an. Un âge d'initiation tabagique tardif n'était plus associé à une évolution favorable du sevrage à 6 mois quand la morbidité respiratoire et cardiovasculaire et l'effet consultation régulière étaient pris en considération. Par contre une tendance à la signification en faveur de la réussite du sevrage à un an était constaté ($P=0.06$) (tableau 5).

Tableau 2 : Analyse comparative des comorbidités associées à 6 mois et 1 an selon le résultat du sevrage en analyse univariée

Variables	Résultats à 6 mois			Résultats à 1 an		
	Nombre de non fumeuses	Pourcentage de réussite	p	Nombre de non fumeuses	Pourcentage de réussite	p
Au moins une comorbidité respiratoire ou cardiovasc						
Présence (oui) (n=27)	11	40.7	0.02	9	33.3	0.03
Absence (non) (n=58)	10	17.2		7	12.1	
Comorbidité psychiatrique				2	10.5	>0.05
Présence (oui) (n=19)	3	15.8	>0.05	14	21.2	
Absence (non) (n=66)	18	27.2				
Comorbidité gynéco obst				0	0	>0.05
Présence (oui) (n=4)	1	1.2	>0.05	16	19.7	
Absence (non) (n=81)	20	24.7				

Tableau 3 : Analyse comparative des motivations du sevrage selon le résultat du sevrage en analyse univariée

Variables	Résultats à 6 mois			Résultats à 1 an		
	Nombre de non fumeuses	Pourcentage de réussite	p	Nombre de non fumeuses	Pourcentage de réussite	p
Origine de la consultation						
Initiative perso (n=65)	17	26.1	>0.05	13	20	
conseil de médecin/(n=20) pression familiale	4	20		15	18.7	>0.05
Motivation						
Préoccupation santé				16	22.5	0.06
Présence (oui) (n=71)	19	26.7	>0.05	0	0	
Absence (non) (n=14)	2	14.3				
Souci esthétique				4	13.8	>0.05
Présence (oui) (n=29)	7	24.1	>0.05	12	21.4	
Absence (non) (n=56)	14	25				
coût élevé				5	19.2	>0.05
Présence (oui) (n=26)	8	30.8	>0.05	11	18.6	
Absence (non) (n=59)	13	22				
conseil familial				3	14.3	>0.05
Présence (oui) (n=21)	6	28.6	>0.05	13	20.3	
Absence (non) (n=64)	15	23.4				

Tableau 4 : Analyse comparative des caractéristiques du tabagisme et de suivi des fumeuses à 6 mois et 1 an selon le résultat du sevrage en analyse univariée

Variables	Résultats à 6 mois			Résultats à 1 an		
	REUSSITE	ECHEC	p	REUSSITE	ECHEC	p
Age du début du tabagisme (ET) ans	22.6(8.23)	18.76(5.87)	0.05	23(8.19)	18.95(6.1)	0.03
Ancienneté du tabagisme (ET) ans	21.71(10.1)	24.36(11.93)	>0.05	22.25(9.9)	24.04(11.6)	>0.05
Nombre cigarette/j	23.25(9.6)	21.96(11.64)	>0.05	23.33(9.1)	22.04(11.5)	>0.05
Tentative d'arrêt (%)						
Oui (n=56)	26.8	73.2	>0.05	21.4	78.6	>0.05
Non (n=29)	20.7	79.3		13.8	86.2	
Score de Fagerström (%)						
< 7 (n=25)	32	68	>0.05	20	80	>0.05
≥ 7 (n=58)	20.7	79.3		17.2	82.8	
Score H.A.D.						
A<8 et D<8 (n=40)	25	75	>0.05	20	80	>0.05
A≥8 ou D≥8 (n=43)	25.6	74.4		18.6	81.4	
Score Demaria (%)						
≤6 (n=18)	16.7	83.3	>0.05	5.6	94.4	>0.05
>6 (n=63)	28.6	71.4		23.8	76.2	
Nombre de consultation (%)						
2 (n=43)	13.9	86.1	>0.05	9.3	90.7	>0.05
3 ou plus (n=42)	35.7	64.3		28.6	71.4	

Tableau 5 : Facteurs prédictifs de la réussite du sevrage à 6 mois et à un an en analyse multivariée

Effet	Odds ratio du succès du sevrage à 6 mois		Odds ratio du succès du sevrage à un an	
	Intervalle de confiance : 95%	p	Intervalle de confiance : 95%	p
Age de début du tabagisme < 20 ans Vs > 20ans	0.41 [0.13-1.26]	0.12	0.3 [0.08-1.07]	0.06
Comorbidité respiratoire et cardiovasculaire Présence Vs absence	3.82 [1.27-11.52]	0.01	4.43 [1.29-15.17]	0.01
Nombre de consultation 2 consultations Vs 3 consultations et plus	4.02 [1.26-12.86]	0.01	5.02 [1.29-19.39]	0.01

DISCUSSION

Dans notre étude, les femmes Tunisiennes étaient remarquables par leur gravité médicale avec la présence de maladies liées au tabac pour un tiers et de tendances anxieuses et dépressives pour la moitié. Le score moyen de Fagerström était de 7.5, témoignant d'une forte dépendance au tabac et justifiant le recours au traitement pharmacologique dans tous les cas. Le taux d'abstinence à 27,5 mois était de 18.8% à un an et l'échec avait intéressé 69 fumeuses. En analyse multivariée, les facteurs prédictifs de l'arrêt du tabagisme à un an étaient l'adhérence à la consultation (OR :5.02 IC à 95% [1,29-19,39] P=0.01) et la présence d'une maladie liée au tabac (OR :4.43 IC à 95% [1.29-15.17] p= 0.01). Une relation possible mais non significative avec l'âge d'initiation tabagique était observée (OR=0.3 IC à 95% [0.08-1.07] P=0.06).

Les études qui se sont intéressées à identifier les facteurs pronostiques de la réussite ou de l'échec du sevrage tabagique sont

caractérisées par leur rareté et leur hétérogénéité. Les facteurs étudiés sont différents d'un auteur à l'autre et les résultats obtenus parfois discordants. Ces différences sont inhérentes aux caractéristiques des populations étudiées et aux modalités du sevrage tabagique qui sont souvent peu comparables influençant la sensibilité de ces facteurs. La revue de la littérature démontre clairement qu'une série de facteurs personnels ou contextuels peuvent influencer l'arrêt ou la poursuite des habitudes tabagiques chez une femme. Pour certains auteurs, l'âge, le faible niveau de scolarité (1, 2) et un statut socioéconomique bas ou défavorisé (3) sont des facteurs déterminants du sevrage. Les fumeuses âgées de plus de 40 ans ont plus de chance de réussir leur sevrage, alors que le faible niveau d'instruction et un statut social défavorable poussent à poursuivre le tabagisme. Ces trois facteurs ne sont pas apparus significatifs dans notre étude. Certaines études ont rapporté l'impact positif d'être marié ou de vivre avec un partenaire sur les taux de réussite du sevrage (4).

Cet effet n'apparaît pas dans notre étude. Ces différences observées seraient peut être dues aux considérations socioculturelles caractérisant la population féminine tunisienne. Cependant la présence d'un fumeur dans l'entourage a un impact majeur sur les chances d'arrêt et contribue à les limiter (5). Par opposition à d'autres études, nous n'avons pas constaté que la consommation tabagique moyenne, l'ancienneté du tabagisme, le nombre de tentatives de sevrage et le test de Fargerström étaient des facteurs prédictifs du sevrage (6). Seul l'âge d'initiation tabagique, qui apparaît prédictif du résultat du sevrage dans l'analyse univariée a gardé une tendance à la signification dans l'analyse multivariée (Odds ratios à 0.3 [0.08-1.07] $p=0.06$) ce qui rend la relation avec l'issue du sevrage possible mais non significative. L'explication que nous pouvons avancer, réside en une faiblesse des effectifs responsable d'un manque de puissance. Plusieurs observations concordantes semblent conforter l'hypothèse de l'influence du début du tabagisme à un âge très jeune dans la poursuite du tabagisme (1, 7). Cette relation semble être en rapport avec un niveau de dépendance élevé comme il est apparu dans notre série (8). Ces données tendent à conforter l'hypothèse d'un noyau dur de fumeuses, les Hard-core smokers, et les heavy smokers définis par Emery (9). Il s'agit de fumeuses qui consomment plus de 15 cigarettes par jour avec peu ou pas de tentatives antérieures d'arrêts du tabagisme et qui ont commencé leur consommation tabagique à un âge très jeune.

Dans la littérature les liens entre états anxio-dépressifs et tabagisme sont bien établies (10). Un antécédent de dépression, une dépression traitée ou les tests HAD ne sont pas corrélés avec le résultat du sevrage tabagique. Si le test HAD n'est pas apparu lié au sevrage tabagique, c'est peut être que la forme et le contenu du test ne sont pas bien adaptés à la culture tunisienne, car ce test n'a pas été validé dans notre contexte. En revanche, il existe une relation possible mais non significative entre un recours à la consultation motivée par l'état de santé et l'issue du sevrage. Cette relation paraît en rapport avec la présence d'une pathologie somatique, notamment les maladies liées au tabac. En effet, dans notre étude l'existence d'une maladie respiratoire ou cardiovasculaire est un facteur prédictif de réussite du sevrage à six mois (OR= 3.82 [1.27- 11.52] $p= 0.01$) et à un an (OR= 4.43 [1.29 – 15.17] $p=0.01$).

La perception des risques peut être définie comme « le processus par lequel un individu ou « un groupe » comprend et donne un sens à une menace ou un danger ». Les caractéristiques propres à un risque peuvent en influencer sa perception et les caractéristiques psychologiques des individus peuvent favoriser la prise de risque (11). Le tabagisme actif considéré comme volontaire, contrôlable et ne générant que peu de peur peut donc être perçu comme un faible risque. Le biais d'optimisme ou illusion d'invulnérabilité selon lequel un sujet estimera qu'il est moins vulnérable qu'un autre permet de diminuer le niveau d'anxiété associé à son comportement à risque (11). Ce biais est bien documenté en matière de tabagisme (12). Il semble que les fumeuses minimisent les risques liées au tabagisme. La perception est modulée par plusieurs facteurs : l'âge, la dissonance cognitive, les informations à disposition, le niveau d'instruction, l'influence de l'entourage, l'origine socioculturelle et le genre. Ainsi la femme a une perception du risque liée au tabagisme plus précise et plus proche de la réalité (12). Elle s'occupe habituellement de la santé à domicile et effectue beaucoup de démarches de santé susceptibles

de favoriser la diffusion des messages de prévention par rapport à la cigarette. Fakhfakh (13) en 2002 a démontré que la majorité des personnes enquêtées (98%) des deux sexes considéraient la consommation du tabac nocive pour la santé, mais leurs connaissances étaient incomplètes et imprécises. Ils incriminaient le tabac dans des proportions variant entre 90 et 98% dans le cancer, particulièrement celui de l'appareil respiratoire, les autres maladies respiratoires notamment les broncho-pneumopathies chroniques obstructives et les cardiopathies. Tandis que la pathologie la plus redoutée était le cancer du poumon, les autres atteintes du système respiratoire et les maladies cardiovasculaires étaient considérées comme mineures. Dans le même sens, certains rapportent que l'existence d'une maladie liée au tabagisme peut rendre le sevrage difficile et réduire les chances de réussite. En effet, Le sevrage tabagique des personnes souffrant de BPCO est difficile avec un taux de réussite sensiblement inférieur à celui d'une population générale de fumeurs indemnes de cette affection. Les faibles taux observés chez les fumeurs atteints de BPCO, Perriot (14) les expliquent d'une part par le niveau de consommation tabagique élevé, l'ancienneté du tabagisme, la forte dépendance, la sédentarité plus fréquente et le niveau socioéconomique et intellectuel plus bas, d'autre part, par la motivation pour le sevrage souvent inférieure aux autres fumeurs : ils minimisent les risques liés au tabagisme, ne croient pas aux bénéfices de l'arrêt ou doutent de leur capacité à arrêter de fumer. Les femmes fumeuses atteintes de BPCO, ayant un risque accru de troubles anxio-dépressifs, éprouvent encore plus de difficultés que les hommes à cesser leur tabagisme. Les études EUROASPIRE 1 et EUROASPIRE 2 ont ainsi montré que la prévalence du tabagisme restait stable à cinq ans d'intervalle (19.5% versus 20.8%) chez les patients ayant été hospitalisés pour une pathologie coronarienne et interrogés six mois après leur sortie de l'hôpital (15). En outre, cette caractéristique féminine d'avoir une bonne appréciation des risques liés à la santé peut expliquer en partie l'adhérence des femmes fumeuses à la consultation d'aide au sevrage tabagique. Ainsi, l'adhérence à la consultation dans notre population était un facteur prédictif de la réussite du sevrage à 6 mois (OR ; 4.02 [1.26 – 12.86] $p=0.01$) et à un an (OR= 5.02 [1.29 – 19.39] $p=0.01$). Ces observations sont confirmées par plusieurs auteurs (1, 12, 16).

CONCLUSION

En raison de leur spécificité psychologique, les femmes éprouvent davantage de difficultés pour arrêter de fumer que les hommes, faute d'appui social et parce qu'elles comptent davantage sur la cigarette pour faire face à des situations mettant en jeu des émotions négatives (situations conflictuelles, difficultés financières, deuil), pour combattre le stress et l'anxiété ; ceci est accentué chez celles qui vivent dans des conditions défavorables. Cependant, elles ont une perception du risque liée au tabagisme plus précise et plus proche de la réalité. Ainsi le médecin en général et le tabacologue en particulier a un rôle primordial à jouer, d'autant plus que la première motivation à l'arrêt du tabac chez la femme concerne la santé.

Références

1. Ward KD, Klesges RC, Zbikowki SM, Bliss RE, Garvey AJ. Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation Attempt. *Addict Behav* 1997;22:521-33.
2. Bjornson W, Rand C, Connett JE et al. Gender differences in smoking cessation after 3 years in the lung healthy study. *Am j Public Health* 1995; 85:223-30.
3. Gritchell JG. Use of smoking cessation treatments in the United States. *Am J Prev Med* 2008;34:102-11.
4. Peretti-Watel P, Beck F, Wilquin JL. Attitudes connaissances et comportements de santé. *INPES* 2006:77-110.
5. Rohrbaugh M, Shoham V, Dempsey C. Gender differences in quit support partners of health-compromised smokers. *J Drug Issues* 2009;39:329-46.
6. Piper M E, Cook J W, Schlam T R et al. Gender, race and education differences in abstinence rates among participants in two randomized smoking cessation trials. *Nicotine Tob Res* 2010;12:647-57.
7. Houdebine E, Guillaumin C, Rouquette A et al. Le tabagisme gravidique. Etude descriptive et facteurs pronostiques d'arrêt du tabac pendant la grossesse. *J Gynecol Obst Biol Reprod* 2009;38:155-60.
8. Lagrue G. Pourquoi l'arrêt du tabac est-il plus difficile chez la femme? *Courrier Addict* 2004;6 :51.
9. Augustson E, Barzani D, Rutten J, Marcus S. Gender differences among hardcore smokers: an analysis of the tobacco use supplement of current population survey. *J Women's Health* 2008;17:1167-73.
10. Berlin I, Singleton E, Pedarriosse A et al. The modified reasons for smoking scale: Factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction* 2003;98:1575-83.
11. Bodenman P, Rossi I, Cornuz J. Perception du risqué lié au tabagisme : données et interrogations. *Rev Med Suisse* 2006;2:1704-9.
12. Weinstein N, Marcus S, Moser R. Smokers unrealistic optimism about their risk. *Tob Control* 2005;14:55-9.
13. Fakhfakh R, Hsaïri H, Maalej M, Achour N, Nacef T. Tobacco use in Tunisia : Behaviour and awarness. *Bull World Health Organ* 2002;80:350-6.
14. Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R. Dépendance tabagique et états anxiodépressifs. *Encephale* 2002;21:374-7.
15. Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. 2007:25-53.
16. Hogle JM, curtin JJ. Sex differences negative affective response during nicotine with drawal. *Psychophysiology* 2006;43:344-56.