

Dépendance nicotinique et motivation au sevrage chez les travailleurs : étude des déterminants individuels et professionnels

G. BAHRI¹, A.SAID², M. MERSNI¹, N. MECHERGUI³, S.CHEMINGUI¹, M.BANI¹, N.LADHARI¹

1/ Service de Médecine du Travail, Hôpital Charles Nicolle, Tunisie

2/ Centre de Santé de Base de Riadh La Marsa, Tunisie

3/ Service de Médecine du Travail, Hôpital Habib Thameur, Tunisie

RESUME

Introduction : En milieu professionnel, le tabagisme constitue à la fois un facteur de risque individuel et un enjeu collectif de santé au travail. Les objectifs de ce travail étaient de décrire les caractéristiques du comportement tabagique chez des travailleurs consultant en soins de première ligne, et évaluer, chez les fumeurs actifs, le niveau de dépendance nicotinique ainsi que les facteurs individuels et professionnels associés à la motivation au sevrage tabagique.

Méthodes : Étude transversale menée en septembre 2025 auprès de travailleurs consultant le Centre de Santé de Base (CSB) Riadh La Marsa. Les données sociodémographiques, professionnelles et tabagiques ont été recueillies au moyen d'un questionnaire standardisé. La dépendance nicotinique a été évaluée par le test de Fagerström et la motivation au sevrage par l'échelle Q-MAT (Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac). L'analyse statistique a été réalisée sous SPSS 27.1 (test t de Student, Chi-deux de Pearson ou test exact de Fisher, seuil de significativité de 5 %).

Résultats : Au total, 83 travailleurs ont été inclus, d'âge moyen 50 ± 13 ans, avec une prédominance masculine (85,5 %). La prévalence du tabagisme était de 20,7 %, la cigarette traditionnelle étant le produit majoritaire (86 %). Les fumeurs présentaient une consommation élevée (22 ± 13 cigarettes/jour) et une forte exposition cumulée (39 ± 33 paquets-années). Plus de la moitié avaient déjà tenté un sevrage (55,4 %), mais les rechutes restaient fréquentes, principalement liées au stress (47 %). Une forte dépendance nicotinique était retrouvée chez 72,9 % des fumeurs, tandis qu'une bonne motivation au sevrage n'était observée que chez 25,3 % des participants. Un âge supérieur à 50 ans était significativement associé à une meilleure motivation à l'arrêt ($p = 0,011$).

Conclusion : Cette étude met en évidence, chez des travailleurs consultant en soins de première ligne, un profil de fumeurs marqué par une forte dépendance nicotinique, une consommation tabagique importante et une motivation au sevrage insuffisante. Ces résultats soulignent l'importance d'une approche individualisée intégrant l'évaluation de la dépendance, l'accompagnement motivationnel et le soutien comportemental, en particulier en médecine du travail.

Mots-clés : Tabagisme - Dépendance nicotinique - Sevrage tabagique- Santé au travail.

NICOTINE DEPENDENCE AND MOTIVATION TO QUIT SMOKING AMONG WORKERS: A STUDY OF INDIVIDUAL AND OCCUPATIONAL DETERMINANTS

ABSTRACT

Introduction : In the workplace, smoking is both an individual risk factor and a collective occupational health issue. We aim to describe smoking-behavior characteristics among workers attending primary care, and to assess, among active smokers, the level of nicotine dependence and the individual and occupational factors associated with motivation to quit smoking.

Methods : A cross-sectional study conducted in September 2025 among workers attending the Riadh La Marsa Basic Health Centre. Sociodemographic, occupational and smoking-related data were collected using a standardized questionnaire. Nicotine dependence was assessed with the Fagerström test and motivation to quit with the Q-MAT scale (Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac). Statistical analysis was performed using SPSS 27.1 (Student's t-test, Pearson Chi-square or Fisher's exact test, significance threshold of 5%).

Results : A total of 83 workers were included, with a mean age of 50 ± 13 years and a marked male predominance (85.5%). Smoking prevalence was 20.7%, traditional cigarettes being the predominant product (86%). Smokers showed heavy consumption (22 ± 13 cigarettes/day) and substantial cumulative exposure (39 ± 33 pack-years). More than half had already attempted to quit (55.4%), but relapse remained frequent, mainly related to stress (47%). Strong nicotine dependence was found in 72.9% of smokers, whereas good motivation to quit was observed in only 25.3% of participants. Age above 50 years was significantly associated with better motivation to quit ($p=0.011$).

Conclusion : This study highlights, among workers attending primary care, a profile of smokers marked by strong nicotine dependence, heavy tobacco consumption and insufficient motivation to quit. These findings underline the importance of an individualized approach combining dependence assessment, motivational support and behavioral counselling, particularly within occupational health services.

Key-words : Smoking- Nicotine dependence - Smoking cessation - Occupational health.

INTRODUCTION

Le tabagisme demeure l'un des principaux problèmes de santé publique à l'échelle mondiale. Malgré les politiques de lutte antitabac mises en œuvre au cours des dernières décennies, il reste l'une des principales causes évitables de morbidité et de mortalité prématurée. Selon les estimations du Global Burden of Disease, plus d'un milliard de personnes consomment actuellement des produits du tabac, responsables de plus de huit millions de décès chaque année, dont environ 1,3 million liés à l'exposition au tabagisme passif [1]. Le tabagisme est impliqué dans la survenue de nombreuses maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies respiratoires chroniques, contribuant ainsi à un fardeau sanitaire, social et économique considérable [2]. En Tunisie, le tabagisme constitue également une préoccupation majeure de santé publique. Sa prévalence demeure élevée, particulièrement chez les hommes, avec une initiation souvent précoce, dès l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Cette consommation contribue de manière importante à la morbidité et à la mortalité prématurée liées aux maladies non transmissibles. Certaines catégories professionnelles présentent par ailleurs des niveaux de consommation particulièrement élevés, notamment les travailleurs manuels et certains professionnels de santé, soulignant l'importance de renforcer les actions de prévention et d'aide au sevrage auprès de la population active [3,4]. La population active représente ainsi une cible prioritaire des stratégies de lutte contre le tabagisme. En milieu professionnel, le tabagisme constitue à la fois un facteur de risque individuel et un enjeu collectif de santé au travail. Il expose les collègues au tabagisme passif et peut avoir des répercussions sur la santé, l'absentéisme et la productivité. Par ailleurs, certaines caractéristiques liées au travail, telles que le stress professionnel, les contraintes organisationnelles, les horaires prolongés et l'influence de l'environnement social, peuvent favoriser le maintien de la consommation et les rechutes après une tentative d'arrêt [5]. L'arrêt du tabac constitue l'une des interventions les plus efficaces pour réduire les risques liés à cette consommation. Cependant, le sevrage tabagique représente un processus complexe, dont la réussite dépend de plusieurs facteurs. La dépendance nicotinique constitue l'un des

principaux obstacles à l'arrêt, tandis que la motivation influence l'engagement du fumeur dans la démarche de changement et sa persévérance au cours du sevrage. L'évaluation de ces deux dimensions permet ainsi de mieux caractériser le profil du fumeur et d'adapter l'accompagnement proposé à ses besoins [6]. Dans ce contexte, l'identification des facteurs individuels et professionnels susceptibles d'être associés à la dépendance nicotinique et à la motivation au sevrage présente un intérêt particulier en médecine du travail. C'est dans cette perspective que s'inscrit notre travail, réalisé auprès des travailleurs consultant au Centre de Santé de Base de Riadh La Marsa (CSB-Riadh La Marsa). Cette étude avait pour objectifs de :

- Décrire les caractéristiques du comportement tabagique chez les travailleurs fumeurs ;
- Évaluer, chez les travailleurs fumeurs, le niveau de dépendance nicotinique et identifier les facteurs associés à la motivation au sevrage.

METHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale, basée sur l'analyse de questionnaires. Cette étude a été menée auprès des patients consultant le Centre de Santé de Base (CSB) Riadh La Marsa durant le mois de septembre 2025. Ce centre assure des activités de prévention, de soins curatifs et d'éducation pour la santé au profit de la population de son secteur.

Les critères d'inclusion étaient : tous les patients âgés de plus de 19 ans, exerçant une activité professionnelle et présentant un statut tabagique, qu'ils soient fumeurs actifs ou anciens fumeurs. N'ont pas été inclus les sujets âgés de 19 ans ou moins, les personnes sans activité professionnelle, les sujets n'ayant jamais fumé, et les patients ayant refusé de participer à l'enquête. Ont été exclus les patients n'ayant pas répondu en totalité aux questionnaires.

Un questionnaire individuel, administré de manière uniforme à l'ensemble des participants, a été utilisé pour recueillir les données. Il a été élaboré à partir du questionnaire d'une enquête de la Commission européenne [5], puis substantiellement adapté aux objectifs de notre étude. Rédigé en français, il était expliqué en arabe dialectal lorsque nécessaire, en fonction du niveau d'instruction des participants. Le questionnaire comportait 30 questions réparties

en cinq sections : données sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'instruction, état civil, nombre d'enfants) ; données professionnelles (profession, secteur d'activité, ancienneté, nombre moyen d'heures de travail par jour) ; antécédents médicaux (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie, maladies cardiovasculaires) ; et caractéristiques du comportement tabagique.

Les participants ont été répartis en deux groupes selon leur statut tabagique. Étaient considérés comme anciens fumeurs les sujets ayant consommé régulièrement du tabac pendant au moins une année puis ayant arrêté leur consommation, le tabagisme régulier étant défini par une consommation d'au moins une cigarette par jour pendant quatre jours ou plus par semaine durant au moins une année. Chez ces participants, ont été recueillis l'âge de la première cigarette, l'ancienneté du tabagisme, le niveau d'exposition tabagique en paquets-années (PA), la durée du sevrage, les principales motivations de l'arrêt et le recours éventuel aux aides au sevrage (substituts nicotiniques, traitements médicamenteux ou autres méthodes).

Les fumeurs actifs étaient définis comme les sujets consommant quotidiennement du tabac au moment de l'enquête ou depuis au moins un mois, quel que soit le produit consommé (cigarette manufacturée, narguilé, cigarette électronique, tabac chauffé). Chez ces participants, ont été précisés l'âge d'initiation, le type de produit consommé, le nombre moyen de cigarettes ou de séances de narguilé par jour, le niveau d'exposition tabagique en paquets-années pour les fumeurs de cigarettes, les antécédents de tentatives de sevrage (nombre de tentatives, durée maximale d'abstinence), les méthodes utilisées lors des tentatives d'arrêt et les principaux motifs de rechute.

Chez les fumeurs de cigarettes, la dépendance nicotinique a été évaluée au moyen du test de Fagerström, outil standardisé comportant six questions portant notamment sur le délai entre le réveil et la première cigarette, le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, les difficultés à s'abstenir de fumer et la consommation dans certaines situations particulières. Le score total, compris entre 0 et 10, permet de classer la dépendance selon sa sévérité : de 0 à 3, faible dépendance ; de 4 à 6, dépendance modérée ; de 7 à 10, dépendance forte à très forte.

La motivation au sevrage a été appréciée à l'aide de l'échelle Q-MAT (Questionnaire de Motivation à l'Arrêt du Tabac), qui évalue le niveau de motivation d'un fumeur à entreprendre un sevrage tabagique. Le score total varie de 0 à 20, un score élevé traduisant une motivation plus importante : score ≤ 6 , motivation insuffisante ; score entre 7 et 13, motivation moyenne ; score > 13 , bonne ou très bonne motivation.

À partir des données recueillies, une première analyse a comparé les caractéristiques sociodémographiques, professionnelles et tabagiques des fumeurs actifs à celles des anciens fumeurs. Une seconde analyse a été réalisée chez les fumeurs actifs afin d'identifier les déterminants individuels et professionnels d'une bonne motivation au sevrage tabagique, évaluée par le score Q-MAT ; les variables étudiées comprenaient notamment l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le secteur professionnel, l'ancienneté, le niveau de dépendance nicotinique et les antécédents de tentatives de sevrage.

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 27.1. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs et leurs fréquences, les variables quantitatives sous forme de moyennes $\pm$ écarts-types, avec leurs valeurs extrêmes lorsque cela était pertinent. La comparaison des moyennes entre deux groupes indépendants a été réalisée au moyen du test t de Student. Les comparaisons des proportions ont été effectuées à l'aide du test du Chi-deux de Pearson ou, lorsque les conditions d'application n'étaient pas remplies, du test exact de Fisher. Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

RESULTATS

Au total, 83 questionnaires ont été recueillis auprès de 401 consultants âgés de plus de 19 ans ayant consulté le Centre de Santé de Base « Riadh La Marsa » durant le mois de septembre 2025, correspondant à un taux de participation de 24,9 %. Tous les consultants sollicités ont accepté de participer à l'étude, et aucun refus de participation n'a été enregistré.

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles :

Notre échantillon présentait une prédominance masculine marquée, avec 71 hommes (85,5 %) et 12 femmes (14,5 %), soit un genre-ratio de

8,09. L'âge moyen des consultants était de 50 ± 13 ans (extrêmes : 19-78 ans) ; plus de la moitié des participants (53,1 %) étaient âgés de 50 ans ou plus, tandis que 8,6 % avaient moins de 30 ans (Figure 1). La majorité des consultants étaient mariés (71,1 %, $n = 59$), 18,1 % étaient célibataires, 8,4 % divorcés et 2,4 % veufs, avec en moyenne deux enfants à charge. Sur le plan de l'instruction, 49 % des consultants avaient un niveau primaire, 40 % un niveau secondaire et 11 % un niveau supérieur.

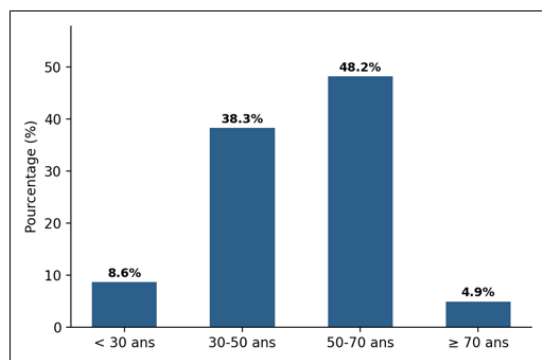


Figure 1 : Répartition de la population selon les tranches d'âge.

L'ancienneté professionnelle moyenne était de $20 \pm 12,2$ ans (extrêmes : 1 - 52 ans), un peu plus élevée chez les anciens fumeurs ($25 \pm 8,3$ ans) ; environ la moitié des consultants avaient une ancienneté ≥ 20 ans (53 %, principalement des hommes). La durée moyenne de travail était de 9 ± 2 heures par jour (extrêmes : 4-16 heures), sans différence marquée entre hommes et femmes. La majorité des consultants (83 %, 69/83) appartenaient au secteur privé, où l'ancienneté moyenne était de $20 \pm 12,7$ ans ; dans le secteur public, l'ancienneté moyenne était un peu plus élevée (22 ± 10 ans) et concernait majoritairement des hommes (71,4%).

Au moins une comorbidité a été retrouvée chez 24 % des consultants, dont 17,2% présentaient au moins deux comorbidités associées. Les pathologies les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle (26 %), le diabète (18,4%), la dyslipidémie (17,2%) et les douleurs thoraciques (16%) ; l'AVC, l'infarctus du myocarde et l'artériopathie des membres inférieurs restaient rares ($\leq 3,6\%$ chacun), et aucun cas d'insuffisance coronarienne n'a été rapporté.

Comportement tabagique :

La population d'étude présentait une prévalence globale de tabagisme de 20,7%,

significativement plus élevée chez les hommes (57,7%) que chez les femmes (3,3%). Parmi les 83 consultants inclus (tous fumeurs actifs ou anciens fumeurs), 93% étaient des fumeurs actifs au moment de l'enquête et seulement 7% étaient d'anciens fumeurs, cette faible proportion traduisant les difficultés à maintenir une abstinence durable. Selon le sexe, 94% des hommes et 58,3% des femmes étaient fumeurs actifs, contre respectivement 5,6% et 16,6% d'anciens fumeurs.

L'âge moyen de la première cigarette était de 18 ± 7 ans (extrêmes : 7 - 46 ans). La cigarette traditionnelle représentait le principal produit consommé (86%), loin devant la vape (2%), le tabac chauffé n'étant rapporté par aucun participant ; 94% des fumeurs consommaient un seul type de tabac. La cigarette traditionnelle était retrouvée dans toutes les tranches d'âge, tandis que le narguilé était davantage représenté chez les 30-50 ans (67%) et la vape chez les moins de 30 ans (Tableau I).

Tableau I : Répartition de la population selon le type de tabac et la tranche d'âge.

Type de tabac	< 30 ans	30-50 ans	50-70 ans	≥ 70 ans
Cigarette traditionnelle	7 %	39 %	48 %	6 %
Vape	67 %	33 %	0 %	0 %
Chicha	17 %	67 %	17 %	0 %

Les fumeurs de cigarettes en paquet consommaient en moyenne 22 ± 13 cigarettes par jour (extrêmes : 4-80), sans différence notable entre hommes (22 ± 13 c/j) et femmes (23 ± 17 c/j). La durée moyenne d'exposition au tabac était de 32 ± 15 ans (extrêmes : 2-60 ans), pour une consommation cumulée moyenne de 39 ± 33 paquets-années (extrêmes : 0,4-168 PA).

Parmi les fumeurs actifs, 46 sujets (55,4%) avaient déjà tenté un sevrage, avec en moyenne 2 ± 1 tentatives (extrêmes : 1-5) et une durée maximale d'abstinence moyenne de 17 mois (18 mois chez les hommes contre 8 mois chez les femmes). Le recours aux aides au sevrage restait limité : 19% avaient utilisé des substituts nicotiniques et un seul participant avait bénéficié d'un accompagnement spécialisé. Les principales causes de rechute rapportées étaient le stress (47%), le manque irrésistible de tabac (24%) et l'influence de l'entourage (16%), loin devant les habitudes (8%), le plaisir de fumer (4%) et d'autres causes (1%).

La dépendance à la nicotine, évaluée par le score de Fagerström, était forte chez 73% des

fumeurs (score > 5), moyenne chez 10,8% (score = 5) et nulle ou faible chez 16,2% (score ≤ 4) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des fumeurs selon le score de Fagerström.

Interprétation	Score ≤ 4 (nulle/faible)	Score = 5 (moyenne)	Score > 5 (forte/très forte)
Effectif	12	8	54
Pourcentage	16,21 %	10,8 %	72,9 %

Dans notre population, seulement 25,3% des fumeurs ont été classés, selon l'échelle Q-MAT, comme ayant une bonne motivation à l'arrêt du tabac (score > 13), contre 74,7% présentant une motivation insuffisante ou moyenne.

Chez les anciens fumeurs, la durée moyenne de sevrage était de 14 ± 12 ans (extrêmes : 3-35 ans). Les motifs d'arrêt étaient principalement liés, chez 85% des sujets, à l'apparition de symptômes respiratoires (dyspnée d'effort, pneumopathie, bronchite aiguë) ; deux anciens fumeurs avaient eu recours à des substituts nicotiniques.

La prévalence globale du tabagisme était significativement plus élevée chez les hommes (47,7%) que chez les femmes (4,4%). L'analyse des caractéristiques socioprofessionnelles selon le sexe n'a pas montré d'association significative avec le statut tabagique, notamment pour l'âge ($p = 0,069$), l'état civil ($p = 0,120$), le niveau d'instruction ($p = 0,407$), l'ancienneté professionnelle ($p = 0,096$) et l'horaire de travail ($p = 0,317$). Aucune association significative n'a par ailleurs été retrouvée entre le sexe et l'âge de début du tabagisme ou le nombre de tentatives de sevrage.

Une analyse comparative entre le profil des fumeurs ayant une bonne motivation au sevrage (score Q-MAT > 13) et ceux ayant une motivation faible ou moyenne (score ≤ 13) a permis de rechercher les facteurs influençant le niveau de motivation. Parmi l'ensemble des facteurs individuels et professionnels étudiés — sexe, niveau d'instruction supérieur, secteur d'activité, antécédent pathologique, âge de la première cigarette, durée d'exposition tabagique, tentatives de sevrage antérieures et score de Fagerström — seul l'âge supérieur à 50 ans était significativement associé à une bonne motivation au sevrage tabagique (Tableau III).

Tableau III : Facteurs prédictifs d'une bonne motivation au sevrage tabagique

Facteur	Catégorie	n	%	p
Sexe	Hommes	71	85 %	NS*
	Femmes	12	15 %	
Âge	≤ 50 ans	39	47 %	0,011
	> 50 ans	44	53 %	
Niveau d'instruction supérieur	Oui	9	12 %	NS*
	Non	74	89 %	
Secteur d'activité	Public	13	16 %	NS*
	Privé	70	84 %	
Antécédent pathologique	Oui	20	24 %	NS*
	Non	63	76 %	
Âge de la 1 ^{ère} cigarette	≤ 20 ans	71	85 %	NS*
	> 20 ans	12	14 %	
Durée d'exposition tabagique	≤ 20 ans	13	17 %	NS*
	> 20 ans	69	83 %	
Tentatives de sevrage antérieures	Oui	64	77 %	NS*
	Non	19	23 %	
Score de Fagerström	≤ 5	29	35 %	NS*
	> 5	54	65 %	

NS* : non significatif.

DISCUSSION

La prévalence globale du tabagisme dans notre population était de 20,7 %, avec une nette disparité selon le sexe : 57,7 % chez les hommes contre 3,43 % chez les femmes. Ce résultat reste proche des estimations nationales récentes, qui situent la prévalence du tabagisme chez l'adulte tunisien autour de 23 à 25 % [7,9]. Il confirme que, malgré plusieurs décennies de politiques de lutte antitabac, le tabagisme demeure un problème majeur de santé publique en Tunisie. Les données nationales témoignent néanmoins d'une diminution progressive de la prévalence au cours des dernières décennies, celle-ci étant estimée entre 39 et 40 % chez les adultes âgés de 20 à 60 ans dans les années 1970 et 1980 [8]. Cette évolution pourrait traduire l'impact, au moins partiel, des différentes mesures de lutte antitabac mises en place au fil du temps ; toutefois, la persistance d'une prévalence élevée suggère que les progrès restent insuffisants, l'accessibilité des produits du tabac, leur acceptabilité sociale et les difficultés d'application de certaines mesures réglementaires pouvant contribuer au maintien de cette consommation [10].

La population étudiée présentait par ailleurs un âge moyen relativement élevé, de 50 ans. Cette caractéristique peut être en partie liée au recrutement en soins de première ligne, où les consultations concernent fréquemment des adultes d'âge moyen ou avancé, notamment dans le cadre du suivi des maladies chroniques ; elle s'inscrit également dans le contexte démographique tunisien, marqué par un vieillissement progressif de la population [11]. Cette distribution concorde avec les données nationales et internationales montrant une

prévalence du tabagisme nettement plus élevée chez les hommes [12,16]. Cette différence entre les sexes peut être mise en relation avec des facteurs socioculturels, notamment une plus grande acceptabilité sociale du tabagisme masculin, tandis que le tabagisme féminin pourrait être sous-estimé en raison de la stigmatisation sociale qui peut entourer la consommation de tabac chez les femmes [12,16]. L'absence de différence significative concernant l'âge d'initiation entre les hommes et les femmes dans notre étude pourrait toutefois témoigner d'une évolution progressive des comportements tabagiques, notamment chez les générations plus jeunes, plusieurs travaux suggérant une augmentation de l'expérimentation du tabac chez les jeunes femmes [17]. L'ancienneté professionnelle moyenne était de 20 ans, ce qui apparaît cohérent avec l'âge relativement élevé de notre population. Toutefois, aucune différence significative d'ancienneté professionnelle n'a été observée entre les fumeurs et les non-fumeurs, ce qui suggère que le comportement tabagique était généralement installé avant l'entrée dans la vie professionnelle ; le milieu professionnel pourrait ainsi davantage contribuer au maintien de la consommation qu'à son initiation, le stress professionnel, la charge mentale, les pauses collectives et l'exposition à des collègues fumeurs pouvant favoriser la persistance du tabagisme [22]. La majorité des participants appartenait au secteur privé (83 %), proportion proche de celle observée à l'échelle nationale, où le secteur privé représente environ 84,3 % des emplois [14] ; cette prédominance pourrait avoir une influence sur les comportements tabagiques, compte tenu des différences possibles entre secteurs en matière de contraintes professionnelles, de stress au travail et d'accès aux dispositifs de prévention et d'aide au sevrage [15].

Dans notre population, l'âge moyen d'initiation au tabac était de 18 ± 7 ans, témoignant d'une entrée relativement précoce dans la consommation, généralement avant l'installation durable dans la vie professionnelle. Ce résultat est comparable à ceux rapportés dans plusieurs études tunisiennes : une enquête réalisée auprès de professionnels de santé de l'hôpital Abderrahmen Mami retrouvait un âge moyen de première cigarette de 19 ± 5 ans, tandis que des études menées chez des étudiants et de jeunes médecins tunisiens rapportaient des âges

d'initiation proches, respectivement autour de 17 et 19 ans [18-20]. L'initiation précoce constitue un élément important dans l'évolution ultérieure du comportement tabagique, les sujets qui commencent à fumer durant l'adolescence présentant davantage de risque de développer une dépendance nicotinique et de maintenir une consommation chronique à l'âge adulte [21]. Dans notre population, cette précocité de l'initiation, associée à un âge moyen de 50 ans, permet de comprendre en partie la durée importante d'exposition observée. Les fumeurs de notre série présentaient en effet une consommation importante, avec une moyenne d'environ 22 cigarettes par jour, un tabagisme cumulé de 39 paquets-années et une durée moyenne d'exposition de 32 ± 15 ans, données témoignant d'un tabagisme ancien et fortement ancré, comparable aux profils habituellement rencontrés dans les consultations spécialisées de sevrage tabagique [13]. Cette longue durée d'exposition constitue un élément important dans l'évaluation de la dépendance et des difficultés potentielles de sevrage, et souligne l'intérêt d'interventions précoces, avant que la consommation ne s'installe durablement et que les mécanismes de dépendance ne se renforcent.

Plus de la moitié des fumeurs de notre étude (55,42 %) avaient déjà effectué au moins une tentative d'arrêt, ce qui traduit une certaine prise de conscience des risques liés au tabagisme et l'existence d'une volonté de changement chez une partie importante des participants. Cependant, la majorité de ces tentatives avaient été réalisées sans accompagnement spécialisé, ce qui pourrait contribuer aux difficultés rencontrées lors du maintien de l'abstinence : les données de la littérature montrent en effet que les chances de succès du sevrage sont supérieures lorsque les tentatives d'arrêt associent un accompagnement comportemental à un traitement pharmacologique adapté, par rapport aux tentatives réalisées sans aide spécifique [23,27]. Dans notre étude, les principales causes de rechute rapportées étaient le stress (47 %), le manque irrépressible ou craving (24 %) et l'influence de l'entourage (16 %), soulignant l'importance des facteurs psychologiques et environnementaux dans le maintien du tabagisme. Le stress constitue en particulier un facteur fréquemment impliqué dans les rechutes, en favorisant le craving et l'utilisation du tabac comme moyen de

régulation émotionnelle [24], tandis que l'exposition à un entourage favorable au tabagisme peut favoriser la reprise de la consommation par des mécanismes d'apprentissage social et de renforcement comportemental [25]. Ces résultats suggèrent que la prise en charge du sevrage ne devrait pas se limiter au traitement de la dépendance nicotinique, mais devrait également intégrer la gestion du stress, le développement de stratégies d'adaptation et, lorsque cela est possible, l'implication de l'entourage, approche particulièrement pertinente en milieu professionnel. Le recours aux dispositifs spécialisés d'aide au sevrage demeurerait cependant limité dans notre population : un seul ancien fumeur avait bénéficié d'une consultation spécialisée et seuls quelques participants avaient eu recours aux substituts nicotiniques, cette faible utilisation rejoignant les données rapportées dans plusieurs études tunisiennes selon lesquelles les tentatives d'arrêt sont encore majoritairement réalisées sans accompagnement médical [30-32].

La dépendance nicotinique était importante dans notre population : 73 % des fumeurs présentaient une forte dépendance selon le score de Fagerström, résultat cohérent avec le profil de notre population, caractérisé par une consommation élevée, une durée d'exposition prolongée et un tabagisme débuté précocement. Une forte dépendance constitue un facteur reconnu de difficulté au sevrage et justifie une prise en charge individualisée associant accompagnement comportemental et traitements validés lorsque ceux-ci sont indiqués [26,27]. Malgré cette forte dépendance, 55,42 % des fumeurs avaient déjà tenté d'arrêter, ce qui montre que l'existence d'une dépendance importante n'exclut pas la volonté de changement, mais souligne la nécessité de distinguer la motivation à l'arrêt de la capacité à maintenir l'abstinence, deux dimensions qui ne reposent pas nécessairement sur les mêmes déterminants. Dans notre étude, seulement 25 % des participants présentaient une bonne motivation au sevrage selon le score Q-MAT ; ce niveau relativement faible pourrait être lié à l'ancienneté et à l'intensité du tabagisme observées dans notre population, la motivation au changement constituant néanmoins une dimension dynamique, influencée par plusieurs facteurs, notamment la perception des risques, l'état de santé, les expériences antérieures de

sevrage et le soutien médical [28]. Les principales motivations d'arrêt rapportées étaient liées à la préservation de la santé, notamment en présence de symptômes respiratoires tels que la dyspnée ou de complications attribuables au tabagisme, ce qui rejoint les données de la littérature selon lesquelles la perception d'une menace pour la santé constitue un facteur important dans le déclenchement d'une démarche d'arrêt [29]. La faible proportion d'anciens fumeurs dans notre série (7 %) pourrait, quant à elle, témoigner de la difficulté à maintenir une abstinence durable dans une population caractérisée par une forte dépendance et une longue histoire de consommation, et rappelle que le processus de sevrage est souvent marqué par plusieurs tentatives avant l'obtention d'une abstinence durable. Ainsi, nos résultats mettent en évidence un décalage entre une volonté d'arrêt exprimée par une proportion importante de fumeurs et une faible proportion de participants présentant une motivation élevée et un recours limité aux dispositifs d'aide, ce qui souligne l'importance d'un repérage systématique de la motivation et de la dépendance afin d'adapter l'intervention proposée à chaque fumeur.

Dans notre étude, l'âge était le principal facteur significativement associé à une bonne motivation au sevrage, les participants les plus âgés présentant une motivation plus importante à l'arrêt. Cette association pourrait s'expliquer par la proportion élevée de sujets âgés de plus de 50 ans dans notre population (53 %), mais également par une prise de conscience accrue des conséquences du tabagisme avec l'avancée en âge : l'apparition de symptômes respiratoires, de maladies chroniques ou de complications liées au tabac peut en effet renforcer la perception du risque et favoriser une démarche de sevrage. Plusieurs études ont montré que les fumeurs plus âgés sont davantage susceptibles d'envisager un arrêt, notamment lorsqu'ils présentent une affection liée au tabagisme ou bénéficient d'un conseil médical personnalisé [33,34]. Ces résultats concordent avec ceux de plusieurs études longitudinales suggérant que, même si les jeunes fumeurs peuvent exprimer une intention d'arrêt, les sujets plus âgés sont davantage susceptibles d'entreprendre une tentative sérieuse et de maintenir une abstinence prolongée, probablement en raison d'une perception plus concrète des bénéfices

sanitaires de l'arrêt et des conséquences du tabagisme chronique [35,36]. L'étude marocaine de Bouaïti et al. rapporte également plusieurs facteurs associés à une meilleure motivation au sevrage, notamment un âge supérieur à 60 ans, la vie en couple, la présence de symptômes respiratoires, une initiation plus tardive du tabagisme et l'existence de tentatives antérieures de sevrage [37], suggérant que la motivation au changement ne dépend pas uniquement du degré de dépendance nicotinique, mais résulte de l'interaction entre les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé perçu et les expériences antérieures de sevrage. La lutte contre le tabagisme en Tunisie s'inscrit dans un cadre législatif visant à réduire l'exposition aux produits du tabac, à prévenir l'initiation et à favoriser le sevrage. La loi n°98-17 du 23 février 1998 relative à la prévention des méfaits du tabagisme constitue le principal socle réglementaire de cette politique [38], prévoyant notamment l'interdiction du tabagisme dans différents espaces publics et professionnels, ainsi que des dispositions relatives à la publicité, à la promotion et au parrainage des produits du tabac. Ce dispositif a été complété par plusieurs textes d'application, notamment les décrets n°98-2248 du 16 novembre 1998 et n°2009-2611 du 14 septembre 2009 [39,40], et l'adhésion de la Tunisie à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en 2010 ont renforcé l'engagement national dans une stratégie globale de lutte contre le tabagisme [41]. Malgré ce cadre réglementaire, la persistance d'une prévalence élevée du tabagisme montre que l'existence de mesures législatives ne suffit pas à elle seule à modifier durablement les comportements, le maintien de la consommation ainsi que l'apparition de nouveaux produits et modes de consommation soulignant la nécessité de renforcer l'application des mesures, la sensibilisation et l'accès aux interventions d'aide au sevrage. Dans ce contexte, le médecin du travail occupe une position privilégiée : les consultations de médecine du travail offrent des occasions régulières de repérer les travailleurs fumeurs, d'évaluer leur consommation et leur niveau de dépendance, d'apprécier leur motivation au sevrage, de proposer un conseil d'arrêt, d'orienter les travailleurs nécessitant une prise en charge spécialisée et de participer à la mise en place d'actions collectives de prévention au sein de l'entreprise. Cette intervention revêt une

importance particulière compte tenu de la longue ancienneté professionnelle observée dans notre population et du rôle potentiel du milieu de travail dans le maintien du tabagisme ; les actions de prévention en entreprise peuvent ainsi associer l'accompagnement individuel des fumeurs à des mesures collectives, notamment la promotion d'un environnement de travail sans tabac. La médecine du travail apparaît donc comme un cadre pertinent pour intégrer systématiquement le dépistage du tabagisme, l'évaluation de la dépendance et de la motivation, ainsi que l'orientation vers une prise en charge adaptée, permettant de passer d'une prévention principalement informative à une démarche plus structurée d'accompagnement du changement.

Notre étude présente plusieurs points forts. Elle s'est intéressée à une population active, directement concernée par les enjeux de santé au travail, et a permis d'explorer conjointement plusieurs dimensions du tabagisme : les caractéristiques de la consommation, le niveau de dépendance nicotinique, les expériences de sevrage et la motivation à l'arrêt. L'utilisation d'outils validés, notamment le test de Fagerström et l'échelle Q-MAT, constitue également un atout méthodologique, et l'analyse des déterminants individuels et professionnels apporte des éléments utiles pour orienter les stratégies de prévention et d'accompagnement du sevrage en milieu professionnel. Certaines limites doivent toutefois être prises en considération : le caractère transversal de l'étude ne permet pas d'établir de relation causale entre les facteurs étudiés et la motivation au sevrage ; la réalisation de l'étude dans un seul centre de santé de base et sur une période limitée peut réduire la représentativité de l'échantillon et limiter la généralisation des résultats à l'ensemble de la population active tunisienne. Enfin, un biais de déclaration ne peut être exclu, notamment concernant le tabagisme féminin, en raison de la stigmatisation sociale susceptible d'influencer la déclaration de cette consommation.

CONCLUSION

Notre étude, menée auprès de travailleurs consultant dans un Centre de Santé de Base de la banlieue de Tunis, a retrouvé une prévalence globale du tabagisme de 24,9 %, avec une nette prédominance masculine. L'analyse du comportement tabagique a également mis en

évidence une initiation précoce, une consommation ancienne et une forte dépendance nicotinique. Malgré des tentatives d'arrêt chez plus de la moitié des fumeurs, la motivation au sevrage restait limitée et le recours aux dispositifs d'aide demeurait insuffisant, ces résultats soulignant que le sevrage tabagique ne repose pas uniquement sur la volonté individuelle, mais s'inscrit dans un processus multifactoriel impliquant le degré de dépendance, l'état de santé, les facteurs psychosociaux, l'environnement professionnel et la motivation au changement. Dans ce contexte, une prise en charge précoce, individualisée et adaptée au niveau de dépendance et de motivation apparaît essentielle.

REFERENCES

1. Global Smoking Rates and Statistics. Tobacco Atlas [Internet]. [cited 2025 Aug 14]. Available from: <https://tobaccoatlas.org/challenges/prevalence/>
2. GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;397(10292):2337-60.
3. Zedini C, Cheikh AB, Mallouli M, Limam M, Sahli J, Ghardallou ME, et al. Prevalence of and factors associated with smoking among students in Sousse, Tunisia. *East Mediterr Health J*. 2016;22(1):39-46.
4. Prévalence du tabagisme chez les professionnels de santé de l'hôpital Abderrahmen Mami, Tunisie. EM-Consulte [Internet]. [cited 2026 Jul 15]. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/1532912/>
5. Baek SU, Lim MH, Kim T, Lee YM, Won JU, Yoon JH. Relationship between long working hours and smoking behaviors: Evidence from population-based cohort studies in Korea. *Scand J Work Environ Health*. 2024;50(4):257-67.
6. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health*. 2017;32(8):1018-36.
7. OMS. Rapport mondial de l'OMS sur les tendances de la prévalence du tabagisme 2000-2024 et projections 2025-2030 (6e édition). Organisation mondiale de la Santé; 2025.
8. Ben Alaya N, Delpeuch F, Ben Romdhane H. Modèle causal des cardiopathies ischémiques en Tunisie. *Options Méditerranéennes*. 2002;41:95-118.
9. Almeida L, Szklo A, Sampaio M, Souza M, Martins LF, Szklo M, et al. Global Adult Tobacco Survey Data as a Tool to Monitor the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) Implementation: The Brazilian Case. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(7):2520-36.
10. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. PubMed [Internet]. [cited 2026 Jul 16]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24382066/>
11. INS. Recensement général de la population et de l'habitat 2024. Institut National de la Statistique, Tunis; 2024.
12. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. PubMed [Internet]. [cited 2026 Jul 16]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24399557/>
13. Cahill K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(2):CD003440.
14. INS. Indicateurs de l'emploi et du chômage — chiffres du premier trimestre 2025. Institut National de la Statistique, Tunis; 2025.
15. Landsbergis PA, Grzywacz JG, LaMontagne AD. Work organization, job insecurity, and occupational health disparities. *Am J Ind Med*. 2014;57(5):495-515.
16. Maziak W, Nakkash R, Bahelah R, Hussein A, Fanous N, Eissenberg T. Tobacco in the Arab world: old and new epidemics amidst policy paralysis. *Health Policy Plan*. 2014;29(6):784-94.
17. Warren CW, Jones NR, Peruga A, Chauvin J, Baptiste JP, Costa de Silva V, et al. Global youth tobacco surveillance, 2000-2007. *MMWR Surveill Summ*. 2008;57(1):1-28.
18. Ben Saad S, et al. Prévalence du tabagisme chez les professionnels de santé exerçant à l'hôpital A. Mami. EM-Consulte. 2022.
19. Ghammam R, et al. Tobacco use among Tunisian university students. *East Mediterr Health J*. 2012.
20. Fakhfakh R, Hsairi M, Maalej M, Achour N, Nacef T. Tobacco use in Tunisia: behavior and awareness. *Bull World Health Organ*. 2002;80:350-6.
21. Dierker L, et al. The role of age of smoking onset in nicotine dependence. *Addiction*. 2008;103(6):1018-27.
22. García-Díaz V, Fernández-Feito A, Arias L, Lana A. Consumo de tabaco y alcohol según la jornada laboral en España. *Gac Sanit*. 2015;29(5):364-9.
23. Panel TU and DG. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. US Department of Health and Human Services; 2008.
24. Kassel JD, Stroud LR, Paronis CA. Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychol Bull*. 2003;129(2):270-304.
25. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. *N Engl J Med*. 2008;358(21):2249-58.
26. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-27.
27. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD000146.
28. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(2):295-304.
29. McCaul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow RE. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addict Behav*. 2006;31(1):42-56.
30. Mziou E, Ghali H, Bhiri S, Khelifa S, Ben Rejeb M, Ben Cheikh A, et al. Predictive Factors for Successful Smoking Cessation in Tunisian Smokers, Sousse-Tunisia: 2015-2020. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2024;25(5):1615-24.
31. El Mhamdi S, Sriha A, Bouanene I, Ben Salah A, Ben Salem K, Soltani MS. Predictors of smoking relapse in a cohort of adolescents and young adults in Monastir (Tunisia). *Tob Induc Dis*. 2013;11(1):12.
32. Trigui M, Jdidi J, Mejdoub Y, Ayed HB, Hmida MB, Jmaa MB, et al. Connaissances, attitudes et pratiques des médecins de première ligne en matière d'aide au sevrage tabagique à Sfax (Tunisie), 2020. *Pan Afr Med J*. 2022;42:83.

33. Twardella D, Loew M, Rothenbacher D, Stegmaier C, Ziegler H, Brenner H. The diagnosis of a smoking-related disease is a prominent trigger for smoking cessation in a retrospective cohort study. *J Clin Epidemiol.* 2006;59(1):82-9.
34. Theodoulou A, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J, et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;6(6):CD013308.
35. Messer K, Trinidad DR, Al-Delaimy WK, Pierce JP. Smoking cessation rates in the United States: a comparison of young adult and older smokers. *Am J Public Health.* 2008;98(2):317-22.
36. Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction.* 2011;106(12):2110-21.
37. Bouaïti E, Mzouri M, Sbaï-idrissi K, Razine R, Kassouati J, Lamrabet M, et al. Les facteurs prédictifs de la bonne motivation de cesser de fumer chez les fumeurs marocains consultant pour une symptomatologie pulmonaire en 2008. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2010;58(1):68-73.
38. JORT n°94. Loi n°98-17 du 23 février 1998 relative à la prévention des méfaits du tabagisme.
39. Décret n°98-2248 du 16 novembre 1998 fixant les lieux affectés à l'usage collectif dans lesquels il est interdit de fumer.
40. Décret n°2009-2611 du 14 septembre 2009 complétant le décret n°98-2248 du 16 novembre 1998 fixant les lieux affectés à l'usage collectif dans lesquels il est interdit de fumer.
41. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève: OMS; 2003.