

J.-P. BENZÉCRI

G. D. MAÏTI

C. KREMER

Sevrage d'un traitement hypnotique ou anxiolytique et thérapeutique substitutive

Les cahiers de l'analyse des données, tome 15, n° 4 (1990),
p. 447-462

http://www.numdam.org/item?id=CAD_1990__15_4_447_0

© Les cahiers de l'analyse des données, Dunod, 1990, tous droits réservés.
L'accès aux archives de la revue « Les cahiers de l'analyse des données » implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (<http://www.numdam.org/conditions>). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM

Article numérisé dans le cadre du programme
Numérisation de documents anciens mathématiques

<http://www.numdam.org/>

SEVRAGE D'UN TRAITEMENT HYPNOTIQUE OU ANXIOLYTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE SUBSTITUTIVE

[SEVRAGE HYPN. ANX.]

*J.-P. BENZÉCRI, G. D. MAÏTI**
*C. KREMER***

1 Structure des données et préparation des analyses

1.1 Le plan de sevrage

L'abus des médicaments à visée hypnotique ou anxiolytique est notre "mal du siècle". Or, à côté des produits les plus répandus, dont les effets non souhaités peuvent être très fâcheux, il peut exister des remèdes efficaces et dont l'usage prolongé ne présente aucun danger. L'objet du présent travail est d'étudier la substitution d'un tel remède, désigné par le sigle L72, à divers traitements usuels, hypnotiques ou anxiolytiques.

Des essais randomisés usuels ont préalablement établi que, dans des manifestations anxio-dépressives réactionnelles, l'effet du L72 ne différait pas significativement de celui d'une benzodiazépine de référence. Il est donc légitime de proposer à des patients, qui déplorent de dépendre des traitements usuels, de tenter de s'en affranchir en recourant au L72.

Sans reprendre ici le détail des rapports cliniques, nous dirons qu'on a recruté, dans quatre centres, une centaine de volontaires des deux sexes, âgés de 18 à 82 ans, et recevant depuis au moins 6 mois un traitement anxiolytique, hypnotique ou à double visée. Quel que fût l'objet de ce traitement, la posologie en a été réduite de 50%, pour une semaine, à partir du jour J0 de l'entrée dans l'essai; le patient commençant à prendre le L72. Au cours de la 2-ème semaine, on a prescrit une nouvelle réduction de 50%; ou, éventuellement le sevrage. La 3-ème semaine, le sevrage devait en principe être total; mais on gardait, au besoin, la posologie de la 2-ème semaine. L'essai s'achevait par une 4-ème semaine, sanctionnant le succès ou l'échec du sevrage.

(*) Expert clinicien, Société STATMATIC.

(**) Laboratoire LEHNING.

1.2 Les données retenues

Nous distinguerons trois rubriques: Signalement, Vie des sujets, Posologie. Le Signalement est donné une fois pour toute; la Vie des sujets est observée à J0 et à J+30; la Posologie est notée pour chacune des 4 semaines que dure l'essai de sevrage.

Signalement

Celui-ci comprend les trois variables {âge, sexe, poids}. De plus, le sigle de chaque sujet commence par l'une des 4 capitales {A, B, C, D}, désignant celui des médecins qui l'a suivi; c'est-à-dire, implicitement, le centre, donc l'origine géographique; soit, respectivement: {Moselle, Charente, Aisne, Paris}.

Vie des sujets

On a, sous cette rubrique, quatre variables dont l'intérêt, pour le domaine de la pathologie en cause, semble incontestable:

- CAL : Consommation d'Alcool par jour, en grammes;
- CTB : Consommation de tabac par jour, en nombre de cigarettes;
- DAS : Durée approximative du sommeil nocturne, en heures;
- DEN : Délais d'endormissement en minutes.

On peut ici noter que la consommation déclarée d'alcool est toujours modérée, généralement inférieure à un demi-litre de vin par jour (50g).

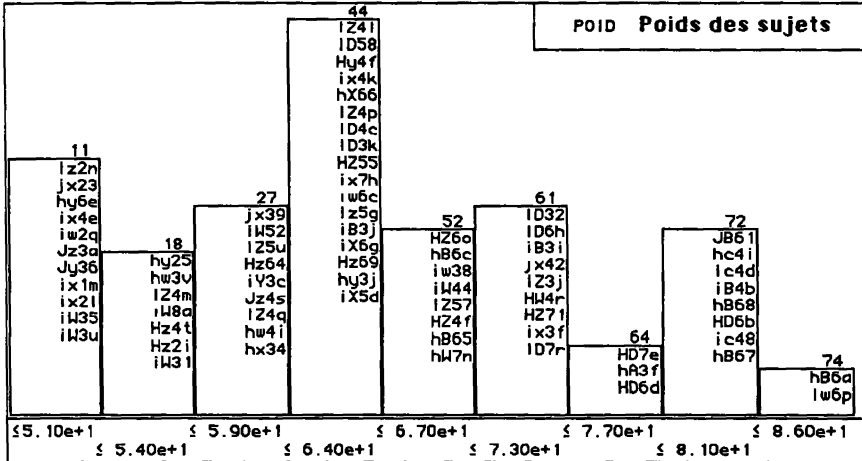
Posologie

Outre la durée (en nombre de mois) du traitement avant l'essai de sevrage, le dossier médical donne à 5 dates, {J0, J+7, J+14, J+21, J+30}, la posologie du L72, en nombre de gouttes; et celle du ou des traitements en cours de sevrage (hypnotique et anxiolytique), en nombre de comprimés. Il est clair que, vu la diversité des drogues en cause, cette dernière mesure n'a pas de signification univoque: c'est pourquoi nous ne l'avons jamais utilisée telle quelle, mais seulement pour définir des *profils de sevrage*.

1.3 Désignation des sujets par des sigles

Nous ne rendrons pas compte de toutes les analyses effectuées, mais nous appliquerons à communiquer au lecteur, sous une forme claire, l'ensemble des conclusions qui nous sont apparues.

Afin de saisir avec exactitude les relations entre les divers plans où sont observés les sujets, nous avons préféré ne conserver, des 102 dossiers examinés, que les 74 auxquels ne manque aucune des données considérées dans le présent travail. Avec une telle population, il importe de ne pas perdre de vue les cas individuels; et c'est pourquoi on a, après plusieurs essais, adopté (pour désigner les sujets sur les histogrammes, listages et diagrammes d'analyse factorielle) un système de sigles apportant de multiples informations.



Le sigle débute par l'une des lettres {H, I, J, h, i, j} indiquant quelle était la visée du traitement; et précisant si le sevrage a été réussi. Le code est:

- H** : traitement hypnotique maintenu, échec du sevrage;
- I** : traitement anxiolytique maintenu, échec du sevrage;
- J** : traitement à double visée, échec du sevrage;
- h, i, j** : même code de traitement, succès du sevrage.

Le deuxième caractère, {A, B, C, D, W, X, Y, Z} ou la minuscule correspondante, désigne le médecin (i.e., cf. *supra*, le centre), le sexe, et une consommation éventuelle d'alcool poursuivie au cours du traitement. De façon précise, les capitales d'origine {A, B, C, D} désignant les 4 centres, sont réservées aux sujets de sexe masculin consommateurs d'alcool; les lettres {W, X, Y, Z}, de la fin de l'alphabet sont pour les femmes consommant de l'alcool; les minuscules désignent, avec le même code, les non-consommateurs.

Le troisième caractère est le premier chiffre de l'âge: e.g. pour un sujet âgé de 60 à 69 ans. Le quatrième et dernier caractère donne le numéro du dossier parmi ceux de son centre: après les chiffres, de 1 à 9, les lettres a, b, c..., permettent de numéroter, s'il y a lieu, jusqu'à 35; en fait le numéro ne dépasse pas 31≈v.

Considérons, par exemple, l'histogramme du poids. Le créneau de gauche comprend 11 sujets, de poids ≤ 51kg; il s'agit de femmes car le 2-ème caractère du sigle est de la fin de l'alphabet; deux consomment de l'alcool (W); quatre ont la trentaine (3-ème carc.= 3); le sevrage n'a échoué que dans 2 cas: Jz3a, Jy36 (J = bithérapie). Le 2-ème créneau concerne les poids de rang 12 à 18; etc...

1.4 Profils posologiques

Les trois analyses de correspondances qui font l'objet du §3, sont fondées sur un tableau à 74 lignes (individus) et 20 colonnes; qui décrivent, par groupe de 5, quatre profils posologiques.

- L72** : posologie substitutive;
- PSH** : posologie du traitement hypnotique;
- PSA** : posologie du traitement anxiolytique;
- TRT** : posologie cumulée des traitements hypnotique et anxiolytique.

Les 5 composantes de chaque profil, e.g. {L720, L721, L723, L724} se réfèrent respectivement aux jours {J0, J+7, J+14, J+21, J+30}; on les calcule en divisant la dose (en quelque unité que celle-ci soit exprimée) par le total des doses: e.g., si la dose de L72 est constante à 80 gouttes, les cinq composantes du profil sont égales à 1/5: $L72t = 0,20$.

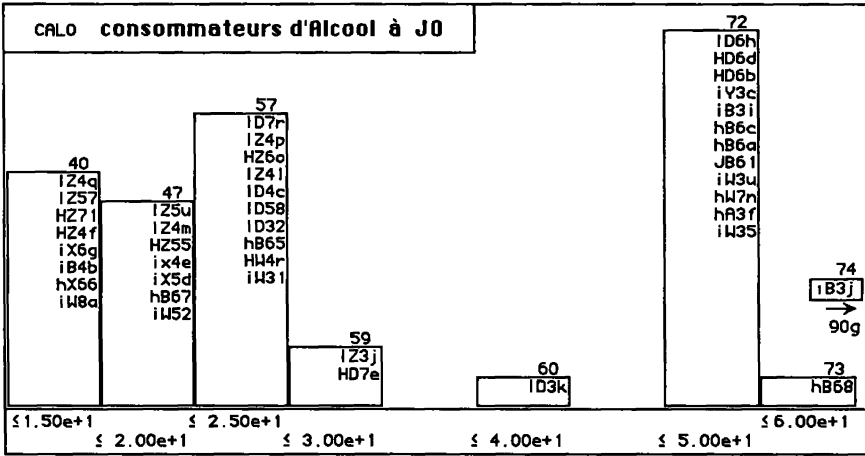
Quand l'un des traitements manque, son profil est une suite de cinq zéros: c'est cas par exemple pour les composantes PSA_t d'un sujet recevant exclusivement un traitement à visée anxiolytique. Quand le sujet reçoit une bithérapie, les deux blocs {PSH_t} et {PSA_t} sont divisés par 2; en sorte que le total de leur 10 composantes est 1 dans tous les cas. Enfin les composantes de {TRT_t} sont les cumuls des composantes de même rang des deux traitements: $TRT_t = PSH_t + PSA_t$. De ce fait, en cas de monothérapie, {TRT_t} est simplement égal à celui des deux profils, hypnotique ou anxiolytique, qui est non nul. Finalement, le total de chaque ligne est 3 dans tous les cas: 1 pour le bloc {L72_t}; 1 pour le cumul de {PSH_t} et {PSA_t}; et 1 pour {TRT_t}.

On considérera trois analyses: 'L', bloc {L72_t} seul en principal; 'TL', blocs {TRT_t} et {L72_t} en principal; 'HA', blocs {PSH_t} et {PSA_t} en principal. On conçoit, *a priori*, que l'analyse 'TL', rende compte, principalement, du succès du sevrage (indépendamment des indications, éventuellement multiples, du traitement); avec d'intéressantes nuances sur la manière dont le médecin ajuste la posologie du L72.

À toutes les analyses, sont adjointes en supplément, 12 lignes construites par cumul de classes d'individu, suivant le sexe {Hom, Fem}; l'âge ($\hat{a} < 40$, $\hat{a} < 62$, $\hat{a} \geq 62$); le centre {docA, docB, docC, docD}; et l'indication simple ou multiple du traitement {Hypn, Anxl, HyAx}. L'extrême importance du 'centre' est apparue dès les premières analyses, avec le bloc d'échecs des sujets du centre D (Paris) groupés sur l'axe1.

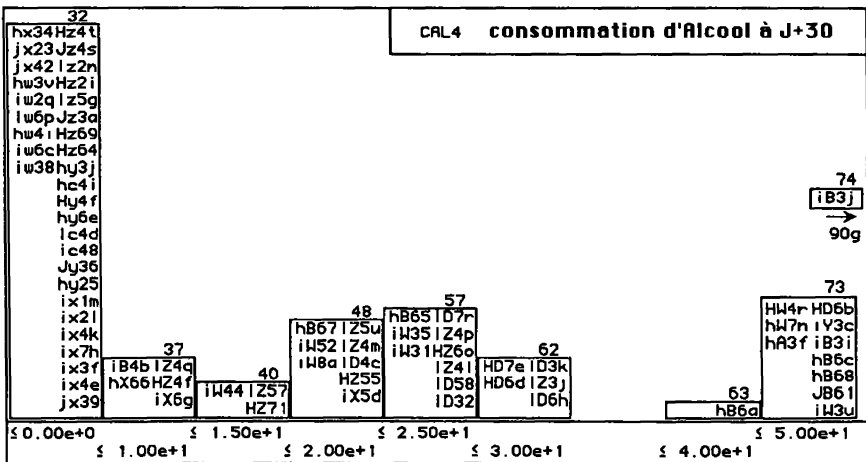
2 Histogrammes des modalités de la Vie des Sujets

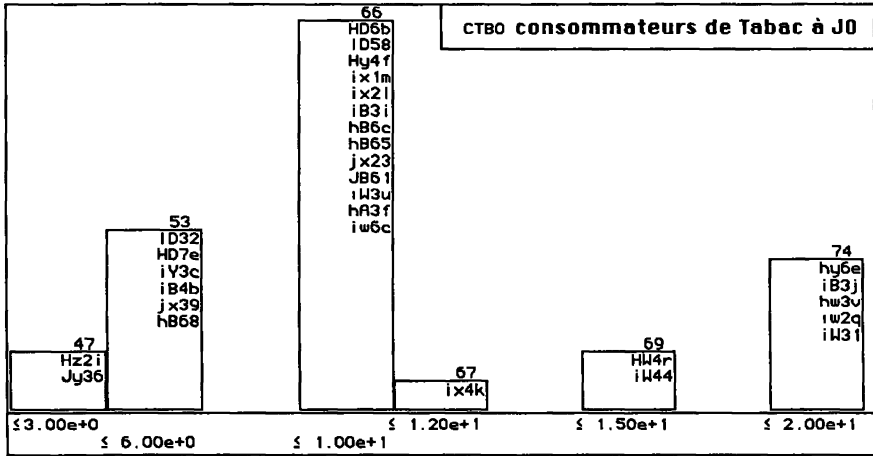
Il n'y a pas à s'étonner de ce que la variable 'POID', déjà considérée au §1.3, ne domine pas le cours du sevrage; mais des surprises viendront ailleurs!



2.1 La consommation d'alcool

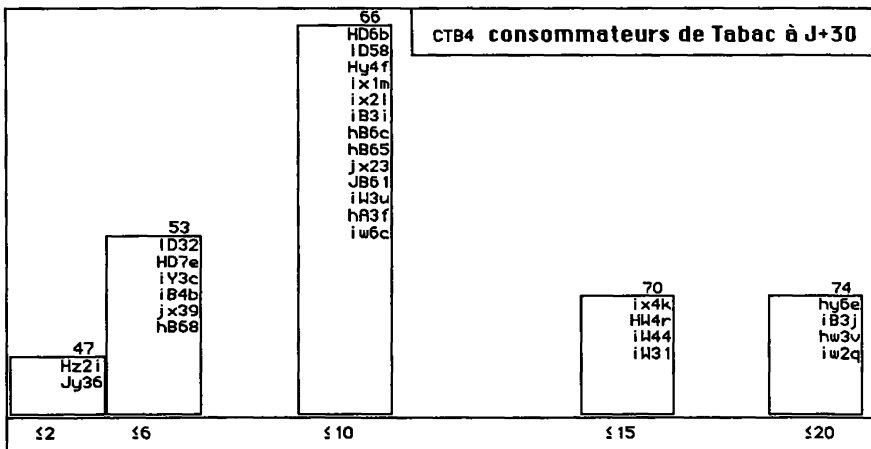
Ainsi que nous l'avons annoncé au §1.3, la consommation déclarée d'Alcool est modérée: le maximum de 90g, soit moins d'un litre de vin par jour, est atteint par le sujet iB3j: un homme d'une trentaine d'années (3), traité par anxiolytique et dont le sevrage a réussi (i). Les consommations nulles (32 cas) n'ont été conservées que sur l'histogramme de CAL4 (J+30). Au niveau des consommations très modérées, de 10g à 30g (bière appétitif?), on est surpris de constater que la majorité des sujets n'a pas réussi le sevrage du traitement. Au contraire, le taux de succès est maximum pour les non-buveurs et les buveurs consommant 50g ou davantage.

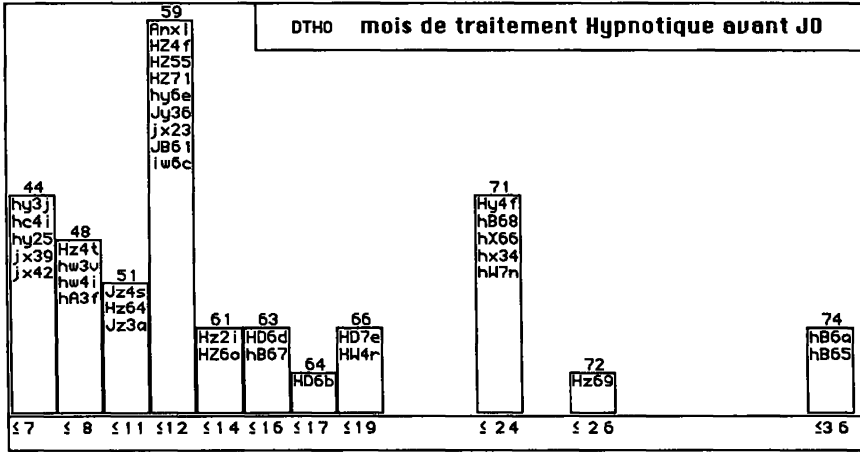




2.2 La consommation de tabac

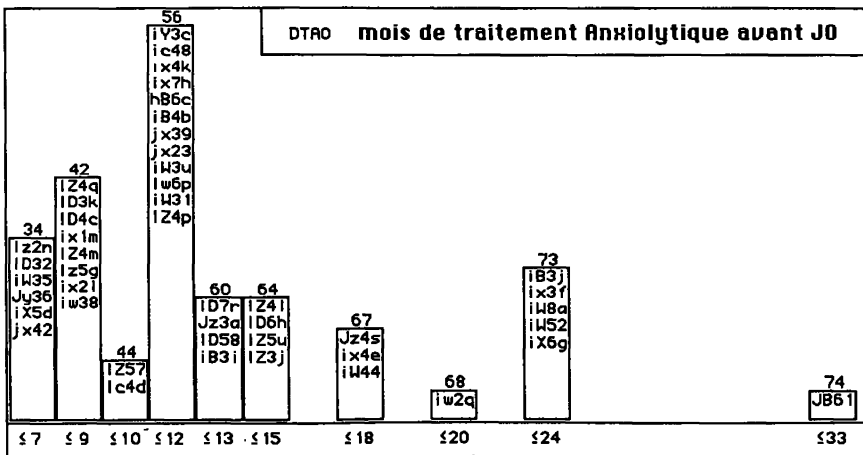
Des 33 sujets dont le sevrage complet a échoué, 24 se déclarent non fumeurs et 9 sont comptés comme fumeurs: il apparaît donc que l'usage du tabac ne contrarie en rien le sevrage mais pourrait lui être favorable. Il s'agit, il est vrai, d'un usage modéré: cinq sujets seulement parlant d'un paquet par jour (≈20). On remarquera que, parmi les 8 sujets déclarant une consommation quotidienne supérieure ou égale à 15 cigarettes 7 sont des femmes (2-ème lettre du sigle w, x, y ou z), dont 6 sevrées; alors que la population retenue compte 22 hommes (soit 30% du total). Il en va autrement avec l'alcool: car 3 hommes seulement déclarent ne pas en consommer quotidiennement.

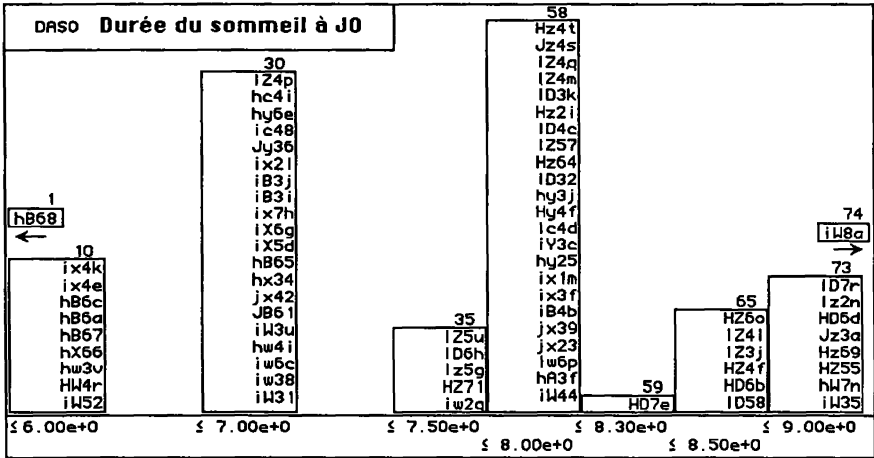




2.3 Rétrospective des traitements hypnotique et anxiolytique

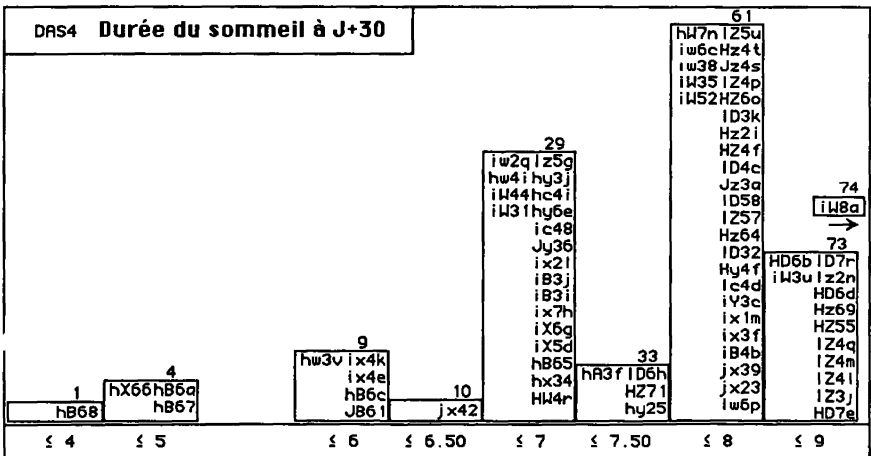
Selon le protocole de l'essai, tous les sujets sont traités depuis au moins six mois. La durée atteint 3 ans (36 mois) pour deux sujets sous hypnotique: ces sujets, {hB6a, hB36}, ont tous deux été complètement sevrés (initiale h). Un sujet, JB61, a un passé de 33 mois de traitement anxiolytique, associé, depuis un an à un traitement hypnotique: le sevrage de cette bithérapie a échoué (initiale J). Sur 15 sujets recevant depuis 20 mois au moins l'un ou l'autre des traitements, 12 ont été complètement sevrés. Il n'apparaît donc aucunement que l'ancienneté du traitement fasse obstacle au sevrage: ce pourrait être, au contraire, une incitation à réussir à rompre la dépendance.

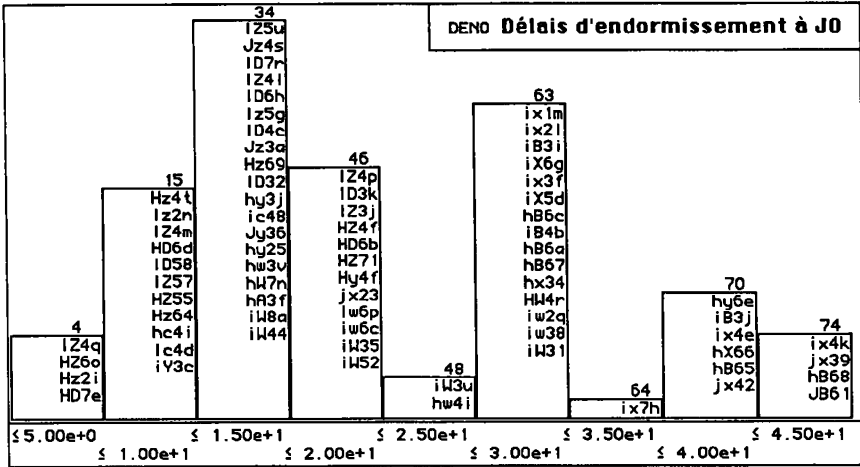




2.4 Durée du sommeil au début et à la fin de l'essai

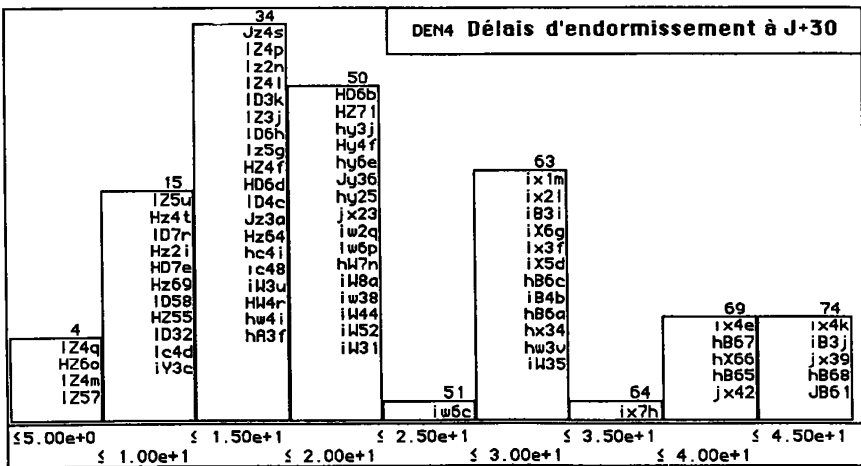
Une femme octogénaire, iW8a, déclare dormir 12 heures: elle a été sevrée de son traitement anxiolytique. Une autre femme, dans ses trente ans, iW3u, heureusement sevrée, elle aussi, d'un traitement anxiolytique, dormait 7 heures à J0 et dort 9 heures à J+30. Ces cas étant écartés, on constate avec étonnement que les sigles commençant par une capitale sont la règle dans les créneaux de droite des histogrammes; ce qui signifie que la quasi totalité des sujets dormant plus de huit heures par nuit n'ont pu être sevrés. Reste à savoir de quelle qualité est ce sommeil! Au contraire, les sujets dormant sept heures au plus sont presque tous sevrés.





2.5 Délais d'endormissement au début et à la fin de l'essai

Des quinze sujets qui, à J0, s'endormaient en 10 minutes au plus, 13 n'ont pu être sevrés, tout en conservant à J+3 des délais $\leq 15'$. Au contraire, des 11 sujets qui à J0 mettaient plus d'une demi heure à s'endormir, 10 ont été sevrés; et se retrouvent (à l'exception de hy6e) parmi les 11 sujets pour lesquels les délais à J+30 dépassent 30'. Ainsi, le sevrage semble être d'autant plus facile que les délais d'endormissement sont plus considérables. Ceci nous surprend encore davantage que de voir (cf. §2.4) que les sujets qui dorment le moins longtemps soient les plus dociles au sevrage.



SEVRAGE: anxio-hypno-L72; analyse TL ;

trace : 2.413e-1

rang :	1	2	3	4	5	6	7	8	
lambda :	1598	285	221	112	90	70	28	10	e-4
taux :	6624	1180	914	466	371	289	114	43	e-4
cumul :	6624	7803	8717	9183	9554	9843	9957	10000	e-4

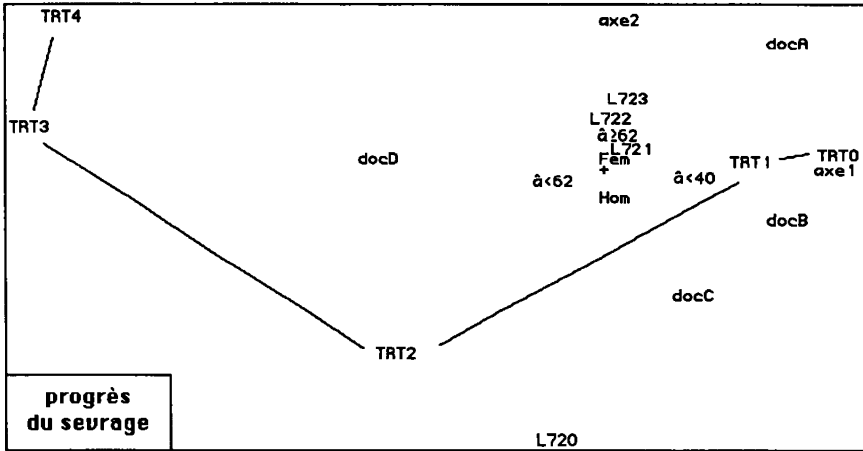
	QTL	PDS	INR	F 1 CO2 CTR			F 2 CO2 CTR			F 3 CO2 CTR			F 4 CO2 CTR		
ci-dessous	élément(s) supplémentaire(s)														
docA	998	203	140	313	588	125	227	310	368	-129	99	152	13	1	3
docB	995	297	142	316	866	186	-88	68	82	79	55	85	-26	6	18
docC	899	122	47	139	209	15	-221	529	209	-122	160	82	-11	1	1
docD	999	378	338	-461	986	503	19	2	5	46	10	36	17	1	10
Hom	895	297	7	-1	0	0	-49	406	25	53	461	37	-13	29	5
Fem	895	703	3	0	0	0	21	406	11	-22	461	16	6	29	2
Hypn	568	378	4	-19	126	1	22	175	6	-19	131	6	19	137	13
Anx1	716	527	2	17	270	1	-13	164	3	13	173	4	-11	109	5
HyAx	224	95	2	-18	79	0	-16	59	1	2	1	0	-19	86	3
â<40	945	338	31	142	921	42	-14	9	2	-17	13	4	6	2	1
â<62	992	392	27	-126	950	39	-22	30	7	-12	9	3	-8	4	2
â≥62	679	270	7	5	4	0	50	427	24	38	246	18	3	2	0
	QTL	PDS	INR	F 1 CO2 CTR			F 2 CO2 CTR			F 3 CO2 CTR			F 4 CO2 CTR		
ci-dessous	élément(s) supplémentaire(s)														
L720	981	65	90	-119	42	6	-475	679	518	278	232	229	-96	28	53
L721	298	101	16	41	43	1	34	30	4	-39	41	7	-84	183	62
L722	435	109	15	-11	4	0	78	185	24	-57	99	16	-70	147	48
L723	565	115	21	16	6	0	125	352	63	-84	160	37	45	46	21
L724	532	110	23	27	15	1	43	37	7	15	5	1	155	476	237
TRT0	959	224	169	410	925	236	25	3	5	61	20	38	-42	10	36
TRT1	642	122	52	247	587	46	13	2	1	4	0	0	74	53	59
TRT2	994	70	129	-427	410	80	-321	232	253	-393	348	491	39	4	10
TRT3	970	40	242	-1127	860	314	77	4	8	317	68	181	239	39	20
TRT4	972	45	243	-1065	862	316	273	57	117	19	0	1	-263	52	273
	QTL	PDS	INR	F 1 CO2 CTR			F 2 CO2 CTR			F 3 CO2 CTR			F 4 CO2 CTR		
ci-dessous	élément(s) supplémentaire(s)														
PSH0	114	95	681	420	102	105	103	6	35	68	3	20	76	3	49
PSH1	107	51	309	172	20	9	117	9	24	-100	7	23	324	71	471
PSH2	281	31	306	-553	127	58	-205	17	45	-570	134	450	73	2	14
PSH3	373	17	319	-1177	304	146	296	19	52	-16	0	0	478	50	343
PSH4	380	20	326	-1076	295	145	399	41	112	-380	37	132	-170	7	52
PSA0	194	130	504	402	172	131	-32	1	5	56	3	18	-129	18	192
PSA1	135	71	241	300	110	40	-60	4	9	77	7	19	-103	13	67
PSA2	244	39	230	-330	77	27	-411	120	234	-257	47	118	13	0	1
PSA3	487	23	293	-1089	381	169	-86	2	6	566	103	330	61	1	8
PSA4	450	24	311	-1057	364	171	170	9	25	348	39	134	-339	37	250

3 Analyses de correspondances

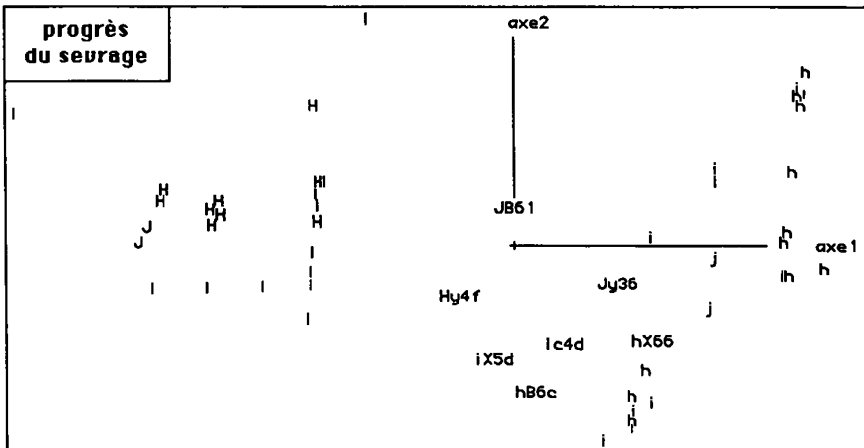
Les tableaux analysés ont été décrits au §1.4, où est précisée la définition des profils posologiques créés, notamment, pour s'affranchir de diversité des unités servant à exprimer les doses prescrites (en gouttes, en comprimé...).

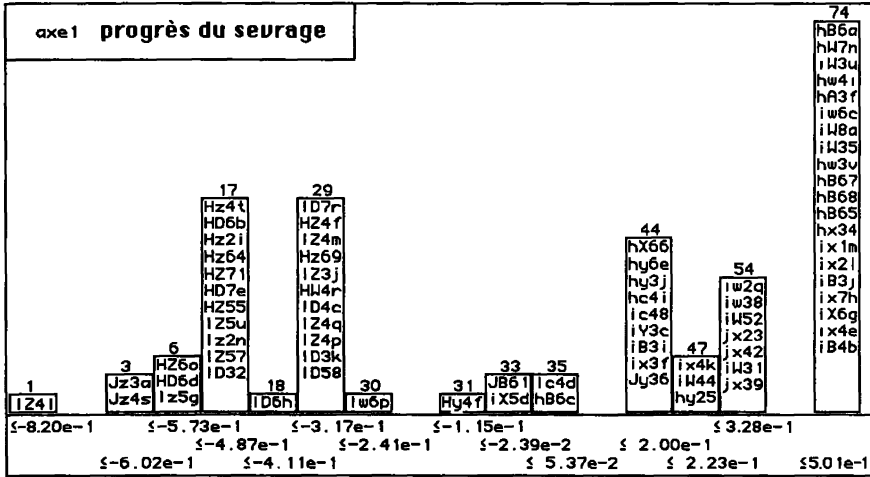
3.1 Analyse du progrès du sevrage

Sous ce titre, nous considérons l'analyse 'TL', où figurent en principal le profil, L72t, de la posologie substitutive et celui, TRTt, des posologies cumulées des traitements hypnotique et anxiolytique.



L'analyse est dominée par l'axe 1, dont l'interprétation est claire: du côté ($F1 > 0$) se trouvent les modalités {TRT0, TRT1} des composantes initiales de la posologie des traitements; à ces modalités, s'associent les profils des sujets pour lesquels la posologie est nettement décroissante et aboutit au sevrage complet. À l'opposé, du côté ($F1 < 0$), sont les modalités {TRT3, TRT4} des composantes finales de la posologie; avec les profils des sujets qui, n'étant pas sevrés, prennent, à J+21 et J+30, des doses d'hypnotique ou d'anxiolytique. L'axe 2 est créé L720, modalité à J0 de la posologie substitutive: avec L720 sont les sujets pour lesquels cette posologie n'a pas été augmentée au cours de l'essai (ce qui rend maximum le poids relatif de J0). La place de TRT2 suggère qu'à J+14, le médecin (docC?) a augmenté l'hypnotique ou l'anxiolytique plutôt que le L72.

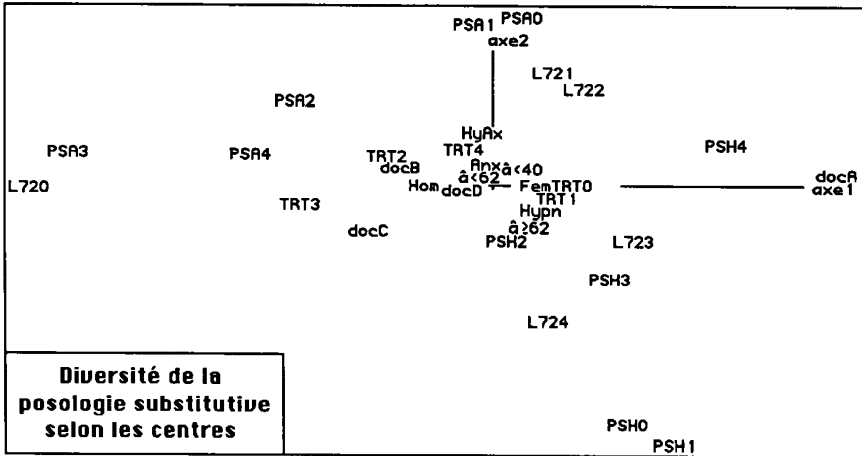




Quant aux éléments supplémentaires définis par cumuls de classes de sujets, on remarque d'abord la dispersion des 4 centres notés {docA, docB, docC, docD}. La lecture de l'histogramme de F1 pour l'ensemble des individus montre que le sevrage n'a réussi pour aucun des 28 sujets du centre D (Paris): les sigles dont la deuxième lettre est un D (homme) ou un W (femme) commencent tous par une capitale (échec) et sont du côté (F1<0). Au contraire pour les centres {A, B, C} les taux d'échec sont respectivement (2/15), (1/22) et (2/9). On attribuera cette particularité aux conditions de vie de la capitale et de sa région. Les autres profils supplémentaires (sexe, visée du traitement, âge) sont proche du centre de gravité: on notera cependant que la classe d'âge \hat{a} <40 (18-39 ans) est plutôt vers le succès; et \hat{a} <62 (40-61ans) plutôt vers l'échec.

Le nuage des individus, dans le plan (1,2), présente deux amas s'opposant suivant l'axe 1 (comme succès à échec); et, corrélativement l'histogramme de F1 est nettement bimodal; pourtant certains sujets (marqués sur le plan par leurs sigles complets et non par la seule initiale: h, i, j, H, I, J) occupent une position centrale. Il s'agit de cas où la posologie a évolué de façon atypique: ainsi, pour Hy4f, femme âgée de 48 ans, on a, de J0 à J+30, les 5 doses suivantes d'hypnotique {1; 0,5; 0,5; 0; 0,5}: le sevrage a bien commencé mais n'a pas tenu. Pour IX5d, femme âgée de 56 ans, les doses successives d'anxiolytiques sont {1; 1; 0,5; 0,5; 0}: le sevrage n'est pas précoce, mais se fait, à la fin. Le cas de Jy36 est complexe: cette femme de 38 ans reçoit deux traitements avec les séquences respectives de doses {1; 0,5; 0,5; 0; 0,5} et {1; 0,5; 0,5; 0; 0}: la décroissance d'ensemble est assez bonne, mais il reste à J+30 une dose 0,5 d'hypnotique.

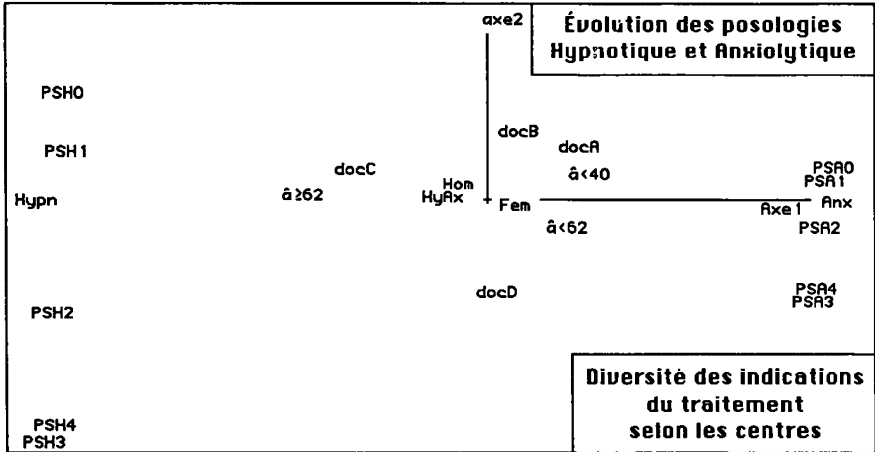
La présente analyse est dominée par le profil de traitement {TRTt}: l'analyse qui suit précisera le rôle du profil de la posologie substitutive.



3.2 Diversité de la posologie substitutive

Dans cette analyse, seules sont en principal les 5 composantes {L72t} du profil de la posologie substitutive. Avec 64% de l'inertie, l'axe 1 est prépondérant. Pour {L72t}, on retrouve l'opposition de L720 (J0) à toutes les autres modalités, particulièrement L723 (J+21). Du côté (F1<0) docA s'associe à l'accroissement de la posologie de L72; c'est le contraire pour docC, qui est très toutefois bien plus proche de l'origine. L'accroissement semble concerner plutôt les femmes et la substitution de L72 à un hypnotique; la posologie constante de L72 (F1<0) serait plutôt pour les hommes et le traitement anxiolytique. Il semble que le texte du protocole d'essai ait encouragé particulièrement à augmenter la posologie de L72 substitué à un hypnotique.

		rang :	1	2	3	4	e-4		
		lambda :	513	196	64	24			
SIGI	QLT PDS INR	F 1 CO2 CTR	F 2 CO2 CTR	F 3 CO2 CTR	F 4 CO2 CTR				
ci-dessous élément (s)		supplémentaire (s)							
docA	1000 203 391	391 994 604	10 1 1	-13 1 5	27 5 60				
docB	1000 297 65	-128 945 95	30 51 13	8 4 3	3 1 1				
docC	1000 122 51	-168 844 67	-66 132 27	-26 21 13	11 3 6				
docD	1000 378 17	-55 847 22	-8 16 1	9 22 5	-20 114 65				
Hom	1000 297 34	-95 994 52	-1 0 0	-7 6 2	1 0 0				
Fem	1000 703 14	40 994 22	0 0 0	3 6 1	0 0 0				
Hypn	1000 378 21	40 376 12	-47 518 43	17 68 17	-13 38 26				
SIGJ	QLT PDS INR	F 1 CO2 CTR	F 2 CO2 CTR	F 3 CO2 CTR	F 4 CO2 CTR				
L720	1000 131 546	-576 996 845	-5 0 0	35 4 25	0 0 0				
L721	1000 201 96	53 75 11	162 690 269	-67 117 140	67 118 378				
L722	1000 218 91	90 244 34	139 579 214	10 3 3	-76 175 530				
L723	1000 229 127	150 506 100	-81 147 76	121 329 522	27 17 72				
L724	1000 220 140	48 45 10	-198 774 441	-95 177 309	-14 4 19				

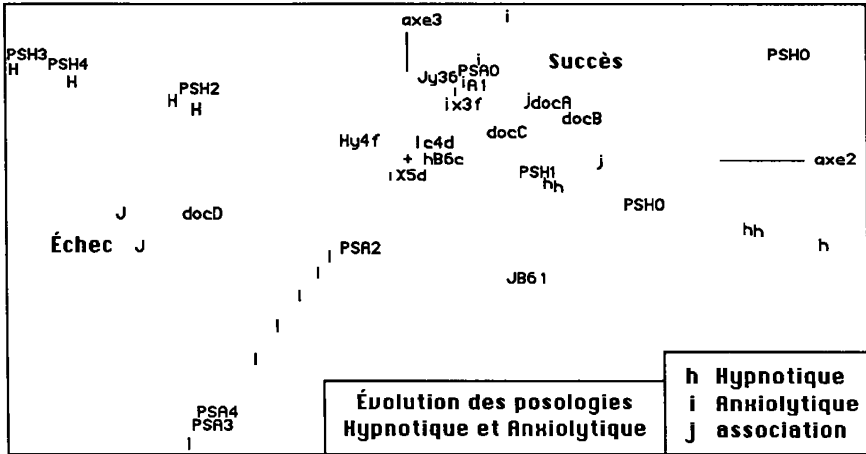


3.3 Évolution des posologies hypnotique et anxiolytique

Les précédentes analyses n'ont pas pris en compte directement la diversité des indications du traitement: au §? 1, figurait seulement en principal la posologie cumulée {TRTt} des traitements hypnotique et anxiolytique. Les effectifs disponibles ne permettent pas de traiter séparément les deux indications et leur association; mais, retenant tous les 74 sujets, nous mettrons simultanément en principal les deux profils {PSHt} et {PSAt}.

SEVRAGE; anxio-hypno-L72; analyse HX
 trace : 1.699e+0
 rang : 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 lambda : 9035 3244 2966 523 476 285 208 205 49 e-4
 taux : 5318 1910 1746 308 280 168 122 121 29 e-4
 cumul : 5318 7227 8973 9281 9561 9728 9850 9971 10000 e-4

SIGJ	QLT	PDS	INR	F 1	CO2	CTR	F 2	CO2	CTR	F 3	CO2	CTR	F 4	CO2	CTR
PSH0	976	190	193	-1096	692	252	657	249	252	-244	34	38	35	1	4
PSH1	872	101	88	-1087	799	132	306	63	29	-119	10	5	-11	0	0
PSH2	817	61	87	-1125	524	86	-715	212	96	315	41	20	-313	40	114
PSH3	876	34	91	-1143	287	49	-1512	502	238	556	68	35	293	19	55
PSH4	904	40	93	-1121	320	56	-1403	502	244	558	79	42	84	2	5
PSA0	992	259	143	836	743	200	180	35	26	443	209	172	-66	5	22
PSA1	969	142	68	815	813	105	126	20	7	328	132	52	-61	4	10
PSA2	937	79	65	801	456	56	-171	21	7	-464	153	57	657	307	651
PSA3	920	45	83	784	197	31	-594	113	49	-1361	594	283	-223	16	43
PSA4	931	49	88	793	205	34	-582	110	51	-1338	583	295	-318	33	95
ci dessous élément(s) supplémentaire(s)															
TRT0	937	449	48	20	2	0	382	803	201	153	129	35	-24	3	5
TRT1	606	243	15	25	6	0	201	389	30	142	195	17	-40	15	7
TRT2	536	140	37	-40	4	0	-409	376	72	-124	34	7	234	123	146
TRT3	859	79	69	-38	1	0	-986	658	237	-543	199	79	-3	0	0
TRT4	885	89	69	-71	4	0	-953	690	249	-483	177	70	-137	14	32



Comme on pouvait l'attendre, {PSHt} et {PSAt} s'opposent en deux blocs suivant l'axe 1: la plupart des sujets ne rentrent que dans une seule indication; aux quelques cas de bithérapie près, le tableau 'HX' analysé ici est formé de deux blocs rectangulaires croisant respectivement les lignes des sujets traités par hypnotique ou anxiolytique aux colonnes {PSHt} ou {PSAt}, le reste ne contenant que des zéros. Mais les cas de bithérapie suffisent à introduire entre les deux blocs une intéressante corrélation. Dans le plan (2,3) les deux axes posologiques tracés par {PSHt} et {PSAt} délimitent deux angles aigus opposés, qui sont les zones d'échec et de succès du sevrage; et (cf. listage) les modalités de {TRTt} s'ordonnent suivant la bissectrice de cet angle. On retrouve docD dans la zone d'échec; tandis que docB est le plus éloigné de l'origine, dans l'angle du succès. La place des individus est cohérente: les cas d'indication unique suivent les axes thérapeutiques; les cas de bithérapie sont dans les angles de succès (j) ou d'échec (J). Les cas atypiques, considérés au §3.1, sont, ici encore, proches de l'origine, donc de la croisée des axes posologiques.

	SIGI	QLT	PDS	INR	F 1	CO2	CTR	F 2	CO2	CTR	F 3	CO2	CTR	F 4	CO2	CTR
ci-dessous	élément(s) supplémentaire(s)															
docA	950	203	26	194	171	8	333	504	69	246	274	41	-10	0	0	
docB	985	297	39	41	8	1	432	848	171	169	129	28	8	0	0	
docC	589	122	22	-372	441	19	200	127	15	81	21	3	-8	0	0	
docD	986	378	96	-17	1	0	-582	789	395	-290	196	107	1	0	0	
Hom	922	297	8	-104	242	4	89	174	7	-145	466	21	42	40	10	
Fem	922	703	3	44	242	2	-37	174	3	61	466	9	-18	40	4	
Hypn	1000	378	301	-1162	1000	565	2	0	0	15	0	0	-2	0	0	
Anxl	1000	527	230	861	1000	432	-7	0	0	7	0	0	-1	0	0	
HyAx	858	95	2	-151	577	2	32	25	0	-99	247	3	18	8	1	
â<40	967	338	18	217	530	18	170	324	30	94	100	10	34	13	8	
â<62	952	392	14	160	415	11	-165	438	33	-78	99	8	-4	0	0	
â≥62	954	270	43	-504	946	76	27	3	1	-5	0	0	-37	5	7	

Il vaut encore la peine de signaler que sur l'axe 1, docC va avec la thérapie hypnotique; et docA avec l'anxiolytique.

4 Conclusions et perspectives

Excepté dans le centre D, l'essai a démontré la faisabilité du sevrage. Plus finement, l'analyse factorielle suggère une diversité de comportement des praticiens face à la rechute.

Grâce au choix mûrement réfléchi des sigles, les histogrammes des modalités du mode de vie des sujets font voir, de façon certaine, que longue durée du sommeil ou brefs délais d'endormissement ne sont pas de bon pronostic pour le sevrage: il faut toutefois prendre garde à l'influence massive du centre D sur toute conclusion.

Reste que l'expérience de sevrage n'a duré qu'un mois; or chacun de nous a de nombreux amis qui ont plusieurs fois cessé de fumer pendant quelques semaines, sans échapper pour autant définitivement au tabagisme!