

Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2024
// World No Tobacco Day, May 31, 2024

Coordination scientifique // *Scientific coordination*
Viêt Nguyen-Thanh (Santé publique France)

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

Analyse régionale du tabagisme quotidien
des adultes en France en 2021
// Regional analysis of daily smoking
among adults in France in 2021p. 222

Alexandra Thabuis et coll.
Santé publique France – Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

ARTICLE // Article

Abstinence tabagique à six mois
parmi les appelants du dispositif téléphonique
Tabac info service (39 89)
// Smoking abstinence at six months
among callers to the French smoking cessation
quitline Tabac Info Servicep. 229

Anne Pasquereau et coll.
Santé publique France, Saint-Maurice

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernardi
Responsable du contenu en anglais : Chloé Chester
Secrétariat de rédaction : Quentin Lacaze, Anne-Sophie Mélard
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénét, Santé publique France - Auvergne-Rhône-Alpes ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Kathleen Chamí, Santé publique France ; Perrine de Crouy-Chanel, Santé publique France ; Olivier Dejardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cespa ; Martin Herbas Ekat, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Eveillard, CHU Angers ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy ; Anne Guinard, Santé publique France - Occitanie ; Camille Lecoffre-Bernard, Santé publique France ; Elodie Lebreton, Santé publique France ; Valérie Olié, Santé publique France ; Arnaud Tarantola, Santé publique France - Île-de-France ; Marie-Pierre Tivolacci, CHU Rouen ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims ; Marianne Zeller, UFR Sciences de santé de Dijon.
Santé publique France - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Luminess
ISSN : 1953-8030

ANALYSE RÉGIONALE DU TABAGISME QUOTIDIEN DES ADULTES EN FRANCE EN 2021

// REGIONAL ANALYSIS OF DAILY SMOKING AMONG ADULTS IN FRANCE IN 2021

Alexandra Thabuis¹ (alexandra.thabuis@santepubliquefrance.fr), Mathieu Rivière², Virginie de Lauzun², Pascale Bernillon³, Mélanie Martel⁴, Romain Guignard³, Anne Pasquereau³, Viêt Nguyen-Thanh³, Jean-Baptiste Richard³, Michel Vernay³, Dominique Jeannel³

¹ Santé publique France – Auvergne-Rhône-Alpes, Lyon

² Santé publique France – Centre-Val de Loire, Orléans

³ Santé publique France, Saint-Maurice

⁴ Santé publique France – Normandie, Rouen

Soumis le 08.12.2023 // Date of submission: 12.08.2023

Résumé // Abstract

Introduction – Au niveau régional, les indicateurs relatifs à la consommation de tabac sont utiles pour orienter les politiques de prévention et suivre l'atteinte des objectifs de réduction du tabagisme définis dans les programmes régionaux de lutte contre le tabac (PRLT). Cet article présente une analyse régionale du tabagisme quotidien parmi les adultes en France en 2021.

Matériel et méthode – Les données utilisées proviennent essentiellement de l'édition 2021 du Baromètre de Santé publique France, enquête représentative des adultes de 18 à 75 ans résidant en France hexagonale et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Les analyses ont consisté à comparer les prévalences régionales du tabagisme quotidien et à mesurer leurs évolutions par rapport aux précédentes enquêtes. Des régressions logistiques ont permis d'étudier le lien entre le tabagisme et les régions de résidence, ainsi que les inégalités sociales liées au tabagisme à l'échelle régionale.

Résultats – En France hexagonale, les prévalences régionales du tabagisme quotidien en 2021 variaient de 20,6% à 33,2% chez les hommes et de 19,1% à 26,6% chez les femmes. Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques et économiques, trois régions présentaient un risque de tabagisme quotidien significativement différent des autres régions hexagonales : les Pays de la Loire (odds ratio ajusté, ORa=0,85), l'Occitanie (ORa=1,17) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORa=1,30).

Conclusion – Les inégalités sociales en matière de tabagisme restent très marquées dans presque toutes les régions, leur réduction est donc un enjeu majeur sur l'ensemble du territoire.

Introduction – At the regional level, indicators relating to tobacco consumption are useful for guiding prevention policies and monitoring progress towards the smoking reduction targets defined in regional tobacco control programmes. This article presents a regional analysis of daily smoking among adults in France in 2021.

Methods – The main data source was the 2021 Health Barometer survey of Santé publique France, the national public health agency. This survey was conducted on a random sample of the French population aged 18 to 75 years living in mainland France and the French overseas departments and regions. The analyses consisted of comparing regional prevalences of daily smoking and measuring changes in prevalence compared to previous surveys. Logistic regressions were used to study the link between smoking and region of residence, as well as social inequalities associated with smoking at the regional level.

Results – In mainland France, the regional prevalence of daily smoking for 2021 ranged from 20.6% to 33.2% among men and from 19.1% to 26.6% among women. After adjustment for socio-demographic and economic factors, three regions showed a risk of daily smoking significantly different from elsewhere in France: Pays de la Loire (adjusted odds ratio, aOR=0.85), Occitanie (aOR=1.17) and Provence-Alpes-Côte d'Azur (aOR=1.30).

Conclusion – Social inequalities regarding smoking remain very marked within almost all regions, so reducing them is a major concern nationwide.

Mots-clés : Prévalence, Tabagisme, Vapotage, Enquête en population générale, Analyse régionale

// **Keywords** : Prevalence, Smoking, Vaping, General population survey, Regional analysis

Introduction

En France, la consommation de tabac est la première cause de mortalité évitable, avec 13% des décès attribuables au tabagisme¹. En 2020, la France était le pays d'Europe occidentale avec la prévalence

du tabagisme la plus élevée². Le Programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022 avait comme objectif intermédiaire d'atteindre d'ici 2020 une prévalence du tabagisme quotidien inférieure à 24% chez les adultes ; il avait également pour ambition d'atteindre en 2032 l'objectif d'une première

génération d'adultes non-fumeurs (soit une prévalence inférieure à 5% chez les jeunes nés depuis 2014)³. Au niveau régional, les PRLT (programmes régionaux de lutte contre le tabac) permettent de définir localement les axes prioritaires de la politique de prévention du tabagisme, avec des objectifs chiffrés de réduction. Ces plans nationaux et régionaux étaient en cours d'actualisation en 2023.

En 2021, les données du Baromètre de Santé publique France ont montré qu'en France hexagonale, plus d'un adulte de 18-75 ans sur quatre (25,3%) fumait quotidiennement⁴. Après une baisse entre 2016 et 2019, la prévalence du tabagisme quotidien a connu une stabilisation en 2020, qui s'est confirmée en 2021 et s'est poursuivie en 2022 ; cette rupture de tendance peut en partie être expliquée par la crise liée à la Covid-19⁵. Les données 2021 ont également montré une hausse de la prévalence du tabagisme quotidien chez les femmes et parmi les personnes les moins diplômées, mettant en exergue des inégalités sociales toujours très marquées en matière de tabagisme. Par ailleurs, des différences notables de prévalence du tabagisme quotidien ont été observées entre les régions.

L'objectif de cette étude est d'analyser les disparités régionales en termes de tabagisme (tabagisme quotidien, envie d'arrêter de fumer et tentatives d'arrêt) et de vapotage quotidien en 2021, et de décrire l'évolution de la prévalence tabagique depuis 2010 à l'échelle des régions. Les éléments de comparaison apportés pourront contribuer à orienter les politiques régionales de lutte contre le tabagisme.

Matériel et méthode

Sources de données

Ce travail a été réalisé à partir des données de l'édition 2021 du Baromètre de Santé publique France, enquête téléphonique sur échantillon aléatoire auprès de la population adulte résidant en France hors Mayotte (où il existe une enquête de santé spécifique⁶). Pour améliorer la représentativité des estimations, les données ont été redressées sur la structure sociodémographique de la population résidant dans chaque région (enquête emploi 2020 de l'Institut national de la statistique et des études économiques – Insee). La méthode complète est décrite par ailleurs^{4,7}. Les données des précédentes éditions présentant des effectifs suffisants pour des analyses régionales ont également été exploitées : 2010, 2014 et 2017 pour les régions hexagonales et 2014 pour les départements et régions d'outre-mer (DROM).

Variables d'intérêt

Le tabagisme quotidien correspond au fait de déclarer fumer tous les jours ou de renseigner un nombre quotidien de cigarettes, cigares, cigarillos ou chicha. La tentative d'arrêt du tabac correspond à un arrêt de la consommation d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois. L'envie d'arrêter a été recueillie parmi l'ensemble des fumeurs, mais seuls

les fumeurs quotidiens ont été considérés dans cette analyse. Pour le vapotage, l'indicateur retenu était l'usage quotidien.

Analyses

Afin de pouvoir comparer les résultats sur l'ensemble des éditions du Baromètre de Santé publique France, les analyses ont porté sur la population des 18-75 ans.

Pour les différentes variables d'intérêt, la prévalence observée dans chaque région hexagonale a été comparée au reste de l'Hexagone, et celle observée dans les DROM à l'ensemble de la France hexagonale. Les données de la Corse n'ont pas été exploitées au niveau régional en raison des effectifs très faibles. Les comparaisons interrégionales et les évolutions temporelles ont été stratifiées par sexe et ont été testées au moyen du test du Chi² de Pearson avec correction de second ordre de Rao-Scott, pour tenir compte du plan de sondage. Pour la prévalence du tabagisme quotidien, les comparaisons régionales ont été réalisées en standardisant sur le sexe et l'âge selon la structure de la population résidant en France hexagonale. Les différences mentionnées sont celles significatives au seuil usuel de 5%.

Pour étudier le lien entre le tabagisme quotidien et la région d'habitation en contrôlant les éventuelles différences sociodémographiques et économiques connues pour être associées au tabagisme, des régressions logistiques multivariées sur données non pondérées, ajustées sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le niveau de revenu par unité de consommation et la situation professionnelle ont été réalisées.

Enfin, pour chaque région, les associations entre le tabagisme et les facteurs sociodémographiques et économiques ont été étudiées à partir d'une régression logistique multivariée.

Les analyses statistiques ont été effectuées sous Stata[®]/SE 14.2 et R 4.1.3.

Résultats

Prévalence du tabagisme quotidien

Comparaison régionale du tabagisme quotidien

En 2021 en France hexagonale, les prévalences régionales non standardisées du tabagisme quotidien se situaient entre 21,7% en Centre-Val de Loire et 29,1% en Provence-Alpes-Côte d'Azur (tableau).

Après standardisation sur le sexe et l'âge, quatre régions se distinguaient des autres de manière significative : l'Île-de-France et les Pays de la Loire avec des prévalences plus basses (21,9% et 22,4%), l'Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur avec des prévalences plus élevées (28,9% et 29,5%).

Après ajustement sur les facteurs sociodémographiques et économiques, seules trois régions présentaient un risque de tabagisme quotidien significativement différent des autres régions : la région Pays

de la Loire, avec un risque moindre (odds ratio ajusté, ORa=0,85), et les régions Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec un risque plus élevé (ORa=1,17 et ORa=1,30).

Dans les DROM, les prévalences non standardisées du tabagisme quotidien variaient entre 9,7% en Guyane et 20,7% à La Réunion ; les prévalences standardisées sur le sexe et l'âge étaient significativement inférieures à celles des régions hexagonales.

Comparaison régionale du tabagisme quotidien, par sexe

Chez les hommes, les prévalences régionales du tabagisme quotidien se situaient entre 20,6% et 33,2% pour la France hexagonale (figure 1). Trois régions présentaient des prévalences significativement différentes des autres régions : le Centre-Val de Loire (20,6%) et l'Île-de-France (24,1%) avec les prévalences les moins élevées, et Provence-Alpes-Côte d'Azur avec la prévalence la plus élevée (33,2%).

Chez les femmes, les prévalences variaient de 19,1% à 26,6%. Seule l'Occitanie présentait une prévalence significativement plus élevée que les autres régions (26,6%).

Dans les DROM, les prévalences étaient significativement plus faibles que dans les régions hexagonales, sauf à La Réunion, chez les hommes, où il n'y avait pas de différence significative avec l'Hexagone.

Évolution du tabagisme quotidien

Dans les régions hexagonales entre 2010 et 2021, 6 régions ont connu une baisse significative du tabagisme : la Bourgogne-Franche-Comté, le Centre-Val de Loire, les Hauts-de-France, l'Île-de-France, la Normandie et la Nouvelle-Aquitaine. Chez les hommes, la prévalence du tabagisme quotidien avait baissé de manière significative en Île-de-France, en Centre-Val de Loire et dans les Hauts-de-France, alors que chez les femmes, elle avait diminué significativement en Normandie, en Nouvelle-Aquitaine et en Île-de-France (figure 2). Depuis 2010, la prévalence du tabagisme quotidien était plus élevée chez les hommes que chez les femmes, cependant l'écart entre hommes et femmes avait tendance à se réduire dans la moitié des régions.

Dans les DROM entre 2014 et 2021, la prévalence du tabagisme quotidien avait baissé de manière significative en Guyane, à la Martinique et à La Réunion. Chez les hommes, elle avait baissé de manière significative à La Réunion et chez les femmes à la Martinique et à La Réunion.

Tableau

Prévalence régionale du tabagisme quotidien et odds ratio associé au fait d'habiter dans une région parmi les 18-75 ans en France hexagonale et dans les DROM en 2021

Région	Taille de l'échantillon	Estimation du nombre de fumeurs quotidiens ^a	Prévalence non-standardisée [IC95%]	Prévalence standardisée ^b [IC95%]	ORa ^c [IC95%]
Guyane	1 437	20 000	9,7% [7,9-11,8]	11,7% [9,6-14,3]	0,32 [0,26-0,39]
Guadeloupe	1 411	30 000	11,7% [9,9-13,9]	11,9% [10,0-14,1]	0,37 [0,31-0,45]
Martinique	1 413	30 000	11,7% [9,9-13,7]	12,3% [10,4-14,5]	0,39 [0,33-0,47]
La Réunion	1 921	120 000	20,7% [18,5-23,2]	18,7% [16,5-21,1]	0,56 [0,49-0,64]
Centre-Val de Loire	873	400 000	21,7% [18,2-25,5]	21,9% [18,4-25,9]	0,84 [0,70-1,00]
Pays de la Loire	1 447	600 000	22,4% [19,6-25,5]	22,4% [19,6-25,5]	0,85 [0,73-0,97]
Île-de-France	3 980	2 000 000	22,4% [20,7-24,3]	21,9% [20,2-23,8]	0,92 [0,84-1,01]
Auvergne-Rhône-Alpes	2 918	1 500 000	24,9% [22,8-27,0]	24,8% [22,8-27,0]	0,95 [0,86-1,05]
Normandie	1 176	600 000	25,3% [22,1-28,8]	25,6% [22,4-29,2]	0,91 [0,78-1,06]
Nouvelle-Aquitaine	2 174	1 100 000	25,3% [23,0-27,7]	26,3% [23,9-28,8]	1,02 [0,91-1,14]
Bretagne	1 315	600 000	25,5% [22,5-28,8]	26,1% [23,0-29,4]	1,04 [0,91-1,20]
Hauts-de-France	1 919	1 100 000	26,4% [23,8-29,1]	26,1% [23,5-28,9]	0,94 [0,83-1,06]
Bourgogne-Franche-Comté	1 007	500 000	26,7% [23,2-30,5]	27,4% [23,8-31,3]	1,08 [0,92-1,26]
Grand Est	1 875	1 100 000	26,8% [24,2-29,6]	26,9% [24,2-29,7]	1,02 [0,91-1,15]
Occitanie	2 085	1 200 000	28,5% [25,9-31,3]	28,9% [26,3-31,7]	1,17 [1,05-1,31]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 708	1 000 000	29,1% [26,3-31,9]	29,5% [26,7-32,5]	1,30 [1,15-1,46]

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

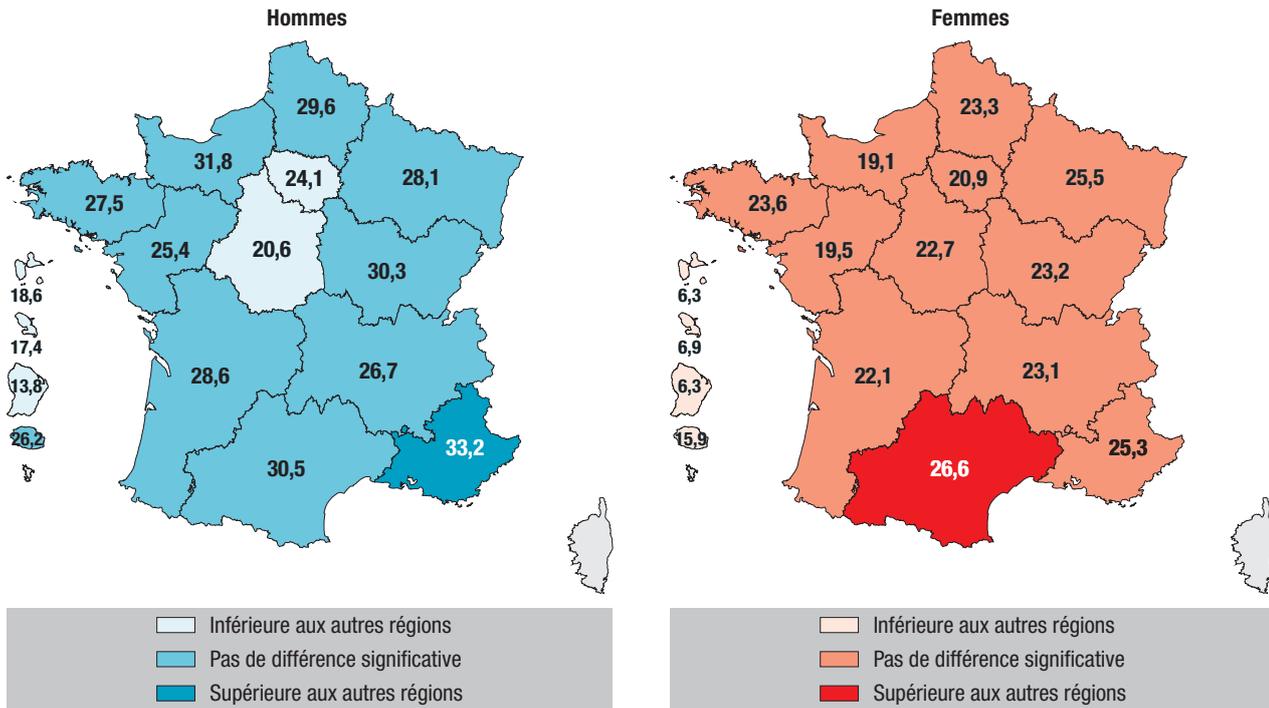
^a Arrondi à 10 000 fumeurs près pour les DROM et à 100 000 pour les régions hexagonales.

^b Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge (population de référence : Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), enquête emploi 2020, France hexagonale). Les prévalences significativement différentes des autres régions sont en gras.

^c ORa associés à chaque région par rapport au reste de la France hexagonale, ajustés sur l'âge, le sexe, le revenu par unité de consommation, le niveau de diplôme et la situation professionnelle. Résultats issus de régressions logistiques multivariées. Les ORa significatifs sont en gras.

Figure 1

Prévalence régionale du tabagisme quotidien par sexe parmi les 18-75 ans en France hexagonale et dans les DROM en 2021



DROM : départements et régions d'outre-mer.

Tabagisme quotidien selon l'âge

Dans l'ensemble des régions hexagonales en 2021, les adultes de plus de 60 ans présentaient les prévalences du tabagisme quotidien les plus faibles : de 9,2% en Pays de la Loire à 17,5% en Provence-Alpes-Côte d'Azur (figure 3). Dans les deux tiers des régions, les prévalences les plus élevées étaient retrouvées chez les 31-45 ans (29,7% à 38,8%).

Dans les DROM, les prévalences les plus faibles étaient également observées chez les plus de 60 ans, hormis en Guyane où la prévalence était similaire dans toutes les tranches d'âge.

Envie d'arrêter de fumer et tentatives d'arrêt

Dans l'ensemble des régions hexagonales, plus de la moitié des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer. La Provence-Alpes-Côte d'Azur présentait une proportion significativement plus faible que les autres régions (50,7%). À l'inverse, l'Île-de-France présentait une proportion significativement plus élevée (64,6%).

Selon les régions, 20,8% à 35,2% des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt dans les 12 derniers mois. Deux régions se démarquaient avec des proportions significativement plus faibles que les autres : la Bretagne (20,8%) et le Grand Est (23,9%).

Dans les DROM, ces proportions étaient plus élevées que dans l'Hexagone, de manière significative en Guyane (70,1%) et à La Réunion (68,9%)

pour l'envie d'arrêter de fumer, et dans tous les DROM pour les tentatives d'arrêt (de 38,0% à 50,5%).

Facteurs associés au tabagisme quotidien

Les facteurs associés au tabagisme quotidien identifiés au niveau national⁴ étaient retrouvés dans la plupart des régions (être un homme, être âgé de moins de 60 ans, avoir un niveau de diplôme inférieur ou égal au bac et avoir un niveau de revenu plus faible).

En revanche, en Normandie et à la Martinique, aucune association entre le fait d'être fumeur quotidien et le niveau de revenu n'a été mise en évidence, et en Guyane, aucun lien n'était observé avec l'âge ou le niveau de diplôme. En Guadeloupe, la probabilité de fumer était plus faible parmi les personnes aux revenus les plus faibles.

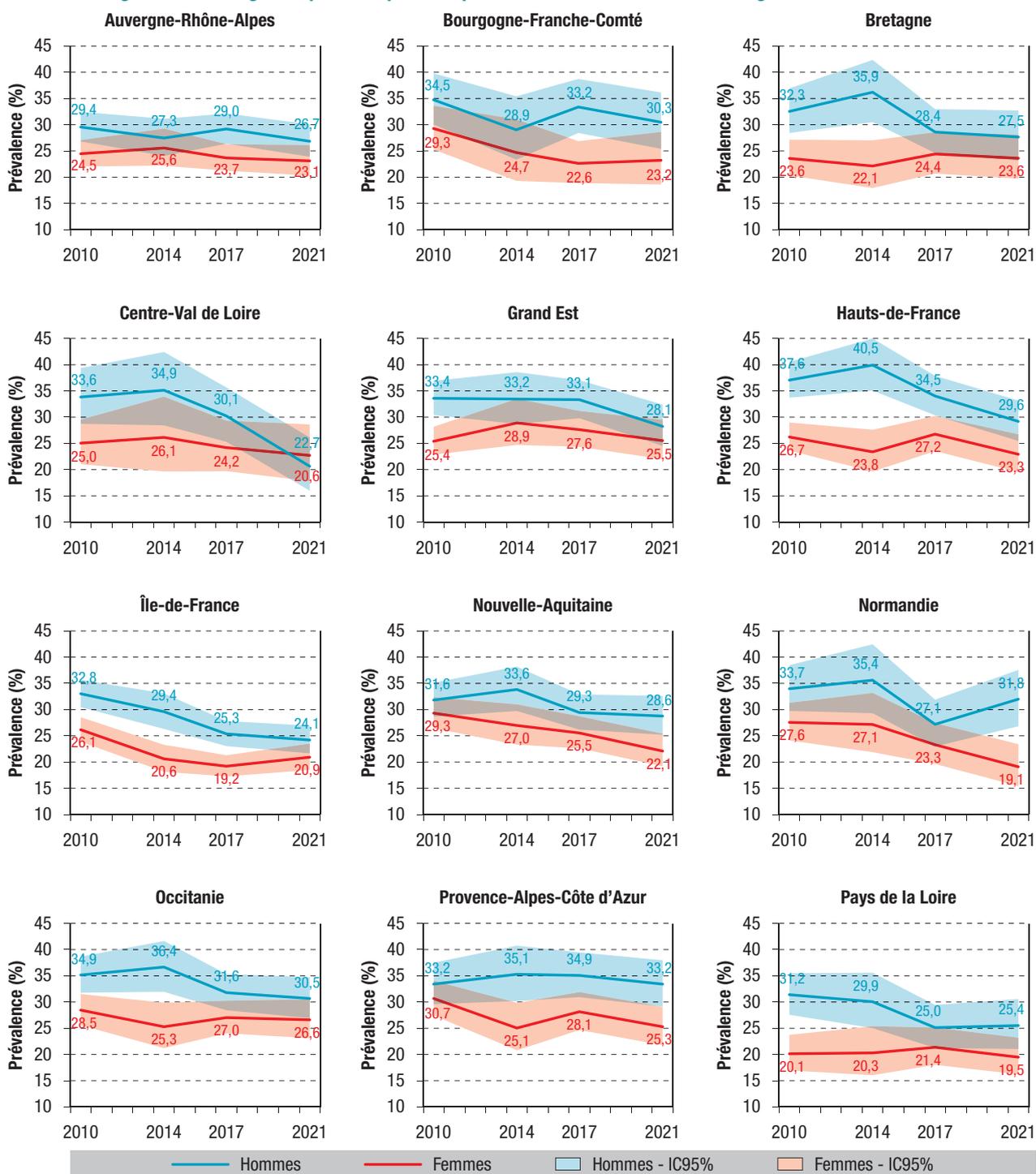
Prévalence du vapotage quotidien

Dans l'Hexagone, les prévalences du vapotage quotidien variaient de 3,1% à 8,5% selon les régions. La Bretagne présentait une proportion de vapoteurs quotidiens (8,5%) significativement plus élevée que celles observées dans les autres régions. Quant aux régions Bourgogne-Franche-Comté (3,1%) et Île-de-France (4,2%), elles présentaient des prévalences significativement plus faibles.

Dans les DROM, les prévalences du vapotage quotidien variaient de 0,5% en Guadeloupe à 1,7% à La Réunion et étaient significativement plus faibles que dans l'Hexagone.

Figure 2

Prévalence régionale du tabagisme quotidien par sexe parmi les 18-75 ans en France hexagonale de 2010 à 2021



IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Discussion

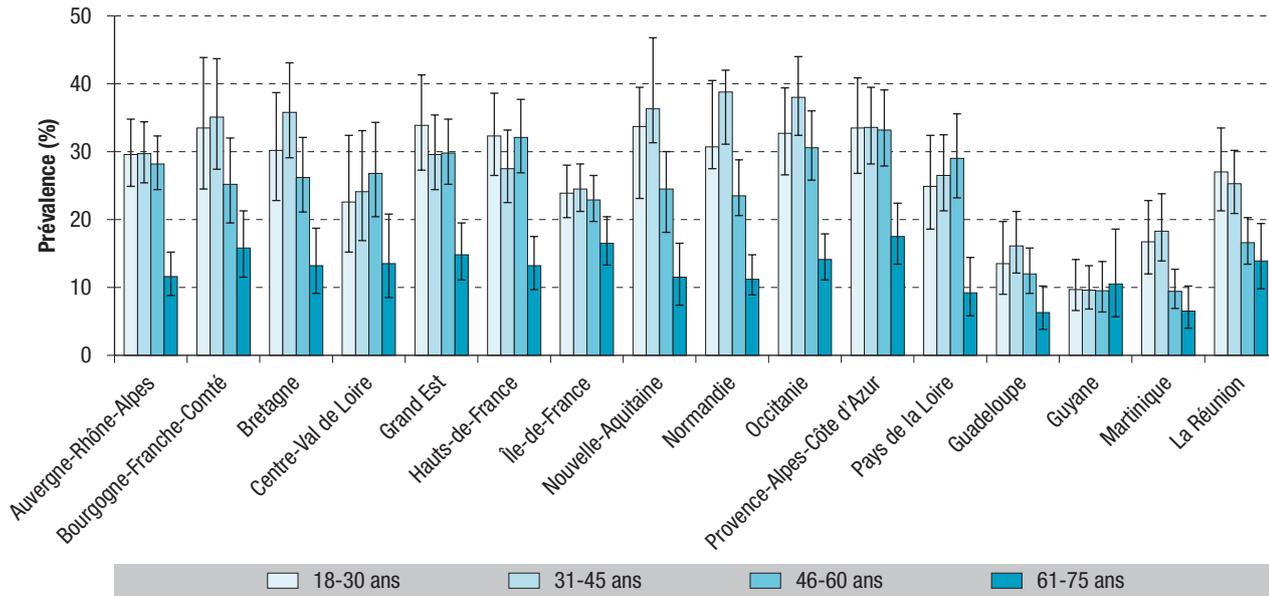
Principaux résultats

En 2021, les prévalences du tabagisme quotidien restaient contrastées selon les régions dans l'Hexagone. L'Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur se distinguaient par une prévalence plus élevée que celles observées dans le reste de la France. Inversement, l'Île-de-France et les Pays de la Loire présentaient une prévalence plus faible que le reste de la France.

Dans les trois régions où les différences persistaient après ajustement sur les principaux facteurs de risque sociodémographiques et économiques du tabagisme (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire), il existait donc des spécificités régionales influant sur le risque de tabagisme. Ces dernières pourraient être culturelles (image du tabagisme), liées à des facteurs socio-économiques non pris en compte dans les analyses (conditions de vie, sociabilité, facilité d'accès à du tabac moins cher...)

Figure 3

Prévalence régionale du tabagisme quotidien par tranche d'âge parmi les 18-75 ans en France hexagonale et dans les DROM en 2021



DROM : départements et régions d'outre-mer.

ou à l'investissement local dans la lutte contre le tabagisme. En Occitanie notamment, la part des achats transfrontaliers lors du dernier achat de cigarettes ou de tabac était un peu plus élevée que la moyenne nationale (20% contre 15% en 2021), sans pour autant atteindre les niveaux observés dans les Hauts-de-France (38%) ou en Grand Est (55%)⁸.

De précédentes analyses régionales réalisées à partir des données des Baromètres 2010⁹, 2014¹⁰ et 2017¹¹ avaient déjà mis en évidence des prévalences plus faibles en Île-de-France et dans les Pays de la Loire, ainsi que des prévalences plus élevées en Occitanie et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, montrant que ces tendances persistaient depuis plusieurs années dans ces régions. Inversement, en 2014 et en 2017 le Grand Est se distinguait par une prévalence plus élevée du tabagisme quotidien, or ce n'était plus le cas en 2021.

Dans les DROM, les prévalences du tabagisme quotidien étaient significativement inférieures à celles des régions hexagonales, bien que La Réunion présentait des niveaux de consommation plus proches. Ces résultats étaient déjà observés en 2014⁹.

En termes d'âge, les prévalences chez les adultes de plus de 60 ans étaient plus faibles dans l'ensemble des régions. Les classes d'âge présentant les prévalences les plus élevées étaient variables selon les régions, bien que celle des 31-45 ans soit la plus fréquente.

L'étude des facteurs sociodémographiques et économiques associés au tabagisme souligne des inégalités sociales très marquées à l'échelle régionale, tout comme au niveau national, au moins dans l'Hexagone. En effet, les personnes aux plus faibles revenus

et celles ayant les niveaux de diplôme les moins élevés avaient plus de risque de fumer quotidiennement dans la quasi-totalité des régions hexagonales. Dans certaines régions, les associations allaient dans le même sens qu'au niveau national mais n'étaient pas significatives, vraisemblablement par manque de puissance statistique. En Normandie, le tabagisme quotidien n'était pas associé au niveau de revenu ; ce résultat récent nécessite d'être confirmé lors des prochaines enquêtes.

Dans l'ensemble des régions hexagonales, en 2021, plus de la moitié des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer. Cette proportion était significativement plus faible en Provence-Alpes-Côte d'Azur, ce résultat pouvant refléter une norme en faveur du tabac plus prégnante. Inversement, en Île-de-France, l'envie d'arrêter de fumer était plus fréquente, pouvant être la conséquence d'une dénormalisation du tabagisme plus avancée. Ces résultats soulignent l'intérêt des politiques de dénormalisation du tabagisme.

Forces et limites

La robustesse du protocole d'enquête et de la méthode employée, et la représentativité de l'échantillon qui en découle, constituent des forces importantes de cette étude.

La taille importante de l'échantillon (près de 25 000 personnes en Hexagone et plus de 6 500 dans les DROM en 2021) a permis de réaliser des comparaisons régionales de prévalence avec une puissance statistique élevée (chaque région étant comparée au reste de l'échantillon national), ainsi qu'une analyse des facteurs associés au tabagisme dans chaque région. Par ailleurs, la persistance de particularités régionales incite à la confiance quant à la portée des résultats.

Parmi les limites de cette étude, la prévalence tabagique évoluant relativement lentement, il faut souligner le manque de puissance statistique pour étudier des évolutions au niveau régional, qui doivent donc être interprétées avec prudence et sur le long terme, en particulier dans les régions aux tailles d'échantillons plus faibles.

Conclusion

L'objectif intermédiaire du PNLT 2018-2022 était d'abaisser d'ici 2020 à moins de 24% la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans. Bien qu'il existe des disparités régionales, la lutte contre le tabagisme doit se poursuivre dans l'ensemble du territoire car les prévalences restent élevées dans toutes les régions et les objectifs de réduction du tabagisme sont encore à atteindre.

Les inégalités sociales relatives au tabagisme restent très marquées dans toutes les régions, leur réduction continue d'être un enjeu majeur : les actions de lutte contre le tabagisme doivent donc être renforcées pour les populations socio-économiquement défavorisées et adaptées à leurs besoins. ■

Remerciements

Les auteurs remercient Philippine Delemer pour sa participation aux analyses préliminaires, ainsi que l'équipe du Baromètre de Santé publique France.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Épidémiol Hebd.* 2019;(15):278-84. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html

[2] González-Marrón A, Koprivnikar H, Tisza J, Cselkó Z, Lambrou A, Peruga A, *et al.* Tobacco endgame in the WHO European Region: Feasibility in light of current tobacco control status. *Tob Induc Dis.* 2023;21:151. <http://www.tobaccoinduceddiseases.org/Tobacco-endgame-in-the-WHO-European-Region-Feasibility-in-light-of-current-tobacco-control-status>, 174360,0,2.html

[3] Ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de l'Action et des Comptes publics. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Paris: ministère des Solidarités et de la Santé; 2018. 45 p. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

[4] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard JB, *et al.* Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. *Bull Épidémiol Hebd.* 2022;(26):470-80. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/26/2022_26_1.html

[5] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Beck F, Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(9-10):152-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_1.html

[6] Andler R, Ruello M, Richard JB, Hassani Y, Guignard R, Quatremère G, *et al.* Consommation de substances psychoactives à Mayotte – Résultats de l'enquête de santé Unono Wa Maore 2019. Saint-Maurice: Santé publique France; 2022. 10 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/enquetes-etudes/2022/consommation-de-substances-psychoactives-a-mayotte.-resultats-de-l-enquete-de-sante-unono-wa-maore-2019>

[7] Soullier N, Richard JB, Gautier A. Baromètre de Santé publique France 2021. Méthode. Saint-Maurice: Santé publique France; 2022. 17 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-2021.-methode>

[8] Andler R, Guignard R, Lermenier-Jeannet A, Richard JB, Pasquereau A, Quatremère G, *et al.* Lieux d'achat du tabac entre 2014 et 2018 : résultats du Baromètre de Santé publique France. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 8 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/lieux-d-achat-du-tabac-entre-2014-et-2018-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france>

[9] Beck F, Guignard R, Léon C, Richard JB. Atlas des usages de substances psychoactives 2010 – Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2013. 104 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/enquetes-etudes/atlas-des-usages-de-substances-psychoactives-2010-analyses-regionales-du-barometre-sante-de-l-inpes>

[10] Berthier N, Guignard R, Richard JB, Andler R, Beck F, Nguyen-Thanh V. Comparaison régionale du tabagisme et de l'usage de cigarette électronique en France en 2014. *Bull Épidémiol Hebd.* 2016;(30-31):508-14. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_4.html

[11] Santé publique France. Publication des premiers bulletins de santé publique dédiés au tabac pour chaque région de France. 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/publication-des-premiers-bulletins-de-sante-publique-dedies-au-tabac-pour-chaque-region-de-france>

Citer cet article

Thabuis A, Rivière M, de Lauzun V, Bernillon P, Martel M, Guignard R, *et al.* Analyse régionale du tabagisme quotidien des adultes en France en 2021. *Bull Épidémiol Hebd.* 2024;(11):222-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/11/2024_11_1.html

ABSTINENCE TABAGIQUE À SIX MOIS PARMIS LES APPELANTS DU DISPOSITIF TÉLÉPHONIQUE TABAC INFO SERVICE (39 89)

// SMOKING ABSTINENCE AT SIX MONTHS AMONG CALLERS TO THE FRENCH SMOKING CESSATION QUITLINE TABAC INFO SERVICE

Anne Pasquereau (anne.pasquereau@santepubliquefrance.fr), Romain Guignard, Olivier Smadja, Fabienne Thomas, François Beck, Viêt Nguyen-Thanh

Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 07.12.2023 // Date of submission: 12.07.2023

Résumé // Abstract

Introduction – Le dispositif téléphonique Tabac info service (TIS, 39 89), piloté par Santé publique France, a été créé en 1998. Une première évaluation de ses effets sur l'abstinence tabagique avait été menée sur la période 2012-2014. L'objectif de cet article est de mettre à jour cette évaluation sur la période 2018-2020.

Méthodes – Depuis 2012, tous les appelants du 39 89 qui ont été en contact avec un tabacologue ont été rappelés 6 mois après leur premier appel. Leur taux d'abstinence tabagique a été mesuré, ainsi que les facteurs associés au sevrage.

Résultats – Entre 2018 et 2020, 45 803 fumeurs ont été en contact avec un tabacologue du 39 89. Parmi ceux qui ont accepté le principe d'être rappelés six mois plus tard (86,5%), plus d'un sur cinq (22,2%) se déclarait non-fumeur depuis au moins 7 jours au moment du rappel (les personnes injoignables ou celles refusant de répondre aux questions sont considérées comme fumeuses). Le taux d'abstinence atteignait 32,2% parmi les fumeurs qui essayaient déjà d'arrêter de fumer lors de leur 1^{er} appel et 17,0% parmi les autres fumeurs. Ces taux étaient stables par rapport à la période 2012-2014.

La probabilité d'être non-fumeur à six mois était moins élevée parmi les femmes, les fumeurs les plus dépendants, ceux ayant une autre addiction ou un problème de santé, et les chômeurs. À l'inverse, elle était supérieure parmi ceux se déclarant déjà en tentative d'arrêt lors du 1^{er} appel ou ayant fixé une date d'arrêt, les vapoteurs, ou encore ceux ayant bénéficié d'un plus grand nombre d'entretiens de suivi.

Conclusion – Ces résultats suggèrent que le dispositif téléphonique TIS constitue une aide efficace pour une partie des fumeurs, conformément aux nombreuses études menées à l'international. Ce service, quasiment gratuit, doit continuer à être promu auprès des plus défavorisés, dans l'optique de réduire les inégalités sociales liées au tabagisme.

Introduction – The French quitline Tabac Info Service (39 89) was created in 1998 and is managed by Santé publique France, the national public health agency. An initial evaluation of its impact on smoking abstinence was carried out for the period 2012–2014. This article provides an updated evaluation for the period 2018–2020.

Methods – Since 2012, all quitline callers who talk with a counsellor receive a follow-up call six months after their first call. Based on these data, we measured a smoking abstinence rate and analyzed factors associated with abstinence.

Results – Between 2018 and 2020, 45,803 smokers had talked with a counsellor from the quitline Tabac Info Service. Among those who accepted to be called back after six months (86.5%), more than one in five (22.2%) reported being abstinent for at least seven days at the time of the follow-up call (those not possible to reach or who declined to answer were considered to be still smoking). The abstinence rate reached 32.2% among smokers who were already trying to quit at the time of the first call and 17.0% among other smokers. These rates were stable compared to the 2012–2014 period.

The probability of being a non-smoker at six months was lower among women, the most dependent smokers, those with another addiction or a health problem, and the unemployed. Conversely, it was higher among those who had declared during the first call that they were already trying to quit or had set a quit date, vapers, and those who had more contacts with a counsellor.

Conclusion – These results suggest that the quitline is an effective aid for some smokers, in line with numerous international studies. This service, almost free of charge, must continue to be promoted to the most disadvantaged populations, with the aim of reducing social inequalities in health related to tobacco use.

Mots-clés : Arrêt du tabac, Ligne téléphonique d'aide à l'arrêt

// **Keywords**: Smoking cessation, Quitline

Introduction

Les dispositifs téléphoniques d'aide à l'arrêt du tabac (appelées « *quitlines* » à l'international) ont montré leur efficacité pour aider les fumeurs à arrêter de fumer. La dernière revue systématique de la littérature Cochrane, regroupant plus d'une centaine d'essais contrôlés randomisés, a mis en évidence l'efficacité d'un suivi avec plusieurs entretiens par rapport à un seul entretien court ou la remise d'une brochure. Les chances d'arrêter de fumer sont augmentées de 20 à 60% lorsque le premier appel est à l'initiative du fumeur, et de 15 à 35% lorsque le fumeur a été contacté par la *quitline* (démarche développée aux États-Unis)¹. Une étude américaine menée en Arizona a également montré que parmi les fumeurs ayant recours à la *quitline*, les personnes les moins favorisées (selon le statut d'assurance) avaient les mêmes taux d'arrêt que les autres fumeurs², enseignement essentiel pour la France où les inégalités sociales en matière de tabagisme restent très marquées³. Enfin, concernant le coût des *quitlines*, une étude néo-zélandaise a montré que la *quitline* de ce pays était rentable d'un point de vue économique, permettant, sur une année, d'économiser 84 millions de dollars néo-zélandais⁴; celle du Kentucky a montré un retour sur investissement de 6 dollars pour chaque dollar investi⁵.

Fort de cette efficacité démontrée, l'aide à l'arrêt du tabac par téléphone est recommandée par de nombreuses instances, en particulier aux États-Unis (pays précurseur dans la mise en place et l'évaluation des *quitlines*)^{6,7}, et en France via la Haute Autorité de santé (HAS)⁸.

Le soutien apporté aux fumeurs est basé sur un soutien psychologique actif fondé sur les techniques de l'entretien motivationnel et des thérapies cognitives et comportementales adaptées à chacun⁹. La nature de l'aide fait consensus, même si la dernière revue de littérature Cochrane portant sur l'entretien motivationnel conclut qu'il est efficace pour arrêter de fumer uniquement s'il est utilisé sur plusieurs entretiens¹⁰. En revanche, l'efficacité des dispositifs téléphoniques selon le nombre d'entretiens suivis par les fumeurs est peu documentée. Les travaux traitant de cette question montrent néanmoins que les taux d'arrêt du tabac sont supérieurs chez les personnes ayant reçu trois à cinq appels par rapport à ceux n'en ayant reçu qu'un seul^{1,11}, en cohérence avec les résultats sur l'efficacité de l'entretien motivationnel.

Créé en 1998, le dispositif téléphonique Tabac info service (TIS, 39 89) est piloté par Santé publique France. Les modalités d'organisation du 39 89 sont basées sur les données de la littérature décrites ci-dessus. Depuis 2010, plusieurs entretiens de suivi avec un tabacologue sont ainsi systématiquement proposés aux appelants. Depuis 2012, le service est évalué en continu : un rappel systématique des bénéficiaires d'au moins un entretien avec un tabacologue est effectué six mois après leur premier contact avec un tabacologue.

L'objectif de l'article est de présenter les résultats du rappel à six mois des bénéficiaires du 39 89, en présentant le taux de sevrage tabagique et ses facteurs associés, ainsi que la satisfaction des appelants. Les évolutions par rapport à la première étude portant sur la période 2012-2014¹² sont également présentées.

Méthode

Organisation du 39 89

Les personnes qui souhaitent contacter le dispositif téléphonique TIS peuvent soit appeler le 39 89, soit demander à être rappelées via le site Internet ou l'application mobile TIS (rappel mis en place en 2015). Le dispositif téléphonique TIS est organisé en deux niveaux de réponse : les téléconseillers du premier niveau informent et orientent les appelants, les incitant à bénéficier d'un entretien avec un tabacologue qui constitue le deuxième niveau de la ligne. Le tabacologue réalise, dans un délai de trois jours maximum, un bilan tabagique puis procède ensuite à un accompagnement au sevrage sur plusieurs entretiens structurés.

Un rappel à six mois est proposé lors du premier entretien à tous les appelants du niveau 2, avec pour objectifs de documenter le statut tabagique et la satisfaction des bénéficiaires, mais aussi d'inciter les éventuels fumeurs à renouveler leur tentative d'arrêt.

L'organisation du 39 89 et du rappel à six mois est détaillée dans un article précédent¹².

Population étudiée

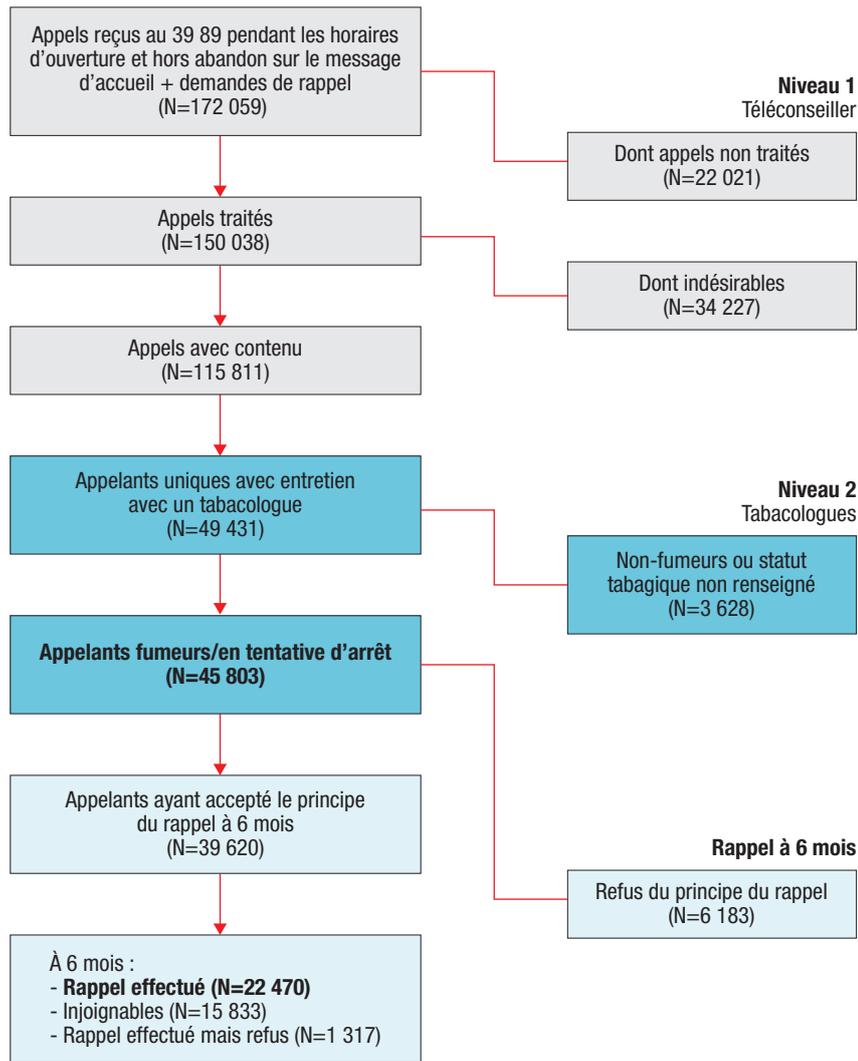
L'analyse porte sur les appelants fumeurs ou déclarant être en train d'essayer d'arrêter de fumer (en tentative d'arrêt) ayant bénéficié d'un premier entretien avec un tabacologue entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2020. La sélection des primo-appelants a été faite sur la base de la date de création de leur dossier. Le rappel a eu lieu, pour ceux qui en ont accepté le principe, entre juillet 2018 et juin 2021.

Parmi 49 431 primo-appelants du niveau 2 durant ces trois années, 321 n'avaient jamais fumé, 690 étaient ex-fumeurs et 2 617 avaient un statut tabagique non renseigné, soit au total 3 628 personnes exclues de l'analyse, l'objectif étant de mesurer le sevrage tabagique après un recours au 39 89. L'analyse porte donc sur 45 803 fumeurs ou en tentative d'arrêt au moment de leur premier appel avec un tabacologue de la ligne TIS (figure).

Variables d'intérêt et analyses

Les données recueillies au 39 89 par les téléconseillers et les tabacologues servent avant tout au suivi de l'appelant. Certaines variables ne sont pas renseignées de façon systématique et présentent des valeurs manquantes.

Diagramme de flux de la population étudiée : appelants de Tabac info service entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 décembre 2020



Par rapport à la précédente étude portant sur la période 2012-2014, des données supplémentaires ont pu être extraites et sont spécifiées ci-dessous. Les données recueillies sont :

- au niveau 1 : sexe, âge (3 % de valeurs manquantes), situation professionnelle (24%) ;
- au niveau 2 (lors du premier appel) : statut tabagique, décision d'une date d'arrêt, score de Fagerström mesurant la dépendance tabagique (21%), tentative d'arrêt antérieure, recours à une aide au sevrage validée (traitement nicotinique de substitution – TNS –, varénicline ou bupropion, thérapie cognitivo-comportementale), accord pour le rappel à six mois ; nouvelles variables : vapotage, pathologie cardiaque, respiratoire, psychiatrique ou métabolique, autre addiction ;
- données du suivi réalisé en niveau 2 : nombre de bilans tabagiques, durée moyenne des bilans, nombre d'entretiens de suivi, durée moyenne des entretiens. L'extraction permet

de comptabiliser uniquement les entretiens qui ont eu lieu entre le premier appel et le rappel à six mois. Les entretiens qui ont lieu après le rappel à six mois (nouvel accompagnement suite au rappel) ont pu être supprimés, contrairement à la précédente étude ;

- rappel à six mois : statut du rappel (rappel réalisé/injoignable/refus), statut tabagique, durée d'abstinence pour les non-fumeurs, perceptions de l'aide apportée par TIS.

Le critère de jugement principal pour l'analyse des effets du dispositif téléphonique TIS est l'arrêt du tabac depuis au moins sept jours parmi les personnes ayant accepté le principe du rappel (taux en intention de traiter, TIT). Les personnes qui étaient injoignables ou qui ont refusé de répondre lors du rappel à six mois sont considérées comme fumeuses. Un critère secondaire est étudié : l'arrêt d'au moins sept jours parmi les répondants (taux parmi les répondants, TR). Le critère principal et le critère secondaire sont mesurés en distinguant

les fumeurs qui se déclaraient en tentative d'arrêt au premier contact avec un tabacologue des autres fumeurs. Les deux indicateurs sont enfin mesurés pour un arrêt du tabac d'au moins un mois.

Le critère de jugement principal et sa méthode de calcul (TIT) sont couramment utilisés dans les études cliniques sur le sevrage tabagique^{1,13}, ils sont préconisés par *The Society for Research on Nicotine and Tobacco*^{14,15}. Néanmoins ce taux sous-estime le taux réel de sevrage, c'est pourquoi le taux parmi les répondants est également utilisé en particulier par les *quitlines* américaines¹⁶, même si à l'inverse, celui-ci surestime le taux réel de sevrage.

Une régression logistique a été réalisée pour étudier les facteurs associés au taux d'arrêt d'au moins sept jours parmi les répondants au rappel. Les variables explicatives suivantes ont été utilisées : sexe, âge, situation professionnelle, statut tabagique au premier appel de niveau 2, vapotage, tentative d'arrêt antérieure, dépendance tabagique, pathologie, autre addiction, utilisation d'autres aides à l'arrêt, nombre d'entretiens de suivi réalisés par un tabacologue du 39 89. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata® v16.

Résultats

Profil des appelants

Le Baromètre de Santé publique France 2021, enquête auprès d'un échantillon représentatif de la population française des 18-85 ans, permet de comparer les caractéristiques des appelants à celles des fumeurs résidant en France. Les appelants du 39 89 étaient plus souvent des femmes (56,5% vs 46,8% des fumeurs quotidiens en 2021). La proportion de personnes au chômage était moins élevée parmi les appelants (10,8% vs 15,0%). Parmi les actifs occupés, les appelants se déclaraient majoritairement employés (70,7%) et très peu ouvriers (3,1%), à la différence de l'ensemble des fumeurs résidant en France qui sont pour 27,5% des employés et 31,0% des ouvriers.

Concernant le tabagisme, au moment de leur premier contact avec un tabacologue, 64,7% des appelants se déclaraient fumeurs (64,2% fumeurs quotidiens) et 35,3% se déclaraient en tentative d'arrêt. Les fumeurs se répartissaient entre ceux qui avaient déjà fixé une date d'arrêt du tabac (15,9%) et ceux qui ne l'avaient pas fait (48,8%). Parmi les fumeurs dont la dépendance tabagique était renseignée, 12,9% ne montraient pas de signe de dépendance, 14,7% l'étaient faiblement, 26,8% étaient moyennement dépendants et 45,7% étaient fortement ou très fortement dépendants d'après le test de Fagerström (définition de la HAS⁸). Les appelants du 39 89 étaient nettement plus dépendants que les fumeurs de la population générale : les fumeurs fortement dépendants représentaient 45,7% des appelants alors qu'ils sont 16,7% parmi l'ensemble des fumeurs résidant en France.

Accompagnement par TIS

Un bilan tabagique a été effectué pour 79,1% des personnes en contact pour la première fois avec un tabacologue du 39 89. Il durait en moyenne 28 minutes. Parmi les personnes qui n'ont pas eu de bilan tabagique, 50,2% ont eu un appel qualifié « d'appel de crise », c'est-à-dire une demande de soutien urgent lors d'un arrêt du tabac, 41,4% ont eu un appel qualifié de « renseignements spécifiques » pour une demande ponctuelle de renseignements, d'information (dosage de substitut nicotinique par exemple) et 8,4% ont eu une qualification d'appel « autre » (appel écourté, modification de rendez-vous, bilan nutrition...).

Au moins un entretien de suivi a été réalisé pour 61,7% des primo-appelants du niveau 2, en plus du bilan tabagique. Parmi eux, en moyenne 3,3 entretiens de suivis ont été réalisés. La durée moyenne de ces entretiens était de 14 minutes.

Par rapport à la période 2012-2014, des évolutions statistiquement significatives sont observées. La proportion de fumeurs ayant eu un bilan tabagique est en légère baisse (de 82,9% à 79,1%). Concernant le nombre d'entretiens de suivi, davantage de fumeurs ont été accompagnés selon le protocole préconisé, avec une diminution de ceux ayant eu un seul entretien de suivi (de 35,9% à 28,1%) et une augmentation de ceux ayant eu 3 ou 4 entretiens (de 21,4% à 29,3%).

Statut tabagique à six mois

Parmi les primo-appelants du niveau 2, 86,5% ont accepté la proposition d'être rappelés six mois plus tard, soit 9 points de plus qu'en 2012-2014. Parmi les personnes ayant accepté, plus de la moitié ont répondu au rappel du tabacologue (56,7%), 40,0% n'ont pu être jointes lors des 3 tentatives d'appels réalisées et ont été considérées comme injoignables, et 3,3% ont pu être jointes mais ont refusé de répondre aux questions. La proportion de personnes injoignables est en hausse de 10 points par rapport à 2012-2014. Globalement, le taux de rappel effectué six mois après le premier contact avec un tabacologue est donc de 49,1% (figure), en très légère baisse par rapport à la période 2012-2014 (51,4%).

Le taux d'acceptation du principe du rappel était plus élevé parmi les fumeurs avec une date d'arrêt fixée (93%), ceux ayant fait une tentative d'arrêt précédant l'appel (95%), les fumeurs ayant déclaré au moins une pathologie (94%), une autre addiction (90%), ou l'utilisation d'une aide à l'arrêt (94%). Parmi les fumeurs qui avaient accepté le principe du rappel, le taux de réponse était plus élevé parmi les femmes (59%), les plus âgés (62% parmi les 55-64 ans et 68% parmi les 65 ans et plus), les fumeurs qui étaient en tentative d'arrêt (59%), et augmentait avec un plus grand nombre d'entretiens suivis (de 54% parmi ceux ayant suivi 1 entretien à 66% pour 5 entretiens ou plus suivis).

Le taux de sevrage tabagique six mois après le premier appel avec un tabacologue du 39 89 a été calculé comme décrit dans la section « méthodes » (tableau 1) :

- taux parmi les répondants (TR) : parmi les personnes répondant au rappel à six mois, 39,1% se déclaraient non-fumeuses depuis au moins 7 jours, 36,4% depuis au moins un mois. Le taux d'abstinence parmi les répondants était nettement plus élevé parmi les fumeurs qui se déclaraient en tentative d'arrêt au moment de l'appel initial (54,6% pour un arrêt d'au moins 7 jours) que parmi les fumeurs qui ne se considéraient pas en tentative (30,7%) ;
- taux parmi les personnes qui ont eu recours à un tabacologue du 39 89 et qui ont accepté le principe d'être rappelées six mois plus tard (TIT) : 22,2% se déclaraient non-fumeuses depuis au moins 7 jours au moment de l'appel, 20,6% depuis au moins un mois. Le TIT d'au moins 7 jours s'élevait à 32,2% parmi les fumeurs qui étaient en tentative d'arrêt lors du premier appel et à 17,0% parmi les autres fumeurs.

La période d'étude couvre l'année 2020, marquée par la pandémie de Covid-19. Une analyse des taux de sevrage tabagique à six mois a été réalisée en fonction du mois du premier appel, et en fonction du mois du rappel à six mois et aucune différence de tendance n'a été observée entre les périodes avant mars 2020 et après mars 2020.

Le taux d'abstinence tabagique sur la période 2018-2020, parmi les répondants au rappel à six mois, est en hausse significative de 6 points par rapport à 2012-2014. Cependant, en raison de l'augmentation de 10 points du taux de personnes ayant accepté

d'être rappelées mais injoignables, qui sont donc considérées comme fumeuses pour le calcul du TIT, ce dernier est stable (tableau 2).

Facteurs associés à l'arrêt du tabac six mois après l'appel au 39 89

Parmi les répondants au rappel à six mois, la probabilité d'être non-fumeur était moins élevée chez les femmes par rapport aux hommes (odds ratio, OR=0,8), parmi les agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise (OR=0,8) et les personnes au chômage (OR=0,7) par rapport aux cadres. Les personnes ayant déclaré une addiction autre que le tabac (OR=0,9) et une pathologie (OR=0,8) étaient également plus souvent fumeuses. Un gradient est observé selon la dépendance tabagique : plus les fumeurs étaient dépendants, moins ils avaient arrêté de fumer six mois après.

À l'inverse, certaines caractéristiques sont associées à une plus grande probabilité d'être non-fumeur six mois après : le fait d'être âgé de 25 à 44 ans (OR=1,2) ou de 65 ans et plus (OR=1,2) par rapport à un âge inférieur à 25 ans, le fait d'être vapoteur lors du premier appel (OR=1,3). Le fait d'avoir déjà fixé une date d'arrêt au moment de son appel (OR=1,4) ou de se déclarer en tentative d'arrêt (OR=2,8) était également associé à l'abstinence tabagique à six mois. Aucune association n'était observée avec la réalisation d'une tentative d'arrêt antérieure au premier appel ou le recours à une aide au sevrage validée lors du premier appel.

Enfin, après contrôle sur les caractéristiques des appelants, l'augmentation du nombre d'entretiens avec un tabacologue du 39 89 était associée à une augmentation du taux d'arrêt du tabac à six mois (tableau 3).

Tableau 1

Taux d'arrêt 6 mois après le recours à Tabac info service (39 89), selon le statut tabagique déclaré au moment de l'appel initial

	Taux d'arrêt d'au moins 7 jours (%)			Taux d'arrêt d'au moins 1 mois (%)		
	Ensemble	Fumeurs en tentative d'arrêt	Autres fumeurs	Ensemble	Fumeurs en tentative d'arrêt	Autres fumeurs
TR (n=22 403)	39,1	54,6	30,7	36,4	51,9	27,9
TIT (n=39 553)	22,2	32,2	17,0	20,6	30,6	15,5

TR : taux parmi les répondants ; TIT : taux en intention de traiter (taux parmi les appelants ayant accepté le principe du rappel).

Tableau 2

Évolution des taux de réponse et des taux d'arrêt entre 2012-2014 et 2018-2020

	2012-2014	2018-2020
Taux de réponse (%)		
Taux d'acceptation du rappel à 6 mois	77,5	86,5
Taux de réponse parmi ceux ayant accepté le principe du rappel	66,3	56,7
Taux de réponse global	51,4	49,1
Taux d'arrêt d'au moins 7 jours (%)		
TR	33,0	39,1
TIT	21,9	22,2

TR : taux parmi les répondants ; TIT : taux en intention de traiter (taux parmi les appelants ayant accepté le principe du rappel).

Tableau 3

Facteurs associés à l'arrêt du tabagisme depuis au moins 7 jours, 6 mois après le premier contact avec un tabacologue de Tabac info service (39 89), parmi les répondants au rappel à 6 mois

	Ensemble des répondants à 6 mois (N=21 689 observations)	Taux d'arrêt d'au moins 7 jours (%)	OR	IC95%
Sexe		**		
Homme (réf.)	9 986	40,2	- 1 -	
Femme	12 417	38,2	0,8***	[0,8-0,9]
Âge		***		
Moins de 24 ans (réf.)	1 751	35,4	- 1 -	
25-34 ans	4 325	42,1	1,2**	[1,1-1,4]
35-44 ans	4 856	41,2	1,2*	[1,0-1,3]
45-54 ans	5 138	36,7	1,0	[0,9-1,2]
55-64 ans	3 858	37,2	1,1	[1,0-1,3]
65 ans et plus	1 761	38,8	1,2**	[1,1-1,4]
Situation professionnelle		***		
Actif occupé : agriculteur, artisan, commerçant, chef entreprise	842	38,7	0,8*	[0,6-1,0]
Actif occupé : cadre, profession intellectuelle supérieure (réf.)	841	46,3	- 1 -	
Actif occupé : profession intermédiaire	1 197	47,0	1,1	[0,9-1,3]
Actif occupé : employé	7 316	42,5	0,9	[0,8-1,1]
Actif occupé : ouvrier	321	37,7	0,8	[0,6-1,1]
Chômage	1 112	32,9	0,7***	[0,6-0,9]
Inactif et étudiant	2 646	38,1	0,9	[0,7-1,0]
Autre	2 529	32,4	0,7***	[0,6-0,8]
Refus, ne sait pas	5 599	36,8	0,8***	[0,7-0,9]
Vapoteur au premier appel en niveau 2		***		
Non (réf.)	19 631	37,9	- 1 -	
Oui	2 772	47,6	1,3***	[1,2-1,4]
Statut tabagique au premier appel en niveau 2		***		
Fumeur sans date d'arrêt fixée (réf.)	10 778	28,5	- 1 -	
Fumeur avec date d'arrêt fixée	3 735	36,9	1,4***	[1,3-1,5]
En tentative d'arrêt	7 890	54,6	2,8***	[2,6-2,9]
Tentatives d'arrêt précédant l'appel		*		
Non (réf.)	14 233	39,6	- 1 -	
Oui	8 170	38,3	1,0	[1,0-1,1]
Dépendance tabagique (test de Fagerström)		***		
Aucune (réf.)	2 368	47,3	- 1 -	
Faible	2 663	43,8	0,9*	[0,8-1,0]
Moyenne	4 926	37,2	0,7***	[0,6-0,7]
Forte ou très forte	8 361	32,0	0,6***	[0,5-0,6]
Valeurs manquantes	4 085	48,2	0,9	[0,8-1,1]
Au moins une pathologie déclarée		***		
Non (réf.)	14 376	42,2	- 1 -	
Oui	8 027	33,6	0,8***	[0,7-0,9]
Autre addiction que le tabac		***		
Non (réf.)	19 656	39,9	- 1 -	
Oui	2 747	33,1	0,9**	[0,8-1,0]
Aide à l'arrêt du tabac		**		
Non (réf.)	17 943	38,7	- 1 -	
Oui	4 460	40,9	1,0	[0,9-1,1]
Nombre d'entretiens de suivi réalisés par un tabacologue du 39 89		***		
0	6 870	33,0	0,9	[0,9-1,0]
1 (réf.)	3 843	32,8	- 1 -	
2	2 726	36,4	1,2**	[1,1-1,3]
3 ou 4	4 750	46,7	1,9***	[1,7-2,1]
5 ou 6	2 783	49,4	2,4***	[2,1-2,6]
7 ou plus	1 431	45,4	2,1***	[1,8-2,4]

* p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Satisfaction vis-à-vis du dispositif téléphonique de TIS

Le niveau de satisfaction vis-à-vis du dispositif téléphonique TIS était très élevé. À la question « *Diriez-vous que TIS vous a aidé dans votre démarche d'arrêt ?* », près de 9 personnes sur 10 répondaient oui (88,8%), 63,9% tout à fait et 24,9% plutôt. Cette part de personnes répondant positivement était nettement en hausse par rapport à 2012-2014 (+11 points). Les non-fumeurs à six mois étaient plus nombreux à déclarer que TIS les avait aidés (94,2%) que les personnes qui fumaient encore (85,3%). La hausse est portée par les personnes qui fumaient encore au moment du rappel (+15 points) alors que ce taux est stable chez les non-fumeurs à six mois.

Les résultats des deux autres questions posées pour évaluer la satisfaction des utilisateurs sont similaires entre elles et présentés dans le tableau 4. La recommandation de TIS à un proche et la satisfaction de l'aide apportée par TIS ont augmenté respectivement de 7 et 3 points depuis 2012-2014.

Discussion

Principaux résultats

Entre 2018 et 2020, 45 803 fumeurs ont été en contact avec un tabacologue du 39 89. Parmi ceux qui ont accepté le principe d'être rappelés six mois plus tard, plus d'un sur cinq (22,2%) se déclare non-fumeur depuis au moins sept jours au moment du rappel. Les taux de sevrage sont supérieurs parmi les fumeurs qui sont déjà en tentative d'arrêt au moment de leur premier appel par rapport à ceux observés parmi les fumeurs qui n'étaient pas dans une démarche aussi avancée (32,2% de non-fumeurs à 6 mois vs 17,0%). En population générale, les taux d'abstinence tabagique à 6-12 mois se situent entre 3 et 5% parmi les fumeurs essayant d'arrêter de fumer sans traitement¹⁷.

Si le TIT sous-estime probablement le taux de sevrage réel, le taux parmi les répondants, qui s'élevait à 39,1%, est quant à lui certainement surestimé. En effet, certaines caractéristiques liées au fait de répondre au rappel étaient également liées au fait d'être non-fumeur à ce moment-là, et en particulier d'être en tentative d'arrêt au moment du premier appel. De la même manière, les personnes ayant accepté d'être rappelées pourraient présenter des caractéristiques spécifiques

liées à une plus grande motivation à l'arrêt du tabac ou à une plus grande capacité à arrêter de fumer. Néanmoins, les caractéristiques liées à l'acceptation du rappel à six mois étant associées aussi bien positivement (date d'arrêt fixée) que négativement (présence d'une pathologie, co-addiction) à l'arrêt du tabac parmi les répondants au rappel à six mois, le biais de sélection devrait donc être modeste.

Le TIT en 2018-2020 est stable par rapport à 2012-2014. Ce taux, calculé parmi les personnes ayant accepté le principe du rappel, diminue mécaniquement si le taux de réponse parmi ceux qui ont accepté diminue, les non-répondants étant considérés comme fumeurs. Il n'est donc pas le meilleur indicateur pour mesurer les évolutions dans notre étude étant donné que le taux d'acceptation du rappel a augmenté (+9 points) alors que le taux de réponse parmi ceux qui avaient accepté d'être rappelés a diminué de 10 points (baisse observée dans les enquêtes réalisées par téléphone ces dernières décennies¹⁸). Le taux de réponse global a ainsi quant à lui très peu diminué (-2 points). La hausse de 6 points du taux de non-fumeurs parmi les répondants (TR) peut ainsi refléter une augmentation de l'efficacité de l'aide apportée par le 39 89 entre 2012-2014 et 2018-2020. La satisfaction et l'utilité perçue par les appelants ont également nettement augmenté.

L'analyse des facteurs associés au sevrage tabagique suggère un effet-dose du nombre d'entretiens de suivi réalisés avec un tabacologue du 39 89, comme pour la période 2012-2014. Une augmentation de l'effet est observée de deux jusqu'à cinq ou six entretiens, puis l'effet diminue pour les personnes ayant suivi sept entretiens ou plus. Ces dernières se voient peut-être proposer et suivent plus d'entretiens parce qu'elles rencontrent davantage de difficultés à arrêter de fumer. L'analyse des facteurs associés a été enrichie, par rapport à l'analyse précédente, de données concernant l'appelant et sa santé. Elle tient compte uniquement des entretiens compris entre le premier appel et le rappel à six mois, les entretiens de suivi après le rappel à six mois ayant pu être supprimés contrairement à l'étude précédente. Cependant, il est impossible de collecter et de tenir compte de toutes les caractéristiques individuelles qui peuvent jouer un rôle dans la réussite de l'arrêt du tabac, et peuvent être des facteurs de confusion dans le lien entre sevrage tabagique et nombre d'entretiens suivis : soutien de l'entourage, motivation, préparation à l'arrêt... Les plus motivés à arrêter peuvent, par exemple, avoir tendance à suivre davantage d'entretiens¹⁹.

Tableau 4

Satisfaction des répondants au rappel à 6 mois vis-à-vis de Tabac info service (39 89)

	Ensemble des répondants à 6 mois (N=22 440)	Fumeurs (N=13 641)	Non-fumeurs depuis au moins 7 jours (N=8 762)
Satisfaction des répondants au rappel à 6 mois (%)			
Diriez-vous que TIS vous a aidé dans votre démarche d'arrêt ?	88,8	85,3	94,2
Recommanderiez-vous TIS à un proche qui voudrait arrêter de fumer ?	97,2	96,5	98,3
Êtes-vous satisfait de l'aide apportée par TIS ?	95,2	94,1	97,0

TIS : Tabac info service.

L'analyse des facteurs associés montre également que le fait de vapoter au moment du premier appel est associé à une plus grande probabilité d'être non-fumeur six mois après, sans qu'un lien de cause à effet ne puisse être établi à partir de ce type d'étude. Certaines études suggèrent que le vapotage pourrait être efficace pour le sevrage tabagique²⁰⁻²², mais, parmi les fumeurs ayant arrêté de fumer, il pourrait aussi être associé à davantage de rechutes²². Il n'y a ainsi, à ce jour, pas de consensus scientifique sur l'efficacité de la vape comme outil d'aide au sevrage tabagique et les recommandations françaises soulignent le manque de preuves scientifiques sur ce sujet²³.

Les résultats de cette étude sont cohérents avec ceux d'autres évaluations de *quitlines*. Le taux d'arrêt depuis au moins 30 jours parmi les répondants du rappel à six mois s'élevait à 26,2% dans le Minnesota, 31,7% dans l'Oklahoma, 30,3% en Floride en 2015-2016²⁴, et à 25,4% dans le Kentucky⁵ en 2014, niveaux inférieurs à ceux du 39 89. En Nouvelle-Zélande, le taux d'arrêt depuis au moins sept jours à six mois s'élevait à 24,2% (ITT) pour les fumeurs suivis en 2012²⁵, du même ordre que celui du 39 89.

Limites

Cette étude repose sur un suivi observationnel d'indicateurs et non sur un essai contrôlé randomisé (ECR). Cependant, d'une part, l'efficacité des *quitlines* a déjà été largement démontrée dans la littérature via des ECR¹ ; d'autre part, le suivi observationnel permet de recueillir des indicateurs de sevrage en conditions réelles.

Une autre limite tient à la qualité des données. La mission première des tabacologues est d'accompagner les appelants pour arrêter de fumer et non de recueillir des données à des fins d'étude. Certains indicateurs peuvent présenter une part importante de valeurs manquantes. En particulier, la dépendance tabagique n'est pas renseignée pour 21% des appelants. Or, elle est liée au sevrage tabagique à six mois dans cette étude. D'autre part, lors du rappel à six mois, la prise de TNS (traitements nicotiques de substitution) depuis le premier appel n'était pas renseignée, alors qu'elle a certainement un impact sur le sevrage tabagique. Cette donnée a été intégrée en 2020 au questionnaire du rappel à six mois.

Implications

Plusieurs implications peuvent découler de cette étude :

- en premier lieu, augmenter le nombre de personnes qui appellent le 39 89 permettrait d'aider davantage de fumeurs. Pour y parvenir, une étude suédoise a montré que toutes les mesures de lutte anti-tabac mises en place dans leur pays au cours des 20 dernières années avaient eu un impact sur le taux de recours à la *quitline*²⁶. Le taux de recours aux États-Unis, de 1% en moyenne, peut s'élever jusqu'à 6% lors de campagnes de promotion du service. Le ministère de la santé américain préconise ainsi de renforcer la promotion du service^{6,7}. Par ailleurs, en France, les professionnels de santé de premier recours

qui ne seraient pas en situation d'accompagner leurs patients lors d'un sevrage tabagique, pourraient les orienter vers le 39 89 ;

- un objectif pour les conseillers et les tabacologues du 39 89 est d'inciter les fumeurs à bénéficier de plusieurs entretiens, au vu de l'effet-dose observé dans cette étude et des données de la littérature ;
- l'innovation majeure dans les services proposés par les *quitlines* au cours des dernières années est l'intégration de TNS gratuits. Fournir des TNS aux appelants, en complément du soutien comportemental, a montré son efficacité sur le nombre d'appels suivis, la satisfaction, et les taux d'arrêt. Il s'agit également d'une mesure coût-efficace, recommandée par le *North American Quitline Consortium* et le département américain de la Santé et des Services sociaux^{27,28}. Même si le bénéfice attendu est peut-être moindre, les TNS étant remboursés en France sur ordonnance alors qu'ils ne le sont pas aux États-Unis, proposer des TNS gratuits via le 39 89 permettrait d'augmenter leur accessibilité et ainsi leur utilisation (une expérimentation est en cours en ce sens à Santé publique France) ;
- les inégalités sociales en matière de tabagisme sont très marquées en France. Les appelants du 39 89 sont majoritairement des employés, mais très peu des ouvriers ou des demandeurs d'emploi. Les campagnes de promotion du 39 89 doivent continuer à cibler les fumeurs les plus défavorisés afin de les orienter vers ce service quasiment gratuit. Une mesure prévue dans le Programme national de lutte contre le tabagisme 2023-2027 a également pour objectif de lever le frein de l'accessibilité du 39 89 pour les fumeurs les plus défavorisés en proposant aux fumeurs démarrant une démarche d'arrêt d'être rappelés pour bénéficier d'un accompagnement par TIS, démarche proactive déjà mise en place dans les *quitlines* américaines et ayant un potentiel d'efficacité pour les publics socio-économiquement défavorisés²⁹. La proposition de TNS gratuits pourrait enfin augmenter l'efficacité de l'aide parmi ces publics particuliers, des taux de sevrage identiques selon le niveau socio-économique ayant été observés en Arizona, où ce service est déjà proposé.

Conclusion

Ces résultats suggèrent que le dispositif téléphonique Tabac info service (39 89), constitue une aide efficace pour une partie des fumeurs. Il pourrait être utile de valoriser davantage ce service, quasiment gratuit, auprès des plus défavorisés pour accroître son utilisation, contribuant ainsi à l'objectif de réduction des inégalités sociales liées au tabagisme. De plus, les fumeurs doivent être encouragés à participer à plusieurs appels de suivi pour augmenter leurs chances de réussir à arrêter de fumer. ■

Remerciements

Nous remercions les conseillers de Patientys et les tabacologues de Webhelp Medica qui assurent, en lien avec Santé publique France, l'accompagnement des fumeurs.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;5(5):Cd002850.

[2] Brady BR, O'Connor PA, Martz MP, Grogg T, Nair US. Medicaid-insured client characteristics and quit outcomes at the Arizona smokers' helpline. *J Behav Health Serv Res.* 2022;49(1):61-75.

[3] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Beck F, Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023(9-10):152-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_1.html

[4] Nghiem N, Cleghorn CL, Leung W, Nair N, van der Deen FS, Blakely T, *et al.* A national quitline service and its promotion in the mass media: Modelling the health gain, health equity and cost-utility. *Tob Control.* 2018;27(4):434-41.

[5] Pauly N, Talbert J, Parsley S, Gray B, Hahn EJ. Kentucky's Smoking cessation quitline: Annual estimated return on investment to employers. *Am J Health Promot.* 2019;33(2):285-8.

[6] US Department of Health and Human Services. Smoking cessation – A Report of the Surgeon General. Washington, USA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2020. 700 p. https://www.cdc.gov/tobacco/surgeon-general-reports/reports/2020-smoking-cessation/?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/tobacco/sgr/2020-smoking-cessation/index.html

[7] North American Quitline Consortium. Quality improvement initiative – Identifying priority best practices for state quitlines. Phoenix, USA: North American Quitline Consortium; 2019. 8 p. <https://www.naquitline.org/news/474039/NEW-REPORTQuality-Improvement-Initiative---Identifying-Priority-Best-Practices-for-State-Quitlines.htm>

[8] Haute Autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours – Recommandations. Saint-Denis: HAS; 2014. 60 p. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arr-et-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

[9] Nguyen-Thanh V, Arwidson P. Aide à l'arrêt du tabac par téléphone : efficacité et organisation. *Alcoologie et addictologie.* 2012;34(3):223-30.

[10] Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;7(7):Cd006936.

[11] Rabinus V, Pike KJ, Hunter J, Wiatrek D, McAlister AL. Effects of frequency and duration in telephone counselling for smoking cessation. *Tob Control.* 2007;16 Suppl 1:i71-4.

[12] Pasquereau A, Smadja O, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen Thanh V. Efficacité à six mois de l'aide au sevrage de la ligne téléphonique Tabac Info Service (39 89). *Bull Épidémiol Hebd.* 2016(30-31):548-56. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_9.html

[13] Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y, Dobson R. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;10(10):Cd006611.

[14] West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: Proposal for a common standard. *Addiction.* 2005;100(3):299-303.

[15] Piper ME, Bullen C, Krishnan-Sarin S, Rigotti NA, Steinberg ML, Streck JM, *et al.* Defining and measuring abstinence in clinical trials of smoking cessation interventions: An updated review. *Nicotine Tob Res.* 2020;22(7):1098-106.

[16] North American Quitline Consortium. Quality improvement initiative – Measuring quit rates. Phoenix, US: North American Quitline Consortium; 2009. 32 p. <https://www.naquitline.org/page/qiiissuepapers>

[17] Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction.* 2004;99(1):29-38.

[18] Luiten A, Hox J, de Leeuw E. Survey nonresponse trends and fieldwork effort in the 21st century: Results of an international study across countries and surveys. *J Off Stat.* 2020;36(3):469-87.

[19] Carlin-Menter S, Cummings KM, Celestino P, Hyland A, Mahoney MC, Willett J, *et al.* Does offering more support calls to smokers influence quit success? *J Public Health Manag Pract.* 2011;17(3):E9-15.

[20] Fekom M, El Aarbaoui T, Guignard R, Andler R, Quatremère G, Ducarroz S, *et al.* Use of tobacco cessation aids and likelihood of smoking cessation: A French population-based study. *Prev Med Rep.* 2022;30:102044.

[21] Hartmann-Boyce J, Lindson N, Butler AR, McRobbie H, Bullen C, Begh R, *et al.* Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;11(11):Cd010216.

[22] Gomajee R, El-Khoury F, Goldberg M, Zins M, Lemogne C, Wiernik E, *et al.* Association between electronic cigarette use and smoking reduction in France. *JAMA Intern Med.* 2019;179(9):1193-200.

[23] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique. Paris: HCSP; 2021. 148 p. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138>

[24] Keller PA, Lien RK, Beebe LA, Parker J, Klein P, Lachter RB, *et al.* Replicating state quitline innovations to increase reach: Findings from three states. *BMC Public Health.* 2020;20(1):7.

[25] Bassett B. New Zealand Country Report : Quitline smoking cessation services. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(S2):25-7.

[26] Zhou X, Crippa A, Danielsson AK, Galanti MR, Orsini N. Effect of tobacco control policies on the Swedish smoking quitline using intervention time-series analysis. *BMJ Open.* 2019;9(12):e033650.

[27] An LC, Schillo BA, Kavanaugh AM, Lachter RB, Luxenberg MG, Wendling AH, *et al.* Increased reach and effectiveness of a statewide tobacco quitline after the addition of access to free nicotine replacement therapy. *Tob Control.* 2006;15(4):286-93.

[28] Fellows JL, Bush T, McAfee T, Dickerson J. Cost effectiveness of the Oregon quitline "free patch initiative". *Tob Control.* 2007;16 Suppl 1(Suppl 1):i47-52.

[29] Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Lenormand M-C, Blanchoz J-M, Arwidson P. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature. *Santé Publique.* 2018;30(1):45-60.

Citer cet article

Pasquereau A, Guignard R, Smadja O, Thomas F, Beck F, Nguyen-Thanh V. Abstinence tabagique à six mois parmi les appelants du dispositif téléphonique Tabac info service (39 89). *Bull Épidémiol Hebd.* 2024;(11):229-37. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/11/2024_11_2.html