

TENTATIVES D'ARRÊT DU TABAC, AIDES UTILISÉES ET MAINTIEN DE L'ABSTINENCE TABAGIQUE : UNE ANALYSE RÉTROSPECTIVE DES DONNÉES DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017

// SMOKING QUIT ATTEMPTS, USE OF CESSATION HELP, AND SMOKING ABSTINENCE: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER 2017

Romain Guignard¹ (romain.guignard@santepubliquefrance.fr), Florian Verrier¹, Guillemette Quatremère¹, Raphaël Andler¹, Fabienne El Khoury², Tarik El Aarbaoui², Jean-Baptiste Richard¹, Maria Melchior², Viêt Nguyen Thanh¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Inserm, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP), ERES, Sorbonne Université, 75012 Paris, France

Soumis le 02.01.2020 // Date of submission: 01.02.2020

Résumé // Abstract

Introduction – Chaque année, environ un quart des fumeurs font une tentative d'arrêt d'au moins une semaine, laquelle se solde dans la majorité des cas par un échec et une reprise du tabagisme. Afin de favoriser le maintien de l'abstinence tabagique, certaines aides médicamenteuses sont avérées comme efficaces. Néanmoins, certains fumeurs ont recours à d'autres aides à l'arrêt, et notamment à la cigarette électronique, dont l'efficacité est toujours débattue à ce jour. L'objectif de cet article est de documenter les profils des utilisateurs d'aides à l'arrêt du tabac et d'étudier le maintien de l'abstinence tabagique en fonction des caractéristiques socioéconomiques et des modalités d'arrêt, dans le contexte français, sur la période 2015-2016.

Méthodes – L'analyse est basée sur les données du Baromètre de Santé publique France 2017. La population d'intérêt pour cette étude est celle des fumeurs quotidiens ayant fait une tentative d'arrêt d'au moins sept jours dans les deux dernières années (N=1 422). Les variables associées en bivarié au type d'aide utilisée ont été retenues dans des régressions de Poisson à variance robuste visant à expliquer l'abstinence tabagique depuis au moins six mois au moment de l'enquête, en fonction du type d'aide utilisée, et ce séparément selon le sexe.

Résultats – Lors de leur dernière tentative d'arrêt au cours des deux années précédant l'enquête, 14,8% [IC95%: 12,7-17,2] des fumeurs ou ex-fumeurs déclaraient avoir utilisé une cigarette électronique sans traitement nicotinique de substitution (TNS), 11,7% [9,8-14,0] des TNS sans cigarette électronique, 2,8% [1,9-4,1] une cigarette électronique associée à des TNS et 1,6% [0,9-2,6] un médicament (autre que TNS) prescrit par un médecin. Ils étaient 69,1% [66,1-71,9] à déclarer n'avoir utilisé aucune aide parmi celles citées. Parmi les femmes, l'abstinence tabagique depuis au moins six mois en 2017 était associée à un niveau de revenu élevé, à l'obésité, à un mode d'arrêt radical et au fait de n'avoir jamais essayé d'arrêter de fumer précédemment. Parmi les hommes, l'abstinence tabagique était associée à un âge plus avancé, au surpoids et à l'obésité, à un mode d'arrêt radical et au fait de n'avoir jamais essayé d'arrêter de fumer précédemment. Parmi les hommes ayant déjà essayé d'arrêter de fumer précédemment, l'abstinence tabagique était également associée à l'utilisation de la cigarette électronique (combinée ou non à des TNS).

Conclusion – Sans préjuger d'un lien de cause à effet des aides utilisées sur le résultat de la tentative d'arrêt, les résultats présentés ici contribuent à la caractérisation des profils et au suivi des utilisateurs de différentes aides à l'arrêt du tabac, en conditions réelles.

Introduction – Each year, about a quarter of smokers make a one-week quit attempt, which in most cases results in relapse. Some medications are considered effective to help maintain abstinence from smoking. Nevertheless, some smokers use other cessation aids, including the electronic cigarette, whose effectiveness is still debated. The objective of this article is to analyze in the French context factors associated with smoking cessation, and in particular the use of an external aid, over the 2015-2016 period.

Methods – The analysis is based on the Santé publique France Health Barometer 2017. The population of interest is daily smokers who made a quit attempt for at least seven days in the last two years. Variables associated with the type of smoking cessation aid used (in bivariate analyses) were introduced in Poisson regression models testing factors associated with being abstinent from smoking for at least 6 months in 2017, separately by sex.

Results – When they last tried to quit in the 2 years preceding the survey, 14.8% [CI95%: 12.7-17.2] of smokers reported using an electronic cigarette without nicotine replacement therapies (NRT), 11.7% [9.8-14.0] NRT without an electronic cigarette, 2.8% [1.9-4.1] an e-cigarette associated with NRT and 1.6% [0.9-2.6] a drug (other than TNS) prescribed by a physician. 69.1% [66.1-71.9] said they had not used any aid among those mentioned. Among women, six-month smoking cessation in 2017 was associated with a high income, obesity, abrupt smoking cessation and no previous quit attempt. Among men, smoking cessation was associated with

being aged 50 years-old and more, overweight or obesity, abrupt smoking cessation and no previous quit attempt. Among men who already tried to quit before, smoking cessation was associated with the use of an electronic cigarette (with or without NRT).

Conclusion – The results of our study contribute to the characterization of profiles and trajectories related to the use of different cessation aids in the community.

Mots-clés : Tabac, Sevrage tabagique, Traitement nicotinique de substitution, Cigarette électronique, Enquête en population générale

// **Keywords**: Smoking, Smoking cessation, Nicotine replacement therapy, Electronic cigarette, General population survey

Introduction

La lutte contre le tabagisme, première cause de mortalité évitable en France, reste une priorité de santé publique et fait l'objet d'un plan dédié, le Programme national de lutte contre le tabac¹⁻³. En 2019, 24,0% des Français de 18 à 75 ans fumaient quotidiennement, proportion en baisse notable depuis 2014⁴. Chaque année, environ un quart des fumeurs font une tentative d'arrêt d'au moins une semaine, laquelle se solde dans la majorité des cas par un échec et une reprise du tabagisme. Certaines aides évaluées dans le cadre d'essais contrôlés randomisés (ECR) sont considérées comme efficaces pour le maintien de l'abstinence tabagique à au moins six mois⁵⁻⁸. En France, la Haute Autorité de santé (HAS) publie ainsi des recommandations de bonnes pratiques qui soulignent en particulier l'efficacité de l'accompagnement par un professionnel (soutien psychologique, thérapies cognitivo-comportementales, entretien motivationnel), des traitements nicotiques de substitution (TNS), de l'aide à distance (par téléphone ou Internet) et en seconde intention, de la varénicline et du bupropion⁹. Néanmoins, des études cliniques suggèrent que les femmes auraient plus de difficultés que les hommes à maintenir une abstinence tabagique sur le long terme¹⁰ et que l'efficacité relative des différents traitements pharmacologiques varierait selon le sexe¹¹.

Certains fumeurs ont recours à d'autres aides à l'arrêt, et notamment à la cigarette électronique (ou e-cigarette) dont l'essor sur le marché français remonte à 2012¹². L'efficacité de la cigarette électronique comme aide à l'arrêt du tabac est toujours débattue à ce jour, le nombre d'évaluations sous forme d'ECR étant encore limité¹³⁻¹⁵. La dernière revue Cochrane sur le sujet conclut néanmoins que les cigarettes électroniques contenant de la nicotine aident probablement les fumeurs à arrêter de fumer et seraient plus efficaces que les substituts nicotiques et les cigarettes électroniques sans nicotine⁸. Par ailleurs, les résultats d'observations en population générale sont assez contradictoires, la cigarette électronique apparaissant parfois comme associée à la réalisation de tentatives d'arrêt du tabac, mais également à la rechute en cas d'usage prolongé¹⁶⁻¹⁸. D'autres études indiquent que les utilisateurs de cigarette électronique seraient plus nombreux à parvenir à arrêter de fumer que ceux utilisant des substituts nicotiques¹⁹. Compte tenu de l'incertitude sur le rôle de la cigarette électronique pour le sevrage

tabagique, les recommandations et les politiques publiques qui en découlent varient selon les pays²⁰. En France, la HAS recommande de ne pas décourager un fumeur qui aurait choisi cette méthode comme aide dans sa tentative de sevrage⁹.

Les études mesurant l'efficacité des différentes méthodes d'aide en conditions expérimentales contrôlées sont nombreuses, car nécessaires pour statuer sur leur efficacité en limitant les biais. Les études qui portent sur les associations entre l'utilisation de ces méthodes et la réussite du sevrage en conditions réelles sont cependant plus rares ; elles apportent pourtant une information complémentaire, tenant compte des préférences des fumeurs et de l'observance réelle des méthodes. Afin de documenter ces aspects dans le contexte français, Santé publique France a conduit une analyse spécifique des données d'une enquête transversale représentative, le Baromètre de Santé publique France 2017. Il s'agissait, de façon rétrospective, de 1) documenter les profils des utilisateurs d'aides à l'arrêt du tabac et 2) d'étudier le maintien de l'abstinence tabagique en fonction des caractéristiques socioéconomiques et des modalités d'arrêt, dans le contexte français, sur la période 2015-2016.

Matériel et méthodes

Source de données

Les Baromètres de Santé publique France sont des enquêtes téléphoniques périodiques, mises en place depuis 1992, visant à mieux connaître et suivre les évolutions des connaissances, attitudes et comportements des Français en matière de santé. Le Baromètre de Santé publique France 2017 a été mené par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population des 18-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant français. Les objectifs, le contexte de mise en place et le protocole ont été décrits et le questionnaire présenté par ailleurs^{21,22}.

L'échantillon repose sur un sondage aléatoire à deux degrés : des numéros de téléphone, fixes comme mobiles, ont été générés aléatoirement. Pour les lignes fixes, un seul individu parmi l'ensemble des personnes éligibles au sein du ménage était sélectionné au hasard par la méthode Kish²³. Pour les appels sur les mobiles, la personne décrochant, dans le cas où elle était éligible, était directement

sélectionnée pour participer à l'enquête. Menée par l'Institut Ipsos, entre le 5 janvier et le 18 juillet 2017, l'enquête a permis d'interroger 25 319 individus. Le taux de participation a été de 48,5%. La passation du questionnaire a duré en moyenne 31 minutes.

Les données recueillies au cours de l'entretien téléphonique comprenaient plusieurs volets, dont un sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des personnes enquêtées et un sur leurs comportements en matière de tabagisme et d'arrêt du tabac.

Population et période d'étude

De manière rétrospective, la population d'intérêt pour cette étude est celle des fumeurs quotidiens ayant fait une tentative d'arrêt d'au moins sept jours dans les deux années précédant l'entretien. Selon l'issue de la dernière tentative d'arrêt, les répondants à l'enquête pouvaient être fumeurs quotidiens ou ex-fumeurs quotidiens en 2017.

Variables

Étaient qualifiés de fumeurs quotidiens en 2017 les individus déclarant fumer tous les jours (ceci inclut les cigarettes manufacturées, le tabac à rouler, les cigares, les cigarillos et la chicha). Il leur était demandé s'ils avaient « *déjà arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine* » et, dans l'affirmative, à quand remontait la dernière fois où ils avaient essayé d'arrêter de fumer.

Étaient qualifiés d'ex-fumeurs quotidiens en 2017 les personnes ayant fumé quotidiennement pendant au moins six mois par le passé, mais qui déclaraient ne pas fumer au moment de l'enquête. La durée depuis l'arrêt du tabac était recueillie grâce à la question : « *Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?* »

Les répondants ayant déclaré avoir essayé d'arrêter de fumer ou ayant arrêté de fumer dans les deux années précédant l'enquête ont été inclus dans la présente analyse. Il leur était ensuite demandé s'ils avaient utilisé une aide pour arrêter de fumer lors de leur dernière tentative ou quand ils avaient arrêté de fumer et, en cas de réponse positive, de citer spontanément les moyens utilisés (question ouverte pré-codée). La période de six mois étant communément utilisée pour conclure au succès d'une tentative de sevrage tabagique, seuls les arrêts du tabac, et par analogie les tentatives d'arrêt, datant d'au moins six mois ont été pris en compte⁵. Néanmoins, par souci de lisibilité, nous avons parfois utilisé dans cet article l'expression « dans les deux dernières années » sans cette précision. De plus, du fait de questions sur les aides à l'arrêt posées différemment pour les tentatives ou arrêts ayant eu lieu au dernier trimestre 2016, période correspondant à la première édition de « Mois sans tabac », cette période a été exclue de l'analyse. La période considérée pour la survenue de la dernière tentative d'arrêt ou l'arrêt du tabac correspond donc finalement aux mois de janvier 2015 à septembre 2016.

Pour cette étude, les réponses à la question des aides utilisées ont été recodées de la manière suivante : 1) une cigarette électronique sans TNS, 2) des TNS sans cigarette électronique, 3) une cigarette électronique et des TNS, 4) un médicament prescrit par un médecin (varénicline ou bupropion) seul (sans cigarette électronique ni TNS), 5) pas d'aide (ni cigarette électronique, ni TNS, ni autre médicament prescrit par un médecin).

De plus, le fait d'avoir déjà essayé d'arrêter de fumer précédemment, ainsi que le mode d'arrêt (progressif ou radical) étaient recueillis.

Les variables sociodémographiques utilisées dans cette étude étaient le sexe, l'âge en trois classes (18-24 ans, 25-49 ans, 50-75 ans), le diplôme le plus élevé obtenu (aucun diplôme ou <Bac, Bac, >Bac), le revenu par unité de consommation (UC) (recodé en terciles de sa distribution), le fait de vivre en couple, la présence d'enfant(s) de 5 ans ou moins dans le foyer (cette variable inclut aussi le fait d'être enceinte, n=14) et le pays de naissance (France ou étranger). La taille et le poids des répondants étaient également recueillis, permettant de calculer l'indice de masse corporelle (IMC). L'expérimentation du cannabis (au cours de la vie) était également recueillie parmi les répondants de moins de 65 ans.

Analyses

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques, le fait d'avoir déjà essayé d'arrêter de fumer précédemment, le mode d'arrêt (radical ou progressif), l'IMC et l'expérimentation de cannabis ont été croisés avec l'aide à l'arrêt utilisée lors de la dernière tentative d'arrêt. Les différences de structure ont été testées au moyen du Chi² de Pearson avec correction du second ordre de Rao-Scott. Les utilisateurs exclusifs de médicaments sur ordonnance (hors TNS) ont été exclus de cette analyse en raison d'un faible effectif dans l'échantillon (n=22).

Les pourcentages présentés dans cet article ont été pondérés pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis redressés respectivement à l'Enquête emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), par calage sur les marges des variables sociodémographiques suivantes : sexe croisé par l'âge en tranches décennales, taille d'unité urbaine, région de résidence, niveau de diplôme, nombre d'habitants dans le foyer.

Les variables associées au type d'aide utilisée en bivarié au seuil de 10%, ainsi que, pour contrôler les différences de recul selon les individus, la durée depuis la dernière tentative d'arrêt ou l'arrêt du tabac (six mois à un an, plus d'un an à deux ans), ont été retenues dans des régressions de Poisson à variance robuste, visant à expliquer l'abstinence tabagique depuis au moins six mois en 2017, parmi les individus ayant fait une tentative d'arrêt dans les deux dernières années, et ce séparément selon le sexe. Seules les variables significatives au seuil de 10% pour au moins un des deux sexes ont été conservées dans les modèles finaux. Les interactions avec le fait

d'avoir déjà essayé d'arrêter de fumer précédemment ont été testées et incluses dans les modèles finaux quand l'interaction était significative au seuil de 10%.

L'impact de facteurs de confusion non mesurés a été évalué en utilisant la technique de l'*e-value*²⁴. La *e-value* correspond à la force d'association minimale d'un facteur de confusion non mesuré avec à la fois l'exposition (aide utilisée) et l'événement d'intérêt (arrêt du tabac), nécessaire pour expliquer totalement l'association observée entre exposition et événement, tout en tenant compte des variables d'ajustement mesurées.

Une analyse de sensibilité a également été conduite en considérant l'ensemble des tentatives d'arrêt d'au moins sept jours des deux dernières années (hors période de « Mois sans tabac »), c'est-à-dire y compris celles datant de moins de six mois (n=1 841).

Le logiciel Stata SE 14.2® a été utilisé pour les analyses.

Résultats

Aides utilisées lors de la dernière tentative d'arrêt

Dans notre échantillon, en 2017, 902 fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans déclaraient avoir fait leur dernière tentative d'arrêt dans les deux années précédant l'enquête, il y a plus de six mois et avant le dernier trimestre 2016, soit 15,9% de l'ensemble des fumeurs quotidiens au moment de l'enquête. Par ailleurs, 520 ex-fumeurs quotidiens déclaraient avoir arrêté au cours de cette même période, soit 9,4% de l'ensemble des ex-fumeurs quotidiens au moment de l'enquête. Lors de leur dernière tentative d'arrêt ou lorsqu'ils ont arrêté de fumer au cours des deux années précédant l'enquête, 14,8% [12,7-17,2] déclaraient avoir utilisé une cigarette électronique sans TNS, 11,7% [9,8-14,0] des TNS sans cigarette électronique, 2,8% [1,9-4,1] une cigarette électronique associée à des TNS et 1,6% [0,9-2,6] un médicament (autre que TNS) prescrit par un médecin. Ils étaient 69,1% [66,1-71,9] à déclarer n'avoir utilisé aucune aide parmi ces dernières.

Profil selon le type d'aide utilisé lors de la dernière tentative d'arrêt

Les profils différaient selon le type d'aide utilisée pour arrêter de fumer (tableau 1). Les utilisateurs de cigarette électronique sans TNS étaient plus souvent âgés de 25 à 49 ans alors que les individus ayant utilisé des TNS avaient des âges supérieurs. Ceux n'ayant utilisé aucune aide étaient plus jeunes et vivaient plus souvent avec des enfants de 5 ans ou moins au sein du foyer. Il s'agissait d'une première tentative d'arrêt pour environ la moitié des individus ayant essayé d'arrêter sans aide extérieure ou avec une cigarette électronique sans TNS, contre environ un tiers de ceux ayant utilisé un TNS sans e-cigarette et moins d'un cinquième de ceux ayant utilisé une combinaison e-cigarette et TNS. Les individus ayant utilisé des TNS étaient plus souvent en surpoids,

en particulier quand les TNS étaient associés à l'e-cigarette. Aucun lien n'était observé avec le sexe, le niveau de diplôme, le pays de naissance ou l'expérimentation de cannabis (parmi les moins de 65 ans).

Facteurs associés à l'abstinence tabagique depuis au moins 6 mois en 2017

Parmi les individus de 18 à 75 ans ayant fait une tentative d'arrêt d'au moins sept jours dans les deux années précédant l'enquête, 33,5% [30,6-36,6] étaient ex-fumeurs en 2017, sans différence significative selon le sexe.

Parmi les femmes, aucune interaction entre le fait d'avoir déjà réalisé une tentative d'arrêt précédemment et l'aide utilisée lors de la dernière tentative d'arrêt n'était observée (p-value=0,54). L'abstinence tabagique en 2017 était associée à un niveau de revenus par UC plus élevé (rapport de prévalence, RP=1,6 [1,2-2,0] pour le 3^e tercile de revenu par rapport au 1^{er} tercile), à un mode d'arrêt radical (RP=1,4 [1,0-1,8] par rapport à un arrêt progressif), à l'obésité (RP=1,3 [1,0-1,7]) et au fait d'avoir essayé d'arrêter de fumer pour la première fois (RP=1,5 [1,3-1,9] par rapport à celles ayant déjà essayé d'arrêter de fumer précédemment). L'abstinence tabagique n'était pas significativement associée à l'aide utilisée lors de la dernière tentative d'arrêt (tableau 2).

Parmi les hommes, l'abstinence tabagique en 2017 était associée à un âge plus avancé (RP=1,3 [1,1-1,6] pour les 50 ans et plus par rapport aux 25-49 ans), à un mode d'arrêt radical (RP=1,3 [1,0-1,7] par rapport à un arrêt progressif), au fait d'être en surpoids (RP=1,2 [1,0-1,5]) ou obèse (RP=1,4 [1,1-1,9]) et, parmi ceux ayant arrêté de fumer sans aide extérieure, au fait d'avoir essayé d'arrêter de fumer pour la première fois (RP=1,5 [1,2-2,0] par rapport à ceux ayant déjà essayé d'arrêter de fumer précédemment). Une interaction entre le fait d'avoir déjà réalisé une tentative d'arrêt précédemment et l'aide utilisée lors de la dernière tentative d'arrêt était observée (p-value=0,09). En effet, aucune association entre aide utilisée et abstinence tabagique n'était observée parmi les hommes ayant essayé d'arrêter de fumer pour la première fois. En revanche, parmi les hommes ayant déjà essayé d'arrêter de fumer précédemment, la probabilité d'être abstinent était plus élevée parmi ceux ayant utilisé une cigarette électronique, que la cigarette électronique ait été utilisée seule (RP=2,0 [1,5-2,7]) ou associée à des substituts nicotiques (RP=2,3 [1,6-3,4]) (tableau 3).

L'*e-value* pour l'association entre utilisation de cigarette électronique seule et abstinence tabagique observée chez les hommes est de 3,4 pour la valeur centrale de l'estimation et de 2,4 pour la borne inférieure de l'intervalle de confiance. Cela signifie que les rapports de prévalence pour une association entre un facteur de confusion non mesuré et l'utilisation de cigarette électronique seule d'une part, et l'abstinence tabagique en 2017 d'autre part, devraient être au minimum de 3,4 chacun (2,4 si on considère

Tableau 1

Caractéristiques des fumeurs et ex-fumeurs selon le type d'aide utilisée lors de leur dernière tentative d'arrêt ou arrêt du tabac, dans les 2 dernières années. Baromètre de Santé publique France 2017

	Total (n=1 400)		Pas d'aide (n=969)		E-cigarette sans TNS (n=216)		TNS sans e-cigarette (n=173)		E-cigarette + TNS (n=42)		p-value
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe											
Homme	761	55,3%	531	54,7%	117	54,0%	91	59,1%	22	61,8%	ns
Femme	639	44,7%	438	45,3%	99	46,0%	82	40,9%	20	38,2%	
Âge											
18-24 ans	185	16,0%	159	19,6%	20	11,7%	4	2,7%	2	3,3%	***
25-49 ans	797	58,6%	541	57,6%	143	68,0%	89	52,2%	24	61,9%	
50 ans et plus	418	25,4%	269	22,8%	53	20,3%	80	45,1%	16	34,8%	
Diplôme											
Aucun ou <Bac	558	52,4%	380	51,6%	81	49,5%	81	60,7%	16	53,8%	ns
Bac	340	21,2%	245	22,1%	56	22,4%	30	14,5%	9	18,4%	
>Bac	498	26,4%	341	26,3%	79	28,1%	61	24,7%	17	27,8%	
Revenus/UC en terciles											
1 ^{er} tercile (faible)	478	42,9%	354	46,5%	56	32,7%	57	38,0%	11	33,0%	§
2 ^e tercile	488	33,6%	320	31,3%	84	38,6%	67	38,5%	17	39,8%	
3 ^e tercile (élevé)	387	23,5%	256	22,2%	71	28,7%	47	23,5%	13	27,3%	
A déjà essayé d'arrêter de fumer précédemment											
Non	608	45,1%	449	47,9%	98	47,3%	53	33,2%	8	15,9%	***
Oui	784	54,9%	514	52,1%	117	52,7%	119	66,8%	34	84,1%	
Mode d'arrêt											
Radical	1 059	74,5%	752	76,5%	149	65,9%	130	75,3%	28	68,6%	§
Progressif	337	25,5%	214	23,5%	67	34,1%	42	24,7%	14	31,4%	
Vit avec conjoint(e)											
Non	612	41,9%	435	44,2%	95	41,5%	65	31,4%	17	32,6%	§
Oui	788	58,1%	534	55,8%	121	58,5%	108	68,6%	25	67,4%	
Pays de naissance											
France	1 289	91,1%	882	90,1%	206	95,0%	161	92,1%	40	89,2%	ns
Étranger	111	8,9%	87	9,9%	10	5,0%	12	7,9%	2	10,8%	
Présence d'enfant de 5 ans ou moins au foyer ou femme enceinte											
Non	1 118	77,6%	753	75,0%	180	82,7%	148	83,2%	37	89,7%	*
Oui	282	22,4%	216	25,0%	36	17,3%	25	16,8%	5	10,3%	
IMC											
Normal	873	63,4%	625	66,8%	129	60,2%	97	53,4%	22	37,4%	***
Surpoids	386	27,5%	262	25,8%	54	24,3%	55	35,9%	15	51,0%	
Obésité	138	9,1%	81	7,4%	32	15,4%	20	10,7%	5	11,6%	
Expérimentation de cannabis (<65 ans)											
Non	350	26,2%	247	27,3%	50	21,8%	43	26,6%	10	20,9%	ns
Oui	949	73,8%	654	72,7%	156	78,2%	108	73,4%	31	79,1%	
Durée depuis arrêt ou TA											
6 mois à 1 an	662	48,4%	473	49,8%	95	45,4%	72	45,3%	22	43,1%	ns
Plus d'un an à 2 ans	738	51,6%	496	50,2%	121	54,6%	101	54,7%	20	56,9%	

Champ : Fumeurs et ex-fumeurs dont la dernière tentative d'arrêt remonte à plus de 6 mois mais à moins de 2 ans.

Note : Les effectifs sont bruts et les pourcentages sont pondérés. La p-value correspond au test d'indépendance du Chi² de Pearson avec correction du second ordre de Rao-Scott, entre chaque caractéristique du tableau et le type d'aide utilisée. *** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * : p<0,05 ; § : p<0,10 ; ns : non significatif.

E-cigarette : cigarette électronique ; UC : unité de consommation ; IMC : indice de masse corporelle ; TA : tentative d'arrêt ; TNS : traitement nicotinique de substitution.

Tableau 2

Facteurs associés à l'abstinence tabagique en 2017 parmi les femmes de 18-75 ans ayant essayé d'arrêter de fumer dans les 2 dernières années. Baromètre de Santé publique France 2017

	n	%	RP	IC95%	p-value
Âge					
18-24 ans	74	30,3	0,9	[0,6-1,2]	0,479
25-49 ans (réf.)	372	36,9	1,0		
50 ans et plus	193	34,0	1,1	[0,9-1,3]	0,577
Revenus / UC en terciles					
		**			
1 ^{er} tercile (faible) (réf.)	243	27,1	1,0		
2 ^e tercile	223	40,0	1,4	[1,1-1,8]	0,005
3 ^e tercile (élevé)	155	46,9	1,6	[1,2-2,0]	0,001
Vit avec conjoint(e)					
Non (réf.)	267	30,2	1,0		
Oui	372	38,6	1,2	[1,0-1,5]	0,117
IMC en 3 classes					
Normal (réf.)	448	33,6	1,0		
Surpoids	119	36,9	1,1	[0,8-1,4]	0,549
Obésité	69	43,9	1,3	[1,0-1,7]	0,049
Mode d'arrêt					
		**			
Progressif (réf.)	162	24,5	1,0		
Radical	475	39,3	1,4	[1,0-1,8]	0,025
Durée depuis tentative d'arrêt					
		*			
6 mois à 1 an (réf.)	304	30,7	1,0		
Plus d'un an à 2 ans	335	39,6	1,3	[1,1-1,6]	0,007
A déjà essayé d'arrêter de fumer précédemment					

Oui (réf.)	351	27,9	1,0		
Non	284	44,0	1,5	[1,3-1,9]	<0,001
Aide utilisée lors de la dernière TA					
Pas d'aide (réf.)	438	34,4	1,0		
Cigarette électronique seule	99	40,7	1,0	[0,8-1,3]	0,987
TNS seuls	82	33,6	0,7	[0,5-1,0]	0,086
Cigarette électronique + TNS	20	30,9	0,9	[0,5-1,6]	0,790

Note de lecture : proportion d'ex-fumeuses selon certaines caractéristiques socioéconomiques ou de l'arrêt du tabac, rapports de prévalence ajustés et intervalles de confiance obtenus par régression de Poisson à variance robuste (N=639 dont 613 incluses dans la régression).

Les rapports de prévalence significatifs sont en gras.

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05. P-value obtenue par le test de Chi2 de Pearson avec correction du second ordre de Rao-Scott pour les analyses bivariées et par le test de Wald pour les rapports de prévalence ajustés.

RP : rapport de prévalence ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; TNS : traitement nicotinique de substitution ; TA : tentative d'arrêt ; UC : unité de consommation ; IMC : indice de masse corporelle ; ref. : référence.

la borne inférieure de l'intervalle de confiance) pour expliquer totalement l'association observée entre utilisation de cigarette électronique seule et abstinence tabagique. De même, l'e-value pour l'association entre utilisation de cigarette électronique associée à des TNS et abstinence tabagique est de 4,0 pour la valeur centrale de l'estimation et de 2,6 pour la borne inférieure de l'intervalle de confiance.

Analyse de sensibilité

Les proportions d'utilisateurs de chacune des aides estimées, en incluant les fumeurs et ex-fumeurs ayant essayé d'arrêter de fumer dans les six mois précédant l'enquête (n=1 841, soit 1 121 fumeurs et 720 ex-fumeurs),

étaient comparables à celles estimées dans l'analyse principale (e-cigarette seule : 15,0% ; TNS seuls : 12,5% ; e-cigarette + TNS : 2,4% ; autre médicament : 1,4%). Sur cette population, 36,5% [33,9-39,2] déclaraient avoir arrêté de fumer au moment de l'enquête.

Parmi les femmes, les conclusions relatives au lien entre aide utilisée et arrêt du tabac étaient inchangées. Parmi les hommes ayant déjà essayé d'arrêter de fumer précédemment, l'association entre usage de cigarette électronique et arrêt du tabac se maintenait (utilisée seule : RP=2,0 [1,6-2,6], p<0,001 ; associée à des TNS : RP=2,2 [1,5-3,2], p<0,001), mais l'usage de TNS apparaissait également associé à l'arrêt du tabac (RP=1,5 [1,1-2,0], p=0,009).

Tableau 3

Facteurs associés à l'abstinence tabagique en 2017 parmi les hommes de 18-75 ans ayant essayé d'arrêter de fumer dans les 2 dernières années. Baromètre de Santé publique France 2017

	n	%	RP	IC95%	p-value
Âge		**			
18-24 ans	111	23,6	0,9	[0,6-1,3]	0,490
25-49 ans (réf.)	425	28,9	1,0		
50 ans et plus	225	44,5	1,3	[1,1-1,6]	0,003
Revenus / UC en terciles		*			
1 ^{er} tercile (faible) (réf.)	235	26,0	1,0		
2 ^e tercile	265	38,0	1,2	[1,0-1,6]	0,107
3 ^e tercile (élevé)	232	33,1	1,1	[0,9-1,5]	0,313
Vit avec conjoint(e)		**			
Non (réf.)	345	25,9	1,0		
Oui	416	36,8	1,2	[1,0-1,5]	0,070
IMC en 3 classes		**			
Normal (réf.)	425	26,8	1,0		
Surpoids	267	37,3	1,2	[1,0-1,5]	0,044
Obésité	69	46,4	1,4	[1,1-1,9]	0,015
Mode d'arrêt		**			
Progressif (réf.)	175	21,3	1,0		
Radical	584	35,7	1,3	[1,0-1,7]	0,042
Durée depuis tentative d'arrêt		*			
6 mois à 1 an (réf.)	358	27,8	1,0		
Plus d'un an à 2 ans	403	36,0	1,2	[1,0-1,5]	0,047
A déjà essayé d'arrêter de fumer précédemment (parmi ceux n'ayant utilisé aucune aide lors de leur dernière TA)		*			
Oui (réf.)	288	22,6	1,0		
Non	240	34,6	1,5	[1,2-2,0]	0,001
Aide utilisée lors de la dernière TA (parmi ceux n'ayant pas essayé d'arrêter de fumer précédemment)					
Pas d'aide (réf.)	240	34,6	1,0		
Cigarette électronique seule	53	40,3	1,2	[0,9-1,7]	0,182
TNS seuls	28	30,1	0,8	[0,4-1,3]	0,317
Cigarette électronique + TNS	3	–	–		
Aide utilisée lors de la dernière TA (parmi ceux ayant essayé d'arrêter de fumer précédemment)		***			
Pas d'aide (réf.)	288	22,6	1,0		
Cigarette électronique seule	64	48,3	2,0	[1,5-2,7]	<0,001
TNS seuls	62	32,4	1,3	[0,9-1,9]	0,163
Cigarette électronique + TNS	19	72,7	2,3	[1,6-3,4]	<0,001

Note de lecture : modèle avec interaction entre le fait d'avoir déjà fait une tentative d'arrêt précédemment et l'aide utilisée lors de la dernière tentative, proportion d'ex-fumeurs selon certaines caractéristiques socioéconomiques ou de l'arrêt du tabac, rapports de prévalence ajustés et intervalles de confiance obtenus par régression de Poisson à variance robuste (N=761 dont 726 inclus dans la régression).

Les rapports de prévalence significatifs sont en gras.

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05. P-value obtenue par le test du Chi2 de Pearson avec correction du second ordre de Rao-Scott pour les analyses bivariées et par le test de Wald pour les rapports de prévalence ajustés.

RP : rapport de prévalence ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

UC : unité de consommation ; IMC : indice de masse corporelle ; TNS : traitement nicotinique de substitution, TA : tentative d'arrêt ; réf. : référence.

Discussion

Synthèse des résultats et interprétation

Cette étude montre que parmi les fumeurs interrogés en 2017 ayant fait leur dernière tentative d'arrêt entre janvier 2015 et septembre 2016 (avant

la première édition de « Mois sans tabac »), la majorité n'a utilisé aucune aide pour arrêter de fumer. Environ un sur trois déclare avoir utilisé une aide extérieure, les aides les plus fréquemment utilisées étant la cigarette électronique et les TNS, dans des proportions relativement similaires.

Néanmoins, le taux d'utilisation de ces aides, en particulier de la cigarette électronique, a pu progresser depuis^{25,26}.

Les profils diffèrent selon le type d'aide utilisée pour arrêter de fumer : les utilisateurs de TNS étaient plus âgés que les utilisateurs de cigarette électronique et avaient plus souvent fait plusieurs tentatives d'arrêt. La combinaison TNS et cigarette électronique apparaissait particulièrement utilisée par les individus ayant déjà fait plusieurs tentatives d'arrêt.

Comme relevé dans d'autres études²⁷⁻²⁹, la proportion d'ex-fumeurs était plus importante parmi les plus âgés (chez les hommes seulement, dans notre étude) et les personnes ayant les plus hauts revenus (chez les femmes, dans notre étude). Elle était également plus élevée parmi les fumeurs ayant opté pour un mode d'arrêt radical (par rapport à une réduction progressive), alors qu'une méta-analyse réalisée sur la base d'ECR indique que les deux méthodes d'arrêt seraient équivalentes en matière d'efficacité³⁰. Le taux d'ex-fumeurs apparaissait le plus élevé parmi les fumeurs n'ayant fait aucune tentative d'arrêt précédemment, résultat observé dans d'autres études, en tous cas quand les tentatives d'arrêt précédentes n'avaient pas excédé une semaine³¹. Au niveau populationnel, les chances de succès diminueraient à mesure que le nombre de tentatives d'arrêt augmente, puisque les individus pour lesquels l'arrêt du tabac est plus facile ont besoin de moins de tentatives d'arrêt avant de parvenir à arrêter de fumer³².

Concernant les liens observés avec les différentes aides étudiées, l'abstinence tabagique était associée à l'utilisation de la cigarette électronique, combinée ou non à des TNS, uniquement parmi les hommes ayant déjà fait au moins une tentative d'arrêt précédemment. Ce n'était pas le cas parmi les hommes n'ayant fait aucune tentative précédemment, ni parmi les femmes. L'utilisation de TNS sans cigarette électronique n'apparaissait pas associée à l'arrêt du tabac dans notre étude au-delà de six mois.

L'usage de cigarette électronique peut se prolonger sur plusieurs mois, voire années (20 mois en moyenne parmi les utilisateurs interrogés dans cette enquête³³) ; elle est alors utilisée comme substitut au tabac et outil de gestion de la dépendance. *A contrario*, la durée moyenne d'utilisation des traitements médicamenteux est actuellement estimée à un mois seulement³⁴ : cette différence peut avoir un impact sur la reprise ou non du tabagisme. En outre, les résultats observés sont basés sur une durée d'arrêt relativement courte (supérieure à six mois mais inférieure à deux ans) et ne présagent pas d'une reprise ultérieure du tabagisme.

Forces et limites

Les associations relevées ici ne doivent pas être interprétées comme des relations de cause à effet, mais plutôt comme permettant un suivi du statut tabagique à moyen terme, en fonction des aides à l'arrêt du tabac utilisées. En effet, plusieurs limites,

induites par le fait qu'il s'agit d'une étude rétrospective, basée sur une enquête transversale observationnelle et non expérimentale, empêchent de conclure en termes d'efficacité et d'effet causal. La variable à expliquer comme les variables explicatives sont reconstituées *a posteriori*, contrairement à ce qui est fait habituellement dans les études de cohorte, plus à même d'opérer une inférence causale.

D'autre part, même si les *e-values* estimées apparaissent élevées, la présence de facteurs de confusion ne peut être exclue. En particulier, il n'a pas été possible d'ajuster sur le niveau de dépendance tabagique, facteur prédictif de la réussite du sevrage³¹, qui peut être lié aussi aux choix de modalités d'arrêt du tabac. En effet, les questions permettant de la caractériser n'ont pu être posées qu'aux fumeurs en 2017 et non aux ex-fumeurs. Ainsi, la réussite du sevrage telle que constatée dans cette étude tient peut-être moins à l'efficacité intrinsèque des aides utilisées qu'aux facteurs qui ont conduit au choix de ces aides, liés aux préférences des individus et/ou des prescripteurs (biais d'indication). De plus, un biais de subjectivité est possible, le fait d'avoir bénéficié d'une aide et la citation de l'aide utilisée étant laissés à l'appréciation des répondants, ceux-ci définissaient peut-être différemment la notion d'aide. En outre, les fumeurs ayant réalisé une tentative d'arrêt à l'occasion de « Mois sans tabac » 2016 ou à la suite de cette opération n'ont pas été inclus dans l'analyse ; il est probable que ces derniers aient un profil différent de celui des fumeurs n'ayant pas arrêté de fumer sur cette période. Les résultats de l'analyse de sensibilité, incluant les tentatives d'arrêt récentes, sont néanmoins comparables à ceux de l'analyse principale, hormis pour ce qui concerne l'utilisation de TNS qui apparaît associée à l'arrêt du tabac chez les hommes ayant déjà fait une tentative d'arrêt précédemment, quand on inclut les tentatives d'arrêt les plus récentes. Une autre limite de cette étude réside dans le fait qu'elle ne tient pas compte des conditions d'utilisation des différentes aides citées. Ainsi, les TNS ont pu être utilisés avec des dosages de nicotine ou une durée inadaptés, ce qui peut en partie expliquer les résultats observés avec cette méthode ; ainsi certaines études suggèrent que les substituts nicotiques ne seraient efficaces que s'ils sont prescrits par un professionnel de santé^{35,36}. Enfin, l'arrêt du tabac n'a pas fait l'objet d'une vérification biochimique ; cette dernière limite étant atténuée par le fait que le biais de désirabilité sociale, dans une enquête en population comme le Baromètre de Santé publique France, est probablement moins fort que dans une étude expérimentale³⁷.

La force de cette étude repose néanmoins sur le recours à une enquête représentative de l'ensemble de la population des fumeurs et ex-fumeurs récents. Elle diffère en cela des études cliniques visant à mesurer l'efficacité des dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac, qui minimisent le risque de biais, mais sont souvent menées auprès de sujets volontaires dans un cadre très contrôlé ; leurs résultats ne sont donc pas

toujours complètement généralisables. Ces études ne prennent pas non plus en compte les préférences des individus, donc l'exposition aux différentes méthodes d'aide en conditions réelles, indépendamment de leur efficacité intrinsèque. Sans préjuger d'un lien de cause à effet des aides utilisées sur le résultat de la tentative d'arrêt, les résultats de cette étude observationnelle contribuent à l'analyse des profils et au suivi des utilisateurs de différentes aides à l'arrêt du tabac, en conditions réelles. Néanmoins, les efforts de recherche doivent être poursuivis et des études à plus long terme et/ou longitudinales sont nécessaires pour mieux caractériser les trajectoires du sevrage tabagique. ■

Liens d'intérêt

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

Références

[1] Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2015. 55 p. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>

[2] Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Action et des Comptes publics; 2018. 39 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlit_def.pdf

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

[4] Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bull Epidemiol Hebd.* 2020;(14):273-81. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html

[5] Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5(5):CD000146.

[6] Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4(4):CD006611.

[7] Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M, Civljak M, Sheikh A, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9(9):CD007078.

[8] Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, *et al.* Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;10:CD010216.

[9] Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. 60 p.

[10] Smith PH, Bessette AJ, Weinberger AH, Sheffer CE, McKee SA. Sex/gender differences in smoking cessation: A review. *Prev Med.* 2016;92:135-40.

[11] Smith PH, Weinberger AH, Zhang J, Emme E, Mazure CM, McKee SA. Sex Differences in Smoking Cessation Pharmacotherapy Comparative Efficacy: A Network Meta-analysis. *Nicotine Tob Res.* 2017;19(3):273-81.

[12] Fontaine A, Artigas F. Étude qualitative auprès des utilisateurs de cigarette électronique : pratiques, usages, représentations. *Santé Publique.* 2017;29(6):793-801.

[13] Hajek P, Phillips-Waller A, Przulj D, Pesola F, Myers Smith K, Bisal N, *et al.* A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy. *N Engl J Med.* 2019; 380(7):629-37.

[14] Bals R, Boyd J, Esposito S, Foronjy R, Hiemstra PS, Jiménez-Ruiz CA, *et al.* Electronic cigarettes: A task force report from the European Respiratory Society. *Eur Respir J.* 2019;53(2): 1801151.

[15] Walker N, Parag V, Verbiest M, Laking G, Laugesen M, Bullen C. Nicotine patches used in combination with e-cigarettes (with and without nicotine) for smoking cessation: a pragmatic, randomised trial. *Lancet Respir Med.* 2020;8(1):54-64.

[16] Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Nguyen-Thanh V. Electronic cigarettes, quit attempts and smoking cessation: a 6-month follow-up. *Addiction.* 2017;112(9):1620-8.

[17] Dai H, Leventhal AM. Association of electronic cigarette vaping and subsequent smoking relapse among former smokers. *Drug Alcohol Depend.* 2019;199:10-7.

[18] 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.

[19] Benmarhnia T, Pierce JP, Leas E, White MM, Strong DR, Noble ML, *et al.* Can E-Cigarettes and Pharmaceutical Aids Increase Smoking Cessation and Reduce Cigarette Consumption? Findings From a Nationally Representative Cohort of American Smokers. *Am J Epidemiol.* 2018;187(11):2397-404.

[20] Brady BR, De La Rosa JS, Nair US, Leischow SJ. Electronic Cigarette Policy Recommendations: A Scoping Review. *Am J Health Behav.* 2019;43(1):88-104.

[21] Santé publique France. Baromètre santé 2017. Questionnaire. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017. 53 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017>

[22] Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C, Robert M, *et al.* Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France; 2018. 24 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017>

[23] Kish L. A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. *Journal of the American Statistical Association.* 1949;44(247):380-7.

[24] VanderWeele TJ, Ding P. Sensitivity Analysis in Observational Research: Introducing the E-Value. *Ann Intern Med.* 2017;167(4):268-74.

[25] Guignard R, Richard JB, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O, *et al.* Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec « Mois sans tabac » : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(14-15):298-303. http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_6.html

[26] Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, *et al.* Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(15):271-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_1.html

[27] King G, Guignard R, Reeder E, Beck F, Conserve DF, Arwidson P, *et al.* Fumes-tu encore? Quitting among French and American smokers: 2000-2010. *Ann Epidemiol.* 2019; 34:26-32.

[28] David AM, Esson K, Perucic AM, Fitzpatrick C. Tobacco use: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, (dir.). Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 199-217.

[29] Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafo M. Socio-economic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci*. 2012;1248:107-23.

[30] Lindson-Hawley N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD008033.

[31] Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction*. 2011;106(12):2110-21.

[32] Chaiton M, Diemert L, Cohen JE, Bondy SJ, Selby P, Philipneri A, *et al.* Estimating the number of quit attempts it takes to quit smoking successfully in a longitudinal cohort of smokers. *BMJ Open*. 2016;6(6):e011045.

[33] Pasquereau A, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Verrier F, Pourchez J, *et al.* Baromètre de Santé publique France 2017. Usage de la cigarette électronique, tabagisme et opinions des 18-75 ans. Saint-Maurice : Santé publique France; 2019. 17 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/baro>

metre-de-sante-publique-france-2017.-usage-de-la-cigarette-electronique-tabagisme-et-opinions-des-18-75-ans

[34] Douchet MA. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019. Paris: OFDT; 2020. 10 p. https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_19bil.pdf

[35] Jackson SE, Kotz D, West R, Brown J. Moderators of real-world effectiveness of smoking cessation aids: a population study. *Addiction*. 2019;114(9):1627-38.

[36] Kotz D, Brown J, West R. 'Real-world' effectiveness of smoking cessation treatments: a population study. *Addiction*. 2014;109(3):491-9.

[37] Wong SL, Shields M, Leatherdale S, Malaisson E, Hammond D. Assessment of validity of self-reported smoking status. *Health Rep*. 2012;23(1):47-53.

Citer cet article

Guignard R, Verrier F, Quatremère G, Andler R, El Khoury F, El Aarbaoui T, *et al.* Tentatives d'arrêt du tabac, aides utilisées et maintien de l'abstinence tabagique : une analyse rétrospective des données du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bull Epidemiol Hebd*. 2021;(1):2-11. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/1/2021_1_1.html

> ARTICLE // Article

TABAC ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES : LE POINT SUR LA CONNAISSANCE DES FRANÇAIS, BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2019

// FRENCH KNOWLEDGE ON TOBACCO AND CARDIOVASCULAR DISEASES, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER 2019

Valérie Olié¹ (valerie.olie@santepubliquefrance.fr), Marie Houot¹, Noémie Soullier¹, Jean-Baptiste Richard¹, Arnaud Gautier¹, Viet Nguyen Thanh¹, Anne Pasquereau¹, Clémence Grave¹, Amélie Gabet¹, Daniel Thomas², Christophe Bonaldi¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Université Paris-VI-Sorbonne, AP-HP, Institut de Cardiologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Soumis le 04.08.2020 // Date of submission: 08.04.2020

Résumé // Abstract

Contexte – Le tabagisme constitue l'un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires avec des effets pouvant être précoces et pour une très faible consommation de tabac. L'objectif de notre étude était de fournir un état des lieux de la connaissance, par la population, du tabac comme facteur de risque de maladies cardiovasculaires en 2019.

Méthode – Notre étude a été réalisée à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2019, enquête téléphonique réalisée auprès d'adultes âgés de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine. La connaissance de la population a été évaluée à partir de trois questions portant sur le tabac comme facteur de risque de maladies cardiovasculaires et les seuils de quantité de tabac et de durée de tabagisme à atteindre pour être à risque pour ces pathologies. Ces questions ont été posées à un sous-échantillon aléatoire de 5 074 personnes. Pour tenir compte du mode de recrutement des participants et que les données soient représentatives de la population de France métropolitaine, celles-ci ont été pondérées puis redressées sur la structure de la population (sexe, âge, niveau de diplôme, région, niveau d'urbanisation, taille du foyer).

Résultats – En 2019, 9 Français sur 10 déclaraient que le tabac constituait un facteur de risque de maladies cardiovasculaires ou d'AVC. Seulement deux tiers avaient connaissance du risque cardiovasculaire pour une consommation de moins de 10 cigarettes par jour et 1 personne sur 4 avait connaissance d'un risque cardiovasculaire augmenté de manière immédiate chez les fumeurs. Les personnes de moins de 65 ans et celles avec un niveau de diplôme élevé avaient une meilleure connaissance du lien entre tabac et maladies cardiovasculaires et notamment des seuils de quantité et de durée pour être à risque.