

CONCEPTION ET ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION D'AIDE À L'ARRÊT DU TABAC VISANT À LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS DE SANTÉ. L'EXEMPLE DU SITE INTERNET STOPADVISOR EN GRANDE-BRETAGNE

// DESIGN AND EVALUATION OF A SMOKING CESSATION INTERVENTION AIMED AT REDUCING HEALTH INEQUALITIES. THE EXAMPLE OF THE STOPADVISOR WEBSITE IN GREAT-BRITAIN

Pierre Arwidson (pierre.arwidson@santepubliquefrance.fr), Romain Guignard, Viêt Nguyen-Thanh

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 16.02.2016 // Date of submission: 02.16.2016

Résumé // Abstract

La réduction du tabagisme dans les populations socialement défavorisées est une composante importante de la réduction des inégalités sociales de santé. Pour cela, outre la prévention de l'initiation tabagique au sein de ces populations, il importe de concevoir des interventions d'aide à l'arrêt du tabac efficaces et adaptées à cet objectif.

Le projet StopAdvisor, mené par une équipe britannique, est un dispositif d'aide à l'arrêt du tabac par Internet. Cet article propose la synthèse d'un ensemble de travaux consacrés à la conception et l'évaluation de StopAdvisor. La conception du site a reposé sur la théorie de la motivation PRIME (*Plans, Responses, Impulses, Motives, Evaluations*) de Robert West ; il a été testé auprès de fumeurs britanniques socialement défavorisés (ayant un faible niveau d'études, au chômage ou ayant le statut d'ouvriers). Un essai contrôlé randomisé a été réalisé auprès de 4 613 fumeurs, pour moitié socialement défavorisés. Le critère d'analyse principal était une abstinence continue de 6 mois vérifiée biologiquement. L'étude a permis de montrer que le dispositif interactif StopAdvisor était plus efficace qu'un simple site d'information statique auprès des fumeurs socialement défavorisés, alors qu'il ne l'était pas pour les fumeurs favorisés.

Pour les fumeurs ne souhaitant pas s'engager dans un suivi psychologique en face-à-face, un dispositif d'aide à l'arrêt par Internet pourrait donc constituer une alternative efficace, notamment pour les fumeurs ayant un faible niveau socioéconomique.

Reducing smoking among smokers from low socioeconomic status is an important component for reducing social inequalities in health. To achieve this, besides the prevention of smoking initiation in these populations, it is important to design effective and appropriate interventions to help them to stop smoking.

The StopAdvisor project, led by a British team, is a smoking cessation website. This article is a synthesis of a series of original articles devoted to the design and the evaluation of StopAdvisor. The website was designed according to Robert West's PRIME (Plans, Responses, Impulses, Motives, Evaluations) motivation theory, and was tested by unemployed smokers or smokers with a low education level or a low economic status. A randomized controlled trial was conducted among 4,613 smokers, half of whom were of low socioeconomic status. The primary analysis endpoint was continuous abstinence for 6 months, and was biochemically verified. The study demonstrated that StopAdvisor was more effective than a simple information static webpage for low socioeconomic status smokers, while it was not among smokers with a higher socioeconomic level.

For smokers who do not wish to engage in face-to-face psychological counseling, a web-based mechanism may therefore be an effective alternative, in particular for smokers with a lower socioeconomic status.

Mots-clés : Tabagisme, Arrêt du tabac, Inégalités sociales de santé, Intervention par Internet
// *Keywords:* Smoking, Smoking cessation, Social inequalities in health, Internet-based intervention

Introduction

Cet article est la synthèse d'un ensemble de travaux consacrés à l'élaboration et l'évaluation d'un site Internet d'aide à l'arrêt du tabac, développé en Grande-Bretagne et nommé StopAdvisor. L'objectif est de présenter les progrès récents, tant dans le champ théorique que

dans la construction d'une prévention scientifiquement fondée des comportements tabagiques.

Michael Marmot écrit dans *Fair Society Healthy Lives*¹ que *la réduction du tabagisme est centrale à toute stratégie ayant pour but de réduire les inégalités de santé puisque le tabagisme est responsable d'environ*

la moitié de la différence en espérance de vie entre les catégories qui ont les plus faibles revenus et celles qui ont les meilleurs⁽¹⁾. Bien que la réduction des inégalités sociales de santé soit considérée comme un objectif central des politiques de santé publique, en France comme à l'étranger, la conception d'interventions fondées sur des théories et des faits, l'évaluation expérimentale et le déploiement d'interventions potentiellement capables de réduire ces inégalités restent exceptionnels. Le projet StopAdvisor, mené par une équipe britannique, fait partie de ces exceptions.

Michie et coll.² font le constat que l'aide à l'arrêt du tabac la plus efficace, à savoir une aide psychologique adaptée associée à un traitement médicamenteux, n'est utilisée que dans 5% des tentatives de sevrage des fumeurs britanniques, alors même qu'elle est gratuite au Royaume-Uni. De même, les fumeurs britanniques utilisent peu le soutien téléphonique mis à leur disposition. Brown et coll.^{3,4} ont donc entrepris de tester une forme d'aide au sevrage tabagique offerte sur Internet. Les interventions par Internet ont pour avantage, d'une part, d'avoir un coût par utilisateur très faible et, d'autre part, de constituer une alternative intéressante pour ceux qui ne souhaitent pas être aidés dans le cadre d'une consultation médicalisée. Le défi à relever était de concevoir une aide en ligne adaptée aux fumeurs britanniques socialement défavorisés, c'est-à-dire avec un faible niveau d'études, étant au chômage ou ayant le statut d'ouvrier. L'expression « fumeurs défavorisés »⁽²⁾ sera utilisée dans la suite de ce texte par souci de simplification. Suivant les recommandations selon lesquelles il est nécessaire de réduire la fracture numérique dans le domaine de la santé⁵, Brown et coll. ont choisi de concevoir une aide en ligne interactive adaptée à cette cible. Des fumeurs défavorisés ont été étroitement associés à son élaboration.

Le dispositif StopAdvisor

Michie et coll.² ont utilisé la plateforme collaborative de développement *open source* LifeGuide⁽³⁾, permettant des échanges entre équipes de recherche et destinée à l'élaboration d'applications Internet encourageant l'adoption de comportements favorables à la santé. Cette plateforme a, par exemple, été utilisée pour développer une application Web pour inciter les médecins généralistes à réduire leur prescription d'antibiotiques⁶ et une autre pour encourager le lavage des mains⁷.

Les fondements théoriques du dispositif

La théorie de la motivation PRIME (*Plans, Responses, Impulses, Motives, Evaluations*) de Robert West a servi de fondement à la construction du site⁸⁻¹⁰. Les modèles classiques de psychologie, comme par

exemple la théorie du comportement planifié d'Ajzen et Fishbein¹¹, considèrent l'intention comme stable dans le temps et quel que soit l'environnement. PRIME, au contraire, prend en compte les variations de l'intention au cours du temps, par exemple au cours de la journée, les variations des contextes dans lesquels les comportements s'insèrent ainsi que les variations des états intérieurs (humeurs, pensées, motivation). Ces fluctuations continues du niveau de motivation ont conduit West à insister sur l'importance d'aider le fumeur, candidat à l'arrêt du tabac, à se construire une identité forte de non-fumeur, ancrée affectivement et émotionnellement, lui permettant de résister aux fluctuations de la motivation et aux périodes de manque.

Habituellement, le contenu des interventions psychosociales de prévention est peu décrit, ou alors avec des termes trop imprécis comme « conseil individualisé » par exemple. Aussi est-il très difficile de les reproduire et de les comparer¹². Afin d'éviter cet écueil, Michie et coll. ont construit une nomenclature de techniques d'aide au changement de comportement vis-à-vis du tabac⁹.

Ainsi, StopAdvisor propose à l'internaute candidat au sevrage une série de techniques, par exemple :

- Se formuler une règle personnelle permettant de maintenir une résolution solide de ne plus fumer (par exemple, pas même une bouffée, *not even a puff*) ;
- Installer au cœur de son identité la caractéristique d'être non-fumeur ;
- Renforcer ses propres sources de motivation à ne pas fumer et en développer de nouvelles ;
- Changer les aspects de sa personnalité qui favorisent l'action de fumer ;
- Mettre en valeur les progrès accomplis ;
- Éviter les situations qui déclenchent l'envie de fumer ;
- Développer des méthodes efficaces pour détourner son attention face à des sensations de manque envahissantes ;
- Optimiser l'usage des aides médicamenteuses ;
- Créer un lien d'engagement de l'utilisateur vis-à-vis du site...

La conception du site Internet (figure)

Les règles de construction du site prévoient :

- de privilégier les images et les vidéos aux textes ;
- de proposer des textes les plus courts possibles et compréhensibles par des jeunes de 14 ans ;
- d'utiliser des mots ne dépassant pas 6 lettres et de limiter le temps nécessaire à la lecture de chaque section à 10 minutes maximum.

Des tests ont été réalisés auprès de fumeurs défavorisés, d'une part par le biais d'entretiens approfondis et, d'autre part, par des séances de verbalisation assistée, favorisant des associations libres d'idées à la lecture des différentes sections du site³.

⁽¹⁾ "Tobacco control is central to any strategy to tackle health inequalities as smoking accounts for approximately half of the difference in life expectancy between the lowest and highest income groups".

⁽²⁾ L'expression « fumeurs défavorisés » a été choisie comme traduction de "smokers with low socioeconomic status".

⁽³⁾ <https://www.lifeguideonline.org>

Évaluation de l'efficacité du dispositif

L'évaluation de l'efficacité du dispositif a été réalisée en deux étapes : une étude pilote suivie d'un essai contrôlé randomisé.

L'étude pilote

Les critères d'inclusion dans l'étude pilote³ étaient le fait d'être adulte (18 ans et plus), fumeur quotidien, de souhaiter arrêter de fumer, d'accepter d'utiliser

Figure

Copies d'écran du site StopAdvisor

StopAdvisor .com Personalised *expert advice* on **Stopping Smoking**

Smoking

QUESTION Q&A QUESTION

Have you smoked since your last session with StopAdvisor?
Please click one of the buttons below.

No, not even a puff
Yes, but I have stopped again
Yes, the same as before

next page >

StopAdvisor .com Personalised *expert advice* on **Stopping Smoking**

Keep a look out

THINGS ARE GOING WELL

It is **good to see you are doing well**. Having low cravings is a sign you are making progress. Especially in these early stages because this is when a lot of smokers find it very difficult.

It is **important you keep up this good work**. The best way to do this is to always keep a check on how you are feeling.

Cravings can sometimes creep up on you even when you think it is going well.

Even if you feel like you have it under control, it **may still be worth avoiding places where people smoke** – just in the early stages – this will make it easier for you.

If you do get stronger cravings, **select the 'very bad' button when we ask how they are**. We will then give you some tips that are particularly helpful for stronger cravings.

next page >

un site Internet envoyant des rappels par emails, d'être suivi pendant deux mois, de fournir un consentement éclairé et d'accepter d'être recontacté par téléphone et par email.

Ainsi, 204 fumeurs de 18 ans ou plus ont été recrutés, sans critères socioéconomiques préétablis, au moyen d'une publicité placée sur le portail d'aide à l'arrêt du tabac *SmokeFree* du ministère britannique de la Santé. Au bout de deux mois, un lien vers un questionnaire auto-administré en ligne leur a été envoyé. Les fumeurs se déclarant abstinents ont été invités à effectuer un auto-prélèvement salivaire à domicile à renvoyer à un laboratoire. Ceux qui ont accepté ont reçu un chèque-cadeau de 20 livres sterling. La variable principale d'impact était l'abstinence tabagique d'un mois, confirmée par une mesure de la cotinine salivaire inférieure à 15 ng/ml ou une mesure de l'anabasine <1 ng/ml pour les participants prenant des substituts nicotiques ou usagers de cigarettes électroniques.

L'essai randomisé contrôlé

L'évaluation expérimentale de StopAdvisor a été réalisée *via* un essai randomisé contrôlé⁴. Les critères d'inclusion étaient les mêmes que ceux de l'étude pilote, excepté la durée de l'engagement, portée à sept mois au lieu de deux.

Les deux bras de l'essai étaient soit l'accès au site StopAdvisor (bras intervention), soit l'accès à un site d'information statique (non interactif) sur l'arrêt du tabac (bras contrôle).

La taille de l'échantillon nécessaire pour cette évaluation a été calculée de manière à pouvoir observer une différence globale de 3% entre les deux bras de l'essai. L'échantillon devait également être de taille suffisante pour détecter une différence entre les fumeurs défavorisés et toutes les autres catégories plus favorisées (regroupées sous le terme « fumeurs favorisés »). Ainsi, chaque bras devait comprendre au minimum 2 130 personnes (soit 4 260 en tout). Pour atteindre cet objectif et celui d'un nombre suffisant de fumeurs défavorisés, la durée du recrutement a été prolongée jusqu'à l'obtention d'un échantillon total de 4 613 personnes, permettant d'inclure 2 142 fumeurs

défavorisés, *versus* 2 471 favorisés. La randomisation 1:1 était entièrement automatisée.

Au final, 2 321 fumeurs ont été inclus dans le bras intervention (StopAdvisor), répartis en 1 088 défavorisés et 1 233 favorisés ; 2 292 fumeurs ont été inclus dans le bras contrôle, dont 1 054 défavorisés et 1 238 favorisés.

Le critère d'analyse principal était l'abstinence prolongée à six mois déclarée, avec confirmation biologique sur échantillon de salive prélevé la dernière semaine (selon les mêmes dosages que lors de l'étude pilote). L'analyse a été effectuée en intention de traiter. Ainsi, les internautes déclarant ne pas avoir fumé depuis six mois et dont la déclaration était confirmée par dosage biologique, ont été considérés comme des succès de l'intervention. Inversement, si ces critères n'étaient pas atteints, les internautes étaient alors considérés comme des échecs de l'intervention.

Résultats des études d'efficacité du dispositif StopAdvisor

L'étude pilote

Dans l'étude pilote, aucune différence statistiquement significative n'a été observée selon la catégorie socioprofessionnelle favorisée (n=127) ou défavorisée (n=77), que ce soit dans l'abstinence de quatre semaines vérifiée biologiquement (19,7% *versus* 19,5% (OR=0,99, IC95% 0,48-2,02).), le nombre moyen de connexions (6,4 *versus* 6,5), le nombre de pages vues (134,9 *versus* 131,1%) ou la satisfaction en tant qu'utilisateur (pertinence 75,5% *versus* 75% et utilisation prévue dans le futur 71,7% *versus* 78,6%).

L'essai randomisé

L'échantillon recruté comprenait globalement un peu moins d'hommes que de femmes ; les participants avaient un âge moyen d'un peu moins de 40 ans, déclaraient avoir commencé à fumer à l'âge de 16,2 ans pour les fumeurs défavorisés et 17,1 ans pour les fumeurs favorisés. Le nombre de cigarettes déclarées fumées par jour était d'un peu plus de 20 pour les fumeurs défavorisés et d'environ 17 pour les fumeurs favorisés (tableau 1).

Tableau 1

Caractéristiques des participants à l'essai randomisé StopAdvisor *versus* contrôle

	Fumeurs défavorisés N=2 142		Fumeurs favorisés N=2 471		Ensemble N=4 613	
	StopAdvisor (n=1 088)	Contrôle (n=1 054)	StopAdvisor (n=1 233)	Contrôle (n=1 238)	StopAdvisor (n=2 321)	Contrôle (n=2 292)
Sex-ratio	0,65	0,67	0,53	0,56	0,59	0,61
Âge Moyenne (écart-type)	39,8 (14,8)	39,4 (14,3)	39,2 (11,3)	38,3 (10,9)	39,5 (13,0)	38,8 (12,5)
Âge de la première cigarette Moyenne (écart-type)	16,2 (5,3)	16,2 (4,3)	17,2 (4,9)	17,1 (4,2)	16,7 (5,1)	16,7 (4,2)
Nombre de cigarettes fumées par jour Moyenne (écart-type)	20,5 (9,4)	20,3 (9,4)	17,1 (8,1)	16,9 (8,3)	18,7 (8,9)	18,5 (9,0)

On n'observe pas de différence significative entre les fumeurs favorisés du groupe StopAdvisor et ceux du groupe contrôle sur le critère principal de jugement, à savoir une abstinence d'une durée de six mois confirmée biologiquement (12% *versus* 13%) avec ou sans ajustement (tableau 2). Les variables d'ajustement étaient la durée pour remplir le questionnaire d'inclusion, l'âge, la situation maritale et familiale (parents), le niveau d'éducation et de nombreuses variables décrivant le tabagisme, l'âge d'initiation, le nombre de cigarettes fumées, le niveau de dépendance tabagique, les tentatives d'arrêt au cours de l'année précédente, la force des sensations de manque, le niveau de confiance dans la chance de succès, une échelle de mesure de l'humeur (MPSS), etc.

En revanche, les taux d'arrêt des fumeurs défavorisés différaient statistiquement, avec 8% dans le bras StopAdvisor et 6% dans le bras contrôle ($p < 0,005$), avec ou sans ajustement. On retrouve la même structure de résultat sur le critère secondaire de jugement, c'est-à-dire l'abstinence déclarée au moment de l'enquête.

Le taux d'abstinence d'une durée de six mois est supérieur chez les fumeurs favorisés (12-13%), à comparer à celui des fumeurs défavorisés (8-6%). De même, le taux d'abstinence au moment de l'enquête, quelle que soit la durée de l'abstinence, est également supérieur chez les fumeurs favorisés (18-19% *versus* 13-10%).

Discussion

Brown et coll.⁴ ont montré, au moyen d'un essai randomisé et contrôlé, que l'aide en ligne interactive au sevrage tabagique StopAdvisor, spécialement conçue pour les fumeurs des classes sociales les moins favorisées, était plus efficace que l'accès à une page Internet statique d'information et de conseils. Les auteurs ont également constaté que cette aide n'était pas efficace pour les populations plus favorisées.

Ceci diffère en plusieurs points de ce qui est constaté en général sur l'utilisation des aides en ligne conçues sans prendre en compte les inégalités sociales de santé. L'étude du profil des utilisateurs des aides en ligne disponibles montre qu'ils appartiennent à des catégories sociales favorisées, et donc que l'efficacité des aides n'est montrée, le plus souvent, que sur ce public particulier (l'essai contrôlé randomisé français Stamp par exemple¹³). Il faut néanmoins noter que, dans le cadre de l'essai conduit par Brown et coll., les fumeurs les plus favorisés étaient globalement plus nombreux à parvenir à s'arrêter, bien que n'étant pas spécifiquement sensibles au site StopAdvisor.

Plusieurs défis successifs sont donc à relever pour mettre en place des actions efficaces auprès des publics défavorisés : concevoir des interventions adaptées à ces publics et en vérifier expérimentalement l'efficacité, puis attirer ou aller à la rencontre du public concerné (*outreach*) et mettre le service à sa disposition. Ceci peut se faire à distance par des campagnes de promotion téléphonique, par emails ou par courriers papier en utilisant des fichiers existants (par exemple ceux de Pôle Emploi ou des Caisses d'allocations familiales). Cela peut également se faire par des campagnes de recrutement qui pourraient se dérouler dans divers dispositifs accueillant ces publics pour des prestations ou des aides sociales.

Les auteurs de l'essai StopAdvisor sont, à notre connaissance, les premiers à avoir relevé ces défis et à avoir conçu et évalué expérimentalement une offre d'aide à l'arrêt du tabac qui s'inscrit dans l'approche dite d'universalisme proportionné de Michael Marmot. En effet, les aides en ligne habituellement offertes sont, d'une part, généralement conçues sans attention particulière pour les différences socioculturelles des différents publics et sont, d'autre part, spontanément davantage utilisées par les publics favorisés. Une aide à distance conçue spécifiquement pour les fumeurs défavorisés n'est donc pas en soi une mise en application de l'universalisme proportionné, mais en constitue une étape au sein d'une stratégie nécessairement multiple

Tableau 2

Comparaison de l'efficacité de StopAdvisor *versus* le site contrôle

	StopAdvisor	Contrôle	Odds ratio (IC95%)	p
Critère principal : abstinence d'une durée de six mois				
Fumeur favorisé	147/1 233 (12%)	156/1 238 (13%)	0,94 (0,74-1,19)	0,61
Avec ajustement			0,95 (0,75-1,22)	0,75
Fumeur défavorisé	90/1 088 (8%)	64/1 054 (6%)	1,39 (1,00-1,94)	0,0499
Avec ajustement			1,46 (1,04-2,05)	0,0238
Critère secondaire : abstinence au moment de l'enquête (prévalence ponctuelle)				
Fumeur favorisé	222/1 233 (18%)	232/1 238 (19%)	0,95 (0,78-1,17)	0,64
Avec ajustement			0,95 (0,77-1,17)	0,66
Fumeur défavorisé	136/1 088 (13%)	100/1 054 (10%)	1,36 (1,04-1,79)	0,0267
Avec ajustement			1,41 (1,07-1,88)	0,0081

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

et graduée, s'adressant à l'ensemble de la population tout au long de son gradient social. Il faut abandonner le service unique (*one size fits all*) et, au contraire, créer plusieurs services d'intensité et de qualité différentes. Il ne faut pas non plus attendre passivement derrière un guichet mais se montrer proactif et offrir les services adéquats à différents publics par des stratégies actives. Le chemin qui reste à faire en Grande-Bretagne est de transformer l'outil de recherche StopAdvisor en un service d'aide à l'arrêt ouvert au public et de s'assurer qu'il aura un taux de couverture satisfaisant au sein de sa cible. L'agence nationale de santé publique *Public Health England* travaille à inclure le dispositif de recherche StopAdvisor dans la palette de son offre pérenne proposée aux fumeurs britanniques.

Par ailleurs, l'équipe a fait l'effort d'explicitier les choix de conception du site, ses fondements théoriques et les principes en guidant la construction pour qu'il soit accessible aux fumeurs défavorisés. De plus, et cela est rare, une vérification biologique a été proposée aux participants pour vérifier leur abstinence.

En France, une orientation de l'aide à l'arrêt du tabac vers les fumeurs défavorisés demandera la conception de stratégies et d'outils adaptés¹⁴. L'Assurance maladie a mis en place des stratégies orientées en direction des populations les plus défavorisées¹⁵, et certains services hospitaliers d'aide au sevrage ont aussi mis en place des dispositifs spécifiques¹⁶. Il sera probablement nécessaire de combiner une aide en face à face, qui permet le repérage des fumeurs dans différents milieux et leur orientation vers une aide efficace et adaptée, qu'elle soit en face-à-face comme le propose Ann McNeill¹⁷ ou en ligne comme le propose l'Alliance pour la santé publique européenne (EPHA)⁵. En ce qui concerne l'aide en ligne pour les fumeurs ne souhaitant pas s'engager dans un suivi en face-à-face, elle doit être conçue avec la même rigueur que celle de l'équipe de StopAdvisor⁴. Il faudra également faire connaître cette offre aux publics qui en ont le plus besoin de façon proactive. ■

Remerciements

Sollicités pour rédiger cet article pour le BEH, Jamie Brown, Susan Michie et Robert West ont préféré que nous rédigiions nous-mêmes un commentaire de leurs travaux. Nous tenons à les remercier de leur confiance.

Références

- [1] Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. 242 p. <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
- [2] Michie S, Brown J, Geraghty AW, Miller S, Yardley L, Gardner B, *et al.* Development of StopAdvisor: A theory-based interactive internet-based smoking cessation intervention. *Transl Behav Med.* 2012;2(3):263-75.
- [3] Brown J, Michie S, Geraghty AW, Miller S, Yardley L, Gardner B, *et al.* A pilot study of StopAdvisor: a theory-based interactive internet-based smoking cessation

intervention aimed across the social spectrum. *Addict Behav.* 2012;37(12):1365-70.

[4] Brown J, Michie S, Geraghty AW, Yardley L, Gardner B, Shahab L, *et al.* Internet-based intervention for smoking cessation (StopAdvisor) in people with low and high socio-economic status: a randomised controlled trial. *Lancet Respir Med.* 2014;2(12):997-1006.

[5] Marschang S. (Issue leader). Health inequalities and eHealth. Report of the eHealth Stakeholder Group to the European Commission. Final version, 21 February 2014. http://ec.europa.eu/newsroom/dae/document.cfm?doc_id=5170

[6] Little P, Stuart B, Francis N, Douglas E, Tonkin-Crine S, Anthierens S, *et al.* GRACE consortium. Effects of internet-based training on antibiotic prescribing rates for acute respiratory-tract infections: a multinational, cluster, randomised, factorial, controlled trial. *Lancet.* 2013;382(9899):1175-82.

[7] Little P, Stuart B, Hobbs FD, Moore M, Barnett J, Popoola D, *et al.* An internet-delivered handwashing intervention to modify influenza-like illness and respiratory infection transmission (PRIMIT): a primary care randomised trial. *Lancet.* 2015;386(10004):1631-9.

[8] West R. Theory of addiction. Oxford (UK): Blackwell Publishing; 2006. 211 p.

[9] Michie S, Hyder N, Walia A, West R. Development of a taxonomy of behaviour change techniques used in individual behavioural support for smoking cessation. *Addict Behav.* 2011;36(4):315-9.

[10] West R, Evans A, Michie S. Behavior change techniques used in group-based behavioral support by the English stop-smoking services and preliminary assessment of association with short-term quit outcomes. *Nicotine Tob Res.* 2011;13(12):1316-20.

[11] Fishbein M, Ajzen I. Predicting and changing behavior. The reasoned action approach. New York: Psychology Press; 2010. 518 p.

[12] Abraham C, Michie S. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychol.* 2008;27(3):379-87.

[13] Nguyen-Thanh V, *et al.* Le coaching par mail de Tabac Info Service : quelle efficacité ? Communication aux 10^e Journées de la prévention et de la santé publique. Paris, 9-10 juin 2015.

[14] Arwidson P. Quelles stratégies pour réduire les inégalités sociales de santé dans le domaine du tabagisme ? *La Santé en Action.* 2014;(427):4-5.

[15] Guionet M, Vincent I. Évaluation du dispositif de prise en charge des substituts nicotiniques : impact sur les bénéficiaires de la CMU-C. *La Santé en Action.* 2014;(427):9-11.

[16] Le Faou AL, Baha M. Sevrage tabagique et personnes en situation de précarité : l'intérêt d'une prise en charge spécifique. *La Santé en Action.* 2014;(427):6-8.

[17] McNeill A, Amos A, McEwen A, Ferguson J, Croghan E. Developing the evidence base for addressing inequalities and smoking in the United Kingdom. *Addiction.* 2012;107 Suppl 2:1-7.

Citer cet article

Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Conception et évaluation d'une intervention d'aide à l'arrêt du tabac visant à la réduction des inégalités de santé. L'exemple du site Internet StopAdvisor en Grande-Bretagne. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(16-17):320-5. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_7.html