



information



formation



recherche



coopération
internationale

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE REMBOURSEMENT DES AIDES PHARMACOLOGIQUES À L'ARRÊT TABAGIQUE

PHASE I : RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES SUR L'EFFICACITÉ ET
L'EFFICIENCE DES AIDES PHARMACOLOGIQUES ET SURVOL DU
FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME DEPUIS SA MISE EN PLACE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE REMBOURSEMENT DES
AIDES PHARMACOLOGIQUES À L'ARRÊT TABAGIQUE

PHASE I : RECENSION DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES SUR L'EFFICACITÉ
ET L'EFFICIENCE DES AIDES PHARMACOLOGIQUES ET SURVOL DU
FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME DEPUIS SA MISE EN PLACE

DIRECTION DÉVELOPPEMENT DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

FÉVRIER 2006

AUTEURES

Viviane Leaune

Équipe Recherche-évaluation-surveillance sur le tabagisme, Unité Habitudes de vie
Direction Développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Sylvie de Grosbois

Équipe Recherche-évaluation-surveillance sur le tabagisme, Unité Habitudes de vie
Direction Développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

Louise Guyon

Équipe Recherche-évaluation-surveillance sur le tabagisme, Unité Habitudes de vie
Direction Développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Johanne Laguë

Institut national de santé publique du Québec

Yves Payette

Institut national de santé publique du Québec

Sylvia Kairouz

Institut national de santé publique du Québec

Madelyn Fournier

Institut national de santé publique du Québec

Astrid Brousselle

Université McGill

Michèle Tremblay

Institut national de santé publique du Québec

André Gervais

Direction de santé publique de Montréal

Daniela Jukic

Institut national de santé publique du Québec

Mohamed Ben Amar

Université de Montréal

SECRETARIAT

Isabelle Gignac

Institut national de santé publique du Québec

Guilaine Sirois

Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE

MARIE PIER ROY

DOCUMENT DEPOSE A SANTECOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))

COTE : INSPQ-2006-022

DÉPÔT LÉGAL – 2^E TRIMESTRE 2006

BIBLIOTHEQUE NATIONALE DU QUEBEC

BIBLIOTHEQUE NATIONALE DU CANADA

ISBN 2-550-46878-3 (VERSION IMPRIMEE)

ISBN 2-550-46879-1 (PDF)

©Institut national de santé publique du Québec (2006)

AVANT-PROPOS

En septembre 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) prenait la décision d'ajouter un certain nombre d'aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique à la liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec. Cette mesure s'inscrivait dans un ensemble d'actions visant à lutter contre le tabagisme et avait pour objectif spécifique de soutenir les fumeurs qui désiraient cesser de fumer.

Le programme de couverture des aides pharmacologiques (PCAP) pour l'abandon du tabagisme est en vigueur depuis près de quatre ans. En 2004, le MSSS a choisi de confier à l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de faire une évaluation du régime public du PCAP et ce, dans le cadre du *Protocole d'entente MSSS/INSPQ en vue de la création et du développement d'une expertise québécoise en matière de recherche, d'évaluation et de surveillance dans le domaine de la lutte contre le tabagisme*. De façon plus spécifique le MSSS¹ souhaitait obtenir un rapport comportant :

- une recension des écrits scientifiques sur l'efficacité des aides pharmacologiques pour cesser de fumer;
- une recension des écrits scientifiques sur les études comparant l'efficience du financement des aides pharmacologiques pour cesser de fumer avec celles du financement des médicaments reliés à diverses problématiques de santé (hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, etc.);
- une étude sur l'utilisation du PCAP : taux d'utilisation, profil des utilisateurs, etc.;
- une étude sur la notoriété et les perceptions du programme auprès des médecins;
- une étude sur l'efficacité du PCAP (taux d'abandon du tabagisme à 6 et 12 mois chez les utilisateurs d'aides pharmacologiques).

Ce rapport répond aux trois premiers points du mandat confié à l'INSPQ. La première partie du rapport présente de façon succincte la situation du tabagisme dans la population québécoise et son évolution récente. À partir de sources officielles et des résultats des grandes enquêtes populationnelles, les principaux problèmes reliés au tabagisme sont présentés dans une perspective de santé publique.

La seconde partie présente une recension des connaissances scientifiques récentes sur l'efficacité des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique et sur les études coût/efficacité menées sur ces produits.

La description du Programme de couverture des aides pharmacologiques québécois (PCAP) fait l'objet de la troisième partie. Il s'agit d'une analyse préliminaire de données disponibles sur les coûts du PCAP pour les années 2000, 2001, 2002 et 2003 et sur le nombre de participants ayant reçu au moins une ordonnance d'une ou de plusieurs de ces aides.

¹ Document de travail – « Vues et priorités du ministère de la santé et des services sociaux », 20 février 2004

La quatrième et dernière partie propose une synthèse des principales études portant sur l'impact du remboursement des aides pharmacologiques sur le processus d'arrêt tabagique.

Ce rapport constitue la première partie de nos travaux sur l'évaluation du programme québécois de remboursement des aides pharmacologiques à l'abandon du tabagisme. Il sera suivi de deux autres rapports :

- **Phase II** : Usage des aides pharmacologiques chez les fumeurs québécois et modes de pratiques des professionnels de la santé.
- **Phase III** : Utilisation, satisfaction et perception des aides pharmacologiques chez les fumeurs et les ex-fumeurs québécois.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....	V
1 LE TABAGISME : UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE	1
1.1 La consommation de tabac	2
1.1.1 Une baisse continue du tabagisme	2
1.1.2 Une prévalence tabagique plus élevée parmi les jeunes adultes	3
1.1.3 Une prévalence tabagique plus élevée dans les milieux défavorisés	3
1.2 La dépendance à la nicotine	4
1.2.1 Le tabagisme, plus qu'une habitude de vie, une toxicomanie à part entière	4
1.2.2 L'arrêt tabagique : des taux de rechute élevés	4
1.3 L'abandon du tabac.....	5
1.3.1 L'arrêt tabagique : le souhait d'un grand nombre de fumeurs.....	5
1.3.2 Un faible statut socio-économique : obstacle à l'arrêt tabagique	5
1.3.3 L'arrêt tabagique et le recours à des aides d'appoint en Ontario et au Québec.....	6
1.4 Les points saillants.....	7
2 L'EFFICACITÉ ET L'EFFICIENCE DES AIDES PHARMACOLOGIQUES A L'ARRÊT TABAGIQUE.....	9
2.1 L'efficacité des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique.....	9
2.1.1 Éléments méthodologiques	9
2.1.2 Efficacité des thérapies de remplacement de la nicotine	11
2.1.3 Efficacité du bupropion.....	13
2.2 L'efficacité des interventions en abandon du tabac	13
2.2.1 Indicateurs de coût/efficacité.....	14
2.2.2 Évaluations coût/efficacité des interventions en abandon du tabac.....	15
2.3 La place des aides pharmacologiques dans les stratégies de renoncement au tabac	16
2.4 Les points saillants.....	18

3	LE PROGRAMME DE COUVERTURE D'AIDES PHARMACOLOGIQUES DU QUÉBEC	19
3.1	Historique.....	19
3.2	Les aides pharmacologiques à l'abandon du tabac.....	21
3.2.1	La gomme à base de nicotine	21
3.2.2	Les timbres transdermiques.....	22
3.2.3	Le bupropion (Zyban ^{MD})	22
3.3	L'évolution du nombre d'ordonnances de TRN et de bupropion	22
3.3.1	Évolution du nombre d'ordonnances et des coûts pour les participants au régime public d'assurance médicament du Québec	24
3.4	Les points saillants	33
4	EFFET DU REMBOURSEMENT DES AIDES PHARMACOLOGIQUES SUR L'ABANDON DU TABAC	35
4.1	La couverture des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique : une mesure encore peu répandue.....	35
4.2	Le remboursement des aides pharmacologiques : un effet positif sur l'arrêt tabagique	35
4.3	Les points saillants	37
	CONCLUSION	39
	BIBLIOGRAPHIE.....	43
	ANNEXE - COÛT DU PROGRAMME DE 2001 À 2003	49

LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Graphiques

Graphique 1	Évolution du tabagisme au Québec, 1994-2004	2
Graphique 2	Recommandations et prescriptions des aides pharmacologiques dans les quatre voies d'accès au programme québécois (PQAT)	21
Graphique 3	Nombre estimé d'ordonnances exécutées dans les pharmacies de détail canadiennes.....	23
Graphique 4	Évolution des ordonnances pour les aides anti-tabagiques au Québec, Janvier 1998 à Juillet 2002.....	24

Tableaux

Tableau 1	Efficacité des thérapies de remplacement de la nicotine	11
Tableau 2	Efficacité du bupropion	13
Tableau 3	Coût par année de vie gagnée de certaines thérapies préventives	16
Tableau 4	Nombre d'ordonnances pour les produits antitabagiques, Québec, 2000 à 2003.....	25
Tableau 5	Proportion (%) des personnes qui ont reçu au moins une ordonnance d'aides pharmacologiques sur le nombre de personnes inscrites au régime d'assurance médicaments du Québec	27
Tableau 6	Nombre et pourcentage de participants distincts ¹ et leur répartition selon la catégorie de personne assurée, le médicament, le sexe et le groupe d'âge.....	28
Tableau 7	Coût RAMQ et pourcentage de répartition selon la catégorie de personne assurée, le type de médicament, le sexe et le groupe d'âge	31
Tableau 1A	Coût brut des remboursements pour les aides pharmacologiques, selon la catégorie de personne assurée, le type de médicament, le sexe et le groupe d'âge	51

1 LE TABAGISME : UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE

Au Québec comme au Canada, le tabagisme constitue la principale cause de décès évitable. En 1998, on estimait qu'environ 13 295 décès étaient attribuables au tabagisme au Québec (Makomaski, Iling et Kaiserman, 2004). En 1992, le tabagisme a engendré des coûts annuels directs et indirects de 2,4 milliards de dollars au Québec dont 660 millions de dollars en coûts directs de soins de santé (Single, 1996). Par ailleurs, la prévalence plus élevée du tabagisme dans les milieux défavorisés contribue de façon significative à la morbidité et à la mortalité plus élevées qu'on y recense (Dupont, 2004; Bernier et Brochu, 1998).

Au Canada, en 1998, on estimait que, chez les hommes, 40 % des cancers, 38 % des maladies cardiovasculaires et 21 % des maladies respiratoires étaient attribuables au tabagisme. Ces proportions étaient respectivement de 37 %, 36 % et de 26 % chez les femmes (Makomaski, 2004). En Grande-Bretagne, l'étude longitudinale réalisée par Peto et Doll (Doll et coll., 2004; Peto, 1994) en cours depuis 1951, montre qu'un fumeur sur deux mourra d'une maladie reliée au tabagisme et que la probabilité de mourir entre l'âge de 35 et 60 ans est de 43 % pour les fumeurs nés en 1920 comparativement à 15 % pour les non-fumeurs nés la même année.

Par ailleurs, la fumée de tabac dans l'environnement est associée à plusieurs maladies et autres conditions de santé chez les non-fumeurs, les principales étant les maladies respiratoires aiguës et chroniques, les maladies cardiovasculaires, le cancer du poumon, des sinus et du sein, le faible poids à la naissance, le syndrome de la mort subite du nourrisson et l'accouchement prématuré (Guérin et coll., 2006 et 2005). Makomaski et Kaiserman (2004), se basant sur des études de risques antérieures (Ezzati, 2003), ont estimé qu'en 1998, 136 décès par cancer du poumon et 223 par maladies cardiovasculaires étaient associés à une exposition à la fumée secondaire au Québec. D'autre part, selon les données de l'enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC, 2004), 15 % des enfants âgés de 0 et 17 ans seraient régulièrement exposés à la fumée secondaire du tabac au Canada. Cette proportion monte à 26 % au Québec, ce qui en fait la province qui présente le pourcentage le plus élevé.

L'arrêt tabagique permet des gains importants en années de vie. Si l'arrêt se produit avant l'âge de 30 ans, l'ancien fumeur retrouve une espérance de vie similaire à celle des non-fumeurs; si l'abandon survient à l'âge de 60 ans ou 50 ans, le gain en années d'espérance de vie est respectivement de trois et six (Doll, 2004).

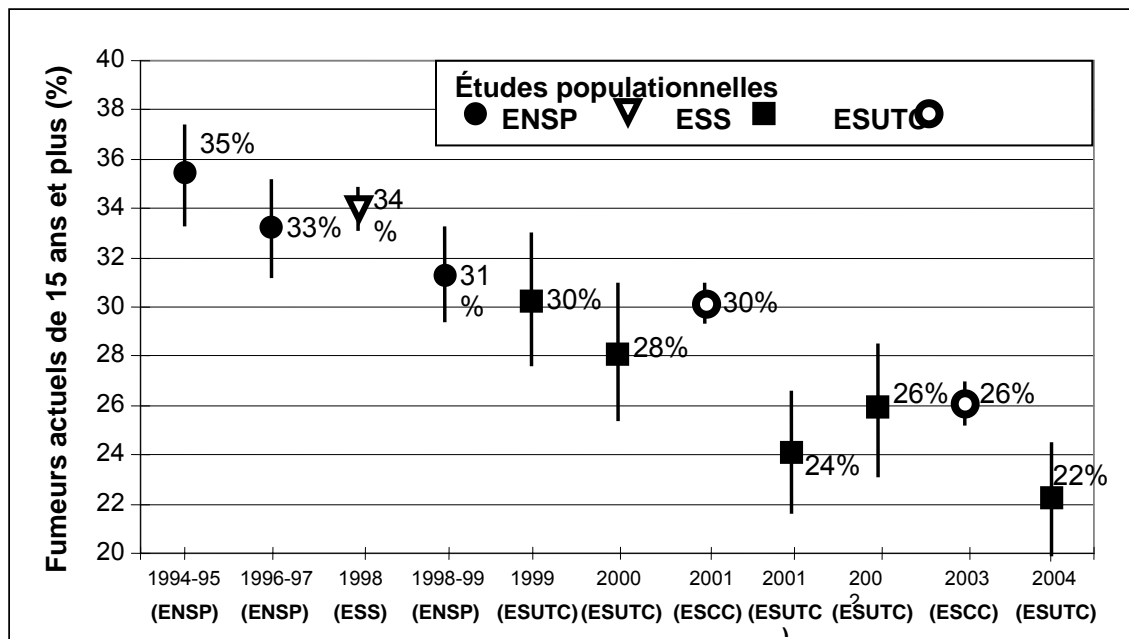
1.1 LA CONSOMMATION DE TABAC

1.1.1 Une baisse continue du tabagisme

Les différentes enquêtes réalisées entre 1987 et 2003 au Québec montrent une baisse importante du taux de tabagisme (défini comme le nombre de fumeurs actuels² parmi la population âgée de 15 ans et plus). Ce taux est passé de 39,9 % en 1987 à 25,9 % en 2003, soit une baisse de 14 points de pourcentage (Heneman, 2003; Santé Canada, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2003). En 2000-2001, la prévalence estimée du tabagisme au Québec chez les 15 ans et plus était plus élevée qu'au Canada avec un écart de +3,4 points de pourcentage supérieur (Heneman, 2003; Gilmore, 2002). Les dernières données disponibles (ESUTC 2004) montrent une poursuite de la baisse du tabagisme et un resserrement de l'écart entre le reste du Canada et le Québec. Selon cette enquête, il n'y a pas de différence significative entre le taux de prévalence pour l'ensemble du Canada (20,0 %; IC 95 % : 18,3 – 21,7 %) et celui pour le Québec (22,3 %; 18,8 – 25,8 %).

Le graphique 1 permet de visualiser la baisse régulière du taux de tabagisme au Québec entre 1994 et 2003. Le taux est passé de 35,4 % en 1994 à 22,3 % en 2004.

Graphique 1 Évolution du tabagisme au Québec, 1994-2004



ENSP : Enquête nationale de la santé des populations (N ≈ 2 500 pour le Québec)

ESS : Enquête sociale et de santé (N = 20 773 pour le Québec en 1998)

ESUTC : Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (N = 1 221 pour le Québec en 2004)

ESCC : Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (N ≈ 9 000 pour le Québec)

² Pour l'ensemble des enquêtes réalisées au Canada, un fumeur actuel était une personne qui fumait au moment de l'entrevue. Cette catégorie comprend les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels. Le fumeur quotidien fumait tous les jours et le fumeur occasionnel ne fumait pas chaque jour.

1.1.2 Une prévalence tabagique plus élevée parmi les jeunes adultes

À l'échelle canadienne, une diminution importante de la prévalence tabagique a été observée chez les adolescents ainsi que chez les jeunes adultes qui avaient fait l'objet de plusieurs campagnes antitabac fédérales, provinciales et municipales au cours des dernières années (Santé Canada (ESCC), 2003). Malgré cette diminution, il ressort que la prévalence tabagique reste encore élevée parmi les jeunes adultes. En effet, si 46% de ces jeunes personnes fumaient quotidiennement ou occasionnellement en 1994 (Enquête nationale de la santé de la population 1994-1995), ils étaient encore plus du tiers (36%) des Québécois âgés de 20 à 24 ans à fumer soit quotidiennement soit occasionnellement au cours des années 2000-2001. Ce pourcentage fait de cette catégorie de personnes celle qui compte le plus grand nombre de fumeurs dans ses rangs.

Parmi les adolescents, les enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec réalisées auprès des élèves du secondaire montrent que 11,1 % d'entre eux fumaient quotidiennement ou de façon occasionnelle en 2004 (Dubé, 2005). Toujours selon cette étude, on observe une augmentation constante de la prévalence du tabagisme entre la 1^{re} année et la 5^e année du secondaire, passant de 4,4 à 16,3 % pour les garçons et de 6,1 à 26,8 % pour les filles. Par ailleurs, la prévalence du tabagisme chez les filles est toujours supérieure à celle des garçons pour chaque niveau du secondaire.

1.1.3 Une prévalence tabagique plus élevée dans les milieux défavorisés

Des données provenant d'études internationales, nationales et provinciales montrent que le tabagisme se concentre de plus en plus parmi les populations ayant une plus faible scolarité et un plus bas revenu (Kunst, 2004; OMS, 2004; Jefferis, 2004; Gilman, 2003; Bernier, 2000). Selon Kunst et coll. (2004), dans plusieurs pays où la prévalence tabagique demeure élevée année après année, l'usage du tabac serait probablement l'une des causes les plus sérieuses permettant d'expliquer les inégalités socio-économiques en matière de morbidité et de mortalité précoce. Par ailleurs, des études démontrent qu'on fume davantage et plus tôt chez les jeunes de milieux défavorisés avec pour effet une augmentation du facteur de risque relié au tabagisme. L'organisation mondiale de la santé (2004) soulève d'ailleurs l'hypothèse d'une interaction entre le tabagisme et la pauvreté, le tabagisme contribuant à l'appauvrissement, à une diminution de la productivité ainsi qu'à une augmentation de la mortalité et de la morbidité.

Au Québec, en 1998, la prévalence du tabagisme était plus élevée chez les personnes ayant le plus faible revenu (Bernier, 2000). Les gens considérés comme « très pauvres » et « pauvres » (revenu annuel inférieur à 15,000 \$) étaient en effet plus nombreux à fumer pour un pourcentage respectif de 46,1 % et 41,6 % d'entre eux, en comparaison avec les gens ayant un revenu « moyen inférieur » ou « moyen supérieur » pour un pourcentage respectif de 34,6 % et 32,7 % de ces deux catégories. Toujours selon l'étude de Bernier, moins du quart des personnes, soit 22,4%, seulement, fumait dans la catégorie des personnes ayant un revenu « supérieur ». De plus, la surmortalité par cancer du poumon observée au Québec dans les populations plus défavorisées est généralement associée à une prévalence plus élevée du tabagisme (Dupont, 2004).

1.2 LA DEPENDANCE A LA NICOTINE

1.2.1 Le tabagisme, plus qu'une habitude de vie, une toxicomanie à part entière

Le tabagisme n'est plus considéré comme un simple comportement ou une simple habitude de vie; il entraîne une dépendance physique et psychologique importante et peut être classé comme une toxicomanie à part entière. La consommation de tabac entraîne une forte dépendance à la nicotine (Fiore, 2000; NIH, 1994), une véritable substance psychostimulante. Selon la marque et le type, une cigarette contient entre 6 et 12 mg de nicotine (Berni, 2002). L'absorption de la nicotine peut se faire par voie pulmonaire (fumée) ou nasale (prisée). Par voie pulmonaire, l'absorption est très rapide et importante (environ 70 % de la nicotine inhalée est absorbée par l'organisme); un fumeur en absorbe en moyenne un milligramme à chaque cigarette fumée (Berny, 2002). Le fumeur absorbe aussi de 10 à 15 mg de monoxyde de carbone à chaque cigarette (McElhatton, Bald et Pughe, 2000)

La dépendance à la nicotine est généralement mesurée à l'aide de l'échelle de Fagerström³. Après avoir fait l'objet de plusieurs révisions cette échelle est maintenant largement utilisée (Etter et coll., 1999). Dans les enquêtes populationnelles, on utilise souvent deux des six questions incluses dans l'échelle : le nombre de cigarettes consommées par jour et le temps entre le réveil et la première cigarette de la journée⁴.

1.2.2 L'arrêt tabagique : des taux de rechute élevés

Les études portant sur les trajectoires individuelles des ex-fumeurs ont montré que plusieurs tentatives sont souvent nécessaires pour réussir à cesser de fumer (Fiore, 2000; NIH, 1994). Près de 80 % des fumeurs qui cessent de fumer vont développer des symptômes de sevrage qui rendent difficile la poursuite du processus d'arrêt (Tremblay, 2001; Geller, 1996).

L'étude réalisée par Shields (2004) concernant l'abandon du tabac montre que les grands fumeurs (25 cigarettes ou plus par jour) sont moins susceptibles de renoncer au tabac que les fumeurs qui consomment moins de 10 cigarettes. Il en est de même pour les fumeurs qui consomment leur première cigarette de la journée dans les 30 minutes après le réveil, comparativement à ceux qui attendent plus d'une heure (Shields, 2004).

Au Québec, 53 % des fumeurs quotidiens fument leur première cigarette dans les 30 minutes suivant leur réveil (Fichier de micro données, ESUTC 2003). Cette proportion est comparable à celle observée pour le Canada (55 %).

³ L'échelle de Fagerström est constituée de six questions : 1) Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette; 2) Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits?; 3) Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable?; 4) Combien de cigarettes fumez-vous par jour?; 5) Fumez-vous plus pendant la matinée que pendant le reste de la journée? 6) Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit?

⁴ Ces deux items sont considérés comme étant les plus valides : le nombre de cigarettes par jour et le nombre de minutes entre le réveil et la première cigarette.

Par ailleurs, des études ont permis d'observer une dépendance physique plus élevée à la nicotine chez les fumeurs de milieux défavorisés, due généralement à une consommation quotidienne plus importante de cigarettes (Kunst, 2004). Cette plus grande dépendance physique s'ajoute aux barrières sociales rencontrées par les fumeurs de milieux défavorisés lorsqu'ils tentent d'arrêter de fumer.

1.3 L'ABANDON DU TABAC

1.3.1 L'arrêt tabagique : le souhait d'un grand nombre de fumeurs

Un grand nombre de fumeurs disent avoir l'intention d'abandonner la cigarette, ou rapportent au moins une tentative pour arrêter. Des études américaines ont permis d'évaluer qu'environ 46 % des 50 millions de fumeurs américains tentent de cesser de fumer chaque année (Fiore, 2002).

En 2001 (données enquête ESCC 2000-2001), le taux d'abandon total au Québec parmi les fumeurs et les anciens fumeurs s'élevait à 47,7 %⁵.

Un peu plus de la moitié des fumeurs au Québec (51 %) disait en 2003 avoir l'intention d'arrêter de fumer au cours des six prochains mois (Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, Ontario Tobacco Research Unit, 2004). En 2003, plus du tiers des fumeurs québécois (38 %) rapportaient entre une et trois tentatives pour arrêter de fumer, proportion équivalente à celle observée pour l'ensemble du Canada (36 %) (ESUTC, 2003).

Parmi les participants au concours du « Défi, j'arrête, j'y gagne! », la grande majorité (80 %) des participants pour les années 2002 et 2003, a déjà essayé de cesser de fumer (Gomez-Zamudio, 2003 et 2004). Pour l'année 2002 seulement, environ la moitié des participants avait déjà fait une à deux tentatives d'abandon et près de 20 % avaient essayé d'arrêter à cinq reprises ou plus (Gomez-Zamudio, 2003).

Finalement, selon un sondage réalisé par la firme de sondages CROP, 35 % des fumeurs actuels ont affirmé avoir tenté de cesser de fumer au cours des six derniers mois (CROP Recherche marketing sondages, 2003).

1.3.2 Un faible statut socio-économique : obstacle à l'arrêt tabagique

Un plus faible statut socio-économique est souvent associé à une plus grande difficulté de renoncer au tabac (Kunst, 2004; Shields, 2004; Copeland, 2003; Gilman, 2003). Des études réalisées en Europe montrent que les hommes et les femmes de groupes socio-économiques défavorisés présentent des taux d'abandon plus faibles et ce, même si la proportion de fumeurs qui tentent d'arrêter est la même que celle de classes sociales plus favorisées (Kunst, 2004). Selon cet auteur, ces difficultés s'expliqueraient par une dépendance plus élevée à la nicotine, par un manque de soutien social et par une plus faible confiance en sa

⁵ Définition du taux d'abandon : les répondants ayant indiqué avoir cessé de fumer il y a moins d'un an parmi l'ensemble des fumeurs de 15 ans et plus et les répondants qui sont d'anciens fumeurs, c'est-à-dire qui ont fumé au moins 100 cigarettes au cours de leur vie et qui n'ont pas fumé au cours des 30 derniers jours avant l'enquête et qui ont indiqué avoir cessé de fumer.

capacité de réussir à arrêter de fumer. Au Canada, une étude longitudinale (Shields, 2004) montre que les chances relatives d'abandonner le tabac sont plus élevées chez les fumeurs ayant un plus haut niveau de scolarité et un meilleur revenu. Au Québec, parmi les participants au concours du « Défi, J'arrête, j'y gagne » de l'année 2003, ceux qui présentent une plus faible scolarité ou un plus faible revenu présentaient aussi un taux d'abandon significativement inférieur à ceux qui avaient une scolarité plus élevée (Gomez-Zamudio, 2004b).

1.3.3 L'arrêt tabagique et le recours à des aides d'appoint en Ontario et au Québec

Au cours des dernières années, les fumeurs se sont vu proposer différentes aides dans leur processus d'abandon du tabac. Il peut s'agir du *counselling* offert par les professionnels de la santé, de programmes de groupe, de lignes téléphoniques, de techniques de modification du comportement, de sevrage non médicamenteux à la nicotine, de réduction graduelle de la consommation de nicotine avec ou sans filtres, de sites Internet ou encore d'aides pharmacologiques pour lutter contre la dépendance engendrée par la nicotine. Malgré la présence de ces différentes méthodes efficaces pour soutenir le fumeur dans son processus de renoncement au tabac, la grande majorité des fumeurs ontariens (78%) qui se disent prêts à cesser de fumer, croient qu'ils pourront le faire sans avoir recours à ces méthodes (Hammond, 2004). La réalité est cependant quelque peu différente au Québec. En effet, près de la moitié des tentatives d'arrêt tabagique (44%) se font avec des aides pharmacologiques⁶ (ESUTC 2004).

Pour quelles raisons, ces fumeurs choisissent-ils de recourir à une aide pharmacologique lors d'un processus d'abandon du tabac? Quel rôle jouent les professionnels de la santé dans cette démarche? Selon une étude réalisée en Grande-Bretagne dans des cliniques médicales, moins d'un cinquième (17,6 %) des patients fumeurs présentant une forte dépendance à la nicotine (consommation élevée de cigarettes par jour) avaient reçu des recommandations des professionnels de ces cliniques concernant l'utilisation des aides pharmacologiques (Coleman, 2003). Au Québec, une étude réalisée dans 20 centres locaux de services communautaires (CLSC) (Leaune et coll., 2003), rapporte qu'un peu moins de la moitié (49 %) des usagers fumeurs, soit un sur deux, avait déjà reçu, d'un professionnel de CLSC, une recommandation pour arrêter de fumer. La question mérite cependant d'être mieux documentée à l'échelle de l'ensemble de la population⁷ si l'on veut connaître ce qui motive le choix de recourir ou non à une aide dans le processus d'arrêt tabagique.

⁶ Le Québec n'est pas significativement différent de l'ensemble du Canada à cet effet.

⁷ Une étude en cours actuellement à l'INSPQ auprès d'un échantillon de fumeurs et d'ex-fumeurs apportera des éléments de réponse. Elle fera l'objet du troisième volet de cette recherche (Phase III).

1.4 LES POINTS SAILLANTS

- ↳ Le tabagisme est une toxicomanie à part entière pouvant entraîner une forte dépendance physique et psychologique et des symptômes de sevrage qui rendent difficile le processus de cessation.
- ↳ La prévalence du tabagisme est en baisse au Québec, tant chez les adultes que chez les adolescents.
- ↳ Le taux de tabagisme demeure cependant élevé chez les jeunes adultes : 36 % parmi les Québécois âgés de 20 à 24 ans.
- ↳ La prévalence du tabagisme est plus élevée parmi les populations défavorisées.
- ↳ Un grand nombre de fumeurs souhaitent arrêter de fumer.
- ↳ Au Québec, près de la moitié des tentatives d'arrêt tabagique (44%) se font avec des aides pharmacologiques.
- ↳ Des conditions socio-économiques plus précaires entravent le processus d'arrêt tabagique et ce, même si les tentatives sont aussi fréquentes chez les groupes moins favorisés que chez les groupes plus favorisés.

2 L'EFFICACITÉ ET L'EFFICIENCE DES AIDES PHARMACOLOGIQUES A L'ARRÊT TABAGIQUE

Une première catégorie d'aides pharmacologiques, les timbres transdermiques et la gomme à la nicotine, permettent d'apporter, sous une forme autre que le tabac, la nicotine dont le fumeur dépendant peut avoir physiologiquement besoin. Selon les lignes directrices, il est recommandé d'offrir des thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) à tous les fumeurs qui tentent de cesser de fumer, à moins qu'il n'y ait de contre-indications (Collège des médecins du Québec, 1999).

Le second type d'aide pharmacologique au sevrage tabagique consiste en l'utilisation d'une molécule, le chlorhydrate de bupropion (Zyban^{MD}), un antidépresseur qui agit sur le système nerveux en diminuant les besoins en nicotine des cellules cérébrales (Martin, 2000). Le mécanisme d'action du bupropion n'est pas élucidé; il semble agir en bloquant le recaptage neuronal de la dopamine et de la noradrénaline (Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, 2005). La concentration plasmatique stable (steady state) du médicament n'est cependant atteinte qu'une semaine après le début à cause de la demi-vie du médicament et le fumeur doit donc planifier la date d'arrêt au moins une semaine après le début d'utilisation du bupropion.

La pharmacothérapie est donc indiquée pour l'ensemble des fumeurs qui veulent cesser de fumer à l'aide de l'un ou l'autre médicament selon leurs préférences en tenant compte des contre-indications et des préférences des médecins qui prescrivent.

L'efficacité des thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) et du bupropion (Zyban^{MD}) a été évaluée et analysée dans le cadre de plusieurs études. Les différentes analyses mettent constamment en évidence l'efficacité des thérapies de remplacement de la nicotine et du bupropion dans le traitement du tabagisme. Le taux de succès est d'ailleurs deux fois plus élevé, en général, qu'avec un placebo ou un autre traitement.

Les études coût/efficacité des aides pharmacologiques, bien qu'étant moins nombreuses, montrent que les interventions en abandon du tabac qui s'accompagnent de l'utilisation de TRN offrent un bon rapport coût/efficacité comparé à d'autres interventions en santé.

2.1 L'EFFICACITE DES AIDES PHARMACOLOGIQUES A L'ARRET TABAGIQUE

2.1.1 Éléments méthodologiques

Indicateurs d'efficacité

Nous nous sommes intéressés aux études qui ont évalué l'efficacité des méthodes visant l'arrêt du tabac. Les indicateurs généralement utilisés pour mesurer l'efficacité des aides pharmacologiques sont le taux d'abstinence et le rapport de cotes⁸ à 6 mois ou à 12 mois.

⁸ Le rapport de cote exprime la probabilité ou le risque qu'un événement se produise, par exemple, un rapport de cote entre 2,5 et 3,5 exprime le fait que le résultat ou l'événement a à peu près trois fois plus de « chance » de se produire.

L'efficacité des aides pharmacologiques a surtout été mesurée dans le cadre d'essais randomisés. Il s'agit principalement d'études sur l'efficacité des thérapies de remplacement à la nicotine, l'efficacité du bupropion ayant fait l'objet d'un nombre beaucoup plus faible d'études.

Recension des écrits scientifiques

Aux fins de ce rapport, les principaux documents consultés ont été : 1) la méta-analyse réalisée par Silagy et coll., (2004), faite à partir de la Cochrane Database of Systematic Review; 2) la méta-analyse réalisée par Woolacott et coll., (2002); 3) l'ouvrage *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guidelines* (Fiore et coll., 2000); 4) les résultats présentés dans le supplément de l'*American Journal of Preventive Medicine* sous la direction de David Hopkins, Jonathan Fielding et le Task Force on Community Preventive Services américain (2001) et 5) le rapport *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General* (SGR, 2000; voir U.S. Department of Health and Human Services, *Reducing Tobacco Use*, 2000). La recension des écrits scientifiques sur l'efficacité des aides pharmacologiques pour le sevrage tabagique a été complétée par une recherche bibliographique réalisée dans Medline (termes utilisés : smoking cessation; smok* or tobacco and nicotin*).

Études retenues dans les méta-analyses

Dans le cadre de ce rapport, les taux d'abstinence et les rapports de cotes mesurant l'efficacité des aides pharmacologiques proviennent des deux premiers documents cités ci-dessus (Silagy et coll., 2004 et Woolacott et coll., 2002). Il s'agit des deux plus récentes méta-analyses. Ces deux méta-analyses ont retenu plus ou moins les mêmes études dans leur analyse, les résultats rapportés sont donc généralement très voisins. Dans le document de la revue Cochrane (Silagy et coll., 2004), 88 études relatives à l'efficacité de la gomme à la nicotine ou aux timbres ont été retenues et 91 dans la méta-analyse réalisée par Woolacott et coll., 2002. Dans le document *Treating Tobacco Use and Dependence : Clinical Practice Guidelines* (Fiore et coll., 2000), 42 études relatives à l'efficacité des gommes ou des timbres à la nicotine ont été retenues.

Pour la méta-analyse réalisée par Silagy et coll. (2004), les études retenues dans l'analyse sont des essais randomisés auprès de fumeurs de l'un ou l'autre sexe, indépendamment du lieu de recrutement ou du niveau initial de dépendance à la nicotine, rapportant un résultat relatif à l'abandon du tabac (taux de cessation) et offrant un suivi minimum de six mois. Seules les études comparant un groupe de fumeurs utilisant des TRN à un groupe recevant un placebo ou aucun traitement sont incluses (Silagy et coll., 2004). Woolacott et coll. (2002) ont retenu les mêmes critères et aux études déjà prises en compte par la revue Cochrane, ils ont rajouté cinq études répondant aux mêmes critères.

Pour Fiore et coll. (2000), les critères retenus étaient : 1) articles présentant les résultats d'un essai randomisé comparant des fumeurs sous traitement avec une TRN à des fumeurs recevant un placebo ou aucun traitement; 2) travaux présentant des résultats à six mois au moins de la date de cessation; 3) articles révisés par des pairs; 4) études publiées entre 1975 et 1999 et 5) essais publiés en anglais.

Limites des études

Avant de présenter les principaux résultats de ces différentes méta-analyses, on se doit d'en signaler les principales limites. Tremblay et Gervais (2001) dressent les principales limites méthodologiques de ces études :

1. le niveau de motivation des fumeurs est un facteur clef de l'abandon : les fumeurs les plus motivés atteignent des taux d'abandon plus élevés et l'on sait que les fumeurs qui participent à des essais randomisés sont généralement plus motivés;
2. les taux d'abandon sont différents entre six mois et douze mois;
3. les taux d'abandon rapportés par les fumeurs diffèrent des taux validés par des tests biochimiques (niveau de nicotine ou d'oxyde de carbone) et on doit donc interpréter avec prudence les études qui n'utilisent pas des tests biochimiques;
4. finalement, plusieurs études combinent approches pharmacologiques avec un traitement de soutien (*counselling* ou matériel éducatif) qui est souvent mal décrit et dont on ne peut mesurer l'influence sur les taux d'abandon.

2.1.2 Efficacité des thérapies de remplacement de la nicotine*Efficacité générale*

Les méta-analyses et études consultées montrent que l'utilisation des gommes ou des timbres à la nicotine augmente le taux d'abstinence de 1,5 à 1,9 fois pour ces deux thérapies (tableau 1) (Silagy et coll., 2004; Woolacott et coll., 2002; Fiore et coll., 2000). Les résultats des différentes analyses sont présentés au tableau 1.

Tableau 1 Efficacité des thérapies de remplacement de la nicotine

Aides pharmacologiques	Nombre d'études méta-analyse	Taux d'abstinence estimé traitement (%)	Taux d'abstinence estimé placebo ou pas de traitement (%)	RC ¹ estimé (IC ² 95 %)
Silagy et coll., 2004 (efficacité à six mois au moins)				
Gomme de nicotine	52	--	--	1,7 (1,5 – 1,8)
Timbre de nicotine	37	--	--	1,8 (1,0 – 2,0)
Woolacott et coll., 2002				
Efficacité à six mois				
- Gomme de nicotine	51	19,7	11,5	1,7 (1,5 – 1,8)
- Timbre de nicotine	35	14,3	8,4	1,7 (1,6 – 1,9)
Efficacité à 12 mois				
- Gomme de nicotine	38	17,9	11,0	1,6 (1,5 – 1,8)
- Timbre de nicotine	23	14,8	8,7	1,6 (1,4 – 1,8)
Fiore et coll., 2000 (efficacité à six mois au moins)				
Gomme de nicotine 2mg	13	23,7	17,1	1,5 (1,3 – 1,8)
Timbre de nicotine	27	17,7	10,0	1,9 (1,7 – 2,2)

¹RC : rapport de cotes

²IC : intervalle de confiance

Efficacité spécifique

Les études révèlent que l'efficacité est liée à certaines caractéristiques individuelles et contextuelles telles que le sexe, le niveau de dépendance à la nicotine, la durée du traitement, la présence d'un *counselling* ou du lieu de recrutement des fumeurs (clinique médicale, hôpital, clinique spécialisée d'aide à la cessation, etc.).

- Selon le sexe

Une méta-analyse menée par des chercheurs américains (Cepeda-Benito et coll., 2004) a montré que les TRN étaient généralement moins efficaces chez les femmes que chez les hommes. Cependant, on obtient un résultat inverse quand les TRN sont accompagnées par du *counselling* ou d'autres thérapies comportementales, c'est-à-dire que les femmes ont des taux d'abandon supérieurs lorsqu'elles utilisent les TRN en association avec du soutien.

- Selon le niveau de dépendance à la nicotine

Les études montrent que les fumeurs présentant un haut niveau de dépendance à la nicotine pourraient bénéficier de TRN à des doses plus élevées (Silagy et coll., 2004; Woolacott et coll., 2002; Fiore, 2000). L'utilisation de gomme de 4 mg de nicotine comparativement à 2 mg permet d'obtenir un meilleur taux d'abstinence chez des fumeurs avec un fort taux de dépendance. De plus, des thérapies combinées (par exemple : timbres et gommes) ou l'utilisation de timbres possédant des doses supérieures en nicotine (plus de 22 mg pour 24 heures ou 15 mg pour 16 heures) offriraient un meilleur taux de succès auprès de fumeurs qui ont tenté plusieurs fois d'arrêter.

- Selon la durée du traitement

La durée de 12 semaines de traitement est considérée par les lignes directrices comme la durée optimale en terme d'efficacité. Cependant, des études montrent aussi qu'une durée de traitement inférieure à 12 semaines reste plus efficace que le placebo (Silagy et coll., 2004 ; Woolacott et coll., 2002). Plus spécifiquement, il n'y aurait pas de différence significative entre les taux d'abandon pour un traitement de 12 semaines et celui de 8 semaines (Fiore, 2000).

- Selon le niveau de counselling

Les études ne permettent pas de dégager de différences significatives en terme d'efficacité accrue entre un *counselling* plus intense et un *counselling* minimal (Silagy et coll., 2004; Woolacott et coll., 2002). Silagy et coll. (2004) soulignent toutefois que les TRN ne doivent pas pour autant être considérées comme une alternative médicale à un des problèmes les plus complexes parmi les comportements de dépendance. Les mêmes auteurs rappellent que dans l'ensemble des études ayant fait l'objet d'une méta-analyse, les TRN étaient toujours accompagnées d'au moins un minimum de soutien. Selon ces auteurs, augmenter indûment les attentes des fumeurs qui achètent en vente libre des TRN, sans leur offrir un minimum de soutien et des explications sur les limites de ces thérapies, pourrait être contre-productif à long terme.

- Selon le lieu de réalisation de l'étude

Finalement, les études montrent que l'efficacité des gommes et des timbres à la nicotine est généralement plus élevée auprès des fumeurs recrutés dans les groupes communautaires ou des cliniques spécialisées en abandon du tabac comparativement à celle obtenue parmi les fumeurs recrutés dans le cadre de cliniques médicales (Silagy et coll., 2004). Cette différence est expliquée en partie par un plus haut niveau de motivation parmi les fumeurs recrutés dans la première catégorie de lieux, mais serait aussi attribuable à un plus faible soutien des professionnels de la santé dans les cliniques médicales, en raison du contexte de pratique plus contraignant et d'une formation insuffisante des professionnels en matière d'abandon du tabac (Silagy et coll., 2004).

2.1.3 Efficacité du bupropion

L'efficacité du bupropion comme aide à la cessation tabagique a fait l'objet de beaucoup moins d'études que les TRN. Cependant, les résultats disponibles indiquent clairement une très bonne efficacité du bupropion sur les taux d'abandon du tabac. Les études rapportent près de trois fois plus de chance de cessation du tabagisme pour une personne utilisant du bupropion comparativement à l'utilisation d'un placebo ou d'une absence de traitement. Les résultats des différentes analyses sont présentés au tableau 2.

Tableau 2 Efficacité du bupropion

Aides pharmacologiques	Nombre d'études	Taux d'abstinence estimé Traitement (%)	Taux d'abstinence estimé placebo ou pas de traitement (%)	RC ¹ estimé (IC ² 95 %)
Woolacott et coll., 2002				
À six mois au moins	7	15,9	6,3	2,8 (2,0 – 3,8)
À 12 mois	3	16,0	7,4	3,4 (1,5 – 3,7)
Fiore & et coll., 2000				
À au moins six mois	2	30,5	17,3	2,1 (1,5 – 3,0)

¹RC : rapport de cotes

²IC : intervalle de confiance

2.2 L'EFFICIENCE DES INTERVENTIONS EN ABANDON DU TABAC

L'efficacité ou l'évaluation économique des aides pharmacologiques à l'arrêt du tabac a fait l'objet de moins d'études comparativement au nombre de travaux sur l'efficacité des TRN. Selon Woolacott et coll. (2002), le nombre important d'essais sur l'efficacité des aides pharmacologiques permet cependant de bénéficier de résultats robustes sur lesquels les évaluations économiques peuvent se baser. L'évaluation économique d'une intervention consiste généralement à comparer le coût/efficacité de celle-ci à celui d'une autre intervention ou encore à celui où aucune intervention n'est faite.

L'évaluation économique doit cependant tenir compte des limites méthodologiques des essais randomisés. Par exemple, l'abstinence tabagique y est généralement définie à au plus 12 mois d'arrêt tabagique et l'estimation du taux d'abandon à long terme se fait à partir de sources de données limitées (Woolacott et coll., 2002). Par ailleurs, on doit s'interroger sur la généralisation des résultats des essais à l'ensemble des fumeurs dans la population générale. En effet, les fumeurs qui participent à des essais sont peut-être plus motivés à cesser de fumer. Dans ce cas, le taux d'abstinence pour tous les groupes (traitement ou placebo) sera plus élevé que dans le cadre d'interventions réalisées auprès de fumeurs dans la population en général (Woolacott et coll., 2002).

2.2.1 Indicateurs de coût/efficacité

Les évaluations économiques des interventions dans le domaine du tabagisme utilisent généralement comme indicateurs d'efficience le nombre d'abstinents, le nombre d'années de vie gagnées (life years saved ou LYS) ou nombre d'années de vie en bonne santé (Quality adjusted life year ou QALY). Pour estimer le coût/efficacité des interventions, on ajoute une dimension monétaire aux indicateurs d'efficacité. On obtiendra, par exemple, le coût supplémentaire consenti pour gagner une année de vie supplémentaire (LYS) ou une année de vie en bonne santé (QALY). La plupart des évaluations économiques retenues définissent une personne abstinente comme une personne qui s'abstient de fumer sans interruption pendant 12 mois.

Nombre d'abstinents

Le nombre de personnes qui cessent de fumer est généralement l'indicateur utilisé lorsqu'on veut comparer le coût/efficacité des différents types d'interventions en arrêt tabagique.

Nombre d'années de vie gagnées (LYS)

Selon Woolacott et coll. (2002), le nombre d'années de vie gagnées est un meilleur indicateur que le nombre d'abstinents car il permet, entre autres, de comparer le coût/efficacité des interventions de cessation tabagique à d'autres interventions de santé. Le calcul du nombre d'années de vie gagnées requiert cependant des estimations de l'espérance de vie des fumeurs continuant à fumer et des abstinents. Certaines études utilisent la différence entre le taux de mortalité entre fumeurs et non-fumeurs pour estimer les années de vie gagnées (Woolacott et coll., 2002).

Nombre d'années de vie en bonne santé (Quality adjusted life year, QALY)

Le QALY est un indicateur synthétique d'utilité où l'année de vie est modulée par un indice de qualité de vie où le nombre d'années de vie sauvées est diminué du nombre d'années de vie en mauvaise santé : plus la santé est mauvaise, plus la valeur attribuée à cette année est réduite (CFE, 2004). Cet indicateur présente l'intérêt d'être plus fidèle à la réalité en proposant un gain en équivalent d'années de vie en bonne santé⁹ (Annesi-Maesano et coll, 2003). En effet, des études montrent que la qualité de vie des ex-fumeurs s'améliore après l'arrêt tabagique (Woolacott et coll., 2002). Le coût/efficacité des interventions en abandon du

⁹ La dimension qualité se manifeste par un indice qui varie entre 0 pour la mort et 1 pour la vie en bonne santé (Annesi-Maesano et coll, 2003).

tabac risque d'être sous-estimé par les études qui ne tiennent compte que du gain en années de vie gagnées et non pas du gain en nombre d'années de vie en bonne santé (QALY). Selon certaines études le nombre d'années de vie gagnées en bonne santé (QALY) par ex-fumeur est environ d'un tiers supérieur à celui des années de vie gagnées (YLS).

2.2.2 Évaluations coût/efficacité des interventions en abandon du tabac

Les évaluations économiques considèrent généralement le point de vue du payeur, qu'il s'agisse du gouvernement par le biais de l'assurance maladie publique, de l'employeur (régimes privés), de l'individu ou encore de l'ensemble ou une partie de ces acteurs (Woolacott, 2002).

Les études économiques sur les interventions en abandon du tabac prennent généralement en compte les coûts associés à la consultation des médecins ou des infirmières, le matériel éducatif et les pharmacothérapies. Il s'agit de coûts se rapportant généralement à des dépenses annuelles. Peu d'études considèrent les coûts à plus long terme alors que l'impact économique de l'efficacité des aides pharmacologiques se mesurerait mieux sur le long terme (Van den Bruel, 2004; Reid, 1999). Par exemple, la diminution de la morbidité liée à l'arrêt tabagique peut conduire à une réduction des dépenses associées au traitement des maladies reliées à l'usage du tabac ou encore à un accroissement de la population active (Reid, 1999). Cependant, selon Barendregt et coll. (1997), la baisse du taux de mortalité prématurée due à l'arrêt tabagique pourrait aussi se traduire par une hausse des coûts des soins de santé dans l'avenir. Ce dernier avis est cependant très peu accrédité par plusieurs chercheurs (Woolacott, 2002).

Les aides à l'arrêt tabagique : des interventions efficaces

Les résultats des évaluations économiques montrent généralement que les interventions en arrêt tabagique sont rentables. Quels que soient les indicateurs de mesures d'effets utilisés (abstinence après six ou douze mois, LYS, QALY), les interventions d'aide à l'arrêt tabagique, incluant l'utilisation des aides pharmacologiques, sont rentables même lorsque les hypothèses les plus pessimistes sont émises par rapport aux paramètres d'incertitude des évaluations économiques (Van der Bruel, 2004; Woolacott, 2002; Hopkins, 2001b; Reid, 1999; Cromwell, 1997).

Une méta-analyse effectuée par Tengs et coll. (1995) a comparé le coût/efficacité de diverses interventions préventives. Pour chaque intervention, un coût par année de vie gagnée a été estimé. Le tableau 3 permet de comparer entre elles les trois thérapies suivantes : le coût de l'utilisation de gommes à base de nicotine par des hommes et des femmes âgés de 35 à 60 ans, celui d'une thérapie hypocholestérolémiante jumelée à une diète faible en cholestérol chez des hommes âgés de 35 à 39 ans présentant un taux de cholestérol sanguin de 290 mg/dL et enfin, le coût pour une thérapie hypotensive auprès de patients âgés de 40 ans et présentant une pression artérielle diastolique de 95 à 104 mmHg. On observe que le coût est nettement inférieur pour la gomme à base de nicotine. Une étude britannique confirme ces résultats : les coûts par année de vie sauvée pour le traitement contre l'hypercholestérolémie par utilisation de statines étaient 12 fois plus élevés que ceux mesurés dans le cadre de programmes de cessation du tabagisme (Raw et coll., 2001).

Tableau 3 Coût par année de vie gagnée de certaines thérapies préventives

Thérapie préventive	Coût/année de vie gagnée
Médication hypocholestérolémiante, jumelée à diète faible en cholestérol – hommes 35 à 39 ans avec taux de cholestérol sanguin de 290 mg/dL.	100 000 \$
Médication hypotensive auprès patients âgés de 40 ans et présentant une pression artérielle de 95 à 104 mmHg.	32 000 \$
Utilisation de gommes à base de nicotine, hommes et femmes âgés de 35 à 69 ans.	7 500 \$ (hommes) 11 000 \$ (femmes)

Source : Tengs et coll., 1995

Les évaluations économiques portant plus spécifiquement sur les aides pharmacologiques laissent généralement voir une bonne rentabilité de ces aides, mais plus particulièrement pour le timbre transdermique et le bupropion (Cornuz, 2003; Godfrey, 2002; Song, 2002; Stapleton, 1999).

Les limites de l'évaluation économique pour mesurer la rentabilité des interventions en abandon du tabac

Comme nous l'avons indiqué plus haut, les évaluations économiques sont habituellement menées sur une base annuelle qui est peu compatible avec le processus de cessation du tabac qui, d'après les connaissances scientifiques, s'échelonne souvent sur plus d'une année. Par ailleurs, les indicateurs utilisés ne permettent pas de tenir compte du processus d'essai/échec très présent parmi les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer.

2.3 LA PLACE DES AIDES PHARMACOLOGIQUES DANS LES STRATEGIES DE RENONCEMENT AU TABAC

Malgré la présence et l'efficacité démontrée de différentes méthodes pour soutenir les fumeurs dans leur processus de renoncement au tabac plus de la moitié d'entre eux tentent d'arrêter sans avoir recours à une méthode. Une étude réalisée en Ontario auprès de fumeurs révèle que plusieurs connaissaient peu les aides à la cessation tabagique et la plupart sous-estimaient les bénéfices possibles de ces méthodes (Hammond, 2004). Plus du tiers (36 %) pensaient d'ailleurs que les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) n'augmenteraient pas leur chance d'arrêter de fumer; cette proportion atteint 35 % pour le bupropion, 66 % pour le *counseling* offert par un professionnel de la santé et 50 % quant à l'efficacité des groupes ou des programmes de cessation (Hammond, 2004).

La popularité des aides pharmacologiques auprès des fumeurs

Nous l'avons déjà mentionné, près de la moitié (44%) des tentatives d'arrêt tabagique au Québec se sont faites avec des aides pharmacologiques (ESUTC 2004). Parmi les fumeurs et ex-fumeurs (moins de deux ans) du Québec ayant utilisé des timbres à la nicotine pour cesser de fumer, 76,2 % disent que ces médicaments les ont aidés dans leur tentative alors

que cette proportion tombe à 48,8 % pour ceux qui ont utilisé du Zyban^{MD} et à 26,8 % pour les utilisateurs de gommes à la nicotine (ESUTC, 2004).

Parmi les participants au concours du « *Défi, J'arrête, j'y gagne!* », on observe une hausse des fumeurs qui ont utilisé au moins une méthode d'aide à l'abandon du tabac. Au cours de l'année 2000, 41 % des participants disaient avoir utilisé au moins une aide, comparativement à 53 % en 2002 (Gomez-Zamudio, 2004a et 2003). Le bupropion était l'aide la plus utilisée en 2000 (42,5 % des participants ayant utilisé au moins une aide), suivis des timbres transdermiques (38,5 %), alors qu'en 2002, ces proportions s'élevaient respectivement à 6,7 % pour le bupropion et à 76 % pour les timbres (Gomez-Zamudio, 2003 et 2004a).

Finalement, un sondage réalisé au Québec par l'institut de sondage CROP (2003) montre que parmi les répondants qui ont essayé d'arrêter de fumer, 34 % ont utilisé les timbres et 3 % le Zyban^{MD}. Par ailleurs, 61 % des répondants fumeurs considéraient les aides pharmacologiques comme l'aide la plus efficace, avant le soutien de parents (54 %) et celui offert par des professionnels (48 %). Toujours dans le même sondage, environ une personne sur deux était au courant des conditions de remboursement pour les aides pharmacologiques (40 % croient que les timbres et le Zyban^{MD} sont couverts et 10 % pensent qu'un ou l'autre des médicaments est couvert).

Ces informations n'offrent cependant qu'une description partielle des perceptions et de la connaissance qu'ont les fumeurs des aides pharmacologiques et des barrières à leur utilisation. Les recherches commencent à s'intéresser à la question de la perception de ces produits auprès des fumeurs. Par exemple, lors de la 11^e conférence annuelle de la *Society for Research on nicotine and tobacco*, tenue à Prague en mars 2005, des chercheurs (Michael Cumming du Cancer Institute de Buffalo; Saul Shiffman, de l'Université de Pittsburgh; Karl Fagerstrom, du *Smokers Information Centre* de Suède) ont fait état des connaissances partielles et des perceptions négatives à l'égard de la nicotine chez les fumeurs. Ainsi, plusieurs ne semblent pas faire la différence entre les effets du tabagisme et ceux de la nicotine¹⁰. L'étude de Shiffman¹¹ auprès de fumeurs montre que près de 50 % d'entre eux ont peur de la nicotine. Ceci, selon ces chercheurs, aurait pour conséquence à la fois une sous-utilisation des produits de remplacement et une utilisation insuffisante chez ceux qui choisissent de les essayer. Ils concluent qu'il est nécessaire de donner une meilleure information sur ces produits et les risques qui leur sont associés, non seulement aux fumeurs, mais également aux médecins prescripteurs.

L'utilisation des aides pharmacologiques dans la pratique médicale

Les informations concernant les attitudes et la pratique des médecins en regard des pharmacothérapies d'aide à l'arrêt tabagique sont encore fragmentaires. Une étude réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de médecins généralistes de la région de Montréal en 2004, montre que 69,3 % prescrivaient une TRN à plus de la moitié¹² de leurs patients qui se

¹⁰ Karl Fagerstrom (Smokers' Information Centre, Sweden) Misperceptions about Nicotine and NRT, European Data.

¹¹ Saul Shiffman (University of Pittsburg, USA) «Physician Provision of Instruction and Counseling when Prescribing Nicotine Replacement Therapy»

¹² Tous, presque tous et plus de la moitié

préparaient à cesser de fumer (communication personnelle André Gervais). Cette proportion n'était que de 7,4 % pour la prescription de bupropion.

Il n'existe pas encore de données québécoises sur la perception des professionnels de la santé quant à l'efficacité des aides pharmacologiques ou la pertinence de leur remboursement. Selon une étude réalisée en Grande-Bretagne, où les aides pharmacologiques sont remboursées, la grande majorité des généralistes sont favorables au remboursement des TRN (95 %) et du bupropion (97 %) (McEwen, 2004). Au Québec, la fédération des médecins spécialistes du Québec a salué la mesure prise par le gouvernement concernant le remboursement des aides pharmacologiques par le Régime général d'assurance médicaments¹³.

Même si les aides pharmacologiques sont généralement les méthodes les plus utilisées par les fumeurs lors d'une tentative d'arrêt tabagique, les connaissances qu'ils ont de ces pharmacothérapies (dont le remboursement) restent souvent partielles. Cette situation s'explique probablement en partie par un manque d'information générale sur ces aides pharmacologiques, mais aussi possiblement par des carences au niveau des recommandations offertes par les professionnels de la santé quant à leur utilisation.

Le chapitre suivant présente le programme de couverture des aides pharmacologiques (PCAP) et des données chiffrées sur l'évolution de ce programme depuis sa mise en œuvre en octobre 2000, principalement en ce qui concerne le régime public du PCAP. L'une des retombées attendues de ce programme est l'amélioration de l'accès aux aides pharmacologiques pour les personnes à faible revenu.

2.4 LES POINTS SAILLANTS

- ↳ L'efficacité des thérapies de remplacement à la nicotine (TRN) et du bupropion (Zyban) a été démontrée dans un grand nombre d'études randomisées.
- ↳ Une personne qui utilise des TRN aurait près de deux fois plus de chance de cesser de fumer et près de trois fois plus de chance si elle utilise du bupropion.
- ↳ Chez les femmes, l'efficacité des TRN augmente significativement lorsqu'elles sont combinées à du *counselling*, contrairement aux hommes pour qui le *counselling* ne semble pas avoir d'effet sur l'efficacité de ces produits.
- ↳ On n'observe pas de différence de l'efficacité des TRN entre une durée de 8 semaines de traitement et une durée de 12 semaines.
- ↳ Les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique présentent un bon rapport coût/efficacité lorsque comparées à d'autres interventions en santé telles que les thérapies hypocholestérolémiantes.

¹³ Mémoire présenté par la Fédération des médecins spécialistes du Québec dans le cadre de la consultation sur la Loi sur le tabac, février 2005.

3 LE PROGRAMME DE COUVERTURE D'AIDES PHARMACOLOGIQUES DU QUÉBEC

3.1 HISTORIQUE

L'inclusion des aides pharmacologiques dans la couverture du régime d'assurance médicaments du Québec pour soutenir l'abandon avait été proposée dès 1993 (RAMQ). On voulait, par cette mesure, offrir aux fumeurs l'accès à certains produits afin de minimiser les effets du sevrage et augmenter la probabilité d'arrêter. Les études sur le sujet avaient démontré que « *près de 80 % des fumeurs qui abandonnent le tabagisme développent des symptômes de sevrage au cours des heures qui suivent, symptômes qui vont culminer en intensité après 48 heures pour ensuite diminuer progressivement sur une période de deux à cinq semaines* » (Tremblay et Gervais, 2001, p. 25). À cette époque, la valeur thérapeutique de ces aides n'avait pas suffisamment été établie et les données cliniques n'étaient pas assez concluantes pour statuer sur leur intérêt. Aussi, le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP) n'avait pas donné suite à la proposition.

En 1998, lors du dépôt de la Loi sur le tabac (Éditeur officiel du Québec L.R.Q., chapitre T-0.01 LOI SUR LE TABAC), l'Ordre des pharmaciens déposait un mémoire auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux recommandant, entre autres, l'inscription de certains médicaments pour soutenir l'arrêt tabagique, en raison de résultats encourageants issus de nouvelles recherches cliniques. Suite à ce mémoire, le Conseil consultatif de pharmacologie soumettait, en 1999, une demande au ministre de la Santé et des Services sociaux afin de connaître ses orientations en la matière.

Considérant la lutte au tabagisme comme une priorité nationale, et s'appuyant sur des essais randomisés et des études populationnelles ayant permis d'établir l'efficacité des aides pharmacologiques, la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, madame Pauline Marois demandait au CCP d'évaluer la pertinence d'inclure les aides pharmacologiques comme mesure de soutien pour l'abandon du tabagisme. En septembre 2000, suite à la recommandation favorable du CCP, la ministre annonçait officiellement l'ajout d'aides pharmacologiques pour la cessation du tabagisme à la liste de médicaments couverts par le Régime général d'assurance médicaments. Le Programme de couverture des aides pharmacologiques (PCAP) comporte un régime public et des régimes privés.

Depuis le 1^{er} octobre 2000, le bupropion (Zyban^{MD}), les gommes Nicorette^{MD} et les timbres cutanés Nicoderm^{MD} sont inscrits à la Liste de médicaments (Martin, 2002). Dans son communiqué du 20 septembre 2000¹⁴, madame Marois a conclu que :

« Considérant le nombre potentiel de bénéficiaires des thérapies pharmacologiques, l'ajout de ces trois médicaments à la Liste de médicaments constitue une excellente nouvelle pour les nombreux fumeurs qui souhaitent arrêter. De plus, tout fumeur qui

¹⁴ Communiqué C5407 : *Pour le traitement du tabagisme - de nouvelles aides pour lutter contre le tabagisme.* Cabinet de la ministre d'Etat à la Santé et aux Services sociaux

désire cesser de fumer devrait pouvoir bénéficier d'une aide pharmacologique à moins de contre-indications ».

À l'origine de la mesure de remboursement, on retrouve donc l'objectif principal de soutenir les fumeurs qui désirent s'engager dans une démarche de cessation du tabagisme. Cette mesure vise également de façon plus spécifique les fumeurs des classes défavorisées dans lesquelles la prévalence du tabagisme est plus élevée. Ainsi, il est précisé que dans le but de réduire les barrières économiques aux traitements de la dépendance à la nicotine, plusieurs pharmacothérapies de sevrage ont été inscrites à la Liste des médicaments éligibles à un remboursement (MSSS, Cadre de référence du Plan québécois d'abandon du tabagisme, document de travail, page 8, décembre 2002). Par ailleurs, dans un contexte légal où l'interdiction de fumer dans des endroits fermés se généralise, il convient de souligner que cette mesure s'inscrit à l'intérieur des responsabilités éthiques de l'État en matière d'aide aux fumeurs.

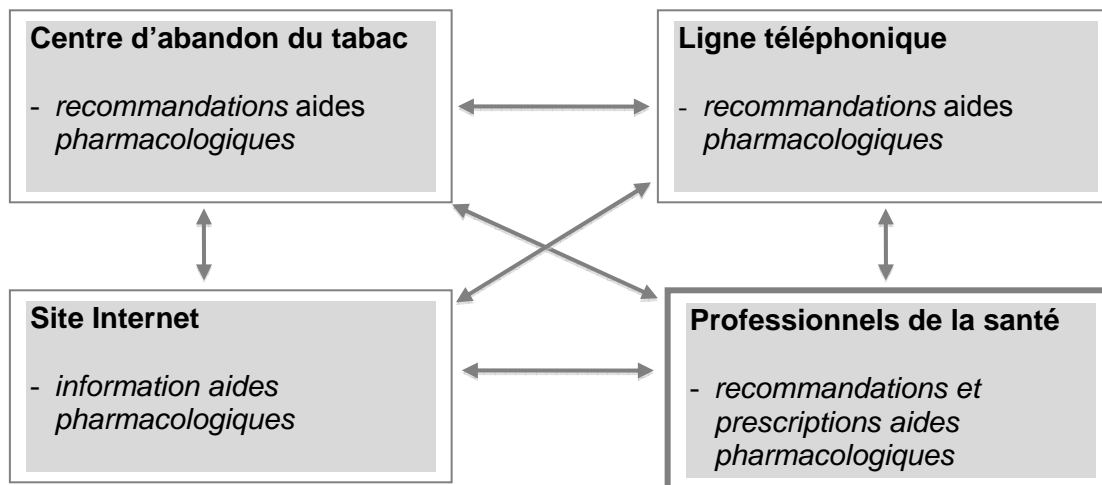
La mesure de remboursement touche l'ensemble des fumeurs qui reçoit une ordonnance médicale d'un médicament d'aide à l'arrêt tabagique. Il s'agit des participants au Régime d'assurance médicaments du Québec (régime public) et des fumeurs bénéficiant d'une assurance-médicaments privée.

La mesure concernant le remboursement des aides pharmacologiques a précédé de quelques mois le lancement du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005 (PQLT) qui fait état des orientations ministérielles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2001).

Dans ce plan, quatre grandes stratégies d'intervention sont proposées : prévention, cessation, protection et la connaissance/surveillance/recherche/évaluation. Au chapitre de la cessation, le document reprend l'intention du ministère de « *maintenir les aides pharmacologiques dans la Liste des médicaments couverts par le Régime général d'assurance médicaments.* » (MSSS, 2001, page 16). Le MSSS considérait que l'ajout de ces aides pharmacologiques à la liste des médicaments fait partie intégrante de la stratégie de lutte au tabagisme dans laquelle il venait de s'engager.

En effet, dans le Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT), l'aide pharmacologique à la cessation tabagique est inscrite comme une stratégie d'intervention à l'intérieur du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT). Dans le modèle organisationnel proposé pour le PQAT (MSSS, Cadre de référence du Plan québécois d'abandon du tabagisme, document de travail, décembre 2002), l'aide pharmacologique est identifiée comme une intervention des professionnels de la santé qui, eux, représentent l'une des quatre voies d'accès de ce programme (graphique 2). Soulignons que les recommandations relatives à leur utilisation sont également diffusées par les trois autres voies, notamment la ligne téléphonique, le site internet et les centres d'abandon du tabac (graphique 2). Cependant, la possibilité de se prévaloir de la mesure de remboursement passe par l'accès à un médecin afin d'obtenir une ordonnance. Ajoutons que la vente libre de certains types de médicaments (timbre, gomme de nicotine et inhalateur oral) permet aussi d'accéder à une pharmacothérapie sans l'aide du médecin.

Graphique 2 Recommandations et prescriptions des aides pharmacologiques dans les quatre voies d'accès au programme québécois (PQAT)



3.2 LES AIDES PHARMACOLOGIQUES A L'ABANDON DU TABAC

On retrouve deux grandes catégories d'aides pharmacologiques à la cessation : les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) et le bupropion (Zyban^{MD}) (Collège des médecins du Québec, 1999). À l'automne 2000, deux TRN étaient déjà approuvées au Canada : 1) la gomme à la nicotine disponible au Canada depuis 1979 et les timbres transdermiques à la nicotine offerts depuis 1992 (Reid, 1999).

3.2.1 La gomme à base de nicotine

Pour la gomme à base de nicotine¹⁵, le Nicorette^{MD} (automne 2000) et le Nicorette Plus^{MD} (avril 2001) ont été classés dans un premier temps dans la section des médicaments d'exception, limitant le remboursement de ces TRN aux fumeurs ayant une contre-indication médicale pour l'utilisation des timbres transdermiques (Martin, 2000). En avril 2001, la gomme à la nicotine a été retirée de la liste d'exception et inscrite dans la liste régulière. La durée de l'autorisation a été également limitée à 12 semaines de traitement par période de 12 mois¹⁶.

¹⁵ Voir note 10.

¹⁶ Les timbres cutanés de nicotine dont la teneur est de 7, 14 ou 21 mg, les comprimés de Zyban^{MD} dont la teneur est de 150 mg et les gommes à mâcher dont la teneur est de 2 mg et 4 mg sont remboursés. Le paiement de ces produits est soumis aux conditions suivantes : 1) Durée de remboursement maximale de 12 semaines consécutives (84 jours) pour chacun des trois médicaments, quelle que soit la teneur prescrite; 2) Un seul traitement antitabagique possible avec le même médicament (durée maximale de 12 semaines) par période de 12 mois (les différents traitements peuvent se succéder à l'intérieur d'une période de 12 mois, de même qu'il est possible de combiner les comprimés de Zyban^{MD} à un traitement de timbres cutanés ou de gommes à mâcher de nicotine). (Communiqué de la RAMQ, Modalités de remboursement des produits utilisés comme aide à la cessation du tabagisme, septembre 2000).

3.2.2 Les timbres transdermiques

Le Nicoderm^{MD} (timbre transdermique) a été inscrit dans la section régulière de la Liste de médicaments du régime général et sur la Liste de médicaments-établissements dès l'automne 2000 (Martin, 2002), alors que le Habitrol^{MD} a été ajouté à ces listes en avril 2001. Leur remboursement a été limité à 12 semaines consécutives de traitement par période de 12 mois¹⁰, cette durée de traitement ayant été jugée efficace en matière de cessation (Fiore, 2000; Collège des médecins du Québec, 1999). Toutefois, pour les patients qui souhaitent poursuivre le traitement, il n'y aurait aucun danger à prolonger l'utilisation du timbre au-delà de 12 semaines (Tremblay, 2000).

3.2.3 Le bupropion (Zyban^{MD})

Le Zyban^{MD} a été inscrit dans la section régulière de la Liste de médicaments du régime général et sur la Liste de médicaments-établissements. Le remboursement pour ce médicament a été limité à 12 semaines consécutives de traitement par période de 12 mois¹⁰ (Martin, 2000).

3.3 L'ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ORDONNANCES DE TRN ET DE BUPROPION

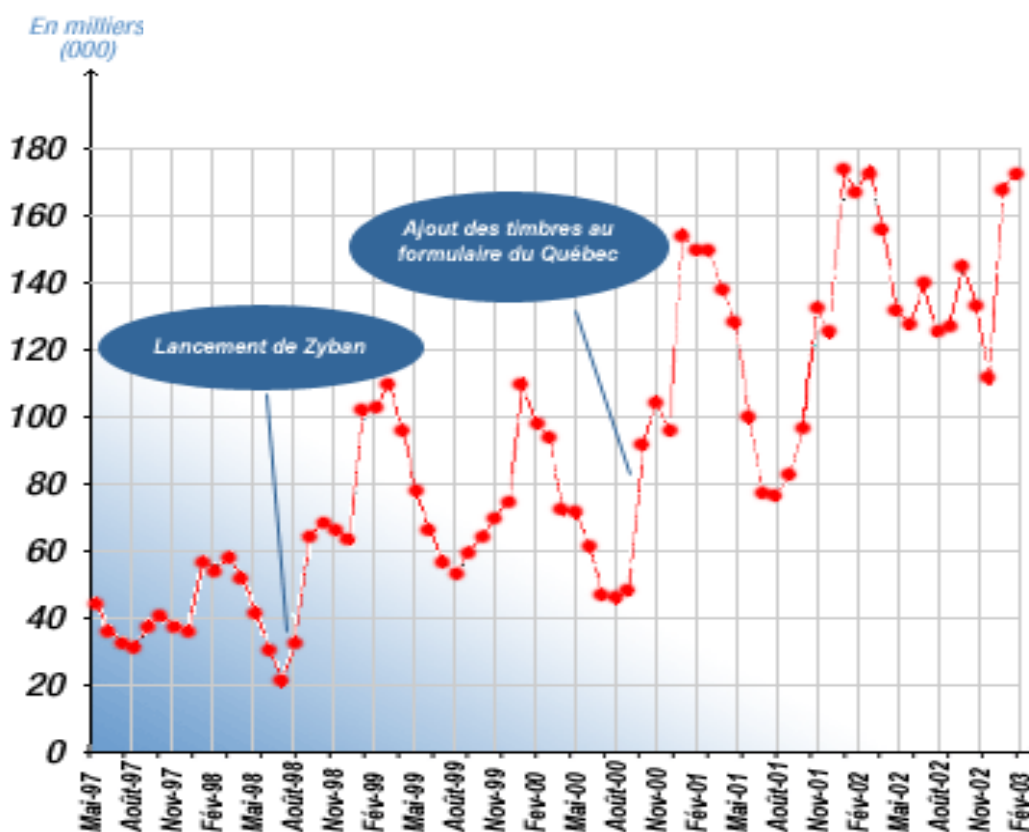
Le graphique 3 permet d'observer la hausse importante, à partir de 1998, du nombre d'ordonnances concernant les aides pharmacologiques pour l'abandon du tabac au Canada. Le nombre d'ordonnances de médicaments facilitant le sevrage du tabac a augmenté à la suite du lancement de Zyban^{MD} sur le marché canadien en août 1998 et de l'ajout des timbres de nicotine au formulaire de l'assurance-maladie du Québec en octobre 2000.

On observe des fluctuations saisonnières assez sensibles, les premiers mois de chaque année représentant la période de la plus forte utilisation probablement à cause des résolutions de début d'année et des programmes d'aide à l'abandon du tabac plus présents en cette période de l'année (exemple du concours du « Défi, J'arrête, j'y gagne! » qui se déroule durant les premiers mois de l'année).

Le graphique 4 présente l'évolution des ordonnances pour les aides antitabagiques au Québec entre janvier 1998 et juillet 2002. Ainsi, si on observe, au cours de cette période, une augmentation régulière des ordonnances de timbres à base de nicotine, on note aussi, du même coup, une baisse régulière des prescriptions de bupropion depuis le printemps 2001. Une mise en garde de Santé Canada (communiqué du 24 septembre 2001), concernant des risques de décès, de convulsions et de troubles sanguins chez des patients utilisant le bupropion, et présentant déjà certaines pathologies, a probablement contribué à cette baisse et ce, malgré une connaissance antérieure à cette date des contre-indications à la prescription du Zyban^{MD} (Collège des médecins du Québec, 1999; Tremblay, 2000).

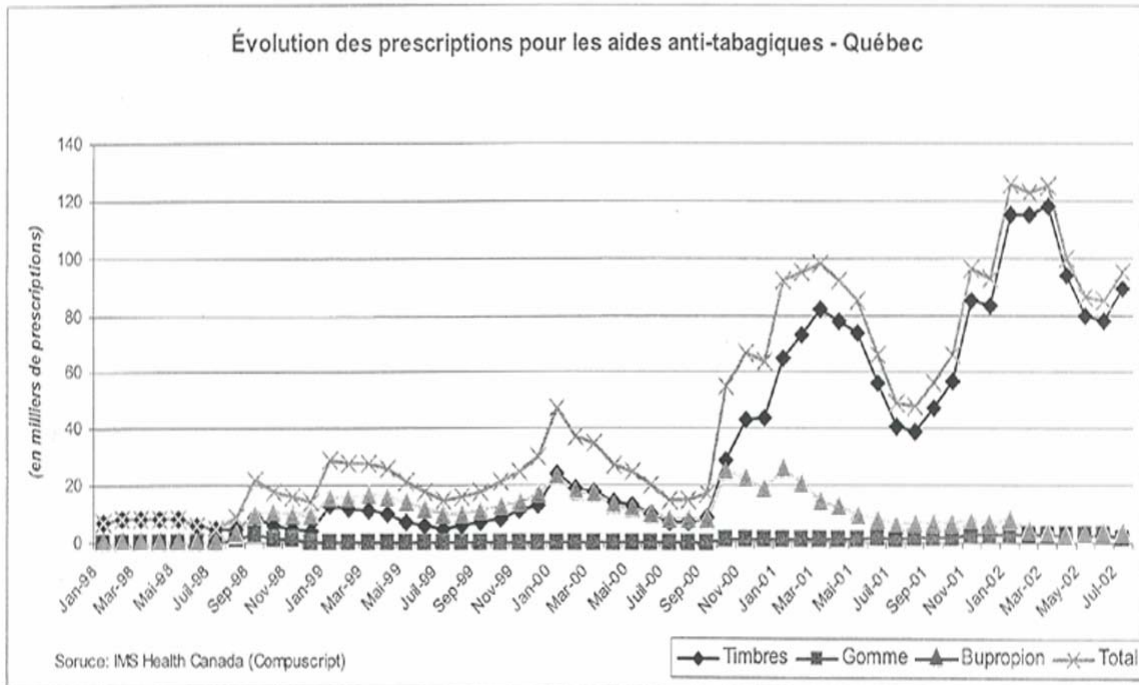
En comparant les données des deux graphiques on peut noter qu'à partir de la date de mise en place du remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique au Québec, la grande majorité des ordonnances d'aides pharmacologiques proviennent du Québec (automne 2000). En février – mars 2001, on recensait environ 150 000 ordonnances pour l'ensemble du Canada (graphique 3) et environ 100 000 pour la seule province de Québec (graphique 4). En juillet 2002, le nombre d'ordonnances s'élevait approximativement à 130 000 au Canada et à 90 000 au Québec. Il en ressort qu'environ les deux tiers des ordonnances sont émises au Québec. Puisque les autres provinces canadiennes n'offrent pas de programme de remboursement public des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique, le tiers restant des ordonnances est probablement attribuable à des personnes du reste du Canada qui bénéficient d'une couverture privée. C'est donc une minorité de Canadiens des autres provinces qui bénéficient d'un remboursement et la majorité de la consommation de ces médicaments se fait via la vente libre.

Graphique 3 Nombre estimé d'ordonnances exécutées dans les pharmacies de détail canadiennes



Source de données : site Internet de l'IMS (<http://www.imshealthcanada.com>)

Graphique 4 Évolution des ordonnances pour les aides anti-tabagiques au Québec, Janvier 1998 à Juillet 2002



3.3.1 Évolution du nombre d'ordonnances et des coûts pour les participants au régime public d'assurance médicament du Québec

Un premier bilan de l'utilisation des aides pharmacologiques au sevrage à la nicotine parmi les participants au régime public d'assurance médicaments a déjà été réalisé par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les années 2000 et 2001 (Martin, 2000). Pour l'année 2000, les données ne portent cependant que sur les trois derniers mois de l'année, le remboursement des aides pharmacologiques n'étant entré en vigueur qu'en octobre 2000.

Aux fins de ce rapport, nous avons effectué une mise à jour de certaines données présentées dans le 1^{er} bilan réalisé par la RAMQ. Il s'agit du nombre de participants distincts, du nombre d'ordonnances, du coût brut et du coût RAMQ selon la catégorie de personnes assurées (prestataires d'assistance-emploi; personnes âgées et adhérents), du type de médicament utilisé, du sexe et de l'âge pour les années 2002 et 2003.

Le coût brut correspond au coût du médicament et du service pharmaceutique avant la contribution de la personne assurée, tandis que le coût RAMQ ne comprend que la partie de coût assumée par la Régie¹⁷.

¹⁷ En 2004, les adhérents (personnes de 18 à 64 ans qui n'ont pas accès à un régime privé), les personnes de 65 ans ou plus ne recevant aucun supplément de revenu garanti (SRG), les personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du SRG payaient une franchise de 10,25 \$ par mois et assumaient 28,5 % des coûts des médicaments; les personnes de 65 ans ou plus recevant moins de 94 % du SRG et les prestataires de

Nombre d'ordonnances

Entre octobre 2000 et décembre 2004, 1 747 515 ordonnances ont été émises à des participants au régime d'assurance médicaments du Québec pour des aides pharmacologiques à l'arrêt du tabagisme.

Malgré le faible nombre d'années depuis l'entrée en vigueur du remboursement des aides pharmacologiques, il semble se dégager une nette tendance à la baisse du nombre d'ordonnances depuis 2003. En effet, si on observe une hausse de 21% entre 2001 et 2002, on note aussi, du même coup, une baisse de 18% dès 2002, baisse qui se poursuit en 2003 (tableau 4). Selon des données préliminaires de 2004, on note, là encore, une baisse de 14% entre 2003 et 2004 (342 344 ordonnances en 2004) On enregistrerait donc une baisse de 30% entre 2002 et 2004 du nombre d'ordonnances d'aides pharmacologiques prescrites à des participants au régime public d'assurance médicaments. Si cette baisse s'explique, en partie, par le nombre de fumeurs on peut aussi poser l'hypothèse de changements dans la pratique médicale ainsi qu'une baisse possible de l'intérêt des fumeurs à l'égard de ces aides pharmacologiques. Une analyse approfondie des données de la RAMQ mises à jour et, par ailleurs, la prise en compte d'informations provenant d'enquêtes effectuées auprès d'utilisateurs et prescripteurs permettraient d'identifier, avec plus de précisions, les facteurs associés à cette diminution. (Phase II de cette étude).

Tableau 4 Nombre d'ordonnances pour les produits antitabagiques, Québec, 2000 à 2003

Années d'observation	2000 ^{1,2}	2001 ¹	2002 ³	2003 ³	Total
Nombre d'ordonnances	107 765	406 159	489 799	400 880	1 404 603

¹ Rapport de Martin (2002), RAMQ

² Trois derniers mois de 2000, soit depuis l'entrée en vigueur du programme

³ Données récentes de la RAMQ, 2004

Profil des participants

Chaque année, plus de 100 000 participants se prévalent d'un remboursement des aides pharmacologiques pour cesser de fumer (tableau 5). Cependant, compte tenu des normes en vigueur dans le programme, certains participants peuvent avoir reçu un remboursement sur plusieurs années. Rappelons que ces normes spécifient un remboursement des aides pharmacologiques pour un maximum de 12 semaines consécutives de traitement par période de 12 mois.

l'assistance emploi sans contraintes sévères à l'emploi payaient une franchise de 8,33 \$ par mois et assumaient 25 % des coûts des médicaments; les prestataires de l'assistance emploi avec contraintes sévères à l'emploi et les enfants des personnes assurées (y compris ceux étudiant à temps plein, sans conjoint, âgés de 18 à 25 ans) ne payaient aucune franchise et n'assumaient aucun coût des médicaments (*L'assurance médicament, ce qu'il faut savoir sur le régime public*, RAMQ, juillet 2004).

Le tableau 5 permet de noter que le ratio des prestataires de l'assistance-emploi ayant reçu au moins une ordonnance d'aides pharmacologiques pour arrêt tabagique est significativement plus élevé ($p < 0,01$) que celui noté chez les adhérents et les personnes âgées et ce, pour les années 2001, 2002 et 2003. Une différence suffisamment importante pour soulever quelques questionnements : reflète-t-elle une prévalence plus élevée de fumeurs chez les prestataires de l'assistance-emploi? Est-ce le résultat d'un taux d'ordonnance plus élevé d'aides pharmacologiques chez ces mêmes fumeurs et cela, en raison de son remboursement presque intégral? Ou encore, est-ce là un effet de pratiques médicales réservées à cette clientèle spécifique? Pour tenter de répondre à cette question de différence, nous avons essayé de contrôler l'effet du taux de tabagisme, en procédant à partir de taux obtenus dans le cadre d'une enquête sur la santé réalisée en 2003 (référence de bas de page). Un taux de 35,1 % a été appliqué aux prestataires de l'assistance-emploi, 12,8 % aux personnes âgées et enfin un taux de 25,9 % pour les adhérents¹⁸. Lorsqu'on applique ces taux aux participants du régime d'assurance médicaments du Québec, le taux estimé¹⁹ d'utilisation des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique chez les fumeurs (et non seulement chez ceux qui ont tenté d'arrêter de fumer) s'élève à 29,3 % (IC 95 %, 26,5 – 32,7) pour les prestataires de l'assistance-emploi, à 12,9 % (11,3 – 15,0) pour les personnes âgées et à 24,5 % (23,7 – 25,3) chez les adhérents. Si les différences entre les trois catégories de personnes sont moins importantes lorsqu'on procède par le taux de tabagisme, elles restent tout de même significatives. Les taux estimés d'utilisation des aides pharmacologiques chez les prestataires de l'assistance-emploi et chez les adhérents sont significativement supérieurs à celui observé chez les fumeurs de la population québécoise en général lequel s'élève à 20,6 % (IC 95 %, 18,9 – 22,2; ESCC, 2003). Ces résultats semblent donc appuyer l'hypothèse voulant que les mesures de remboursement favorisent l'accès aux aides pharmacologiques chez les populations défavorisées ou encore, temporairement sans emploi. Il n'en demeure pas moins, cependant, que les informations actuellement disponibles posent une limite à la compréhension des différences. Dans le cadre de la Phase II de cette étude, celles-ci feront l'objet d'une analyse plus détaillée.

¹⁸ Ces taux proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003 pour la province de Québec. Le taux de 35,1 % est celui obtenu pour les personnes dont le revenu du ménage était inférieur à 15 000 \$, le taux de 12,8 % pour les personnes âgées de 64 ans et plus et le taux de 25,9 % celui pour l'ensemble de la population du Québec.

¹⁹ Taux estimé non standardisé selon le sexe et l'âge.

Tableau 5 Proportion (%) des personnes qui ont reçu au moins une ordonnance d'aides pharmacologiques sur le nombre de personnes inscrites au régime d'assurance médicaments du Québec

Type de participants	Personnes de 15 ans et plus inscrites à la RAMQ	Participants ayant reçu au moins une ordonnance d'aides pharmacologiques	Proportion des participants ayant reçu au moins une ordonnance d'aides pharmacologiques sur le nombre de personnes inscrites
2001¹			
Total	1 942 585	120 318	6,2 %
PAE ³	312 546	38 182	12,2 %
PA ³	789 950	16 048	2,0 %
ADH ³	840 089	66 913	8,0 %
2002²			
Total	1 934 598	121 301	6,3 %
PAE	290 908	38 151	13,1 %
PA	803 365	15 913	2,0 %
ADH	840 325	68 045	8,1 %
2003²			
Total	1 953 578	96 772	5,0 %
PAE	302 949	31 138	10,3 %
PA	818 632	13 547	1,7 %
ADH	831 997	52 746	6,3 %

¹ Rapport de Martin (2002), RAMQ

² Données récentes de la RAMQ, 2004

³ PAE : Prestataires de l'assistance-emploi; PA : Personnes âgées de 65 ans et plus; ADH : Adhérents

Le tableau 6 dresse un profil des participants selon le sexe, l'âge et le type d'adhérents. Pour l'ensemble des années de couverture 2001 à 2003, on constate une plus grande popularité de cette mesure de remboursement auprès des femmes et du groupe d'âge des 35-64 ans.

En 2003, de l'ensemble des participants ayant reçu au moins une ordonnance d'aides pharmacologiques, 32,2 % étaient prestataires d'assistance-emploi (PAE), 14 % des personnes âgées (PA) et 54,5 % des adhérents (ADH), c'est-à-dire des personnes ayant adhéré au régime d'assurance médicaments par l'entremise de la Régie de l'assurance maladie et qui ne sont ni PAE, ni PA (tableau 6).

Tableau 6 Nombre et pourcentage de participants distincts¹ et leur répartition selon la catégorie de personne assurée, le médicament, le sexe et le groupe d'âge

Années de couverture observées	2000 ^{2,3}	2001 ²	2002 ⁴	2003 ⁴
Total participants ⁶	42 907	120 318	121 301	96 772
Nombre de participants distincts et leur répartition selon la catégorie de personne assurée (pourcentage)⁵				
PAE	15 522 (36,2 %)	38 182 (31,7 %)	38 151 (31,5 %)	31 138 (32,2 %)
PA	6 702 (15,6 %)	16 048 (13,3 %)	15 913 (13,1 %)	13 547 (14,0 %)
ADH	20 860 (48,6 %)	66 913 (55,6 %)	68 045 (56,1 %)	52 746 (54,5 %)
Selon le médicament (%)				
Bupropion seulement	49,5 %	21,0 %	6,0 %	5,5 %
Nicotine seulement	44,7 %	72,1 %	91,5 %	92,4 %
Bupropion et nicotine	5,8 %	6,8 %	2,4 %	2,1 %
Selon le sexe (%)				
Femme	56,3 %	55,9 %	56,6 %	56,6 %
Homme	43,7 %	44,1 %	43,4 %	43,4 %
Selon l'âge (%)				
18 ans et moins	0,7 %	1,4 %	1,5 %	1,4 %
19 - 24 ans	4,8 %	7,9 %	6,7 %	6,4 %
25 - 34 ans	12,1 %	15,6 %	15,5 %	15,0 %
35 - 44 ans	21,7 %	23,6 %	22,4 %	21,1 %
45 - 54 ans	23,1 %	21,6 %	21,9 %	22,3 %
55 - 64 ans	21,8 %	17,3 %	18,0 %	18,9 %
65 - 74 ans	13,5 %	10,7 %	11,2 %	12,0 %
75 - 84 ans	2,3 %	1,8 %	2,5 %	2,8 %
85 ans et plus	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %

¹ Certains participants peuvent avoir été admis au programme sur plusieurs années, jusqu'à concurrence du maximum annuel de semaines admissibles par le régime d'assurance médicaments en vigueur.

² Rapport de Martin (2002), RAMQ

³ Trois derniers mois de 2000, soit depuis l'entrée en vigueur du programme

⁴ Données récentes de la RAMQ, 2004

⁵ PAE : Prestataires de l'assistance-emploi; PA : Personnes âgées de 65 ans et plus; ADH : Adhérents

⁶ Le total des participants est inférieur à la somme des catégories puisque certains participants ont obtenu des médicaments sous deux catégories. Cette variation compte pour 0,7 % ou moins du total à chaque année.

Aides pharmacologiques utilisées

L'utilisation du bupropion, prescrit et utilisé plus souvent en 2000 (55,3 %²⁰), est en décroissance depuis 2001 (27,8 %) pour atteindre un niveau de 7,2 % en 2003 (voir tableau 6). Les substituts nicotiques (timbres et gommes) constituent de loin les formes d'aides pharmacologiques les plus populaires actuellement au Québec. En effet, en progression depuis 2000, le pourcentage d'utilisateurs atteint 94,5 % en 2003. Ces données confirment celles de l'IMS présentées au point 3.3. Ces résultats traduisent probablement en grande partie des changements introduits dans la pratique des médecins du Québec en matière de prescriptions d'aides pharmacologiques pour l'arrêt tabagique. D'autre part, la réticence des patients envers le bupropion doit aussi être prise en compte, une réticence pouvant notamment s'expliquer par le manque d'informations. On peut, en effet, émettre l'hypothèse que la grande majorité des patients, ayant rarement accès aux communiqués de Santé Canada pour ce qui est des effets secondaires de la médication, sont peu informés de ceux du bupropion et se fondent, par conséquent, surtout sur les recommandations de leur médecin.

Les tableaux 6 et 7 permettent de noter que parmi les TRN, les timbres transdermiques ont la faveur des prescripteurs, alors que le nombre de prescriptions de gommes est toujours resté faible.

Cycle des prescriptions

Les prescriptions d'aides pharmacologiques à l'abandon du tabac suivent un cycle annuel, du moins pour les années 2000 et 2001 où une telle analyse a été effectuée (Martin, 2002). On observe que le nombre de participants est deux fois plus élevé au mois de janvier qu'au mois d'août. Cette tendance s'explique par les comportements individuels des fumeurs et la présence de programmes ou de campagnes promotionnelles liées au tabagisme au cours des premiers mois de l'année. Il est connu que les résolutions individuelles de début d'année incitent les fumeurs à initier un processus d'arrêt de la consommation de la cigarette, période d'autant plus propice que les programmes d'aide à la cessation tabagique (Le défi J'arrête, j'y gagne en est un exemple) et les campagnes médiatiques portant sur l'arrêt tabagique sont plus fréquents à cette même période.

Coûts du remboursement

Les informations concernant les coûts RAMQ ainsi que leurs répartitions selon la catégorie de personne assurée, le type de médicament et le sexe sont présentées au tableau 7 (les coûts bruts — coût du médicament et frais de service — sont présentés au tableau 1A en annexe).

²⁰ Pour le bupropion, il s'agit de l'addition des personnes ayant utilisé seulement du bupropion + celles l'ayant utilisé avec un substitut à la nicotine; pour les utilisateurs de substituts à la nicotine nous avons ajouté ceux qui les avaient utilisés avec du bupropion.

D'octobre 2000 à fin 2003, le coût RAMQ total s'élève à 44 770 844 \$; l'année 2002 constituant celle où les frais se sont avérés les plus élevés (tableau 7). L'année 2003 marque une tendance à la baisse des coûts engendrés sur le remboursement des médicaments utilisés comme traitement antitabagique du fait de la baisse du nombre de participants ayant reçu une prescription au cours de l'année 2003. Des données préliminaires de 2004 montrent une poursuite de cette baisse, le montant des coûts s'élevant à 10 694 543 \$. Les coûts annuels moyens depuis l'implantation du PCAP sont de 12 879 213 \$.

On constate que les adhérents constituent la catégorie de personnes assurées pour laquelle le pourcentage du coût total est le plus élevé (50 %). Ces derniers représentent toutefois 56 %, environ, de l'ensemble des personnes assurées, mais ne représentent que 45 % des coûts payés par le régime d'assurance médicaments du Québec (tableau 7). En effet, les adhérents défraient une franchise mensuelle plus élevée (10,25 \$ par mois en 2004) et assument 28,5 %²¹ des coûts des médicaments, comparativement à une franchise de 8,33 \$ par mois et 25 % des coûts des médicaments pour les prestataires de l'assistance-emploi qui n'ont pas de contraintes sévères à l'emploi¹⁵.

Il n'est pas étonnant d'observer que la grande majorité des coûts soit associée à la prescription de timbres transdermiques. Par ailleurs, la distribution des coûts selon le sexe et l'âge reflète la structure selon le sexe et l'âge des participants. Les coûts sont plus élevés chez les femmes et chez les participants âgés de 35 à 64 ans.

²¹ Voir note 15

Tableau 7 Coût RAMQ et pourcentage de répartition selon la catégorie de personne assurée, le type de médicament, le sexe et le groupe d'âge

Années observées	2000 ^{1,2}	2001 ¹	2002 ³	2003 ³	Total
Coût RAMQ	3 948 529 \$	13 238 249 \$	15 198 251 \$	12 385 812 \$	44 770 840 \$
Coût et répartition selon la catégorie de personne assurée (%)⁴					
PAE	1 864 824 \$ (47,2 %)	5 346 855 \$ (40,4 %)	6 130 540 \$ (40,3 %)	5 218 672 \$ (42,1 %)	18 560 891 \$ (41,5 %)
PA	587 136 \$ (14,9 %)	1 828 157 \$ (13,8 %)	2 023 105 \$ (13,3 %)	1 803 919 \$ (14,6 %)	6 242 317 \$ (13,9 %)
ADH	1 496 569 \$ (37,9 %)	6 063 236 \$ (45,8 %)	7 044 606 \$ (46,4 %)	5 363 221 \$ (43,3 %)	19 967 632 \$ (44,6 %)
Selon le médicament (%)					
Bupropion	38,1 %	15,3 %	4,3 %	3,9 %	10,4 %
Timbre	61,7 %	83,8 %	94,4 %	94,6 %	88,4 %
Gomme	0,2 %	1,0 %	1,3 %	1,5 %	1,2 %
Selon le sexe (%)⁵					
Femme	56,5 %	56,3 %	57,4 %	57,3 %	
Homme	43,5 %	43,6 %	42,6 %	42,7 %	
Selon l'âge (%)⁵					
18 ans et moins	0,8 %	1,5 %	1,4 %	1,4 %	
19 - 24 ans	3,8 %	6,3 %	5,4 %	4,9 %	
25 - 34 ans	9,4 %	12,7 %	12,1 %	11,6 %	
35 - 44 ans	20,1 %	22,3 %	21,0 %	19,4 %	
45 - 54 ans	25,5 %	24,0 %	24,2 %	24,5 %	
55 - 64 ans	25,2 %	20,0 %	21,5 %	22,6 %	
65 - 74 ans	13,1 %	11,3 %	11,8 %	13,0 %	
75 - 84 ans	2,1 %	1,8 %	2,4 %	2,7 %	
85 ans et plus	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	

¹ Rapport de Martin (2002), RAMQ.

² Trois derniers mois de 2000, soit depuis l'entrée en vigueur du programme.

³ Données récentes de la RAMQ, 2004.

⁴ PAE : Prestataires de l'assistance-emploi; PA : Personnes âgées de 65 ans et plus; ADH : Adhérents.

⁵ Le total ne peut être calculé puisque certains participants peuvent avoir reçu une ordonnance annuelle sur plusieurs années.

Durée du traitement

Dans son rapport, Martin (2002) a estimé que, pour la période allant d'octobre 2000 à décembre 2001, la moitié des participants avaient obtenu des médicaments pour une durée de traitement de 30 jours ou moins. Ce résultat peut surprendre puisque la période recommandée par les lignes directrices médicales est de 8 à 12 semaines de traitement pour atteindre une meilleure efficacité des TRN. Seulement 25 % des nouveaux participants avaient suivi, dès la première fois, un traitement ayant duré au moins trois mois. Martin (2002) explique ces résultats par une faible fidélité des participants au traitement. Une forte proportion d'entre eux recommencerait leur traitement après des arrêts plus ou moins prolongés. Cette hypothèse demande à être vérifiée par des analyses plus détaillées des données du régime d'assurance médicaments du Québec qui permettraient de dégager des profils types d'utilisation des aides pharmacologiques. Par ailleurs, si la durée de traitement reflète les comportements des participants en regard du traitement, on ne peut exclure qu'elle reflète peut-être aussi, en partie, une certaine pratique médicale. Il est donc nécessaire, pour mieux comprendre les profils de traitement, de prendre en considération à la fois les comportements des patients et la pratique des médecins concernant la prescription des aides pharmacologiques et le suivi offert aux patients.

Tendances comparables à celles observées en Irlande

Les résultats québécois montrent de fortes similitudes avec ceux observés en Irlande. Ce pays offre, depuis avril 2001, la couverture à 100 % des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique aux personnes détenant une carte médicale (près de 30 % de la population). Des analyses réalisées, en Irlande toujours, à partir d'une base de données équivalente à celle du régime d'assurance médicaments du Québec donnent des résultats fort semblables à ceux obtenus au Québec (Tilson, 2004). Comme dans le contexte québécois, les timbres transdermiques constituent l'aide pharmacologique la plus souvent prescrite alors qu'on observe une baisse des ordonnances de bupropion. Les premiers mois de l'année sont aussi ceux où on enregistre le plus grand nombre d'ordonnances et les trois quarts des participants ont reçu une prescription de timbres transdermiques inférieure ou équivalente à quatre semaines.

3.4 LES POINTS SAILLANTS

- ↳ Dans le Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT), les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique (PCAP) sont présentées comme une stratégie d'intervention pour aider les fumeurs dans leur démarche de cessation.
- ↳ Entre octobre 2000 et décembre 2004, 1 747 515 ordonnances ont été délivrées à des participants au régime d'assurance médicaments du Québec. Pour l'ensemble de cette période, ces ordonnances représentent un coût RAMQ de 55 465 387 \$.
- ↳ Chez les fumeurs qui ont utilisé une aide pour arrêter de fumer (pharmacologique ou non), les TRN représentent l'aide la plus fréquemment utilisée. Depuis la fin des années 1990, on observe une augmentation des ordonnances de TRN.
- ↳ Depuis 2001, entre 5 et 6 % des participants au régime d'assurance médicaments ont reçu au moins une prescription d'une aide pharmacologique à l'arrêt tabagique, cette proportion fluctuant entre 10 et 12 % parmi les prestataires d'assistance-emploi.
- ↳ Par rapport à l'année 2002, on observe pour 2003 et 2004 une baisse du nombre de participants au PCAP.
- ↳ Les timbres transdermiques constituent de loin le médicament d'aide à l'arrêt tabagique le plus souvent prescrit. Le nombre de prescriptions de bupropion (Zyban^{MD}) a chuté considérablement depuis 2001.
- ↳ La durée moyenne du traitement suivi par les participants au régime d'assurance médicaments du Québec est inférieure à celle recommandée par les lignes directrices médicales.

4 EFFET DU REMBOURSEMENT DES AIDES PHARMACOLOGIQUES SUR L'ABANDON DU TABAC

4.1 LA COUVERTURE DES AIDES PHARMACOLOGIQUES A L'ARRET TABAGIQUE : UNE MESURE ENCORE PEU REPANDUE

Les coûts reliés à l'utilisation des thérapies de sevrage de la nicotine peuvent représenter un obstacle à leur utilisation, principalement parmi les personnes les plus démunies qui ne bénéficient pas d'assurance. Pour plusieurs auteurs, cet obstacle peut constituer un frein important dans la décision d'amorcer un processus d'abandon du tabac (Hopkins, 2001b; Kunz, 2000; Pierce, 1995; Schaffer, 1993). Pour Hopkins et Fielding (2001a), l'efficacité clinique démontrée des médicaments d'aide à l'arrêt tabagique et leur rentabilité économique reconnue, justifient qu'ils soient couverts par les régimes d'assurance maladie publics et privés, en tout ou en partie (Kaper, 2005; McDonald, 2003).

Cependant, encore peu de pays ont inscrit ces aides pharmacologiques dans leur programme de couverture d'assurance-médicaments. Au Canada, seul le Québec a adopté une mesure offrant le remboursement total ou partiel (dépendant des assurés) des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique. En Europe, l'Irlande et la Grande-Bretagne (McEwen, 2004; Tilson, 2004) offrent le remboursement depuis le début des années 2000 aux détenteurs d'une carte d'assurance maladie gouvernementale. Aux États-Unis, la couverture des médicaments d'aide au sevrage tabagique était offerte dans 46 États (State Medicaid Coverage) au début de 2002 (CDC, 2004). C'est en 1996 que certains traitements pharmacologiques à l'arrêt tabagique ont commencé à être couverts dans certains États américains; cependant, le type de couverture offerte varie d'un état à l'autre. Selon l'État, l'ensemble ou une partie des médicaments sont couverts; certains n'offrent la couverture qu'à une catégorie particulière de fumeurs alors que chez d'autres une participation aux coûts des médicaments est demandée aux bénéficiaires. Selon les *Centers for Diseases Control and Prevention* (2004), la participation aux coûts des traitements pharmacologiques a pour effet d'en diminuer l'usage, particulièrement chez les populations à faible revenu.

4.2 LE REMBOURSEMENT DES AIDES PHARMACOLOGIQUES : UN EFFET POSITIF SUR L'ARRET TABAGIQUE

Encore très peu d'études se sont intéressées à l'impact du remboursement total ou partiel de ces médicaments sur le taux d'abandon ou encore sur le nombre de fumeurs qui initient un processus d'arrêt tabagique. La plupart des études existantes ne tiennent pas compte du remboursement des médicaments uniquement, mais combinent à cela la prise en charge d'autres aides à l'arrêt tabagique (*counselling* bref et intensif, par exemple).

Des études réalisées aux États-Unis (Schauffler, 2001; Curry et coll., 1998; Johnson et coll., 1991; Hughes et coll., 1991; Cox, 1990;) et une autre en France (Kuntz, 2000), montrent que la prise en charge totale ou partielle des coûts des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique accroît significativement le nombre de tentatives d'arrêt ou l'abstinence. Les résultats d'une étude réalisée, par ailleurs, en Grande-Bretagne (Dey, 1999) n'ont cependant pas permis de tirer des conclusions claires concernant l'impact du remboursement.

Hughes coll., (1991), dans une étude réalisée auprès d'un échantillon d'une population américaine à faible revenu (n=106 fumeurs) ont montré, dans un premier temps, que les personnes ayant reçu gratuitement des gommes à la nicotine et celles ayant défrayé soit 6 \$, soit 20 \$ par boîte avaient, sans distinction, utilisé cette thérapie de remplacement sur une période toute aussi longue pour les uns comme pour les autres. C'est cependant dans la poursuite de l'abstinence qu'apparaissent les différences. Ainsi, après six mois de suivi, le taux d'abstinence était de 19 % dans le groupe où la gomme était offerte gratuitement alors qu'il n'était plus que de 6 % et de 8 % dans les deux groupes devant déboursier pour la gomme.

De leur côté, Curry coll. (1998) ont comparé l'effet de quatre types de couverture sur le taux d'arrêt tabagique auprès de 90 000 salariés de sept entreprises : le plan standard offrait le remboursement de 50 % de l'aide comportementale et la gratuité des TRN; le plan réduit, le remboursement de 50 % des coûts de l'aide comportementale et des TRN; le plan partiel, le remboursement de 50 % des TRN et la gratuité de l'aide comportementale et le dernier plan, la prise en charge à 100 % de l'aide comportementale et des TRN. Les résultats montrent une utilisation plus importante des services d'arrêt tabagique parmi les salariés bénéficiant d'une prise en charge à 100 % (10 % comparés à 2,4 % parmi les salariés bénéficiant du plan réduit) et un pourcentage annuel plus élevé de fumeurs qui s'arrêteront de fumer (2,8 % comparés à 0,7 % parmi les salariés avec un plan réduit).

Les résultats de l'étude de Schauffer coll. (2001) montrent également un effet bénéfique de la prise en charge des aides à l'arrêt tabagique. Il s'agit d'un essai expérimental randomisé : un groupe recevant seulement des outils d'aide à l'arrêt tabagique (vidéo et dépliants) et un groupe bénéficiant des mêmes outils, plus une prise en charge à 100 % pour les TRN et une thérapie comportementale de groupe. Le taux d'abstinence après un an de suivi était significativement plus élevé dans le groupe couvert à 100 % (18 % comparés à 13 % pour le groupe témoin). Les pourcentages de tentatives d'arrêt et d'utilisation de TRN étaient également plus élevés parmi le groupe couvert à 100 %.

Une autre étude, américaine, et quasi expérimentale (Alberg, 2004), montre que l'ajout de la gratuité des timbres transdermiques à un programme de thérapie comportementale était associé à une plus grande participation au programme et à un accroissement significatif du taux d'abstinence à court terme (six semaines), mais pas à long terme (six mois). Selon les auteurs, le taux d'abstinence à long terme parmi les personnes qui ont bénéficié de la gratuité des TRN pourrait être amélioré si les participants poursuivaient l'utilisation des TRN au-delà des six semaines du programme.

L'étude française (Kuntz, 2000) visait, pour sa part, à évaluer l'impact de la prise en charge gratuite des TRN. Elle s'est déroulée dans des centres d'examens de santé (CES) desservant une population de milieux plus défavorisés. Elle a rejoint 4 848 personnes ayant accepté une démarche de sevrage proposée par les CES selon la répartition suivante : 39 % (1 890) dans le groupe gratuit, 16,4 % (795) dans le groupe payant, 47,8 % (2 317) dans le groupe témoin. Aucune aide pharmacologique n'était proposée aux participants du groupe témoin. Après le suivi de six mois, 1 273 participants ont été retracés sur les 4 848 ayant accepté de participer à la recherche : 420 dans le groupe « gratuit », 72 dans le groupe « payant » et 699 du groupe « témoin ». Du groupe « gratuit », 30 % des répondants (128/420) étaient demeurés abstinents en comparaison avec 15 % (11/72) pour le groupe « payant ». Du groupe « témoin », 10 % (82/781) soutenaient être toujours en cessation tabagique.

4.3 LES POINTS SAILLANTS

- ↳ La couverture des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique est une mesure encore peu répandue dans le monde.
- ↳ Les études qui ont mesuré l'impact d'un remboursement ou de la gratuité des aides pharmacologiques sur les tentatives de cessation tabagique montrent, pour la plupart d'entre elles, un effet positif sur le taux d'utilisation des aides et le nombre de tentatives de cessation. Elles démontrent aussi un effet positif sur le taux d'abstinence de ceux qui ont eu recours à ces aides.

CONCLUSION

Au cours des dernières années, le Québec a adopté plusieurs stratégies pour lutter contre le tabagisme. Ces stratégies ont incité plusieurs fumeurs à envisager l'abandon du tabac. Cependant, malgré une baisse générale du nombre de fumeurs, on constate que près d'une personne sur quatre continue à fumer; que le tabagisme est plus prépondérant parmi les groupes plus défavorisés; que les jeunes continuent à s'initier très tôt et que l'usage du tabac constitue l'un des comportements les plus dommageables pour la santé des individus et des communautés.

Les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique sont des outils importants dans la lutte contre le tabagisme. Elles aident le fumeur dans son processus d'abandon du tabac en diminuant les symptômes de sevrage. Au Québec, près de la moitié des fumeurs (44%) qui s'engagent dans une démarche d'arrêt tabagique ont recours à l'un de ces produits.

Le PCAP est en place depuis 2001. Il fait partie d'un ensemble de mesures qui visent à la fois à restreindre l'utilisation du tabac (législation), à prévenir le tabagisme (prévention et promotion) et à soutenir les efforts de fumeurs qui désirent en abandonner l'usage (soutien et traitement). Le PCAP entre dans cette dernière catégorie.

Lors de l'inclusion de cette mesure, les études sur l'efficacité de ces produits permettaient d'envisager des effets bénéfiques auprès de la population. Depuis, d'autres études ont permis de mettre en lumière non seulement l'efficacité des produits eux-mêmes, mais également l'impact positif de la gratuité ou du remboursement des aides pharmacologiques auprès des fumeurs.

Le gouvernement du Québec prévoit poursuivre sa lutte au tabagisme au cours des prochaines années, entre autres par un resserrement de sa réglementation. Par exemple, l'implantation en 2006 de nouvelles mesures de restriction, dans le cadre de la *Loi sur le tabac*, limitera considérablement l'usage du tabac dans les lieux publics. Ce type de mesure a déjà prouvé son efficacité et comporte de nombreux effets positifs (ex. : amélioration de la qualité de l'environnement; baisse de la quantité de cigarettes fumées quotidiennement chez les fumeurs). Cependant, elle peut comporter des effets non souhaités, par exemple l'isolement et la stigmatisation des fumeurs. Il importe donc d'offrir à ces derniers un soutien dans leurs démarches de cessation du tabagisme comme le programme de couverture des aides pharmacologiques.

À la fin de cette première partie, nous retenons que :

- les aides pharmacologiques (timbres, gommes et Zyban^{md}) ont prouvé leur efficacité comme mesures d'aide à la cessation du tabagisme. La plupart des études, réalisées à ce jour, mettent en évidence l'efficacité des aides pharmacologiques dans le traitement du tabagisme, le taux de succès étant généralement significativement plus élevé qu'avec un placebo ou un autre traitement;

- l'accès gratuit à ces produits, analysé dans certaines études américaines et européennes, constitue une plus-value à leur utilisation en plus de favoriser une plus grande motivation au sevrage;
- des analyses économiques coûts/efficacité américaines ou européennes ont permis de démontrer que les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique s'avéraient efficaces dans un processus d'abandon des habitudes tabagiques. Considérant les résultats de ces analyses, certains chercheurs américains préconisent l'inclusion des aides pharmacologiques dans les plans de couvertures d'assurances-médicaments publics et/ou privés. De plus, des analyses comparatives entre diverses approches préventives, notamment des thérapies hypocholestérolémiantes ou hypotensives, ont démontré que les aides pharmacologiques entraînaient des coûts inférieurs;
- le régime public du PCAP a rejoint un nombre non négligeable de fumeurs au Québec depuis son instauration. Les premiers résultats tendent à montrer que les fumeurs bénéficiant de l'assistance emploi, et donc d'un remboursement plus élevé, ont recours plus fréquemment aux aides pharmacologiques que les autres bénéficiaires du régime public. Puisque ces aides constituent une mesure de soutien efficace pour les personnes qui souhaitent cesser de fumer, ce premier résultat représente une première retombée positive du régime public du PCAP. Parallèlement, on observe depuis 2003 une baisse significative du nombre d'ordonnances prescrites à des participants au régime d'assurance médicaments public. Les informations disponibles à ce jour ne permettent pas d'identifier les facteurs associés à cette baisse, tels que la baisse du taux de tabagisme, des changements dans la pratique médicale ou encore une désaffection des fumeurs en regard des aides pharmacologiques lors de tentatives d'arrêt tabagique.

Cette première phase de l'évaluation du PCAP a permis de mettre en lumière les connaissances scientifiques actuelles sur l'efficacité et l'efficience des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique, ainsi que de souligner certains résultats préliminaires quant à l'implantation du PCAP.

Les données québécoises disponibles liées à l'utilisation des aides pharmacologiques restent cependant partielles, qu'il s'agisse de l'utilisation de ces aides par les prescripteurs potentiels ou par les fumeurs ou ex-fumeurs. Ces informations ne permettent pas, cependant, de répondre à certaines questions que les résultats font surgir. Par exemple, quelle est l'évolution du nombre d'ordonnances remboursées par le régime d'assurance médicaments du Québec et les coûts associés? Quels sont les facteurs associés à cette évolution? Quel est le profil des utilisateurs de ces pharmacothérapies? Quels sont les obstacles à leur utilisation? Le remboursement augmente-t-il le nombre de fumeurs qui initient un processus de renoncement au tabac, le nombre d'ex-fumeurs? Le remboursement facilite-t-il le processus de cessation tabagique chez les fumeurs selon leurs conditions socioéconomiques? Le remboursement des aides pharmacologiques permet-il aux professionnels de la santé d'aborder plus facilement la question de l'arrêt tabagique?

Des analyses détaillées de la base de données du régime d'assurance médicaments du Québec concernant les aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique et des études auprès des utilisateurs (fumeurs, ex-fumeurs et prescripteurs) de ces aides, permettront de répondre à ces différentes questions qui devraient faire l'objet de la deuxième phase de l'évaluation du PCAP.

BIBLIOGRAPHIE

- Annesi-Maesano, I., Carton, S., Melihan-Cheinin, P., Slama, K. & Stoebner-Delbarre, A. (2003). *Tabagisme, prise en charge chez les étudiants*. Expertise collective Inserm., INSERM, Paris, 181 pages.
- Bernier, S., Brochu, D. (2000). Usage du tabac dans *Enquête sociale et de santé 1998*. Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3.
- Berny, J. C. & al. (2002). Les Marqueurs spécifiques du tabagisme. *Annales de Biologie Clinique*, 60(3), 263-72.
- Centers for Diseases Control and Prevention (CDCP) (2004). State Medicaid Coverage for Tobacco –Dependence Treatments. United States 1994-2002. *MMWR*, 53(03), 54-57.
- Cepeda-Benito, A., Reynoso, J. T. & Erath, S. (2004). Meta-analysis of the Efficacy of Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation: Differences between Men and Women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(4), 712-722.
- Coleman, T., Wynn, A., Barrett, S., Wilson, A. (2003). Discussion of NRT and other Antismoking Interventions in UK General Practitioners' Routine Consultations. *Nicotine Tob Res*, 5(2), 163-8.
- Collège des médecins du Québec (1999). *La Prévention et l'Abandon du tabagisme – Lignes directrices*. Collège des médecins du Québec et DSP Montréal-Centre, Montréal, 19 pages.
- Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (2005). *Association des pharmaciens du Canada*, Ottawa, 2 800 p.
- Copeland, L. (2003). An Exploration of the Problems Faced by Young Women Living in Disadvantaged Circumstances if They Want to Give up Smoking: Can More be Done at General Practice Level? *Fam. Pract.*, 4, 393-400.
- Cornuz, J., Pinget, C., Gilbert, A. & Paccaud, F. (2003). Cost-effectiveness Analysis of the First-line Therapies for Nicotine Dependence. *Eur J Clin Pharmacol.*, 59(3), 201-6.
- Cox, J. L. & McKenna, J. P. (1990). Nicotine Gum: Does Providing it Free in a Smoking Cessation Program Alter Success Rates? *J Fam Pract*, 31, 278-80.
- Cromwell, J., Bartosch, W. J., Fiore, M. C., Hasselblad, V. & Baker, T. (1997). Cost-effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPH Guideline for Smoking Cessation. *JAMA*, 278(21), 1759-66.
- CROP (2004). *Suivi du sondage relative aux habitudes d'usage du tabac, automne 2003*. Rapport de recherche présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Curry, S. J., Grothaus, L. C., McAfee, T. & Pabiniak, C. (1998). Use and Cost effectiveness of Smoking Cessation Services Under Four Insurance Plans in a Health Maintenance Organization. *N Engl J Med*, 339, 673-9.

- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. & Sutherland, I. (2004) Mortality in Relation to Smoking: 50 Years' Observations on Male British Doctors. *BMJ*. 328(7455),1519.
- Dubé, G. (2005) «Prévalence du tabagisme» dans *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002?*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3, p.41-93.
- Dupont, M., Pampalon, R. & Hamel, D. (2004). *Inégalités sociales et mortalité des femmes et des hommes atteints de cancer au Québec, 1994-1998*. Institut national de santé publique du Québec, ISBN 2-550-43390-4.
- Éditeur officiel du Québec (1998). *L.R.Q., chapitre T-0.01 LOI SUR LE TABAC*.
- Etter, J.F., Trinh Vu Duc, Perneger, T. V. (1999) Validity of the Fagerström Test for Nicotine Dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers *Addiction*(94), 269-281.
- Ezzati M. & Lopez A.D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 362, 847-52.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., Cohen, S. J. & al. (2000) *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Services.
- Geller, A. (1996). *Common addictions*, Clinical Symposia, Ciba, N°3.
- Gilman, S. E., Abrams, D. B. & Buka, S. L. (2003). Socioeconomic Status Over the Life Course and Stages of Cigarette Use: Initiation, Regular Use, and Cessation. *J Epidemiol Community Health*, 57, 802-08.
- Gilmore, J. Report on smoking prevalence in Canada, 1985 to 2001. Statistiques Canada, Catalogue 82F0077XIE, 2002.
- Godfrey C & Fowler G (2002). Pharmacoeconomic considerations in the management of smoking cessation. *Drugs*, 62 Suppl 2 : 63-70.
- Gomez-Zamudio, M. (2003). *Rapport d'évaluation du concours pour la cessation tabagique, Défi « J'arrête, j'y gagne » pour l'année 2002*. Montréal, 46 pages.
- Gomez-Zamudio, M. (2004b). *Rapport d'évaluation du concours pour la cessation tabagique, Défi "J'arrête, j'y gagne » pour l'année 2003*, Montréal, 66 pages.
- Gomez-Zamudio, M., Renaud, L., Labrie, L., Massé, R., Pineau, G. & Gagnon, L. (2004a). Role of Pharmacological Aids and Social Supports in Smoking Cessation Associated With Quebec's Quit and Win Campaign. *Preventive Medicine*, 38, 662-667.
- Guérin, D., Guyon, L., Laguë, J., Gillet, M., (sous presse). La fumée de tabac secondaire. Recension des écrits scientifiques. Institut national de santé publique du Québec. Québec.

- Guérin, D., Tremblay, M., Mbuyi, K., Jukic, D., Pelletier, P. & Martel, C. (2005) *Révision de la loi sur le tabac – Québec 2005*. Mémoire présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux. Institut national de santé publique du Québec.
- Hammond, D., McDonald, P. W., Fong, G. T. & Borland, R. (2004). Do Smokers Know How to Quit? Knowledge and Perceived Effectiveness of Cessation Assistance as Predictors of Cessation Behaviour. *Addiction*, 99(8), 1042-8.
- Heatherton, T. F., Koslowski, L. T., Frecker, R. C., Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 86, 1119-27.
- Heneman, B. (2003). *Prévalence du tabagisme au Québec : Qu'en est-il?* Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Hopkins, D. P., Fielding, J. E. & The Task Force on Community Preventive Services. (2001a) The Guide to Community Preventive Services: Tobacco Use Prevention and Control, *Am J Prev Med*. 20(2 Suppl).
- Hopkins, D. P., Briss, P. A., Ricard, C. J. & al. (2001b). Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke: Guide to Community Preventive Service. *Am J Prev Med*. 20(2 Suppl), 16-66, Review.
- Hughes, J. R., Wadland, W. C., Fenwick, J. W., Lewis, J. & Bickel, W. K. (1991). Effect of Cost on the Self-administration and Efficacy of Nicotine Gum: A Preliminary Study. *Prev Med*, 20, 486-96.
- Jefferis, B. J., Power, C., Graham, H. & Manor, O (2004). Changing Social Gradients in Cigarette Smoking and Cessation Over two Decades of Adult Follow-up in a British Birth Cohort. *J Public Health*, 26(1), 13-8.
- Jefferis, B. J., Power, C., Graham, H. & Manor, O. (2004). Effects of Childhood Socioeconomic Circumstances on Persistent Smoking. *Am J Public Health*, 94(2), 279-85.
- Johnson, R. E., Hollis, J. F., Stevens, V. J. & Woodson, G. T. (1991). Patterns of Nicotine Gum Use in a Health Maintenance Organization. *DICP*, 25, 730-5.
- Jorenby, D. E., Leischow, S. J., Nides, M. A., Rennard, S. I, Johnston, J. A., Hughes, A. R., Smith, S. S., Muramoto, M. L., Daughton, D. M., Doan, K., Fiore, M. C. & Baker, T. B. (1999). A Controlled Trial of Sustained-release Bupropion, a Nicotine Patch, or Both for Smoking Cessation. *N. Engl J Med.*, 340(9), 685-91.
- Jorenby, D. (2002). Clinical Efficacy of Bupropion in the Management of Smoking Cessation. *Drugs*, 62(Suppl 2), 25-35
- Kaper, J., Wagena, E. J. , Willemsen, M. C., van Schayck, C. P. (2005) Reimbursement for smoking cessation treatment may double the abstinence rate : results of a randomized trial. *Addiction*(100), 1012-1020.

- Kunst, A., Giskes, K. & Mackenbach, J. (2004). *Socio-economic Inequalities in Smoking in the European Union. Applying an Wquity Lens to Tobacco Control Policies*. EU Network on Interventions to Reduce Socio-economic Inequalities in Health. Department of Public Health, Erasmus Medical Center Rotterdam, Netherlands, 83p.
- Kuntz, C., Spyckerelle, Y., Giordanella, J. P. & Baudier, F. (2000). *Évaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiques pour le sevrage tabagique dans les Centres d'examens de santé*. Actes du Colloque, 11^e colloque des centres d'examen de santé, Nancy, 25-27 octobre 2000.
- Leaune, V., La Tour, S., Renaud, L., Paradis, G. (2003). *Prevention Counselling Practices Related to Cardiovascular Risk Factors in 20 Local Community Services Centers in Quebec: The Weakness of Primary Prevention*. American Public Health Association (APHA), 131st Annual Meeting
- Loiselle, J., Fortin, É. (2003). Prévalence du tabagisme. dans : B. Perron et J. Loiselle (dir.), *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire 2002*. Rapport d'analyse, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 2, p.43-62.
- Makomaski Illing, E. M. & Kaiserman, M.J. (2004). Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its Regions, 1998. *Can J Public Health, 2004, 95 (1) : 38-44*.
- Martin, P. (2002). *Les médicaments utilisés comme traitement anti-tabagique, période du 1^{er} octobre 2000 au 31 janvier 2002*. Service de la recherche et de l'analyse des programmes. Direction de l'analyse et de la gestion de l'information. Régie de l'assurance maladie du Québec
- McDonald, P. W, (2003) *Considerations and Rationale for a National Action Plan to Help Canadian Tobacco Users*. Toronto. Special Report Series, May.
- McElhathon, P.R., Bald, L.M., Pughe, K.R. (2000) The Use of Nicotine Replacement Therapy in Pregnancy. *The Pharmaceutical Journal, 265, 863-865*.
- McEwen, A., West, R., Owen, L. (2004). GP Prescribing of Nicotine Replacement and Bupropion to Aid Smoking Cessation in England and Wales. *Addiction, 99(11), 1470-4*.
- Milton, B., Cook, P. A., Dugdill, L., Porcellato, L., Springett, J. & Woods, S. E. (2004). Why do Primary School Children Smoke? A longitudinal Analysis Predictors of Smoking Uptake During Pre-adolescence. *Public Health, 118(4), 247-55*.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2001). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*. Québec, ISBN 2-550-38245-5, 28 pages.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2002). *Plan québécois d'abandon du tabac*. Document de travail.
- National Institutes of Health (NIH) (1994) *Tobacco and the Clinician: Interventions for Medical and Dental Practice*. NIH Pub. No 94-3693. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health.

- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2004). *Tabac et pauvreté : Un cercle vicieux*. OMS, Genève : Suisse, Août 2004, 13 pages.
- Peto, R. & al. (1994). *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*. Oxford (Angleterre), Oxford University Press.
- Pierce, J. P., Gilpin, E. & Farkas, A. J. (1995). Nicotine Patch Use in the General Population: Results from the 1993 California Tobacco Survey. *J Natl Cancer Inst.* 87(2), 87-93.
- Raw, M., McNeil, A., Watt, J. & Raw, D. (2001). National smoking cessation services at risk (editorial). *BRM Med J*, 323, 1140-1141.
- Reid, R., Coyle, D., Papadakis, S. & Boucher, K. (2004). *Nicotine Replacement Therapies in Smoking Cessation – A review of Evidence and Policy Issues*. Canadian Council on Tobacco Control, Ottawa, 28 pages.
- Santé Canada. (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*.
- Service de lutte contre le tabagisme de la Direction générale de la santé publique. *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique. Québec 28 pages.
- Schauffer, H. H. & Parkinson, M. D. (1993). Health Insurance Coverage for Smoking Cessation Services. *Health Education Quarterly*, 20(2), 185-206.
- Schauffer, H. H., McMenamin, S., Olson, K., Boyce-Smith, G., Rideout, J. A. & Kamil, J. (2001). Variations in Treatment Benefits Influence Smoking Cessation: Results of a Randomised Controlled Trial. *Tobacco Control*, 10, 175-180.
- Shields, M. (2004). *Un pas en avant, un pas en arrière : abandon du tabac et rechute*. Statistique Canada, catalogue 82-618-MWF
- Silagy, C. & al. (2000). *Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation*. Cochrane Review.
- Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D. & Fowler, G. (2004). *Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation (Cochrane Review)*. In: The Cochrane Library, Issue 3, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Single, E., Robson, L., Xiaodi, X. & Jürgen, R. (1996). *Le coût de l'abus de substances au Canada*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.
- Song, F., Raftery, J., Aveyard, P., Hyde, C., Barton, P. & Woolacott, N. (2002). Cost-effectiveness of Pharmacological Interventions for Smoking Cessation: A Literature Review and a Decision Analytic Analysis. *Med Decis Making.*, 22(5 suppl), S26-37.
- Stapleton, J. A., Lowin, A. & Russell, M. A. (1999). Prescription of Transdermal Nicotine Patches for Smoking Cessation in General Practice: Evaluation of Cost-effectiveness. *Lancet*, 354(9174), 210-5.

- Statistique Canada (2004). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (section sur les foyers).
- Statistique Canada (2002-2003). *Enquête nationale sur la santé des populations (ENSP)*.
- Tengs, T. O., Adams, M. E., Pliskin, J. S., Safran, D. G., Siegel, J. E., Weinstein, M. C. & Graham, J. D. (1995). Five-Hundred Life-Saving Interventions and Their Cost-Effectiveness. *Risk Analysis*, 15(3), 370-90.
- Thorndike, A. N., Biener, L. & Rigotti, N. A. (2002). Effect on Smoking Cessation of Switching Nicotine Replacement Therapy to Over-the-Counter Status. *Am J Public Health*. 92(3), 437-42.
- Tilson, L., Bennett, K. & Barry, M. (2004). Prescribing Trends for Nicotine Replacement Therapy in Primary Care. *Ir Med J.*, 97(9), 270-3.
- Tremblay, M. & Lacroix, C. (2000). Controverses sur les traitements antitabagiques. Des experts se prononcent. *Le clinicien*, 15(4), 114-40.
- Tremblay, M. & Gervais, A. (2001). *Interventions en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec*. Institut national de santé publique du Québec. Montréal. 52 pages.
- Van den Bruel, A., Cleemput, I., Van Linden, A., Schoefs, D., Ramaekers, D. & Bonneux, L. (2004). *Efficacité et rentabilité des thérapies du sevrage tabagique*. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Bruxelles, Belgique, KCE reports vol. 1B.
- Woolacott, N. F. & al. (2002). *The Clinical Effectiveness and Cost-effectiveness of Bupropion and Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation: A Systematic Review and Economic Evaluation*. Health Technology Assessment, NHS R&D HTA Programme, University of Southampton, 257 pages.

ANNEXE

COÛT DU PROGRAMME DE 2001 À 2003

ANNEXE - COÛT DU PROGRAMME DE 2001 À 2003

Tableau 1A Coût brut des remboursements pour les aides pharmacologiques, selon la catégorie de personne assurée, le type de médicament, le sexe et le groupe d'âge

	2000 ^{1,2}	2001 ¹	2002 ³	2003 ³	Total
Coût brut	4 784 334 \$	16 473 784 \$	19 038 854 \$	15 496 629 \$	55 793 601 \$
Coût et répartition selon la catégorie de personne assurée (pourcentage) ⁴					
PAE	1 968 729 \$ (41,1 %)	5 714 748 \$ (34,7 %)	6 535 297 \$ (34,3 %)	5 528 273 \$ (35,7 %)	19 747 047 \$ (35,4 %)
PA	742 578 \$ (15,5 %)	2 319 418 \$ (14,1 %)	586 697 \$ (13,6 %)	2 277 771 \$ (14,7 %)	7 926 464 \$ (14,2 %)
ADH	2 073 028 \$ (43,3 %)	8 439 618 \$ (51,2 %)	9 916 859 \$ (52,1 %)	7 690 585 \$ (49,6 %)	28 120 090 \$ (50,4 %)
Selon le médicament (%)					
Bupropion	39,5 %	15,9 %	4,4 %	4,1 %	10,7 %
Timbre	60,3 %	83,2 %	94,3 %	94,5 %	88,1 %
Gomme	0,2 %	1,0 %	1,3 %	1,4 %	1,1 %
Selon sexe (%)⁵					
Femme	56,5 %	56,3 %	57,2 %	57,1 %	
Homme	43,5 %	43,6 %	42,8 %	42,9 %	
Selon l'âge (%)⁵					
18 ans et moins	0,6 %	1,2 %	1,1 %	1,1 %	
19 - 24 ans	3,8 %	6,3 %	5,4 %	5,0 %	
25 - 34 ans	10,1 %	13,5 %	12,9 %	12,4 %	
35 - 44 ans	20,6 %	22,8 %	21,6 %	20,0 %	
45 - 54 ans	24,8 %	23,4 %	23,8 %	24,0 %	
55 - 64 ans	24,3 %	19,4 %	20,7 %	21,7 %	
65 - 74 ans	13,6 %	11,5 %	12,1 %	13,1 %	
75 - 84 ans	2,1 %	1,8 %	2,4 %	2,7 %	
85 ans et plus	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	

1 Rapport de P. Martin (2002), RAMQ.

2 Trois derniers mois de 2000, soit depuis l'entrée en vigueur du programme.

3 Données récentes de la RAMQ, 2004.

4 PAE : Prestataires de l'assistance emploi; PA : Personnes âgées de 65 ans et plus; ADH : Adhérents.

5 Le total ne peut être calculé puisque certains participants peuvent avoir reçu une ordonnance annuelle sur plusieurs années.

