

Année 2020

2020 TOU3 1103

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement
par

Sébastien HUOT

Le 13 octobre 2020

**Impact du remboursement des substituts nicotiques par la sécurité
sociale sur leur délivrance dans la population en situation de précarité
dans l'ancienne région Midi-Pyrénées**

Directeur de thèse : Dr Jordan BIREBENT

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Madame le Professeur Agnès SOMMET

Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT

Monsieur le Docteur Jean-Paul BOYES

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| Doyen Honoraire | M. CHAP Hugues | Professeur Honoraire | M. MANSAT Michel |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard | Professeur Honoraire | M. MASSIP Patrice |
| Doyen Honoraire | M. LAZORTHES Yves | Professeur Honoraire | Mme MARTY Nicole |
| Doyen Honoraire | M. PUEL Pierre | Professeur Honoraire | M. MAZIERES Bernard |
| Doyen Honoraire | M. ROUGE Daniel | Professeur Honoraire | M. MONROZIES Xavier |
| Doyen Honoraire | M. VINEL Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. MOSCOVICI Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ABBAL Michel | Professeur Honoraire | M. MURAT |
| Professeur Honoraire | M. ADER Jean-Louis | Professeur Honoraire associé | M. NICODEME Robert |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS Louis | Professeur Honoraire | M. OLIVES Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Jacques | Professeur Honoraire | M. PASCAL Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Philippe | Professeur Honoraire | M. PESSEY Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ARLET-SUAU Elisabeth | Professeur Honoraire | M. PLANTE Pierre |
| Professeur Honoraire | M. ARNE Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. PONTONNIER Georges |
| Professeur Honoraire | M. BARRET André | Professeur Honoraire | M. POURRAT Jacques |
| Professeur Honoraire | M. BARTHE Philippe | Professeur Honoraire | M. PRADERE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD Francis | Professeur Honoraire | M. PRIS Jacques |
| Professeur Honoraire | M. BOCCALON Henri | Professeur Honoraire | Mme PUEL Jacqueline |
| Professeur Honoraire | M. BONAFÉ Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. PUEL Pierre |
| Professeur Honoraire | M. BONEU Bernard | Professeur Honoraire | M. PUJOL Michel |
| Professeur Honoraire | M. BONNEVILLE Paul | Professeur Honoraire | M. QUERLEU Denis |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHOURS Jean-Paul | Professeur Honoraire | M. RAILHAC Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. BOUTAULT Franck | Professeur Honoraire | M. REGIS Henri |
| Professeur Honoraire Associé | M. BROS Bernard | Professeur Honoraire | M. REGNIER Claude |
| Professeur Honoraire | M. BUGAT Roland | Professeur Honoraire | M. REME Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. CAHUZAC Jean-Philippe | Professeur Honoraire | M. RISCHMANN Pascal |
| Professeur Honoraire | M. CARATERO Claude | Professeur Honoraire | M. RIVIERE Daniel |
| Professeur Honoraire | M. CARLES Pierre | Professeur Honoraire | M. ROCHE Henri |
| Professeur Honoraire | M. CARRIERE Jean-Paul | Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CARTON Michel | Professeur Honoraire | M. ROLLAND Michel |
| Professeur Honoraire | M. CATHALA Bernard | Professeur Honoraire | M. ROQUE-LATRILLE Christian |
| Professeur Honoraire | M. CHABANON Gérard | Professeur Honoraire | M. RUMEAU Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. CHAMONTIN Bernard | Professeur Honoraire | M. SALVADOR Michel |
| Professeur Honoraire | M. CHAP Hugues | Professeur Honoraire | M. SALVAYRE Robert |
| Professeur Honoraire | M. CHAVOIN Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. SARRAMON Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CLANET Michel | Professeur Honoraire | M. SIMON Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CONTE Jean | Professeur Honoraire | M. SUC Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. COSTAGLIOLA Michel | Professeur Honoraire | M. THOUVENOT Jean-Paul |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT Jean | Professeur Honoraire | M. TREMOULET Michel |
| Professeur Honoraire | M. DABERNAT Henri | Professeur Honoraire | M. VALDIGUIE Pierre |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS Antoine | Professeur Honoraire | M. VAYSSE Philippe |
| Professeur Honoraire | M. DALY-SCHWEITZER Nicolas | Professeur Honoraire | M. VIRENQUE Christian |
| Professeur Honoraire | M. DAVID Jean-Frédéric | Professeur Honoraire | M. VOIGT Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. DELSOL Georges | | |
| Professeur Honoraire | Mme DELISLE Marie-Bernadette | | |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER Jacqueline | | |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS Jean | | |
| Professeur Honoraire | M. DUFFAUT Michel | | |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE M. | | |
| Professeur Honoraire | M. DURAND Dominique | | |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU Guy | | |
| Professeur Honoraire | M. ESCANDE Michel | | |
| Professeur Honoraire | M. ESCHAPASSE Henri | | |
| Professeur Honoraire | M. ESCOURROU Jean | | |
| Professeur Honoraire | M. ESQUERRE J.P. | | |
| Professeur Honoraire | M. FABIÉ Michel | | |
| Professeur Honoraire | M. FABRE Jean | | |
| Professeur Honoraire | M. FOURNIAL Gérard | | |
| Professeur Honoraire | M. FOURNIE Bernard | | |
| Professeur Honoraire | M. FORTANIER Gilles | | |
| Professeur Honoraire | M. FRAYSSE Bernard | | |
| Professeur Honoraire | M. FRETINOS Jacques | | |
| Professeur Honoraire | Mme GENESTAL Michèle | | |
| Professeur Honoraire | M. GERAUD Gilles | | |
| Professeur Honoraire | M. GHISOLFI Jacques | | |
| Professeur Honoraire | M. GOUZI Jean-Louis | | |
| Professeur Honoraire | M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard | | |
| Professeur Honoraire | M. HOFF Jean | | |
| Professeur Honoraire | M. JOFFRE Francis | | |
| Professeur Honoraire | M. LACOMME Yves | | |
| Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE Jacques | | |
| Professeur Honoraire | Mme LARENG Marie-Blanche | | |
| Professeur Honoraire | M. LARENG Louis | | |
| Professeur Honoraire | M. LAURENT Guy | | |
| Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Franck | | |
| Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Yves | | |
| Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE Paul | | |
| Professeur Honoraire | M. MAGNAVAL Jean-François | | |
| Professeur Honoraire | M. MANELFE Claude | | |
| | | Professeurs Emérites | |
| | | Professeur ADER Jean-Louis | |
| | | Professeur ALBAREDE Jean-Louis | |
| | | Professeur ARBUS Louis | |
| | | Professeur ARLET Philippe | |
| | | Professeur ARLET-SUAU Elisabeth | |
| | | Professeur BOCCALON Henri | |
| | | Professeur BOUTAULT Franck | |
| | | Professeur BONEU Bernard | |
| | | Professeur CARATERO Claude | |
| | | Professeur CHAMONTIN Bernard | |
| | | Professeur CHAP Hugues | |
| | | Professeur CONTÉ Jean | |
| | | Professeur COSTAGLIOLA Michel | |
| | | Professeur DABERNAT Henri | |
| | | Professeur FRAYSSE Bernard | |
| | | Professeur DELISLE Marie-Bernadette | |
| | | Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard | |
| | | Professeur JOFFRE Francis | |
| | | Professeur LAGARRIGUE Jacques | |
| | | Professeur LARENG Louis | |
| | | Professeur LAURENT Guy | |
| | | Professeur LAZORTHES Yves | |
| | | Professeur MAGNAVAL Jean-François | |
| | | Professeur MANELFE Claude | |
| | | Professeur MASSIP Patrice | |
| | | Professeur MAZIERES Bernard | |
| | | Professeur MOSCOVICI Jacques | |
| | | Professeur MURAT | |
| | | Professeur ROQUES-LATRILLE Christian | |
| | | Professeur SALVAYRE Robert | |
| | | Professeur SARRAMON Jean-Pierre | |
| | | Professeur SIMON Jacques | |

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

| P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe | | P.U. - P.H. 2ème classe | |
|---|---|--|---|
| M. ACAR Philippe | Pédiatrie | M. AUSSEIL Jérôme | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. ACCADBLED Franck | Chirurgie Infantile | M. BERRY Antoine | Parasitologie |
| M. ALRIC Laurent (C.E) | Médecine Interne | M. BOUNES Vincent | Médecine d'urgence |
| Mme ANDRIEU Sandrine | Epidémiologie | Mme BOURNET Barbara | Gastro-entérologie |
| M. ARBUS Christophe | Psychiatrie | M. CHAPUT Benoit | Chirurgie plastique et des brûlés |
| M. ARNAL Jean-François | Physiologie | Mme DALENC Florence | Cancérologie |
| Mme BERRY Isabelle (C.E) | Biophysique | M. DECRAMER Stéphane | Pédiatrie |
| M. BONNEVILLE Fabrice | Radiologie | M. FAGUER Stanislas | Néphrologie |
| M. BUJAN Louis (C. E) | Urologie-Andrologie | Mme FARUCH BILFELD Marie | Radiologie et imagerie médicale |
| Mme BURA-RIVIERE Alessandra | Médecine Vasculaire | M. FRANCHITTO Nicolas | Addictologie |
| M. BUSCAIL Louis (C.E) | Hépto-Gastro-Entérologie | Mme GARDETTE Virginie | Epidémiologie |
| M. CANTAGREL Alain (C.E) | Rhumatologie | M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio | Chirurgie Plastique |
| M. CARON Philippe (C.E) | Endocrinologie | Mme LAPRIE Anne | Radiothérapie |
| M. CHAUFOUR Xavier | Chirurgie Vasculaire | Mme LAURENT Camille | Anatomie Pathologique |
| M. CHAYNES Patrick | Anatomie | M. LE CAIGNEC Cédric | Génétique |
| M. CHIRON Philippe (C.E) | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie | M. LEANDRI Roger | Biologie du dével. et de la reproduction |
| M. CONSTANTIN Arnaud | Rhumatologie | M. MARCHEIX Bertrand | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. COURBON Frédéric | Biophysique | M. MEYER Nicolas | Dermatologie |
| Mme COURTADE SAIDI Monique | Histologie Embryologie | M. MUSCARI Fabrice | Chirurgie Digestive |
| M. DAMBRIN Camille | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire | M. REINA Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. DELABESSE Eric | Hématologie | M. SILVA SIFONTES Stein | Réanimation |
| M. DELOBEL Pierre | Maladies Infectieuses | M. SOLER Vincent | Ophthalmologie |
| M. DELORD Jean-Pierre | Cancérologie | Mme SOMMET Agnès | Pharmacologie |
| M. DIDIER Alain (C.E) | Pneumologie | Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E) | Thérapeutique | M. TACK Ivan | Physiologie |
| M. ELBAZ Meyer | Cardiologie | M. VERGEZ Sébastien | Oto-rhino-laryngologie |
| M. GALINIER Michel (C.E) | Cardiologie | M. YSEBAERT Loic | Hématologie |
| M. GLOCK Yves (C.E) | Chirurgie Cardio-Vasculaire | | |
| Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel | Anatomie Pathologique | P.U. Médecine générale | |
| M. GOURDY Pierre | Endocrinologie | Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve | |
| M. GRAND Alain (C.E) | Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention | | |
| M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E) | Chirurgie plastique | Professeur Associé de Médecine Générale | |
| Mme GUIMBAUD Rosine | Cancérologie | M. BOYER Pierre | |
| Mme HANAIRE Hélène (C.E) | Endocrinologie | | |
| M. HUYGHE Eric | Urologie | | |
| M. KAMAR Nassim (C.E) | Néphrologie | | |
| M. LARRUE Vincent | Neurologie | | |
| M. LEVADE Thierry (C.E) | Biochimie | | |
| M. MALECAZE François (C.E) | Ophthalmologie | | |
| M. MARQUE Philippe | Médecine Physique et Réadaptation | | |
| M. MAURY Jean-Philippe | Cardiologie | | |
| Mme MAZEREUEW Juliette | Dermatologie | | |
| M. MINVILLE Vincent | Anesthésiologie Réanimation | | |
| M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) | Psychiatrie Infantile | | |
| M. RITZ Patrick (C.E) | Nutrition | | |
| M. ROLLAND Yves (C.E) | Gériatrie | | |
| M. ROUGE Daniel (C.E) | Médecine Légale | | |
| M. ROUSSEAU Hervé (C.E) | Radiologie | | |
| M. ROUX Franck-Emmanuel | Neurochirurgie | | |
| M. SAILLER Laurent | Médecine Interne | | |
| M. SCHMITT Laurent (C.E) | Psychiatrie | | |
| M. SENARD Jean-Michel (C.E) | Pharmacologie | | |
| M. SERRANO Elie (C.E) | Oto-rhino-laryngologie | | |
| M. SOULAT Jean-Marc | Médecine du Travail | | |
| M. SOULIE Michel (C.E) | Urologie | | |
| M. SUC Bertrand | Chirurgie Digestive | | |
| Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) | Pédiatrie | | |
| Mme URO-COSTE Emmanuelle | Anatomie Pathologique | | |
| M. VAYSSIERE Christophe | Gynécologie Obstétrique | | |
| M. VELLAS Bruno (C.E) | Gériatrie | | |
| Professeur Associé de Médecine Générale | | | |
| M. STILLMUNKES André | | | |

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H.

| | |
|-----------------------------|---|
| M. ABBO Olivier | Chirurgie infantile |
| M. APOIL Pol Andre | Immunologie |
| Mme ARNAUD Catherine | Epidémiologie |
| Mme BERTOLI Sarah | Hématologie, transfusion |
| M. BIETH Eric | Génétique |
| Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie | Nutrition |
| Mme CASSAGNE Myriam | Ophthalmologie |
| Mme CASSAING Sophie | Parasitologie |
| M. CAVAGNAC Etienne | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| Mme CHANTALAT Elodie | Anatomie |
| M. CONGY Nicolas | Immunologie |
| Mme COURBON Christine | Pharmacologie |
| Mme DAMASE Christine | Pharmacologie |
| Mme de GLISEZENSKY Isabelle | Physiologie |
| M. DUBOIS Damien | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme FILLAUX Judith | Parasitologie |
| M. GANTET Pierre | Biophysique |
| Mme GENNERO Isabelle | Biochimie |
| Mme GENOUX Annelise | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. HAMDJ Safouane | Biochimie |
| Mme HITZEL Anne | Biophysique |
| M. IRIART Xavier | Parasitologie et mycologie |
| Mme JONCA Nathalie | Biologie cellulaire |
| M. KIRZIN Sylvain | Chirurgie générale |
| Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse | Pharmacologie |
| M. LHERMUSIER Thibault | Cardiologie |
| M. LHOMME Sébastien | Bactériologie-virologie |
| Mme MONTASTIER Emilie | Nutrition |
| Mme MOREAU Marion | Physiologie |
| Mme NOGUEIRA M.L. | Biologie Cellulaire |
| Mme PERROT Aurore | Hématologie |
| M. PILLARD Fabien | Physiologie |
| Mme PUISSANT Bénédicte | Immunologie |
| Mme RAYMOND Stéphanie | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme SABOURDY Frédéricque | Biochimie |
| Mme SAUNE Karine | Bactériologie Virologie |
| M. TAFANI Jean-André | Biophysique |
| M. TREINER Emmanuel | Immunologie |
| Mme TRUDEL Stéphanie | Biochimie |
| Mme VAYSSE Charlotte | Cancérologie |
| M. VIDAL Fabien | Gynécologie obstétrique |

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

| | |
|-------------------------------|--|
| Mme ABRAVANEL Florence | Bactériologie Virologie Hygiène |
| Mme BASSET Céline | Cytologie et histologie |
| Mme CAMARE Caroline | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. CAMBUS Jean-Pierre | Hématologie |
| Mme CANTERO Anne-Valérie | Biochimie |
| Mme CARFAGNA Luana | Pédiatrie |
| Mme CASSOL Emmanuelle | Biophysique |
| M. CHASSAING Nicolas | Génétique |
| M. CLAVEL Cyril | Biologie Cellulaire |
| Mme COLOMBAT Magali | Anatomie et cytologie pathologiques |
| Mme CORRE Jill | Hématologie |
| M. DE BONNECAZE Guillaume | Anatomie |
| M. DEDOUIT Fabrice | Médecine Légale |
| M. DEGBOE Yannick | Rhumatologie |
| M. DELPLA Pierre-André | Médecine Légale |
| M. DESPAS Fabien | Pharmacologie |
| M. EDOUARD Thomas | Pédiatrie |
| Mme ESQUIROL Yolande | Médecine du travail |
| Mme EVRARD Solène | Histologie, embryologie et cytologie |
| Mme FLOCH Pauline | Bactériologie-Virologie |
| Mme GALINIER Anne | Nutrition |
| Mme GALLINI Adeline | Epidémiologie |
| M. GASQ David | Physiologie |
| M. GATIMEL Nicolas | Médecine de la reproduction |
| Mme GRARE Marion | Bactériologie Virologie Hygiène |
| M. GUIBERT Nicolas | Pneumologie |
| Mme GUILLEBEAU-FRUGIER Céline | Anatomie Pathologique |
| M. GUILLEMINAULT Laurent | Pneumologie |
| Mme GUYONNET Sophie | Nutrition |
| M. HERIN Fabrice | Médecine et santé au travail |
| Mme INGUENEAU Cécile | Biochimie |
| M. LEPAGE Benoit | Biostatistiques et Informatique médicale |
| Mme MAUPAS SCHWALM Françoise | Biochimie |
| M. MOULIS Guillaume | Médecine interne |
| Mme NASR Nathalie | Neurologie |
| Mme QUELVEN Isabelle | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. RIMAILHO Jacques | Anatomie et Chirurgie Générale |
| M. RONGIERES Michel | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| Mme VALLET Marion | Physiologie |
| M. VERGEZ François | Hématologie |
| M. YRONDI Antoine | Psychiatrie d'adultes |

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

Remerciements aux membres du jury

Au président du jury,

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, Professeur des Universités de Médecine Générale des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier. Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse et de juger ce travail. Je suis reconnaissant de votre implication et de vos enseignements au sein du département universitaire de médecine générale de Toulouse. Vos expériences et vos conseils ont marqué ma formation. Soyez assuré de mon profond respect.

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Agnès SOMMET, Professeur des Universités de Pharmacologie des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier et Praticien Hospitalier. En acceptant de faire partie de ce jury, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Votre avis d'experte en pharmacologie est de valeur certaine. Soyez assurée de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier. Je tiens à sincèrement te remercier d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je t'en suis reconnaissant. Sans toi, ce travail n'aurait pas vu le jour. Tes conseils et ton soutien tout au long de ce travail m'ont été précieux. Je tiens aussi à souligner ta sérénité qui a aidé à me rassurer dans les moments difficiles. Sois assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean-Paul BOYES, médecin généraliste et médecin coordinateur du RAMIP. Vous avez accepté avec enthousiasme de juger cette thèse et je vous en remercie. C'est un honneur d'avoir votre avis d'expert en addictologie sur ce travail. J'ai eu la chance de pouvoir assister durant ma formation à vos enseignements à ce sujet qui m'ont beaucoup sensibilisé. Soyez assuré de ma profonde considération.

Remerciements personnels

A papi Emile. J'aurai une pensée toute particulière pour toi. Je sais que tu aurais été heureux d'être là et j'aurais aimé que tu sois présent ce jour. Merci pour ce que tu m'as apporté.

A mes parents. Merci de m'avoir toujours fait confiance et soutenu. Vous m'avez transmis le respect des autres et l'humilité qui sont à mon sens des conditions nécessaires à l'exercice de la médecine en général. Merci pour ce que vous êtes, je suis fier d'être votre fils.

A la syster. Je ne te le dis peut-être pas assez mais je suis fier de ce que tu es. Tu comptes beaucoup pour moi et tu pourras toujours compter sur moi.

A mamie Rose. Merci pour ton ouverture d'esprit et tous tes conseils sur la vie, ils m'ont toujours été précieux.

A papi Max et mamie Claire. Vous m'avez toujours soutenu et poussé dans mes études. J'ai découvert grâce à vous, tout petit, les joies de la nature et de la randonnée. Ces vacances à Plan-de-Baix resteront toujours gravées dans mon esprit.

A mes amis d'enfance. Je ne suis pas fort pour donner des nouvelles mais je pense à vous. Merci pour tous ces moments vécus ensemble et on en a vécu !! Olive, déjà merci pour ton aide précieuse sur ce travail. Merci pour avoir toujours été à l'écoute, pour ton ouverture d'esprit et ton empathie. Seb, l'international, merci pour ta franchise et ton altruisme, à tous ces débats toujours enrichissants. Luca, merci pour tout ce savoir que tu partages. Lolo, Titi, Ally, Camille, vous m'avez beaucoup apporté et merci pour votre soutien. Mon Tibs, ta réflexion toujours intelligente et mesurée sur le monde qui t'entoure ainsi que ton optimisme sans faille m'ont souvent aidé et fasciné. Anne, ta gentillesse et ta détermination m'ont toujours marqué. Ce que je suis devenu, c'est en grande partie grâce à vous. Vous comptez vraiment tous pour moi.

A ceux qui m'ont accompagné dans mes études de médecine. Abdul, et ton soutien. Séverine, Christophe, Popot, PM, Adrien, Marion, Théo, Irène...

A la team Castraise. Merci pour ce semestre qui aura été pour moi le meilleur grâce à vous. J'ai rencontré des personnes magnifiques et ces soirées resteront mémorables. « Yaaah ».

A la coloc' OKRM. Je ne pouvais pas rêver mieux comme colocation. Cela restera une de mes plus belles expériences. Jean-Bat', ta présence m'a toujours apaisé. Ces fins de soirées à écouter du bon vieux rock vont me manquer. Continu à développer tes talents de menuisier en herbe ! Aadameuuh, j'ai partagé avec toi des voyages magnifiques et j'espère que ce ne sont pas les derniers. Merci d'avoir partagé ton amour pour la nature, la musique et des

bonnes choses avec simplicité. Vince, tout simplement « fantastique ! », un savant mélange de Corse et de Marseillais dans la simplicité. Chacha, « mais quelle drama » ! Ces soirées à la fenêtre (petite dédicace à la fenêtre) à parler de tout et de rien me manque. Toujours là pour motiver les troupes, toujours droite, toujours vraie. Babar et tes aventures plus drôles les unes que les autres. Merci pour ton écoute et ta joie de vivre. Mathieu, toujours le « joli geste ». Romain Oh ! Ton optimisme et ta joie de vivre me fascineront toujours. Mimi la massatoise, Ahlalalalalala (le compte y est je crois), un concentré d'énergie, de dévouement et de curiosité. Merci pour ta présence. Popof, tu m'as accompagné tout au long de mes études et tu fais partie de cette grande famille de la coloc', c'est pourquoi je te cite ici. Tu m'as toujours soutenu, souvent guidé. Ton humour et ton avis feront toujours mouche avec moi. Merci pour ta bienveillance. Merci à tous.

A la team Aziz. A toutes ces aventures et ces soirées. Zacou, tu me pousses toujours à aller plus loin, merci pour toutes nos discussions « philosophiques » et ta curiosité. Adri, ta créativité et ta sensibilité m'ont toujours marqué. Salah, la force tranquille, c'est comme si je te connaissais depuis longtemps. Désolé, je ne joue pas comme Pirlo. Merci pour ton soutien et ta présence. Clem et ta capacité à fédérer autour de toi, toujours bienveillante, toujours positive. Thomas, haut en couleur, vivant, tu ne t'arrêtes jamais, merci d'être toi. Alia, ta ténacité force le respect, toujours juste. Cédric, toujours de bon conseil, c'est un réel plaisir de pouvoir parler avec toi. Alice, la classe déjantée, ton sourire et ton enthousiasme font du bien (j'attends mon cactus). Camo, perspicace, ton humour me fera toujours rire même si j'en suis la cible. Merci pour ton soutien. Guigui, c'était un réel plaisir de t'avoir à la coloc' et de te découvrir. « Na zdorovié » ! Vincent, merci de nous faire danser et de partager toutes tes connaissances. Mel, à nos débuts d'internat ensemble et nos discussions de geek. Aline, un parfum de Marseille à Toulouse. Flo, « A que beber ! », des discussions toujours enrichissantes et un sens des festivités aiguisé.

A toi qui partages ma vie. Cette année a vu son lot d'émotion. Tu as voyagé loin de moi. Tu m'as supporté, tu m'as soutenu. Mais nous avons aussi vécu des instants extraordinaires hors du temps. Je te remercie d'avoir toujours été là, d'avoir toujours cru en moi, pour tout ce que tu m'as donné. Ce travail, je le dois beaucoup à toi. Notre histoire ne fait que commencer !

Au Docteur Henri Roussel et à la Direction régionale du service médical de l'Occitanie. Je vous remercie d'avoir pu permettre à ce travail d'exister et pour votre participation.

A tous ceux que je n'ai pas cité mais à qui je pense. Merci à tous !

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| I. INTRODUCTION | 6 |
| II. MATERIEL ET METHODE | 9 |
| A. Type d'étude et source | 9 |
| B. Population étudiée | 10 |
| C. Mesures | 11 |
| D. Analyses des données | 11 |
| III. RESULTATS | 12 |
| A. Description des prescripteurs | 12 |
| B. Description des bénéficiaires | 13 |
| 1. Départements..... | 13 |
| 2. Age | 15 |
| 3. Sexe | 15 |
| 4. Proportion des patients sous affection de longue durée | 15 |
| 5. Dispositif d'aide de santé | 15 |
| C. Description de l'utilisation des substituts nicotiques dans la population générale | 16 |
| 1. Nombre de bénéficiaires d'une prescription de substitut nicotique par année... 16 | |
| 2. Description de la consommation des substituts nicotiques dans la population générale | 16 |
| D. Impact du remboursement des substituts nicotiques dans la population en situation de précarité | 17 |
| 1. Etude de la proportion de la population en situation de précarité | 17 |
| 2. Evolution de l'intensité d'utilisation des substituts nicotiques dans la population en situation de précarité..... | 18 |
| a) Quantité de nicotine en milligrammes délivrée sur une année par patient .. | 18 |
| b) Nombre de délivrances et de boîtes sur une année par patient | 20 |

| | |
|--|-----------|
| 3. Comparaison des caractéristiques entre les deux niveaux socioéconomiques | 22 |
| a) Sexe..... | 22 |
| b) Age..... | 23 |
| c) Affection de longue durée..... | 23 |
| d) Evolution des deux populations en fonction du sexe et de l'âge | 24 |
| 4. Description de la consommation de nicotine dans les deux populations en fonction de l'âge, du genre et de la présence d'une affection de longue durée..... | 25 |
| IV. DISCUSSION..... | 28 |
| V. CONCLUSION..... | 37 |
| VI. BIBLIOGRAPHIE | 38 |
| VII. ANNEXES | 43 |
| A. Annexe 1 : Chronologie de la prise en charge des SN par la sécurité sociale..... | 43 |
| B. Annexe 2 : Convention de données et de partage des résultats..... | 44 |
| C. Annexe 3 : Effectifs et proportions en pourcentage des populations par département dans l'ancienne région Midi-Pyrénées en 2017 | 51 |
| D. Annexe 4 : Effectifs et proportions en pourcentage des patients ayant une ALD en 2017 dans l'ancienne région Midi-Pyrénées | 52 |
| E. Annexe 5 : Effectifs et proportions en pourcentage des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS dans la population totale de l'ancienne région Midi-Pyrénées en 2017 | 53 |

Table des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Proportions en pourcentage des spécialités des prescripteurs en fonction des années | 12 |
| Tableau 2 : Proportions en pourcentage des départements des bénéficiaires sur la totalité de la période de l'étude..... | 14 |
| Tableau 3 : Caractéristiques en effectifs (n) et proportions (en pourcentage) des bénéficiaires en fonction des années | 14 |
| Tableau 4 : Nombre de bénéficiaires d'une prescription de substitut nicotinique par année et taux de variation en pourcentage par rapport à l'année précédente..... | 16 |
| Tableau 5 : Nombre de délivrances et dose de nicotine en milligrammes (mg) délivrés annuellement et par patient par année | 16 |
| Tableau 6 : Evolution du taux de bénéficiaires en fonction du statut social entre 2015 et 2019 et taux de variation du nombre de bénéficiaires par rapport à l'année précédente..... | 17 |
| Tableau 7 : Quantité de nicotine en milligrammes (mg) délivrée sur une année par patient en fonction du statut social entre 2015 et 2019 et taux de variation des sommes par rapport à l'année précédente. Min = minimum ; Max = maximum. | 19 |
| Tableau 8 : Nombre de délivrances et de boîtes par patient en fonction du statut social sur une année entre 2015 et 2019..... | 20 |
| Tableau 9 : Effectifs (n) et proportions en pourcentage des bénéficiaires dans la population précaire et non précaire en fonction de l'ALD ou du sexe entre 2015 et 2019..... | 22 |
| Tableau 10 : Effectifs (n) et proportions en pourcentage des genres en fonction des tranches d'âge et du statut social sur la totalité de la durée d'étude | 23 |
| Tableau 11 : Effectifs et proportions en pourcentage des tranches d'âge en fonction du statut social entre 2015 et 2019 | 24 |
| Tableau 12 : Proportions en pourcentage des bénéficiaires en fonction de l'âge, du sexe et du statut social par année | 26 |
| Tableau 13 : Quantité de nicotine en milligrammes (mg) délivrée par année et par patient dans la population précaire et non précaire en fonction de l'âge, du sexe et de l'ALD sur toute la durée de l'étude..... | 27 |

Table des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Diagramme de flux | 13 |
| Figure 2 : Evolution de la proportion des bénéficiaires en situation de précarité entre 2015 et 2019 | 18 |
| Figure 3 : Taux de variation du nombre de bénéficiaires entre chaque année par sous population entre 2015 et 2019 | 19 |
| Figure 4 : Moyenne de nicotine en milligrammes délivrée sur une année par patient entre 2015 et 2019 en fonction du statut social | 21 |
| Figure 5 : Proportions du nombre de délivrances de substitut nicotinique dans l'année parmi les bénéficiaires en fonction du statut social | 21 |

Liste des abréviations

ACS : Aide pour une Complémentaire Santé

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide médicale de l'Etat

ATC : Anatomique, Thérapeutique et Chimique

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

MP : Midi-Pyrénées

PNP : Population Non Précaire

PP : Population Précaire

SN : Substitut Nicotinique

SNDS : Système National des Données de Santé

SNIIRAM : Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie

SSS : « Stop Smoking Service »

VN[®] : Varénicline[®]

I. Introduction

La consommation de tabac tue pratiquement la moitié des patients consommateurs dans le monde. Il est admis que plus de huit millions de décès chaque année lui sont attribuables (1). Il s'agit de la première cause évitable de mort prématurée dans le monde (2). En France, pour l'année 2015, le tabac était à l'origine de plus de 75 000 décès, ce qui correspond à environ 13 % des décès survenus en France métropolitaine (3). Dans la population âgée de 35 à 69 ans, un décès sur trois chez les hommes et un décès sur sept chez les femmes étaient liés au tabac (4). Bien que cette mortalité reste toujours supérieure chez les hommes, elle tend à se stabiliser voire à légèrement diminuer. En revanche, elle augmente chaque année de façon significative chez les femmes (3).

Les pathologies liées au tabac sont bien connues et entraînent une morbidité-mortalité conséquente. Parmi ces pathologies on retrouve les cancers, ceux du poumon et des voies aérodigestives supérieures sont les plus fréquents. Fumer est aussi un facteur de risque important de pathologies cardiovasculaires. Le tabagisme est étroitement lié aux pathologies de la fonction respiratoire, notamment avec la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (2).

La France est un des plus gros consommateurs de tabac d'Europe (5). En 2019, 24% des français de 18-75 ans fumaient quotidiennement (27,5% des hommes et 20,7% des femmes) (6). La prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans était de 25,1% en 2017 (7).

Le sevrage tabagique est un objectif primordial. L'arrêt permet une augmentation de l'espérance de vie des patients, et ce, même si celui-ci survient à des âges tardifs (8).

Quant à la prise en charge du sevrage, le traitement pharmacologique occupe une place importante mais ne peut être dissocié d'une intervention complète psychologique et comportementale. En France, il est recommandé en première intention l'utilisation des substituts nicotiques (SN) que l'on retrouve sous forme de patchs transdermiques ou orale (gommes, pastilles, comprimés, inhalateurs, sprays) (9). Leur efficacité sur le taux de sevrage et de réussite est reconnue (10). En seconde intention, la VARENICLINE[®] (VN[®]) et le BUPROPRION[®] sont utilisables mais un risque suicidaire et psychiatrique est suspecté (9).

A l'échelle internationale et nationale, des mesures politiques et de santé publique sont mises en place afin de réduire les ravages du tabac.

L'organisation mondiale de la santé a proposé, en 2008, un programme donnant une ligne de conduite en six politiques de lutte anti-tabac. Une de ces propositions était de faciliter l'accès au traitement pharmacologique, qui peut être coûteux, notamment en le prenant en charge par les services de santé publique (11).

Les études ont montré une augmentation significative de l'utilisation des traitements, du taux de sevrage et de la réussite de celui-ci dans la population générale lorsqu'on met à disposition leur remboursement (12). Les politiques et instances de santé françaises ont mis en place progressivement cette mesure pour les SN et la VN[®] accompagnée d'autres toutes aussi importantes (hausse des prix du tabac, numéro téléphonique, mois sans tabac, etc.). Pour les SN, après les forfaits à 50 euros puis 150 euros par an, la sécurité sociale permet, depuis mai 2018, un remboursement à 65 % sans limite de temps, pour tous et sans avance de frais. Les prescriptions se font maintenant sur une ordonnance normale. La chronologie de la prise en charge des SN est résumée dans l'Annexe 1. Il s'agissait là d'une initiative forte.

Cette décision semble avoir été efficace puisqu'il a été observé par la suite une augmentation importante de la délivrance de ces traitements (excepté le BUPROPRION[®] qui n'est pas remboursé) (13). En France, depuis 2017, à la suite de l'intensification des mesures réglementaires, il existe une baisse significative de la prévalence du tabagisme quotidien dans la population générale. Cette réduction est aussi constatée chez les fumeurs les plus défavorisés traduisant une baisse des inégalités sociales inédite liées au tabagisme. Malheureusement, elles demeurent encore marquées (14).

La lutte contre les inégalités sociales de santé est une préoccupation majeure. De nombreuses études ont prouvé depuis plusieurs années qu'il existe un gradient social de santé marqué en termes de morbi-mortalité. Celui-ci est nettement en défaveur des personnes de bas niveau socioéconomique. En particulier lorsqu'on compare cette morbi-mortalité en fonction du niveau d'étude, du revenu et de la situation professionnelle (15,16).

Le tabac joue un rôle important dans ces inégalités (17,18). Ceci est explicable par un fort gradient socioéconomique, notamment quand on mesure l'entrée dans le tabagisme quotidien, dont la période critique se trouve durant l'adolescence (19,20), et la prévalence du tabagisme (21). L'écart de ce gradient est plus marqué chez les hommes (mais celui des femmes s'en rapproche) et apparaît dès l'adolescence (19,21).

Il existe également des inégalités sociales en ce qui concerne son sevrage. Les classes sociales défavorisées présentent moins d'intentions d'arrêter (22) et un taux de tentatives plus bas (22–24), mais cela n'est pas toujours confirmé dans les études (25). Son succès est nettement plus bas dans cette population (22,24,25). Plusieurs barrières sont en cause dans ces inégalités. Nous les retrouvons à l'échelle individuelle : taux de dépendance et co-addictions plus élevés, manque de motivation, « *craving* » et inquiétudes sur les effets négatifs du sevrage plus importants, sentiment d'auto-efficacité plus bas, états anxiodépressifs plus présents. Des conditions sociales et environnementales dégradées, conduisant à percevoir le sevrage comme une contrainte supplémentaire, sont souvent associées à une norme pro-tabac plus présente et à un manque de soutien social. L'accessibilité et l'utilisation réduites des supports médicaux sont aussi des facteurs importants, expliquées en partie par un manque de ressources personnelles et de propositions d'aide à l'égard des populations défavorisées (23,26,27).

Plus spécifiquement, nous observons des disparités sociales dans l'utilisation des SN chez les personnes en situation de précarité (28,29), conséquence d'un manque de connaissance quant à leur efficacité, leur innocuité et leur coût trop élevé (30,31). Afin d'augmenter leur utilisation chez ces fumeurs, il est nécessaire d'en faciliter l'accès. Le remboursement pourrait être un levier efficace dans la réduction des inégalités sociales du sevrage tabagique et de santé.

En France, il y avait un manque d'études à l'échelle de la population générale. Il nous a semblé pertinent d'étudier les résultats du remboursement à 65% des SN par la sécurité sociale sur les populations en situation de précarité et de comparer son impact entre les différentes classes sociales. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'impact, dans la population en situation de précarité, du remboursement par la caisse des SN. L'objectif secondaire était de décrire les caractéristiques de cette population et son type de consommation des SN.

II. Matériel et méthode

A. Type d'étude et source

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive, rétrospective et quantitative des délivrances sur prescription des SN. Cette étude a été réalisée à partir d'une base de données collectée du Système National des Données de Santé (SNDS). Dirigé par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, il a pour objectif d'informer sur la santé, d'aider à développer des politiques de santé et d'informer les professionnels de santé sur leur activité. Il succède au Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM). Le SNDS permet de regrouper des bases de données qui étaient jusqu'alors indépendantes : le SNIIRAM (données de l'assurance maladie), le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) (données des hôpitaux), le CépiDC (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès géré par l'INSERM), les données relatives au handicap par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des données provenant des organismes de complémentaire santé.

Le SNIIRAM a été mis en place depuis 1999 et a débuté l'acquisition des données en 2002. Il a pour objectif de collecter des informations anonymisées par le biais des remboursements des différents organismes d'assurance maladie présents en France pour le secteur libéral. Il collecte aussi des informations sur l'activité hospitalière. L'objectif est de suivre les dépenses de santé, d'améliorer la qualité des soins et de renseigner les acteurs de santé sur leur pratique et activité.

Le SNIIRAM renseigne des données sur :

- Les patients ;
- Les professionnels de santé ;
- La consommation de soins en ville ;
- La consommation de soins en établissement ;
- L'offre de soins ;
- Les pathologies traitées.

En revanche, le niveau social du bénéficiaire et ses facteurs de risque ne sont pas renseignés.

La restitution des données peut se faire selon trois possibilités (32) :

- 15 bases thématiques de données agrégées appelées des « *datamarts* » qui renseignent sur les dépenses et l'offre de soins (libérale, biologie, pharmacie, dispositifs médicaux, établissements privés) ;
- Données individuelles des bénéficiaires pour étudier la consommation des soins ;
- Données individualisées d'un échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB). Il s'agit d'un échantillon au 1/97^{ème} de la population couverte créé en 2005 pour permettre un suivi sur 20 ans. Il permet des études longitudinales de près de 600 000 bénéficiaires en ville ou à l'hôpital.

Il s'agissait donc dans notre étude d'une base de données de type « *datamarts* » représentative puisqu'elle couvrait quasiment la totalité de la population assurée (33,34). Nous avons signé une convention afin d'obtenir la base de données (Annexe 2). Les données étant anonymisées sans possibilité de recoupement, aucune autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés n'a été nécessaire.

B. Population étudiée

Notre étude a inclus les patients qui ont bénéficié d'une délivrance de SN et de VN[®] sur prescription en pharmacie entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2019. Les médicaments ont été recueillis grâce à leur code de classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (ATC). Le remboursement de la prescription devait se situer dans les départements de l'ancienne région Midi-Pyrénées (MP). Toutes les couvertures d'assurance maladie étaient représentées. Les patients étaient des femmes et des hommes, âgés de 15 ans inclus ou plus. Seules des classes d'âge (calculées au moment de la délivrance) nous ont été renseignées. Ces classes d'âge ont été stratifiées dans des tranches d'âge. Les enfants de classes d'âge inférieures à 15 ans ont été exclus car aucune forme de SN n'est conseillée en dessous de cet âge. Tous les SN disponibles en France ont été étudiés.

La précarité a été définie à l'aide des dispositifs d'aide de santé : Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), Aide pour une Complémentaire Santé (ACS) et Aide médicale de l'Etat (AME). Les personnes peuvent bénéficier des deux premières aides en cas de ressources modestes et en fonction du contexte familial. La dernière aide est délivrée en cas de situation irrégulière et précaire d'un ressortissant étranger en France. Nous avons défini un groupe de précarité qui correspondait aux patients relevant de ces trois aides. Le groupe témoin était représenté par la population ne bénéficiant pas de ces aides.

C. Mesures

Les informations recueillies ont été classées en plusieurs groupes :

- Les spécialités des prescripteurs.
- Les bénéficiaires : les variables mesurées étaient les effectifs en fonction du département de résidence, de la classe d'âge, du genre, des aides de santé (CMU-C, ACS et AME) et de la présence d'une Affection de Longue Durée (ALD) (sans distinction en fonction du numéro d'ALD).
- Les médicaments : ils ont été sélectionnés en fonction de leur code ATC qui est utilisé pour classer les médicaments. Ainsi, les traitements du sevrage tabagique correspondent aux groupes N (système nerveux), N07 (autres médicaments du système nerveux), N07B (médicaments utilisés dans les troubles toxicomanogènes), N07BA (médicaments utilisés dans la dépendance tabagique). Nous avons retenu les SN correspondant à l'ATC N07BA01 et la VN[®] à l'ATC N07BA03. Le Bupropion[®] n'a pas fait l'objet d'une étude car il n'est pas remboursé. La délivrance des médicaments a été renseignée à l'aide du département de délivrance, du nombre de passages en pharmacie, du nombre de boîtes et d'unités ainsi que de la dose totale de nicotine délivrée en milligrammes pour chaque patient et par année.

Chaque ligne correspondait à une année de délivrance soit de SN soit de VN[®] et par patient.

D. Analyses des données

Une analyse descriptive a été menée. Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne, écart-type et médiane. Les données qualitatives nominales ont été exprimées en effectif et en pourcentage. Ce travail a été réalisé à l'aide des logiciels XLSTAT 2020.3.1[®] et JASP 0.12.2.0[®].

Afin d'évaluer l'impact du remboursement des SN sur la population précaire (PP), nous avons utilisé comme critère de jugement principal le taux, en pourcentage, que représentait cette population dans l'ensemble des bénéficiaires de SN sur prescription chaque année et son évolution depuis 2015. Les critères de jugements secondaires étaient le taux de variation du nombre de bénéficiaires des deux populations, la dose moyenne de nicotine en milligrammes, le nombre de délivrances et de boîtes délivrées sur une année et par patient ainsi que l'évolution des caractéristiques de la population en situation de précarité.

III. Résultats

Les données nous ont été restituées par la Direction régionale du service médical d'Occitanie sous formes agrégées de type « *datamarts* ». Elles couvrent une période s'étalant du 1^{er} Janvier 2015 au 31 Décembre 2019.

134 423 lignes de délivrances et 102 456 patients ont été inclus dans la base de données du SNDS durant la période concernée.

Après retrait de certaines données selon les critères d'exclusion, nous avons retenu 124 649 lignes de délivrances de SN sur prescription et 96 824 patients dans notre étude. Les détails du procédé d'exclusion ont été résumés dans le diagramme de flux (Figure 1).

A. Description des prescripteurs

Les médecins généralistes sont les spécialistes qui ont réalisé la majorité des prescriptions sur toute la période (84,7%), suivis des pneumologues (2,7%), des médecins cardiovasculaires (1,7%) et des psychiatres (1,4%) (Tableau 1).

| Spécialité \ Année | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Période totale |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| Médecine générale | 90,9% | 90,1% | 89,3% | 85,3% | 80,9% | 84,7% |
| Autres spécialités | 2,5% | 2,6% | 2,8% | 4,4% | 5,8% | 4,5% |
| Inconnue | 1,9% | 2,5% | 2,9% | 4,3% | 6,0% | 4,5% |
| Pneumologie | 1,9% | 1,9% | 2,1% | 2,9% | 3,1% | 2,7% |
| Cardio-vasculaire | 1,5% | 1,9% | 1,8% | 1,6% | 1,8% | 1,7% |
| Psychiatrie | 0,9% | 0,7% | 0,9% | 1,2% | 1,9% | 1,4% |
| Gynécologie médicale | 0,5% | 0,3% | 0,2% | 0,2% | 0,3% | 0,3% |
| Oncologie | 0,0% | 0,0% | 0,1% | 0,1% | 0,2% | 0,1% |

Tableau 1 : Proportions en pourcentage des spécialités des prescripteurs en fonction des années

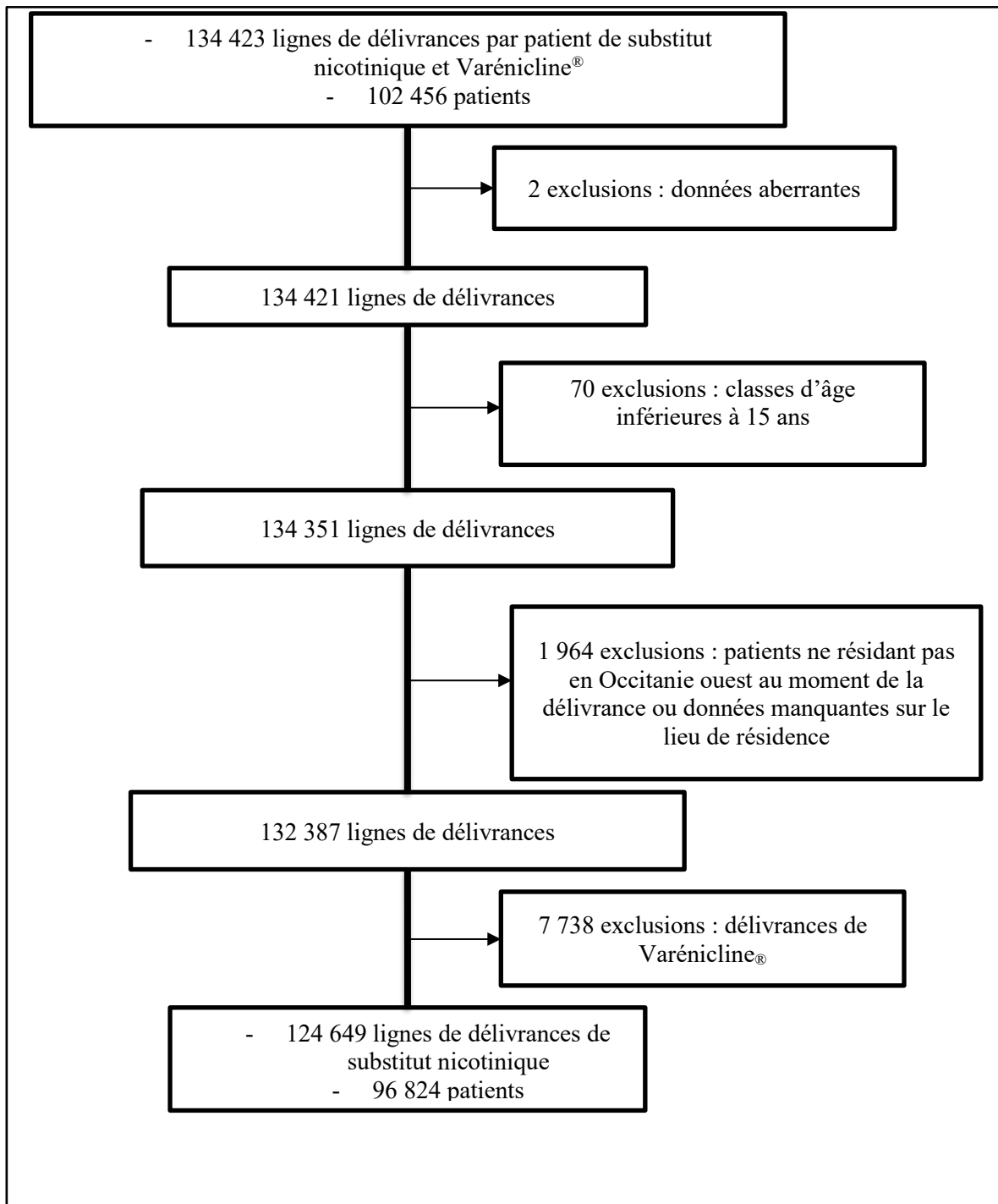


Figure 1 : Diagramme de flux

B. Description des bénéficiaires

1. Départements

Sur toute la période de l'étude, la Haute-Garonne était le département le plus représenté parmi les bénéficiaires (41%), suivie du Tarn (14%) et de l'Aveyron (10%) (Tableau2).

Cette répartition était comparable à celle de la population dans l'ancienne région MP au 1er Janvier 2017 selon l'INSEE (Annexe 3). Mais le taux des bénéficiaires vivant en Haute-Garonne était inférieur au taux de la population vivant dans le même département dans l'ancienne région (45%).

| Département | Fréquence par modalité (%) |
|-------------|----------------------------|
| 31 | 41% |
| 81 | 14% |
| 12 | 10% |
| 46 | 6% |
| 9 | 6% |
| 65 | 8% |
| 32 | 6% |
| 82 | 8% |

Tableau 2 : Proportions en pourcentage des départements des bénéficiaires sur la totalité de la période de l'étude

| n(%) | Année | | | | | Période totale |
|-----------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| Tranche d'âge | | | | | | |
| [15 - 24] | 359(4 %) | 398(3 %) | 505(3 %) | 1128(3 %) | 2098(4 %) | 4488(4 %) |
| [25 - 34] | 1398(15 %) | 1609(13 %) | 2162(13 %) | 4264(13 %) | 7009(13 %) | 16442(13 %) |
| [35 - 44] | 1968(21 %) | 2465(21 %) | 3248(20 %) | 6485(19 %) | 10147(19 %) | 24313(20 %) |
| [45 - 54] | 2433(26 %) | 3210(27 %) | 4327(26 %) | 8824(26 %) | 13142(25 %) | 31936(26 %) |
| [55 - 64] | 2117(23 %) | 2903(24 %) | 4041(24 %) | 8479(25 %) | 12767(24 %) | 30307(24 %) |
| [65 - 74] | 899(10 %) | 1205(10 %) | 1876(11 %) | 4121(12 %) | 6454(12 %) | 14555(12 %) |
| [75 - 99] | 136(1 %) | 210(2 %) | 353(2 %) | 752(2 %) | 1157(2 %) | 2608(2 %) |
| Genre | | | | | | |
| Femme | 4910(53 %) | 6591(55 %) | 8944(54 %) | 17999(53 %) | 27436(52 %) | 65880(53 %) |
| Homme | 4400(47 %) | 5409(45 %) | 7568(46 %) | 16054(47 %) | 25338(48 %) | 58769(47 %) |
| ALD | | | | | | |
| Non | 6210(67 %) | 8155(68 %) | 11388(69 %) | 23947(70 %) | 37933(72 %) | 87633(70 %) |
| Oui | 3100(33 %) | 3845(32 %) | 5124(31 %) | 10106(30 %) | 14841(28 %) | 37016(30 %) |
| Dispositif d'aide de santé | | | | | | |
| ACS | 29(0.3 %) | 364(3.0 %) | 528(3.2 %) | 1275(3.7 %) | 2098(4.0 %) | 4294(3.4 %) |
| AME | 1(0.0 %) | 0(0.0 %) | 2(0.0 %) | 44(0.1 %) | 140(0.3 %) | 187(0.2 %) |
| CMU-C | 669(7.2 %) | 907(7.6 %) | 1166(7.1 %) | 3246(9.5 %) | 5972(11.3 %) | 11960(9.6 %) |
| Aucun | 8611(92.5 %) | 10729(89.4 %) | 14816(89.7 %) | 29488(86.6 %) | 44564(84.4 %) | 108208(86.8 %) |

Tableau 3 : Caractéristiques en effectifs (n) et proportions (en pourcentage) des bénéficiaires en fonction des années

2. Age

Le tableau 3 montre que sur la totalité de la période d'étude, les personnes âgées de 35 – 64 ans représentaient le plus de bénéficiaires. Ensemble, ils correspondaient à plus des deux tiers des bénéficiaires (70%). Nous avons observé une diminution entre 2015 et 2019 du taux des bénéficiaires âgés de 25 – 54 ans au profit des patients plus âgés. Il n'y avait pas de bénéficiaires âgés de 100 ans ou plus.

3. Sexe

Les femmes étaient plus représentées durant toute la période de l'étude. C'était en 2016 que la proportion des femmes était la plus élevée (55%) alors qu'en 2019 elle était la plus basse (52%) (Tableau 3).

En 2019, la proportion des femmes et des hommes était similaire au sexe ratio de la région Occitanie au 1er Janvier 2020 : 51,7 / 48,3 % respectivement selon les estimations l'Insee (35).

4. Proportion des patients sous affection de longue durée

Les bénéficiaires sans ALD étaient les plus représentés sur la totalité de la période avec au total 87 633 bénéficiaires (70%) contre 37 016 patients avec une ALD (30%). La proportion de cette dernière population a diminué chaque année en passant de 33% en 2015 à 28% en 2019 (Tableau 3).

En 2017, la proportion des patients ayant une ALD dans la population de l'ancienne région Midi-Pyrénées était de 18% (Annexe 4).

5. Dispositif d'aide de santé

Sur la totalité de la durée de l'étude, il y avait une nette majorité de bénéficiaires sans dispositif d'aide de santé (86,8%). Le dispositif d'aide de santé le plus représenté était la CMU-C avec 9,6% des bénéficiaires entre 2015 et 2019. L'ACS représentait 3,4% des bénéficiaires et l'AME 0,2% (Tableau 3).

C. Description de l'utilisation des substituts nicotiques dans la population générale

1. Nombre de bénéficiaires d'une prescription de substitut nicotinique par année

Le tableau 4 montre une augmentation chaque année du nombre de bénéficiaires d'une prescription de SN. L'augmentation la plus importante a été observée en 2018 avec un nombre de bénéficiaires qui a doublé (+106%) par rapport à l'année 2017. En 2019, ce nombre a augmenté de moitié (+55%) par rapport à l'année 2018 correspondant à la deuxième augmentation la plus importante.

| Année | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|------|-------|-------|-------|-------|
| Bénéficiaires par année | 9310 | 12000 | 16512 | 34053 | 52774 |
| Taux de variation des bénéficiaires/année précédente | X | +29% | +38% | +106% | +55% |

Tableau 4 : Nombre de bénéficiaires d'une prescription de substitut nicotinique par année et taux de variation en pourcentage par rapport à l'année précédente

2. Description de la consommation des substituts nicotiques dans la population générale

| Année | Délivrances/an | | | | | mg nicotine/an | | | | |
|-------------------|----------------|------|------|------|------|----------------|-------|-------|-------|-------|
| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Minimum | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 18 | 18 | 18 | 18 | 30 |
| Maximum | 7 | 10 | 19 | 37 | 59 | 5280 | 13524 | 17052 | 31500 | 70560 |
| Médiane | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 588 | 588 | 588 | 620 | 784 |
| Moyenne | 1,2 | 1,3 | 1,6 | 1,9 | 2,6 | 564 | 622 | 735 | 1019 | 1508 |
| Ecart-type | 0,5 | 0,7 | 1,2 | 1,8 | 3,2 | 406 | 524 | 696 | 1241 | 2365 |

Tableau 5 : Nombre de délivrances et dose de nicotine en milligrammes (mg) délivrés annuellement et par patient par année

La moyenne du nombre de délivrances annuelles par bénéficiaire a augmenté chaque année. En 2019, les bénéficiaires se sont vu délivrer en moyenne 2,6 fois des SN alors qu'en 2017 cette moyenne était de 1,6. En revanche la médiane est restée inchangée et était égale à une délivrance par an.

La quantité moyenne de nicotine annuelle délivrée en milligrammes et par patient a aussi augmenté au cours des années avec les plus fortes hausses en 2018 (1019 mg) et 2019 (1508,2 mg). La médiane est restée stable entre 2015 et 2017 (588 mg) et a augmenté en 2018 (620 mg) et 2019 (784 mg).

Dans les deux cas, les écarts-types ont nettement augmenté au cours des années marquant une augmentation de la dispersion des résultats. La présence de valeurs extrêmes très éloignées de la moyenne rend celle-ci difficilement interprétable. Ces résultats sont résumés dans le Tableau 5.

D. Impact du remboursement des substituts nicotiniques dans la population en situation de précarité

1. Etude de la proportion de la population en situation de précarité

La PNP représentait la majorité des bénéficiaires de SN sur prescription sur la totalité de la période : 108 208 bénéficiaires non précaires (87%) contre 16 441 précaires (13%). L'étude du Tableau 6 et de la Figure 2 permet d'observer une première augmentation du taux des bénéficiaires en situation de précarité entre 2015 et 2016, passant de 8% à 11% des bénéficiaires. En 2017, ce taux a légèrement diminué à 10%. Puis en 2018 et en 2019 la proportion des patients précaires a augmenté, atteignant 13% et 16% respectivement. En 2017, la proportion des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS dans la population de l'ancienne région MP était de 7% et 3% respectivement (Annexe 5).

Le taux de variation du nombre de bénéficiaires par rapport à l'année précédente était toujours plus élevé dans les populations en situation de précarité sauf en 2017. C'était en 2018 que ce taux était le plus important : la PP a été multipliée par plus de 2,5 (+169%) et par deux (+99%) pour la PNP par rapport à 2017. En 2016 et 2019, le taux de variation montrait une augmentation d'environ 80% des bénéficiaires en situation de précarité contre une augmentation de 25 % et 51% respectivement pour la PNP (Figure 3).

| Statut social | | Période totale | Année | | | | |
|---------------|----------------------|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Non précaire | Effectifs | 108208 | 8611 | 10729 | 14816 | 29488 | 44564 |
| | Proportions | 87 % | 92 % | 89 % | 90 % | 87 % | 84 % |
| | Taux de variation/an | X | X | +25% | +38% | +99% | +51% |
| Précaire | Effectifs | 16441 | 699 | 1271 | 1696 | 4565 | 8210 |
| | Proportions | 13 % | 8 % | 11 % | 10 % | 13 % | 16 % |
| | Taux de variation/an | X | X | +82% | +33% | +169% | +80% |

Tableau 6 : Evolution du taux de bénéficiaires en fonction du statut social entre 2015 et 2019 et taux de variation du nombre de bénéficiaires par rapport à l'année précédente

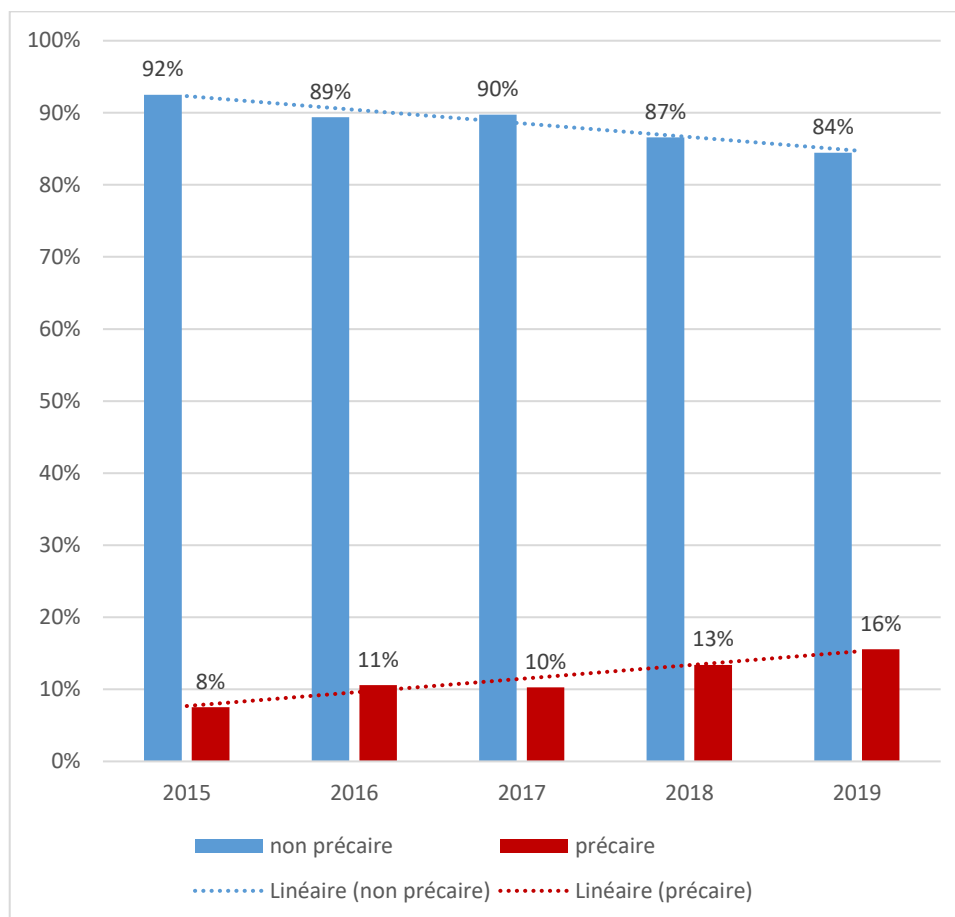


Figure 2 : Evolution de la proportion des bénéficiaires en situation de précarité entre 2015 et 2019

2. Evolution de l'intensité d'utilisation des substituts nicotiniques dans la population en situation de précarité

a) Quantité de nicotine en milligrammes délivrée sur une année par patient

Le taux de variation du total de nicotine en milligrammes délivrée par population et par an était toujours supérieur dans la PP sauf en 2017. C'était en 2018, suivi de 2019, que les plus fortes hausses ont été observées pour les deux populations : +300% ; +165% respectivement dans la PP et +173% ; +123% respectivement pour la PNP.

La quantité moyenne de nicotine délivrée sur une année par patient était légèrement supérieure dans la PP au début de l'étude. A partir de 2018, cet écart s'est creusé en faveur de cette dernière (Figure 4). Les écarts-types ont augmenté et à partir de 2018 ils étaient supérieurs à la moyenne, indiquant une forte dispersion des valeurs. La présence de valeurs extrêmes très éloignées de la moyenne rend celle-ci difficilement interprétable. En revanche, la médiane est restée égale à 588 mg pour les deux populations de 2015 à 2017.

A partir de 2018, elle a augmenté dans les deux populations au profit de la PP (700 mg en 2018 ; 828 mg en 2019) par rapport à la PNP (602 mg en 2018 ; 784 mg en 2019). L'ensemble de ses résultats est résumé dans le Tableau 7.

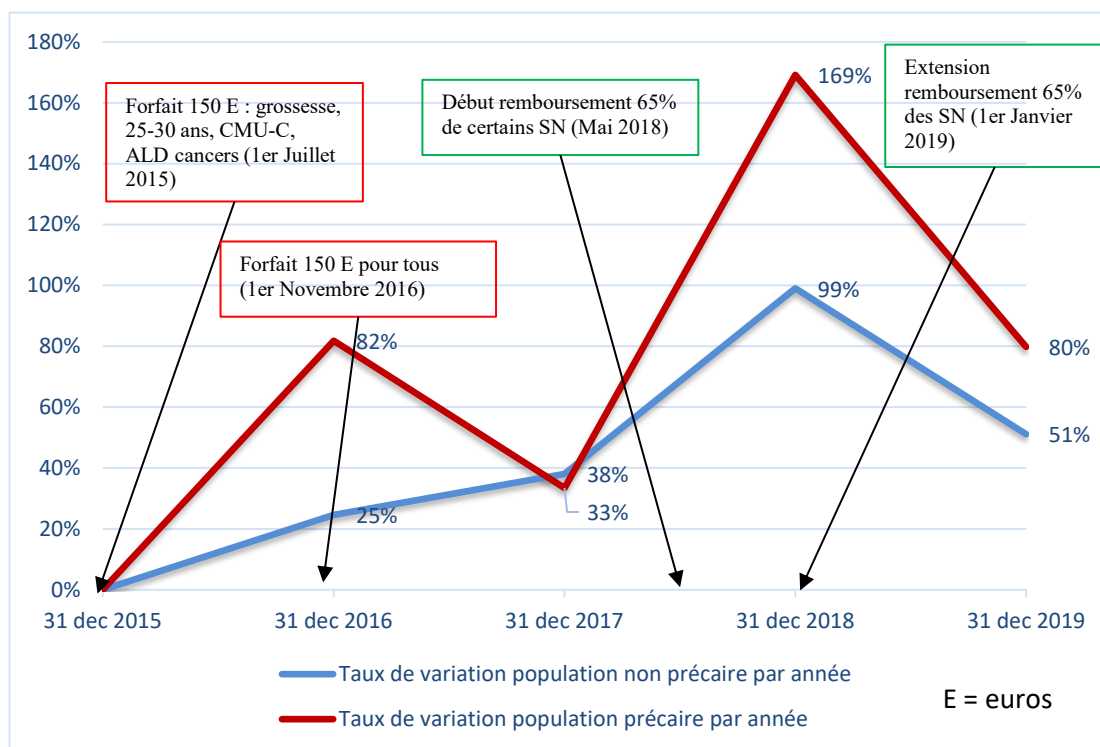


Figure 3 : Taux de variation du nombre de bénéficiaires entre chaque année par sous population entre 2015 et 2019

| Année | Statut social | Min | Max | Médiane | 3ème Quartile | Somme | Taux de variation | Moyenne | Ecart-type |
|-------|---------------|-----|-------|---------|---------------|----------|-------------------|---------|------------|
| 2015 | Non précaire | 18 | 5280 | 588 | 588 | 4848312 | X | 563,0 | 405,1 |
| | Précaire | 36 | 3528 | 588 | 613 | 401864 | X | 574,9 | 416,7 |
| 2016 | Non précaire | 18 | 13524 | 588 | 700 | 6569933 | +36% | 612,4 | 507,2 |
| | Précaire | 36 | 5964 | 588 | 784 | 891370 | +122% | 701,3 | 643,8 |
| 2017 | Non précaire | 18 | 17052 | 588 | 928 | 10848792 | +65% | 732,2 | 690,7 |
| | Précaire | 18 | 8820 | 588 | 980 | 1280780 | +44% | 755,2 | 736,4 |
| 2018 | Non précaire | 18 | 28080 | 602 | 1176 | 29577916 | +173% | 1003,0 | 1201,9 |
| | Précaire | 18 | 31500 | 700 | 1230 | 5122721 | +300% | 1122,2 | 1464,3 |
| 2019 | Non précaire | 30 | 70560 | 784 | 1560 | 66000589 | +123% | 1481,0 | 2316,6 |
| | Précaire | 36 | 45990 | 828 | 1725 | 13590664 | +165% | 1655,4 | 2609,2 |

Tableau 7 : Quantité de nicotine en milligrammes (mg) délivrée sur une année par patient en fonction du statut social entre 2015 et 2019 et taux de variation des sommes par rapport à l'année précédente. Min = minimum ; Max = maximum.

b) Nombre de délivrances et de boîtes sur une année par patient

Les bénéficiaires de la population précaire et non précaire ont bénéficié en moyenne du même nombre de délivrances et de boîtes sur une année. La présence de valeurs extrêmes très éloignées de la moyenne rend celle-ci difficilement interprétable. Les écarts-types ont augmenté chaque année, indiquant une hausse de la dispersion des résultats. La médiane est restée égale à une délivrance par an pour les deux populations entre 2015 et 2019 alors qu'elle a augmenté à deux pour le nombre de boîtes en 2018 et 2019. Ces résultats sont résumés dans le Tableau 8. La Figure 5 montre une évolution similaire entre les deux populations de la proportion du nombre de délivrances sur l'année par bénéficiaire. En 2019, les bénéficiaires d'une délivrance unique ne représentaient plus que la moitié de la population alors que ceux bénéficiant de plus de quatre délivrances ont nettement augmenté.

| | Année | Statut social | Minimum | Maximum | Médiane | Moyenne | Ecart-type |
|-----------------------|-------|---------------|---------|---------|---------|---------|------------|
| Délivrances/an | 2015 | Non précaire | 1 | 7 | 1 | 1,2 | 0,5 |
| | | Précaire | 1 | 6 | 1 | 1,2 | 0,6 |
| | 2016 | Non précaire | 1 | 9 | 1 | 1,3 | 0,7 |
| | | Précaire | 1 | 10 | 1 | 1,4 | 0,9 |
| | 2017 | Non précaire | 1 | 16 | 1 | 1,6 | 1,2 |
| | | Précaire | 1 | 19 | 1 | 1,6 | 1,3 |
| | 2018 | Non précaire | 1 | 37 | 1 | 1,9 | 1,8 |
| | | Précaire | 1 | 25 | 1 | 1,9 | 1,9 |
| | 2019 | Non précaire | 1 | 59 | 1 | 2,6 | 3,2 |
| | | Précaire | 1 | 50 | 1 | 2,6 | 3,0 |
| Boîtes/an | 2015 | Non précaire | 1 | 21 | 1 | 1,5 | 1,0 |
| | | Précaire | 1 | 10 | 1 | 1,5 | 0,9 |
| | 2016 | Non précaire | 1 | 23 | 1 | 1,7 | 1,3 |
| | | Précaire | 1 | 18 | 1 | 1,8 | 1,5 |
| | 2017 | Non précaire | 1 | 58 | 1 | 2,1 | 2,0 |
| | | Précaire | 1 | 21 | 1 | 2,1 | 2,1 |
| | 2018 | Non précaire | 1 | 90 | 2 | 2,9 | 3,8 |
| | | Précaire | 1 | 78 | 2 | 2,9 | 3,9 |
| | 2019 | Non précaire | 1 | 260 | 2 | 4,8 | 8,8 |
| | | Précaire | 1 | 138 | 2 | 4,8 | 7,9 |

Tableau 8 : Nombre de délivrances et de boîtes par patient en fonction du statut social sur une année entre 2015 et 2019

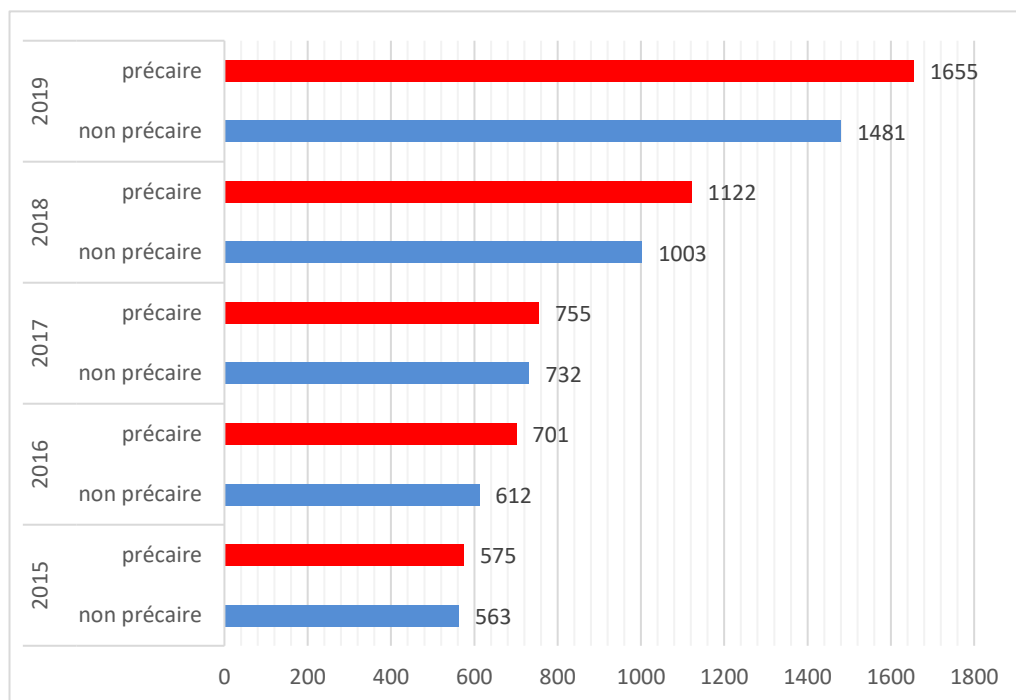


Figure 4 : Moyenne de nicotine en milligrammes délivrée sur une année par patient entre 2015 et 2019 en fonction du statut social

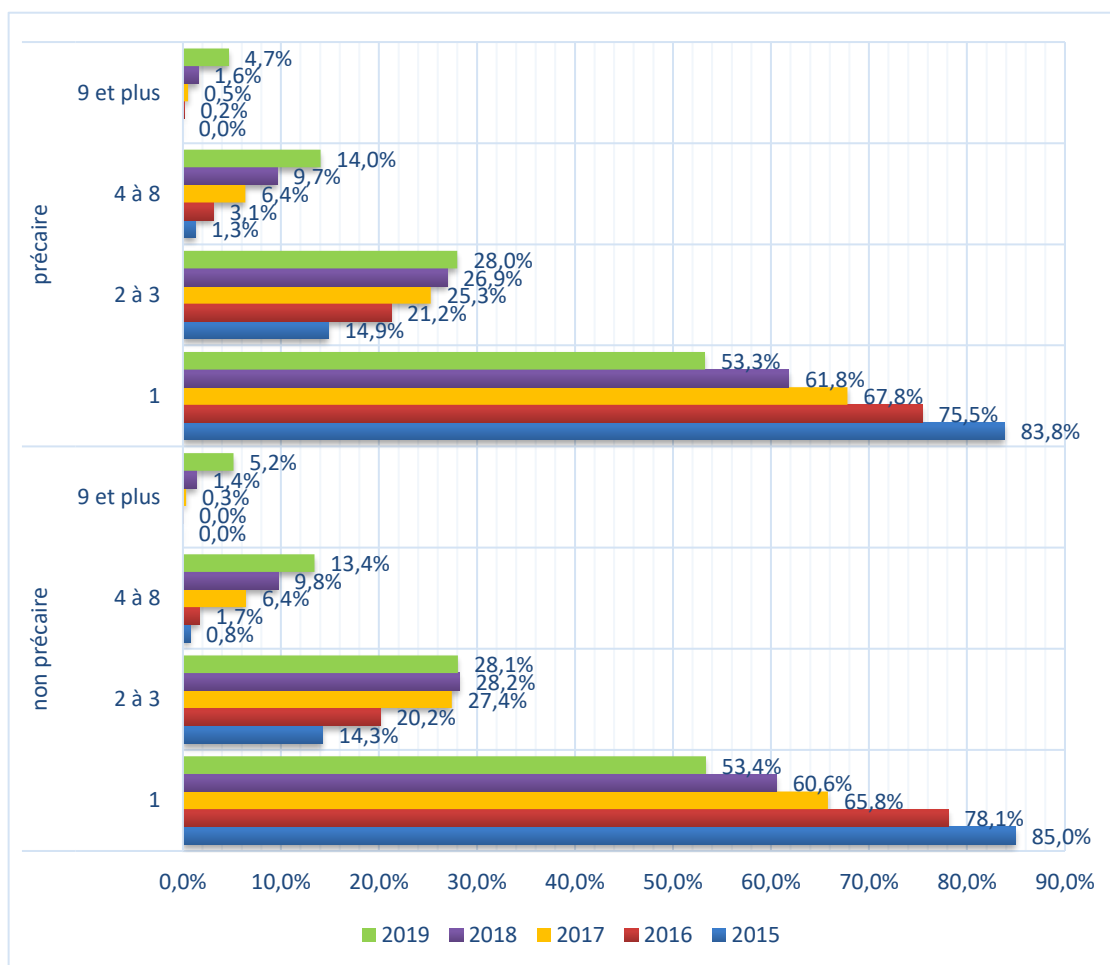


Figure 5 : Proportions du nombre de délivrances de substitut nicotinique dans l'année parmi les bénéficiaires en fonction du statut social

3. Comparaison des caractéristiques entre les deux niveaux socioéconomiques

a) Sexe

La PP était plus féminine que la PNP. Sur la totalité de la période d'étude, les femmes représentaient 55% de la PP contre 53% dans la PNP. Ce résultat était en concordance avec le rapport d'activité 2018 du fonds CMU-C dans la population générale (36). Cette différence de proportions de femmes entre les deux populations de l'étude était plus importante en 2015, 2016 et 2017 : 56%, 58%, 59% respectivement dans la PP et de 52%, 55%, 54% respectivement dans la PNP. Cet écart s'est ensuite réduit en 2018 et 2019 avec un taux de 55%, 53% respectivement dans la PP et de 53%, 52% respectivement dans la PNP (Tableau 9). C'était dans les tranches d'âge les plus jeunes que les proportions des femmes étaient les plus importantes, et de manière plus marquée dans la PP (Tableau 10).

| n(%) | | | |
|-------|-------|--------------|-------------|
| Année | ALD | Non précaire | Précaire |
| 2015 | Non | 5769(67 %) | 441(63 %) |
| | Oui | 2842(33 %) | 258(37 %) |
| 2016 | Non | 7411(69 %) | 744(59 %) |
| | Oui | 3318(31 %) | 527(41 %) |
| 2017 | Non | 10328(70 %) | 1060(63 %) |
| | Oui | 4488(30 %) | 636(38 %) |
| 2018 | Non | 20990(71 %) | 2957(65 %) |
| | Oui | 8498(29 %) | 1608(35 %) |
| 2019 | Non | 32291(72 %) | 5642(69 %) |
| | Oui | 12273(28 %) | 2568(31 %) |
| Total | Non | 76789(71 %) | 10844(66 %) |
| | Oui | 31419(29 %) | 5597(34 %) |
| Genre | | | |
| 2015 | Femme | 4519(52 %) | 391(56 %) |
| | Homme | 4092(48 %) | 308(44 %) |
| 2016 | Femme | 5856(55 %) | 735(58 %) |
| | Homme | 4873(45 %) | 536(42 %) |
| 2017 | Femme | 7950(54 %) | 994(59 %) |
| | Homme | 6866(46 %) | 702(41 %) |
| 2018 | Femme | 15509(53 %) | 2490(55 %) |
| | Homme | 13979(47 %) | 2075(45 %) |
| 2019 | Femme | 23054(52 %) | 4382(53 %) |
| | Homme | 21510(48 %) | 3828(47 %) |
| Total | Femme | 56888(53 %) | 8992(55 %) |
| | Homme | 51320(47 %) | 7449(45 %) |

Tableau 9 : Effectifs (n) et proportions en pourcentage des bénéficiaires dans la population précaire et non précaire en fonction de l'ALD ou du sexe entre 2015 et 2019

b) Age

Sur la période totale, la PP était plus jeune que la PNP. On retrouvait une proportion des bénéficiaires âgés de 15 à 44 ans plus importante dans la PP (44%) par rapport à la PNP (35%). Ce résultat est en concordance avec le rapport d'activité 2018 du fonds CMU-C dans la population générale (36).

Entre 2015 et 2017, la PP a vu sa proportion de bénéficiaires âgés de moins de 35 ans diminuer (de 24% à 19% respectivement).

La même observation a été notée pour les 35 – 44 ans (de 26% à 22% respectivement) et pour les 45 – 54 ans (de 32% à 27% respectivement). Une tendance similaire mais moins marquée a été observée pour les moins de 45 ans dans la PNP.

A partir de 2018, les bénéficiaires de moins de 35 ans dans la PP ont vu leur taux augmenter : de 19% en 2017 à 23% en 2019. La PNP est restée plus stable. Ces résultats sont résumés dans le Tableau 11.

c) Affection de longue durée

Les patients en ALD étaient en proportion plus représentés dans la PP que dans la PNP : respectivement 34% et 29% sur la totalité de la période étudiée. La différence la plus importante observée était en 2016 avec 41% de bénéficiaires en ALD dans la PP et 31% dans la PNP. Cet écart a progressivement diminué jusqu'en 2019 où ce taux était de 31 % et 28% dans la PP et la PNP respectivement (Tableau 9). En 2011, le taux d'ALD chez les personnes couvertes par la CMU-C de moins de 65 ans était de 7,8 % dans l'ancienne région Midi-Pyrénées (37).

| Statut social | | Non précaire | | Précaire | | |
|---------------|-----------|--------------|-------------|-------------|------------|------------|
| | | Femme | Homme | Femme | Homme | |
| Tranche d'âge | n(%) | Sexe | Femme | Homme | Femme | Homme |
| | | [15 - 24] | 2080(58 %) | 1486(42 %) | 567(61 %) | 355(39 %) |
| | | [25 - 34] | 8039(58 %) | 5756(42 %) | 1736(66 %) | 911(34 %) |
| | | [35 - 44] | 10759(52 %) | 9886(48 %) | 2093(57 %) | 1575(43 %) |
| | | [45 - 54] | 14255(52 %) | 13359(48 %) | 2201(51 %) | 2121(49 %) |
| | | [55 - 64] | 14030(52 %) | 12697(48 %) | 1700(47 %) | 1880(53 %) |
| | | [65 - 74] | 6495(49 %) | 6891(51 %) | 613(52 %) | 556(48 %) |
| | [75 - 99] | 1230(50 %) | 1245(50 %) | 82(62 %) | 51(38 %) | |

Tableau 10 : Effectifs (n) et proportions en pourcentage des genres en fonction des tranches d'âge et du statut social sur la totalité de la durée d'étude

ANNEE

| Statut social | Tranche d'âge | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Total |
|----------------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Non précaire | [15 - 24] | Effectifs | 324 | 346 | 428 | 874 | 1594 | 3566 |
| | | Proportions | 4 % | 3 % | 3 % | 3 % | 4 % | 3 % |
| | [25 - 34] | Effectifs | 1263 | 1400 | 1917 | 3573 | 5642 | 13795 |
| | | Proportions | 15 % | 13 % | 13 % | 12 % | 13 % | 13 % |
| | [35 - 44] | Effectifs | 1786 | 2206 | 2871 | 5501 | 8281 | 20645 |
| | | Proportions | 21 % | 21 % | 19 % | 19 % | 19 % | 19 % |
| | [45 - 54] | Effectifs | 2209 | 2821 | 3869 | 7612 | 11103 | 27614 |
| | | Proportions | 26 % | 26 % | 26 % | 26 % | 25 % | 26 % |
| | [55 - 64] | Effectifs | 2014 | 2634 | 3628 | 7434 | 11017 | 26727 |
| | | Proportions | 23 % | 25 % | 24 % | 25 % | 25 % | 25 % |
| | [65 - 74] | Effectifs | 880 | 1124 | 1762 | 3784 | 5836 | 13386 |
| | | Proportions | 10 % | 10 % | 12 % | 13 % | 13 % | 12 % |
| | [75 - 99] | Effectifs | 135 | 198 | 341 | 710 | 1091 | 2475 |
| | | Proportions | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % |
| Précaire | [15 - 24] | Effectifs | 35 | 52 | 77 | 254 | 504 | 922 |
| | | Proportions | 5 % | 4 % | 5 % | 6 % | 6 % | 6 % |
| | [25 - 34] | Effectifs | 135 | 209 | 245 | 691 | 1367 | 2647 |
| | | Proportions | 19 % | 16 % | 14 % | 15 % | 17 % | 16 % |
| | [35 - 44] | Effectifs | 182 | 259 | 377 | 984 | 1866 | 3668 |
| | | Proportions | 26 % | 20 % | 22 % | 22 % | 23 % | 22 % |
| | [45 - 54] | Effectifs | 224 | 389 | 458 | 1212 | 2039 | 4322 |
| | | Proportions | 32 % | 31 % | 27 % | 27 % | 25 % | 26 % |
| | [55 - 64] | Effectifs | 103 | 269 | 413 | 1045 | 1750 | 3580 |
| | | Proportions | 15 % | 21 % | 24 % | 23 % | 21 % | 22 % |
| | [65 - 74] | Effectifs | 19 | 81 | 114 | 337 | 618 | 1169 |
| | | Proportions | 3 % | 6 % | 7 % | 7 % | 8 % | 7 % |
| | [75 - 99] | Effectifs | 1 | 12 | 12 | 42 | 66 | 133 |
| | | Proportions | 0 % | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % |

Tableau 11 : Effectifs et proportions en pourcentage des tranches d'âge en fonction du statut social entre 2015 et 2019

d) Evolution des deux populations en fonction du sexe et de l'âge

Dans les deux niveaux sociaux économiques, les femmes ont vu la proportion des moins de 45 ans diminuer entre 2015 et 2017. Mais cela a été plus marqué dans la PP : les moins de 35 ans sont passées de 30% à 22% et les 35 – 44 ans de 30% à 23%. Après 2017, les proportions des tranches d'âge des femmes dans la PNP ont peu évolué alors que dans la PP nous avons noté une augmentation des moins de 35 ans (22% en 2017 et 27 % en 2019). Les femmes de la PP étaient plus jeunes que celles dans la PNP.

De manière similaire aux femmes de la PNP, les hommes de la PNP ont vu eux aussi la proportion des moins de 45 ans diminuer légèrement entre 2015 et 2017 puis les taux sont restés stables. Sur la même période, chez les hommes de la PP, la proportion des moins de 35 ans a légèrement diminué mais c'étaient principalement les patients de 45 – 54 ans qui ont enregistré la plus forte baisse de proportion (38% en 2015 à 29% en 2017). Après 2017, les hommes de la PP, de manière moins marquée que les femmes précaires, ont vu le taux des moins de 35 ans augmenter (15% en 2017 et 18% en 2019). Les hommes de la PP étaient plus jeunes que ceux dans la PNP mais la différence était moins marquée que chez les femmes.

Dans les deux niveaux socioéconomiques, les femmes étaient plus jeunes que les hommes mais la différence était plus marquée dans la PP. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 12.

4. Description de la consommation de nicotine dans les deux populations en fonction de l'âge, du genre et de la présence d'une affection de longue durée

La consommation moyenne de nicotine en milligrammes par patient sur une année, sur toute la durée de l'étude, était supérieure dans la PP dans toutes les tranches d'âge. Ceci était également observé pour les femmes et les hommes de la PP par rapport à leurs homologues dans la PNP. Cette consommation moyenne était aussi plus élevée pour les femmes de la PP (1192,2 mg) par rapport aux hommes de la PNP (1165,6 mg).

Les patients ayant une ALD dans la PP (1804,5 mg) ont reçu en moyenne plus de nicotine que ceux dans la PNP (1497,8 mg).

Des valeurs extrêmes très éloignées des moyennes rendent celles-ci difficilement interprétables. Les écarts-types étaient élevés et souvent supérieurs aux moyennes, indiquant une grande dispersion des résultats.

L'étude des médianes montrait une distribution similaire aux moyennes (Tableau 13).

| Sexe | Statut social | Tranche d'âge | Année | | | | | Période totale |
|-------|---------------|---------------|-------|------|------|------|------|----------------|
| | | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | |
| Femme | Non précaire | [15 - 24] | 4 % | 3 % | 3 % | 3 % | 4 % | 4 % |
| | | [25 - 34] | 16 % | 15 % | 14 % | 13 % | 14 % | 14 % |
| | | [35 - 44] | 22 % | 21 % | 19 % | 18 % | 18 % | 19 % |
| | | [45 - 54] | 25 % | 25 % | 26 % | 25 % | 25 % | 25 % |
| | | [55 - 64] | 24 % | 25 % | 24 % | 25 % | 25 % | 25 % |
| | | [65 - 74] | 8 % | 10 % | 11 % | 12 % | 12 % | 11 % |
| | | [75 - 99] | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % |
| | Précaire | [15 - 24] | 5 % | 5 % | 5 % | 6 % | 7 % | 6 % |
| | | [25 - 34] | 25 % | 20 % | 17 % | 18 % | 20 % | 19 % |
| | | [35 - 44] | 30 % | 21 % | 23 % | 22 % | 24 % | 23 % |
| | | [45 - 54] | 27 % | 27 % | 26 % | 25 % | 23 % | 24 % |
| | | [55 - 64] | 10 % | 19 % | 22 % | 20 % | 18 % | 19 % |
| | | [65 - 74] | 2 % | 7 % | 6 % | 8 % | 7 % | 7 % |
| | | [75 - 99] | 0 % | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % |
| Homme | Non précaire | [15 - 24] | 4 % | 3 % | 2 % | 3 % | 3 % | 3 % |
| | | [25 - 34] | 13 % | 11 % | 11 % | 11 % | 11 % | 11 % |
| | | [35 - 44] | 20 % | 20 % | 19 % | 19 % | 19 % | 19 % |
| | | [45 - 54] | 26 % | 28 % | 26 % | 26 % | 25 % | 26 % |
| | | [55 - 64] | 23 % | 24 % | 25 % | 25 % | 25 % | 25 % |
| | | [65 - 74] | 13 % | 12 % | 13 % | 14 % | 14 % | 13 % |
| | | [75 - 99] | 2 % | 2 % | 3 % | 3 % | 3 % | 2 % |
| | Précaire | [15 - 24] | 5 % | 3 % | 4 % | 4 % | 5 % | 5 % |
| | | [25 - 34] | 13 % | 11 % | 11 % | 12 % | 13 % | 12 % |
| | | [35 - 44] | 20 % | 20 % | 21 % | 21 % | 22 % | 21 % |
| | | [45 - 54] | 38 % | 35 % | 29 % | 29 % | 26 % | 28 % |
| | | [55 - 64] | 21 % | 24 % | 27 % | 26 % | 25 % | 25 % |
| | | [65 - 74] | 3 % | 5 % | 8 % | 7 % | 8 % | 7 % |
| | | [75 - 99] | 0 % | 0 % | 0 % | 1 % | 1 % | 1 % |

Tableau 12 : Proportions en pourcentage des bénéficiaires en fonction de l'âge, du sexe et du statut social par année

| | | Minimum | Maximum | 1er Quartile | Médiane | 3ème Quartile | Moyenne | Ecart-type | |
|--------------------------------------|------------------------------|--------------------|---------|--------------|---------|---------------|---------|------------|--------|
| Tranche d'âge statut social | | | | | | | | | |
| Mg nicotine/an | [15 - 24] non précaire | 18 | 5876 | 280 | 424 | 700 | 572,7 | 481,1 | |
| | [15 - 24] précaire | 36 | 12390 | 392 | 564 | 732 | 643,4 | 718,6 | |
| | [25 - 34] non précaire | 18 | 69716 | 392 | 588 | 798 | 758,8 | 1172,7 | |
| | [25 - 34] précaire | 18 | 16688 | 392 | 588 | 980 | 860,3 | 1008,3 | |
| | [35 - 44] non précaire | 18 | 44142 | 392 | 588 | 980 | 923,4 | 1292,0 | |
| | [35 - 44] précaire | 18 | 30720 | 440 | 700 | 1176 | 1122,2 | 1578,3 | |
| | [45 - 54] non précaire | 18 | 41040 | 392 | 588 | 1176 | 1119,1 | 1628,9 | |
| | [45 - 54] précaire | 18 | 45990 | 560 | 732 | 1400 | 1419,0 | 2332,6 | |
| | [55 - 64] non précaire | 18 | 70560 | 420 | 700 | 1320 | 1281,2 | 2006,0 | |
| | [55 - 64] précaire | 18 | 41580 | 563 | 798 | 1757 | 1628,6 | 2601,9 | |
| | [65 - 74] non précaire | 18 | 51534 | 420 | 718 | 1403 | 1354,1 | 2115,8 | |
| | [65 - 74] précaire | 36 | 34272 | 588 | 1008 | 2100 | 1853,3 | 2556,2 | |
| | [75 - 99] non précaire | 30 | 17280 | 392 | 630 | 1314 | 1213,0 | 1653,4 | |
| | [75 - 99] précaire | 96 | 9340 | 420 | 784 | 1764 | 1285,3 | 1365,1 | |
| | Genre statut social | | | | | | | | |
| | | Femme non précaire | 18 | 46848 | 392 | 588 | 1124 | 1020,0 | 1588,2 |
| | | Femme précaire | 18 | 45990 | 406 | 642 | 1176 | 1192,2 | 1924,7 |
| | | Homme non précaire | 18 | 70560 | 420 | 629 | 1176 | 1165,6 | 1780,6 |
| | | Homme précaire | 18 | 38714 | 576 | 732 | 1464 | 1418,6 | 2205,6 |
| | ALD statut social | | | | | | | | |
| | | Non non précaire | 18 | 69716 | 392 | 588 | 980 | 921,8 | 1281,4 |
| | | Non précaire | 18 | 30720 | 408 | 588 | 1132 | 1031,7 | 1420,5 |
| | Oui non précaire | 18 | 70560 | 490 | 784 | 1568 | 1497,8 | 2348,5 | |
| | Oui précaire | 18 | 45990 | 588 | 980 | 1896 | 1804,5 | 2856,6 | |

Tableau 13 : Quantité de nicotine en milligrammes (mg) délivrée par année et par patient dans la population précaire et non précaire en fonction de l'âge, du sexe et de l'ALD sur toute la durée de l'étude

IV. Discussion

Notre étude montre que le taux de la PP a augmenté depuis la mise en place du remboursement des SN pour atteindre 16% des bénéficiaires en 2019 dépassant la proportion des personnes couvertes par la CMU-C et l'ACS dans l'ancienne région MP en 2017 (10%). La PP est surreprésentée dans notre étude en 2018 et 2019. Entre 2015 et 2016, la proportion de la PP a aussi augmenté mais n'a jamais atteint celle de 2019. Ce constat est expliqué en grande partie, selon nous, par l'élargissement du forfait à 150 euros aux patients couverts par la CMU-C, entre autres, le 1er juillet 2015. En 2017, la proportion de la PP a diminué, probablement liée, selon nous, à l'extension du forfait de 150 euros pour toute la population fin 2016 avec pour conséquence une augmentation du recours au forfait dans la PNP.

Le même constat est observé concernant le taux de variation des effectifs dans chaque population. Sauf en 2017, ce taux de variation était toujours supérieur dans la PP. C'était en 2018 que cette différence entre les populations était la plus marquée, faisant suite au remboursement.

Des résultats similaires ont été retrouvés à l'échelle nationale en 2019. Notons quand même qu'à cette échelle, le taux des bénéficiaires de SN ayant l'ACS était plus élevé que celui dans la population générale (7,8% contre 4,7%) (38). Dans notre étude, ces proportions étaient quasiment similaires en 2019 (4% contre 3%). Il s'agit donc dans notre étude d'une population moins surreprésentée que celle de la CMU-C, indiquant un impact moins marqué. Une hypothèse serait, selon nous, qu'il s'agit d'une population moins précaire, ce qui entrainerait une proportion plus importante de fumeurs achetant des SN. La prévalence du tabagisme y est peut-être aussi moins importante que parmi les bénéficiaires de la CMU-C.

Ces résultats montrent un impact positif du remboursement des SN sur la PP ainsi que sur les inégalités sociales en termes de tentatives de sevrage. Les bénéficiaires de la PP ont plus augmenté que dans la PNP suggérant une mobilisation plus importante de la PP à la suite du remboursement. Deux revues systématiques de la littérature menées par *Brown et al.* 2014 (39) et *Smith et al.* 2020 (40) ont étudié l'impact des « *Stop Smoking Services* » (SSS) sur les inégalités sociales du sevrage tabagique. Ils ont montré que ces services avaient un effet positif sur ces inégalités en touchant plus les fumeurs de bas niveau socioéconomique compensant le taux de réussite plus faible dans cette population. Les SSS sont des centres disséminés sur le territoire du Royaume Uni dédiés au sevrage tabagique et pris en charge par le système de santé. Ces services ont donc permis aux fumeurs précaires d'accéder à un traitement par SN remboursé.

L'étude de *Smith et al.* a aussi montré que les fumeurs de bas niveau socioéconomique avaient plus de chance de se faire prescrire des SN par les médecins généralistes du Royaume Uni que les autres classes sociales. Les SN sont également remboursés en dehors des SSS au Royaume Uni. Aussi, une étude menée par *Deschenau et al.* 2017 dans le service de consultation de tabacologie de l'hôpital européen Georges-Pompidou a montré que les patients précaires se voyaient plus prescrire des SN que chez les non précaires lorsqu'ils étaient remboursés. Mais ici aussi le taux de succès était plus faible dans la PP (41). Cependant, toutes les études ne vont pas dans ce sens. Pendant seulement un an, en 2011, les Pays-Bas ont instauré un remboursement du traitement pharmacologique du sevrage tabagique. Deux études menées par *Nagelhout et al.* 2014 (42) et *Benson et al.* 2016 (43) ont évalué l'impact de ce remboursement sur les inégalités sociales. Contrairement à notre étude, ils n'ont pas retrouvé d'augmentation significative de la proportion des fumeurs de bas niveau socioéconomique faisant des tentatives de sevrage avec des traitements pharmacologiques sur prescription par rapport aux autres classes sociales à la suite du remboursement. De plus, ces études ont retrouvé une utilisation stable des traitements dans les classes sociales entre chaque année. L'étude de *Nagelhout et al.* a été limitée aux six premiers mois suivant la mise en œuvre de la politique, ce qui peut expliquer l'absence d'augmentation du pourcentage de fumeurs tentant de se sevrer à l'aide d'un traitement pharmacologique remboursé. Dans l'étude de *Benson et al.*, les auteurs ont cherché à étudier l'impact de l'influence des normes injonctives sur ces résultats. Ils ont trouvé que les PP avaient une acceptation du tabagisme plus importante que le reste de la population. De plus, les fumeurs de bas revenus économiques ayant une acceptation positive du tabagisme faisaient significativement moins de tentatives de sevrage avec un traitement médicamenteux que ceux ayant un avis neutre ou acceptant moins le tabagisme. Ceci pourrait expliquer la neutralité de leurs résultats. Il est aussi important de noter que ce remboursement n'était pas similaire à celui présent en France. En effet, pour être remboursé de leur traitement médicamenteux, les patients devaient suivre une prise en charge comportementale et avoir dépensé l'intégralité de leur franchise obligatoire d'assurance maladie pour leurs frais de santé auparavant. De plus, l'avance des frais était nécessaire et le remboursement n'était proposé qu'une seule fois dans l'année. Cela a pu décourager un nombre important de fumeurs notamment dans les PP.

Afin de réduire les inégalités de sevrage, le remboursement n'agit pas seulement sur l'augmentation du recours de la PP aux SN mais aussi en lui offrant la possibilité d'accéder à un traitement plus adapté à son tabagisme qu'auparavant. Les fumeurs précaires ont une dépendance plus élevée que dans la PNP (44). Ils relèvent donc d'un traitement plus intense et plus long. Durant toute la durée de l'étude, les bénéficiaires de la PP se sont vu délivrer en moyenne plus de nicotine sur une année que ceux dans la PNP. C'était en 2018 et 2019 que les deux populations ont connu les plus fortes hausses de cette quantité mais c'était aussi la période où l'écart s'est creusé entre elles. Dans ce sens, l'étude de *Deschenau et al.* a montré que les patients en situation de précarité recevaient en moyenne des doses plus importantes de SN que chez les non précaires quand ils étaient remboursés (41).

En revanche, le nombre moyen de délivrances et de boîtes par année étaient identiques entre les deux populations et ont augmenté après le remboursement de manière équivalente. Cela montrerait, selon nous, que la différence entre les deux populations de quantité moyenne de nicotine délivrée sur une année par bénéficiaire se fait au niveau des dosages et non pas avec la durée de traitement. Mais nous ne pouvons pas l'affirmer car nous n'avons pas pu différencier les formes délivrées et les conditionnements sont très diversifiés. Nous pouvons supposer que la PP utilise les SN à de plus fortes doses mais pas nécessairement sur une durée plus longue que la PNP. En effet, ces traitements sont souvent rapidement associés à une diminution de l'adhérence des patients dans le temps (45). Des rechutes précoces pourraient aussi expliquer ce constat. Il n'en demeure pas moins que les fumeurs précaires ont su pleinement s'approprier les bénéfices du remboursement des SN en augmentant leur quantité délivrée probablement dû à un dosage plus élevé et à un nombre de délivrances et de boîtes délivrées plus important. Nous pouvons imaginer que le taux de sevrage s'est amélioré dans cette population grâce à un traitement plus adapté à leur tabagisme plus sévère.

L'impact du remboursement des SN sur la PP est plus important que les forfaits tant sur le recours aux SN sur prescription que sur la quantité de nicotine délivrée. La prise en charge pour une durée illimitée, l'absence d'avance de frais et de plafonnement sont sûrement des moteurs importants dans cette population.

Les deux populations de l'étude étaient représentatives de la population générale précaire et non précaire. La répartition géographique des bénéficiaires était similaire à celle de la population générale dans l'ancienne région MP en 2017. Sur toute la durée de l'étude, la PP était plus féminine et plus jeune que la PNP. Ses bénéficiaires étaient aussi plus souvent avec une ALD traduisant une population en moins bonne santé. Il s'agit là des caractéristiques connues de la PP dans la population générale. Les rapports démographiques et les études concernant les populations couvertes par la CMU-C et l'ACS décrivent ces spécificités de la PP (36,46,47). Il est intéressant de noter que la proportion des bénéficiaires ayant une ALD dans la PP de notre étude était supérieure à celle dans la population de moins de 65 ans couverte par la CMU-C en 2011 dans l'ancienne région (37). Ceci montre une surreprésentation des patients en ALD dans notre étude que nous supposons liée, en grande partie, au fait que le tabac est souvent un facteur de risque de ces pathologies ou bien en est la conséquence.

En 2019, à l'échelle nationale, les ALD les plus représentées parmi les bénéficiaires d'un remboursement de SN étaient en premier lieu les affections psychiatriques suivies du diabète et des maladies liées aux cancers (38). Nous savons que ces pathologies sont intimement liées au tabagisme.

Depuis le remboursement, nous avons noté certaines modifications des caractéristiques de la PP. Après 2017, la proportion des femmes précaires a nettement diminué alors qu'elle était en augmentation auparavant malgré un élargissement du forfait à 150 euros en 2016 aux personnes ayant la CMU-C et non plus uniquement aux femmes enceintes. Un manque d'information sur le forfait pourrait être, selon nous, la cause de ce constat. Ainsi, les sexes ratios des deux populations étaient quasiment similaires entre eux en 2019 et à celui de la population générale d'Occitanie en 2020.

Une accélération de la diminution du taux des patients ayant une ALD, déjà amorcée en 2017 (après l'élargissement du forfait à 150 euros à toute la population), a été observée jusqu'en 2019 dans la PP et se rapprochant du taux de la PNP.

Enfin, entre 2015 et 2017, la PP a vu sa population vieillir et de manière plus importante que dans la PNP. C'était principalement chez les femmes précaires de moins de 45 ans que cela a été observé. Ceci peut être expliqué par la présence du forfait à 150 euros jusqu'au 1er juillet 2015 uniquement pour les femmes enceintes motivant l'utilisation des SN chez les jeunes femmes de la PP suivies pour une grossesse ou en prévision de celle-ci. L'élargissement du forfait aurait ensuite, selon nous, permis à une population plus large d'en bénéficier. Ce constat a été moins observé chez les femmes non précaires. Notre hypothèse serait l'âge moyen du premier enfant plus bas chez les femmes précaires conduisant à une tentative de sevrage à un âge plus jeune en cas de tabagisme actif par rapport aux femmes non précaires (48). D'ailleurs, nous remarquons que la proportion des femmes par rapport aux hommes de moins de 45 ans dans la PP était supérieure de celle dans la PNP. Une autre explication serait, selon nous, que la population couverte par la CMU-C ou l'ACS est par définition plus jeune et féminine que le reste de la population. Depuis la mise en place du remboursement à 65% des SN, le taux des moins de 35 ans est resté stable dans la PNP. Il a légèrement augmenté chez les femmes et les hommes de la PP tout en restant minoritaire malgré une prévalence du tabagisme plus élevée chez les jeunes du même âge en France (6). La PNP a moins évolué que la PP au fil du temps. Au sein de la PP, ce remboursement a permis à plus d'hommes, à plus de fumeurs sans atteinte par une ALD donc probablement en meilleure santé et à plus de jeunes, d'accéder à un traitement efficace du sevrage tabagique.

Les médecins généralistes jouent un rôle important dans l'amélioration de l'accessibilité des SN et notamment aux fumeurs précaires (49). Sur toute la durée de l'étude, la majorité des prescriptions étaient réalisées par des médecins généralistes (84,7%) suivis des pneumologues (2,7%). Il est intéressant de noter que les prescriptions faites par un oncologue étaient minoritaires. En revanche, ce travail n'a pas pu différencier les prescripteurs « non-médecins ». Nous avons remarqué que la proportion des prescriptions faites par les médecins généralistes a diminué à partir de 2018. Cela pourrait être, selon nous, la conséquence de l'élargissement des prescripteurs autorisés mis en place depuis janvier 2016. Un rapport national par l'Assurance Maladie a retrouvé qu'en 2019, les infirmiers étaient les deuxièmes prescripteurs de SN après les médecins généralistes (38). L'élargissement des prescripteurs autorisés est une mesure efficace pour améliorer l'utilisation des SN et par conséquent dans la PP.

Cette étude scientifique présente plusieurs forces. A notre connaissance, il s'agit de la seule en France à évaluer récemment l'impact du remboursement à 65% des SN par la sécurité sociale sur les fumeurs en situation de précarité à grande échelle. Son grand nombre de délivrances de SN (12 4649), de bénéficiaires (96 824) et sa période de recueil sur 5 ans lui confère une puissance statistique conséquente. Les données obtenues sont représentatives de la population dans l'ancienne région MP et le SNIIRAM couvre pratiquement tous les régimes de santé. La méthode de recueil était exhaustive, fiable et indépendante permettant d'éviter des biais de sélection et de recrutement. Ce travail peut être généralisable sur le plan national du fait du grand nombre de participants mais aussi parce que l'accès au remboursement des SN se fait de manière identique sur tout le territoire.

Elle présente aussi certaines limites. Premièrement, la PP a été définie en fonction de la présence de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. Nous n'avons pas eu accès au score de déprivation sociale de chaque bénéficiaire. Les deux premiers dispositifs se basent sur les revenus et le contexte familial. Cette définition de la PP est donc incomplète et un certain nombre de bénéficiaires sans dispositif d'aide de santé pourraient être considérés comme précaires entraînant des résultats pour la PP, selon nous, probablement sous-estimés. La précarité ne se résume pas à un revenu bas mais aussi en tenant compte du niveau d'éducation, de l'emploi, de l'entourage etc. (50). Il n'en reste pas moins que ces dispositifs sont de forts marqueurs de précarité et de nombreuses études se basent dessus pour la définir. Il existe aussi de nombreuses personnes éligibles à ces dispositifs mais n'ayant pas fait la demande (36). Ceci a pu aussi contribuer à sous-estimer les résultats de la PP.

Ensuite, au moment du forfait, la prescription devait se faire sur une ordonnance dédiée avec certaines règles de prescription. Ainsi, un certain nombre de prescriptions ont pu être rejetées, pour causes d'erreur, ayant pour effet de sous-estimer les effectifs avant le remboursement des SN. Mais cela n'a probablement pas eu d'incidence sur les proportions des populations (critère de jugement principal) car les inégalités sociales n'influent surement pas sur ce point.

Le SNIIRAM informe uniquement sur les médicaments remboursés en ville. Les SN peuvent aussi être achetés sans prescription. Nous ne connaissions donc pas la consommation réelle des SN. Mais notre étude s'intéressait uniquement aux remboursements dans la PP. Il est probable, selon nous, que la part des SN achetés soit faible dans cette population. Nous pouvons aussi nous demander s'il y a eu un effet d'« aubaine » suite au remboursement avec des personnes qui achetaient auparavant leurs SN puis qui ont ensuite utilisé le remboursement, surtout pour la PNP. La prévalence de cette dernière population a pu être sous-estimée avant le remboursement. Mais une étude qui a évalué l'impact du remboursement des SN au Royaume-Uni a montré qu'après sa mise place, il y a eu une augmentation des prescriptions de SN mais aussi des ventes libres (51). Cela tendrait à montrer, selon nous, que les personnes ont continué à acheter ces traitements. Les délivrances faites à l'hôpital ne sont pas connues mais nous pouvons imaginer qu'elles restent minimales par rapport aux délivrances ambulatoires. Nous avons vu que les médecins généralistes étaient les principaux prescripteurs.

Cette base de données nous renseigne sur les quantités délivrées mais pas sur celles réellement utilisées. Nous savons que l'observance et l'adhérence à ce traitement sont inconstantes. Il peut donc y avoir une surestimation de la quantité réellement consommée par chaque bénéficiaire.

Initialement, le SNIIRAM n'a pas été fait pour la recherche. Il peut y avoir des erreurs de saisie. Mais le fonctionnement informatisé et automatique limite ces erreurs. L'évolution des bases de données vers le SNDS a aussi probablement amélioré leur qualité.

Nous n'avons pas eu accès aux Codes Identifiants de Présentation (CIP), il nous était donc impossible de différencier les formes de SN et de calculer le « *Defined Daily Dose* ». Il s'agit d'un indicateur important pour évaluer la consommation des médicaments. Mais ce n'était pas notre critère de jugement principal. Il aurait été quand même intéressant d'étudier s'il y avait une différence entre les deux populations d'utilisation des formes de SN. Une étude pourrait être menée dans ce sens.

Aucun test statistique n'a été réalisé dans notre étude. Il ne s'agissait pas d'une cohorte, la population changeait chaque année et n'était représentée que par les personnes ayant reçu une délivrance de SN sur prescription. Mais la taille de l'étude permet une puissance suffisante pour émettre des conclusions.

Enfin cette étude porte uniquement sur la délivrance des SN. Il s'agit donc d'une étude sur les tentatives de sevrage. Le taux de réussite de ce dernier et par conséquent les inégalités sociales à ce sujet n'ont donc pas été étudiés.

Nous avons vu que le remboursement des SN a un impact positif sur la PP et sur les inégalités de sevrage mais ce n'est certainement pas le seul moteur de l'augmentation des fumeurs précaires tentant de se sevrer avec des SN sur prescription. En effet, depuis plusieurs années, l'état met en place une forte politique de lutte anti-tabac. La hausse des prix du tabac est probablement la mesure la plus efficace sur la prévalence du tabac (52) mais aussi sur les inégalités sociales (53), encourageant à plus de fumeurs précaires de se sevrer. Lancé en 2016, le mois sans tabac, en octobre, joue aussi un rôle important de sensibilisation et d'information auprès du grand public. Il a montré son efficacité sur le taux de tentatives de sevrage en France mais aussi en Angleterre (54). De plus, on remarque une saisonnalité du recours des SN qui augmente les trois derniers mois de l'année à la suite de cette opération, marquant son intérêt certain (38). Ceci pourrait expliquer, selon nous, pourquoi nous avons observé une importante hausse de la délivrance des SN sur prescription, notamment dans la PP, en 2018 alors que le remboursement n'a débuté qu'à partir du mois de mai de cette même année.

Ces résultats sont encourageants mais cela ne doit pas s'arrêter là. La proportion des bénéficiaires précaires du remboursement des SN reste largement inférieure à celle de la PNP alors que la prévalence du tabagisme est plus élevée dans les PP. Les fumeurs ayant l'ACS semblent avoir été moins touchés par le remboursement par rapport à ceux couverts par la CMU-C. Des actions visant à améliorer la connaissance du remboursement auprès des PP, telles que des campagnes de média ou des informations sur les paquets de cigarettes, permettraient d'augmenter son utilisation. Plusieurs études ont montré que l'apposition du numéro téléphonique d'aide au sevrage tabagique sur les paquets de cigarettes a permis une augmentation du recours à ce service (55,56). Le médecin généraliste joue aussi un rôle primordial dans ce domaine. Il serait intéressant d'inclure cette notion dans chaque « conseil bref » délivré aux fumeurs. Un travail pour évaluer cette connaissance du remboursement auprès des fumeurs, notamment précaires, et des médecins en France serait intéressant.

Des études ont évalué l'impact d'une action proactive (p. ex., téléphonique) offrant un traitement par SN et des conseils téléphoniques gratuits pour les fumeurs défavorisés. Les résultats ont montré que les groupes bénéficiant de cette prise en charge présentaient un meilleur taux de sevrage et utilisaient plus les SN (57,58). De plus, comme nous l'avons vu, la population précaire a une acceptation du tabagisme plus importante. Des efforts sont donc nécessaires pour lutter contre cette norme pro-tabac chez eux. Enfin, l'implantation de services dédiés au sevrage tabagique dans des zones prioritaires, comme au Royaume-Unis avec les SSS, afin de cibler une population précaire, a montré une efficacité (59). Il s'agit là d'actions pouvant aider à réduire les inégalités sociales en favorisant une meilleure adhérence et utilisation des SN dans la PP.

Les fumeurs de moins de 35 ans étaient parmi les moins représentés dans notre étude alors que la prévalence du tabagisme y est la plus élevée. Des efforts sont encore nécessaires dans cette population et notamment en situation de précarité.

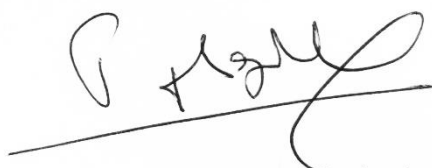
Le taux de réussite reste inférieur dans la PP. Des efforts sont nécessaires pour améliorer l'accompagnement des fumeurs précaires dans leur sevrage. Les SN sont efficaces mais leur association à un soutien psychologique et une prise en charge comportementale améliore les chances de réussite (60).

V. Conclusion

Le remboursement à 65% des SN par la sécurité sociale a eu un impact positif sur la PP. Son effectif a nettement augmenté ainsi que sa prévalence au sein des bénéficiaires de SN sur prescription. Il a aussi permis aux fumeurs précaires d'accéder à un traitement mieux adapté à leur tabagisme, souvent plus sévère que la PNP. Cette mesure a donc eu une action positive sur les inégalités sociales de tentatives de sevrage en mobilisant de manière préférentielle cette population et en améliorant son traitement. Dans la PP, c'étaient les hommes, les fumeurs en meilleure santé et les jeunes qui en ont le plus profité. Des efforts doivent continuer dans ce sens pour améliorer les effets de cette mesure sur les inégalités sociales afin de compenser le taux de réussite du sevrage tabagique plus faible dans cette population.

Vu

Toulouse le 15/09/2020



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale



Toulouse, le 17/09/2020

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE

VI. Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé. Principaux repères sur la consommation du tabac et ses conséquences pour la santé ainsi que l'action de l'OMS dans la lutte contre le tabagisme. [Internet]. 2019 [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. Office of the Surgeon General (US), Office on Smoking and Health (US). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2004 [cité 4 janv 2020]. (Reports of the Surgeon General). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44695/>
3. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 13 mars 2019;7.
4. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health.* oct 2015;25(5):824-8.
5. Haut Conseil de la santé publique. La santé en France et en Europe : convergences et contrastes [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=268>
6. Pesquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bull Épidémiologique Hebd.* 21 févr 2020;24.
7. Nézet OL, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Chyderiotis S, Spilka S. Les comportements tabagiques à la fin de l'adolescence. Enquête escapad 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 29 mai 2018;9.
8. Taylor DH, Hasselblad V, Henley SJ, Thun MJ, Sloan FA. Benefits of Smoking Cessation for Longevity. *Am J Public Health.* juin 2002;92(6):990-6.
9. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. oct 2014;60.
10. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Tobacco Addiction Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 31 mai 2018 [cité 15 déc 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000146.pub5>
11. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [Internet]. 2003 [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf?sequence=1>
12. Brand FA van den, Nagelhout GE, Reda AA, Winkens B, Evers SMAA, Kotz D, et al. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 sept 2017 [cité 17 déc 2019];(9). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com-s.docadis.upstlse.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004305.pub5/abstract>
13. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. *OFDT.* févr 2019;9.

14. Andler R, Richard J-B, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du baromètre de santé publique france 2018 / reduction of daily smoking rate among adults: results from the 2018 santé publique france health barometer. *Bull Épidémiologie Hebd.* 15 mars 2019;7.
15. Lewer D, Jayatunga W, Aldridge RW, Edge C, Marmot M, Story A, et al. Premature mortality attributable to socioeconomic inequality in England between 2003 and 2018: an observational study. *Lancet Public Health* [Internet]. 5 déc 2019 [cité 11 déc 2019];0(0). Disponible sur: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(19\)30219-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(19)30219-1/abstract)
16. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med.* 5 juin 2008;358(23):2468-81.
17. Kulik MC, Menvielle G, Eikemo TA, Bopp M, Jasilionis D, Kulhánová I, et al. Educational Inequalities in Three Smoking-Related Causes of Death in 18 European Populations. *Nicotine Tob Res.* 1 mai 2014;16(5):507-18.
18. Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *The Lancet.* juill 2006;368(9533):367-70.
19. Pampel F, Legleye S, Goffette C, Piontek D, Kraus L, Khlat M. Cohort changes in educational disparities in smoking: France, Germany and the United States. *Soc Sci Med.* févr 2015;127:41-50.
20. Legleye S, Khlat M, Beck F, Peretti-Watel P. Widening inequalities in smoking initiation and cessation patterns: A cohort and gender analysis in France. *Drug Alcohol Depend.* sept 2011;117(2-3):233-41.
21. Bricard D, Jusot F, Beck F, Khlat M, Legleye S. Educational inequalities in smoking over the life cycle: an analysis by cohort and gender. *Int J Public Health.* janv 2016;61(1):101-9.
22. Reid JL, Hammond D, Boudreau C, Fong GT, Siahpush M. Socioeconomic disparities in quit intentions, quit attempts, and smoking abstinence among smokers in four western countries: Findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res.* oct 2010;12(Suppl 1):S20-33.
23. Merson F, Perriot J, Underner M, Peiffer G, Fieulaine N. Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale. *Rev Mal Respir.* déc 2014;31(10):916-36.
24. Bosdriesz JR, Willemsen MC, Stronks K, Kunst AE. Socioeconomic inequalities in smoking cessation in 11 European countries from 1987 to 2012. *J Epidemiol Community Health.* sept 2015;69(9):886-92.
25. Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tob Control.* 1 févr 2009;18(1):43-6.
26. Browning KK, Ferketich AK, Salsberry PJ, Wewers ME. Socioeconomic disparity in provider-delivered assistance to quit smoking. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* janv 2008;10(1):55-61.

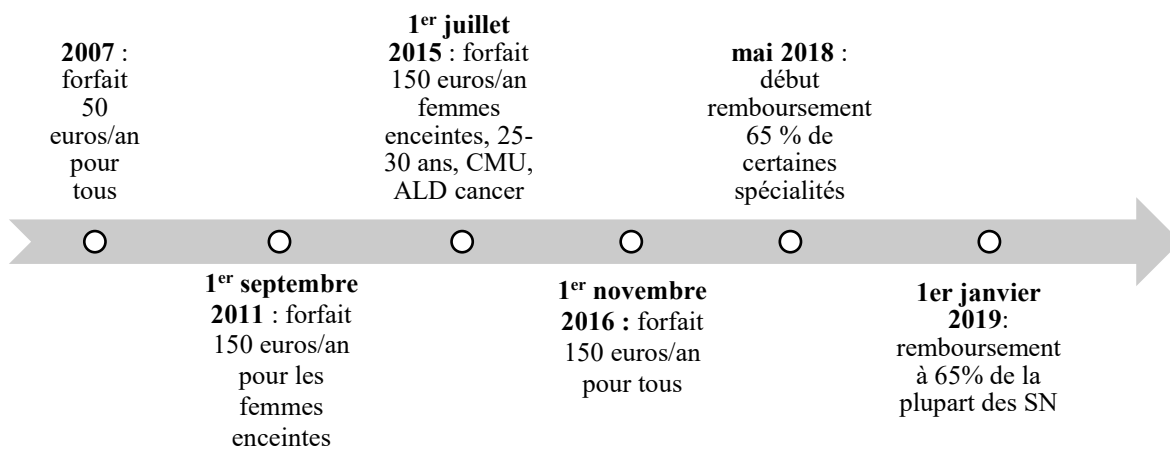
27. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking: a review: Hiscock et al. *Ann N Y Acad Sci.* févr 2012;1248(1):107-23.
28. Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Gitchell JG. Individual differences in adoption of treatment for smoking cessation: Demographic and smoking history characteristics. *Drug Alcohol Depend.* janv 2008;93(1-2):121-31.
29. Fu SS, Kodl MM, Joseph AM, Hatsukami DK, Johnson EO, Breslau N, et al. Racial/Ethnic disparities in the use of nicotine replacement therapy and quit ratios in lifetime smokers ages 25 to 44 years. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol.* juill 2008;17(7):1640-7.
30. Roddy E, Antoniak M, Britton J, Molyneux A, Lewis S. Barriers and motivators to gaining access to smoking cessation services amongst deprived smokers--a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 6 nov 2006;6:147.
31. Gross B, Brose L, Schumann A, Ulbricht S, Meyer C, Völzke H, et al. Reasons for not using smoking cessation aids. *BMC Public Health.* 22 avr 2008;8(1):129.
32. Système national des données de santé. Qu'est-ce que le SNDS ? | SNDS [Internet]. [cité 4 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Qu-est-ce-que-le-SNDS>
33. CNAM. Le système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie - Sniiram [Internet]. 2015 [cité 30 mai 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Presentation_du_Sniiram.pdf
34. Bezin J, Duong M, Lassalle R, Droz C, Pariente A, Blin P, et al. The national healthcare system claims databases in France, SNIIRAM and EGB: Powerful tools for pharmacoepidemiology. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* août 2017;26(8):954-62.
35. Insee. Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2020 : Comparaisons régionales et départementales. [Internet]. 2020 [cité 8 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692>
36. FONDS CMU-C. Rapport d'activité 2018 : fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie [Internet]. 2018 [cité 9 juill 2020]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2018.pdf
37. Insee Midi-Pyrénées, ARS Midi-Pyrénées. Caractéristiques et recours aux soins des populations bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU_C) : plus jeunes, plutôt féminines et en moins bonne santé. 2014.
38. Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 [Internet]. 2020 [cité 3 août 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Rapport_charges_et_produits_pour_2021.pdf
39. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. *Eur J Public Health.* août 2014;24(4):551-6.
40. Smith CE, Hill SE, Amos A. Impact of specialist and primary care stop smoking support on socio-economic inequalities in cessation in the United Kingdom: a systematic review and national equity analysis. *Addiction.* janv 2020;115(1):34-46.

41. Deschenau A, Le Faou A-L, Touzeau D. Précarité et sevrage tabagique : réflexions à partir des données de la consultation de tabacologie de l'hôpital européen Georges-Pompidou (AP-HP), Paris. *Rev Mal Respir.* janv 2017;34(1):44-52.
42. Nagelhout GE, Hummel K, Willemsen MC, Siahpush M, Kunst AE, de Vries H, et al. Are there income differences in the impact of a national reimbursement policy for smoking cessation treatment and accompanying media attention? Findings from the International Tobacco Control (ITC) Netherlands Survey. *Drug Alcohol Depend.* 1 juill 2014;140:183-90.
43. Benson FE, Nagelhout GE, Nierkens V, Willemsen MC, Stronks K. Inequalities in the Impact of National Reimbursement of Smoking Cessation Pharmacotherapy and the Influence of Injunctive Norms: An Explorative Study. *Subst Abuse Res Treat.* janv 2016;10:SART.S32225.
44. Siahpush M, McNeill A, Borland R, Fong GT. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control.* juin 2006;15(Suppl 3):iii71-5.
45. Tønnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. Collaborative European Anti-Smoking Evaluation. *European Respiratory Society. Eur Respir J.* févr 1999;13(2):238-46.
46. Tuppin P, Samson S, Colinot N, Gastaldi-Menager C, Fagot-Campagna A, Gissot C. Consommations de soins des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2012. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* avr 2016;64(2):67-78.
47. Berhuet S, Crouette P. Les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS en 2019 : Qui sont-elles ? Quel est leur interlocuteur privilégié en cas de préoccupation pour leur santé et quelles sont leurs pratiques en matière d'automédication ? [Internet]. Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie; 2019 [cité 26 juill 2020]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2019_10_02_Etude_CREDOC_populations_%C3%A9ligibles_CMUC_ACS_2019.pdf
48. Insee. Insee première N°1642. 2017.
49. Song F, Elwell-Sutton T, Naughton F. Impact of the NHS Stop Smoking Services on smoking prevalence in England: a simulation modelling evaluation. *Tob Control.* mars 2020;29(2):200-6.
50. Moulin J-J, Labbe É, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Précarité et facteurs de risque: le score EPICES. *Rev Francoph Psycho-Oncol.* juin 2006;5(2):115-21.
51. West R, DiMarino ME, Gitchell J, McNeill A. Impact of UK policy initiatives on use of medicines to aid smoking cessation. *Tob Control.* 1 juin 2005;14(3):166-71.
52. Jha P, Peto R. Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco. *N Engl J Med.* 2 janv 2014;370(1):60-8.
53. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 1 mai 2014;138:7-16.

54. Kuipers MAG, West R, Beard E, Brown J. Impact of the « Stoptober » smoking cessation campaign in England from 2012 to 2017: A quasi-experimental repeat cross-sectional study. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. 27 juin 2019;
55. Miller CL, Hill DJ, Quester PG, Hiller JE. Impact on the Australian Quitline of new graphic cigarette pack warnings including the Quitline number. *Tob Control*. juin 2009;18(3):235-7.
56. Wilson N, Weerasekera D, Hoek J, Li J, Edwards R. Increased smoker recognition of a national quitline number following introduction of improved pack warnings: ITC Project New Zealand. *Nicotine Tob Res*. 30 sept 2010;12(Supplement 1):S72-7.
57. Haas JS, Linder JA, Park ER, Gonzalez I, Rigotti NA, Klinger EV, et al. Proactive tobacco cessation outreach to smokers of low socioeconomic status: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. févr 2015;175(2):218-26.
58. Fu SS, van Ryn M, Nelson D, Burgess DJ, Thomas JL, Saul J, et al. Proactive tobacco treatment offering free nicotine replacement therapy and telephone counselling for socioeconomically disadvantaged smokers: a randomised clinical trial. *Thorax*. mai 2016;71(5):446-53.
59. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Lenormand M-C, Blanchoz J-M, Arwidson P. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature. *Santé Publique*. 2018;30(1):45.
60. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev [Internet]*. 2019 [cité 17 déc 2019];(6). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com-s.docadis.ups-tlse.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009670.pub4/abstract>

VII. Annexes

A. Annexe 1 : Chronologie de la prise en charge des SN par la sécurité sociale



B. Annexe 2 : Convention de données et de partage des résultats

**Convention de cession de données et de partage des résultats entre
le Département de Médecine Générale
de la faculté de médecine de Toulouse (DUMGT)
et
la Direction Régionale du Service Médical d'Occitanie
dans le cadre de la réalisation d'une étude sur
les délivrances de substituts nicotiniques
en officine de ville à partir du SNIIRAM.**



CLAUSE POUR CONVENTION D'ECHANGE DONNEES : FOURNISSEUR DE DONNEES

Conforme au guide de cotraitance de la CNAM 2020

Annexe 01 :

La liste des données transmises à la DUMGT (1 page)

Annexe 02 :

La liste des personnes habilitées à utiliser les données transmises par la DUMGT (1 page)

ENTRE LES PARTIES :

Le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse,

De la faculté de médecine de Toulouse – Rangueil
dont le siège est 133 route de Narbonne, 31400 Toulouse

Représenté par Dr Jordan Birebent, Maitre de Conférence Associé
Désigné ci-après sous la dénomination « DUMGT»

Premièrement,

La Direction Régionale du Service Médical d’Occitanie,

Représentée par son Médecin Conseil Régional par intérim
Directeur régional des services du contrôle médical, Dr Jean François RAZAT
Désigné ci-après sous la dénomination « la DRSM-OC »

Deuxièmement,

Les parties s’étant rapprochées ont convenu de ce qui suit :

1 - Conformité informatique et libertés et protection des données personnelles

Les Parties à la présente convention s'engagent à respecter, en ce qui les concerne, les dispositions du Règlement (UE) 2016-679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et celles de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Pour le traitement de données personnelles visé par cet accord, les parties s'engagent à se conformer strictement au RGPD, qui s'appliquera en toute circonstance, nonobstant toute éventuelle stipulation contraire.

2 Responsabilité des parties dans l'échange de données.

La présente convention place la DRSM-OC et le DUMGT dans une situation de cotraitance, au sens de l'article 26 du RGPD. Cette cotraitance porte uniquement sur la partie relative au transfert de données via le canal sécurisé mentionné dans la présente convention.

Chacune des parties reste responsable individuellement des autres traitements de données exercés en amont et en aval du transfert de données.

Chacune des parties, s'engage à communiquer les coordonnées de contact de son *délégué à la protection des données* (DPO) si ces dernières sont tenues d'en désigner un selon les termes de l'article 37 du RGPD et à tenir à jour la documentation nécessaire à la preuve de la conformité du traitement (registre des traitements, documentation nécessaire à la preuve de la conformité)

3 – Finalité et moyen du transfert de données

Les responsables conjoints du traitement en définissent les caractéristiques comme suit :

Finalités du traitement : Le 1^{er} janvier 2019, l'Assurance Maladie a proposé la mise au remboursement des substituts nicotiques afin de promouvoir l'arrêt de l'intoxication tabagique. Ce facteur de risque modifiable a un impact majeur sur les pathologies cardiovasculaires et broncho-pulmonaires entraînant un important coût en termes de morbi mortalité dans la population générale. L'objectif de la mise en place de ce remboursement était de favoriser le sevrage tabagique accompagné médicalement en utilisant des produits ayant un rapport bénéfice-risque favorable. Ce remboursement venait accompagner les mesures de sensibilisation par intervention brève des médecins et la mise en place d'outils d'aide au sevrage institutionnels (numéro de téléphone, mois sans tabac).

L'objectif principal de l'étude est de voir si la mise au remboursement de ces substituts nicotiques a permis d'augmenter leur délivrance en pharmacie d'officine auprès des populations en situation plus précaire. Les objectifs secondaires de notre étude sont d'analyser la population bénéficiant de cette délivrance, la consommation de médicaments à visée broncho-pulmonaire, l'âge et le genre des patients en bénéficiant, la variation du nombre de délivrance du Champix® depuis la mise au remboursement des substituts, de la situation médico-sociale des bénéficiaires.

La finalité du traitement a été définie par le DUMGT

Moyens du transfert : Les données seront transférées sur la plate-forme sécurisée **PETRA** de la CNAM
Type de données à caractère personnel transféré : **Cf annexe 1**

Catégories de personnes concernées : Adultes et adolescents de plus de 15 ans en situation de déprivation sociale ayant bénéficié de la délivrance de substitut nicotinique (patch, gomme à mâchée, inhalateur) et assurés aux régimes d'Assurance Maladie de la région Occitanie.

4 – Engagement de chacune des Parties

Chacune des parties s'engage à :

- Transférer les données uniquement prévue par la présente convention ;
- Respecter la finalité de traitement pour laquelle le transfert de données est nécessaire. Toute autre utilisation des données pour une autre finalité restera de la responsabilité propre de chacune des Parties (détournement de finalité) ;
- Garantir la confidentialité des données à caractère personnel;
- Utiliser le canal approprié afin de garantir un niveau de sécurité adéquat aux données transférées.

4.1 – Information des personnes

Chacune des Parties reste responsable des mentions faites aux personnes concernant le transfert de leurs données personnelles.

La partie qui collecte les données doit porter à la connaissance des personnes concernées la source de ces données. Sauf cas particulier, la partie qui met à disposition les données doit également prévoir une information des personnes précisant le ou les éventuels destinataires.

4.2 – Incidents de sécurité, suspicion de violation de données à caractère personnel

Les Parties s'engagent à se tenir informées en cas de suspicion ou de violation de données avérée lors du transfert de données. A cet effet, il reviendra aux parties de s'accorder sur les mesures à prendre concernant la notification auprès des autorités compétentes et à l'obligation d'informer les personnes en cas de risque élevé sur la vie privée.

Les parties n'ont pas de responsabilité sur le traitement réalisé par l'autre responsable de traitement.

Fait à Toulouse, en deux exemplaires originaux, le 14 mai 2020.

P/O le Département Universitaire
De médecine Générale de
la faculté de Toulouse

Dr Jordan Birebent

Le Médecin Conseil Régional par intérim
Directeur Régional du service du
contrôle médical d'Occitanie

Dr Jean François Razat

Annexe 01 : Données transmises à la DUMGT

Inclusion

Année 2015 à 2019
Assurés affiliés à organismes Assurance Maladie Occitanie
Age \geq 15 ans

Exclusion

Aucune

Fichier de sortie

| | Variables | Exemples | |
|---------|----------------------|----------|------|
| PATIENT | Année | 2018 | 2018 |
| | Département | 82 | 31 |
| | Classe âge | 20 | 35 |
| | Genre | M | F |
| | CMU | 0 | 1 |
| | ACS | 0 | 0 |
| | AME | 1 | 0 |
| | FDep | 0 | 0 |
| | ALD | 0 | 0 |
| N07BA01 | Départ(s) délivrance | 82,31 | |
| | Spé(s) prescripteur | 1 | |
| | Nb unités | 96 | |
| | Σ doses (mg) | 192 | |
| | Nb boîtes | 2 | |
| N07BA03 | Départ(s) délivrance | | 31 |
| | Spé(s) prescripteur | | 1,6 |
| | Nb unités | | 112 |
| | Σ doses (mg) | | 56 |
| | Nb boîtes | | 2 |

Annexe 02

Liste des personnes de la DUMGT habilitées à utiliser les données transmises par la DRSM MP dans le cadre de l'étude « *Etude descriptive des délivrances en officine de ville des substituts nicotiniques à partir du SNIIRAM* ».

| Nom | Prénom | Fonction |
|----------|--------|--|
| Birebent | Jordan | Maitre de Conférence Associé DU MG Toulouse |
| Dupouy | Julie | Maitre de Conférence des Universités Directrice du DES de Médecine Générale |

C. Annexe 3 : Effectifs et proportions en pourcentage des populations par département dans l'ancienne région Midi-Pyrénées en 2017

| | Populations en 2017 | Proportions départements |
|------------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| Ancienne Midi- Pyrénées | 3 034 719 | 100% |
| Départements | Haute-Garonne | 45% |
| | Tarn | 13% |
| | Aveyron | 9% |
| | Tarn-et-Garonne | 9% |
| | Hautes-Pyrénées | 8% |
| | Gers | 6% |
| | Lot | 6% |
| | Ariège | 5% |

Source : INSEE, Populations légales au 1^{er} janvier 2017 en Occitanie

D. Annexe 4 : Effectifs et proportions en pourcentage des patients ayant une ALD en 2017 dans l'ancienne région Midi-Pyrénées

| | Populations en 2017 | Effectifs ALD en 2017 | Proportions ALD en 2017 |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Ariège | 153 153 | 32 480 | 21% |
| Aveyron | 279 206 | 53 060 | 19% |
| Haute-Garonne | 1 362 672 | 219 430 | 16% |
| Gers | 191 091 | 32 950 | 17% |
| Lot | 173 828 | 36 780 | 21% |
| Hautes-Pyrénées | 228 530 | 47 260 | 21% |
| Tarn | 387 890 | 85 850 | 22% |
| Tarn-et-Garonne | 258 349 | 43 800 | 17% |
| Ancienne région Midi- Pyrénées | 3 034 719 | 551 610 | 18% |

Sources : Cnam-DSES ; INSEE : Populations légales au 1^{er} janvier 2017 en Occitanie

E. Annexe 5 : Effectifs et proportions en pourcentage des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS dans la population totale de l'ancienne région Midi-Pyrénées en 2017

| | Populations totales 2017 | Populations ACS 2017 | Proportions ACS 2017 | Populations CMU-C 2017 | Proportions CMU-C 2017 | |
|--|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|-----|
| Ancienne Midi- Pyrénées | 3 034 719 | 83 531 | 3% | 224374 | 7% | |
| Départements | Ariège | 153 153 | 4 871 | 3% | 15141 | 10% |
| | Aveyron | 279 206 | 5 503 | 2% | 12857 | 5% |
| | Haute- Garonne | 1 362 672 | 33 466 | 2% | 103569 | 8% |
| | Gers | 191 091 | 5 524 | 3% | 11688 | 6% |
| | Lot | 173 828 | 3 979 | 2% | 12634 | 7% |
| | Hautes- Pyrénées | 228 530 | 9 549 | 4% | 16303 | 7% |
| | Tarn | 387 890 | 11 595 | 3% | 29513 | 8% |
| | Tarn-et- Garonne | 258 349 | 9 044 | 4% | 22669 | 9% |

Sources : INSEE : Populations légales au 1^{er} janvier 2017 en Occitanie ; SCORE santé : Pauvreté, lutte contre les exclusions 2017 ; Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie.

Introduction : Depuis mai 2018, la sécurité sociale rembourse à 65 % les substituts nicotiques (SN). Quel a été l'impact de cette mesure sur le taux de patients en situation de précarité bénéficiant d'une prise en charge de SN ? **Méthode :** Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive, rétrospective et quantitative des délivrances sur prescription des SN en officine de ville. Les données ont été extraites du Système national des données de santé à partir de leur code anatomique, thérapeutique et chimique. L'étude a inclus toutes les personnes âgées de 15 ans inclus et plus résidant dans l'ancienne région Midi-Pyrénées (MP) ayant eu un remboursement de SN entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2019. La population précaire (PP) a été définie par la présence de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide pour une complémentaire santé ou de l'aide médicale de l'état. Le reste de la population représentait la population non précaire (PNP). Le critère de jugement principal était l'évolution de la prévalence de la PP. **Résultats :** Depuis le remboursement des SN, la proportion de la PP a augmenté de 8% en 2015 à 16% des bénéficiaires en 2019 (10 % en 2017) et le taux de variation des effectifs était supérieur dans cette même population. La PP était surreprésentée dans notre étude par rapport à la population générale. C'étaient principalement les hommes, les fumeurs sans affection de longue durée et les jeunes qui en ont le plus bénéficié dans la PP. La quantité moyenne de nicotine délivrée, le nombre de délivrances et de boîtes par année ont aussi augmenté depuis cette mesure. **Discussion :** Le remboursement à 65 % des SN a eu impact positif sur la PP et sur les inégalités sociales du sevrage tabagique en touchant préférentiellement cette population. Il a aussi permis aux fumeurs précaires d'accéder à un traitement plus adapté à leur tabagisme souvent plus sévère. Des efforts sont nécessaires pour améliorer la portée de cette mesure.

TITLE: Impact of the reimbursement of nicotine replacement therapy by the French health insurance on its distribution within a precarious population from the former Midi-Pyrénées region.

Introduction: Since May 2018, French health insurance reimburses 65% of the cost of nicotine replacement therapy (NRT). What has been the impact of this measure on the proportion of patients in precarious situations benefiting from NRT reimbursement? **Method:** We carried out a cross-sectional, descriptive, quantitative and retrospective study of the prescription of NRT in city pharmacies. The data were extracted from the National system of health data based on the NRT Anatomical, therapeutic and chemical codes. The study included all persons aged 15 years and over, residing in the former Midi-Pyrénées (MP) region and who had been reimbursed for NRT at least once between January 1st, 2015 and December 31st, 2019. The precarious population (PP) was defined by the presence of complementary universal health coverage or aid for complementary health care or state medical aid. The rest of the population represented the non-precarious population (PNP). The main response variable was the evolution of the prevalence of the PP. **Results:** Since the reimbursement of NRT the proportion of the PP has increased from 8% in 2015 to 16% of beneficiaries in 2019 (10% in 2017) and the change in enrolment rate was higher in PP than in PNP. The PP was over-represented in our study compared to the general population. Men, smokers without long-term illnesses and young people mainly benefited from NRT in the PP. The mean amount of nicotine dispensed, the number of dispenses and boxes per year have also increased since this measure. **Discussion:** The measure of NRT reimbursement has had a positive impact on the PP and on socioeconomic inequalities related to smoking cessation by preferentially reaching this population. This measure has also enabled precarious smokers to have access to a treatment better adapted to their severe smoking habits. Efforts are needed to improve the outreach of this measure in the PP.

Mots-Clés : substituts nicotiques, remboursement, couverture médicale, inégalités socioéconomiques, population précaire, sevrage tabagique, SNDS.

Keywords: nicotine replacement therapy, reimbursement, health care coverage, socioeconomic inequalities, precarious population, smoking cessation, SNDS.