UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2021 2021 TOU3 1035

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Claire DUTREY

Le 08 Juin 2021

Evolution du nombre et des caractéristiques des patients de l'ancienne région Midi-Pyrénées ayant eu des remboursements de traitement de substitution nicotinique entre 2007-2011 et 2015-2019

Directeur de thèse : Dr Julie DUPOUY

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	**Président**
Monsieur le Professeur Julien MAZIERES	**Assesseur**
Madame le Docteur Julie DUPOUY	**Assesseur**
Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT	**Assesseur**

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉS DE MEDECINE

Année 2021 2021 TOU3 1035

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Claire DUTREY

Le 08 Juin 2021

Evolution du nombre et des caractéristiques des patients de l'ancienne région Midi-Pyrénées ayant eu des remboursements de traitement de substitution nicotinique entre 2007-2011 et 2015-2019

Directeur de thèse : Dr Julie DUPOUY

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	**Président**
Monsieur le Professeur Julien MAZIERES	**Assesseur**
Madame le Docteur Julie DUPOUY	**Assesseur**
Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT	**Assesseur**

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE RANGUEIL

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1er septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
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. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
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	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
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
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
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 GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
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 RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex **Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul.
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dèvelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAVAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex | **Doyen : E. SERRANO**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
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)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
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 (C.E)	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 (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
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. HAMDI 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 MASSIP Clémence	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 Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

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

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
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. 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. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
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
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan

Mme BOURGEOIS Odile

Mme BOUSSIER Nathalie

Mme LATROUS Leila

Remerciements aux membres du jury :

A **mon président de jury, le Professeur Pierre MESTHE**, je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette thèse. Je suis reconnaissante pour votre implication et vos enseignements dans le département de médecine générale. Veuillez recevoir le témoignage de mon profond respect.

A **Monsieur le Professeur Julien MAZIERES**, je suis honorée de vous compter comme membre de jury à cette thèse et je vous remercie pour l'expérience et l'expertise que vous allez apporter en tant que Pneumologue et Oncologue. Soyez assurés de ma profonde gratitude.

A **Madame le Docteur Julie DUPOUY**, je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse, qui, sans toi n'aurait jamais pu voir le jour. Merci pour ton soutien, ta bienveillance, tes conseils précieux tout au long de ce travail. Merci pour ton implication au sein du département de médecine générale et ta participation aux différents cours, notamment ceux d'addictologie qui m'ont sensibilisé à ce sujet. Ces quelques mots ne suffiront pas à te témoigner ma plus sincère gratitude et ma plus grande considération.

A **Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT**, je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme d'être jury de cette thèse et soyez assurés de ma sincère reconnaissance envers l'attention que vous allez porter à ce travail.

Remerciements personnels :

Tout d'abord, je remercie les **différents maitres de stage** qui m'ont accompagnée tout au long de ces longues mais passionnantes études. Merci de vos conseils, vous m'avez permis de découvrir toutes les possibilités de la médecine générale et d'être fière d'avoir choisi cette belle spécialité.

A Axel, pour ton amour, ton soutien, ton écoute, le bonheur que tu m'apporte au quotidien mais aussi ta patience à me supporter tous les jours !!

A mes parents, merci pour tout ce que vous faites pour moi au quotidien, merci pour le soutien tout au long de ces longues années d'étude, vos conseils justes, votre aide, votre force, je vous serai toujours reconnaissante,

A ma marraine, merci pour ta bonne humeur, pour nos vacances mémorables, pour ta franchise, tu seras la meilleure marraine que je pouvais espérer. **A ma grand-mère**, merci pour ton soutien, merci pour ton amour même à distance.

A ceux qui sont partis trop vite, vous resterez à jamais dans mon cœur.

Au reste de ma famille, merci à vous.

Aux tantines : Julie, Mélanie, Anissa, mes copines de promo adorées, merci d'avoir été là pendant ses années, merci pour les snapchats mémorables pendant la D4 qui nous ont fait tenir le coup pendant cette année difficile, pour les voyages déjà réalisés et ceux que l'on fera j'espère encore ensemble notamment à la Réunion, merci pour les soirées passées ensemble, certaines bien arrosées…

A Juliette, merci pour toutes ses années, pour nos balades, randonnées, pour nos sorties ski,

A Morgane, ma copine de toujours, merci pour toutes les années que l'on a passées ensemble et aux années à venir, à notre grande discrétion, aux potins, jamais je ne pourrai m'en passer !!

A mes autres co-internes, que j'ai pu rencontrer au cours des différents stages, notamment à Lourdes à l'internat, à Julie gériatre en devenir, une belle rencontre, merci pour ta gentillesse et ta bonne humeur.

Table des matières :

I- Introduction 10

1- Prévalence du tabagisme et ses conséquences 10

a) Mortalité et effets attribuables au tabagisme 10

b) Prévalence du tabagisme en France et en Occitanie 10

c) Coût social du tabagisme 11

2- Les différentes lois de lutte contre le tabagisme 12

3- Les différents traitements utilisés dans le sevrage et leurs remboursements 13

II- Matériel et méthode 16

1- Type d'étude et source de données 16

2- Population et mesure 17

3- Analyse des données 19

III- Résultats 20

1- Evolution globale des patients ayant une prescription d'aide au sevrage 21

2- Caractéristiques des patients 22

3- Analyse en fonction des départements 23

a) Description générale de la répartition des patients par département 23

b) Evolution dans le temps des patients ayant une prescription d'aide au sevrage en fonction des départements 24

4- Profil des patients des différents sous-groupes 25

5- Evolution de la consommation des TNS et de la Varénicline 28

6- Evolution du nombre de bénéficiaires des aides au sevrage en fonction des différentes mesures gouvernementales 30

IV- Discussion 32

V- Conclusion 37

VI- Bibliographie 38

Liste des abréviations :

TNS : Traitement Nicotinique de Substitution

PNRT : Plan National de Réduction du Tabagisme

PNLT : Programme National de Lutte contre le Tabagisme

ALD : Affection Longue Durée

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

SNDS : Système National des Données de Santé

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

ATC : Classification Anatomique, Chimique et Thérapeutique des médicaments

CIP : Code Identifiant de Présentation

AME : Aide Médicale de l'Etat

ACS : Aide pour une Complémentaire Santé

I- Introduction :

1) Prévalence du tabagisme et ses conséquences

a) Mortalité et effets attribuables au tabagisme

Le tabac est responsable de 77 154 décès en France en 2015(1), soit 13% de l'ensemble des décès. Le tabagisme chronique est le premier facteur de risque évitable des cancers et des maladies cardiovasculaires, respectivement 1ère et 2ème cause de mortalité en France (2,3). Sans tabac, 80 % des décès par cancers du poumon(4), 67 % des décès par maladies respiratoires chroniques et 60 % des décès pour un cancer bouche-larynx-pharynx pourraient être évités.

Entre 2000 et 2015, la proportion de décès attribuables au tabagisme a ainsi augmenté en moyenne de 5,4% par an chez les femmes contre une diminution de 1,1% par an chez les hommes.

Le tabagisme est le principal facteur de risque de BPCO (5) et est responsable de 21% de toutes les hospitalisations pour maladie cardiovasculaire en France en 2015 (6). Par comparaison aux non-fumeurs, les personnes qui fument 1 à 4 cigarettes par jour ont un taux de mortalité 1,5 fois plus élevé et ont 3 fois plus de risque de décéder d'une maladie cardiovasculaire ou d'un cancer du poumon. Concernant la reproduction, le tabagisme réduit la fertilité de l'homme et de la femme, et peut entraîner des complications obstétricales et périnatales.

Les bénéfices de l'arrêt de la consommation de tabac sont importants en termes de mortalité comme de morbidité pour l'ensemble des maladies liées au tabac. Les bénéfices associés à l'arrêt de la consommation de tabac sont principalement liés à la diminution de la durée du tabagisme. Il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quel que soit l'âge : arrêter à 40 ans allonge l'espérance de vie de 9 ans(7), arrêter à 50 ans l'améliore de 6 ans et arrêter à 60 ans l'améliore de 3 ans. Dans l'année qui suit l'arrêt du tabagisme le risque de cardiopathie coronarienne diminue de moitié, alors que le risque de cancer bronchopulmonaire diminue de moitié, 10 ans après l'arrêt.

b) Prévalence du tabagisme en France et en Occitanie

Après plusieurs années de stabilité, la prévalence du tabagisme, a diminué régulièrement de 2016 à 2018 d'après les résultats issus des Baromètres annuels de Santé publique France (8).

En 2019, la prévalence du tabagisme quotidien était de 24% (6) (27.5% chez les hommes et 20.7% chez les femmes). La baisse de la prévalence traduit aussi bien l'arrêt du tabac pour les fumeurs mais également la réduction d'entrée dans le tabagisme des jeunes. En 2019, 30.4% (6) des 18-75 ans fumaient du tabac occasionnellement ou quotidiennement (34.6% des

hommes et 26.5% des femmes). Dans la tranche d'âge des 76-85 ans, la prévalence du tabagisme occasionnel et quotidien n'était plus que de 5,4% et de 4,8% pour le tabagisme quotidien.

Entre 2018 et 2019, la prévalence du tabagisme quotidien en fonction du niveau de diplôme est restée stable. La prévalence du tabagisme quotidien est toujours plus élevée lorsque le niveau de diplôme et le niveau de revenu diminuent. Les inégalités sociales restent très marquées, avec pour le tabagisme quotidien un écart de 17 points(6) entre la prévalence du tabagisme chez les personnes au chômage et les actifs, et 12 points d'écart entre les plus bas et les plus hauts revenus. Cependant, depuis 2016, ces inégalités très marquées ne se creusent plus, c'est aussi un des résultats très encourageants de la politique publique de réduction du tabagisme.

En 2019, 33,3% des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois(6). Cette proportion était en hausse significative par rapport à 2018 (24,9%) et 2014. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes et les personnes dont le niveau de diplôme était inférieur au baccalauréat avaient une probabilité plus faible d'avoir fait une tentative d'arrêt dans l'année tandis que les plus jeunes avaient une probabilité plus élevée d'en avoir fait une.

Concernant la crise sanitaire actuelle, on observe dans l'étude CoviPrev (9) une stabilité de la consommation tabagique chez 55% de fumeurs, une diminution chez 20 % d'entre eux et une augmentation de la consommation de tabac chez 25% des fumeurs surtout chez les 25-34 ans, les actifs travaillant au domicile et les femmes.

L'Occitanie est la 3ème région en France où la prévalence du tabagisme est la plus élevée en 2017 avec 30,3%, ce qui représente environ 1 200 000 fumeurs quotidiens (10). La consommation moyenne de cigarette pour les fumeurs quotidiens en Occitanie est comparable(1) à la consommation moyenne nationale avec 8.4 cigarettes en moyenne par jour pour les fumeurs quotidiens (8.2 pour les hommes et 8.6 pour les femmes).

c) Coût social du tabagisme :

Le budget alloué au tabac est considérable avec un coût social estimé à 120 milliards d'euros en 2015 en France(11) et comprend les coûts externes (valeur des vies humaines perdues, qualité de vie et de production perdues etc.), et le coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, économie des retraites non versées etc.). A l'opposé, les taxes sur les produits du tabac rapportent chaque année 10 milliards d'euros environ. Les dépenses de santé consacrées aux soins des maladies du tabac sont estimées à 25,9 milliards d'euros par an dont

8% pour les cancers, 57% pour les maladies cardiovasculaires et 34% pour les maladies respiratoires (11).

2- Les différentes lois de lutte contre le tabagisme

La baisse de prévalence s'explique par les différents plans mis en place par le gouvernement et par l'augmentation progressive du prix du tabac depuis 2003. En 1976, la loi Veil, limite la publicité en lien avec le tabac, et permet la création de zones fumeurs et non-fumeurs. En 2001, la loi Evin (2) interdit de fumer dans les lieux publics, et interdit complètement la publicité en lien avec le tabac. En ratifiant la CCLAT en 2004(12), la France a confirmé son engagement de lutte contre le tabac. Suite à la publication d'un décret en 2006 (extension Bertrand), la consommation de tabac dans les espaces collectifs disparait presque totalement (13). Différents plans se sont ensuite succédés.

Le plan cancer 2003-2007 (14) a permis de faire reculer la consommation de tabac, grâce à une stratégie complète de lutte contre le tabagisme :

- Augmentation des prix du tabac,
- Interdiction de la vente aux moins de 16 ans,
- Application de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs,
- Mise en place de campagnes d'information et actions ciblées vers les jeunes et les femmes,
- Développement des aides à l'arrêt du tabac.

Le plan cancer 2009-2013 (15) affirme la politique de lutte contre le tabagisme :

- Apposition des avertissements sanitaires illustrés sur les paquets de cigarettes.
- Renforcement de la politique d'aide au sevrage tabagique
- Renforcement de la protection des mineurs face au tabagisme (extension de l'interdiction de vente aux moins de 18 ans au lieu des moins de 16 ans).

Le plan national de réduction du tabagisme (PNRT) en 2014-2019 a mis en place des actions symboliques et complémentaires pour la lutte contre le tabagisme :

- Amélioration de l'accès financier aux traitements nicotiniques de substitution (TNS) :
    - Triplement du montant du forfait de prise en charge (de 50 à 150 euros)(13) pour les jeunes de 25 à 30 ans, pour les bénéficiaires de la CMU-C et pour les patients atteints de cancer. Ces mesures complètent le triplement du forfait pour les jeunes de 20 à 25 ans, effectif depuis juillet 2014.

    - Amorce gratuite de TNS depuis 2015 dans 370 centres de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- Taxation accrue des produits du tabac avec un objectif de 10 euros en 2020 pour le paquet de cigarettes le plus vendu
- Mise en place du paquet neutre en janvier 2017,
- Lancement de plusieurs campagnes nationales et régionales de lutte contre le tabagisme (dont le « Mois sans tabac » depuis novembre 2016),
- Elargissement des droits de prescription pour les TNS en janvier 2016 (8).

On peut noter que l'objectif annoncé dans le cadre du PNRT, qui était d'obtenir une baisse de 10% du tabagisme quotidien entre 2014 et 2019, a été atteint (baisse de 16% observée (6)).

Le plan priorité prévention en 2018 (4) a renforcé ces différentes mesures :

- Passage progressif du forfait d'aide au sevrage de 150 € par an et par assuré à un remboursement normalisé (prise en charge de droit commun) des TNS, pour tous les assurés, pour une meilleure accessibilité et une harmonisation des prix sur le territoire. Ceci réduit également les inégalités d'accès aux traitements.
- Elargissement de l'offre de service en matière d'aide à l'arrêt du tabac
- Intensification de l'opération « Mois sans tabac »

Le programme national lutte contre le tabagisme (PNLT 2018-2022) (10,16) élargit la palette d'actions. L'ambition à long terme est d'avoir, à l'horizon 2032, la première « génération d'adultes sans tabac » (moins de 5% de fumeurs). Dans cette perspective, le nouveau PNLT a défini des objectifs intermédiaires : d'ici 2020, abaisser à moins de 24% la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans (moins de 22% d'ici 2022), et d'ici 2022, abaisser à moins de 20% la part des fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans.

Ce plan détaille 28 actions articulées autour de 4 axes de lutte contre le tabac(2,18) : protéger les enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme, encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage, agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé publique et réduire les inégalités sociales, surveiller, évaluer, chercher et diffuser les connaissances relatives au tabac.

3- Les différents traitements utilisés dans le sevrage et leurs remboursements :

Cependant, si deux tiers des fumeurs déclarent souhaiter arrêter de fumer, seuls 3 à 5% d'entre eux ne fumeront plus au bout de 6-12 mois en l'absence de toute aide pharmacologique ou non pharmacologique à l'arrêt(18). La plupart des rechutes surviennent au cours des 8 premiers

jours de l'arrêt. La Haute Autorité de santé (HAS) recommande en premier lieu un accompagnement par un professionnel de santé et un traitement médicamenteux si nécessaire.

Les traitements nicotiniques de substitution (TNS) sont plus efficaces quelle que soit leur forme, dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou un placebo comme démontrées dans de nombreuses études(5,7,19,20). Ils augmentent l'abstinence à 6 mois de 50% à 70%. La combinaison d'un timbre transdermique avec une forme de TNS à absorption rapide (gomme, inhalateur, etc.) est plus efficace qu'une forme unique de TNS comme le montre la revue systématique publiée en 2013 (19) et la dernière méta-analyse de Stead et al. (21). Les TNS doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois.

La Varénicline (Champix®), agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux, a été commercialisé en février 2007, puis déremboursé en 2011 suite à des effets indésirables cardiaques et neuropsychiatriques retrouvés dans une étude canadienne (22). L'efficacité de la Varénicline a ensuite été démontrée dans de nombreuses études (23,24) et n'avait pas montré d'augmentation significative d'effets indésirables neuropsychiatriques (25–28) comme dans l'étude EAGLES, essai randomisé en triple aveugle, paru dans le Lancet en 2016. La Varénicline était dans cette étude plus efficace que le placebo, le timbre de nicotine et le Bupropion pour aider au sevrage tabagique. Depuis mai 2017, la Varénicline est de nouveau remboursée à hauteur de 65% et est à utiliser en seconde intention après échec des stratégies comprenant des substituts nicotiniques comme le préconise la HAS, et chez les adultes ayant une forte dépendance tabagique(29).

Le Bupropion (ZYBAN®) est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines (noradrénaline et dopamine). Dans la méta-analyse d'Hughes et al. 2014 le Bupropion était efficace dans le sevrage tabagique au long terme. Cette étude n'a pas détecté d'augmentation significative du taux d'effets indésirables graves chez les utilisateurs de Bupropion tout comme l'étude EAGLES. Le Bupropion, tout comme la Varénicline est un médicament de seconde intention recommandé par la HAS.

La cigarette électronique n'est pas en 2021, une méthode recommandée à l'arrêt du tabagisme. Commercialisée en France en 2007, elle a connu un véritable engouement qui tend à se ralentir depuis 2015. Par ailleurs l'OMS dans sa convention pour la lutte contre le tabac juge l'efficacité de la cigarette électronique faible par rapport au patch nicotinique. Sur les dernières recommandations de la HAS(5) en 2004, elle ne déconseille pas la cigarette électronique si les

patients refusent les moyens de substitution nicotinique, mais cela doit s'inscrire dans une démarche d'aide à l'arrêt avec un accompagnement par un professionnel.

Effets du remboursement

Les traitements nicotiniques de substitutions sont apparus en France en vente libre en 1999. La prise en charge des TNS a évolué au fil du temps, avec un remboursement de 50€ en février 2007 sur prescription médicale grâce au plan cancer 2003-2007, puis le remboursement a été majoré avec un plafond à 150€ annuel mais avec avancement des frais pour les femmes enceintes en septembre 2011, en juillet 2014 (13) pour les jeunes de 20 à 25 ans puis en juillet 2015 pour les jeunes de 25 à 30 ans, pour les bénéficiaires de la CMU-C et pour les patients atteints de cancer ayant une ALD(30, 31). Enfin le premier novembre 2016, une extension de remboursement à toutes les personnes de plus de 15 ans a été décidée. En mai 2018, suite à la présentation du plan priorité prévention et le programme de lutte contre le tabac 2018-2022, le remboursement sur prescription obligatoire par l'assurance maladie à 65% de certains substituts nicotiniques a été étendu à toute la population avec la possibilité d'effectuer le tiers payant et sans plafonnement annuel, généralisé à d'autres substituts nicotiniques en janvier 2019 (29).

Le recours à ces traitements est en forte augmentation (32) depuis l'évolution de ces modalités de remboursement notamment en 2019. Le nombre estimé de « patients traités » était proche de 4,3 millions d'individus en France pour les TNS soit un tiers de plus qu'en 2018, qui marquait également une hausse d'un quart comparé à 2017 (2,7 millions de « patients traités ») (32). Désormais, le nombre estimé de personnes concernées par un traitement est deux à trois fois plus important qu'en 2014-2015, années marquées par un déclin des substituts nicotiniques au profit de la cigarette électronique. La progression enregistrée en 2018 puis 2019 peut être expliquée par la hausse constante des prix du tabac, incitant les gens à se tourner vers les TNS mais aussi par le remboursement à 65% des TNS. En novembre 2019 (dernières données disponibles en France), 179 302 personnes ont bénéficié d'un remboursement. À titre de comparaison, ils étaient 100 000 dans ce cas pour le forfait de 150 euros pour l'ensemble du dernier trimestre 2017(32). La part de marché de la Varénicline baisse de 4,7 % en 2018 à 3,5 % en 2019, le Bupropion ne représente plus qu'à peine 0,2 % des patients traités(32). Ses ventes ont continué de diminuer de 10,3 % en 2019 (après une baisse de 5,6 % en 2018). A noter pendant la crise sanitaire une vente des substituts nicotiniques limitée par le gouvernement pour éviter un mésusage de la nicotine pour certains patients devant les rumeurs de protection de la nicotine contre la COVID 19.

Des études ont analysé le profil des fumeurs, d'autres études réalisées en Europe (Finlande, Royaume-Unis), aux Etats-Unis et en Corée ont décrit les facteurs associés à la prise de substituts nicotiniques et de Varénicline mais aucune étude n'a décrit le profil des patients Français et notamment de Midi-Pyrénées prenant des traitements de substitution nicotinique et de la Varénicline. Nous savons que très peu de personnes arrivent à arrêter et maintenir leur sevrage tabagique sans aide, et pourtant le tabac est la première cause de mortalité évitable en France et, la prévalence du tabagisme en Occitanie, est une des plus élevée de France. Cette étude va donc étudier les caractéristiques des patients ayant eu des remboursements d'aide au sevrage sur deux périodes distinctes, ceci nous permettra d'améliorer nos connaissances sur la population prenant les aides pharmacologiques et ainsi percevoir peut-être des plans d'action pour le futur.

L'objectif de cette étude est de décrire l'évolution des caractéristiques des patients en Midi-Pyrénées ayant eu des remboursements de TNS de 2007 à 2011 et de 2015 à 2019.

II- Matériel et méthode :

1- Type d'étude et source de données :

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, rétrospective et quantitative des remboursements d'aide au sevrage (TNS et Varénicline) des patients de l'ancienne région Midi Pyrénées. Cette étude a été réalisée à partir d'une base de données collectée du Système National des Données de Santé (SNDS). Le SNDS succède au Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM). Il permet de regrouper des bases de données qui étaient jusqu'alors indépendantes (33): 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 renseigne des données (34) sur :

- Les patients : âge, sexe, CMU si présence, ALD si présence, commune et département de résidence, date de décès
- Les professionnels de santé,
- La consommation de soins en ville : toutes les prestations remboursées,
- La consommation de soins en établissement,
- L'offre de soins,

- Les pathologies traitées

En revanche, le niveau social du bénéficiaire en dehors de la CMU-C et ses facteurs de risque ne sont pas renseignés.

Après signature d'une convention entre la CRAM (Caisse régionale d'Assurance Maladie) et le DUMG, nous avons pu obtenir une extraction de données. L'accès aux données se faisant par la CRAM qui a un accès permanent, aucune autre autorisation n'était requise.

Les données proviennent de deux demandes séparées pour des études différentes, ainsi, certaines caractéristiques d'extraction changent.

2- Population et mesure :

Les patients inclus ont bénéficié d'au moins une délivrance de TNS ou de Varénicline en pharmacie.

La première délivrance de TNS et de Varénicline pour la première période a commencé le 02/02/2007 et la dernière délivrance était le 28/03/2011. Pour la deuxième période étudiée, l'extraction des données a débuté le 01/01/2015 et s'est arrêtée le 31/12/2019, notre base de données après extraction contenait seulement l'année de délivrance. Nous avons décidé pour chaque date de délivrance d'aide au sevrage de la première période de l'affilier également à l'année correspondante.

Les délivrances d'aide au sevrage de l'année 2011 ont été exclues car les données étaient difficilement interprétables sur trois mois.

A noter, un bénéficiaire pouvait avoir plusieurs délivrances dans la même période d'étude.

Le tableau 1 résume les différents critères d'extraction appliqués à chaque base de données durant les deux périodes étudiées. La croix présente dans les colonnes signifie que le critère d'extraction correspondant était présent dans la base de données.

<u>Tableau 1 :</u> Critères d'extraction appliqués à chaque base de données au cours des deux périodes étudiées avec RG : Régime Général, SL : Section Locale Mutualiste, CIP : Code Identifiant de Présentation

Périodes étudiées / Critères D'extraction	1ère période (2007-2010)	2ème période (2015-2019)
Année de délivrance des aides au sevrage	✖	✖
Genre des bénéficiaires	✖	✖
Type d'aide au sevrage utilisée (TNS ou Varénicline)	✖	✖
Age	Age au moment de la délivrance	Classe d'âge
Département d'affiliation des patients à leur assurance maladie	Ancienne région Midi-Pyrénées	Ancienne région Midi-Pyrénées
Montant remboursé pour chaque délivrance	✖	
Régime d'affiliation	RG ou SL	Tous les régimes
Type d'exonération	CMU-C, ALD	CMU-C, ALD, ACS, AME
Type et date d'échéance du contrat adhérent	✖	
Département de délivrance des aides au sevrage		✖
Nombre de délivrance sur l'année d'aide au sevrage		✖
Nombre de milligrammes moyen sur l'année d'aide au sevrage par bénéficiaire		✖
Nombre moyen de boites d'aide au sevrage sur l'année par bénéficiaire		✖
Numéro anonyme du bénéficiaire	✖	✖
Spécialité prescripteur		✖
Code CIP et libellé CIP	✖	

Grâce à la classification ATC (classification anatomique, chimique et thérapeutique des médicaments ou ANATOMICAL-THERAPEUTIC-CHEMICAL), nous avons pu différencier les délivrances de TNS et de Varénicline. Le code ATC N07BA est utilisé pour renseigner les médicaments utilisés dans la dépendance tabagique. N07BA01 est le code ATC pour les substituts nicotiniques, N07BA03 pour la Varénicline. Le code CIP (Code Identifiant de Présentation) et le libellé CIP récupéré en première période correspondait au code ATC d'une ligne de prescription.

Tous les types de substituts nicotiniques et de Varénicline sur le marché ont été inclus dans notre étude.

Le type de contrat adhérent, le type d'exonération des bénéficiaires de la première période et la spécialité prescripteur des aides de la deuxième période étaient renseignés par des codes selon le cahier des charges NOEMIE (Norme Ouverte d'Échanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs). La CMU-C a donc été affiliée pour les bénéficiaires ayant le code 89 du cahier des charges. Pour les patients de notre première base de données, l'ALD a été analysée par la somme des abréviations LIS, EXP, EXC, ALD.

La spécialité du prescripteur a été analysée aussi selon le cahier des charges NOEMIE. Les médecins généralistes ont été comptabilisés seulement par les codes 1 et/ou 22, l'association avec des co-prescripteurs n'a pas été comptée. Nous n'avions pas de prescription par les professions paramédicales.

L'analyse spécifique des patients ayant une AME ou ACS et utilisant une aide au sevrage n'a pas été étudiée car ces caractéristiques n'étaient pas présentes au cours de la première période.

Les patients de notre étude étaient des hommes et des femmes de 15 à 95 ans. Les âges inférieurs ont été exclus car les aides au sevrage ne sont pas indiquées en dessous de cet âge.

Chaque ligne de délivrance correspondait à un numéro anonyme de bénéficiaire et comprenait l'année de délivrance, le genre du bénéficiaire, le type d'exonération si le patient en bénéficiait, la classe d'âge au moment de la délivrance ou l'âge exact au moment de la délivrance pour la première période, le département de l'assuré, le type d'aide au sevrage délivrée.

3- Analyse des données :

Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne, écart type et pourcentage de la fréquence sur l'année. Les données qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage de la fréquence sur l'année.

Nous avons choisi comme objectif principal d'étudier l'évolution des caractéristiques des patients ayant eu des remboursements de substituts nicotiniques au cours des deux périodes d'étude. Notre objectif secondaire était d'étudier les caractéristiques des patients ayant eu des remboursements de Varénicline comme aide de sevrage au cours des deux périodes étudiées.

III- Résultats :

Au cours de la première période (02/02/2007- 31/12/2010) sur 50 582 lignes de délivrance et 33 455 patients au total nous avons analysé 28 643 patients et lignes de délivrance après avoir appliqué les critères d'exclusion cités. Au cours de la deuxième période (01/01/2015-31/12/2019), sur 134 423 lignes de délivrance et 102 456 patients, nous avons analysé 100 687 lignes de délivrance et patients après avoir déduit les critères d'exclusion. Aucune ligne de délivrance correspondant à un âge supérieur à 95 ans a été exclue au cours de la première période. De même, toutes les délivrances que nous possédions dans cette période correspondaient à des bénéficiaires ayant une assurance maladie dans l'ancienne région Midi Pyrénées. Ces données sont représentées dans les diagrammes de flux des figures 1 et 2.

Figure 1 :

Diagramme de flux

1ère période

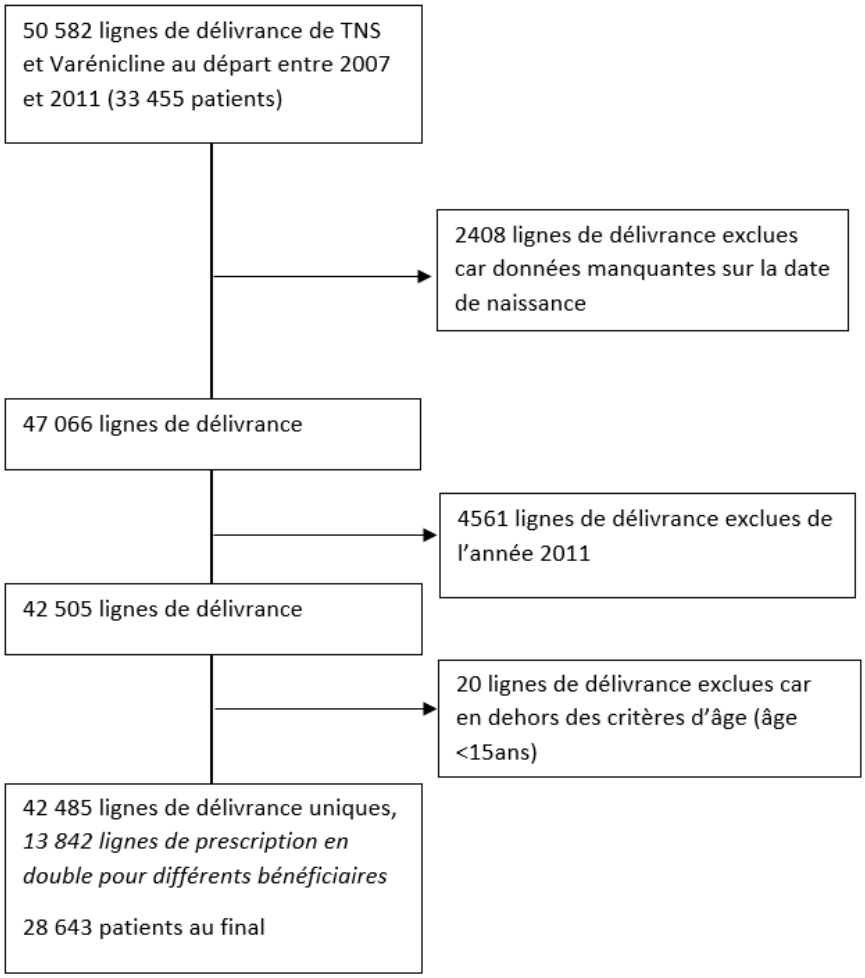
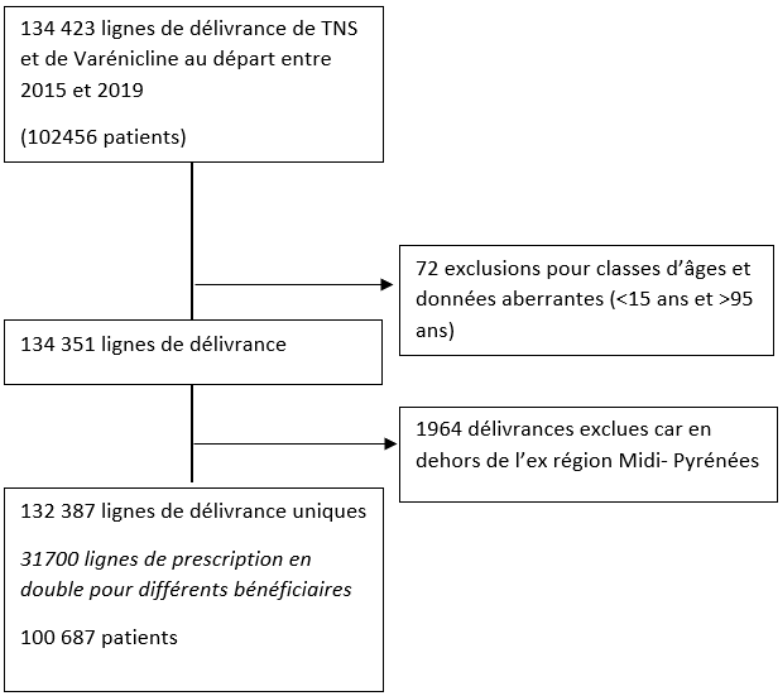


Figure 2 :

Diagramme de flux

2ème période



1- Evolution globale des patients ayant une prescription d'aide au sevrage :

L'histogramme de la figure 3 montre l'évolution du nombre de patients par année ayant une prescription d'aide au sevrage durant les deux périodes étudiées. Le nombre de bénéficiaires d'une prescription d'aide au sevrage a augmenté progressivement en deuxième période avec un pic entre 2017 et 2018, il a été multiplié par 2.2. Au cours de la première période, le nombre de bénéficiaire a diminué à partir de 2009. A noter, un nombre de bénéficiaire d'une prescription d'aide au sevrage plus bas en 2015 qu'à la fin de la première période étudiée.

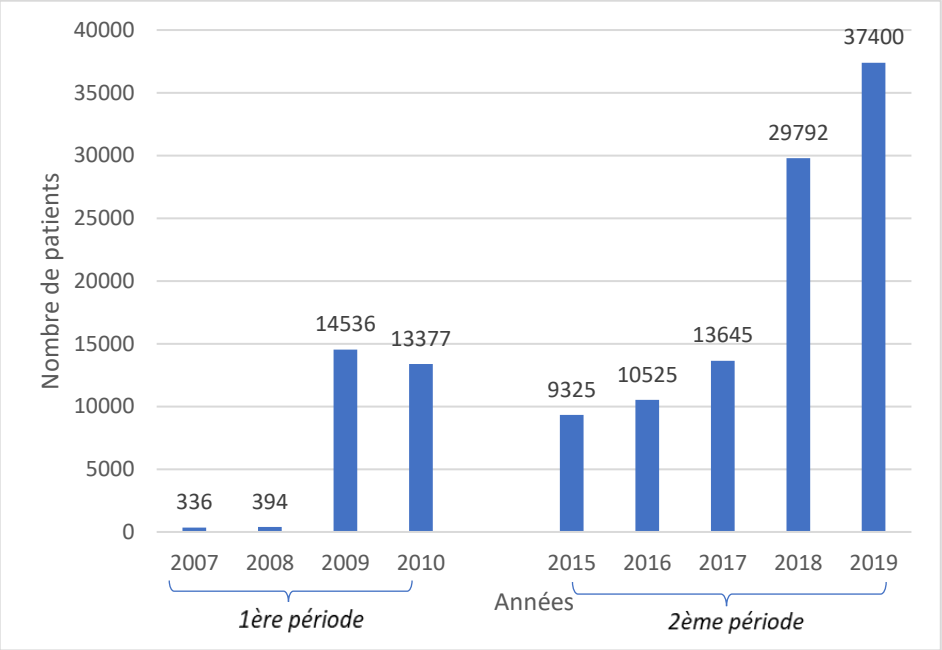


Figure 3 : Evolution du nombre de patients par année ayant une prescription de TNS ou de Varénicline durant les deux périodes étudiées

2- Caractéristiques des patients :

Le tableau 2 résume les caractéristiques des patients par année ayant une prescription d'aide au sevrage. La moyenne d'âge des bénéficiaires de la première période était plus jeune que celle de la deuxième période. Les femmes avaient plus de prescription d'aide au sevrage que les hommes au cours des deux périodes étudiées avec une progression de la proportion des hommes ayant une prescription d'aides au sevrage à partir de 2017. La proportion de patients ayant une prescription d'aide au sevrage et la CMU-C était stable jusqu'en 2017 avant une augmentation en 2018 et 2019. La proportion des patients ayant une prescription d'aide au sevrage et ayant une ALD était plus importante en deuxième période mais elle a diminué progressivement à partir de 2015 pour atteindre un minimum en 2019. Le nombre de bénéficiaire d'une prescription de TNS ou Varénicline chez les patients ayant une ALD était plus important que chez les patients ayant la CMU-C. Le nombre de bénéficiaire d'une prescription de TNS était plus important que celui de Varénicline. Ce résultat était nettement moins flagrant en première période où la proportion de patients ayant eu une prescription de Varénicline était la plus grande.

Tableau 2 : Evolution des caractéristiques des patients prenant des TNS ou de la Varénicline avec N l'effectif total sur l'année et les proportions (en pourcentage) par année.

	2007 N=336	2008 N=394	2009 N=14536	2010 N=13377	2015 N=9325	2016 N=10525	2017 N=13645	2018 N=29792	2019 N=37400
Moyenne d'âge avec écart type	42.3 +/- 11.2	41.7 +/- 11.5	43.5 +/- 12.0	43.7 +/- 12.3	45.8 +/- 13.5	46.3 +/- 13.4	46.4 +/- 13.6	47 +/- 13.8	45.8 +/- 14.3
Nombre de patients de sexe masculin (en pourcentage de l'effectif total)	160 (47.6 %)	202 (51.3%)	7218 (49.7%)	6369 (47.6%)	4409 (47.3%)	4737 (45%)	6406 (46.9%)	14313 (48%)	18239 (48.8%)
Nombre de bénéficiaires ayant la CMU-C	14 (4.2%)	20 (5.1%)	766 (5.3%)	735 (5.5%)	431 (4.6%)	540 (5.1%)	766 (5.6%)	2284 (7.7%)	3722 (10%)
Nombre de bénéficiaires ayant une ALD	66 (19.6 %)	68 (17.3%)	3312 (22.8%)	2810 (21%)	2862 (30.7%)	3026 (28.8%)	3690 (27%)	7460 (25%)	8336 (22.3%)
Nombre de bénéficiaires ayant une ALD et la CMU-C	6 (1.8%)	9 (2.3%)	387 (2.7%)	323 (2.4%)	238 (2.6%)	286 (2.7%)	304 (2.2%)	801 (2.7%)	978 (2.6%)
Nombre de patients ayant une prescription de TNS	178 (53%)	193 (49%)	8334 (57.3%)	7936 (59.3%)	9310 (99.8%)	10503 (99.8%)	12440 (91.2%)	27807 (93.3%)	36176 (96.7%)
Nombre de patients ayant une prescription de Varénicline	158 (47%)	201 (51%)	6202 (42.7%)	5441 (40.7%)	15 (0.2%)	22 (0.2%)	1205 (8.8%)	1985 (6.7%)	1224 (3.3%)

Le tableau 3 décrit le nombre de prescription de TNS et de Varénicline par les médecins généralistes sur toutes les lignes de prescriptions disponibles de 2015 à 2019. Les médecins généralistes étaient la première spécialité de prescription des aides au sevrage au cours de la deuxième période étudiée. Concernant les TNS, la proportion de prescription par un médecin généraliste a diminué au fil du temps mais la médecine générale est restée quand même la première spécialité prescriptrice d'aide au sevrage dans les professions médicales. La tendance était similaire pour la Varénicline.

Tableau 3 : Nombre de prescription totale annuelle par les médecins généralistes de TNS et de Varénicline durant la 2ème période et pourcentage sur l'année

Années	Nombre de prescriptions annuelle de TNS par les médecins généraliste	Nombre de prescriptions annuelle de Varénicline par les médecins généraliste
2015	8463 (91%)	15 (100%)
2016	10822 (90%)	25 (93%)
2017	14750 (89%)	1424 (90%)
2018	29124 (86%)	2794 (90%)
2019	42714 (81%)	2595 (86%)

3- Analyse en fonction des départements :

a) Description générale de la répartition des patients par département :

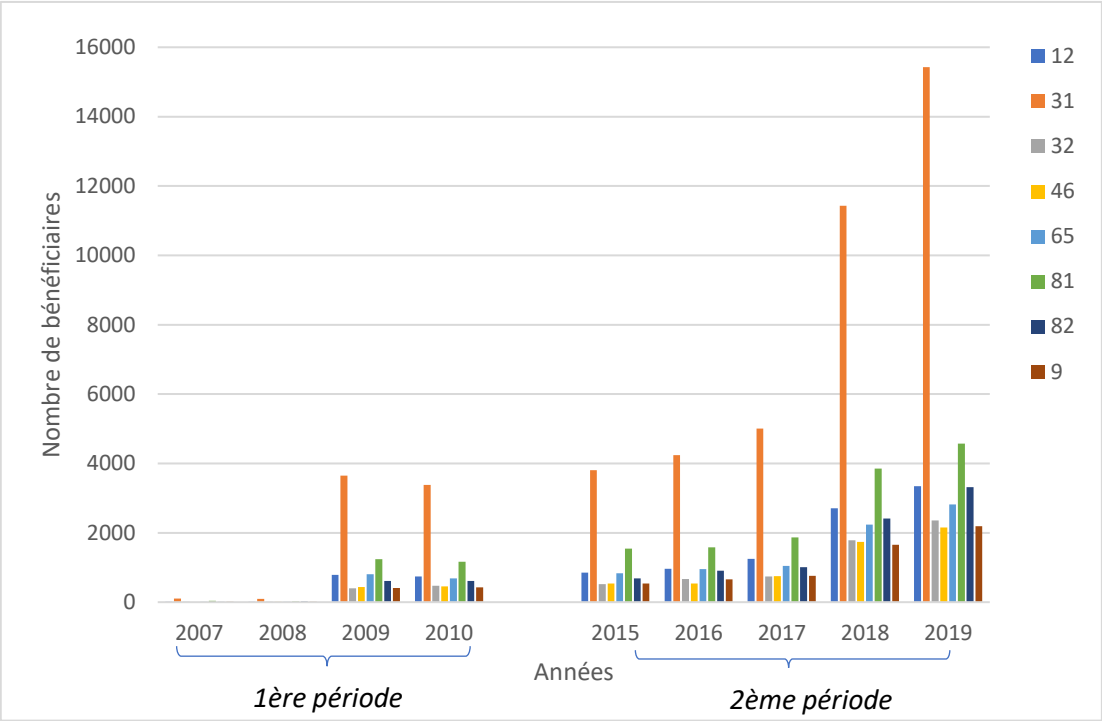
Le tableau 4 montre la répartition des bénéficiaires d'une prescription d'aide au sevrage par département d'affiliation à leur assurance maladie au cours des deux périodes étudiées. La répartition des patients en fonction des départements d'affiliation à l'assurance maladie était quasiment identique au cours des deux périodes étudiées. La Haute Garonne était le département des bénéficiaires le plus représenté.

Tableau 4 : Répartition des bénéficiaires de TNS et de Varénicline en fonction de leur département d'affiliation et pourcentage par période

Départements	Nombre de bénéficiaires 1ère période (2007-2010)	Nombre de bénéficiaires 2ème période (2015-2019)
31	12262 (43%)	42000 (42%)
65	2436 (8%)	8246 (8%)
12	2622 (9%)	9405 (9%)
81	4193 (15%)	13944 (14%)
09	1395 (5%)	5962 (6%)
32	1680 (6%)	6336 (6 %)
82	2540 (9%)	8870 (9%)
46	1515 (5%)	5524 (6%)

b) <u>Evolution dans le temps des patients ayant une prescription d'aide au sevrage en fonction des départements :</u>

Les histogrammes des figures 4 et 5 étudient la répartition des bénéficiaires utilisant des TNS (pour la figure 4), et de la Varénicline (pour la figure 5), en fonction de leur département d'affiliation et en fonction des années étudiées. Le nombre de bénéficiaire d'une prescription de TNS était plus important dans la Haute Garonne (31). La proportion des bénéficiaires de TNS en première période était moindre comparé à la deuxième période. Le nombre de bénéficiaire d'une prescription de Varénicline était plus important dans la Haute Garonne (31) surtout en première période.



<u>Figure 4 :</u> Evolution du nombre de bénéficiaires de TNS dans les départements de l'ancienne région Midi-Pyrénées au cours des deux périodes d'étude

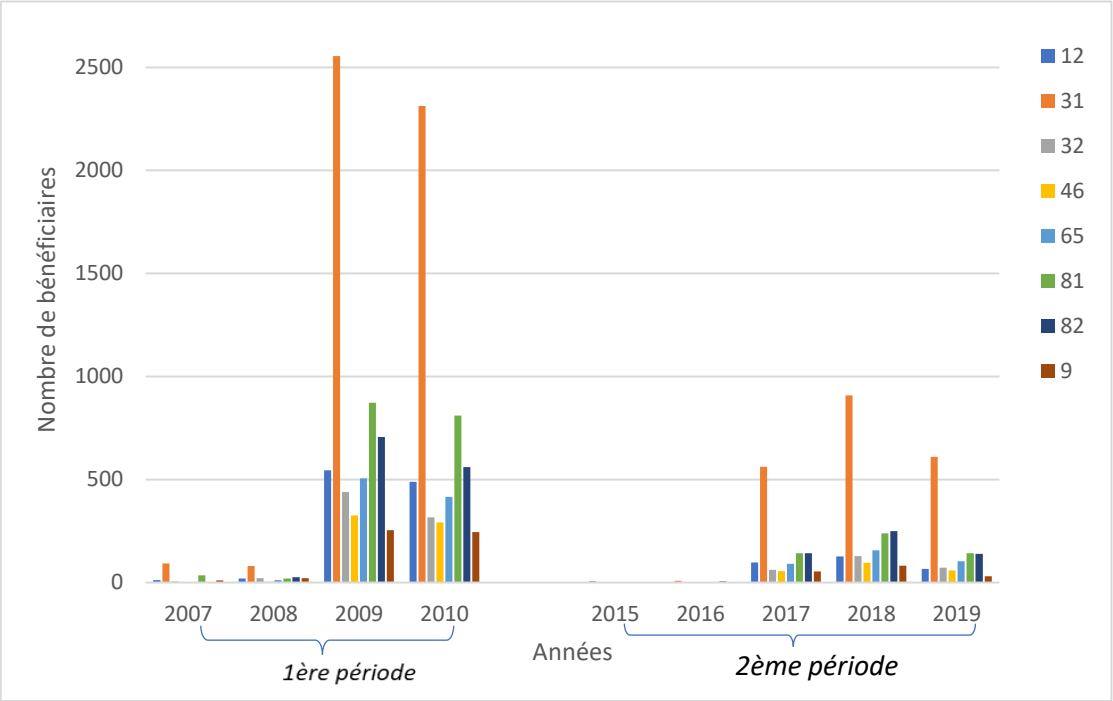


Figure 5 : Evolution du nombre de bénéficiaires de Varénicline dans les départements de l'ancienne région Midi-Pyrénées au cours des deux périodes d'étudiées

4) Profil des patients des différents sous-groupes :

Le tableau 5 résume les caractéristiques des différents sous-groupes de patients au cours des deux périodes étudiées en fonction de leur prescription d'aide au sevrage.

Les femmes ayant une prescription d'aide au sevrage étaient plus nombreuses chez les bénéficiaires ayant la CMU-C et ceux n'ayant ni la CMU-C ni une ALD. Les hommes ayant une prescription d'aide au sevrage étaient plus nombreux dans la population ayant une ALD et ayant une ALD et la CMU-C. La proportion d'homme ayant une prescription d'aide au sevrage et ayant la CMU-C a augmenté nettement en deuxième période même si les femmes restaient nettement majoritaires. La proportion d'homme ayant une prescription d'aide au sevrage a augmenté aussi en deuxième période dans la population ayant une ALD et la CMU-C. Dans les autres sous-groupes, la proportion de femmes ayant une prescription d'aide au sevrage a augmenté au cours de la deuxième période. Les bénéficiaires de la CMU-C et ayant une prescription d'aide au sevrage avaient la moyenne d'âge la plus basse par rapport aux autres sous -groupes et ceux ayant une ALD la plus haute.

Les bénéficiaires d'une prescription d'aide au sevrage ayant une ALD et la CMU-C consommaient plus en proportion de TNS en première période que les autres sous-groupes. Les personnes n'ayant ni la CMU-C ni une ALD avaient plus de prescription de Varénicline que les autres sous-groupes, avec une proportion plus importante en première période. Les patients ayant une prescription de Varénicline étaient plus fréquemment des hommes chez les personnes

ayant une ALD en première période et aussi en seconde période dans tous les sous-groupes sauf ceux ayant la CMU-C. La moyenne d'âge des patients ayant une prescription de Varénicline était presque tout le temps plus élevée que la moyenne d'âge des utilisateurs de TNS sauf chez ceux ayant une ALD en première période.

<u>Tableau 5 :</u> Caractéristiques des patients en fonction des différents sous-groupes, de leur aide au sevrage avec N l'effectif total sur l'année et proportion (en pourcentage) sur les deux périodes étudiées

Années									
Caractéristiques		1ère période (2007-2010)				2ème période (2015-2019)			
		Population n'ayant ni la CMU-C ni une ALD N= 20127	Population ayant la CMU-C N=1535	Population ayant une ALD N=6256	Population ayant une ALD et la CMU-C N=725	Population n'ayant ni la CMU-C ni une ALD N= 64963	Population ayant la CMU-C N= 7743	Population ayant une ALD N= 25374	Population ayant une ALD et la CMU-C N= 2607
	Nombre de patients de sexe masculin	9535 (47.4%)	522 (34%)	3525 (56.3%)	367 (50.6%)	29510 (45.4%)	3301 (42.6%)	13900 (54.8%)	1393 (53.4%)
	Moyenne d'âge avec écart type	41.3 +/- 11.3	38.1 +/- 10.9	51.7 +/- 11.5	46.7 +/- 10.5	44.2 +/- 13.6	39 +/- 12.4	53.8 +/- 12.3	46.8 +/- 11.5
	Nombre de prescription de TNS	10861 (54%)	965 (62.9%)	4284 (68.5%)	531 (73.2%)	61819 (95.2%)	7391 (95.5%)	24510 (96.6%)	2516 (96.5%)
	Nombre d'homme ayant une prescription de TNS	4897 (45%)	336 (34.8%)	2398 (56%)	278 (52.3%)	27916 (45.2%)	3147 (42.6%)	13432 (54.8%)	1347 (53.5%)
	Moyenne d'âge avec écart type des bénéficiaires de TNS	41 +/- 11.8	37.7 +/- 11.1	51.8 +/- 11.7	46.8 +/- 10.7	44.2 +/- 13.7	39 +/- 12.4	53.8 +/- 12.3	46.7 +/- 11.6
	Nombre de prescription de Varénicline	9266 (46%)	570 (37.1%)	1972 (31.5%)	194 (26.8%)	3144 (4.8%)	352 (4.5%)	864 (3.4%)	91 (3.5%)
	Nombre d'homme ayant une prescription de Varénicline	4638 (50%)	186 (32.6%)	1127 (57.2%)	89 (45.9%)	1594 (50.7%)	154 (43.7%)	468 (54.2%)	46 (50.5%)
	Moyenne d'âge avec écart type des bénéficiaires de Varénicline	41.7 +/- 10.6	38.8 +/- 10.4	51.3 +/- 10.9	46.3 +/- 10.1	45.2 +/- 11.7	40 +/- 11.1	53.6 +/- 11.5	48.7 +/- 10.5

5) Evolution de la consommation des TNS et de la Varénicline :

La figure 6 illustre l'évolution du montant moyen annuel remboursé d'aide au sevrage en Euros par bénéficiaire sur toutes les lignes de prescription de 2007 à 2010. La Varénicline avait un montant annuel moyen par bénéficiaire plus élevé (53.4€ de moyenne sur la période) que pour les TNS (32.4€ de moyenne sur la période).

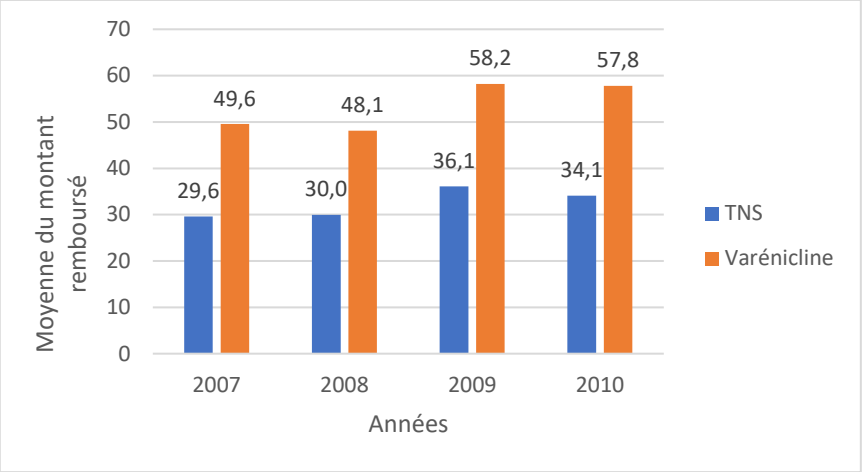


Figure 6 : Evolution du montant moyen annuel remboursé en Euros des TNS et de la Varénicline de 2007 à 2010

La figure 7 évalue le nombre moyen annuel de délivrance sur toutes les lignes de prescription par bénéficiaire de TNS et Varénicline de 2015 à 2019. Il y a eu une progression croissante du nombre moyen de délivrance de TNS et de Varénicline par patient. En 2017 et 2018, le nombre moyen annuel de délivrance était plus haut pour la Varénicline que pour les TNS. En moyenne, il était enregistré 1.7 remboursements par patient par an sur les 5 ans pour les TNS et la Varénicline.

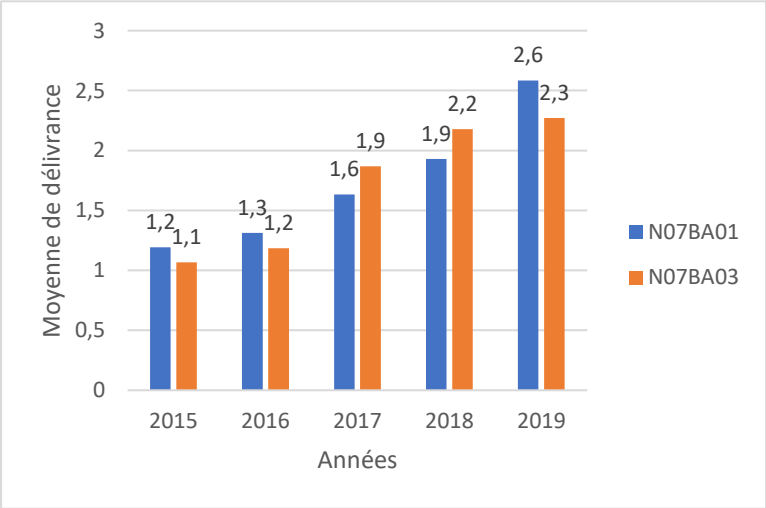


Figure 7 : Evolution du nombre moyen de délivrance annuelle de TNS et de Varénicline de 2015 à 2019 avec N07BA01 le code ATC des TNS et N07BA03 le code ATC de la Varénicline

Le tableau 6 illustre l'évolution du nombre de milligrammes moyen annuel par bénéficiaire sur toutes les lignes de prescription de 2015 à 2019. Il y a eu une augmentation du nombre de milligrammes par an par bénéficiaire pour la Varénicline et pour les TNS. En 2019, le nombre moyen de milligrammes mensuel par bénéficiaire de TNS était de 125.7mg (1508.2/12), et de 4 mg (125.7/31) moyen par jour par bénéficiaire de TNS.

Tableau 6 : Evolution du nombre de milligrammes annuel moyen par bénéficiaire de TNS et de Varénicline entre 2015 et 2019

	Années				
	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre de milligrammes annuel moyen de TNS	563.9	621, 8	734.6	1019	1508,2
Nombre de milligrammes annuel moyen de Varénicline	41.1	44.4	90.9	111.8	120.6

Le tableau 7 montre l'évolution de l'ensemble des prescriptions de TNS durant la première période. Les gommes de 2mg étaient les gommes les plus prescrites suivi des gommes à 1.5mg. Concernant les patchs, il y avait une plus grande prescription des patchs de 21mg suivi des patchs de 14 mg puis 7 mg, le reste était en quantité très faible.

Tableau 7 : Evolution des différentes prescriptions de TNS en fonction de leur libellé CIP avec N l'effectif total et en proportion (pourcentage) sur l'année

Années	2007 N=241	2008 N=247	2009 N=11770	2010 N=13517
TNS		**Gommes**		
1mg	0 (0%)	1 (0.4%)	30 (0.3%)	68 (0.5%)
1.5 mg	21 (8.7%)	21 (8.5%)	985 (8.4%)	1205 (8.9%)
2 mg	37 (15.4%)	41 (16.6%)	1462 (12.4%)	1553 (11.5%)
2.5 mg	0 (0%)	0 (0%)	69 (0.6%)	231 (1.7%)
4 mg	7 (2.9%)	9 (3.6%)	461 (3.9%)	455 (3.4%)
		Patchs		
5 mg	0 (0%)	3 (1.2%)	66 (0.6%)	55 (0.4%)
7 mg	15 (6.2%)	26 (10.5%)	977 (8.3%)	1127 (8.3%)
10 mg	6 (2.5%)	4 (1.6%)	212 (1.8%)	160 (1.2%)
10 mg inhalateur	3 (1.2%)	4 (1.6%)	214 (1.8%)	364 (2.7%)
14 mg	51 (21.2%)	63 (25.5%)	2801 (23.8%)	3238 (24%)
15 mg	10 (4.1%)	6 (2.4%)	315 (2.7%)	255 (1.9%)
21 mg	91 (37.8%)	69 (27.9%)	4178 (35.5%)	4765 (35.3%)
25 mg	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	41 (0.3%)

6) Evolution du nombre de bénéficiaires des aides au sevrage en fonction des différentes mesures gouvernementales :

La figure 8 illustre l'évolution du nombre de bénéficiaires ayant une prescription de TNS en fonction des années, des sous-groupes et des différentes mesures gouvernementales. Pour chaque année représentée en abscisses nous avons grâce à nos bases de données le nombre de bénéficiaire correspondant, nous avons ensuite appliqué une courbe de tendance entre chaque année. Les flèches ont été mises de manière approximative.

La tendance d'évolution globale des différentes courbes des sous-groupes étudiés était similaire. L'augmentation des bénéficiaires d'une prescription de TNS était plus lente entre 2011 et 2015 pour les patients ayant la CMU-C et chez ceux ayant une ALD et la CMU-C en comparaison aux autres sous-groupes. Pour les quatre courbes, il y a eu une augmentation importante du nombre des bénéficiaires entre 2017 et 2018. Le remboursement à 65% des TNS a pu être une des raisons à cette augmentation mais d'autres mesures mises en place par le

gouvernement dans le PNRT, le plan priorité prévention et le PNLT mais aussi l'augmentation du prix du tabac, ont pu aussi renforcer l'envie des gens d'arrêter de fumer en essayant les aides au sevrage.

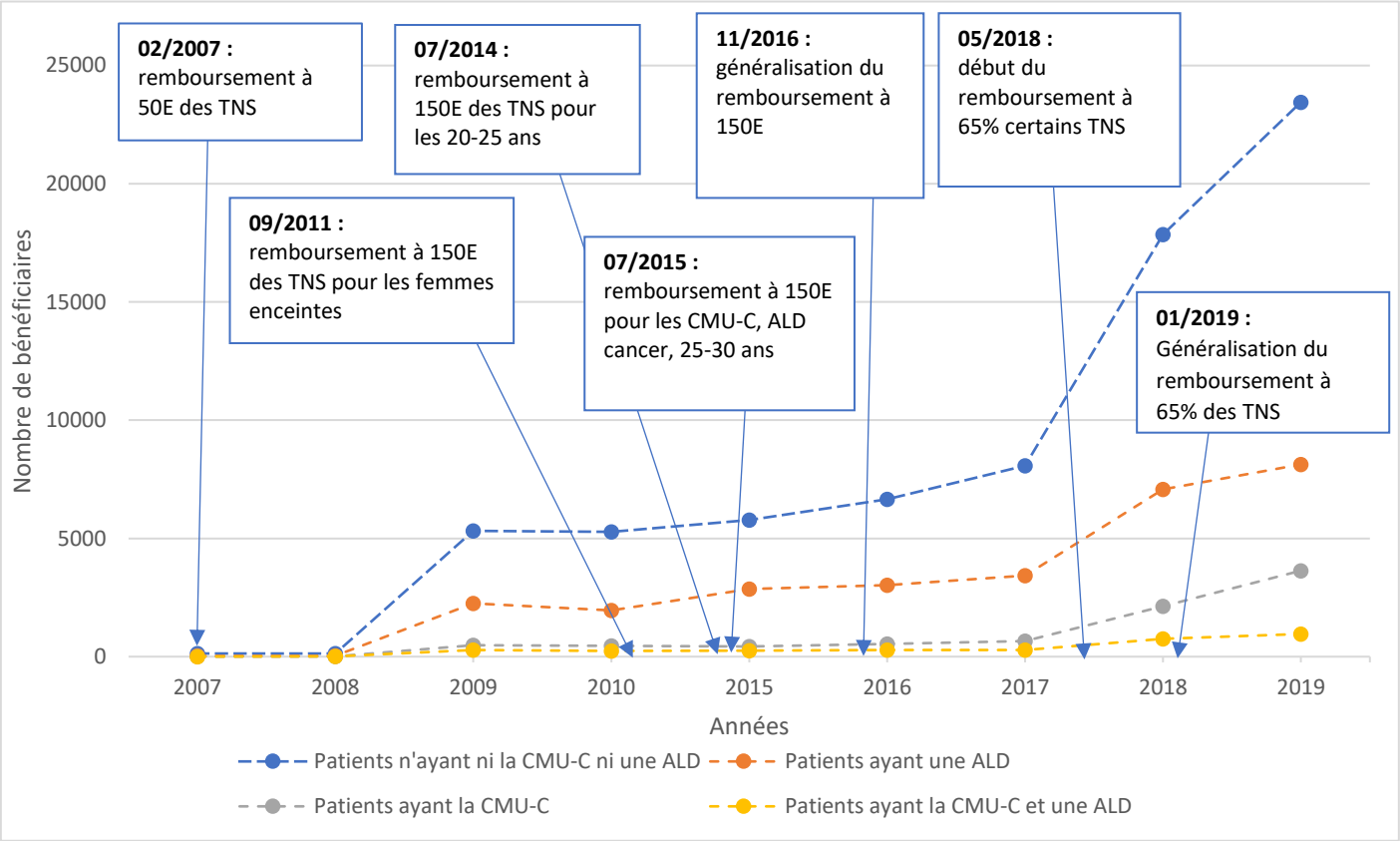


Figure 8 : Evolution du nombre de bénéficiaires d'une prescription de TNS en fonction des années, des différentes mesures gouvernementales et en fonction des sous-groupes

La figure 9 illustre l'évolution du nombre de bénéficiaires ayant une prescription de Varénicline au cours des années en fonction des mesures gouvernementales et des sous-groupes. La même méthode a été utilisée pour la construction de la courbe que la figure 8.

L'évolution du nombre de bénéficiaire de Varénicline concordait avec les mesures de remboursement ou de déremboursement de la Varénicline. L'évolution était quasiment identique pour les différents sous-groupes avec un nombre de bénéficiaires plus important pour les personnes n'ayant ni une ALD ni la CMU-C.

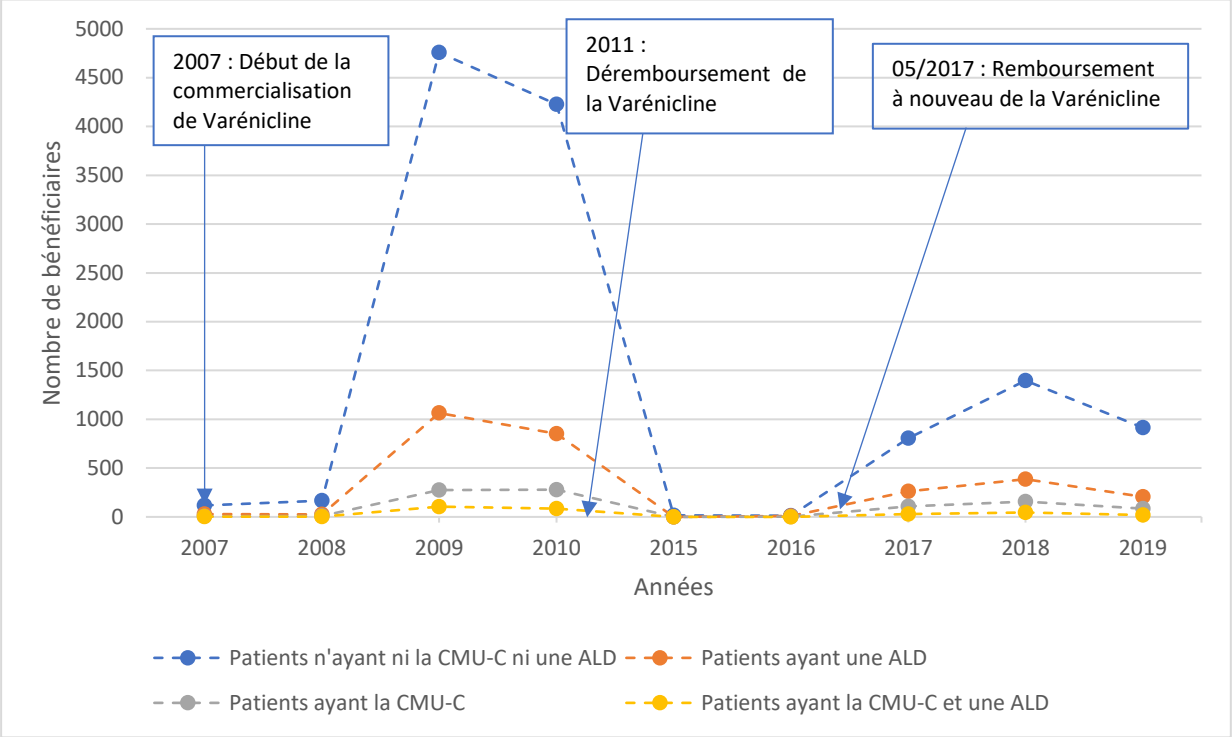


Figure 9 : Evolution du nombre de bénéficiaires d'une prescription de Varénicline en fonction des différentes mesures gouvernementales, de leur sous-groupe et des années

IV- Discussion :

Dans cette étude sur le SNDS, le nombre de bénéficiaire d'un remboursement de TNS n'a cessé de progresser depuis 2015 avec une augmentation de 224 % entre 2017 et 2018. Dans notre population, les personnes n'ayant ni la CMU-C ni une ALD étaient les bénéficiaires des aides au sevrage les plus représentés. Malgré cela, dans les sous-groupes étudiés, l'augmentation du nombre de bénéficiaire d'une prescription de TNS entre 2017 et 2018 a été plus profitable aux bénéficiaires de la CMU-C : leur proportion a augmenté de 3.2 par rapport à ceux ayant une ALD et la CMU-C (x2.7), que pour ceux n'ayant ni la CMU-C ni une ALD (x2.2) et ceux ayant une ALD (x2.1). Les médecins généralistes étaient la première spécialité médicale à prescrire les aides au sevrage dans notre étude. Les femmes avaient plus de prescription d'aide au sevrage dans notre population globale que les hommes même si le nombre d'homme ayant une prescription d'aide au sevrage a augmenté au fur et à mesure des années. Les patients ayant une ALD avaient plus de prescription de TNS et il y avait plus d'homme dans ce groupe. Au contraire chez les patients ayant la CMU-C, les femmes bénéficiaient de plus de prescriptions d'aide au sevrage. La moyenne d'âge des bénéficiaires d'une prescription d'aide au sevrage a augmenté entre les deux périodes étudiées et diffèrent en fonction des sous-groupes et du type d'aide utilisée. Le nombre de bénéficiaire de Varénicline a suivi les mises successives sur le marché et son retrait avec une proportion d'utilisateur très faible en deuxième période.

La CMU-C n'est pas le seul marqueur nécessaire pour définir une population précaire, mais les résultats observés dans notre étude sont encourageants dans cette population. En effet, la population précaire est une population où la prévalence et la dépendance au tabagisme sont importantes (35). Une thèse récente étudiant l'impact du remboursement des TNS dans la population précaire dans l'ancienne région Midi Pyrénées(36) a montré un impact positif du remboursement avec une augmentation de délivrance de TNS dans cette population. Cette étude a également démontré que ce sont les hommes, les jeunes et les patients en meilleure santé dans cette population qui ont le plus profité des avantages du remboursement des TNS. Une autre étude rétrospective (35) a montré que même si les patients précaires se voyaient plus prescrire de TNS que les non précaires, leur taux de sevrage était bas malgré la gratuité des TNS. Des efforts sont encore à poursuivre dans cette population afin de réduire les inégalités sociales, d'améliorer l'accès et le taux de sevrage.

La moyenne d'âge des bénéficiaires d'aide au sevrage a augmenté au fur et à mesure des années, avant de diminuer en 2019. L'augmentation de la moyenne d'âge peut s'expliquer peut-être parce que les patients attendent plus longtemps avant d'arrêter de fumer ou ont déjà essayés antérieurement sans aide ou avec aide mais aussi par les différentes mesures gouvernementales ciblant initialement plus les jeunes. La prévention devrait être accentuée chez les personnes d'âge moyen et les plus jeunes afin d'éviter les effets néfastes du tabac le plus rapidement possible. La moyenne d'âge basse des patients ayant la CMU-C et ayant une prescription d'aide au sevrage peut s'expliquer par les caractéristiques propres de la population ayant la CMU-C, population jeune, féminine, en moins bonne santé et renonçant plus facilement aux soins(37).

Les TNS sont plus utilisés que la Varénicline dans toutes les sous catégories mais plus chez les personnes ayant une ALD, peut-être parce que les patients ayant une ALD consultent plus en raison de leur pathologie et qu'ils se voient ainsi prescrire plus de traitements. A noter, les patients de notre étude avaient plus de prescription de Varénicline en première période qu'au niveau national selon les statistiques des ventes de traitements d'aide au sevrage de l'OFDT(38).

Les femmes avaient plus de prescription d'aide au sevrage que les hommes même si ceci variait en fonction des sous-groupes étudiés. La part plus importante de femme peut s'expliquer parce qu'en Occitanie les femmes sont plus représentées (INSEE : 51.7% de femmes en 2015) et les femmes sont plus encouragées au sevrage, notamment au cours de leurs grossesses. De nombreuses études (39–47) montrent que les femmes utilisent plus de TNS que les hommes. La diminution du nombre de femmes ayant une prescription d'aide au sevrage au fil des années peut s'expliquer par l'accès de ces traitements aux hommes grâce à l'élargissement du forfait

en 2016 puis le remboursement à 65% des TNS. Les facteurs associés au tabagisme (10) sont le sexe masculin, l'âge inférieur à 55 ans, peu de diplôme, un niveau de revenu bas, les personnes atteintes d'anxiété ou de dépression et les personnes souffrant déjà d'une autre addiction. La part moins importante d'homme utilisant les aides au sevrage plaide pour accentuer encore la prévention chez les hommes.

Certaines études suggèrent que l'efficacité des traitements diffère en fonction du sexe (48) et que les femmes auraient plus de difficulté à maintenir l'abstinence à long terme comparé aux hommes (40, 41). L'étude EAGLES de 2018 (51), ne montrait pas de différence d'efficacité des médicaments d'aide au sevrage en fonction du sexe.

Les TNS sont plus utilisées (39–47) chez les personnes plus âgées, chez les femmes, chez les personnes plus dépendantes au tabac, chez les personnes de couleur blanche, ayant déjà fait des tentatives ultérieures dont certaines avec des médicaments. Parmi ces études, certaines ont montré une association entre l'utilisation des TNS et le statut économique élevé (45,48,49,52,53). En 2003, une étude américaine a montré que les femmes utilisaient plus fréquemment les traitements combinés que les hommes (43), fait important puisqu'on sait que les traitements combinés sont les traitements les plus efficaces dans le sevrage tabagique. Concernant les jeunes fumeurs, une étude australienne de 2007 à 2009 (45) a montré qu'ils avaient plus tendance à arrêter sans aide et à maintenir leur abstinence plus longtemps, peut être en raison d'une dépendance moins importante. Dans cette même étude, les conseils médicaux pour le sevrage étaient plus utilisés chez les personnes à faible niveau d'étude. Une attention plus importante pourrait se porter sur les patients jeunes et précaires.

Notre étude nous a également montré que certaines personnes avaient eu plusieurs prescriptions de TNS et/ou de Varénicline au cours du suivi. Les caractéristiques des utilisateurs à long terme de TNS étaient les mêmes que les utilisateurs « ponctuels » comme démontrées dans une étude anglaise (52).

Une étude rétrospective française (53) sur les données de santé publique de 2017 a analysé les aides utilisées chez les personnes ayant arrêté de fumer au moins sept jours sur les deux années précédant l'étude. 14,8% déclaraient avoir utilisé une cigarette électronique sans TNS, 11,7% des TNS sans cigarette électronique, 2,8% une cigarette électronique associée à des TNS et 1,6% un médicament (autre que TNS) prescrit par un médecin. Ils étaient 69,1% à déclarer n'avoir utilisé aucune aide.

Le nombre de prescription de Varénicline dans notre étude a suivi les effets de sa mise sur le marché et son retrait du marché tout comme aux Etats Unis(54), avec un engouement moins fort en 2017 peut être par la peur suscitée par les effets indésirables précédemment décrits et la

mise en seconde intention comme traitement d'aide au sevrage. On a pu constater une baisse de prescription de TNS après l'introduction de la Varénicline aux Etats Unis (40), au Royaume-Uni mais aussi en France (38) et dans notre étude en 2008. Des études Américaine (40), anglaise (39) et finlandaise (41) ont retrouvé des caractéristiques similaires des personnes prenant des substituts nicotiniques ou utilisant de la Varénicline.

Des patients fumeurs ont été interrogés sur les aides au sevrage et les fausses croyances (55,56), ils estimaient que les TNS allaient les rendre dépendants, que les TNS étaient néfastes pour la santé, qu'ils arriveraient plus facilement à arrêter de fumer sans aide. Ces quelques fausses croyances montrent la sous-utilisation des aides au sevrage notamment en termes de quantité et de durée comme montré dans notre étude où la dose quotidienne utilisée est très basse. De plus, nous savons que l'utilisation optimale des TNS est d'au moins 3 mois, alors qu'ils sont utilisés en moyenne 4 semaines(53).

Forces et limites :

Cette étude présente certaines limites. Tout d'abord, concernant le recueil de données, les deux sources proviennent de demandes différentes, ainsi les données n'avaient pas les mêmes critères d'extraction et la comparaison a pu être biaisée pour certaines données. Dans la première base de données, le régime des bénéficiaires était le régime général ou le régime des sections locales mutualistes, alors que dans la deuxième base grâce au SNDS tous les régimes de santé étaient pratiquement représentés.

Ensuite, toujours sur la première base de données, les résultats de l'année 2011 n'ont pas pu être exploitées car ils se limitaient aux trois premiers mois de l'année et nous avons préféré les exclure. De plus, les résultats de l'année 2007 et 2008 paraissent erronés et inexploitables quand on compare aux statistiques des ventes de traitements de sevrage de tabac en France de 1998 à 2019 de l'OFDT(38). En effet, on observe sur l'OFDT un pic de vente de TNS et de Varénicline en 2007, avant une diminution en 2008. En 2015, les ventes de TNS en France sont moins importantes que les ventes de 2008, 2009 et 2010. Les différences observées en nombre de bénéficiaire et d'évolution peuvent-être dues à une perte de données au moment de l'extraction et aussi en partie par le début en février du recueil des données de l'année 2007.

Dans notre étude, le nombre de personnes ayant une ALD et une prescription d'aide au sevrage est plus important que dans la population générale et qu'en Midi-Pyrénées(57,58). A l'opposé, le nombre de bénéficiaire d'une prescription d'aide au sevrage ayant la CMU-C et ceux ayant la CMU-C et une ALD est sous représenté par rapport à la moyenne régionale mais aussi à la moyenne nationale. A l'échelle nationale, on a pu voir une baisse des bénéficiaires de la CMU-C de 2007 à 2009 (59) non vue sur notre échantillon puis une augmentation à partir de 2010.

En 2015 les personnes ayant la CMU-C et une ALD représentaient 11% des bénéficiaires en France et ils étaient plus nombreux que ceux ayant une ALD seule 8% (60).

Le SNDS informe uniquement sur les médicaments remboursés en ville. Les TNS peuvent aussi être achetés sans prescription où être délivrés à l'hôpital. Nous pouvons quand même imaginer que les délivrances hospitalières de TNS restent minimes par rapport aux délivrances ambulatoires. Cette base de données nous renseigne sur les quantités délivrées mais pas sur celles réellement utilisées par les patients. Nous savons que l'observance et l'adhérence aux aides de sevrage sont inconstantes. La quantité réellement consommée par chaque bénéficiaire a ainsi pu être surestimée.

Cette étude présente néanmoins plusieurs forces. A notre connaissance, il s'agit de la seule en France à décrire le profil des patients de l'ancienne région Midi-Pyrénées utilisant des aides au sevrage sur une période aussi large. Du fait de la méthode de recueil, l'échantillon était exhaustif.

V- Conclusion :

Une étude descriptive rétrospective a été menée sur les bases de données de l'assurance maladie afin d'étudier le profil des bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement d'aide au sevrage dans l'ancienne région Midi-Pyrénées. Le nombre de bénéficiaire d'un remboursement de TNS n'a cessé de croitre de 2015 à 2019 avec une augmentation significative entre 2017 et 2018. Cette augmentation a été bénéfique pour tous les sous-groupes étudiés mais plus particulièrement pour ceux ayant la CMU-C. Ceci peut s'expliquer en partie par le remboursement à 65% des TNS à partir de mai 2018. Dans notre population globale, les femmes d'âge moyen avaient plus recours aux prescriptions de TNS mais cette sur-représentation a diminué au fil des années. Parmi les patients ayant un remboursement de TNS, les hommes avec une moyenne d'âge élevé étaient majoritaires chez les patients ayant une ALD et, à l'opposé, les femmes avec une moyenne d'âge jeune étaient plus nombreuses chez les patients ayant la CMU-C. Les patients n'ayant ni une ALD ni la CMU-C et une prescription d'aide au sevrage étaient le sous-groupe le plus représenté dans notre étude.

En conclusion, les différentes mesures mises en œuvre par le gouvernement dans sa lutte contre le tabagisme ont pu concourir à l'évolution observée : le nombre de patients traités pour leur usage de tabac a augmenté au fil des années, signifiant certainement un plus grand accès aux TNS. Néanmoins, plus de mesures sont nécessaires pour cibler les personnes précaires, les personnes jeunes et d'âge moyen et les hommes notamment via l'implication des médecins généralistes qui représentent la première spécialité médicale à prescrire des aides au sevrage. Le suivi est important chez tous les patients mais principalement chez les patients dépendants et précaires pour compenser le taux de réussite plus faible chez ces patients.

Vu
Toulouse le 10/05/2021

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 10 mai 2021
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse-Purpan
Didier CARRIE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan

Didier CARRIÉ

VI- Bibliographie :

1. Santé publique France. Tabac, Bulletin de santé publique, Occitanie. févr 2021;21p.

2. pp_politiques_lutte_tabac_septembre_2019_final.pdf [Internet]. [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: https://www.edhec.edu/sites/www.edhec-portail.pprod.net/files/pp_politiques_lutte_tabac_septembre_2019_final.pdf

3. 180528_-_dossier_de_presse_-_tabac_.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180528_-_dossier_de_presse_-_tabac_.pdf

4. Santé M des S et de la. Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/

5. Haute Autorité de santé. 2014;562.

6. Journée mondiale sans tabac 2020 / World No Tabacco Day 2020. 2020;24.

7. referentiel_tabac.pdf [Internet]. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf

8. Journée mondiale sans tabac 2019 / World No Tabacco Day 2019. 2019;16.

9. Covid-19 : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie [Internet]. [cité 25 janv 2021]. Disponible sur: /etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquête-pour-suivre-l'évolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie

10. GUINARD A, Santé publique France, ARS Occitanie. Bulletin de santé publique Occitanie Tabac. janv 2019;24p.

11. Kopp P. Le coût social des drogues en France. :75.

12. OMS | Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/fctc/text_download/fr/

13. PNRT2014-2019.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf

14. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007

15. plan cancer 2009-2013 [Internet]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013

16. DICOM_Lisa.C, DICOM_Lisa.C. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022

17. plan_national_de_sante_publique__psnp.pdf [Internet]. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique__psnp.pdf

18. strategies_therapeutiques_aide_sevrage_tabagique_rapport_2007_01_22__16_28_14_826.pdf [Internet]. [cité 17 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/strategies_therapeutiques_aide_sevrage_tabagique_rapport_2007_01_22__16_28_14_826.pdf

19. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [cité 23 nov 2019];(5). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009329.pub2/full?highlightAbstract=cessat%7Csmoke%7Cwithdrawn%7Ctreatment%7Csmoking%7Ccessation

20. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 [cité 23 nov 2019];(5). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub5/full?highlightAbstract=cessat%7Csmoke%7Cwithdrawn%7Ctreatment%7Csmoking%7Ccessation

21. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012 [cité 29 juin 2020];(11). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub4/full

22. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 6 sept 2011;183(12):1359-66.

23. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [cité 9 juin 2020];(5). Disponible sur: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009329.pub2/full

24. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, Ma W, Lawrence D, Lee TC. Effects of Varenicline on Smoking Cessation in Patients With Mild to Moderate COPD: A Randomized Controlled Trial. CHEST. 1 mars 2011;139(3):591-9.

25. Rigotti Nancy A., Pipe Andrew L., Benowitz Neal L., Arteaga Carmen, Garza Dahlia, Tonstad Serena. Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Cardiovascular Disease. Circulation. 19 janv 2010;121(2):221-9.

26. Evins AE, Benowitz NL, West R, Russ C, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with psychotic, anxiety and mood disorders in the EAGLES trial. J Clin Psychopharmacol. 2019;39(2):108-16.

27. Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, Higgins JPT, Gunnell D. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. The BMJ [Internet]. 12 mars 2015 [cité 5 août 2020];350. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4357491/

28. Gibbons RD, Mann JJ. Varenicline, Smoking Cessation and Neuropsychiatric Adverse Events. Am J Psychiatry. déc 2013;170(12):1460-7.

29. La prise en charge du sevrage tabagique [Internet]. [cité 9 juin 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/presciption-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique

30. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2015. :9.

31. rapport_annuel_pnrt_2015.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_pnrt_2015.pdf

32. Douchet M-A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019. :10.

33. Qu'est-ce que le SNDS ? | SNDS [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Qu-est-ce-que-le-SNDS

34. Presentation_du_Sniiram.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Presentation_du_Sniiram.pdf

35. 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. 1 juin 2016;34.

36. HUOT S. Impact du remboursement des substituts nicotiniques par la sécurité sociale sur leur délivrance dans la population en situation de précarité dans l'ancienne région Midi-Pyrénées. [Toulouse]: Toulouse III Paul Sabatier; 2020.

37. INSEE AMP. 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. :8p.

38. Tabac : évolution des ventes de substituts nicotiniques - OFDT [Internet]. [cité 19 mars 2021]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes-de-substituts-nicotiniques/

39. Kotz D, Fidler J, West R. Factors associated with the use of aids to cessation in English smokers. Addict Abingdon Engl. août 2009;104(8):1403-10.

40. Kasza KA, Cummings KM, Carpenter MJ, Cornelius ME, Hyland AJ, Fong GT. Use of stop-smoking medications in the United States before and after the introduction of varenicline. Addict Abingdon Engl. févr 2015;110(2):346-55.

41. Characteristics of first-time varenicline users – A cross-sectional study in Finnish quitters [Internet]. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5395864/

42. The Prevalence of and Factors Associated with the Use of Smoking Cessation Medication in Korea: Trend between 2005–2011 [Internet]. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0074904

43. 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. 11 janv 2008;93(1):121-31.

44. Ethnic Disparities in the Use of Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation in an Equal Access Health Care System - Steven S. Fu, Scott E. Sherman, Elizabeth M. Yano, Michelle van Ryn, Andy B. Lanto, Anne M. Joseph, 2005 [Internet]. [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4278/0890-1171-20.2.108

45. Hung WT, Dunlop SM, Perez D, Cotter T. Use and perceived helpfulness of smoking cessation methods: results from a population survey of recent quitters. BMC Public Health. 27 juill 2011;11(1):592.

46. Cummings K, Hyland A, Ockene J, Hymowitz N, Manley M. Use of the nicotine skin patch by smokers in 20 communities in the United States, 1992-1993. Tob Control. juin 1997;6(Suppl 2):S63-70.

47. Pierce JP, Gilpin E, Farkas AJ. Nicotine patch use in the general population: results from the 1993 California Tobacco Survey. J Natl Cancer Inst. 18 janv 1995;87(2):87-93.

48. Smith PH, Weinberger AH, Zhang J, Emme E, Mazure CM, McKee SA. Sex Differences in Smoking Cessation Pharmacotherapy Comparative Efficacy: A Network Meta-analysis. Nicotine Tob Res. 1 mars 2017;19(3):273-81.

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

50. Guignard R, Khoury FE, Aarbaoui TE, Richard J-B, Melchior M, Thanh VN. // SMOKING QUIT ATTEMPTS, USE OF CESSATION HELP, AND SMOKING ABSTINENCE: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER 2017. :20.

51. West R, Evins AE, Benowitz NL, Russ C, McRae T, Lawrence D, et al. Factors associated with the efficacy of smoking cessation treatments and predictors of smoking abstinence in EAGLES. Addict Abingdon Engl. août 2018;113(8):1507-16.

52. Silla K, Beard E, Shahab L. Characterization of Long-Term Users of Nicotine Replacement Therapy: Evidence From a National Survey. Nicotine Tob Res. 1 août 2014;16(8):1050-5.

53. Guignard R, Khoury FE, Aarbaoui TE, Richard J-B, Melchior M, Thanh VN. // SMOKING QUIT ATTEMPTS, USE OF CESSATION HELP, AND SMOKING ABSTINENCE: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER 2017. :20.

54. Jarlenski M, Baik SH, Zhang Y. Trends in Use off Medications For Smoking Cessation in Medicare,, 2007 – 2012. Am J Prev Med. sept 2016;51(3):301-8.

55. Silla K, Beard E, Shahab L. Nicotine replacement therapy use among smokers and ex-smokers: associated attitudes and beliefs: a qualitative study. BMC Public Health. 22 déc 2014;14(1):1311.

56. Shiffman S, Ferguson SG, Rohay J, Gitchell JG. Perceived safety and efficacy of nicotine replacement therapies among US smokers and ex-smokers: relationship with use and compliance. Addiction. 2008;103(8):1371-8.

57. ameli.fr - Prévalence [Internet]. [cité 5 févr 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2018.php

58. Données de cadrage : Les affections de longue durée (ALD) - IRDES [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: https://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/ald-affections-de-longue-duree/incidence-ald.html

59. Annuaire_statistique_10-2017.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annuaire_statistique_10-2017.pdf

60. RAPPORT_EVALUATION_2016.pdf [Internet]. [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION_2016.pdf

AUTEUR : Claire DUTREY

TITRE : Evolution du nombre et des caractéristiques des patients de l'ancienne région Midi-Pyrénées ayant eu des remboursements de traitement de substitution nicotinique entre 2007-2011 et 2015-2019.

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr DUPOUY Julie

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 08/06/2021

INTRODUCTION : En Occitanie la prévalence du tabagisme est une des plus élevées de France. Le profil des patients fumeurs est connu mais les caractéristiques des patients utilisant les aides au sevrage tabagique restent moins étudiées. Quelles sont les caractéristiques des patients de l'ancienne région Midi Pyrénées utilisant des traitements de substitution nicotinique au cours des différents plans gouvernementaux de lutte contre le tabagisme ? **METHODE** : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et quantitative des remboursements d'aide au sevrage (TNS et Varénicline) à partir des bases de données de l'assurance maladie pour les patients de l'ancienne région Midi-Pyrénées. L'étude a inclus toutes les personnes à partir de 15ans résidant dans l'ancienne région Midi-Pyrénées ayant eu un remboursement de TNS entre février 2007 et mars 2011 pour la première période et janvier 2015 à décembre 2019 pour la seconde période étudiée. Plusieurs sous-groupes de population ont été analysés. Le critère de jugement principal était le nombre des patients ayant eu une prescription de TNS au cours des deux périodes étudiées. **RESULTATS** : Le nombre de bénéficiaires d'une prescription de TNS n'a cessé de croitre depuis 2015 avec une augmentation significative entre 2017 et 2018. L'augmentation a été plus importante chez les patients ayant la CMU-C. Dans notre population globale, les femmes d'âge moyen avaient plus recours aux prescriptions de TNS. Parmi les patients ayant une prescription de TNS, les hommes avec une moyenne d'âge élevé étaient majoritaires chez les patients ayant une ALD et, à l'opposé, les femmes avec une moyenne d'âge jeune étaient plus nombreuses chez les patients ayant la CMU-C. Les patients les plus représentés dans notre étude étaient ceux n'ayant ni une ALD ni la CMU-C. **DISCUSSION** : le nombre de patients traités pour leur usage de tabac a augmenté au fil des années, signifiant certainement un plus grand accès aux TNS. Néanmoins, plus de mesures sont nécessaires pour cibler les patients précaires, les jeunes, les hommes et assurer un suivi adéquat et personnel à chaque patient tabagique

TITLE : Evolution of the characteristics and number of patients from the former Midi Pyrénées region who received reimbursement for nicotine replacement therapy between 2007-2011 and 2015-2019.

INTRODUCTION: In Occitania, the prevalence of smoking is one of the highest in France. The smoking patients profile is known but the characteristics of patients using smoking cessation aids is less studied. What are the characteristics of patients from the former Midi Pyrenees region using nicotine replacement therapy during the various government tobacco control plans? **METHOD**: We carried out a descriptive and quantitative retrospective study of reimbursements for withdrawal assistance (TNS and Varenicline) from health insurance databases for patients from the former Midi-Pyrénées region. The study included all people from 15 years old inclusive and over residing in the former Midi-Pyrénées region who had a reimbursement of TNS between February 2007 and March, 2011 for the first period and from January 2015 to December 2019 for the second period studied. Several population subgroups were analyzed. The primary endpoint was the number of patients having a prescription for TNS during the two periods studied. **RESULTS**: The number of beneficiaries of a TNS reimbursement never stopped growing since 2015 with a dramatic increase between 2017 and 2018. The recorded increase benefit the most to the patients affiliated to CMU-C. Middle-aged woman had more prescription of TNS in our global population. Among the patients who had a prescription of TNS, high average men were a majority in those who had an ALD and on the opposite the young average women are majority in those who had the CMU-C. The most represented patients in our study were those with neither ALD nor CMU-C. **DISCUSSION**: The number of treated patients for their smoking habits increased year by year, meaning an easiest access for TNS. However, more measures are needed to target the deprived patients, the young, the man to ensure an adequate and personal follow up to each smoking patients.

Mots clés : Sevrage tabagique- Traitement de substitution nicotinique- Profil sociodémographique- Varénicline- SNDS

Keywords : Smoking cessation - Nicotine replacement therapy - Sociodemographic profile - Varenicline – SNDS

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France