

5

Évaluation économique de l'aide à l'arrêt du tabac et de sa prise en charge

L'évaluation économique a pris une importance essentielle pour aider à la prise de décision en matière de politique de santé. Ainsi, l'efficacité thérapeutique ne constitue plus l'unique critère d'appréciation, en particulier pour les décisions relatives à la prise en charge des traitements et médicaments.

Ces dernières années, des politiques ont pris position en faveur du remboursement des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac (Recours, 1999). Certaines expériences ont fait l'objet d'évaluation dont les enseignements pourront contribuer à guider les décisions.

Rappel des techniques d'évaluation économique

Les études coût-efficacité regroupent des études dites coût-avantage ou coût-utilité selon la mesure de l'efficacité retenue : nombres de cas évités ou gain d'années de vie en bonne santé (QALYS).

Les études coût-bénéfice dont le résultat est exprimé en termes monétaires représentent la différence entre les coûts de la mise en œuvre de la procédure préventive ou thérapeutique étudiée et les coûts évités.

Études coût-efficacité

Les analyses en termes de coût-efficacité comparent habituellement, un indicateur de coût avec un indicateur physique d'efficacité. Se pose dès lors la question du choix de ces indicateurs : calcul des coûts directs et indirects, mesure de l'efficacité des remèdes proposés.

Toutefois, ces analyses ne permettent pas de trancher les situations où un traitement est à la fois plus cher et plus efficace. Il peut alors être proposé de rapporter le coût à un indicateur QALY, comme c'est le cas dans les études d'évaluation des politiques de prévention des maladies cardiovasculaires. Il s'agit d'une démarche coût-utilité.

Indicateur QALY

Le *Quality adjusted life year* (QALY) est un indicateur synthétique d'efficacité où l'année de vie est modulée par un indice de qualité de vie. Il présente l'intérêt d'être plus fidèle à la réalité en proposant un gain en équivalent d'années de vie en bonne santé. La dimension qualité se manifeste par un indice qui varie entre 0 pour la mort et 1 pour la vie en bonne santé ; elle est associée à l'estimation de la longévité (espérance de vie). Cependant, le QALY est difficile à calculer avec précision.

Évaluation économique de l'aide à l'arrêt du tabac, et comparaison avec d'autres traitements médicaux

Absente des politiques publiques en France jusque récemment, l'évaluation économique de l'aide à l'arrêt du tabac a déjà fait l'objet d'études et de revues internationales, en particulier des comparaisons ont été effectuées pour estimer le coût des traitements de maladies liées au tabagisme.

Méthodologie

Partant de l'article fondateur de Cummings et coll. (1989), cette revue concerne les études internationale qui ont été publiées depuis. N'ont été conservées que les études fournissant des résultats par année de vie sauvée. Les programmes concernant les entreprises, trop éloignés de la population étudiante, ont également été écartés (Warner et coll., 1996).

Onze études coût-efficacité portant sur différentes modalités d'aide à l'arrêt du tabac ont été retenues, dont six travaux permettant d'identifier la population et reposant sur un essai original. Cinq sont britanniques, cinq américaines et une suédoise. Le tableau 5.I résume ces travaux.

Les interventions de sevrage tabagique comprennent des actions individuelles, des programmes communautaires, du conseil et une aide pharmacologique. Elles portent presque toutes sur des populations adultes.

Résultats

Les résultats sont variables mais plaident pour un fort coût-efficacité des interventions d'aide à l'arrêt du tabac. Une mise à jour récente des données britanniques (Stapleton, 2001) précise que le coût par année de vie sauvée par les dispositifs d'aide à l'arrêt est d'environ 600 £ (982 euros) pour les personnes âgées de 35 à 44 ans. Par comparaison, une revue internationale a estimé le coût médian de 500 traitements médicaux (qui ont sauvé chacun la vie du sujet) à environ 17 000 £ (27 819 euros) (Tengs et coll., 1995). Plus récemment, une revue de 11 études internationales (Brunner et coll., 2001), a comparé différentes stratégies de prévention cardiovasculaire : le coût estimé par année de vie gagnée à la suite d'un changement de diète alimentaire de la population est de 14 à 560 £, de 300 £ à 790 £ par les divers modes de sevrage tabagique, de 900 £ en cas d'intervention d'une infirmière (dépistage et conseil), 6 200 à 11 300 £ pour un traitement par les statines. En 2000, au Royaume-Uni, il a été mesuré que le système de santé (NHS) a dépensé pour le traitement contre l'hypercholestérolémie par les statines 12 fois l'équivalent des montants pour l'aide à l'arrêt du tabac, bien que celle-ci soit 17 fois plus coût-efficace (Raw et coll., 2001). Le coût de ces médicaments (statines) varie entre 4 000 £ (6 545 euros) et 13 000 £ (21 270 euros) par année de vie sauvée (Ebrahim et coll., 1999).

Discussion

À l'exception de l'étude de Tillgren et coll. (1993) qui a porté sur une population où la part des 16-24 ans représentait 7 %, aucune des études présentées ne porte spécifiquement sur une population étudiante ou similaire (en particulier des jeunes de 18 à 24 ans). Pour certaines l'âge et les caractéristiques des populations ne sont pas fournis, pour d'autres il s'agit d'adultes ou de personnes de plus de 16 ans sans autre précision. Notons que parmi ces études, ne figure aucun travail français.

Ces évaluations doivent être considérées avec un minimum de prudence, dans la mesure où elles se fondent sur des hypothèses à vérifier, des contextes différents, des résultats en terme de sevrage qui ne sont pas souvent comparables (Bains et coll., 1998). En particulier, les analyses économiques de ce type ne peuvent se fonder sur les informations fournies par les seuls essais randomisés contrôlés (Rigby et coll., 1996), en raison de leur relative pauvreté en

Tableau 5.I : Études d'évaluation économique (coût efficacité) des traitements d'aide à l'arrêt du tabac

Référence Pays/année des résultats	Population	Nature de l'intervention	Modèle utilisé pour évaluer les gains de santé	Coûts en termes de vies sauvées (en monnaie du pays)
Stapelton et coll., 1999 Royaume-Uni/1998	Adultes, gros fumeurs n = 1 200	Essais d'efficacité des timbres transdermiques (16 h et 24 h) prescrits sur 12 semaines par des généralistes	Enquête d'utilisation de ressources par les généralistes, application d'une analyse coût-efficacité rétrospective	350-790 £ suivant l'âge
Parrot et coll., 1998 Royaume-Uni/1997	Non spécifié (le fumeur moyen)	Interventions individuelles (4 dont 2 avec traitement de substitution nicotinique) et programmes communautaires (3 pour un total de 6 items)	Application du calcul par année de vie sauvée, pour les autorités de santé et pour la société, escompté (1,5 % par année) et non escompté, à partir de données d'efficacité de la littérature (simulation par le modèle PREVENT sur 40 ans) et de coûts officielles	De 174 £ pour le conseil minimal à 1 143 £ pour les interventions communautaires d'ampleur moyenne (« <i>Quit and Win</i> »), pour les autorités sanitaires
Meenan et coll., 1998 États-Unis (Oregon et Washington)/1994	Adultes hospitalisés, fumeurs réguliers, n = 453 (groupe actif)	Essai randomisé avec conseil par un professionnel de santé expérimenté, vidéo, documents d'auto-sevrage, 1 ou 2 rappels pour suivi	Analyse coût-bénéfice rétrospective d'un essai antérieur (publications en 1993)	380 \$
Crealey et coll., 1998 Royaume-Uni (Irlande du Nord) /1997	n = 519 (clients de pharmacies non spécifiés)	Essai dans deux pharmacies de Belfast, suivant un modèle d'intervention (PAS) comprenant de brèves réunions de conseil, gommes nicotine, vérification par la mesure du CO	Méthodologie de Cummings et coll. (1989), analyse rétrospective d'une étude pilote, coûts directs de l'intervention, taux d'escompte de 3 à 5 %	De 197 à 351 £ pour les hommes et de 181 £ à 772 £ pour les femmes, suivant l'âge
Cormwell et coll., 1997 États-Unis/1995	Non spécifié	Mise en oeuvre des recommandations de l'AHCPR* (1996)	Coût par année de vie ou QALY sauvée à un taux d'escompte de 5 %	2 587 \$ par année de vie sauvée, 1 915 \$ par QALY sauvée
Croghan et coll., 1997 États-Unis (Minnesota)/1993	Adultes, gros fumeurs (3/4 > 20 cig./jour), n = 5 544, de la Mayo Clinic	Conseil non médical (séance initiale et/ou séances individuelles de suivi), thérapie de groupe, substitution nicotinique (timbre, gommes)	Essai d'efficacité à 6 mois (enquête téléphonique), mesure du bénéfice net du programme/résultats dans la littérature	1 094-6 828 \$ suivant le taux d'escompte et l'écart entre l'efficacité observée et celle attendue

* AHCPR : Agency for health care policy and research

.../...

Tableau 5.I (suite)

Référence Pays/année des résultats	Population	Nature de l'intervention	Modèle utilisé pour évaluer les gains de santé	Coûts en termes de vies sauvées (en monnaie du pays)
Fiscella et Franks, 1996 États-Unis/1995	Non spécifié	Timbre nicotine	Simulation	4 824 \$ par QALY sauvée (hommes), 6 267 \$ (femmes), 25-29 ans
Akehrst et Piercy, 1994 Royaume-Uni Angleterre et Pays-de-Galles/1993	n = 1 000, adultes	Timbre et gommes nicotine dans le contexte du conseil par le médecin généraliste	Simulation sur l'année 2029 avec le logiciel PREVENT de l'université de York, analyse coût-efficacité avec un taux d'escompte de 6 %	613 £ pour le conseil seul du généraliste, 3 074 £ avec l'adjonction de nicotine
Philips et Prowle, 1993 Royaume-Uni et Pays-de- Galles/1988	Adultes	Programme de lutte contre les maladies cardiovasculaires (1985-1988)	Estimation économique de l'impact de la réduction de la prévalence du tabagisme, et du coût net par année de vie sauvée	64 £ (au minimum)
Tillgren et coll., 1993 Suède (Stockholm)/1988	n = 12 840, fumeurs quotidiens depuis au moins 1 an, âgés de plus de 16 ans (plus de 21 % entre 16 et 34 ans)	Concours « <i>Quit and Win</i> » (s'abstenir de fumer pendant 4 semaines, sans substitution nicotinique, avec validation biologique) organisé en 1988	Évaluation de l'arrêt après 1 an avec suivi, taux d'escompte de 5 %, mesure des coûts directs du programme (intervention et évaluation)	De 1 092 \$ à 1 222 \$
Cummings et coll. 1989 États-Unis/84	Un groupe de patients théorique	Conseil minimal par le médecin lors d'une visite de routine, avec remise d'un dépliant	Méthodologie coût-efficacité usuelle, taux d'escompte de 5 %	De 705 \$ à 988 \$ pour les hommes et de 1 204 \$ à 2 058 \$ pour les femmes

renseignements pour documenter les coûts des interventions (le temps passé, la documentation utilisée, le nombre de patients...).

Enfin, ces travaux intègrent dans leur calcul des économies les bénéfiques à long terme du sevrage. Pourtant, des résultats à court terme, mesurables en termes économiques, ont pu être observés dans le cas des maladies cardiovasculaires (Lightwood et Glantz, 1997), autorisant une estimation plus favorable encore.

L'ampleur des écarts entre les différents types de traitements médicaux, pour des sociétés voisines (économies développées), plaide pour la significativité de ces résultats favorables à l'aide à l'arrêt du tabac.

Évaluation des programmes prenant en charge les coûts de l'aide à l'arrêt du tabac

L'enjeu sanitaire et économique de l'arrêt du tabac a mené des experts à recommander des incitations financières, voir le remboursement des traitements, et des décideurs (parfois politiques) à les mettre en œuvre.

Méthodologie

Il s'agit d'une revue des études internationales publiées évaluant le remboursement des traitements et médicaments d'aide à l'arrêt du tabac. Les travaux relatifs aux expériences d'incitation financière au sevrage, souvent citées dans le cas des entreprises mais aussi pratiquées auprès du grand nombre (Bains et coll., 1998), n'ont pas été retenus car ils ne répondent pas à la question posée ici. Quatre essais ont pu être identifiés, dont un français et un britannique. L'évaluation de l'expérience québécoise lancée en octobre 2001 n'est pas disponible et n'a pu être intégrée.

Dans cette revue, une enquête sur une expérience française auprès d'une population de jeunes adultes est également citée.

Revue de la littérature

Le tableau 5.II résume ces travaux.

Conçue dans le contexte du Livre blanc du gouvernement britannique de 1998 sur la lutte contre le tabac, l'étude de Dey et coll. (1999) ne conforte pas l'idée d'une efficacité de la gratuité des médicaments de substitution nicotinique.

En revanche, les travaux américains et français semblent plus riches d'enseignements : la gratuité semble significativement accroître l'abstinence (Schauffler et coll., 2001a) ; Kuntz et coll., 2001) ; elle favorise l'utilisation de la substitution nicotinique et le passage à l'acte (Schauffler et coll., 2001a) ; si elle paraît individuellement moins efficace qu'une prise en charge partielle (Curry et coll., 1998), elle peut avoir un impact plus large sur la population (part beaucoup plus importante des fumeurs qui s'arrêteraient) ; l'effet sevrage semble plus important dans les populations économiquement les plus sensibles (Kuntz et coll., 2001).

Expérience mutualiste d'aide à l'arrêt du tabac en direction des jeunes

Si les traitements de l'aide à l'arrêt du tabac (médicaments et consultations spécialisées) ne sont pas remboursés par l'assurance maladie en population générale, le monde mutualiste s'est impliqué dans la couverture de ces frais au moins depuis 1992. Cet engagement reste, toutefois, fort hétérogène et obéit davantage à des choix de chaque structure sans réelle inscription dans un cadre d'ensemble du secteur.

Tableau 5.II : Etudes d'évaluation de la prise en charge des substituts nicotiques

Référence Pays	Population	Nature de l'intervention	Suivi	Résultats
Curry et coll., 1998 Etats-Unis (Washington)	Salariés adultes ≤ 64 ans n = 90 005	Comparaison de 4 modalités de prise en charge, comprenant aide comportementale et substitution nicotinique : plan standard : 50 % du coût de l'aide comportementale et gratuité des TSN ; réduit : 50 % du coût des TSN et de l'aide comportementale ; inverse du plan standard ; total : gratuité des deux..	Répartition des groupes entre 4 employeurs, en 1993-1994 ; population décrite en 1991 ; courrier d'information, puis 2 enquêtes téléphoniques portant sur 4 échantillons randomisés (TR = 66 à 74 %) ; analyse coût-efficacité.	Taux d'utilisation de l'offre : 10 % avec gratuité, contre 2 % pour une prise en charge réduite Taux d'abstinence : 38 % pour le plan standard, contre 28 % avec gratuité Part des fumeurs qui s'arrêteraient par an : 2,8 % avec gratuité, contre 0,7 % pour le plan réduit Coût pour l'assureur par utilisateur : 1 171 \$ (gratuité), 797 \$ (standard) Coût annuel par fumeur : 33 \$ (gratuité), 6\$ (plan réduit) Coût annuel par participant : 4,92 \$ (gratuité), 0,89 \$ (plan réduit)
Dey et coll., 1999 Royaume-Uni	Adultes ≥ 15 cig./jours T = 64, I = 58	Timbre transdermique, conseil infirmier	Validation par la cotinine urinaire et le CO, 14 semaines	Abstinence : 9,4 % (I), 8,6 % (T)
Schauffler et coll., 2001a Etats-Unis (Californie)	Salariés adultes	Matériel d'auto-sevrage <i>versus</i> matériel d'auto-sevrage, thérapie de groupe, timbres et gommes nicotine gratuits	1 an	Abstinence : 18 % (I), 13 % (T) ; p = 0,04, OR : 1,6 T/C Tentatives d'arrêt : 55 % (I), 48 % (T) ; p = 0,03 Utilisation supérieure des TSN Coût moyen par personne : 1 495 \$
Kuntz et coll., 2001 France	Précaires 16-50 ans dont 53,8 % de 16-34 ans dans le groupe intervention ≥ 10 cig./jour n = 4 182	Prise en charge gratuite proposée par le médecin des Centres d'examen de santé (22 CES volontaires) pour les TSN (timbres et gommes) pour un traitement de 3 mois (octobre 1999-mars 2000)	Suivi à 6 mois par autoquestionnaire au domicile (TR < 27 %)	Abstinence : près de 30 % (I) contre 10,3 % (T)

I : groupe « intervention » ; T : groupe « témoins » ; TR : taux de réponse ; TSN : traitement de substitution nicotinique

La Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) a, récemment, proposé une série de conseils à ses adhérents et, à cette occasion, relevé huit expériences en matière d'aide à l'arrêt du tabac, dont une seule semble s'inscrire dans une stratégie de couverture financière qui sera détaillé ci-dessous (tableau 5.III). Nous en avons établi une liste mais elle n'est, sans doute, pas exhaustive. Sur 11 expériences recensées, 5 ont concerné un public étudiant ou jeune (Mutualité du Puy-de-Dôme, SMENO, SMEBA, SMEREP, MCD surtout en 2001) et 4 ont été conduites par des régimes spéciaux de Sécurité sociale (MSA, SMEREP, SMENO, SMEBA).

Tableau 5.III : Expériences de prise en charge financières de l'aide à l'arrêt du tabac par des mutuelles en France (d'après FNMF, 2002 et Olivier, 2002)

Organisme	Population cible	Nombre d'adhérents	Participation financière	Méthodes	Éléments d'évaluation
France Mutuelle	Inter-professionnelle en Île-de-France	120 000	Forfait de 152 €/an	1992-2001 : les méthodes non couvertes par la Sécurité sociale Depuis 2001 : les seuls TSN	Aucun
Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire (MCD)	Inter-professionnelle (15-49 ans)	575 000	Fonction décroissante de l'âge	TSN et Zyban	En cours
SMEREP*	Etudiants (Île-de-France)		Depuis 2002, forfait de 250 F/an (38 €)	TSN	Aucun
SMENO*	Etudiants (Normandie)		250 à 600 F/an suivant la cotisation (38-92 €)	TSN	Aucun
SMEBA*	Etudiants (Bretagne)		Forfait de 250 F/an (38 €)	TSN	Aucun
Mutuelle de la Gendarmerie (Caisse nationale du gendarme)	Agents de la gendarmerie et familles		100 % du coût des médicaments vendus en pharmacie et non remboursés par l'Assurance maladie	Non spécifié	Aucun
Mutualité du Puy de Dôme	Etudiants, personnel universitaire	320 000	Gratuité	Thérapie de groupe non médicalisée	Prévu en 2002
Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) de Strasbourg	Personnels de l'Éducation nationale		1/3 à la charge du fumeur (MGEN + CPAM)	TSN, TCC	Aucun
MGEN (centre médical, Sainte-Feyre)	Patients hospitalisés (n = 80)		Gratuité pour les hospitalisations aiguës, seules TCC pour les autres	TSN (timbres), TCC	Enquête postale à 6 et 12 mois (TR < 25 %)
Mutuelle générale à la direction régionale de France Télécom (Melun)	Salariés adultes (n = 570)	1 700	Financements par la mutuelle, l'employeur, un laboratoire pharmaceutique	TSN (timbres), conseil, TCC	Taux de sevrage à 3 mois : 45 %
MSA (2002)*	Salariés et exploitants agricoles, et ayant droit (35-65 ans)	Expérimentation dans 10 départements	Gratuité pour les TSN (3 mois et une semaine), les consultations et les examens	TSN, dépistage + 5 consultations (médecin généraliste au choix de l'adhérent)	Début 2003

* : Régime spécial d'assurance maladie ; TSN : traitement de substitution nicotinique ; TCC : thérapie cognitivo-comportementale

En 2001, la Mutuelle nationale médico-chirurgico-dentaire (MCD) a lancé, en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer et la Mutualité française, une expérience pionnière en France.

Une première enquête rendue publique mais non publiée (Mourouga et coll., 2002) a porté sur les bénéficiaires de cette prise en charge (partielle) du coût des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac. Deux objectifs principaux étaient assignés à cette première évaluation : vérifier l'adéquation entre la population ciblée et la population atteinte, et mesurer la satisfaction des bénéficiaires du programme. Sous la forme d'un questionnaire téléphonique construit par la Ligue et MCD, administré auprès de 252 bénéficiaires en novembre 2001, cette enquête a montré que la cible choisie a priori était pertinente puisque la population touchée se composait de jeunes (29 ans en moyenne), gros fumeurs avec une égale répartition dans les deux sexes, motivés par l'arrêt (la plupart d'entre eux avaient déjà essayé d'arrêter sans succès auparavant). Cette tentative s'est avérée positive pour plus de la moitié d'entre eux et ceux qui ont rechuté déclarent avoir diminué leur consommation. Ces résultats d'étape avec toutes les précautions exigées, doivent être confirmés par une évaluation médicale à conduire en 2002 avec le soutien de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF).

Discussion

Les contextes nationaux de ces travaux peuvent différer largement. Sans évoquer les différences entre Europe continentale et Grande-Bretagne, voire avec les États-Unis, les expériences américaines semblent peu généralisables. Ainsi, les auteurs de l'étude californienne (Schauffler et coll., 2001a) discutent même sa portée de l'ensemble des fumeurs de cet État au reste de l'Amérique du Nord. Aux États-Unis, ces travaux s'inscrivent dans la perspective de la mise en œuvre des recommandations de la *Agency for health care policy and research* (AHCPR) de 1996 qui préconisaient notamment aux organismes d'assurance santé d'inclure les traitements efficaces de l'aide à l'arrêt du tabac. Or, le coût des traitements a été identifié comme un obstacle à l'accès à une aide efficace (Curry et coll., 2001). Une enquête récente (Schauffler et coll., 2001b) a relevé que seule la moitié des États prennent en charge un traitement d'aide au sevrage tabagique, pour les personnes à faibles ressources (*Medicaid*) qui représentent 11 % de la population et qui sont les plus touchées par le tabagisme. Il est à remarquer que les États producteurs de tabac sont les moins désireux de prendre en charge l'aide à l'arrêt du tabac. Une autre enquête auprès des mutuelles syndicales américaines souligne aussi la faiblesse de la couverture des frais de sevrage (Barbeau et coll., 2001). En revanche, l'expérimentation française (Kuntz et coll., 2001) a bénéficié lors de la généralisation de l'Assurance maladie, à partir de 2002, de la gratuité des substituts nicotiques pour les personnes en situation de précarité.

Les populations visées sont également différentes : précaires en France, salariés aux États-Unis, clientèle de généralistes en Angleterre. Seule l'étude de l'Assurance maladie (Kuntz et coll., 2001) permet d'identifier une population jeune (majoritaire si l'on inclut les 25-34 ans) : plus d'un quart de 16-24 ans dans le groupe « intervention », plus d'un tiers chez les témoins, mais sans qu'il soit possible d'y mesurer l'impact de la gratuité.

À noter aussi que la question reste uniquement posée vis-à-vis du fumeur. Il a pu être suggéré pour impliquer les médecins, notamment généralistes, dans l'aide à l'arrêt du tabac, de prendre en charge ce temps de consultation (Curry, 2001).

En conclusion, les traitements de la dépendance tabagique sont parmi les plus rentables d'un point de vue économique. Pourtant, leur prise en charge financière par les organismes de couverture santé reste limitée. Les résultats encourageants de la majorité des évaluations disponibles pourraient contribuer à faciliter l'accès à l'aide à l'arrêt du tabac.

BIBLIOGRAPHIE

- ACTION ON SMOKING AND HEALTH. The case for commissioning smoking cessation services. WHO Europe Partnership Project and Smoke Free London. Sur le site Internet : www.ash.org.uk 2001
- ANAES, AP-HP. L'arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus. Editions EDK, Paris 1998
- BAINS N, PICKETT W, HOEY J. The use and impact of incentives in population-based smoking cessation programs : a review. *Am J Health Promot* 1998, **12** : 307-320
- BARBEAU EM, LI Y, SORENSEN G, CONLAN KM, YOUNGSTROM R et coll. Coverage of smoking cessation treatment by union health and welfare funds. *Am J Public Health* 2001, **91** : 1412-1415
- BRUNNER E, COHEN D, TOON L. Cost effectiveness of cardiovascular disease prevention strategies : a perspective on EU food based dietary guidelines. *Public Health Nutr* **4** : 711-715
- BUCK DJ, RICHMOND RL, MENDELSON CP. Cost-effectiveness analysis of a family physician delivered smoking cessation program. *Prev Med* 2000, **31** : 641-648
- CHEUNG AM, TSEVAT J. Economic evaluations of smoking interventions. *Prev Med* 1997, **26** : 271-273
- COHEN D, BARTON G. The cost to society of smoking cessation. *Thorax* 1998, **53** : S38-S42
- COHEN DR, FOWLER GH. Economic implications of smoking cessation therapies : a review of economic appraisals. *Pharmacoeconomics* 1993, **4** : 331-344
- CREALEY GE, MCELNAY JC, MAGUIRE TA, O'NEILL C. Costs and effects associated with a community pharmacy-based smoking-cessation programme. *Pharmacoeconomics* 1998, **14** : 323-333
- CROGHAN IT, OFFORD KP, EVANS RW, SCHMIDT S, GOMEZ-DAHL LC et coll. Cost-effectiveness of treating nicotine dependence : the Mayo Clinic experience. *Mayo Clin Proc* 1997, **72** : 917-924
- CROMWELL J, BARTOSH WJ, FIORE MC, HASSELBLA V, BAKER T. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *JAMA* 1997, **278** : 1759-1766
- CUMMINGS SR, RUBIN SM, OSTER G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989, **261** : 75-79
- CURRY SJ. Organizational interventions to encourage guideline implementation. *Chest* 2000, **118** : 40S-46S
- CURRY SJ, GROTHAUS LC, MCAFEE T, PABINIAC C. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1998, **339** : 673-679
- CURRY SJ, FIORE MC, BURNS ME. Community-level tobacco interventions. *Am J Prev Med* 2001, **20** : 6-7
- DAUTZENBERG B, BRUCKER G, BORGNE A, JOSSERAN L, DRAGOS S et coll. Evolution de l'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie entre 2000 et 2001. *BEH* 2001 : 103-104
- DEY P, FOY R, WOODMAN M, FULLARD B, GIBBS A. Should smoking cessation cost a packet? A pilot randomized controlled trial of the cost-effectiveness of distributing nicotine therapy free of charge. *Br J Gen Pract* 1999, **49** : 127-128
- DRAGOS S, DAUTZENBERG B. Estimation du nombre de fumeurs traités avant et après délistage des substituts nicotiniques. *BEH* 2001 : 105-106
- EBRAHIM S, DAVEY SG, MCCABE C, PAYNE N, PICKIN M et coll. What role for statins? A review and economic model. *Health Technol Assess* 1999, **3** : 19
- FISCELLA K, FRANKS P. Cost-effectiveness of the transdermal nicotine patch as an adjunct to physician's smoking cessation counseling. *JAMA* 1996, **275** : 1247-1251
- FNMF. Petit guide d'information sur le sevrage tabagique. 2002
- FOSNOCHT KM. Cost-effectiveness of the AHCPR guidelines for smoking. *JAMA* 1998, **279** : 836-837
- HAYS JT, CROGHAN IT, SCHROEDER DR, OFFORD KP, HURT RD et coll. Over-the-counter nicotine patch therapy for smoking cessation : results from randomized, double-blind, placebo-controlled, and open label trials. *Am J Public Health* 1999, **89** : 1701-1707

- HU TW, SUNG HY, KEELER TE. Reducing cigarette consumption in California : tobacco taxes vs an anti-smoking media campaign. *Am J Public Health* 1995, **85** : 1218-1222
- HUESTON WJ, MAINOUS AG, FARRELL JB. A cost-benefit analysis of smoking cessation programs during the first trimester of pregnancy for the prevention of low birthweight. *J Fam Pract* 1994, **39** : 353-357
- KUNTZ C, SPYCKERELLE Y, GIORDANELLA JP, BAUDIER F. Evaluation de la prise en charge gratuite des substituts nicotiques dans le sevrage tabagique proposée à des populations en situation de précarité dans les centres d'examen de santé. *BEH* 2001 : 107-109
- LIGHTWOOD JM, GLANTZ SA. Short-term economic and health benefits of smoking cessation : myocardial infarction and stroke. *Circulation* 1997, **96** : 1089-1096
- MARWICK C. Intensive smoking cessation efforts cost-effective. *JAMA* 1996, **276** : 1291
- MCGHAN WF, SMITH MD. Pharmacoeconomic analysis of smoking-cessation interventions. *Am J Health Syst Pharm* 1996, **53** : 45-52
- MEENAN RT, STEVENS VJ, HORN BROOK MC, LA CHANCE PA, GLASGOW RE et coll. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Med Care* 1998, **36** : 670-678
- MILLER MJ, DRAUGALIS JR, ORTMEIER BG, LEISCHOW SJ. A retrospective analysis of the costs and consequences of a tobacco-cessation program for active duty service members. *Mil Med* 1996, **161** : 420-424
- MOUROUGA P, MELIHAN-CHEININ P, LEBLOIS S, WOLF L. Résultats de l'enquête d'évaluation de l'arrêt du tabac auprès des bénéficiaires de la Mutuelle MCD. Communication, 15 janvier 2002
- MUDE AN, DE VRIES H, STRECHER VJ. Cost-effectiveness of smoking cessation modalities : comparing apples with oranges? *Prev Med* 1996, **25** : 708-716
- OLIVIER C. Une vingtaine de mutuelles proposent une aide au sevrage tabagique. Dépêche APM, 5 juin 2001
- OSTER G, DELEA TE, HUSE DM, REGAN MM, COLDITZ GA. The benefits and risk of over the counter availability of nicotine polacrilex (« nicotine gum »). *Med Care* 1996, **34** : 389-402
- PARROTT S, GODFREY C, RAW M, WEST R, MCNEILL A. Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. Health Educational Authority. *Thorax* 1998, **53** : S1-S38
- PHILLIPS CJ, PROWLE MJ. Economics of a reduction in smoking : case study from Heartbeat Wales. *J Epidemiol Community Health* 1993, **47** : 215-223
- RAW M, MCNEILL A, WATT J, RAW D. National smoking cessation services at risk [éditorial]. *Br Med J* 2001, **323** : 1140-1141
- RECOURS A. Politique de santé et fiscalité du tabac. Rapport à Monsieur le Premier Ministre, septembre 1999
- RIGBY K, SILAGY C, CROCKETT A. Can resource use be extracted from randomized controlled trials to calculate costs? A review of smoking cessation interventions in general practice. *Int J Technol Assess Health Care* 1996, **12** : 714-720
- SCHAUFFLER HH, MCMENAMIN S, OLSON KS, BOYCE-SMITH G, RIDEOUT JA, KAMIL J. Variations in treatment benefits influence smoking cessation : results of a randomised controlled trial. *Tobacco Control* 2001a, **10** : 175-180
- SCHAUFFLER HH, BARKER DC, ORLEANS CT. Medicaid coverage for tobacco-dependance treatments. *Health Affairs* 2001b, **20** : 298-303
- STAPLETON JA, LOWIN A, RUSSELL MA. Prescription of transdermal nicotine patches for smoking cessation in general practice : evaluation of cost-effectiveness. *Lancet* 1999, **354** : 210-215
- STAPLETON JA. Cost effectiveness of NHS smoking cessation services. Communication sur le site Internet : www.ash.org.uk. 2001
- TENG S TO, ADAMS ME, PLISKIN JS, SAFRAN DG, SIEGEL JE et coll. Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Anal* 1995 **15** : 369-390
- TILGREN P, ROSEN M, HAGLUND BJ, AINETDIN T, LINDHOLM L, HOLM LE. Cost-effectiveness of a tobacco 'quit and win' contest in Sweden. *Health Policy* 1993, **26** : 43-53

WARNER KE. Cost effectiveness of smoking-cessation therapies. Interpretation of the evidence-and implications for coverage. *Pharmacoeconomics* 1997, **11** : 538-549

WARNER KE, SMITH RJ, SMITH DG, FRIES BE. Health and economic implications of a work-site smoking-cessation program : a simulation analysis. *J Occup Environ Med* 1996, **38** : 981-992