

# Évaluation de la portée des traitements de remplacement de la nicotine comme mesure préventive de santé publique

S. J. Bondy, Ph. D. (1, 2); L. M. Diemert, M. Sc. (2); J. C. Victor, M. Sc. (2, 3); P. W. McDonald, Ph. D. (2, 4); J. E. Cohen, Ph. D. (1, 5)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

## Résumé

**Introduction :** L'accès à un traitement de remplacement de la nicotine (TRN) est une mesure de santé publique essentielle qui permet de réduire le tabagisme. Nous avons évalué la prévalence et les corrélats de l'utilisation du TRN en Ontario, où il est accessible sans ordonnance.

**Méthodologie :** Les participants formaient un échantillon représentatif de 2 262 fumeurs adultes au sein de la cohorte de l'Enquête sur le tabagisme en Ontario. Nous avons procédé à une étude prospective de l'utilisation de TRN sur une période de six mois en fonction des antécédents et des comportements liés au tabagisme, des tentatives d'abandon du tabac, de l'obtention d'autres appuis à l'abandon du tabac et des attitudes à l'égard des TRN.

**Résultats :** Dans l'ensemble, 11 % des fumeurs ont eu recours à un TRN durant la période de suivi de six mois. La prévalence était de 25 % au sein des 27 % de fumeurs correspondant aux lignes directrices cliniques recommandant le TRN comme option thérapeutique, et elle était faible chez les fumeurs n'essayant pas d'arrêter de fumer.

**Conclusion :** Devant l'accessibilité croissante aux TRN, il y aurait lieu d'intensifier la surveillance et d'approfondir les recherches pour déterminer l'impact de la portée et des bienfaits des TRN, en tenant compte aussi bien de la population des fumeurs en général que des populations de fumeurs cibles.

**Mots-clés :** *abandon du tabac, nicotine, médecine fondée sur des preuves, surveillance des populations*

## Introduction

Dans les essais, le traitement de remplacement de la nicotine (TRN) augmente de près du double la probabilité de cesser de fumer<sup>1-3</sup> et a donc le potentiel de réduire le fardeau de la maladie attribuable au tabagisme<sup>4</sup>. Assurer l'accès aux TRN constitue une mesure de santé publique essentielle pour tous les pays, dont le Canada, qui ont signé la Convention-cadre

de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac<sup>5,6</sup>. Plusieurs pays (notamment le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et de nombreux pays européens) ont autorisé la vente sans ordonnance de TRN, tandis que d'autres envisagent de le faire.

Selon plusieurs auteurs, les mesures visant à améliorer l'accès à un TRN ont permis d'accroître son utilisation<sup>7,8</sup>, tandis

que d'autres soutiennent que ce type de traitement est encore sous-utilisé<sup>9-11</sup>. Toutefois, peu de rapports ont fait état de l'adhésion à un TRN au sein de populations pour lesquelles il est offert en vente libre<sup>12-14</sup>. Au Canada, le prix d'un TRN constituerait à la fois un obstacle sérieux<sup>15</sup> et un facteur nuisant à un accès équitable à des services efficaces d'abandon du tabac<sup>16</sup>. De nouveaux programmes financés par des fonds publics sont à l'étude et en voie d'être adoptés afin d'accroître l'accès et le recours à ces traitements<sup>17</sup>. L'efficacité à assurer un accès facile aux TRN devrait être évaluée à l'aide de données de surveillance quantitatives sur la taille des populations cibles idéales de même que sur le pourcentage de la population touchée par cette intervention<sup>18</sup>. Ces données ne sont pas disponibles au Canada.

Cet article comble une lacune dans les connaissances sur les effectifs de fumeurs qui auraient eu besoin d'un recours accru aux TRN en Ontario. La question de savoir s'il faut encourager tous les fumeurs ou seulement certains d'entre eux à suivre un TRN, et si les médicaments font l'objet d'une promotion abusive auprès de fumeurs qui n'en ont pas besoin pour arrêter de fumer, est discutée<sup>19</sup>. Dans ce cadre, nous avons analysé la prévalence de l'utilisation d'un TRN chez l'ensemble des fumeurs et chez ceux correspondant aux lignes directrices fixées par les programmes qui fournissent des TRN financés par les fonds publics en Ontario<sup>20</sup> et ailleurs<sup>1,21</sup>, afin de quantifier

### Rattachement des auteurs :

1. Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
2. Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, Université de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
3. Institut de recherche en services de santé, Toronto (Ontario), Canada
4. School of Public Health and Health Systems, Université de Waterloo, Waterloo (Ontario), Canada
5. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore (Maryland), États-Unis

**Correspondance :** Susan Bondy, Dalla Lana School of Public Health, 6<sup>e</sup> étage, 155, rue College, Toronto (Ontario) M5T 3M7; tél. : 416-978-0141; téléc. : 416-978-8299; courriel : sue.bondy@utoronto.ca

la portée de cette mesure préventive chez des fumeurs qui représentent des utilisateurs ciblés ou non ciblés. Les critères de ciblage utilisés proviennent d'études fondées sur des données probantes<sup>22</sup>, notamment des rapports de l'organisme Cochrane Collaboration<sup>1,2</sup> et des méta-analyses<sup>23,24</sup>. Ces critères ont permis de conclure qu'il existe des éléments de preuve solides sur les bienfaits des TRN chez les fumeurs qui sont à la fois dépendants à la nicotine (définis comme des individus consommant plus de 10 à 15 cigarettes par jour) et motivés à arrêter de fumer<sup>1,2</sup>. On recommande également, comme pratique exemplaire, que les utilisateurs du TRN reçoivent en association du counseling comportemental pour pouvoir tirer profit des effets cumulatifs des deux interventions<sup>1,2,22</sup>. Les auteurs qui soutiennent que le TRN convient à tous les fumeurs sans restriction<sup>8,11,25</sup> font valoir qu'il peut être efficace sans aide clinique et que la consommation quotidienne de cigarettes peut ne pas être en corrélation avec la présence ou la gravité des symptômes de sevrage ciblés par le médicament ou le besoin perçu du médicament<sup>11,24-33</sup>. Selon d'autres sources, il est possible de faire davantage appel aux TRN pour d'autres raisons que l'abandon du tabac (p. ex. pour reporter l'abandon du tabac ou pour réduire la consommation sans toutefois cesser de fumer) et il s'avère donc nécessaire de surveiller ces tendances possibles<sup>34-38</sup>.

Les données probantes démontrant l'efficacité d'un TRN obtenu en vente libre demeurent également plus faibles que celles recueillies dans des contextes cliniques. Tout dépend de l'utilisateur et du mode d'utilisation du traitement, d'où l'importance de surveiller les habitudes d'utilisation des TRN<sup>39</sup>.

## Méthodologie

### *Conception de l'étude et population à l'étude*

Nous avons mené notre étude en Ontario, une province canadienne dotée d'une stratégie globale de lutte contre le tabagisme. Tout au long de la période d'étude, il était possible d'obtenir facilement un TRN sous forme de timbres et de gommes

à mâcher offerts en vente libre dans les pharmacies, les épiceries et les dépanneurs. Aucune autre forme de TRN n'était autorisée pour la vente (p. ex. inhalateur, pastilles), et l'utilisation de produits thérapeutiques de remplacement de la nicotine n'était permise que pour l'abandon immédiat du tabac, c'est-à-dire que ces produits ne devaient pas être utilisés pendant que le participant continuait de fumer ou dans le but de cesser de fumer progressivement. La plupart des produits offerts en vente libre étaient payés de la poche du participant<sup>40</sup> et n'étaient pas couverts par un régime d'assurance-médicaments.

Les données proviennent de l'Enquête sur le tabagisme en Ontario, une enquête téléphonique représentative de la population, associée à un panel composé de fumeurs adultes<sup>41,42</sup> recrutés entre juillet 2005 et juin 2007 (et pour qui les questions concernant les attitudes à l'égard du TRN étaient incluses dans l'entrevue). Sur les 2 681 fumeurs recrutés au début de l'étude (fumeurs quotidiens ou occasionnels, qui avaient fumé dans les 30 derniers jours et qui avaient fumé 100 cigarettes et plus au cours de leur vie), nous avons obtenu des données complètes (à l'entrevue initiale et au cours de la période de suivi de six mois) pour 2 262 personnes, soit un taux de rétention de 84,4 %. Environ 12 % de l'échantillon a été suivi pendant une période où les participants auraient pu bénéficier d'un programme public de distribution gratuite de TRN<sup>20</sup>.

Nous avons obtenu de l'Université de Toronto et de l'Université de Waterloo l'approbation éthique pour mener l'Enquête sur le tabagisme en Ontario et en utiliser les données.

### *Variables de l'étude*

Les répondants devaient indiquer au début de l'étude s'ils avaient déjà eu recours à un TRN. À l'entrevue de suivi de six mois, ils devaient préciser s'ils avaient utilisé le timbre, la gomme à mâcher ou l'inhalateur à la nicotine au cours des six derniers mois « pour cesser de fumer ou réduire leur consommation ». Le calcul de la prévalence de l'utilisation d'un TRN sur

une période de six mois comprend tout traitement utilisé durant la période de suivi, indépendamment des antécédents.

Certaines caractéristiques des fumeurs ont été considérées comme des prédicteurs de l'utilisation d'un TRN. Il s'agissait notamment de facteurs réputés être associés à des tentatives d'abandon et de mesures calculées de manière à refléter les lignes directrices cliniques relatives au TRN : intention d'arrêter de fumer; indices de dépendance à la nicotine évalués en fonction de la consommation, généralement 10 cigarettes et plus, et obtention d'une aide comportementale pour arrêter de fumer. L'intention de cesser de fumer au cours des six prochains mois était mesurée par la réponse à la question de départ : « Prévoyez-vous d'arrêter de fumer au cours du prochain mois, au cours des six prochains mois, dans un avenir proche, dans plus de six mois, ou pas du tout? »<sup>43,44</sup>. Une deuxième covariable dérivée classait les fumeurs comme ayant l'intention d'arrêter de fumer s'ils manifestaient l'intention d'arrêter de fumer lors de l'entrevue initiale ou s'ils avaient déclaré avoir sérieusement essayé d'arrêter de fumer durant la période de suivi de six mois. Nous avons calculé la consommation de cigarettes au début de l'étude, le temps écoulé entre le réveil et la première cigarette<sup>45</sup> ainsi que la position dans la Hiérarchie de l'indice du tabagisme<sup>46</sup>. En outre, les répondants devaient indiquer s'ils se considéraient comme étant « très », « plus ou moins » ou « pas du tout » dépendants à la cigarette<sup>47</sup>. Des variables dérivées ont été créées pour des associations d'indications relatives à l'utilisation d'un TRN (définies ci-dessus).

La confiance des répondants en leur capacité d'arrêter de fumer a été mesurée selon quatre niveaux, allant de « pas du tout confiant » à « très confiant » de réussir s'ils décidaient d'arrêter de fumer complètement dans les six prochains mois. À l'entrevue initiale et au suivi de six mois, on a demandé aux répondants s'ils avaient sérieusement essayé d'arrêter de fumer, s'ils avaient reçu de leur médecin des conseils pour arrêter de fumer et s'ils avaient eu recours à des services particuliers de soutien comportemental pour l'abandon du tabac. Les attitudes à l'égard

des produits pharmaceutiques d'aide à l'abandon du tabac ont été déterminées au départ selon le degré d'accord avec les énoncés suivants : « Il est plus facile d'arrêter de fumer avec des médicaments antitabac que par soi-même », « Le prix des médicaments antitabac rend leur utilisation difficile », « Il est difficile d'obtenir des médicaments antitabac » et « Le risque d'effets secondaires des médicaments antitabac vous préoccupe ». Les caractéristiques personnelles prises en compte étaient l'âge, le sexe, la scolarité et la résidence en milieu rural<sup>48</sup>. Le fait d'habiter en milieu rural était considéré comme un indicateur possible d'un accès relativement plus restreint aux TRN (du fait d'un accès plus restreint aux services d'un fournisseur de soins de première ligne qui pourrait recommander une pharmacothérapie, de la distance à une pharmacie offrant les produits ou d'un prix plus élevé dans des régions plus isolées).

### Analyse

L'utilisation des TRN a été observée par des analyses bidimensionnelles et des modèles multivariés associant le recours à un TRN au profil personnel des fumeurs, aux attitudes et aux caractéristiques de tabagisme observées au début de l'étude ainsi qu'aux comportements liés à l'abandon du tabac.

Nous avons obtenu des ratios de prévalence de l'utilisation des TRN par rapport aux covariables à l'aide de modèles de régression log-binomiale incluant tous les fumeurs. Nous les avons restreints aux fumeurs qui avaient déclaré avoir tenté d'arrêter de fumer durant la période de suivi de six mois. Les diagnostics de régression comprenaient l'évaluation de la non-linéarité et de la multi-colinéarité. Toutes les analyses descriptives et multivariées ont fait appel à des poids d'échantillonnage pour la cohorte de fumeurs de l'Enquête sur le tabagisme en Ontario, qui ont été calculés pour produire des estimations représentatives de la population sous-jacente de fumeurs récents d'âge adulte de l'Ontario au début de l'étude<sup>41</sup>. Les estimations de la variance ont tenu compte du plan d'échantillonnage et ont été obtenues à l'aide des méthodes d'expansion en série de Taylor

du logiciel Stata version 11 (StataCorp LP, College Station, Texas, États-Unis)<sup>49</sup>.

### Résultats

Le tableau 1 présente les caractéristiques de 2 262 répondants pour lesquels on disposait de données complètes pour le suivi de six mois, de même que la prévalence sur six mois de l'utilisation d'un TRN selon les caractéristiques des fumeurs, les prédicteurs de l'abandon du tabac et les attitudes à l'égard des TRN. La similarité de l'échantillon par rapport à la population sous-jacente est décrite ailleurs<sup>41,42</sup>. Dans cette cohorte, 64 % des participants fumaient 10 cigarettes et plus par jour au début de l'étude et 52 % déclaraient fumer dans les 30 minutes suivant leur réveil. La plupart des répondants (83 %) avaient déjà essayé d'arrêter de fumer, et 47 % avaient déjà eu recours à un TRN. Dans notre échantillon, 40 % des participants avaient indiqué au début de l'étude leur intention d'arrêter de fumer, un chiffre légèrement inférieur aux estimations provenant d'autres sources pour la même population (55 % à 59 %<sup>50,51</sup>, selon des mesures d'intention différentes toutefois<sup>52</sup>).

Entre l'entrevue initiale et le premier suivi à six mois, 11 % ont dit avoir eu recours à un TRN (tableau 1). En tout, 26 % des participants ont déclaré avoir tenté sérieusement d'arrêter de fumer et seulement 2 % des fumeurs de l'échantillon avaient utilisé un TRN pour la première fois au cours de cette période. Aucune différence perceptible n'a été observée dans l'utilisation du TRN par les répondants (12 %) pour qui le moment de l'étude coïncidait avec un programme de distribution gratuite de TRN en Ontario (données non présentées).

Le tableau 1 indique également la prévalence de l'utilisation d'un TRN selon les caractéristiques des fumeurs. L'utilisation s'est avérée significativement plus élevée chez les répondants qui prévoyaient de cesser complètement de fumer (par diverses mesures), qui avaient tenté sérieusement d'arrêter de fumer et qui avaient obtenu un soutien professionnel ou comportemental pour cesser de fumer. En outre, nous avons observé une

association positive entre l'utilisation d'un TRN et la consommation habituelle de cigarettes au début de l'étude, le nombre de tentatives d'abandon du tabac au cours de la vie, l'utilisation antérieure d'un TRN, la dépendance perçue, la confiance en sa capacité d'arrêter de fumer et l'attitude à l'égard des médicaments antitabac. Dans nos analyses, l'âge, le sexe ou la scolarité n'étaient pas associés à l'utilisation d'un TRN, pas plus que le fait d'habiter en milieu rural ou urbain (données non présentées).

Chez les fumeurs qui avaient l'intention d'arrêter complètement de fumer (intention a priori d'arrêter, déclarée au début de l'étude, ou mention de tentative sérieuse durant la période de suivi) et dont la consommation de cigarettes au début de l'étude était de 10 et plus par jour (c.-à-d. les 27 % des fumeurs suivant les lignes directrices précises), 25 % ont eu recours à un TRN. La prévalence la plus élevée de l'utilisation d'un TRN par sous-groupe, soit 31 %, a été observée chez les fumeurs qui répondaient exactement aux critères d'admissibilité les plus prudents et qui avaient indiqué avoir obtenu un soutien comportemental dans le passé ou récemment (tableau 1).

Le tableau 2 fournit les caractéristiques et les réponses des 301 sujets ayant eu recours à un TRN pendant la période de suivi de six mois. La grande majorité des utilisateurs de TRN avaient des antécédents de tentatives d'abandon au moment de l'entrevue initiale (91 %), avaient exprimé leur intention d'arrêter de fumer (intention déclarée à l'entrevue initiale [61 %] ou mention de tentative au cours de la période de suivi [72 %]), avaient utilisé un TRN avant ou au moment de l'entrevue initiale (80 %) et s'étaient décrits comme étant « très dépendants » (77 %). Les utilisateurs d'un TRN croyaient que les médicaments antitabac aidaient à cesser de fumer (84 %) et qu'ils étaient facilement accessibles (88 %), mais aussi que le prix rendait leur utilisation plus difficile (58 %).

Le tableau 3 présente les résultats des modèles de régression log-binomiale simultanément corrigés permettant de prédire l'utilisation d'un TRN durant

**TABLEAU 1**  
**Caractéristiques de l'échantillon et prévalence de l'utilisation d'un TRN sur une période de six mois selon les caractéristiques des fumeurs, au sein d'une cohorte de fumeurs adultes représentative de la population, Ontario (Canada)**

Caractéristiques des fumeurs, antécédents de tabagisme et de tentatives d'abandon, et attitudes	Taille de l'échantillon non pondérée n	Pourcentage de l'échantillon pondéré		Prévalence de l'utilisation d'un TRN sur 6 mois, par groupe	
			%	%	IC à 95 %
Ensemble des fumeurs avec données complètes sur 6 mois	2 262	100	11,4	9,7 à 13,1	
<b>Profil démographique</b>					
Âge (ans)	2 261				
18–34	592	33,4	11,0	7,8 à 14,2	
35–54	1 120	49,1	12,2	9,8 à 14,6	
55 et plus	549	17,4	10,1	7,0 à 13,1	
Sexe	2 262				
Homme	993	52,5	11,2	8,8 à 13,6	
Femme	1 269	47,5	11,7	9,4 à 13,9	
Scolarité	2 256				
Études post-secondaires	1 178	54,5	13,0	10,6 à 15,3	
Études secondaires ou moins	1 078	45,5	9,6	7,3 à 11,9	
<b>Intensité du tabagisme au début de l'étude</b>					
Nombre de cigarettes fumées/ jour <sup>a</sup>	2 239				
0–9	695	36,4	9,3	6,3 à 12,2	
10–15	568	25,1	15,1	11,1 à 19,0	
16 et plus	976	38,5	11,4	9,1 à 13,7	
Temps entre le réveil et la première cigarette, en minutes	2 256				
≤ 30	1 300	51,5	12,4	10,2 à 14,6	
> 30	956	48,5	10,2	7,7 à 12,8	
<b>Tentatives d'abandon et intentions</b>					
Nombre de tentatives d'abandon au cours de la vie au début de l'étude <sup>a</sup>	2 260				
0	321	16,7	6,4	2,1 à 10,6	
1	514	23,2	8,2	5,3 à 11,0	
2	506	23,1	10,6	7,1 à 14,1	
3 et plus	919	37,0	16,3	13,3 à 19,3	
Intention de cesser de fumer au début de l'étude <sup>a</sup>	2 230				
Oui	914	40,2	17,5	14,4 à 20,5	
Non	1 316	59,8	7,6	5,6 à 9,5	
Tentative sérieuse d'abandon du tabac au cours de la période de suivi de 6 mois (déclarée au moment du suivi) <sup>a</sup>	2 098				
Oui	467	25,5	29,6	24,2 à 35,0	
Non	1 631	74,5	3,9	2,9 à 4,9	

Suite page suivante

une période de suivi de six mois chez l'ensemble des fumeurs et chez ceux qui ont déclaré avoir essayé d'arrêter de fumer au cours de cette période. Les caractéristiques personnelles, notamment l'âge et la scolarité, n'étaient pas associées à l'utilisation d'un TRN après ajustement pour tenir compte des antécédents et des comportements liés au tabagisme.

Chez l'ensemble des fumeurs, les antécédents de tentative d'abandon déclarés au début de l'étude n'avaient aucun lien avec l'utilisation d'un TRN. Toutefois, les répondants étaient plus de 6 fois plus nombreux à avoir utilisé un TRN s'ils avaient mentionné une tentative sérieuse d'abandon du tabac durant la période de suivi; ils étaient également plus nombreux à avoir utilisé un TRN s'ils y avaient déjà eu recours. Le fait d'avoir reçu des conseils médicaux ou un soutien comportemental à l'abandon du tabac au cours de la vie et le fait d'avoir reçu des conseils ou un soutien pendant la période de suivi se sont avérés des prédicteurs statistiquement significatifs de l'utilisation d'un TRN dans le modèle pleinement ajusté. Les mesures des comportements tabagiques axées sur la consommation au début de l'étude (le nombre de cigarettes fumées par jour et le temps écoulé entre le réveil et la première cigarette) et la confiance en sa propre capacité d'arrêter de fumer n'étaient pas statistiquement significatives après ajustement pour tenir compte des antécédents de comportements relatifs à l'abandon du tabac.

Lorsque les analyses des prédicteurs de l'utilisation d'un TRN étaient limitées aux fumeurs qui avaient sérieusement essayé d'arrêter de fumer durant la période de six mois, les antécédents de soutien à l'abandon du tabac étaient positivement corrélés à l'utilisation d'un TRN. Toutefois, après ajustement pour tenir compte de ce critère, il n'y avait aucun lien entre le soutien comportemental déclaré durant cette période de référence et l'utilisation d'un TRN (d'autres modèles, non présentés, indiquent un effet de substitution

**TABEAU 1 (Suite)**  
**Caractéristiques de l'échantillon et prévalence de l'utilisation d'un TRN sur une période de six mois selon les caractéristiques des fumeurs, au sein d'une cohorte de fumeurs adultes représentative de la population, Ontario (Canada)**

Caractéristiques des fumeurs, antécédents de tabagisme et de tentatives d'abandon, et attitudes	Taille de l'échantillon non pondérée n	Pourcentage de l'échantillon pondéré	Prévalence de l'utilisation d'un TRN sur 6 mois, par groupe	
		%	%	IC à 95 %
<b>Soutien à l'abandon du tabac</b>				
Antécédents d'utilisation d'un TRN au cours de la vie <sup>a</sup>				
	2 262			
Oui	1 177	46,8	19,4	16,5 à 22,3
Non	1 085	53,2	4,4	2,6 à 6,2
Antécédents de soutien comportemental (notamment les conseils d'un médecin) au cours de la vie <sup>a</sup>				
	2 262			
Oui	415	16,0	23,7	18,3 à 29,2
Non	1 847	84,0	9,1	7,4 à 10,8
Conseils médicaux ou recours à un soutien comportemental durant le suivi <sup>a</sup>				
	2 235			
Un ou l'autre	959	43,6	17,2	14,1 à 20,4
Ni l'un ni l'autre	1 276	56,4	7,3	5,6 à 9,0
<b>Attitudes et croyances</b>				
Dépendance perçue <sup>a</sup>				
	2 253			
Pas du tout	151	8,8	2,1	0,0 à 6,0
Plus ou moins	603	30,7	8,1	5,2 à 10,9
Très	1 499	60,5	14,5	12,2 à 16,8
Confiance en sa capacité d'arrêter complètement de fumer au cours des 6 prochains mois <sup>a</sup>				
	2 248			
Pas du tout confiant	310	12,0	9,9	5,4 à 14,4
Pas très confiant	654	27,3	12,3	9,1 à 15,4
Assez confiant	753	33,8	14,4	11,0 à 17,7
Très confiant	531	26,8	7,9	5,2 à 10,5
Il est plus facile d'arrêter de fumer avec des médicaments antitabac que par soi-même <sup>a</sup>				
	2 261			
D'accord	1 656	70,5	13,6	11,4 à 15,8
Pas d'accord	494	24,8	6,8	4,2 à 9,4
Je ne sais pas	111	4,8	3,3	0,8 à 5,7
Le prix des médicaments antitabac rend leur utilisation difficile <sup>a</sup>				
	2 261			
D'accord	1 334	55,5	12,0	9,8 à 14,2
Pas d'accord	771	37,0	12,4	9,4 à 15,4
Je ne sais pas	156	7,5	2,4	0,4 à 4,5
Il est difficile d'obtenir des médicaments antitabac <sup>a</sup>				
	2 262			
D'accord	344	14,2	7,6	4,2 à 11,1
Pas d'accord	1 776	79,5	12,6	10,6 à 14,6
Je ne sais pas	142	6,3	5,3	1,2 à 9,5

Suite page suivante

dans le cas où les antécédents de soutien comportemental, obtenu dans le passé ou durant la période de référence, étaient positivement associés à l'utilisation d'un TRN, et les deux éléments étaient corrélés). Contrairement aux associations observées chez l'ensemble des fumeurs, un nombre plus élevé de cigarettes fumées par jour au début de l'étude était positivement associé à une utilisation de TRN déclarée au cours des six mois suivants, mais non à des tentatives d'abandon antérieures, parmi les fumeurs ayant essayé d'arrêter de fumer. On a relevé une corrélation négative entre la réponse « Je ne sais pas » à la question sur les attitudes à l'égard du prix des TRN et leur utilisation. À l'inverse, la réponse « Je ne sais pas » à la question sur la facilité d'accès était positivement associée à l'utilisation ( $p = 0,048$  pour le contraste).

## Analyse

En Ontario, 30 % des gens ayant essayé d'arrêter de fumer ont eu recours à un TRN. Ce pourcentage est plus faible que celui observé dans une étude réalisée par Reid et Hammond<sup>53</sup>, qui révélait qu'une proportion plutôt stable de fumeurs (50 %) ayant fait des tentatives d'abandon sur une période de deux ans avaient pris un médicament. Notre étude est la première à chercher à déterminer quel type de fumeurs devrait utiliser un TRN, en fonction des lignes directrices fondées sur des données probantes concernant l'efficacité du TRN. Sur les 27 % de fumeurs qui correspondaient aux lignes directrices pour l'utilisation des TRN, un peu moins de 25 % avaient eu recours à un TRN. Il reste donc à peu près 20 % des fumeurs ontariens qui représentent vraisemblablement une population cible « idéale », mais non rejointe.

Malgré l'importance des données quantitatives sur la portée des interventions en santé publique<sup>18</sup>, peu de rapports ont permis d'estimer la prévalence des TRN dans la population au cours d'une période précise. Les enquêtes sur la santé de la population ne permettent pas toujours de quantifier avec précision les TRN en

**TABLEAU 1 (Suite)**  
**Caractéristiques de l'échantillon et prévalence de l'utilisation d'un TRN sur une période de six mois selon les caractéristiques des fumeurs, au sein d'une cohorte de fumeurs adultes représentative de la population, Ontario (Canada)**

Caractéristiques des fumeurs, antécédents de tabagisme et de tentatives d'abandon, et attitudes	Taille de l'échantillon non pondérée n	Pourcentage de l'échantillon pondéré	Prévalence de l'utilisation d'un TRN sur 6 mois, par groupe	
			%	IC à 95 %
<b>Le risque d'effets secondaires des médicaments antitabac vous préoccupe<sup>a</sup></b>				
	2 262			
D'accord	1 309	56,1	10,5	8,4 à 12,6
Pas d'accord	840	38,5	14,2	11,1 à 17,3
Je ne sais pas	113	5,5	1,5	0,1 à 3,0
<b>Association d'indications relatives à l'utilisation d'un TRN</b>				
<b>Intention ou tentatives d'abandon + 10 cigarettes et plus par jour<sup>a</sup></b>				
	2 206			
Oui	658	26,6	25,3	21,0 à 29,6
Non	1 548	73,4	6,5	4,8 à 8,1
<b>Intention ou tentatives d'abandon + 10 cigarettes et plus par jour + soutien<sup>a</sup></b>				
	2 223			
Oui	349	13,9	30,8	24,4 à 37,3
Non	1 874	86,1	8,3	6,7 à 10,0
<b>Intention ou tentatives d'abandon + soutien<sup>a</sup></b>				
	2 212			
Oui	526	23,6	26,8	21,7 à 32,0
Non	1 686	76,4	6,8	5,3 à 8,2

**Source :** Enquête sur le tabagisme en Ontario, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, juillet 2005 à décembre 2007 (cohortes 1 à 4 avec données de suivi sur 6 mois).

**Abréviations :** IC, intervalle de confiance; TRN, traitement de remplacement de la nicotine.

<sup>a</sup> Association bidimensionnelle statistiquement significative déterminée à l'aide du test du chi carré global.

fonction du tabagisme et des tentatives d'abandon du tabac. En 1990, dans un échantillon de sujets originaires du Minnesota ayant accès aux TRN par l'intermédiaire d'un régime d'assurance avec franchise<sup>54</sup>, environ la moitié de ceux qui avaient essayé d'arrêter de fumer avaient utilisé une forme d'aide, principalement la pharmacothérapie. En Californie, entre 1999 et 2002, 17 % des fumeurs avaient eu recours à la pharmacothérapie au cours de l'année<sup>55</sup>. En 2003, 32 % des Américains ayant déclaré avoir tenté d'arrêter de fumer au cours de l'année précédente avaient pris un médicament<sup>56</sup> tandis qu'en 2010, 30 % de l'ensemble des fumeurs avaient pris un médicament au cours de l'année précédente<sup>57</sup>. Au Royaume-Uni, où les TRN sont subventionnés par l'État par l'intermédiaire du National Health Service, environ la moitié des fumeurs en ont utilisé dans le but d'arrêter de fumer<sup>12</sup>.

Ce ne sont pas tous les fumeurs qui pensent les médicaments nécessaires<sup>13,14,58</sup>, et bon nombre d'entre eux arrivent à abandonner le tabac par eux-mêmes<sup>56,59</sup>. Toutefois, les taux d'utilisation en Ontario pourraient ne pas signifier une absence d'intérêt : en 2006, une distribution gratuite de TRN organisée par les instances provinciales a attiré 16 000 personnes en six semaines<sup>60</sup>. Nous n'avons relevé aucune différence en fonction de la scolarité, conformément aux prévisions et à ce qui avait été observé dans les données américaines<sup>57</sup>; par contre, nous n'avons pas eu accès à des mesures plus directes concernant les assurances ou à la capacité de payer<sup>40</sup>.

Des études antérieures ont révélé que les personnes ayant déjà eu recours à un TRN sont souvent plus dépendantes ou fument davantage de cigarettes<sup>7,45,54,61-63</sup>. Dans notre analyse, le nombre de cigarettes n'a

pas permis de prédire l'utilisation d'un TRN, contrairement à plusieurs études rétrospectives<sup>7,54</sup>; toutefois, le nombre de cigarettes consommées était associé à l'utilisation d'un TRN chez les fumeurs qui essayaient d'arrêter, comme ailleurs<sup>12</sup>. Chez l'ensemble des fumeurs, une consommation plus faible pourrait découler des efforts déployés pour réduire le tabagisme<sup>64</sup>. Des lignes directrices américaines relatives aux TRN citent un nombre minimal de cigarettes surtout en raison d'un manque de données d'essais cliniques chez les sujets qui fument moins<sup>1-3</sup>. À l'inverse, les lignes directrices cliniques australiennes énoncent que les TRN devraient être offerts en présence de signes de dépendance<sup>65</sup>. Nous avons observé que plus de 90 % des répondants qui fumaient moins de 10 cigarettes au début de l'étude et qui avaient eu recours à un TRN se percevaient comme étant « très » ou « plus ou moins » dépendants.

L'intention ou le fait d'essayer véritablement d'arrêter de fumer étaient significativement associés à l'utilisation d'un TRN, ce qui est compatible avec les résultats de l'étude californienne<sup>63</sup>. À peine 3 % des Ontariens qui n'avaient pas l'intention d'arrêter de fumer ou qui n'avaient jamais essayé ont eu recours à un TRN. Cette observation ne donne pas à penser que les fumeurs auraient largement recours aux TRN sans avoir l'intention d'arrêter de fumer, une conséquence négative de la disponibilité des TRN<sup>34-38,66,67</sup> déjà évoquée. Toutefois, comme les questions portaient sur l'utilisation d'un TRN « pour cesser de fumer ou pour réduire la consommation de cigarettes » (afin d'exclure l'utilisation de services pour une autre raison de santé), il est possible que nous n'ayons pas retenu toutes les utilisations, par exemple les cas où les fumeurs prévoyaient seulement réduire leur consommation, sans toutefois arrêter de fumer. L'intention de cesser de fumer peut également changer, ou encore être mesurée de manière peu fiable<sup>68</sup>. Nous avons résolu ce problème en tenant compte de l'intention, avec ou sans tentative subséquente d'abandon du tabac.

Dans notre étude, les fumeurs ayant reçu une aide non pharmaceutique avaient plus souvent recours à un TRN, alors

**TABLEAU 2**  
**Caractéristiques d'une cohorte de fumeurs adultes représentative de la population ayant déclaré utiliser des produits de TRN « pour cesser de fumer ou pour réduire la consommation de cigarettes » sur une période de suivi de six mois, Ontario (Canada)**

Caractéristiques des fumeurs (n = 301)		Part de l'échantillon pondéré, %	Intervalle de confiance à 95 %
<b>Profil personnel</b>			
Âge (ans)	18–34	32,2	24,6 à 39,9
	35–54	52,4	44,7 à 60,1
	55 et plus	15,4	10,7 à 20,0
Sexe	Homme	51,5	43,8 à 59,1
	Femme	48,5	40,9 à 56,2
Scolarité	Études post-secondaires	61,8	54,2 à 69,3
	Études secondaires ou moins	38,2	30,7 à 45,8
<b>Intensité du tabagisme au début de l'étude</b>			
Nombre de cigarettes fumées/jour	0–9	29,1	21,5 à 36,8
	10–15	32,8	25,4 à 40,2
	16 et plus	38,1	31,1 à 45,2
Temps entre le réveil et la première cigarette (min.)	≤ 30	56,4	48,5 à 64,2
	> 30	43,6	35,8 à 51,5
<b>Tentatives d'abandon et intentions</b>			
Nombre de tentatives d'abandon au cours de la vie au début de l'étude			
	0	9,3	3,3 à 15,4
	1	16,6	11,1 à 22,0
	2	21,3	14,8 à 27,8
	≥ 3	52,8	45,1 à 60,5
Intention de cesser de fumer au début de l'étude			
	Oui	60,8	53,0 à 68,5
	Non	39,2	31,5 à 47,0
Tentative sérieuse d'abandon du tabac au cours de la période de suivi de six mois (déclarée au moment du suivi)			
	Oui	72,3	65,5 à 79,0
	Non	27,7	21,0 à 34,5
<b>Soutien à l'abandon du tabac</b>			
Antécédents d'utilisation d'un TRN au cours de la vie			
	Oui	79,6	72,4 à 86,8
	Non	20,4	13,2 à 27,6
Antécédents de soutien comportemental (conseils d'un médecin) au cours de la vie			
	Oui	33,3	26,2 à 40,3
	Non	66,7	59,7 à 73,8
Conseils médicaux ou recours à un soutien comportemental durant le suivi de six mois			
	Un ou l'autre	64,6	57,5 à 71,7
	Ni l'un ni l'autre	35,4	28,3 à 42,5
<b>Attitudes et croyances</b>			
Dépendance perçue	Pas du tout	Supprimé <sup>a</sup>	Supprimé <sup>a</sup>
	Plus ou moins	21,6	14,8 à 28,4
	Très	76,7	69,6 à 83,8
Confiance en sa capacité d'arrêter complètement de fumer au cours des 6 prochains mois			
	Pas du tout confiant	10,3	5,7 à 15,0
	Pas très confiant	29,1	22,4 à 35,8
	Assez confiant	42,2	34,5 à 49,9
	Très confiant	18,3	12,6 à 24,0

Suite page suivante

que des études antérieures faisaient état de résultats mitigés. Les utilisateurs de TRN du Minnesota ont rarement fait appel à du soutien comportemental<sup>54</sup>, tandis que les utilisateurs de la Californie<sup>7</sup> et de l'Australie<sup>62</sup> étaient plus nombreux à s'en prévaloir. Les données de l'Ontario peuvent traduire l'uniformité des avis exprimés par les professionnels et les modes d'emploi pour l'utilisation des services de soutien comportemental. Toutefois, comme dans la plupart des études<sup>69</sup>, nous n'avons pas d'information sur l'intensité ou la qualité des services de soutien reçus. Notre étude, tout comme d'autres<sup>45,61</sup>, a révélé que l'utilisation antérieure de TRN était associée à une utilisation future, mais cela peut signifier que l'utilisation de certains TRN a commencé avant l'entrevue initiale et a continué jusqu'au suivi. Comme on pouvait s'y attendre, les fumeurs affichant une attitude positive à l'égard du TRN étaient plus nombreux à prendre ces médicaments<sup>62,70-72</sup>.

Dans le cadre de notre analyse, nous avons utilisé les données disponibles jusqu'en 2008. Après cette période, les fabricants de médicaments antitabac ont obtenu le droit d'annoncer qu'il était possible d'utiliser un TRN tout en réduisant la consommation de cigarettes en vue d'arrêter de fumer. Les études futures devraient porter sur l'utilisation des TRN dans le seul but de réduire la consommation de cigarettes ou pour la seule raison que la personne est incapable de fumer<sup>63,66,67,73</sup>. Notre étude fournira des données de référence pour évaluer l'impact de ces changements et des initiatives récentes visant le financement public des TRN.

## Conclusion

Les TRN faciles d'accès constituent une mesure axée sur une population visant à atténuer le fardeau sanitaire lié au tabagisme. Dans cette population, où les TRN étaient offerts en vente libre et où le recours à des services complémentaires de soutien comportemental était encouragé, la plupart des fumeurs qui ont tenté d'arrêter n'utilisaient pas de TRN. Environ 20 % des fumeurs ontariens représentaient une population cible

**TABLEAU 2 (Suite)**  
**Caractéristiques d'une cohorte de fumeurs adultes représentative de la population ayant déclaré utiliser des produits de TRN « pour cesser de fumer ou pour réduire la consommation de cigarettes » sur une période de suivi de six mois, Ontario (Canada)**

Caractéristiques des fumeurs (n = 301)	Part de l'échantillon pondéré, %	Intervalle de confiance à 95 %
Il est plus facile d'arrêter de fumer avec des médicaments antitabac que par soi-même		
D'accord	83,9	78,5 à 89,3
Pas d'accord	14,8	9,5 à 20,1
Je ne sais pas	1,4	0,4 à 2,4
Le prix des médicaments antitabac rend leur utilisation difficile		
D'accord	58,2	50,5 à 65,9
Pas d'accord	40,2	32,5 à 47,9
Je ne sais pas	1,6	0,3 à 3,0
Il est difficile d'obtenir des médicaments antitabac		
D'accord	9,5	5,3 à 13,7
Pas d'accord	87,6	82,9 à 92,2
Je ne sais pas	3,0	0,7 à 5,3
Le risque d'effets secondaires des médicaments antitabac vous préoccupe		
D'accord	51,5	43,8 à 59,2
Pas d'accord	47,8	40,1 à 55,5
Je ne sais pas	0,7	0,0 à 1,4
<b>Association d'indications relatives à l'utilisation d'un TRN</b>		
Intention ou tentatives d'abandon + 10 cigarettes et plus par jour		
Oui	58,6	50,7 à 66,4
Non	41,4	33,6 à 49,3
Intention ou tentatives d'abandon + 10 cigarettes et plus par jour + soutien		
Oui	37,3	29,8 à 44,7
Non	62,7	55,3 à 70,2
Intention ou tentatives d'abandon + soutien		
Oui	55,0	47,3 à 62,7
Non	45,0	37,3 à 52,7

**Source :** Enquête sur le tabagisme en Ontario, Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario, juillet 2005 à décembre 2007 (cohortes 1 à 4 avec données de suivi sur 6 mois).

**Abréviation :** TRN, traitement de remplacement de la nicotine.

<sup>a</sup> Taille de la cellule inférieure à 5 : les estimations ont été supprimées pour préserver la confidentialité.

« idéale » mais laissée pour compte en ce qui concerne le recours à un TRN. En Ontario ont été récemment mises en œuvre de nouvelles initiatives visant à accroître l'accessibilité aux TRN. La surveillance et l'approfondissement de la recherche auront ainsi comme objectif de déterminer l'impact de la portée et des bienfaits des TRN, en tenant compte aussi bien de l'ensemble de la population des fumeurs que de sous-populations ciblées.

## Remerciements

Le soutien à cette étude a été assuré par l'Unité de recherche sur le tabagisme en Ontario, qui reçoit un financement du ministère de la Promotion de la santé et du Sport de l'Ontario, et la Dalla Lana School of Public Health de l'Université de Toronto.

Les auteurs ne présentent aucun conflit d'intérêts. Aucun auteur ne travaille ou n'a travaillé, à quelque titre que ce soit, avec des fabricants ou des vendeurs de produits du tabac ou de produits thérapeutiques de remplacement de la nicotine, ou n'a reçu de rémunération de leur part. L'auteur principal était chercheur pour l'étude Stop Smoking for Ontario Patients, financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et ayant reçu un soutien en nature des fabricants de produits thérapeutiques de remplacement de la nicotine sans aucune restriction d'ordre intellectuel.

**TABLEAU 3**  
**Résultats de plusieurs modèles de régression log-binomiale permettant de prédire l'utilisation d'un TRN, sur une période de suivi de six mois, pour l'ensemble des fumeurs et pour ceux ayant essayé d'arrêter de fumer durant cette période**

Caractéristique	Prédiction de la prévalence sur 6 mois de l'utilisation d'un TRN chez l'ensemble des fumeurs (N = 2 031)		Prédiction de l'utilisation d'un TRN chez ceux qui ont essayé d'arrêter de fumer au cours de la période de suivi de 6 mois (N = 439)	
	RP (IC à 95 %)	valeur p	RP (IC à 95 %)	valeur p
Âge (continu, par tranche de 10 ans)	0,94 (0,84 à 1,05)	0,250	1,01 (0,90 à 1,14)	0,853
Sexe				
Femme (référence)	1,00		1,00	
Homme	0,86 (0,65 à 1,15)	0,319	0,73 (0,53 à 1,02)	0,065
Scolarité				
Études secondaires ou moins (référence)	1,00		1,00	
Études post-secondaires	1,09 (0,80 à 1,47)	0,582	1,27 (0,89 à 1,81)	0,183
Consommation (continue, cigarettes/jour)	1,01 (0,99 à 1,03)	0,226	1,02 (1,00 à 1,04)	0,025

Suite page suivante



TABLEAU 3 (Suite)

Résultats de plusieurs modèles de régression log-binomiale permettant de prédire l'utilisation d'un TRN, sur une période de suivi de six mois, pour l'ensemble des fumeurs et pour ceux ayant essayé d'arrêter de fumer durant cette période

Caractéristique	Prédiction de la prévalence sur 6 mois de l'utilisation d'un TRN chez l'ensemble des fumeurs (N = 2 031)		Prédiction de l'utilisation d'un TRN chez ceux qui ont essayé d'arrêter de fumer au cours de la période de suivi de 6 mois (N = 439)	
	RP (IC à 95 %)	valeur p	RP (IC à 95 %)	valeur p
Temps entre le réveil et la première cigarette, minutes				
≤ 30	0,90 (0,65 à 1,24)	0,516	0,69 (0,47 à 1,00)	0,053
> 30 (référence)	1,00		1,00	
Nombre de tentatives d'abandon antérieures au début de l'étude				
≥ 1	0,69 (0,40 à 1,22)	0,201	0,49 (0,27 à 0,88)	0,017
0 (référence)	1,00		1,00	
Antécédents d'utilisation d'un TRN au début de l'étude				
Oui ≥ 1 fois	3,04 (2,04 à 4,54)	< 0,001	2,68 (1,69 à 4,26)	< 0,001
Non (référence)	1,00		1,00	
Antécédents de soutien comportemental au début de l'étude <sup>a</sup>				
Oui ≥ 1 fois	1,35 (1,02 à 1,79)	0,038	1,40 (1,06 à 1,87)	0,020
Non (référence)	1,00		1,00	
Intention de cesser de fumer en 6 mois, au début de l'étude				
Oui	–	–	0,68 (0,47 à 0,99)	0,042
Non (référence)			1,00	
Tentative sérieuse d'abandon du tabac au cours de la période de suivi de 6 mois				
Oui	6,76 (4,72 à 9,69)	< 0,001	–	–
Non (référence)	1,00			
Recours à un soutien comportemental durant le suivi				
Oui	1,53 (1,11 à 2,11)	0,009	1,15 (0,82 à 1,63)	0,418
Non (référence)	1,00		1,00	
Confiance en sa capacité d'arrêter de fumer				
Très confiant	0,78 (0,44 à 1,39)	0,403	0,90 (0,48 à 1,70)	0,751
Assez confiant	1,14 (0,68 à 1,93)	0,611	1,30 (0,75 à 2,24)	0,345
Pas très confiant	1,16 (0,68 à 1,98)	0,584	1,36 (0,78 à 2,39)	0,278
Pas du tout confiant (référence)	1,00		1,00	
Il est plus facile d'arrêter de fumer avec des médicaments antitabac que par soi-même <sup>a</sup>				
Pas d'accord	0,71 (0,44 à 1,13)	0,150	0,76 (0,43 à 1,33)	0,334
Je ne sais pas	0,62 (0,26 à 1,47)	0,276	0,57 (0,23 à 1,41)	0,221
D'accord (référence)	1,00		1,00	
Le prix des médicaments antitabac rend leur utilisation difficile				
Pas d'accord	1,04 (0,79 à 1,39)	0,768	1,09 (0,80 à 1,50)	0,579
Je ne sais pas	0,27 (0,08 à 0,97)	0,045	0,09 (0,02 à 0,58)	0,011
D'accord (référence)	1,00		1,00	
Il est difficile d'obtenir des médicaments antitabac				
Pas d'accord	1,32 (0,78 à 2,25)	0,296	1,18 (0,66 à 2,13)	0,574
Je ne sais pas	1,98 (0,86 à 4,59)	0,110	2,72 (1,01 à 7,34)	0,048
D'accord (référence)	1,00		1,00	
Le risque d'effets secondaires des médicaments antitabac vous préoccupe				
Pas d'accord	1,13 (0,85 à 1,50)	0,413	1,25 (0,90 à 1,73)	0,181
Je ne sais pas	0,26 (0,06 à 1,14)	0,073	[données exclues] <sup>b</sup>	
D'accord (référence)	1,00		1,00	

Abréviations : IC, intervalle de confiance; RP, ratio de prévalence; TRN, traitement de remplacement de la nicotine.

<sup>a</sup> Comprend les conseils d'un médecin ou d'autres formes de soutien comportemental.

## Références

1. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;1:CD000146. doi: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.(2)
2. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;3:CD000146. doi: 10.1002/14651858.CD000146.pub3
3. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence Update Panel. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med.* 2008;35(2):158-76.
4. Organisation mondiale de la santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé; 2003.
5. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac [Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, Résolution WHA56.1. Point 13 de l'ordre du jour, le 21 mai 2003] Résolution WHA56.1. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Dans: 56<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé, Genève, du 19 au 24 mai 2003 [Internet]. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé; 2008 [consultation le 1<sup>er</sup> juillet 2010]. PDF (123 Ko) téléchargeable à partir du lien : [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA56/fa56r1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/fa56r1.pdf)
6. Organisation mondiale de la Santé. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Directives pour l'application de l'article 5.3: de l'article 8; des articles 9 et 10; de l'article 11; de l'article 12; de l'article 13; de l'article 14 - édition 2011. Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2011.
7. Pierce JP, Gilpin E. Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA.* 2002;288:1260-4.
8. Shiffman S, Gitchell J, Pinney JM, Burton SL, Kemper KE, Lara EA. Public health benefit of over-the-counter nicotine medications. *Tob Control.* 1997;6:306-10.
9. Cummings KM, Hyland A. Impact of nicotine replacement therapy on smoking behavior. *Ann Rev Public Health.* 2005;26:583-99.
10. Hyland A, Rezaishiraz H, Giovino G, Bauer JE, Michael Cummings K. Over-the-counter availability of nicotine replacement therapy and smoking cessation. *Nicotine Tob Res.* 2005;7(4):547-55.
11. Shiffman S, Sweeney CT. Ten years after the Rx-to-OTC switch of nicotine replacement therapy: what have we learned about the benefits and risks of non-prescription availability? *Health Policy.* 2008;86:17-26.
12. Kotz D, Fidler J, West R. Factors associated with the use of aids to cessation in English smokers. *Addiction.* 2009;104(8):1403-10.
13. Vogt F, Hall S, Marteau TM. Understanding why smokers do not want to use nicotine dependence medications to stop smoking: qualitative and quantitative studies. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(8):1405-13.
14. Ismailov RM, Leatherdale ST. Smoking cessation aids and strategies among former smokers in Canada. *Addict Behav.* 2010;35(3):282-5.
15. Penz ED, Manns BJ, Hebert PC, Stanbrook MB. Governments, pay for smoking cessation. *CMAJ.* 2010;182(18):E810.
16. Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée. Données probantes permettant d'orienter les mesures de lutte globale contre le tabagisme en Ontario. Toronto (Ontario) : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé; 2010.
17. Schwartz R, O'Connor S, Minian N, Borland T, Babayan A, Ferrence R, et al. Evidence to inform smoking cessation policymaking in Ontario [Internet]. Toronto (Ont.): Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario; 2009 [consultation le 18 juillet 2012]. PDF (350 Ko) téléchargeable à partir du lien : [http://www.otru.org/pdf/special/special\\_CAP\\_august2010.pdf](http://www.otru.org/pdf/special/special_CAP_august2010.pdf)
18. Jilcott S, Ammerman A, Sommers J, Glasgow R. Applying the RE-AIM framework to assess the public health impact of policy change. *Ann Behav Med.* 2007;34(2):105.
19. Chapman S, MacKenzie R. The global research neglect of unassisted smoking cessation: causes and consequences. *PLoS Med.* 2010;7(2):e1000216.
20. Zawertailo L, Dragonetti R, Bondy SJ, Fictor JC, Selby PL. Reach and effectiveness of mailed nicotine replacement therapy for smokers: six-month outcomes in a naturalistic, exploratory study. *Tob Control.* 2012. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2011-050303
21. Miller N, Frieden TR, Liu SY, Matte TD, Mostashari F, Deitcher DR, et al. Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. *Lancet.* 2005;365(9474):1849-54.
22. Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons and Staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update: a U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med.* 2008;35(2):158-76.
23. Etter JF, Burri M, Stapleton J. The impact of pharmaceutical company funding on results of randomized trials of nicotine replacement therapy for smoking cessation: a meta-analysis. *Addiction.* 2007;102(5):815-22.
24. Etter JF, Stapleton J. Nicotine replacement therapy for long-term smoking cessation: a meta-analysis. *Tob Control.* 2006;15:280-5.
25. Shiffman S, Rolf CN, Hellebusch SJ, Gorsline J, Gorodetzky CW, Chiang Y-K, et al. Real-world efficacy of prescription and over-the-counter nicotine replacement therapy. *Addiction.* 2002;97(5):505-16.
26. Hughes JR, Peters EN, Naud S. Relapse to smoking after 1 year of abstinence: a meta-analysis. *Addict Behav.* 2008;33:1516-20.
27. West R, Zhou X. Is nicotine replacement therapy for smoking cessation effective in the "real world"? Findings from a prospective multinational cohort study. *Thorax.* 2007;62(11):998-1002.
28. Hughes JR, Shiffman S, Callas P, Zhang J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tob Control.* 2003;12:21-7.

29. Cummings KM, Hyland A, Fix B, Bauer U, Celestino P, Carlin-Menter S, et al. Free nicotine patch giveaway program 12-month follow-up of participants. *Am J Prev Med.* 2006;31(2):181-4.
30. Shiffman S, Gorsline J, Gorodetzky CW. Efficacy of over-the-counter nicotine patch. *Nicotine Tob Res.* 2002;4(4):477-83.
31. Hays JT, Croghan IT, Schroeder DR, Offord KP, Hurt RD, Wolter TD, et al. 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(11):1701-7.
32. Davidson M, Epstein M, Burt R, Schaefer C, Whitworth G, McDonald A. Efficacy and safety of an over-the-counter transdermal nicotine patch as an aid for smoking cessation. *Arch Fam Med.* 1998;7(6):569-74.
33. Sonderskov J, Olsen J, Sabroe S, Meillier L, Overvad K. Nicotine patches in smoking cessation: a randomized trial among over-the-counter customers in Denmark. *Am J Epidemiol.* 1997;145(4):309-18.
34. Levy DE, Thorndike AN, Biener L, Rigotti NA. Use of nicotine replacement therapy to reduce or delay smoking but not to quit: prevalence and association with subsequent cessation efforts. *Tob Control.* 2007;16:384-9.
35. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2009;338:b1024.
36. Hammond D, Reid JL, Driezen P, Cummings KM, Borland R, Fong GT, et al. Smokers' use of nicotine replacement therapy for reasons other than stopping smoking: findings from the ITC Four Country Survey. *Addiction.* 2008;103(10):1696-703.
37. Etter JF, Laszlo E, Zellweger JP, Perrot C, Perneger TV. Nicotine replacement to reduce cigarette consumption in smokers who are unwilling to quit: a randomized trial. *J Clin Psychopharmacol.* 2002;22: 487-95.
38. Wang D, Connock M, Barton P, Fry-Smith A, Aveyard P, Moore D. 'Cut down to quit' with nicotine replacement therapies in smoking cessation: a systematic review of effectiveness and economic analysis. *Health Technol Assess.* 2008;12(2):1-135.
39. Walsh RA. Over-the-counter nicotine replacement therapy: a methodological review of the evidence supporting its effectiveness. *Drug Alcohol Rev.* 2008;27:529-47.
40. Temple NJ. Governments, pay for smoking cessation. *CMAJ.* 2010;182(16):1761-2.
41. Diemert L, Victor JC, Bondy SJ. Ontario Tobacco Survey Technical Report 1: Baseline Data [Internet]. Toronto (Ont.): Ontario Tobacco Research Unit; 2010 [mise à jour en avril]. Consultable à partir de la page : [http://www.otru.org/ots\\_doc.html](http://www.otru.org/ots_doc.html)
42. Diemert L, Victor JC, Bondy SJ. Ontario Tobacco Survey Technical Report 2: Six and Twelve Month Data [Internet]. Toronto (Ont.): Ontario Tobacco Research Unit; 2010 [mise à jour en avril]. Consultable à partir de la page : [http://www.otru.org/ots\\_doc.html](http://www.otru.org/ots_doc.html)
43. Bondy SJ, Victor JC, O'Connor S, McDonald PW, Diemert LM, Cohen JE. Predictive validity and measurement issues in documenting quit intentions in population surveillance studies. *Nicotine Tob Res.* 2010;12(1):43-52.
44. Etter JF, Perneger TV. A comparison of two measures of stage of change for smoking cessation. *Addiction.* 1999;94(12):1881-9.
45. Shiffman S, Di Marino ME, Sweeney CT. Characteristics of selectors of nicotine replacement therapy. *Tob Control.* 2005; 14:346-55.
46. Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction.* 1999;94(2):269-81.
47. Okoli CT, Richardson CG, Ratner PA, Johnson JL. Non-smoking youths' "perceived" addiction to tobacco is associated with their susceptibility to future smoking. *Addict Behav.* 2009;34(12):1010-6.
48. Du Plessis V, Beshiri R, Bollman RD, Clemenson H. Définitions de "rural". Série de documents de travail sur l'agriculture et le milieu rural, Document de travail n° 61 [Internet]. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada; 2002 [consultation le 12 décembre 2008]. [Statistique Canada, n° : 21-601-MIF au catalogue n° 061]. Consultable à partir de la page : <http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=21-601-M2002061&lang=fra>
49. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 10 (SE). College Station, TX : StataCorp LP; 2007.
50. Ialomiteanu AR, Adlaf EM. CAMH Monitor Technical Guide 2006. Toronto (ON): Centre for Addiction and Mental Health; 2007.
51. Santé Canada. Guide de l'utilisateur des microdonnées : Enquête de surveillance de l'usage de tabac au Canada (ESUTC) : annuel : février à décembre 2006. Rapport. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2007.
52. Prochaska J, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51:390-5.
53. Reid JL, Hammond D. Tobacco use in Canada: patterns and trends, 2011 ed. Waterloo (ON): Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2011.
54. Solberg LI, Boyle RG, Davidson G, Magnan S, Link Carlson C, Alesci NL. Aids to quitting tobacco use: how important are they outside controlled trials? *Prev Med.* 2001;33(1):53-8.
55. Gilpin EA, Messer K, Pierce JP. Population effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation: what is associated with increased success? *Nicotine Tob Res.* 2006;8(5):661-9.
56. Shiffman S, Brockwell SE, Pillitteri JL, Gitchell JG. Use of smoking-cessation treatments in the United States. *Am J Prev Med.* 2008;34(2):102-11.
57. Centers for Disease Control and Prevention. Quitting smoking among adults—United States, 2001-2010. *MMWR.* 2011; 60:1513-9.

58. Hughes JR, Marcy TW, Naud S. Interest in treatments to stop smoking. *J Subst Abuse Treat.* 2009;36(1):18-24.
59. 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.* 2008;93(1-2):121-31.
60. Selby P, Zawertailo L, Dragonetti R. The STOP Study, Eighth Interim Progress Report to the Ministry of Health Promotion. Toronto (Ont.): Centre for Addiction and Mental Health; 2008.
61. Alberg AJ, Patnaik JL, May JW, Hoffman SC, Gitchelle J, Comstock GW, et al. Nicotine replacement therapy use among a cohort of smokers. *J Addict Dis.* 2005;24(1):101-13.
62. Paul CL, Walsh RA, Girgis A. Nicotine replacement therapy products over the counter: real-life use in the Australian community. *Aust N Z J Public Health.* 2003;27(5):491-5.
63. Al-Delaimy WK, Gilpin EA, Pierce JP. When California smokers use nicotine replacement therapy, most are trying to quit smoking. *Tob Control.* 2005;14(5):359-60.
64. Peters EN, Hughes JR. The day-to-day process of stopping or reducing smoking: a prospective study of self-changers. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(9):1083-92.
65. Department of Health and Ageing. Smoking cessation guidelines for Australian general practice: practice handbook. Canberra (AU): Department of Health and Ageing; 2004.
66. Shiffman S, Hughes JR, Di Marino ME, Sweeney CT. Patterns of over-the-counter nicotine gum use: persistent use and concurrent smoking. *Addiction.* 2003;98(12):1747-53.
67. Shiffman S, Hughes JR, Pillitteri JL, Burton SL. Persistent use of nicotine replacement therapy: an analysis of actual purchase patterns in a population based sample. *Tob Control.* 2003;12(3):310-6.
68. West R, Sohal T. "Catastrophic" pathways to smoking cessation: findings from national survey. *BMJ.* 2006;332(7539):458-60.
69. Walsh RA. The Cochrane review on nicotine replacement therapy: incorrect or uncertain classifications of additional support levels. *Tob Control.* 2007;16(3):215-6; author reply 6.
70. Bansal MA, Cummings KM, Hyland A, Giovino GA. Stop-smoking medications: who uses them, who misuses them, and who is misinformed about them? *Nicotine Tob Res.* 2004;6(Suppl 3):S303-10.
71. Mooney ME, Leventhal AM, Hatsukami DK. Attitudes and knowledge about nicotine and nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res.* 2006;8:435-46.
72. 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.
73. Raw M, McNeill A, West R, Arnott D, Armstrong M. Nicotine Replacement Therapy. Guidance for health professionals on changes in the licensing arrangements for nicotine replacement therapy [Internet]. London (UK): Action on Smoking and Health (ASH); 2005 [consultation le 18 juillet 2012]. PDF (1,16 Mo) téléchargeable à partir du lien : [http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH\\_445.pdf](http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_445.pdf)