



A: Coalition québécoise pour le contrôle du tabac
De: Groupe d'Analyse Économique
Date: Le 26 mars 2001
Re: Impact d'un programme anti-tabagisme sur le coût des soins de santé au Québec

1. PRÉVALENCE DU TABAGISME ET COÛT DES SOINS DE SANTÉ

Le tabagisme conduit à des épisodes de soins importants. Il est la cause presque exclusive du cancer du poumon¹ et constitue un important facteur de risque des maladies cardiaques.² Une baisse de l'incidence du tabagisme peut donc se traduire par des économies de soins de santé substantielles, en plus d'améliorer la qualité de vie des individus qui cessent de fumer. Un sous-ensemble de ces économies de soins de santé peut être calculé à l'aide de régressions multivariées appliquées au cancer du poumon et aux maladies cardiaques.³ L'analyse ne capturera que les coûts directs (hopitaux, médecins, recherche) et non les coûts indirects telles que les pertes de productivité, par exemple. Les résultats formeront ainsi une borne minimale aux économies potentielles.

Les résultats indiquent qu'une baisse de 1% du taux de tabagisme diminue l'incidence des maladies cardiaques de 4,85 cas par 100 000 habitants et celle du cancer du poumon de 0,44 cas par 100 000 habitants. De plus, une baisse de une cigarette de la consommation quotidienne chez les fumeurs réduit l'incidence du cancer du poumon à raison de 3,2 cas par 100 000 habitants.⁴ Ces effets réunis représentent au total environ 357 maladies cardiaques et environ 267 cancers du poumon de moins par année au Québec, soit environ 0,5% des maladies cardiaques et 4,6% des cas de cancer du poumon.⁵ Sur la base d'études qui retracent le coût de ces maladies,⁶ il est donc possible de calculer

¹ Surgeon General. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1989, cite par Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bc/updates/lung_f.html#2>, site visité le 28 février 2001. Voir également Schairer, E. et E. Schoniger, "Lung Cancer and Tobacco Consumption," *International Journal of Epidemiology*, 2001 (30) pp. 24-27.

² Makomaski Illing, E. M. et M. J. Kaiserman, "Mortality Attributable to Tobacco Use in Canada and its region, 1991" *Canadian Journal of Public Health*, July-August 1995, pp. 257-265.

³ Cela exclut par exemple les accidents cérébro-vasculaires.

⁴ La méthodologie nécessaire à l'obtention de ces résultats est disponible dans un document connexe à cette étude. Les résultats sont obtenus à l'aide de deux régressions multivariées.

⁵ Sur la base du nombre de cas en 1997 pour les maladies cardiaques et du nombre de cas en 1998 pour les cancers du poumon.

⁶ Evans, W. K., B. P. Will, J.-M. Berthelot et M. C. Wilson, "The Economics of Cancer Management in Canada," *Lung Cancer* 14, 1996, pp. 19-29 et Santé Canada, *Economic Burden of Illness in Canada, 1993*, <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/burden/table2_e.html>, site visité le 20 février 2001.

les économies en soins de santé qui résulteraient de ces réductions. Ainsi, les diminutions du nombre de cancers et de maladies cardiaques se traduisent en économies d'au moins \$9.5 millions par année (dollars courants de 1999). Des baisses plus substantielles du tabagisme se traduiraient évidemment par des économies plus importantes.

Cette chute est liée uniquement aux maladies cardiaques et au cancer du poumon. Au Canada en 1992, ces deux maladies représentaient ensemble un minimum de 55,1% des décès et 28,9% des journées-hôpital liées au tabac.⁷ Puisque notre estimation est basée uniquement sur l'incidence des maladies cardiaques et du cancer du poumon, les économies globales dues à la baisse des soins de santé liés au tabagisme pourraient être de l'ordre de \$9,5 millions / 28,9% = \$32,9 millions par année. Un tel calcul supposant que le coût unitaire de traitement des autres conditions liées au tabac est similaire à celui déjà élevé des maladies cardiaques et du cancer du poumon, le chiffre de \$32,9 millions apparaît toutefois uniquement en tant que borne maximale. Un estimé plus réaliste est de supposer que le montant des économies puisse se situer entre \$10 millions et \$20 millions.

Ces estimés sont cohérents avec d'autres sources sur le sujet. Bien que les méthodologies puissent varier, il est possible de déduire de plusieurs études des montants de réduction en coût des soins de santé correspondant à une chute de la prévalence du tabagisme de 1%. Le tableau suivant résume les différents estimés et suggère qu'une baisse de \$10 millions à \$20 millions suite à une chute combinée de la prévalence de 1% et de la consommation quotidienne de une cigarette par jour est envisageable.

	Économies en soins de santé réalisées par une diminution de 1% de la prévalence du tabagisme, en contexte québécois.
Groupe d'Analyse Économique ⁸	\$9,5 millions à \$32,9 millions
Les coûts de l'abus de substance au Québec ⁹	Jusqu'à \$22,4 millions
J.E. Harris (Massachusetts), ¹⁰	\$6,3 millions à \$13,9 millions
Ouellette <i>et al.</i> ¹¹	\$7,7 millions à \$24,0 millions
Lightwood et Glantz ¹²	\$6,0 millions (accidents cérébro-vasculaires et infarctus du myocarde)

⁷ Les autres principales maladies liées à l'usage du tabac sont les maladies pulmonaires (Chronic obstructive pulmonary disease) et les accidents cérébro-vasculaires. Celles-ci représentent ensemble 17,4% des décès et 39,7% des journées-hôpital. Il existe des estimés plus récents pour la mortalité mais à notre connaissance pas pour les journées-hôpital. Source: Single et al., *The Cost of Substance Abuse in Canada*, Juin 1996.

⁸ L'estimé plus élevé est dû à la baisse combinée d'une chute de la prévalence et du nombre de cigarettes par fumeur.

⁹ Desjardins, S., *Les coûts de l'abus des substances au Québec*, Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, Décembre 1996.

¹⁰ Harris, J. E., *Draft Status Report on the Massachusetts Tobacco Control Campaign, With a Preliminary Calculation of the Impact of the Campaign on Total Health Care Spending to Massachusetts*, October 11, 1999.

¹¹ Ouellette, P., et al., *Étude d'impact du projet de loi sur le tabac du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec*, Juillet 1997.

¹² Lightwood, J. M. et S. A. Glantz, "Short-term Economic and Health Benefits of Smoking Cessation; Myocardial Infarction and Stroke," *Circulation*, 96(4), 1997.

2. IMPACT ET COÛT DES PROGRAMMES DE RÉDUCTION DU TABAGISME

Plusieurs programmes de réduction du tabagisme ont été mis en vigueur dans les années '80 et '90 et les résultats ont été encourageants. Par exemple, en 1988, la Californie a mis de l'avant un programme qui a contribué à réduire la prévalence du tabagisme de 23% à 17% en 7 ans.¹³ Le budget de ce programme anti-tabac était de \$3,35 US per capita de 1989 à 1993, de \$2,08 US per capita de 1993 à 1996 et de \$2,52 US per capita en 1999. En utilisant ce même montant per capita et un taux de change de 1,5 \$CAN/\$US, ce montant se traduit par un effort d'environ \$27,8 millions pour le Québec en 1999. En 1999, la prévalence du tabagisme était de 30% au Québec, contre 18,7% en Californie, 19,4% au Massachusetts, 23,5% en Ontario et 13,2% en Utah; il y a donc place pour de larges réductions de la consommation au Québec.

3. IMPACT D'UN PROGRAMME DE RÉDUCTION DU TABAGISME SUR LE COÛT DES SOINS DE SANTÉ AU QUÉBEC

Les économies réalisables par un programme de lutte anti-tabagisme d'une durée de dix ans sont estimées selon deux principaux scénarios. Le premier repose sur l'hypothèse que le coût du programme et son impact sont similaires au cas californien, soit un budget de \$27,8 millions et des diminutions annuelles de 1% de la prévalence du tabagisme. Nous supposons également une baisse de une cigarette par jour de la consommation. Les économies en soins de santé associées à cette baisse peuvent prendre les valeurs de \$9,5 millions, \$14,25 millions ou \$19 millions.¹⁴ Un second cas basé sur un budget de \$75 millions conduit à des effets plus prononcés, soit une baisse annuelle de 1,5% de la prévalence et de 1,5 cigarettes par jour de la consommation. Les économies en soins de santé associées à cette baisse peuvent prendre les valeurs de \$9,5 millions, \$14,25 millions ou \$19 millions pour une baisse combinée de 1% de la prévalence et de une cigarette par jour de la consommation.

Le premier scénario est proche du scénario californien, avec un coût per capita identique et des effets similaires sur l'incidence. Après dix ans, pour chaque dollar investi, le programme rapporte de \$1,88 à \$3,77. Le second scénario est plus agressif, avec un coût annuel de \$75 millions et des réductions annuelles de la prévalence de 1,5% et de la consommation de 1,5 cigarette par jour. Bien que le rendement du programme baisse (de \$1,05 à \$2,09 de bénéfices pour chaque dollar investi), il est toujours rentable et rapporte un bénéfice net supérieur à celui du premier programme.

¹³ Tobacco Control Section, California Department of Health Services, *California Tobacco Control Update*, Sacramento, California: August 2000.

¹⁴ Soit 1 fois, 1,5 fois et 2 fois notre estimé de \$9,5 millions.

	Scénario #1	Scénario #2	Scénario #3
Baisse annuelle de la prévalence du tabagisme	1%	1%	1%
Baisse annuelle du nombre de cigarettes par jour	1	1	1
Coût annuel du programme anti-tabagisme (millions de \$)	27,8	27,8	27,8
Économie en soins de santé par point de prévalence et de consommation (millions de \$) ¹⁵	9,5	14,25	19
Bénéfice total du programme (millions de \$)	523,2	784,8	1046,5
Coût total du programme (millions de \$)	277,8	277,8	277,8
Bénéfice net du programme (millions de \$)	245,4	507,0	768,7
Ratio Bénéfice / Coût	1,88	2,83	3,77
Prévalence après dix ans	20,0%	20,0%	20,0%

	Scénario #1	Scénario #2	Scénario #3
Baisse annuelle de la prévalence du tabagisme	1,5%	1,5%	1,5%
Baisse annuelle du nombre de cigarettes par jour	1,5	1,5	1,5
Coût annuel du programme anti-tabagisme (millions de \$)	75	75	75
Économie en soins de santé par point de prévalence et de consommation (millions de \$) ¹⁶	9,5	14,25	19
Bénéfice total du programme (millions de \$)	784,8	1177,3	1569,7
Coût total du programme (millions de \$)	750,0	750,0	750,0
Bénéfice net du programme (millions de \$)	34,8	427,3	819,7
Ratio Bénéfice / Coût	1,05	1,57	2,09
Prévalence après dix ans	15,0%	15,0%	15,0%

¹⁵ Défini comme une réduction combinée de 1% de la prévalence du tabagisme et de une cigarette par jour de la consommation quotidienne de cigarettes chez les fumeurs.

¹⁶ Défini comme une réduction combinée de 1% de la prévalence du tabagisme et de une cigarette par jour de la consommation quotidienne de cigarettes chez les fumeurs.