



# Projet de pratique efficace en santé publique

## Sommaire

Octobre 2006

Le présent sommaire est un condensé du travail effectué par les auteurs d'un examen systématique, et il a pour but de donner un aperçu des conclusions et des répercussions de l'examen complet, dont la référence bibliographique est indiquée ci-dessous. Pour de plus amples renseignements sur chacune des études mentionnées dans cet examen, veuillez consulter ce dernier.

**Référence bibliographique pour l'examen :** Stead, L.F., Lancaster, T. (2005). **Group behaviour therapy programmes for smoking cessation**, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, numéro 2, art. n° : CD001007.pub2, DOI : 10.1002/14651858.CD001007.pub2

### Question

Chaque jour, environ 50 Ontariens meurent des suites du tabagisme (Holowaty et coll., 2002). Au cours des 50 dernières années, en Ontario, presque 500 000 décès ont pu être directement reliés au tabac. Ce dernier est la principale cause de cancer. En Ontario, le quart de tous les décès attribuables au cancer y est dû (Action Cancer Ontario, 2005). Le tabac est aussi une cause majeure de décès dû à d'autres maladies chroniques, y compris diverses maladies cardiovasculaires et du poumon. En 1992, en Ontario, les coûts directs de soins de santé associés au tabagisme s'élevaient à environ 1,1 milliard de dollars; cette estimation représente vraisemblablement une petite partie de l'effet réel qu'a le tabagisme sur l'économie, car elle n'inclut pas les coûts reliés à la perte de productivité et de gains qui découle de la maladie, de l'invalidité et de la mort, coûts qui sont évalués à 2,6 milliards de dollars (Single et coll., 1996).

Les Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires qu'a préparées le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario englobent les interventions sur la consommation de tabac destinées aux jeunes et aux adultes qui fument chaque jour et visant à « réduire la mortalité et la morbidité prématurées qui sont dues aux maladies chroniques évitables » (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 1997). Bien que la thérapie comportementale collective ne soit pas précisément indiquée dans lesdites lignes directrices, il s'agit d'un genre de programme d'abandon du tabac qui pourrait être utilisé afin d'atteindre les objectifs de prévention des maladies chroniques.

### Sommaire du contenu de l'examen

Le présent examen systématique avec méta-analyse a été effectué dans le but de déterminer l'efficacité réelle des interventions comportementales collectives pour ce qui est d'amener les gens à cesser de fumer à long terme. Il a été possible de tirer des preuves de 55 essais sur échantillon aléatoire et contrôlé (EEAC) : 28 où l'on comparait la thérapie collective à l'absence d'intervention ou à un autre traitement, et 27 où l'on comparait différents programmes collectifs. La thérapie collective s'est avérée plus efficace que l'initiative personnelle ou l'absence

d'intervention, mais n'a pas permis d'arriver à un meilleur résultat que la consultation individuelle. Les comparaisons entre les différentes approches à la thérapie collective ne portaient pas sur des éléments précis qui ont été plus efficaces que d'autres.

### Remarques sur la méthode employée pour le présent examen

Les études ont été découvertes dans un registre d'essais réuni à partir de recherches effectuées dans des bases de données sur la santé et les sciences sociales et des revues pertinentes. Les listes de références bibliographiques provenant de lignes directrices sur la pratique clinique ont aussi été examinées. Les critères d'admissibilité étaient bien décrits. Seuls les essais sur échantillon aléatoire avec suivi d'au moins six mois ont été inclus. On s'est servi de la méthode de randomisation comme principal indicateur de qualité des études. Autant que possible, on a recouru à la confirmation biochimique d'abstinence comme variable de résultat. Lorsque ces données n'existaient pas, c'est la méthode la plus conservatrice pour déterminer l'état par rapport au tabagisme qui était adoptée, et tous les participants perdus pendant le suivi étaient comptabilisés comme des fumeurs actifs. Pour regrouper les résultats des études, on a utilisé des modèles à effets fixes. Aux fins de la méta-analyse, les études ont été groupées selon le genre de groupe témoin. Il n'y avait aucune hétérogénéité statistiquement importante parmi ces groupes d'études. L'analyse de sensibilité fondée sur l'évaluation de la qualité des études n'a pu être effectuée en raison du nombre limité d'essais inclus dans chaque comparaison entre les groupes ayant fait l'objet d'interventions et les groupes témoins.

Les comptes rendus d'essai ne fournissaient pas assez de renseignements pour déterminer si la répartition des traitements avait été dissimulée avant la randomisation. La répartition par grappes (et non individuelle) des participants et la nature de la thérapie collective peuvent avoir réduit la variance à l'intérieur des groupes traités et donné une estimation globalement étroite des intervalles de confiance concernant l'ampleur des effets.

### Preuves et répercussions sur la pratique et les politiques

*Les preuves NE SONT PAS pondérées ou classées selon leur force.*

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
> Les programmes collectifs se sont avérés plus efficaces que l'absence d'intervention (sept EEAC, N = 815, rapport de cotes [RC] : 2,17, intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,37 à 3,45). Les participants aux interventions ont abandonné le tabac dans une proportion de 17 %, comparativement à 8 % pour ceux qui ont été assignés à des groupes témoins.	> Encourager les fumeurs à se joindre à un groupe améliorera la probabilité qu'ils abandonnent le tabac.
> Seize EEAC visaient à comparer un programme collectif avec un programme d'initiative personnelle. Le recours à un tel programme a fait augmenter les taux d'abandon, contrairement à l'initiative	> En déterminant les interventions à promouvoir, le secteur de la santé publique devrait songer au fait qu'il est fortement prouvé que les groupes permettent mieux d'aider les gens à

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
personnelle (N = 4395, rapport de cotes [RC] : 2,04, intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,60 à 2,60). Les participants aux interventions ont abandonné le tabac dans une proportion de 10 %, comparativement à 6 % pour ceux qui ont été assignés à des groupes témoins.	cesser de fumer que l'initiative personnelle et les autres interventions moins intensives.
> Sept EACC avaient pour but de comparer un programme collectif avec les conseils d'un médecin ou d'une infirmière. Étant donné l'hétérogénéité significative qui existe entre les études, les données n'ont pas été regroupées. La plupart des essais n'ont pas permis de déceler d'écart entre ces deux approches.	> Il se peut que les programmes collectifs ne permettent pas d'arriver à de meilleurs résultats que les conseils d'un fournisseur de soins de santé.
> Rien n'a prouvé que la thérapie collective s'est avérée plus efficace que la consultation individuelle à un degré semblable d'intensité (cinq EACC, N = 1409, RC : 0,86, IC à 95 % : 0,66 à 1,12).	> Les fournisseurs doivent se pencher sur la rentabilité de la thérapie collective par rapport aux autres types d'intervention, étant donné la probabilité relative de réussite et d'application.
> Rien n'a prouvé que l'ajout de la thérapie collective à d'autres formes de traitement (comme le remplacement de la nicotine) a donné de meilleurs taux de réussite (deux EACC, N = 454, RC : 1,05, IC à 95 % : 0,69 à 1,60).	> Il se peut que les programmes collectifs n'augmentent pas l'efficacité réelle de la thérapie par remplacement de la nicotine.
<p><b>Répercussions générales :</b> l'efficacité globale des programmes à composantes multiples, qui comprennent des éléments de résolution de problème et de soutien social, est établie. Démontrer l'efficacité réelle de composantes ou de procédures précises exige des échantillons plus grands, ce qui peut s'avérer ardu étant donné qu'il est difficile d'encourager les fumeurs à participer à des programmes intensifs d'abandon. Il se pourrait qu'il soit possible d'établir des sous-groupes de fumeurs qui reçoivent l'aide de composantes précises, et ainsi, de mettre au point des interventions plus ciblées.</p>	

**Renseignements sur le rapport coût-avantage ou coût-efficacité :** non inclus dans l'examen.

**Références bibliographiques utilisées pour donner un aperçu de la question :**

Action Cancer Ontario (2005). Submission to the Standing Committee on Finance and Economic Development: In Support of Bill 164, An Act to Rename the Tobacco Control

Act, 1994, repeal the Smoking in the Workplace Act, and make complementary amendments to other Acts

Holowaty E., Chin Cheong S., Di Cori S., Garcia J., Luk R., Lyons C. et Thériault M.E. (2002). Tobacco or Health in Ontario, Toronto ON : Surveillance du cancer et Prévention du cancer, Division de l'oncologie préventive, Action Cancer Ontario et l'Unité de recherche sur le tabac de l'Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Lignes directrices touchant les programmes et services de santé obligatoires, récupéré le 19 octobre 2006 à l'adresse : <http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/pubhealth/manprog/mhp.pdf>

Single E., Robison L., Xie X. et coll. (1996). The costs of substance abuse in Canada: A cost estimation study, Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

### Sommaires connexes du PPESP :

Le Projet de pratique efficace en santé publique est à produire ou a terminé le sommaire des examens systématiques qui suivent sur l'abandon du tabac :

Hey, K. et Perera, R. (2005). Competitions and incentives for smoking cessation, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005* (2), art. n° : CD004307.pub2, DOI : 10.1002/14651858.CD004307.pub2

Lancaster, T. et Stead, L.F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005* (2), art. n° : CD001292.pub2, DOI : 10.1002/14651858.CD001292.pub2

Lancaster, T. et Stead, L.F. (2004). Physician advice for smoking cessation, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004* (4), art. n° : CD000165.pub2, DOI : 10.1002/14651858.CD000165.pub2

Lancaster, T., Stead, L., Silagy, C. et Sowden, A. (2000). Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library, *British Medical Journal*, 321(7257), 355-358

Moher, M., Hey, K. et Lancaster, T. (2005). Workplace interventions for smoking cessation, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005* (2), art. n° : CD003440.pub2, DOI : 10.1002/14651858.CD003440.pub2

Murphy-Hoefer, R., Griffith, R., Pederson, L.L., Crossett, L., Lyer, S.R. et Hiller, M.D. (2005). A review of interventions to reduce tobacco use in colleges and universities, *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 188-200

Park, E.W., Schultz, J.K., Tudiver, F., Campbell, T. et Becker L. (2005) Enhancing partner support to improve smoking cessation, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004* (3), art. n° : CD002928.pub2, DOI : 10.1002/14651858.CD002928.pub2

Usher, M.H., Taylor, A.H., West, R. et McEwen, A. (2000). Does exercise aid in smoking cessation? A systematic review, *Addiction*, 95 (2) : 199-208

**Auteure du sommaire :** Lisa Ashley, inf. aut., B. Sc. Inf., M. Éd., infirmière clinicienne spécialisée, Santé publique Ottawa, Ottawa (Ontario)

**Coordonnées du Projet de pratique efficace en santé publique (PPESP) :**

Hamilton Public Health Services  
Epidemiology and Evaluation  
Projet de pratique efficace en santé publique  
2, rue King Ouest, 3<sup>e</sup> étage  
Dundas (Ontario) L9H 6Z1

Téléphone : 905-546-2424, poste 1578  
Télécopieur : 905-628-6465  
Courriel : [ephpp@hamilton.ca](mailto:ephpp@hamilton.ca)  
Site Web : <http://www.hamilton.ca/ephpp>

Le format du présent sommaire a été adapté d'après health-evidence.ca ([www.health-evidence.ca](http://www.health-evidence.ca)).