



# 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 :** Lancaster, T., Stead, L.F. (2004). **Physician advice for smoking cessation**, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004*, numéro 4, art. n° : CD000165.pub2, DOI : 10.1002/14651858.CD000165.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). Ces lignes directrices définissent le type d'intervention qui fait l'objet du présent examen suivant les exigences et les normes concernant les organismes de santé publique travaillant avec les professionnels de la santé afin de fournir des renseignements sur les avantages de cesser de fumer et les moyens d'y arriver et de sensibiliser les gens à ce sujet.

### 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 conseils de médecins pour ce qui est d'amener les gens à cesser de fumer à long terme, comparativement à l'absence de conseils ou aux soins habituels. Des preuves ont pu être obtenues de 39 essais sur échantillon aléatoire ou quasi aléatoire en tout. Dix-sept études visaient à comparer un groupe ayant fait l'objet d'interventions et qui s'est vu prodiguer des conseils minimums avec un groupe témoin n'ayant pas régulièrement reçu de conseils, et

huit étaient destinées à comparer les conseils intensifs aux soins habituels. Les autres études avaient pour but de comparer différents types de conseils. Les définitions de conseil variaient d'une étude à l'autre et englobaient des feuillets, des messages verbaux sur l'abandon du tabac, des consultations d'ordre comportemental, des contrats stipulant que le patient cesserait de fumer, le fait d'offrir une motivation et des démonstrations de fonction pulmonaire. Les conseils brefs, avec ou sans courts documents imprimés, étaient plus efficaces que l'absence d'intervention. Les interventions plus intensives se sont avérées plus efficaces que l'absence d'intervention et nettement plus que les interventions minimales.

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

Les études ont été découvertes dans un registre d'essais réuni à partir d'interrogations de bases de données sur la santé et les sciences sociales, de revues pertinentes, d'actes de congrès et de listes de références bibliographiques. Les critères d'admissibilité étaient bien décrits. Les essais sur échantillon aléatoire ou quasi aléatoire avec suivi d'au moins six mois ont été inclus. On s'est servi de la méthode de répartition 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 traitement et d'interventions de contrôle. Il n'y avait aucune hétérogénéité statistiquement importante parmi ces groupes d'études. L'analyse de sensibilité a servi à évaluer l'impact de la randomisation en grappes sur les résultats regroupés.

Dix-sept comptes rendus d'essai ne fournissaient pas assez de renseignements pour déterminer si la répartition des traitements avait été dissimulée avant la randomisation. Aucun essai ne reposait sur un processus de randomisation centralisé. Quatorze essais étaient ouverts à la partialité, car les participants étaient répartis par jour de présence ou date de naissance.

### 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 :
<p>&gt; Les données regroupées de 17 essais où l'on comparait les conseils brefs à l'absence de conseils (ou de soins habituels) ont révélé une augmentation faible, mais significative des cotes d'abandon enregistrées avec les conseils brefs (rapport de cotes [RC] : 1,74; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,48 à 2,05; N = 13 999). Les participants visés par des interventions cessent du fumer dans une proportion de 6 %, comparativement à 4 % pour les personnes témoins.</p>	<p>&gt; Le secteur de la santé publique devrait fournir plus de médecins, dans tous les cadres, et les doter d'outils pour mieux conseiller leurs clients afin qu'ils cessent de fumer.</p> <p>&gt; Les stratégies de santé publique où l'on encouragerait les médecins à détecter systématiquement leurs patients fumeurs et à leur offrir régulièrement des conseils seraient bénéfiques.</p> <p>&gt; Les efforts du secteur de la santé publique visant à augmenter la sensibilisation devraient surtout consister à s'assurer que</p>

Quelles sont les preuves?	Répercussions sur la pratique et les politiques :
	tous les médecins sont conscients que les conseils brefs permettent réellement de promouvoir l'abandon du tabac.
<p>&gt; Les données regroupées de 15 essais où l'on comparait directement les conseils intensifs (p. ex., la consultation avec ou sans suivi) aux conseils minimums ont révélé que les premiers sont peu avantageux (RC : 1,44; IC à 95 % : 1,24 à 1,67; N = 9 775). Les participants visés par des interventions cessent du fumer dans une proportion de 11 %, comparativement à 8 % pour les personnes témoins. Dans l'ensemble, il y avait une hétérogénéité significative entre ces études et dans le sous-ensemble de cinq études sur les populations à haut risque.</p> <p>&gt; Les données regroupées de cinq essais où la comparaison était directe portaient à croire que les visites de suivi offrent peu d'avantages (RC : 1,61; IC à 95 % : 1,10 à 2,37; N = 1 254). Les participants visés par des interventions cessent du fumer dans une proportion de 11 %, comparativement à 9 % pour les personnes témoins.</p>	<p>&gt; Autant que possible, les médecins devraient prévoir une visite de suivi après avoir conseillé de cesser de fumer.</p> <p>&gt; La consultation et les autres stratégies de modification du comportement pourraient aussi s'avérer appropriées dans le cas de certains patients.</p>
<p>&gt; Seuls les essais où la comparaison était indirecte ont pu fournir des preuves sur les effets de divers aides utilisés au moment de la consultation en plus des conseils verbaux.</p>	<p>&gt; Les preuves sont insuffisantes pour permettre de déterminer si les aides augmentent les effets des conseils sur l'abandon du tabac.</p>
<p>&gt; Seule une étude a déterminé l'effet qu'ont sur la mortalité les conseils se rapportant au tabagisme. Elle n'a révélé aucun écart statistiquement important dans les taux de décès lorsque le suivi durait 20 ans (RC : 0,89; IC à 95 % : 0,72 à 1,10; N = 1 445).</p>	<p>&gt; Il faut des données de surveillance pour démontrer l'effet de la consultation sur la morbidité et la mortalité.</p>
<p><b>Répercussions générales :</b> d'autres études sur les interventions des médecins pendant les soins cliniques réguliers sont peu susceptibles d'apporter de nouvelles données sur le rôle des conseils. Les chercheurs devraient maintenant se concentrer sur l'élaboration de stratégies pour augmenter la fréquence à laquelle les fumeurs sont détectés et se voient donner des conseils.</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 (1997). 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). Les coûts de l'abus de substances au Canada : une étude sur l'estimation des coûts, 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., 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

Stead, L.F. et Lancaster, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation, *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 (2)*, art. n° : CD001007.pub2, DOI : 10.1002/14651858.CD001007.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

**Auteurs 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)).