

L'utilité des interventions comportementales dans le sevrage tabagique : une méta-analyse en réseau par composantes

Référence

Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordonez-Mena JM, et al. Behavioral interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2021, Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD013229.pub2

Analyse de

Hedwig Boudrez, klinisch psycholoog-tabakoloog, UZGent; Tom Poelman, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, UGent
Aucun conflit d'intérêt à déclarer avec le sujet

Question clinique

Après six mois, quel est l'effet des interventions comportementales sur le sevrage tabagique chez les fumeurs qui veulent essayer d'arrêter de fumer, quelles composantes et quels facteurs déterminent le succès de ces interventions ?

Contexte

Minerva a déjà discuté de l'utilité des interventions comportementales pour l'arrêt de la consommation de tabac dans le contexte du sevrage tabagique préopératoire et comme approche non médicamenteuse chez les patients atteints de BPCO. Une synthèse méthodique Cochrane de 2014 a montré que les interventions comportementales de sevrage tabagique intensives complétées par des substituts nicotiques favorisaient le sevrage tabagique à court terme et réduisaient les complications postopératoires (1,2). Une étude randomisée contrôlée de 2013 menée chez des patients chinois atteints de BPCO a montré l'importance des interventions comportementales par une équipe composée d'un médecin généraliste, d'un(e) assistant(e) et d'un(e) infirmier/ère pour le succès du sevrage tabagique sans soutien médicamenteux complémentaire (3,4). Depuis, plusieurs synthèses méthodiques Cochrane ont montré l'effet de différentes interventions comportementales. Par exemple, les séances individuelles (5) et les séances de groupe (6) se sont avérées efficaces. Cependant, aucune comparaison directe entre les différentes modalités de mise en œuvre n'a encore été menée de manière approfondie, ni une recherche d'autres composantes pouvant déterminer l'efficacité des interventions comportementales.

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique des synthèses méthodiques et méta-analyses en réseau par composantes

Sources consultées

- recherche de toutes les revues Cochrane comportant « smoking » ou « tobacco » dans le titre, le résumé ou la liste de mots-clés dans la base de données Cochrane des synthèses méthodiques ; jusqu'au 28 juillet 2020
- pour la méta-analyse en réseau, les listes d'inclusion et d'exclusion des revues Cochrane sélectionnées ont été utilisées pour identifier les études randomisées contrôlées individuelles.

Études sélectionnées

- inclusion des revues Cochrane d'études randomisées contrôlées examinant l'effet sur le sevrage tabagique d'une thérapie comportementale appliquée individuellement ou en groupe ; exclusion des revues Cochrane avec certaines populations telles que les fumeurs ayant des problèmes de santé mentale

- finalement, 33 synthèses méthodiques ont été incluses et peuvent être réparties en quatre catégories en fonction de la question de recherche : type d'intervention (N = 16), prestataire de l'intervention (N = 4), base théorique (N = 2), autre élément examiné (N = 10)
- la méta-analyse en réseau a inclus des études randomisées contrôlées menées chez des fumeurs âgés de plus de 18 ans, non sélectionnés sur la base d'une situation ou d'une maladie préexistante (telle qu'une grossesse ou une insuffisance cardiaque), qui ont suivi une thérapie comportementale pour arrêter de fumer, de leur propre initiative ou après orientation par un prestataire de soins de santé, par comparaison avec une autre forme de thérapie comportementale, avec l'absence de thérapie comportementale ou avec une liste d'attente de thérapie comportementale
- exclusion des interventions qui ne sont plus proposées actuellement (telles que le tabagisme aversif), des interventions visant plusieurs changements de comportement (telles que l'alimentation outre le sevrage tabagique), des interventions visant à réduire le tabagisme ; les études évaluant l'effet de la pharmacothérapie ont également été exclues
- finalement 312 études randomisées contrôlées ont été incluses pour la méta-analyse en réseau.

Population étudiée

- sur près de 600000 participants aux synthèses méthodiques, 250563 ont été inclus dans la méta-analyse en réseau, principalement des fumeurs des États-Unis et d'Europe occidentale, avec un âge médian de 42 ans (intervalle de 18 à 63 ans), une médiane de 54% de femmes (intervalle 0% à 100%) et une consommation médiane de 20 cigarettes par jour (fourchette de 3,5 à 37).

Mesure des résultats

- arrêt du tabagisme confirmé biochimiquement après au moins six mois
- survenue d'effets indésirables.

Résultats

- résultats des synthèses méthodiques :
 - solides données probantes concernant l'effet du service de conseil individuel par comparaison avec la prise en charge classique, avec un avis bref et avec le matériel d'auto-assistance (RR de 1,57 avec IC à 95% de 1,40 à 1,77) et concernant l'effet du service de conseil plus intensif par comparaison avec un service de conseil moins intensif (RR de 1,29 avec IC à 95% de 1,09 à 1,53) (1 synthèse méthodique de 27 études)
 - solides données probantes concernant l'effet d'incitations financières garanties par comparaison avec l'absence d'incitations financières (RR de 1,29 avec IC à 95% de 1,09 à 1,53) (1 synthèse méthodique de 30 études)
 - données probantes modérées à faibles ou absence de données probantes concernant les résultats des autres synthèses méthodiques
- résultats des composantes de la méta-analyse en réseau :
 - solides données probantes concernant les interventions visant les composantes comportementales, comme le service de conseil et les incitations financières garanties (OR de 1,44 avec intervalle de crédibilité (ICr) à 95% de 1,22 à 1,70 (N = 194 études randomisées contrôlées) et de 1,46 avec ICr à 95% de 1,15 à 1,85 (N = 19 études randomisées contrôlées))
 - données probantes modérées concernant les composantes motivationnelles « accent mis sur la manière d'arrêter de fumer » (OR de 1,19 avec ICr à 95% de 1,01 à 1,41 (N = 226 études randomisées contrôlées)) et « inclusion de contenu ayant un lien avec la motivation » (OR de 1,08 avec ICr à 95% de 0,96 à 1,22 (N = 231 études randomisées contrôlées)), concernant la composante comportementale « adaptation du soutien comportemental aux caractéristiques individuelles » (OR de 1,11 avec ICr à 95% de 0,98 à 1,26 (N = 228 études randomisées contrôlées)) et concernant la

composante pratique « envoi de textos » (OR de 1,45 avec ICr à 95% de 1,17 à 1,80 (N = 22 études randomisées contrôlées))

- faibles à très faibles données probantes pour les autres composantes
- d'après les données disponibles, le soutien comportemental ne semble pas être associé à des effets indésirables, et l'efficacité des composantes n'est pas influencée par les caractéristiques de la population
- une augmentation de l'intensité des interventions (contacts plus nombreux et de longue durée, programmes plus longs) a entraîné une augmentation limitée de l'efficacité des différentes composantes
- l'effet du soutien comportemental était moins prononcé en cas de pharmacothérapie concomitante.

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que les interventions comportementales peuvent augmenter les taux d'arrêt du tabagisme après six mois (ou plus), sans preuve d'une augmentation des effets indésirables. Cela vaut indépendamment de la prise éventuelle de médicaments, bien que l'effet soit légèrement plus prononcé en l'absence de pharmacothérapie. Les données probantes sont les plus solides pour les services de conseil et pour les incitations financières (garanties). Il y a peut-être aussi un avantage avec la personnalisation, avec l'envoi de textos et de messages audio et/ou d'e-mails, avec la prestation des soins par un profane et avec des éléments de motivation comme contenu de l'intervention mettant l'accent sur la manière d'arrêter de fumer. Rien ne permet d'attribuer un meilleur rapport coût-efficacité à une intervention plutôt qu'à une autre. Les études ultérieures devraient tenir pleinement compte du biais de publication. Des outils précis sont nécessaires pour étudier le biais de publication et pour évaluer la certitude dans les méta-analyses en réseau par composantes.

Discussion

Considérations sur la méthodologie

Deux auteurs indépendants ont sélectionné les synthèses méthodiques utiles dans la base de données Cochrane des synthèses méthodiques. Une équipe plus large a approuvé la liste finale, puis deux auteurs indépendants y ont sélectionné les études randomisées contrôlées utiles pour une méta-analyse en réseau par composantes. Les divergences ont été discutées avec un troisième auteur. Au moyen de comparaisons indirectes des études randomisées contrôlées, les chercheurs ont tenté de savoir quelles composantes pouvaient déterminer le succès d'un ensemble hétérogène de thérapies comportementales. Pour qu'une méta-analyse en réseau par composantes soit possible, les études devaient être non seulement comparables (7) mais aussi « randomisables conjointement » (*jointly randomisable*). Cela signifie que chaque fumeur inclus dans la méta-analyse peut être affecté à une intervention avec la même probabilité. On a donc exclu les études menées sur des populations déterminées (par exemple, les interventions comportementales en tant que prévention secondaire de l'infarctus du myocarde) et les études menées dans des contextes particuliers (interventions comportementales sur le lieu de travail). L'extraction des données a été effectuée par deux investigateurs indépendants, de même que l'évaluation de la qualité méthodologique. La qualité des 33 revues incluses a été évaluée au moyen de l'**instrument AMSTAR 2**. Pour 15 revues, la qualité a été jugée faible, et pour 5 revues, elle a été jugée extrêmement faible en raison d'au moins une faiblesse méthodologique importante. Par exemple, le protocole d'étude n'était pas toujours transparent, la recherche dans la littérature n'était pas toujours complète, et l'impact du biais de publication sur les résultats n'était pas toujours examiné ou mentionné. Pour les synthèses méthodiques qui ont suivi les directives du groupe Cochrane sur le tabagisme (*Cochrane Tobacco Addiction Group*) pour la détection des biais, on a adopté l'évaluation du risque de biais dans les études randomisées contrôlées individuelles. Lorsque ce n'était pas le cas, deux auteurs, indépendamment l'un de l'autre, ont évalué le risque de biais des études incluses. Le risque de biais a été évalué comme étant respectivement « faible » (faible risque pour tous les domaines), « élevé » (risque élevé pour au moins un domaine) et « indéterminé » pour 50, 125 et 137 études sur 312. Pour plus de 50% des études, cela a entraîné un risque indéterminé de **biais de sélection** en raison d'une notification insuffisante du

processus de randomisation et/ou du **secret d'attribution**. Pour 72 études, il y avait un risque élevé de **biais de détection** en raison des différences de soutien entre les bras de l'étude et suite à l'utilisation de mesures de résultats subjectives. Les participants sans données de suivi ont été considérés comme non abstinentes dans toutes les synthèses méthodiques. Cependant, le risque de **biais de migration** était élevé dans 36 études en raison d'un taux élevé d'abandons ou d'une différence significative entre les bras de l'étude quant au taux d'abandons. Une analyse de sensibilité d'où avaient été exclues les études qui présentaient un important risque de biais n'a pas montré de modification des résultats qui soit cliniquement pertinente.

Interprétation des résultats

Les résultats des méta-analyses des différentes synthèses méthodiques Cochrane et de la méta-analyse en réseau par composantes montrent un effet globalement favorable des interventions comportementales sur l'abstinence après six mois (ou plus). Pour deux composantes, il y avait des preuves cohérentes et solides d'un effet bénéfique : l'offre de services de conseil et une compensation financière garantie (en cas d'abstinence réussie). Cependant, contrairement aux services de conseil, la mise en œuvre d'incitants financiers dans un cadre clinique n'est pas simple. Pour quatre autres composantes, il y avait des preuves modérées de leur bénéfice : « accent mis sur la manière d'arrêter de fumer », « inclusion de contenu ayant un lien avec la motivation », « adaptation du soutien comportemental aux caractéristiques individuelles » et « envoi de textos ». Les auteurs soulignent que ces composantes ne sont pas isolées. Une intervention se compose donc de divers éléments qui peuvent avoir un effet additif. Cependant, on ignore encore si l'effet absolu d'une intervention peut se calculer en additionnant les effets des composantes individuelles. En effet, on ne tient pas compte des intervalles de crédibilité des différentes composantes, ni des éventuelles interactions mutuelles. Dans une analyse par méta-régression, l'effet de ces composantes ne dépendait pas des caractéristiques des patients (telles que l'âge, le sexe, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour...), mais ce résultat doit être interprété de façon critique en raison de la sous-déclaration dans de nombreuses études. Les chercheurs préconisent donc des méta-analyses avec des données individuelles des patients pour déterminer si les résultats s'appliquent également, par exemple, aux groupes sociaux de faible statut socio-économique ou aux patients présentant une comorbidité psychiatrique. Une autre analyse par méta-régression suggère également que l'effet des composantes diminue légèrement lorsque les patients reçoivent simultanément des médicaments en rapport avec l'arrêt du tabac. Cette dilution de l'effet ne surprend pas d'emblée, compte tenu de l'intérêt de divers traitements médicamenteux (8), éventuellement complétés par des interventions comportementales (9,10). De plus, on a constaté qu'une augmentation de l'intensité du soutien (plus de contacts, des contacts plus longs, des programmes plus longs) n'augmente que légèrement les chances d'arrêter de fumer. Cela aussi a déjà été montré dans une synthèse méthodique Cochrane (9). Aucune donnée suggérant que la thérapie comportementale était associée à des effets nocifs n'a pu être trouvée dans les synthèses méthodiques. On ne sait pas encore si cela s'applique également à des populations spécifiques. Enfin, soulignons également que certains traitements (comme l'hypnothérapie) n'ont été évalués que dans un nombre limité d'études randomisées contrôlées. De futures études sont nécessaires avec une description précise de la population étudiée, du groupe d'intervention et du groupe témoin, ainsi qu'avec une randomisation adéquate et le secret de l'attribution, une validation biochimique de l'arrêt du tabagisme sur le long terme.

Que disent les guides de pratique clinique actuels ?

Le guide de Domus Medica préconise une approche thérapeutique (cognitive) comportementale (aide à la résolution de problèmes et au développement de mécanismes d'adaptation) en association avec un traitement médicamenteux chez les fumeurs prêts à arrêter de fumer (11). Pour les fumeurs motivés à arrêter de fumer, une intervention comportementale individuelle, de préférence en plusieurs séances, est préférable à un bref conseil pour le sevrage. L'intervention semble plus efficace si elle est plus intensive, si elle dure plus longtemps et si elle comporte un plus grand nombre de contacts (12). Un programme de thérapie de groupe peut remplacer une intervention comportementale individuelle (12).

Conclusion de Minerva

Cette vaste synthèse méthodique de 33 synthèses méthodiques Cochrane, dont 5 montrent au moins une faiblesse méthodologique, et complétée par une méta-analyse en réseau de 312 études randomisées contrôlées avec un risque de biais généralement élevé ou incertain, montre un gain global des interventions comportementales sur l'arrêt du tabagisme chez les fumeurs de la population générale. Il existe de solides preuves de l'effet des composantes de conseil et d'incitation financière qui font souvent partie de ces interventions comportementales. Étant donné que les preuves de l'effet des autres composantes sur le sevrage tabagique sont modérées à faibles et qu'il existe encore une incertitude quant aux interactions possibles entre les diverses composantes, on ne connaît pas encore l'effet additif réel des diverses composantes sur le sevrage tabagique. L'intensité des interventions comportementales et l'utilisation concomitante de produits pharmaceutiques semblent exercer une influence limitée sur le taux d'abstinence. Il n'existe aucun argument montrant que l'utilisation d'un soutien comportemental pourrait avoir des effets indésirables.

Références

1. Boudrez H. Quelle est l'efficacité des interventions pour le sevrage tabagique avant une opération ? Minerva bref 15/12/2014.
2. Thomsen T, Villebro N, Moller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2014, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.pub4
3. Chevalier P. Succès d'une intervention comportementale pour l'arrêt du tabac chez des patients avec BPCO. Minerva bref 15/11/2014.
4. Lou P, Zhu Y, Chen P, et al. Supporting smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease with behavioral intervention: a randomized controlled trial. BMC Fam Pract 2013;14:91. DOI: 10.1186/1471-2296-14-91
5. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2017, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub3
6. Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2017, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.pub3
7. Chevalier P. Méta-analyse en réseau : comparaisons directes et indirectes. MinervaF 2009;8(10):148.
8. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 5. DOI: 10.1002/14651858.CD009329.pub2
9. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2016, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD008286.pub3
10. Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, et al. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019, Issue 6. DOI: 10.1002/14651858.CD009670.pub4
11. Gailly J. Arrêter de fumer. Recommandation de Bonne Pratique SSMG 2005.
12. Chavannas N, Drenthen T, Wind L, et al. Stoppen met roken. NHG-behandelrichtlijn. Oktober 2017.