

Revue rapide de la littérature: Évaluation économique des programmes de lutte contre le tabagisme dans un contexte oncologique

Rapport demandé par le Partenariat canadien contre le cancer

**Présenté par: Centre for Excellence in Economic Analysis
Research (CLEAR)
The HUB Health Research Solutions
Li Ka Shing Knowledge Institute
Hôpital St. Michael**

28 avril 2015

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles du le Partenariat canadien contre le cancer.

La production de cette rapport fut rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	4
INTRODUCTION	5
Raison.....	5
Objectif.....	6
MÉTHODES.....	6
Protocole et inscription	6
Critères d'admissibilité	6
Sources de renseignements et stratégie de recherche	7
Sélection des études	7
Processus de collecte de données.....	8
Données élémentaires	8
Évaluation de la qualité	8
Synthèse des études incluses	8
RÉSULTATS	9
Slatore et coll. (2009) ²⁸	9
Qualité des données probantes	10
DISCUSSION.....	10
Résumé des données probantes.....	10
Limitations.....	11
Conclusions	11
REMERCIEMENTS	13
FINANCEMENT	13
RÉFÉRENCES	14
FIGURE 1 ORGANIGRAMME DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	17

LISTE DES ACRONYMES	18
ANNEXE 1 : INTERVENTIONS POTENTIELLES.....	19
ANNEXE 2 : STRATÉGIES DE RECHERCHE.....	20
Stratégie de recherche pour MEDLINE.....	20
Stratégie de recherche pour les revues EBM : NHS.....	23
Stratégie de recherche pour les revues EBM : Base de données Cochrane	26
ANNEXE 3 : DOCUMENTS UTILISÉS POUR LA PRÉSÉLECTION	29
Niveau 1 de la présélection des titres et des résumés.....	29
Niveau 2 de la présélection des articles en texte intégral	30
ANNEXE 4 : LISTE DE VÉRIFICATION DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ ²⁷	31
ANNEXE 5 : TABLEAUX D'EXTRACTION DES DONNÉES	32
Caractéristiques de l'étude.....	32
Caractéristiques des participants.....	33
Évaluation économique.....	34
ANNEXE 6 : Tableau d'évaluation de la qualité.....	35
ANNEXE 7 : ÉTUDE ADDITIONNELLE	36

RÉSUMÉ

Contexte : Nous savons tous que le tabagisme représente un danger pour la santé et qu'il entraîne une hausse du risque de développer plus d'une douzaine de cancers et de nombreuses maladies chroniques. Des études ont révélé que la cessation du tabagisme améliore les résultats sur la santé ainsi que les taux de survie; toutefois, les programmes de lutte contre le tabagisme se font rares dans le contexte oncologique. Bien que des avantages cliniques aient déjà été démontrés, les avantages économiques n'ont pas été examinés dans le cadre d'une revue de la littérature. Une bonne compréhension du rapport coût-efficacité des programmes de lutte contre le tabagisme nous fournira des renseignements utiles sur la valeur des investissements effectués dans ces programmes.

Objectif : Notre objectif était de faire une revue rapide de la littérature portant sur les évaluations économiques des programmes de lutte contre le tabagisme à l'intention des patients atteints du cancer. Ce projet constitue la première étape vers une meilleure compréhension des avantages économiques potentiels des programmes de lutte contre le tabagisme dans un contexte oncologique.

Méthodes : Nous avons effectué une revue rapide de la littérature portant sur les évaluations économiques des programmes de lutte contre le tabagisme dans un contexte oncologique. Notre recherche était centrée sur Ovid MEDLINE (de 1946 à février 2015) et sur les revues EBM. La population étudiée était celle des patients adultes (≥ 18 ans) atteints du cancer. Les interventions étudiées étaient tous les types de programmes de lutte contre le tabagisme (non pharmacologiques, pharmacologiques ou une combinaison d'interventions). Les comparateurs étaient les soins habituels ou aucun programme de lutte contre le tabagisme. Notre principal résultat étudié était le rapport coût/efficacité différentiel (RCED). Pour être incluse, l'étude devait prendre la forme d'une évaluation économique.

Résultats : Notre recherche a relevé 1 030 résumés dont un seul article en texte intégral répondait aux critères d'inclusion et prenait la forme d'une évaluation économique d'un programme de lutte contre le tabagisme à l'intention des patients atteints du cancer. Plus précisément, l'étude a évalué le rapport coût-efficacité d'un programme de lutte contre le tabagisme à l'intention des patients d'un cancer du poumon non à petites cellules à un stade précoce.

Conclusions : Cette revue rapide de la littérature a souligné qu'il n'existe qu'un très petit nombre d'évaluations économiques publiées de la cessation du tabagisme dans le contexte oncologique. Les avantages de la cessation du tabagisme ont été rapportés à l'aide de différents résultats cliniques; toutefois, les avantages économiques n'ont pas été examinés à un degré semblable. À l'avenir, en plus de l'évaluation de l'efficacité d'un programme de lutte contre le tabagisme à l'intention des patients atteints du cancer, (la question « *est-ce que cela fonctionne ?* »), la compréhension de l'optimisation des ressources (la question de « rentabilité ») serait utile, car ce renseignement pourrait fournir des données probantes d'une perspective économique pouvant être utiles au processus de prise de décision.

Implication des résultats clés : Selon les renseignements recueillis dans le cadre de cette revue, un programme de lutte contre le tabagisme donné pourrait être rentable selon le budget du décideur ou

si celui-ci est disposé à payer pour un résultat additionnel (année de vie ajustée en fonction de la qualité, année de vie). Les résultats suggèrent également que la rentabilité peut être spécifique au contexte et à la population. Les programmes de lutte contre le tabagisme actuels et éventuels devraient envisager d'inclure une évaluation économique d'un programme donné afin d'évaluer la question d'optimisation des ressources.

INTRODUCTION

Raison

Nous savons tous que le tabagisme représente un danger pour la santé et qu'il entraîne une hausse du risque de développer plus d'une douzaine de cancers et de nombreuses maladies chroniques.^{1,2} Il s'agit de la principale cause de décès évitables au Canada.^{3,4} Le tabagisme est un facteur contributif important dans 30 % de tous les décès par cancer ^{5,6} et il s'agit de la principale cause d'incidence et de mortalité causées par un cancer du poumon.^{1,7} Des données probantes démontrent que les patients atteints du cancer qui continuent de fumer obtiennent de moins bons résultats, par exemple, une plus grande toxicité, une diminution de l'efficacité du traitement, une réduction du taux de survie, un risque accru de récurrence de la maladie ou d'un deuxième cancer.^{8,9} La recherche publiée a démontré que les patients atteints du cancer qui arrêtent de fumer réagissent mieux aux traitements,¹¹⁻¹⁷ et ont un meilleur taux de survie.¹⁷⁻¹⁹ Un plus grand nombre de résultats positifs peut donner lieu à moins d'événements indésirables, et ainsi, à une diminution du nombre d'hospitalisations et de visites à l'urgence.

Des études ont révélé que la cessation du tabagisme améliore les résultats sur la santé ainsi que les taux de survie.⁸ Toutefois, les programmes de lutte contre le tabagisme se font rares dans le contexte oncologique. ^{8,9} Bien que des avantages cliniques aient déjà été démontrés (c.-à-d. il existe des revues portant sur l'efficacité des programmes de lutte contre le tabagisme dans les contextes oncologique et général^{9,20-22}), les avantages économiques n'ont pas été examinés dans le cadre d'une revue de littérature.

En Ontario, la cessation du tabagisme n'était pas souvent prévue dans le cadre de programmes régionaux contre le cancer (PRC) et très peu de ressources sont offertes dans ce contexte afin d'encourager les patients atteints du cancer d'arrêter de fumer. Conscient de ce fait, le Conseil provincial sur le leadership d'Action Cancer Ontario (ACO) a approuvé un programme pilote de lutte contre le tabagisme en septembre 2012. Lors de la mise en œuvre du programme, un champion de la cessation du tabagisme a été désigné pour chaque PRC afin qu'il travaille en étroite collaboration avec l'ACO. Ce programme est compatible avec les recommandations du *US Surgeon General's Report* (2014) et l'énoncé de l'American Association for Cancer Research (2013). Ces rapports soulignaient les bienfaits potentiels de la cessation du tabagisme pour la santé des patients atteints du cancer ainsi que la nécessité d'améliorer l'offre de programmes de lutte contre le tabagisme aux patients atteints du cancer et de faire d'autres études sur l'impact de ces programmes dans un contexte précis, ce qui pourrait faciliter le développement et la mise en œuvre de ce type de programme.

L'objectif des programmes de lutte contre le tabagisme de l'ACO est de faire en sorte que les patients

atteints du cancer et qui suivent des traitements obtiennent les meilleurs résultats sur la santé possibles. Grâce à la mise en œuvre d'un projet pilote visant à éduquer les fournisseurs de soins de santé à propos de la cessation du tabagisme et de la présélection des patients ambulatoires atteints du cancer en fonction de leurs antécédents de tabagisme, l'ACO planifie d'évaluer son projet pilote et d'envisager son expansion afin de l'offrir aux populations de patients atteints du cancer.

En outre, le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) a récemment entrepris des travaux visant à appuyer l'intégration d'approche fondée sur des données probantes à la cessation du tabagisme dans le cadre des programmes de contrôle de partout au Canada et à surveiller l'approche adoptée par l'ACO pour intégrer, à titre de pratique exemplaire, l'aménagement de programmes de lutte contre le tabagisme. Le PCCC fait actuellement la synthèse des données probantes en observant l'impact du tabac sur les résultats des patients atteints du cancer et des approches fondées sur des données probantes à l'égard de la cessation du tabagisme et il fait un inventaire des programmes de lutte contre le tabagisme offerts au Canada. Une compréhension du rapport coût-efficacité des programmes de lutte contre le tabagisme fournira des renseignements utiles étant donné que l'optimisation des ressources est un principe directeur des plans stratégiques.¹⁰ Cette revue rapide de la littérature nous viendra en aide dans cette entreprise.

Les résultats de la revue aideront le PCCC, l'ACO et les autres agences de lutte contre le cancer à la planification de la mise en œuvre future et de l'expansion des programmes de lutte contre le tabagisme fondés sur des données probantes dans des contextes de cancer. En outre, la revue de la littérature des évaluations économiques des programmes de lutte contre le tabagisme dans un contexte semblable aidera davantage l'ACO dans l'évaluation de son programme pilote. Cette revue fournira des renseignements sur l'optimisation des ressources dépensées pour les programmes de lutte contre le tabagisme.

Objectif

Notre objectif était de faire une revue rapide de la littérature portant sur les évaluations économiques des programmes de lutte contre le tabagisme à l'intention des patients atteints du cancer. Ce projet constitue la première étape vers une meilleure compréhension des avantages économiques potentiels des programmes de lutte contre le tabagisme dans un contexte oncologique.

MÉTHODES

Nous avons fait une revue rapide de la littérature des évaluations économiques des programmes de lutte contre le tabagisme dans un contexte oncologique à l'aide de l'énoncé de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) afin de guider l'exécution et la préparation du rapport de cette revue.²³

Protocole et inscription

Un protocole a été établi au sein de l'équipe de projet à l'aide de l'énoncé PRISMA-P pour les protocoles.²⁴

Critères d'admissibilité

Notre population était celle des patients adultes (≥ 18 ans) atteints du cancer. Nous avons inclus des études menées avec des patients atteints du cancer (sous-ensemble ou échantillon complet), peu importe le type de cancer. Les interventions étudiées étaient les programmes de lutte contre le tabagisme : non pharmacologiques (p. ex., counseling, support en ligne, livret(s), pharmacologiques (p. ex., thérapie de remplacement de la nicotine, autre pharmacothérapie), interventions à composantes multiples ou combinaisons d'interventions (Annexe 1). Les comparateurs pourraient être les soins habituels ou aucun programme de lutte contre le tabagisme. Notre principal résultat étudié était le rapport coût/efficacité différentiel (RCED). p. ex., coût différentiel d'une année de vie ajustée en fonction de la qualité, le coût différentiel par année de vie gagnée et le coût différentiel par personne ayant arrêté de fumer. Pour être incluse, l'étude devait prendre la forme d'une évaluation économique (c.-à-d. analyse du rapport coût-efficacité, analyse coût/bénéfice, ou analyse de minimisation des coûts).²⁷ Nous n'avons aucune limite quant à la période et nous avons uniquement tenu compte des études comportant un groupe de référence.

Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Patients atteints du cancer • Intervention de cessation du tabagisme • Avec un groupe de référence • Langue anglaise 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun groupe de référence • Signalement d'aucun renseignement sur le coût • Il ne s'agit pas d'une intervention de cessation du tabagisme

Sources de renseignements et stratégie de recherche

Nous avons mené des recherches dans les bases de données électroniques suivantes, de leur création à aujourd'hui : Ovid MEDLINE (de 1946 à février 2015), revues d'OVID EBM (c.-à-d. la base de données d'évaluation économique du NHS, ACP Journal Club, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Methodology Register, et évaluation des technologies de la santé). En outre, la recherche effectuée dans la base de données a été complétée par une recherche manuelle des références des articles afin de trouver des articles n'ayant pas été relevés lors de la recherche principale. Nous avons également mené une recherche préliminaire des références des études citant des articles choisis à l'aide de la fonction articles connexes de Scopus et de PubMed.

Un spécialiste en information a organisé et mené la recherche documentaire. La stratégie de recherche pour la principale recherche documentaire électronique (MEDLINE) a été évaluée par un autre spécialiste de l'information à l'aide de la liste de vérification du Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS).²⁵ Les stratégies de recherche documentaire ont été conçues à l'aide de mots-matières et de mots-clés du domaine médical devant figurer dans le titre ou le résumé de

l'article. Les résultats de la recherche liés à la maladie (cancer) et le domaine d'intervention (cessation du tabagisme) ont été filtrés à l'aide d'un ensemble validé de mots-clés et de mots-matières qui ont permis d'identifier les études portant sur les évaluations économiques, soit le filtre de recherche économique de la base de données d'évaluation économique du NHS (NHS EED), d'Ovid MEDLINE (<http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/searchstrategies.asp>) qui a été validé par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS).²⁶ Veuillez vous reporter à l'Annexe 2 pour voir les stratégies de recherche complètes.

Sélection des études

La présélection comportait deux niveaux : Le niveau 1 consistait à examiner les références en fonction des titres et des résumés et le niveau 2 consistait à passer en revue les articles en texte intégral pertinents identifiés au niveau 1 (Annexe 3). Un lecteur critique (LM) a effectué une présélection de manière indépendante à l'aide de questions d'admissibilité et d'un document d'élaboration contenant des précisions et des définitions à propos des critères de présélection. Le deuxième lecteur critique (WI) a effectué une présélection des résumés exclus afin de s'assurer de n'avoir manqué aucun article potentiel. Les résumés qui ne remplissaient pas les critères d'inclusion ont été exclus.

Pour chaque niveau de présélection, un échantillonnage aléatoire de 20 études a été effectué; le reste de la recherche a débuté une fois que tous étaient d'accord sur le choix des articles. Les divergences ont été résolues à l'aide de discussions entre les lecteurs critiques et, au besoin, un troisième lecteur critique a apporté sa contribution. Le résultat de ce processus est les articles desquels on a extrait les données. Si l'article prenait la forme d'une présentation à une conférence (affiche), on a demandé au premier auteur de l'article s'il existait un article en texte intégral. Le processus de sélection des articles est présenté à l'aide d'un organigramme (Figure 1), comme le recommande l'énoncé PRISMA.²³

Processus de collecte de données

Une ébauche de formulaire d'extraction de données a été conçue et modifiée au besoin pour y consigner les commentaires de l'équipe de projet et du PCCC. Deux lecteurs critiques ont individuellement extrait les données de tous les articles pertinents à l'aide du formulaire d'extraction de données normalisé afin de s'assurer de l'exactitude de celles-ci. Les divergences ont été résolues à l'aide de discussions entre les lecteurs critiques et, au besoin, un troisième lecteur critique a apporté sa contribution.

Données élémentaires

Les données extraites étaient : les *caractéristiques de l'étude* (c.-à-d. année de publication, population, taille de l'échantillon, contexte de l'intervention, conception de l'étude (avec les détails), comparateur (avec les détails), et la durée du suivi); caractéristiques des patients (c.-à-d. type de cancer, âge moyen, sexe (% de mâles), emploi, nombre moyen de cigarettes fumées (fourchette), et d'autres résultats sur

la santé); ainsi que l'évaluation économique (c.-à-d. pays, type d'évaluation économique, perspective, horizon temporel, devise (et année), taux d'actualisation, coût différentiel, effet différentiel, estimation du rapport coût-efficacité ainsi que le signalement ou non d'une analyse de l'incertitude ou de la sensibilité).

Évaluation de la qualité

La qualité des évaluations économiques incluses a été évaluée à des fins de description de la qualité de l'étude à l'aide d'une liste de vérification en dix points publiée par Drummond et coll. en 2005.²⁷ Cette liste de vérification est divisée en dix catégories principales : 1) question de la recherche, 2) description du comparateur, 3) efficacité de l'intervention, 4) coûts et effets, 5) mesures, 6) source des données, 7) horizon temporel, 8) estimations différentielles, 9) incertitude, et 10) présentation et discussion (voir l'Annexe 4).

Le résumé de l'évaluation méthodologique de la qualité a été signalé dans l'étude sous forme du pourcentage des éléments remplis de la liste de vérification à l'exclusion des éléments non applicables. Par exemple, l'étude A peut avoir rempli six critères sur dix, mais deux éléments ne s'appliquaient pas à celle-ci. Ainsi, la qualité méthodologique du résumé de l'étude A serait de 75 % (6/8). Deux lecteurs critiques ont indépendamment évalué chaque article inclus. Les écarts dans l'évaluation de la qualité ont été résolus à l'aide de discussions et, au besoin, un troisième lecteur critique a apporté sa contribution.

Synthèse des études incluses

Les données extraites (c.-à-d. caractéristiques de l'étude, caractéristiques des participants et évaluation économique) provenant des articles inclus dans l'étude étaient présentés sous forme de textes et de tableaux d'extraction de données (Annexe 5) et d'un tableau d'évaluation de la qualité (Annexe 6). Les limitations des études ont également été résumées.

RÉSULTATS

Notre recherche a relevé 1 030 résumés dont un seul article en texte intégral publié (Slatore et coll., 2009) répondait aux critères d'inclusion et a été ensuite inclus.²⁸ Un article (Emmon et coll., 2005) a été pris en considération, mais il ne répondait pas aux critères d'inclusion;²⁹ cet article portait principalement sur les survivants d'un cancer pédiatrique qui vivaient sans cancer lors du programme de lutte contre le tabagisme. Étant donné que cet article était partiellement pertinent à ce sujet, le tableau d'extraction des données, l'évaluation de la qualité et le résumé se trouvent aux Annexes 5 à 7. Les résumés des deux présentations par affiches ont été jugés comme étant potentiellement pertinents. Cependant, les renseignements disponibles ne contenaient pas toute l'information pertinente nécessaire pour déterminer son admissibilité, par conséquent, ils ne seront pas inclus dans ce rapport.

Slatore et coll. (2009)²⁸

Slatore et coll. (2009) ont conçu un modèle analytique décisionnel Markov afin d'évaluer le rapport coût-efficacité d'un programme formel de lutte contre le tabagisme entrepris avant la résection chirurgicale de patients des États-Unis atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC).²⁸ Le groupe de référence était formé de patients auxquels le programme n'avait pas été offert. Le groupe intervention a suivi le programme qui comprenait une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) sous forme de timbres à la nicotine que les membres du groupe ont porté pendant huit semaines ainsi que deux courtes et deux longues séances de counseling offertes par un médecin qualifié ou par un autre professionnel de la santé qualifié. Le suivi était effectué un an et cinq ans après la chirurgie. L'analyse a été réalisée dans la perspective du fournisseur de soins de santé et elle a été exprimée en dollars américains. Le modèle comprenait le coût et l'efficacité du programme de lutte contre le tabagisme, y compris le coût et l'incidence des complications périopératoires, de la mortalité postopératoire et de l'utilité mesurée de l'année de vie ajustée en fonction de la qualité (AVAQ). Les résultats étudiés étaient l'AVAQ et les années de vie gagnées, ajustées par un taux d'actualisation de 3 %, qui représente les coûts et les avantages à différents moments.

Le coût total estimé du programme était de 199,96 \$ par patient. L'efficacité du programme de lutte contre le tabagisme a été signalée en fonction du taux d'abstinence au moment de la chirurgie et trois mois après celle-ci. Dans le cas du groupe intervention, le taux d'abstinence était de 78 % au moment de la chirurgie et de 19 % trois mois après celle-ci. Dans le cas du groupe recevant des soins habituels, les taux d'abstinence respectifs étaient de 65 % et de 12 % au moment de la chirurgie et trois mois après celle-ci. Selon la littérature, nous avons présumé que le taux de complications périopératoires allait être de 23 % chez les personnes qui avaient arrêté de fumer récemment et celles qui fumaient encore. Les coefficients d'utilité signalés étaient de 0,64 chez les personnes qui avaient arrêté de fumer récemment et de 0,48 chez celles qui fumaient encore. En général, les coefficients d'utilité pourraient varier entre 0 (l'état de santé le plus grave possible ou la mort) et 1 (la meilleure santé possible). Le coefficient d'utilité était utilisé pour représenter la qualité de vie des patients. Le coefficient d'utilité et les années de vie ont été utilisés pour créer l'AVAQ, il s'agit de la mesure de l'utilité établie en fonction des préférences des patients et de la qualité de vie liée à la santé. L'AVAQ a intégré la durée de la vie et la qualité de vie dans une seule mesure et celles-ci sont calculées en combinant les mesures de qualité de vie liée à la santé et les données sur la durée de l'état de santé. L'AVAQ est la mesure idéale de l'efficacité recommandée pour l'analyse du rapport coût-efficacité et représente une mesure globale.^{30,31} Le taux annuel de mortalité était de 5,1 % chez les personnes qui avaient arrêté de fumer récemment et de 17,6 % (de 10 % à 55 %) chez celles qui fumaient encore.

Un an après la chirurgie, les rapports coût/efficacité différentiel (RCED) étaient de 16 415 \$ par AVAQ et de 45 629 \$ par année de vie gagnée. Cinq ans après la chirurgie, les RCED étaient de 2 609 \$ par AVAQ et de 2 703 \$ par année de vie gagnée. Les estimations du rapport coût-efficacité étaient les plus sensibles aux complications périopératoires et aux estimations de l'utilité. Les analyses de sensibilité ont été réalisées pour de nombreux scénarios. Par exemple, étant donné que le coût des programmes de lutte contre le tabagisme était de 450 \$, le RCED était de 5 871 \$ par AVAQ gagnée et de 6 083 \$ par année de vie gagnée cinq ans après la chirurgie.

En résumé, cette étude a signalé qu'un programme de lutte contre le tabagisme formel entrepris avant la résection chirurgicale chez les patients atteints d'un CPNPC à un stade précoce était plus efficace, mais aussi plus coûteux que l'absence d'intervention. Le rapport coût-efficacité de ce programme de lutte contre le tabagisme est devenu plus évident au fil de temps, c.-à-d. les avantages se poursuivaient plusieurs années après la fin du programme.

Qualité des données probantes

À l'aide de la liste de vérification en dix points publiée par Drummond et coll.(2005),²⁷ l'étude de Slatore et coll. (2009) a obtenu « oui » dans 9 éléments sur 10 (90 %).

DISCUSSION

Résumé des données probantes

Notre revue rapide des 1 030 résumés a permis d'identifier un seul article publié qui remplissait les critères d'inclusions et qui était une évaluation économique d'un programme de lutte contre le tabagisme à l'intention des patients atteints du cancer.

Nos résultats ne pouvaient pas être comparés directement aux autres analyses du rapport coût-efficacité des programmes de lutte contre le tabagisme auprès de cette population spécifique en raison du manque d'études et de revues portant sur ce sujet. Cependant, il a été possible de faire une comparaison préliminaire avec la population générale. Dans la population générale, les interventions de cessation du tabagisme (p. ex., le counseling téléphonique, les thérapies de remplacement de la nicotine et les thérapies pharmacologiques (p. ex., varénicline et bupropion)) sont considérées comme des approches efficaces et rentables.^{32,33} Ces résultats obtenus dans la population générale dépendaient du choix du comparateur et du budget du décideur.^{32,33} Des résultats similaires ont été démontrés pour notre population dans un contexte oncologique. Pour les patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules (CPNPC) à un stade précoce, le counseling et le remplacement de la nicotine pourraient être considérés comme étant rentables comparativement à l'absence d'intervention. Si le décideur est disposé à payer plus de 12 000 \$ US pour une AVAQ d'après la perspective du système de soins de santé cinq ans suivant la chirurgie, les résultats suggéraient que la cessation du tabagisme peut être avantageuse pour les patients atteints d'un cancer du poumon opérable (c.-à-d. à un stade nettement plus précoce de la maladie^{34,35}) à l'égard de la diminution de la mortalité et de l'augmentation de la qualité de vie.²⁸

Nos projets s'ajoutent à la littérature en rapportant une revue de l'optimisation des ressources des interventions de cessation du tabagisme dans le contexte oncologique. Comparativement à aucune intervention, la cessation du tabagisme sera plus coûteuse et également plus efficace. Il convient de noter que le rapport coût-efficacité des programmes de lutte contre le tabagisme est devenu plus évident sur de plus longues périodes. De plus, ce projet a mis en évidence le fait que les données

probantes étaient limitées et qu'il était nécessaire de mener un plus grand nombre de recherches portant sur l'analyse coût-efficacité de la cessation du tabagisme dans le contexte oncologique. D'autres études ont révélé qu'un plus grand nombre de recherches portant sur l'évaluation économique de la prévention du cancer était nécessaire.³⁶

Limitations

Cette revue comportait des limitations. Étant donné qu'il s'agissait d'une revue rapide de la littérature, aucune recherche n'a été effectuée dans les autres bases de données électroniques (p. ex., EMBASE, EconLit, CINAHL) afin d'y trouver du matériel pouvant être pertinent. En outre, la littérature non publiée parue sur les sites Web et examinée par des groupes de recherche sur le cancer (p. ex., Société canadienne du cancer, Institut du cancer, treatobacco.net), les registres d'essais (p. ex., clinicaltrials.gov), ainsi que les résumés de conférence auraient pu faire l'objet d'un examen plus approfondi. De plus, le niveau 1 de la présélection comportait des critères ou une question de présélection portant sur le résultat que nous examinons (c.-à-d. coût ou RCED). Les résumés rapportant les coûts ou les RCED ont été examinés lors de notre présélection. Cependant, les résultats du rapport coût-efficacité pourraient ne pas figurer dans les résumés des études qui comportaient une analyse du rapport coût-efficacité à titre d'objectif secondaire.³⁷ Par conséquent, des études pertinentes pourraient avoir été omises par inadvertance lors du niveau 1 de la présélection. Néanmoins, lorsqu'il n'était pas évident si les résumés comportaient une variable de coût, ceux-ci passaient au niveau 2 de la présélection pour l'examen du texte intégral. Selon la portée de la revue rapide, nous avons mis l'accent sur les bases de données et les sources principales et avons limité nos résultats à ceux rapportés en anglais et dont le résumé mentionnait le coût ou le RCED. Des recherches futures pourraient s'appuyer sur notre revue.

Cette étude comportait également des limitations. L'étude de Slatore et coll. (2009) était limitée en raison de la disponibilité, de la qualité et de la généralisabilité des données. Étant donné l'insuffisance de renseignements, l'étude n'a pas évalué la survie selon le stade puisque les données sur les coefficients d'utilité étaient fondées sur les personnes qui ont survécu au cancer du poumon, et les coûts du traitement pour les maladies récurrentes ou métastatiques n'étaient pas inclus.²⁸ Le coût de traitement pour le CPNPC aux stades I et II pourrait s'élever à 26 000 \$ et à 29 000 \$ respectivement.³⁸ Un programme de lutte contre le tabagisme donné aurait pu être plus rentable si les coûts du traitement des maladies récurrentes ou métastatiques étaient inclus (étant donné que le programme de lutte contre le tabagisme aurait pu présenter des avantages et prévenir les récurrences). En revanche, si les personnes qui avaient arrêté de fumer récemment vivaient plus longtemps avec des maladies récurrentes ou métastatiques, le rapport coût-efficacité de la cessation du tabagisme serait surestimé. En outre, les résultats ne sont pas applicables aux patients atteints d'un cancer du poumon et d'une maladie inopérable (habituellement à un stade nettement plus avancé de la maladie). Autrement dit, les résultats pourraient être limités au CPNPC opérable (à un stade nettement plus précoce de la maladie^{34,35}). Toutefois, 3 % des résultats ont été écartés alors que les coûts n'étaient pas représentatifs en raison de l'horizon temporel court. L'étude a omis de caractériser l'incertitude entourant les estimations du rapport coût-efficacité et n'a pas rapporté l'année de la devise, ce qui pourrait influencer sur le coût total et sur le coût différentiel selon la perspective des patients et celle des

membres de leur famille.

Conclusions

Cette revue rapide de la littérature a souligné le fait qu'il n'existe peu d'évaluations économiques de la cessation du tabagisme dans le contexte oncologique. Les avantages de la cessation du tabagisme ont été rapportés à l'aide de différents résultats cliniques; toutefois, les avantages économiques n'ont pas été examinés à un degré semblable. À l'avenir, en plus de l'évaluation de l'efficacité d'un programme de lutte contre le tabagisme à l'intention des patients atteints du cancer, (la question « *est-ce que cela fonctionne ?* »), la compréhension de l'optimisation des ressources (la question de « rentabilité ») serait utile, car ce renseignement pourrait fournir des données probantes d'une perspective économique pouvant être utiles au processus de prise de décision.

Selon les renseignements recueillis dans les études incluses dans la revue, un programme de lutte contre le tabagisme donné pourrait être rentable selon le budget du décideur ou si celui-ci est disposé à payer pour un résultat additionnel (AVAQ, année de vie). Les résultats suggèrent également que la rentabilité peut être spécifique au contexte et à la population.

Les programmes de lutte contre le tabagisme actuels et éventuels devraient envisager d'inclure une évaluation économique d'un programme donné afin d'évaluer la question d'optimisation des ressources.

REMERCIEMENTS

L'équipe de projet était formée de :

- Wanrudee Isaranuwatjai, économiste de la santé, Centre for Excellence in Economic Analysis Research (CLEAR), Li Ka Shing Knowledge Institute, Hôpital St. Michael.
- Lisa Masucci, économiste de la santé, CLEAR, Li Ka Shing Knowledge Institute, Hôpital St. Michael
- Jeffrey S. Hoch, directeur, CLEAR, Li Ka Shing Knowledge Institute, Hôpital St. Michael
- Andrea C. Tricco, scientifique Li Ka Shing Knowledge Institute, Hôpital St. Michael
- Carolyn Ziegler, spécialiste en information, Health Sciences Library, Li Ka Shing International Healthcare Education Centre, Hôpital St. Michael.
- Linda Rabeneck, vice-présidente, prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario.
- Alice Peter, directrice, santé de la population et unité de prévention, prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario.
- Rebecca Truscott, gestionnaire, santé de la population et unité de prévention, prévention et lutte contre le cancer, Action Cancer Ontario.
- William (Bill) K. Evans, président, Comité consultatif du programme de lutte contre le tabagisme du programme régional contre le cancer d'Action Cancer Ontario.
- Kerri-Anne Mullen, gestionnaire, Modèle d'Ottawa pour l'abandon du tabac, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa.

Également avec la participation de :

- Dilfuza Djalalova, adjoint de recherche, CLEAR, Li Ka Shing Knowledge Institute, Hôpital St.

Michael.

FINANCEMENT

La réalisation de cette recherche a été rendue possible grâce au généreux financement du Partenariat canadien contre le cancer.

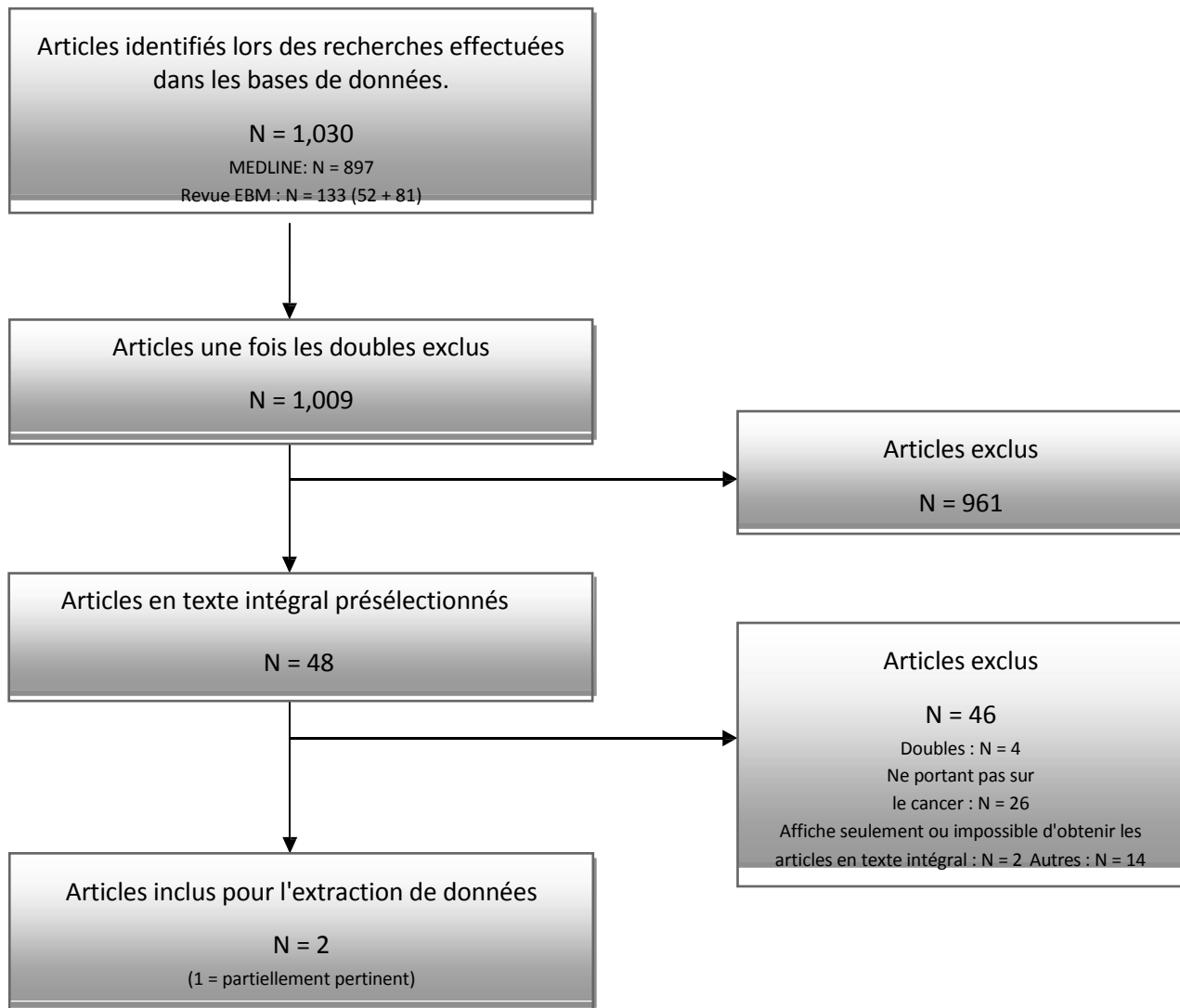
RÉFÉRENCES

1. La Société canadienne du cancer Tabagisme et cancer. 2014; <http://www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/live-well/smoking-and-tobacco/smoking-and-cancer/?region=on>, 2014.
2. États-Unis Department of Health and Human Services, Centres for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Health OoSa. *The health consequences of smoking - 50 years of progress: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA2014.
3. Foundation HS. Statistics: Smoking. 2014; <http://www.heartandstroke.com/site/c.ikiQLcMWJtE/b.3483991/k.34A8/Statistics.htm#smoking>, 2014.
4. Rehm J, Rehm J, Taylor B, et coll. Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review*. 2006;25(6):503-513.
5. American Cancer Society. Tobacco-related cancers fact sheet. 2014; <http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/tobaccocancer/tobacco-related-cancer-fact-sheet>, 2014.
6. Anand P, Kunnumakara AB, Sundaram C, et coll. Cancer is a preventable disease that requires major lifestyle changes. *Pharmaceutical Research*. 2008;25(9):2097-2116.
7. Le service de santé publique du Canada Maladies chroniques et blessures au Canada : Tendances concernant l'incidence du cancer, la mortalité par cancer et la survie au cancer au Canada entre 1970 et 2007. 2013; <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/33-2/ar-03-fra.php>, 2014.
8. Toll BA, Brandon TH, Gritz ER, Warren GW, Herbst RS. Assessing tobacco use by cancer patients and facilitating cessation: an American Association for Cancer Research policy statement. *Clinical Cancer Research*. 2013;19(8):1941-1948.
9. Nayan S, Gupta MK, Strychowsky JE, Sommer DD. Smoking Cessation Interventions and Cessation Rates in the Oncology Population An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*. 2013;149(2):200-211.
10. Action Cancer Ontario Objectifs et priorités stratégiques. 2011; <http://ocp.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=77515&pageId=82753>, 2014.
11. Eifel PJ, Jhingran A, Bodurka DC, Levenback C, Thames H. Correlation of smoking history and other patient characteristics with major complications of pelvic radiation therapy for cervical cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2002;20(17):3651-3657.
12. Gillison ML, Zhang Q, Jordan R, et coll. Tobacco smoking and increased risk of death and progression for patients with p16-positive and p16-negative oropharyngeal cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2012:JCO. 2011,2038. 4099.
13. Karim A, Snow G, Siek H, Njo K. The quality of voice in patients irradiated for laryngeal carcinoma. *Cancer*. 1983;51(1):47-49.
14. Rugg T, Saunders MI, Dische S. Smoking and mucosal reactions to radiotherapy. *The British Journal of Radiology*. 1990;63(751):554-556.
15. Shepherd FA, Rodrigues Pereira J, Ciuleanu T, et coll. Erlotinib in previously treated non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(2):123-132.
16. van der Bol JM, Mathijssen RH, Loos WJ, et coll. Cigarette smoking and irinotecan treatment: pharmacokinetic interaction and effects on neutropenia. *Journal of Clinical Oncology*. 2007;25(19):2719-2726.

17. Browman GP, Wong G, Hodson I, et coll. Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *New England Journal of Medicine*. 1993;328(3):159-163.
18. Kenfield SA, Stampfer MJ, Chan JM, Giovannucci E. Smoking and prostate cancer survival and recurrence. *JAMA*. 2011;305(24):2548-2555.
19. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ*. 2010;340.
20. Riemsma RP, Pattenden J, Bridle C, et coll. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ*. 2003;326(7400):1175-1177.
21. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Archives of Internal Medicine*. 2008;168(18):1950-1960.
22. Woolacott N, Jones L, Forbes C, et coll. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine replacement therapy for smoking cessation: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*. 2002;6(16):245pp.
23. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*. 2009;151(4):264-269.
24. Shamseer L, Moher D, Clarke M, et coll. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. *BMJ*. 2015;349:g7647.
25. Sampson M, McGowan J, Cogo E, Grimshaw J, Moher D, Lefebvre C. An evidence-based practice guideline for the peer review of electronic search strategies. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009;62(9):944-952.
26. Centre for Reviews and Dissemination, University of York. NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) economics search filter. 2015; <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/searchstrategies.asp>, 2015.
27. Drummond M, Sculpher M, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3e édition. New York: Oxford University Press; 2005.
28. Slatore CG, Au DH, Hollingworth W. Cost-effectiveness of a smoking cessation program implemented at the time of surgery for lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*. 2009;4(4):499-504.
29. Emmons KM, Puleo E, Park E, et coll. Peer-delivered smoking counseling for childhood cancer survivors increases rate of cessation: the partnership for health study. *Journal of Clinical Oncology*. 2005;23(27):6516-6523.
30. Gold M, Siegel J, Russell L, Weinstein M. *Cost-effectiveness in health and medicine*. New York: Oxford University Press; 1996.
31. Drummond M, Sculpher M, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3e édition. New York: Oxford University Press; 2005.
32. Tran K, Asakawa K, Cimon K, et coll. Pharmacologic-based strategies for smoking cessation: clinical and cost-effectiveness analyses. *CADTH Technology Overviews*. 2012;2(3).
33. Population-Based Smoking Cessation Strategies: a summary of a select group of evidence-based reviews. Ontario Health Technology Assessment Series 2010;10(1).
34. Van Schil PE, Balduyck B, De Waele M, Hendriks JM, Hertoghs M, Lauwers P. Surgical treatment of early-stage non-small-cell lung cancer. *European Journal of Cancer Supplements*. 2013;11(2):110-122.
35. Cleveland Clinic: Center for Continuing Education. Lung cancer.2015; <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/pulmonary/lung-cancer/Default.htm>, 2015.

36. Yong, J. H., Kerner, J., & Hoch, J. S. (2012). The Need for Economic Evaluation in Primary Prevention of Cancer. *La revue canadienne de santé publique* 2012;103(5):e395-e396.
37. Anonychuk A, Woo G, Vyse A, Demarteau N, Tricco AC. The cost and public health burden of invasive meningococcal disease outbreaks: a systematic review. *Pharmacoeconomics*. 2013;31(7):563-576.
38. Partenariat canadien contre le cancer Modèle de gestion des risques de cancer 2015; <http://www.partnershipagainstcancer.ca/priorities/2007-2012-initiatives/strategic-initiatives-4/the-cancer-risk-management-model/>, 2015.

FIGURE 1 ORGANIGRAMME DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE



LISTE DES ACRONYMES

Acronymes	TERMES COMPLETS
ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
ACO	Action Cancer Ontario
PCCC	Partenariat canadien contre le cancer
RCED	Rapport coût/efficacité différentiel
NHS EED	Base de données d'évaluation économique du NHS
TRN	Thérapie de remplacement de la nicotine
CPNPC	Cancer du poumon non à petites cellules
PRESS	Peer Review of Electronic Search Strategies
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses
AVAQ	Année de vie ajustée en fonction de la qualité
PRC	Programme régional contre le cancer

ANNEXE 1 : INTERVENTIONS POTENTIELLES

Noms des programmes

- Nicotine Anonymous
- Become an EX
- QuitNet
- Stay Away from Tobacco
- Break Free Alliance
- KAN-QUIT
- Service de cessation du tabagisme
- Smoking Treatment for Ontario Patients
- Clinique de la dépendance à la nicotine
- QuitNow
- FreshStart program
- Centre de traitement du tabagisme
- Quit Using and Inhaling Tobacco
- The Behaviour Change Roadmap
- Live Tobacco-Free
- Téléassistance pour fumeurs
- QuitNet
- Smoke-Free Living

Médicaments

- Nicoderm
- Médicaments TRN
- Thérapie de remplacement de la nicotine
- Médicaments pour arrêter de fumer
- Champix Chantix (varénicline)
- Zyban (bupropion)
- Produits de remplacement de la nicotine
- Nicotine sous forme de timbre, de gomme, de pastille, d'inhalateur et de vaporisateur nasal

Counseling

- Counseling individuel
- Counseling collectif
- Counseling téléphonique
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Auto-assistance
- Thérapies comportementales (p. ex., formation en résolution de problèmes)

- Lignes d'aide au renoncement
- Counseling en ligne
- Counseling et médicaments ensemble

ANNEXE 3: DOCUMENTS UTILISÉS POUR LA PRÉSÉLECTION

Niveau 1 de la présélection des titres et des résumés

1. **Cette étude portait-elle sur des patients adultes (≥ 18 ans) atteints du cancer (sous-ensemble ou échantillon complet)?**

OUI _____

NON _____

PAS CLAIR _____

Remarque : N'importe quel type de cancer

2. **Les patients ont-ils été soumis à une intervention de cessation du tabagisme (non pharmacologique ou pharmacologique)?**

OUI _____

NON _____

PAS CLAIR _____

3. **L'intervention de cessation du tabagisme a-t-elle été comparée aux soins habituels ou aux autres interventions de cessation du tabagisme? Y avait-il un groupe de référence?**

OUI _____

NON _____

PAS CLAIR _____

Remarque : Peu importe la conception de l'étude, tant qu'elle comporte un groupe de référence.

4. **Le résumé et l'article étaient-ils en anglais?**

OUI _____

NON _____

PAS CLAIR _____

5. **L'étude était-elle une véritable évaluation économique (c.-à-d. exprimant le rapport coût/efficacité différentiel sous forme d'un résultat comme en AVAQ ou en année de vie)?**

OUI _____

NON _____

PAS CLAIR _____

6. **L'étude a-t-elle rapporté des coûts pertinents (p. ex., description ou analyse des coûts)?**

OUI _____

NON _____

PAS CLAIR _____

Niveau 2 de la présélection des articles en texte intégral

1. **Cette étude portait-elle sur des patients adultes (≥ 18 ans) atteints du cancer (sous-ensemble ou échantillon complet)?**

OUI ____
NON ____
PAS CLAIR ____

Remarque : N'importe quel type de cancer

2. **Les patients ont-ils été soumis à une intervention de cessation du tabagisme (non pharmacologique ou pharmacologique)?**

OUI ____
NON ____
PAS CLAIR ____

3. **L'intervention de cessation du tabagisme a-t-elle été comparée aux soins habituels ou aux autres interventions de cessation du tabagisme? Y avait-il un groupe de référence?**

OUI ____
NON ____
PAS CLAIR ____

Remarque : Peu importe la conception de l'étude, tant qu'elle comporte un groupe de référence.

4. **Le résumé et l'article étaient-ils en anglais?**

OUI ____
NON ____
PAS CLAIR ____

5. **L'étude était-elle une véritable évaluation économique (c.-à-d. exprimant le rapport coût/efficacité différentiel sous forme d'un résultat comme en AVAQ ou en année de vie)?**

OUI ____
NON ____
PAS CLAIR ____

6. **L'étude a-t-elle rapporté des coûts pertinents (p. ex., description ou analyse des coûts)?**

OUI ____
NON ____
PAS CLAIR ____

ANNEXE 4 : LISTE DE VÉRIFICATION DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

Question	Réponse (Oui, Non, S/O)
Q1. La question était-elle bien circonscrite et posée d'une façon qui appelle une réponse?	
Q2. Les solutions de rechange concurrentielles étaient-elles décrites de manière détaillée (c.-à-d. savons-vous qui a fait quelque chose à une autre personne, quand et combien de fois)?	
Q3. L'efficacité du programme ou des services a-t-elle été établie?	
Q4. Les coûts et les effets importants et pertinents de chacune des solutions de rechange ont-ils été identifiés?	
Q5. Les coûts et les effets ont-ils été mesurés de manière exacte à l'aide d'unités physiques (par exemple, heures de soins infirmiers, nombre de visites du médecin, jours de travail perdus, années de vie gagnée)?	
Q6. Les coûts et les effets sont-ils évalués de façon crédible?	
Q7. Les coûts et les effets ont-ils été ajustés en fonction du calendrier différentiel?	
Q8. Une analyse différentielle des coûts et des effets des solutions de rechange a-t-elle été réalisée?	
Q9. A-t-on tenu compte de l'incertitude à l'égard des coûts et des effets estimés?	
Q10. La présentation des résultats de l'étude et la discussion portant sur ceux-ci comportaient-elles tous les sujets de préoccupations des utilisateurs?	

Remarque. S/O = sans objet

ANNEXE 5 : TABLEAUX D'EXTRACTION DES DONNÉES

Cette annexe comporte trois tableaux : les *caractéristiques de l'étude* (c.-à-d. année de publication, population, taille de l'échantillon, contexte de l'intervention, conception de l'étude, intervention (avec les détails), comparateur (avec les détails), et la durée du suivi); 2) caractéristiques des participants (c.-à-d. type de cancer, âge moyen, sexe (% de mâles), emploi, nombre moyen de cigarettes fumées (fourchette), et d'autres résultats sur la santé); et l'évaluation économique (c.-à-d. pays, type d'évaluation économique, perspective, horizon temporel, devise (et année), taux d'actualisation, coût différentiel, effet différentiel, estimation du rapport coût-efficacité ainsi que le signalement ou non d'une analyse de l'incertitude ou de la sensibilité).

Caractéristiques de l'étude

	Slatore et coll. (2009)	Emmons et coll. (2005)*
Population	Les patients fumeurs atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules au stade IIIB ou plus <i>précoce</i>	Survivants d'un cancer pédiatrique qui fument
Taille de l'échantillon	S/O	796 (TX = 386; UC = 398)
Contexte de l'intervention	S/O	Au téléphone
Conception de l'étude	Modèle Markov	Essai clinique randomisé
Intervention	Counseling et remplacement de la nicotine avant la résection chirurgicale	Counseling téléphonique avec un pair
Détails de l'intervention	Remplacement de la nicotine (timbres de nicotine pendant huit semaines) ainsi que deux courtes et deux longues séances de counseling offertes par un médecin qualifié ou par un autre professionnel de la santé qualifié.	Chaque participant a été jumelé à un compagnon-conseiller avec lequel il a collaboré tout au long de l'intervention. Un total de six appels étaient offerts sur une période de sept mois.
Comparateurs	Aucune intervention	Intervention d'auto-assistance
Détails des comparateurs	Aucun counseling (possibilité d'obtenir des timbres de nicotine de manière indépendante).	Les participants ont reçu une lettre du médecin soulignant l'importance de cesser de fumer.
Durée du suivi	Un an et cinq ans après la chirurgie	Suivi effectué après huit mois et douze mois

Remarque. S/O = sans objet; TX = groupe intervention; UC = groupe de référence; * partiellement pertinent.

Caractéristiques des participants

	Slatore et coll. (2009)	Emmons et coll. (2005)*
Type de cancer (N, %)	Cancer du poumon non à petites cellules au stade IIIB ou plus précoce (100 %)	Leucémie (26 %) Maladie de Hodgkin (18 %) Tumeur maligne du SNC (12 %) Lymphome non hodgkinien (11 %) Cancer des os (11 %) Sarcome des tissus mous (9 %) Cancer du rein (7 %) Neuroblastome (6 %)
Âge moyen (SD)	S/O	31 (6,66)
Sexe (N, %)	S/O	422 mâles (53 %)
Avec emploi (N, %)	S/O	637 (80 %)
Nombre moyen de cigarettes fumées (fourchette)	S/O	12 (1-100)
Autres résultats sur la santé	Taux de complications péri-opératoires : TX = 23 % UC = 23 % Taux de mortalité : les personnes qui avaient arrêté de fumer récemment : 5,1 % Fumeurs actuels : 17,6 % Coefficient d'utilité (de SF-36) : Fumeurs actuels : 0,49 Personnes qui ont arrêté de fumer récemment : 0,64	Traitement d'un cancer antérieur : Radiothérapie, chimiothérapie ou chirurgie seulement (92, 12 %) Radiothérapie et chirurgie (113, 14 %) Radiothérapie et chimiothérapie (59, 7%) Chimiothérapie et chirurgie (120, 15 %) Radiothérapie, chimiothérapie et chirurgie (259, 33 %) Données manquantes (153, 19 %)

Remarque. N = taille de l'échantillon; S/O = sans objet; SD = écart-type; TX = groupe intervention; UC = groupe de référence* partiellement pertinent.

Évaluation économique

	Slatore et coll. (2009)	Emmons et coll. (2005)*
Intervention	Counseling et remplacement de la nicotine avant la résection chirurgicale	Counseling téléphonique avec un pair
Comparateurs	Aucune intervention	Intervention d'auto-assistance
PAYS	É.-U.	É.-U.
Type d'évaluation économique	Analyse coût/utilité	Analyse du rapport coût-efficacité
Perspective	Système de soins de santé	Intervention ou programme
Horizon temporel	Un an et cinq ans après la chirurgie	12 mois
Devise (année)	É.-U. (inconnue)	É.-U. (inconnue)
Taux d'actualisation	3 % pour les effets seulement	S/O
Coût différentiel	Entre 1 600 \$ et 1 800 \$	296,92 \$
Effet différentiel	Un an : AVAQ différentielle = 0,01 Année de vie différentielle = 0,004 Cinq ans : AVAQ différentielle = 0,09 Année de vie différentielle = 0,08	Taux d'abandon : TX = 15 % UC = 9 %
Estimation du rapport coût-efficacité	Un an : 16 415 \$/AVAQ 45 629 \$/année de vie Cinq ans : 2 609 \$/AVAQ 2 703 \$/année de vie	5 371 \$ par abandon supplémentaire
Incertitude (oui/non)	Non	S/O
Analyse de la sensibilité (oui/non)	Oui	S/O

Remarque. S/O = sans objet; TX = groupe intervention; UC = groupe de référence; * partiellement pertinent.

ANNEXE 6 : TABLEAU D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ

Question	Réponse (Oui, Non, S/O)	
	Slatore et coll. (2009)	Emmons et coll. (2005)*
Q1. La question était-elle bien circonscrite et posée d'une façon qui appelle une réponse?	Oui	Oui
Q2. Les solutions de rechange concurrentielles étaient-elles décrites de manière détaillée (c.-à-d. savons-vous qui a fait quelque chose à une autre personne, quand et combien de fois)?	Oui	Oui
Q3. L'efficacité du programme ou des services a-t-elle été établie?	Oui	Oui
Q4. Les coûts et les effets importants et pertinents de chacune des solutions de rechange ont-ils été identifiés?	Oui	Non
Q5. Les coûts et les effets ont-ils été mesurés de manière exacte à l'aide d'unités physiques (par exemple, heures de soins infirmiers, nombre de visites du médecin, jours de travail perdus, années de vie gagnée)?	Oui	Non
Q6. Les coûts et les effets sont-ils évalués de façon crédible?	Oui	Oui
Q7. Les coûts et les effets ont-ils été ajustés en fonction du calendrier différentiel?	Oui	S/O
Q8. Une analyse différentielle des coûts et des effets des solutions de rechange a-t-elle été réalisée?	Oui	Oui
Q9. A-t-on tenu compte de l'incertitude à l'égard des coûts et des effets estimés?	Non	Non
Q10. La présentation des résultats de l'étude et la discussion portant sur ceux-ci comportaient-elles tous les sujets de préoccupations des utilisateurs?	Oui	Oui

Remarque. S/O = sans objet; * partiellement pertinent

Revue rapide : ÉÉ des PLCT dans un contexte oncologique

ANNEXE 7 : ÉTUDE ADDITIONNELLE

Emmons et coll. (2005) ont mené un essai clinique randomisé afin d'évaluer l'impact des interventions de counseling téléphonique avec un pair sur le tabagisme auprès des survivants d'un cancer pédiatrique qui étaient des fumeurs actuels.²⁹ Les participants (N = 796) ont été assignés à : 1) une intervention de counseling téléphonique avec un pair (groupe intervention, N = 386); ou 2) une intervention d'auto-assistance (groupe de référence, N = 398). Les interventions ont été réalisées au téléphone. Chaque participant du groupe intervention a été jumelé à un compagnon-conseiller avec lequel il a collaboré tout au long de l'intervention. Quant au groupe de référence, les participants ont reçu une lettre soulignant l'importance de cesser de fumer. Le suivi auprès des patients a été effectué après huit mois et douze mois. Les auteurs ont réalisé une analyse coût/efficacité en empruntant la perspective du programme (incluant uniquement le coût du programme) à l'aide des données et ont exprimé les résultats en dollars américains.

Les cinq principaux types de cancer étaient la leucémie (26 %), la maladie de Hodgkin (18 %), la tumeur maligne du SNC (12 %), le lymphome non hodgkinien (11 %) et le cancer des os (11 %). L'âge moyen des participants était de 31 ans (\pm 6,7), et 53 % d'entre eux étaient des hommes. La plupart des participants étaient mariés/vivaient en cohabitation (44 %) ou n'avaient jamais été mariés (41 %). Environ 40 % des participants étaient titulaires d'un diplôme d'études secondaires ou postsecondaires. Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour était de 12 (variant entre 1 et 100). La plupart des participants en étaient à l'étape de la réflexion ou à celle de la préparation à cesser de fumer (43 % et 39 %, respectivement).

Après huit mois, le principal résultat était un taux d'abandon largement supérieur pour le groupe intervention comparativement au groupe de référence (16,8 % vs 8,5 %, $p < 0,01$) et 12 mois (15 % vs 9 %, $p \leq 0,01$). Le coût de la réalisation de l'intervention était de 298,17 \$ comparativement au coût de l'intervention d'auto-assistance de 1,25 \$. Après 12 mois, le RCED était de 5 371 \$ par abandon supplémentaire. Dans le cas de l'étude effectuée par Emmons et coll. (2005), celle-ci a obtenu « oui » six fois sur neuf-6/9 (67 %).

Cette étude comportait des limitations, principalement à l'égard de la quantité limitée de renseignements sur l'analyse du rapport coût-efficacité fournis puisqu'ils portaient principalement sur leur analyse préliminaire de l'efficacité. Cette étude n'a également pas rendu compte de l'analyse de la sensibilité et n'a pas défini clairement les coûts et les effets (à propos des éléments qu'ils avaient inclus). L'étude a omis de caractériser l'incertitude entourant les estimations du rapport coût-efficacité et n'a pas rapporté l'année de la devise, ce qui pourrait influencer sur le coût total et sur le coût différentiel. En outre, l'étude s'est penchée sur une seule perspective (le programme), excluant ainsi le coût et les avantages associés aux patients, aux membres de la famille et au système de soins de santé.

Cette étude a révélé un impact considérable de cette intervention à faible intensité et à faible coût pouvant être réalisée par la poste, par téléphone sans qu'il soit nécessaire d'entrer en contact direct avec les personnes atteintes d'un cancer.