

Recommandations sur les interventions comportementales de prévention et de traitement du tabagisme chez les enfants et adolescents d'âge scolaire

Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs*

■ Citation : *CMAJ* 27 février 2017;189:E310-16. doi : 10.1503/cmaj.161242

Balados du *CMAJ* : Entrevue (en anglais) avec les auteurs à l'adresse <https://soundcloud.com/cmajpodcasts/161242-guide>

*La liste complète des auteurs se trouve à la fin de l'article. La liste complète des membres actuels du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est accessible à l'adresse <https://canadiantaskforce.ca/a-propos-du-gecssp/membres/?lang=fr>

Au Canada, 18 % des jeunes ont essayé la cigarette, une moyenne qui va de 3 % chez les enfants de sixième année du primaire à 36 % chez les jeunes de cinquième secondaire¹. Une personne qui fume dès l'enfance ou l'adolescence a moins de chances de pouvoir arrêter qu'une personne qui débute plus tard². Des facteurs comme l'âge, le sexe, l'influence des amis et de la famille et l'environnement social comme l'école et la collectivité influent sur la décision d'un jeune de commencer à fumer³. Près de 90 % des fumeurs adultes ont fumé leur première cigarette avant l'âge de 18 ans⁴.

Les risques du tabac sur la santé sont bien établis⁵. En effet, la moitié des fumeurs réguliers mourra de façon prématurée, le plus souvent de maladies cardiovasculaires et respiratoires causées par la cigarette. L'usage du tabac est le précurseur de plus de 85 % des cas de cancer du poumon au Canada et est aussi lié aux autres cancers du système respiratoire, ainsi qu'à ceux de l'appareil digestif supérieur, de la vessie, de l'estomac, du rein, du pancréas et du col de l'utérus ainsi qu'à la leucémie^{5,6}.

En 2002, les coûts annuels du tabagisme au Canada, en soins de santé, pour l'application de la loi et en perte de productivité causée par l'invalidité et les décès prématurés, s'élevaient à environ 17 milliards de dollars⁷.

Portée

Cette ligne directrice formule des recommandations basées sur les données probantes relatives aux interventions comportementales de prévention et de traitement du tabagisme chez les enfants et les adolescents (5 à 18 ans). Il s'agit des premières recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) sur le sujet.

Cette ligne directrice ne traite pas de l'usage de produits du tabac sans fumée et de cigarettes électroniques. Bien que les enfants et

POINTS CLÉS

- Le tabagisme chez les enfants et les adolescents est un facteur potentiellement réversible de maladies à l'âge adulte, mais peu d'essais cliniques randomisés de qualité se sont intéressés aux bénéfices de la prévention et du traitement dans les milieux cliniques de soins primaires.
- Les données disponibles suggèrent que dispenser des informations et conseils brefs peut contribuer à prévenir et traiter le tabagisme chez les enfants et les adolescents de 5 à 18 ans.
- Aucune étude ne s'est penchée sur les effets à long terme (à l'âge adulte) de la prévention et du traitement du tabagisme chez les enfants et les adolescents.
- Les caractéristiques des interventions de prévention et de traitement cernées dans la recherche documentaire varient considérablement.

adolescents qui expérimentent avec la cigarette électronique soient de plus en plus nombreux, et 1 jeune sur 5 entre 15 et 19 ans l'a essayé⁸, les interventions visant l'abandon du tabagisme à l'aide de la cigarette électronique n'ont pas été prises en considération, parce qu'aucun type de cigarette électronique n'a été approuvé pour utilisation par les enfants ou les adolescents au Canada.

Méthodologie

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) est un groupe indépendant de cliniciens et de spécialistes de la méthodologie qui formule des recommandations sur la prévention primaire et secondaire dans le cadre des soins primaires (www.canadiantaskforce.ca). L'élaboration de cette ligne directrice a été dirigée par 4 membres du GECSSP avec le concours du personnel de l'Agence de la santé publique du Canada. Ce

groupe de travail a établi des questions de recherche clés et contextuelles, des issues cliniques importantes pour les patients et un cadre analytique (annexe 1, www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.161242/-/DC1).

Le GECSSP a demandé au Centre d'étude et de synthèse des données probantes de l'Université McMaster de concevoir et d'effectuer un examen systématique indépendant des données probantes sur les bénéfices et les préjudices associés aux interventions non pharmacologiques (comportementales, alternatives ou complémentaires) pertinentes aux milieux canadiens de soins primaires. Cette revue systématique a évalué si les interventions aident les enfants et adolescents d'âge scolaire à éviter (prévention) et à abandonner (traitement) la cigarette et réduisent le tabagisme à l'âge adulte. La revue systématique avait aussi pour but de cerner les préjudices associés à ces interventions.

Les études incluses dans la revue systématique rapportaient les interventions concernant l'utilisation de produits du tabac combustibles (surtout la cigarette), et non de produits du tabac sans fumée ni de cigarettes électroniques. Les interventions pharmacologiques (médicaments ou thérapies de remplacement de la nicotine) et la cigarette électronique visant l'abandon du tabagisme n'ont pas été prises en considération parce qu'aucune n'a été approuvée pour utilisation chez les enfants ou les adolescents au Canada.

La recherche documentaire s'est appuyée sur une revue systématique de 2012, du United States Preventive Services Task Force (USPSTF) sur ce sujet (annexe 2, www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.161242/-/DC1)⁹, dont la cote AMSTAR (outil de mesure pour l'évaluation des revues systématiques) était de 10/11 pour la qualité méthodologique¹⁰. Le groupe d'étude américain a effectué une recherche dans MEDLINE, PsycINFO, le Cochrane Central Register of Controlled Trials, la base de données de revues systématiques de Cochrane, PubMed et la Database of Abstracts of Reviews of Effects pour recenser les études en langue anglaise portant sur les interventions de prévention publiées entre le 1^{er} janvier 2002 et le 14 septembre 2012 et les études sur les interventions d'abandon du tabagisme publiées entre le 1^{er} janvier 2009 et le 14 septembre 2012. La recherche concernant les études sur les traitements comportementaux s'est limitée aux essais contrôlés randomisés (ECR).

Le GECSSP a mis à jour la recherche du USPSTF en y ajoutant la période du 30 janvier 2012 au 15 avril 2015; il a utilisé les mêmes bases de données en ajoutant Embase et en incluant les références en anglais et en français. Le GECSSP a aussi effectué une recherche distincte concernant les préjudices associés au traitement du tabagisme (les préjudices associés aux interventions de prévention n'ont pas été examinés) dans ces mêmes bases de données et en utilisant les mêmes dates que les autres recherches, mais sans s'imposer de restrictions quant au devis des études. Une recherche manuelle dans des revues systématiques récentes sur le sujet a aussi été effectuée afin de dénicher les études originales pertinentes que la recherche dans les bases de données n'aurait pas retracées. Neuf ECR ont été inclus (annexe 3, www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.161242/-/DC1). Le protocole de recherche¹¹ complet et la revue systématique¹² peuvent être consultés au/<https://canadiantaskforce.ca/?lang=fr>.

Les interventions ont été classées par niveau d'intensité : faible (brève consultation avec un professionnel de la santé ou remise de documents d'information) ou élevé (au moins 2 consultations, peu

importe la durée, avec un professionnel de la santé ou une longue séance comme un atelier d'une demi-journée ou d'une journée complète). Les issues cliniques significatives pour les patients qui ont été considérées critiques par le groupe de travail comprenaient l'incidence du tabagisme (pour la prévention), l'abandon du tabac (pour le traitement) et la prévalence de l'utilisation de la cigarette à l'âge adulte (pour la prévention et traitement). Les effets indésirables, comme l'anxiété et l'inconfort, ont été considérés comme importants (pour le traitement).

Le système GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)¹³ a servi à déterminer la qualité des données probantes et la force des recommandations (encadré 1). La méthodologie détaillée est présentée à l'annexe 4 (www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.161242/-/DC1).

Même si, selon la méthodologie du GECSSP, les issues cliniques pertinentes doivent être priorisées à la fois par les patients (en l'occurrence les jeunes ou leurs parents) et les membres du groupe de travail, seules les issues cliniques priorisées dans la revue systématique de 2012 du USPSTF ont été prises en considération⁹. Nous

Encadré 1 : Cotation des recommandations

Les recommandations sont jugées conformément au système GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)¹³. Le système GRADE propose 2 niveaux de recommandation — forte ou faible — qui sont basés sur la qualité des données probantes à l'appui; le degré d'incertitude au sujet de l'équilibre entre les effets voulus et les effets indésirables; le degré d'incertitude ou de variabilité en ce qui a trait aux valeurs et aux préférences des patients et le degré d'incertitude à savoir si l'intervention représente une utilisation judicieuse des ressources.

Les recommandations fortes sont celles pour lesquelles le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est convaincu que les effets désirables d'une intervention l'emportent sur les effets indésirables (recommandation forte en faveur d'une intervention) ou que les effets indésirables d'une intervention l'emportent sur les effets désirables (recommandation forte à l'encontre d'une intervention). Une recommandation forte sous-entend que la plupart des personnes profiteront des mesures recommandées.

Les recommandations faibles sont celles dont les effets désirables l'emportent probablement sur les effets indésirables (recommandation faible en faveur d'une intervention) ou dont les effets indésirables l'emportent probablement sur les effets désirables (recommandation faible à l'encontre d'une intervention), mais, dans les 2 cas, une incertitude notable est observée. Les recommandations faibles sont le résultat d'un équilibre précaire entre les effets désirables et les effets indésirables, de la faible qualité des données probantes et de la variabilité accrue des valeurs et des préférences des patients. Une recommandation faible sous-entend que la majorité des personnes voudront suivre la recommandation telle que formulée, mais que certains ne voudront pas. Les cliniciens doivent reconnaître que différentes options peuvent être appropriées et qu'ils doivent aider chaque individu à prendre une décision de prise en charge cadrant bien avec ses valeurs et ses préférences. L'élaboration d'une politique nécessitera un débat de fond et la participation de diverses parties prenantes.

La qualité des données probantes est jugée « élevée », « moyenne », « faible » ou « très faible », en fonction de la probabilité que les recherches futures modifient la confiance du Groupe d'étude canadien quant à l'estimation des effets.

n'avons pas fait de revue systématique complète des données probantes relatives aux préférences ou aux valeurs des parents. Les préférences des jeunes et des cliniciens n'ont pas été examinées en raison de ressources limitées. Conformément à la méthodologie du GECSSP (Protocole de participation du patient), nous avons recueilli de l'information sur les préférences et valeurs des parents quant au tabagisme, à la prévention et au traitement chez leurs enfants¹⁴.

Nous avons suivi un processus rigoureux d'essai de convivialité (entretiens, groupes de discussion et sondages) afin d'élaborer des outils d'application des connaissances à l'intention des divers groupes d'utilisateurs finaux (cliniciens et parents) pour accompagner cette ligne directrice (renseignements [en anglais] : http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/12/procedural-manual-en_2014_Archived.pdf). Cette ligne directrice a été examinée et approuvée par tous les membres du GECSSP et a été soumise à l'examen externe de parties prenantes et d'experts. L'outil FACE (faisabilité, acceptabilité, coûts et équité en matière de santé) a été utilisé auprès des parties prenantes organisationnelles pour connaître leur point de vue sur la priorité, la faisabilité, l'acceptabilité, les coûts et l'équité des recommandations (il est possible de demander aux auteurs une description de l'outil FACE).

Recommandations

L'encadré 2 fait la synthèse des recommandations. Les tableaux décisionnels GRADE pour les recommandations se trouvent à l'annexe 5 (www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.161242/-/DC1). Les recommandations se fondent sur l'évaluation qu'a faite le GECSSP de la fiabilité et de la qualité des données probantes tirées des ECR sur les interventions comportementales (p. ex. information et consultation) utilisées dans les milieux cliniques de soins primaires. Aucune donnée n'a été trouvée concernant les interventions alternatives ou complémentaires.

Prévention

Nous recommandons de questionner les enfants et les adolescents (5 à 18 ans) sur leur statut tabagique ou questionner leurs parents à ce sujet et de leur donner, s'il y a lieu, des renseignements et conseils brefs lors de consultations pour soins primaires afin de prévenir le tabagisme chez les enfants et les adolescents (recommandation faible, données probantes de faible qualité).

La revue systématique¹² a relevé 7 ECR¹⁵⁻²¹ qui ont évalué des interventions pour prévenir le tabagisme chez les enfants et les adolescents qui n'ont jamais fumé la cigarette ou prévenir une nouvelle initiation chez les enfants et les adolescents qui ont déjà essayé la cigarette il y a plus de 30 jours. Les enfants et adolescents choisis aléatoirement pour les interventions comportementales de prévention étaient 18 % moins enclins que ceux des groupes témoins à essayer la cigarette immédiatement après l'intervention ou, dans l'une des études, dans les 3 mois après l'intervention ($n = 15\ 545$; risque relatif [RR] 0,82, intervalle de confiance [IC] de 95 % 0,72–0,94; $I^2 = 26\%$). La réduction du risque absolu était de 1,92 % (2 enfants sur 100; 9 % dans les groupes d'intervention, 11 % dans les groupes témoins). Il fallait traiter 52 enfants pour en empêcher 1 d'essayer la cigarette (IC de 95 % 33–161). Les résultats étaient similaires pour les enfants

de 5 à 12 ans (3 ECR, $n = 3648$; RR 0,69, IC de 95 % 0,48–0,98; $I^2 = 0\%$) et les adolescents de 13 à 18 ans (6 ECR, $n = 11\ 898$; RR 0,87, IC de 95 % 0,78–0,96; $I^2 = 6\%$). Aucun essai n'a évalué les effets à long terme des interventions sur le tabagisme à l'âge adulte.

Les caractéristiques des interventions variaient considérablement entre les essais portant sur la prévention¹². Certaines interventions ne prévoyaient aucune interaction en personne (p. ex. information envoyée par la poste) et d'autres exigeaient des rencontres d'un maximum de 70 minutes avec un professionnel de la santé. Certaines visaient seulement les enfants ou les adolescents, d'autres toute la famille. Elles combinaient, de manières diverses, information, avis, éducation et consultations et duraient entre 6 et 36 mois (les diverses composantes de l'intervention étant dispensées à des moments différents). Même si quelques études se sont penchées sur d'autres types de milieux que celui des soins primaires, le GECSSP considérait que les interventions pouvaient s'appliquer aux milieux cliniques de soins primaires (annexe 3). Les effets pour la prévention d'un premier ou d'un second essai de la cigarette étaient similaires pour les interventions à faible intensité (3 ECR, $n = 5146$; RR 0,75, IC de 95 % 0,61–0,92; $I^2 = 7\%$) et celles à intensité élevée (4 ECR, $n = 10\ 399$; RR 0,88, IC 95 % 0,77–1,02; $I^2 = 12\%$).

Encadré 2 : Synthèse des recommandations à l'intention des cliniciens et des responsables des politiques

Prévention

Nous recommandons de questionner les enfants et les adolescents (5 à 18 ans) sur leur statut tabagique ou questionner leurs parents à ce sujet et de leur donner, s'il y a lieu, de l'information et des conseils brefs lors de consultations† pour soins primaires afin de prévenir le tabagisme chez les enfants et les adolescents (recommandation faible, données probantes de faible qualité).*

Cette recommandation visant les interventions de prévention s'applique aux enfants et aux adolescents de 5 à 18 ans qui ne fument pas actuellement, qu'ils n'aient jamais fumé ou qu'ils soient d'anciens fumeurs, et qui n'ont pas de troubles cognitifs, de problèmes de santé mentale ou physique, ni d'antécédents d'abus d'alcool ou de drogues.

Traitement

Nous recommandons de questionner les enfants et les adolescents (5 à 18 ans) sur leur statut tabagique ou questionner leurs parents à ce sujet et de leur donner, s'il y a lieu, de l'information et des conseils brefs lors de consultations† pour soins primaires afin de traiter le tabagisme chez les enfants et les adolescents (recommandation faible, données probantes de faible qualité).*

Cette recommandation visant les interventions de traitement s'applique aux enfants et aux adolescents de 5 à 18 ans qui ont fumé la cigarette dans les 30 derniers jours et qui n'ont pas de troubles cognitifs, de problèmes de santé mentale ou physique, ni d'antécédents d'abus d'alcool ou de drogues.

*La durée de l'interaction avec le clinicien en soins primaires est d'un maximum de 5 minutes. L'interaction prend la forme d'une communication verbale concernant les opinions et croyances du patient, les risques de tabagisme et les stratégies pour contrer l'influence des pairs. Le clinicien peut aussi envisager de remettre des documents papier ou électroniques (brochures, bulletins d'information et logiciels interactifs).

†Les consultations pour soins primaires pertinentes comprennent des consultations prévues pour surveillance médicale, des visites de vaccination, des visites pour renouvellement d'une prescription, des consultations pour soins épisodiques ou en cas de maladie aiguë et toute autre consultation que le professionnel en soins primaires juge appropriée. Les consultations pour soins primaires ont lieu dans des milieux de soins primaires, y compris ceux se trouvant à l'extérieur du cabinet d'un médecin (p. ex. infirmières en santé publique qui effectuent des visites pour bilan de santé en milieu communautaire).

Le Centre d'étude et de synthèse des données probantes a déterminé que les données sur les interventions de prévention du tabagisme chez les enfants et les adolescents étaient de qualité moyenne. Or, le plus vaste essai pris en considération (7500 participants et plus de 900 cas) n'a pas remarqué d'effets cliniquement ou statistiquement significatifs, et ce, même avec l'intervention à intensité élevée (RR 0,95, IC 95 % 0,84– 1,07)¹⁸. Les 4 essais avec le moins d'événements d'initiation au total ont vu les effets les plus importants^{15,16,20,21}. Selon le GECSSP, un nouvel essai suffisamment puissant, pourrait estimer que l'effet n'est pas significatif sur le plan statistique s'il n'observe pas de diminution importante du risque. Par ailleurs, un essai similaire pourrait aussi faire augmenter la force des données probantes et de la recommandation s'il observe une diminution importante du risque. Cela étant dit, et comme aucune donnée probante n'était disponible sur le tabagisme à l'âge adulte, le GECSSP a établi que la qualité globale des données probantes relatives à la recommandation sur la prévention était faible.

Traitement

Nous recommandons de questionner les enfants et les adolescents (5 à 18 ans) sur leur statut tabagique ou questionner leurs parents à ce sujet et de leur donner, s'il y a lieu, de l'information et des conseils brefs lors de consultations pour soins primaires afin de traiter le tabagisme chez les enfants et les adolescents (recommandation faible, données probantes de faible qualité).

La revue systématique¹² a ciblé 3 ECR^{17,20,21} qui ont étudié des interventions comportementales d'abandon du tabagisme chez des adolescents de 13 ans et plus se disant fumeurs. Les 3 essais définissaient le mot « fumeur » de manière différente : avoir fumé au moins une cigarette dans les 30 derniers jours, fumer « régulièrement » ou « occasionnellement », ou fumer « plus d'une fois par semaine ». Par rapport aux témoins, les jeunes qui ont pris part à ces interventions étaient 34 % plus susceptibles d'affirmer avoir arrêté de fumer immédiatement après l'intervention et, dans un des essais, dans les 3 mois suivant l'intervention (RR 1,34, IC de 95 % 1,05–1,69; $I^2 = 0$ %). La réduction absolue du tabagisme était de 8 % des participants (8 jeunes sur 100; 32 % ont arrêté de fumer dans les groupes d'intervention et 24 % dans les groupes témoins). Il fallait traiter 13 adolescents pour en amener 1 à cesser de fumer (IC de 95 % 6–77). Le seul essai qui examinait les effets des interventions en fonction de la catégorie de fumeur a observé des bénéfices chez les adolescents « fumeurs réguliers » ($n = 448$; RR 2,06, 95 % d'IC 1,40– 3,04), mais pas chez les fumeurs « expérimentaux » ($n = 140$; RR 0,91, IC de 95 % 0,65–1,29)¹⁷.

À l'instar des interventions de prévention, les caractéristiques des interventions de traitement étaient considérablement différentes d'un ECR à l'autre¹². Aucun essai ne s'est penché sur les préjudices associés aux traitements ni sur le tabagisme à l'âge adulte. Aucun ECR n'a été effectué sur des interventions d'arrêt du tabagisme auprès d'enfants de 5 à 12 ans, ce qui cadre avec la faible prévalence du tabagisme dans ce groupe d'âge.

Le Centre d'étude et de synthèse des données probantes a déterminé que les données probantes concernant les interventions d'arrêt du tabagisme chez les adolescents étaient de qualité moyenne. Par contre, pour les 3 essais, le risque de biais était ambigu ou

élevé, et l'IC de 95 % pour l'estimation globale des bénéfices du traitement variait d'un effet minimal à très grand (entre 5 % et 69 % des participants ont arrêté de fumer). Selon le GECSSP, un nouvel essai, suffisamment puissant, pourrait, dans ce contexte, faire changer considérablement l'estimation des effets. Pour cette raison, et parce qu'aucune donnée n'a été trouvée sur la prévalence du tabagisme à l'âge adulte ni sur les préjudices associés aux traitements, le GECSSP a établi que la qualité globale des données probantes relatives à la recommandation sur le traitement était faible.

Justification

Le Groupe d'étude est d'avis que les recommandations en faveur des interventions comportementales à faible intensité de prévention et de traitement du tabagisme chez les enfants et les adolescents (5 à 18 ans) sont justifiées pour les raisons suivantes : la diminution modérée potentielle de l'adoption du tabagisme, la légère augmentation de la probabilité que les jeunes cessent de fumer, l'ampleur similaire des effets qu'ont les interventions à intensité faible et élevée, la forte probabilité que les préjudices associés aux interventions de prévention et de traitement soient minimes et le fait que les parties prenantes jugent les interventions importantes et acceptables.

Les recommandations relatives à la prévention et au traitement se fondent sur peu de données probantes. Elles sont donc faibles, car il y a peu de certitude que les données probantes illustrent les effets réels des interventions comportementales de prévention et de traitement du tabagisme et que les bénéfices, s'il y en a, seraient maintenus ou auraient des retombées à long terme sur la santé.

Considérations relatives à la mise en œuvre

Dans les milieux cliniques de soins primaires, les cliniciens (médecins de famille et personnel infirmier) suivent des procédures ou orientations pour évaluer le risque de tabagisme ou le statut tabagique des enfants et des adolescents. S'ils déterminent qu'une intervention de prévention ou de traitement pourrait être nécessaire, les professionnels en soins primaires devraient demander à l'enfant ou à l'adolescent s'il voudrait avoir une petite discussion qui pourrait l'empêcher d'essayer la cigarette ou l'aider à arrêter de fumer ou interroger ses parents ou tuteurs à ce sujet.

Une recommandation faible sous-entend que la majorité des enfants et adolescents et leurs parents ou tuteurs voudront suivre les mesures recommandées, mais que certains ne voudront pas (encadré 1). Les cliniciens doivent aider chaque enfant, adolescent ou famille à prendre une décision selon ses valeurs et préférences. Ceux qui craignent qu'un enfant ou un adolescent commence à fumer, veulent augmenter légèrement les chances qu'il ne le fasse pas ou qu'il cesse de fumer à court terme grâce à une intervention et ne sont pas préoccupés par le manque de données probantes sur la réduction du risque de tabagisme à l'âge adulte pourraient décider de participer à une intervention. Inversement, un parent pourrait refuser de participer compte tenu du manque de données probantes ou si le risque que son enfant fume est faible.

Les professionnels en soins primaires devraient offrir aux personnes qui acceptent une intervention des informations et conseils brefs lors de consultations pour soins primaires. Les professionnels en soins primaires qui peuvent réaliser l'intervention

sont les médecins de famille, le personnel infirmier ou tout autre membre qualifié de l'équipe de soins de santé. La prestation d'information et de conseils brefs est définie comme une communication verbale d'environ 5 minutes servant à discuter des opinions et croyances du patient, des risques de tabagisme et des stratégies pour contrer l'influence des pairs. Remettre des documents imprimés ou électroniques (brochures, bulletins d'information et logiciels interactifs) peut aussi faire partie de l'intervention. Cette dernière peut avoir lieu pendant les consultations suivantes en soins primaires : les consultations prévues pour surveillance médicale, les visites de vaccination, les visites pour renouvellement d'une prescription, les consultations pour soins épisodiques ou en cas de maladie aiguë et toute autre consultation au cours de laquelle le professionnel en soins primaires juge pertinent de le faire. Les consultations pour soins primaires ont lieu dans des milieux cliniques de soins primaires, y compris

ceux se trouvant à l'extérieur du cabinet d'un médecin (p. ex. les infirmières en santé publique qui effectuent des visites de bilan de santé dans un établissement communautaire).

Le GECSSP a créé un outil pour aider les professionnels en soins de santé à interpréter ces recommandations pour les patients et leur famille (<http://canadiantaskforce.ca/tools-resources/tabagisme-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=fr>).

Le GECSSP a demandé l'avis, à titre de non-spécialistes, des parties prenantes organisationnelles et professionnelles en soins de santé qui ont participé au processus d'examen externe, et ces derniers croient que les recommandations sont réalisables, acceptables et abordables et qu'elles pourraient s'attaquer aux iniquités en matière de santé. Le GECSSP reconnaît que certaines personnes qui risquent de fumer n'auront pas accès à des soins de santé primaire, un élément que devront prendre en considération les responsables des politiques.

Tableau 1 : Sommaire des recommandations sur les interventions comportementales et pharmacologiques pour la prévention et le traitement du tabagisme chez les enfants et les adolescents au Canada et ailleurs

Organisation	Recommandation	
	Prévention du tabagisme	Traitement du tabagisme
Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (en vigueur)	Poser des questions sur l'état tabagique et offrir, s'il y a lieu, de l'information et des conseils brefs lors de consultations pour soins primaires afin de prévenir le tabagisme chez les enfants et les adolescents (5 à 18 ans).	Poser des questions sur l'état tabagique et offrir, s'il y a lieu, des informations et des conseils brefs lors de consultations pour soins primaires afin de traiter le tabagisme chez les enfants et les adolescents (5 à 18 ans).
Société canadienne de pédiatrie (2016) ^{23,24}	Poser des questions aux enfants, adolescents et familles sur l'état tabagique et l'exposition au tabac et fournir des renseignements et conseils appropriés à l'âge de l'enfant ou de l'adolescent afin de prévenir l'adoption du tabagisme dans le cadre des soins de santé courants.	Offrir des conseils pour arrêter de fumer. Se tenir informé de la recherche effectuée sur les interventions pharmaceutiques d'abandon du tabagisme pour les adolescents et les adultes et prescrire, comme indiqué, des médicaments efficaces en combinaison avec la prestation de conseils.
United-States Preventive Services Task Force (2013) ²⁵	Fournir des interventions (éducation ou conseils brefs) pour prévenir l'adoption du tabagisme chez les enfants et les adolescents d'âge scolaire.	Aucune recommandation n'a été faite en faveur d'un traitement ou à l'encontre d'un traitement.
Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique (CAN-ADAPTT) (2011) ²⁶	Recueillir régulièrement de l'information sur l'état tabagique. Fournir des conseils qui incitent les enfants et les adolescents à ne pas fumer.	Fournir des conseils qui incitent les enfants et les adolescents fumeurs à abandonner la cigarette.
American Academy of Pediatrics (2009) ²⁷	Dépister l'état tabagique et l'exposition à la fumée de cigarette. Informer, lors de la plupart des consultations, les enfants et les parents des dangers du tabac.	Conseiller les fumeurs sur les stratégies et ressources pour cesser de fumer lors de la plupart des consultations.
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande (2014) ²⁸	Aucune recommandation	S'informer sur l'état tabagique des gens et consigner les réponses. Donner des conseils brefs à chaque fumeur pour l'aider à arrêter la cigarette. Encourager fortement chaque fumeur à utiliser du soutien pour l'abandon du tabac (le plus efficace est une combinaison de soutien comportemental et de médicaments contre le tabagisme) et lui offrir de l'aider à avoir accès à ce soutien. Orienter toutes les personnes qui acceptent l'intervention vers du soutien pour l'abandon du tabac ou leur offrir ce soutien.
US Institute for Clinical Systems Improvement (2013) ²⁹	Évaluer l'état tabagique de tous les patients et réévaluer cet état à chaque occasion qui se présente. Encourager les non-fumeurs à continuer d'éviter les produits du tabac.	Recommander des services continus d'abandon du tabac à tous les fumeurs.

Valeurs et préférences

Afin d'évaluer les perceptions parentales concernant les recommandations préliminaires sur la prévention et le traitement, le GECSSP a recruté des personnes ayant des enfants et des adolescents d'âge scolaire (fumeurs et non-fumeurs) qui ont participé à un groupe de discussion ($n = 10$) ou répondu à un sondage subséquent ($n = 13$)¹⁴. Dans l'ensemble, les parents ont convenu de l'importance des interventions de prévention et de traitement, mais ils ont dit vouloir être informés des composantes des interventions offertes. Certains parents se demandaient si les milieux cliniques de soins primaires étaient le meilleur endroit pour les interventions comportementales compte tenu du temps et de l'expertise requis ainsi que de la prestation d'interventions similaires dans d'autres milieux ou offertes par d'autres intervenants comme des pairs ou des éducateurs à la santé.

Mesures de performance suggérées

Le Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures observe, depuis 2013, la prévalence annuelle du tabagisme quotidien chez les jeunes canadiens de 15 à 19 ans²². Suivre l'évolution de cet indicateur au fil des ans pourrait aider à évaluer l'application de cette ligne directrice et ses bénéfices potentiels. Cependant, cet indicateur est restreint par le fait qu'il n'est pas possible de déterminer les raisons de l'évolution de cette prévalence.

Incidences économiques

Lors de l'élaboration de la présente ligne directrice, le GECSSP n'a pas examiné les données probantes concernant les incidences économiques des interventions. Cependant, les interventions comportementales à faible intensité pour la prévention et le traitement du tabagisme, comme la prestation d'information et de conseils brefs, auraient probablement peu d'incidences sur les ressources.

Autres lignes directrices

Cette ligne directrice s'inscrit dans la logique de celles de la plupart des organismes canadiens et internationaux (à l'exception du ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande) qui recommandent la prestation d'interventions préventives contre le tabagisme. De même, toutes les organisations ciblées recommandent les interventions comportementales pour traiter le tabagisme chez les enfants et les adolescents. La seule organisation qui n'a pas abordé la question du traitement contre le tabagisme pour ce groupe d'âge est le USPSTF (Tableau 1).

Lacunes dans l'état des connaissances

Le tabagisme est un générateur potentiellement réversible de maladie et de coûts liés aux soins de santé, mais peu d'ECR de qualité se sont penchés sur les bénéfices à court et à long terme des interventions comportementales de prévention et de traitement chez les enfants et les adolescents dans les milieux cliniques de soins primaires. La recherche doit être poussée afin d'établir les caractéristiques les plus efficaces des interventions de prévention et d'abandon du tabagisme, y compris des facteurs comme le type de

conseils offerts, la durée de l'intervention, le type de fournisseur de soins et la durée du contact requise. Aucune donnée concluante n'indique si la cigarette électronique pourrait avoir des effets néfastes ni si elle pourrait être utilisée dans le cadre des interventions d'abandon du tabagisme pour les adultes ou les jeunes⁸. Cette question devrait être une priorité de recherche.

Il faut aussi de meilleures données sur les valeurs et les préférences des enfants et des adolescents quant aux interventions de prévention et de traitement. Cette recherche devrait s'inscrire dans les grandes priorités des chercheurs, des bailleurs de fonds pour la recherche et des responsables des politiques. Le tabagisme a tendance à toucher les jeunes qui ont des problèmes de consommation d'alcool ou de toxicomanie ou qui ont des problèmes de santé mentale. Or, à cause de ces caractéristiques, les interventions pourraient avoir des effets différents sur ces jeunes. Il est donc nécessaire de poursuivre la recherche afin d'évaluer les bénéfices et les préjudices associés aux interventions de prévention et de traitement chez les populations à risque.

Conclusion

Les données probantes suggèrent que des interventions comportementales à faible intensité dont le but est d'offrir des informations et des conseils brefs pourraient aider à prévenir et à traiter le tabagisme chez les enfants et les adolescents. Le GECSSP recommande donc aux professionnels en soins primaires d'envisager d'offrir de telles interventions aux enfants et aux adolescents de 5 à 18 ans.

Références

1. Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey: detailed tables for 2014–15. Ottawa: Government of Canada; 2016. [En ligne]. Accessible ici : <http://healthycanadians.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/cstads-ectade/tables-tableaux-2014-15-eng.php> (consulté le 18 oct. 2016).
2. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health* 1996;86:214-20.
3. Leatherdale ST, Manske S. The relationship between student smoking in the school environment and smoking onset in elementary school students. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14:1762-5.
4. Youth and tobacco use. Atlanta: US Centers for Disease Control and Prevention; 2016. [En ligne]. Accessible ici : www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/ (consulté le 18 oct. 2016).
5. *The health consequences of smoking — 50 years of progress: a report of the Surgeon General, 2014*. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2014. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/> (consulté le 18 oct. 2016).
6. Smoking and your body: health effects of smoking. Ottawa: Health Canada; 2011. [En ligne]. Accessible ici : www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/body-corps/index-eng.php (consulté le 18 oct. 2016).
7. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, et al. The costs of substance abuse in Canada 2002: highlights. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2006. [En ligne]. Accessible ici : www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011332-2006.pdf (consulté le 18 oct. 2016).
8. Czoli CD, Reid JL, Rynard VL, et al. *Tobacco use in Canada: patterns and trends. Special supplement: e-cigarettes in Canada*. Waterloo (ON): Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2015. [En ligne]. Accessible ici : <https://uwaterloo.ca/tobacco-use-canada> (consulté le 18 oct. 2016).
9. Patnode CD, O'Connor E, Whitlock EP, et al. Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2013;158:253-60.
10. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.

11. Peirson L, Kenny M, Ali MU, et al. Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: protocol for updating a systematic review and meta-analysis. Hamilton (ON): McMaster University; 2015. [En ligne]. Accessible ici : <http://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/05/ctfphctobaccoprotocol150331.pdf> (consulté le 18 oct. 2016).
12. Peirson L, Ali MU, Kenny M, et al. Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2016;85:20-31.
13. Schünemann H, Brozek J, Guyatt G, et al., eds. *GRADE handbook*. The GRADE Working Group; 2009. [En ligne]. Accessible ici : <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html#h.17zdc2r2pkkyf> (consulté le 18 oct. 2016).
14. Bashir NY, Mascarenhas A, Sayal R, et al. *Patient preferences for tobacco smoking prevention and cessation guideline recommendations*. Toronto: Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital; 2016.
15. Fidler W, Lambert TW. A prescription for health: a primary care-based intervention to maintain the non-smoking status of young people. *Tob Control* 2001;10:23-6.
16. Hiemstra M, Ringlever L, Otten R, et al. Long-term effects of a home-based smoking prevention program on smoking initiation: a cluster randomized controlled trial. *Prev Med* 2014;60:65-70.
17. Hollis JF, Polen MR, Whitlock EP, et al. Teen reach: outcomes from a randomized, controlled trial of a tobacco reduction program for teens seen in primary medical care. *Pediatrics* 2005;115:981-9.
18. Hovell MF, Slymen DJ, Jones JA, et al. An adolescent tobacco-use prevention trial in orthodontic offices. *Am J Public Health* 1996;86:1760-6.
19. Kentala J, Utriainen P, Pahkala K, et al. Can brief intervention through community dental care have an effect on adolescent smoking? *Prev Med* 1999;29:107-11.
20. Pbert L, Flint AJ, Fletcher K, et al. Effect of a pediatric practice-based smoking prevention and cessation intervention for adolescents: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2008;121:e738-47.
21. Redding CA, Prochaska JO, Armstrong K, et al. Randomized trial outcomes of a TTM-tailored condom use and smoking intervention in urban adolescent females. *Health Educ Res* 2015;30:162-78.
22. Chronic Disease and Injury Indicator Framework. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2015. [En ligne]. Accessible ici : <http://infobase.phac-aspc.gc.ca/cdiif/> (consulté le 18 oct. 2016).
23. Harvey J, Chadi N. Preventing smoking in children and adolescents: recommendations for practice and policy. Ottawa: Canadian Paediatric Society; 2016. [En ligne]. Accessible ici : www.cps.ca/en/documents/position/preventing-smoking (consulté le 18 oct. 2016).
24. Harvey J, Chadi N. Strategies to promote smoking cessation among adolescents. *Paediatr Child Health* 2016;21:201-8.
25. Tobacco use in children and adolescents: primary care interventions. Rockville (MD): US Preventive Services Task Force; 2013. [En ligne]. Accessible ici : <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/tobacco-use-in-children-and-adolescents-primary-care-interventions> (consulté le 18 oct. 2016).
26. O'Loughlin J. CAN-ADAPTT Canadian smoking cessation guideline — specific populations: youth (children and adolescents). Toronto : Centre for Addiction and Mental Health; 2011. [En ligne]. Accessible ici : [https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Documents/Guideline/Youth%20\(Children%20and%20Adolescents\).pdf](https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPTT/Documents/Guideline/Youth%20(Children%20and%20Adolescents).pdf) (consulté le 10 févr. 2017).
27. Committee on Environmental Health; Committee on Substance Abuse. Committee on Adolescence; Committee on Native American Child Health. From the American Academy of Pediatrics: policy statement — Tobacco use: a pediatric disease. *Pediatrics* 2009;124:1474-87.
28. The New Zealand guidelines for helping people to stop smoking. Wellington (New Zealand): Ministry of Health; 2014. [En ligne]. Accessible ici : www.health.govt.nz/publication/new-zealand-guidelines-helping-people-stop-smoking (consulté le 18 oct. 2016).
29. Wilkinson J, Bass C, Diem S, et al. Preventive services for children and adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement; 2013. [En ligne]. Accessible ici : https://www.icsi.org/_asset/x1mnnv1/PrevServKids.pdf (consulté le 18 oct. 2016).

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

Auteurs : Brett D. Thombs Ph. D., Alejandra Jaramillo Garcia M.Sc., Dana Reid M.Sc., Kevin Pottie MD MCLSc, Patricia Parkin MD, Kate Morissette M.Sc., Marcello Tonelli MD M.Sc.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Affiliations : Institut Lady Davis de recherches médicales (Thombs), Hôpital général juif, Université McGill, Montréal (Qc); Agence de la santé publique du Canada (Jaramillo, Reid, Morissette); Département de médecine familiale, d'épidémiologie et de médecine communautaire (Pottie), Institut de recherche Bruyère, Université d'Ottawa, Ottawa (Ont.); Département de pédiatrie (Parkin), Université de Toronto, Toronto (Ont.); Département de médecine (Tonelli), Université de Calgary, Calgary (Alb.).

Collaborateurs : Brett Thombs, Alejandra Jaramillo Garcia, Dana Reid, Kevin Pottie, Patricia Parkin, Kate Morissette, Marcello Tonelli et les membres du Groupe d'étude qui ne font pas partie du groupe de travail sur la ligne directrice ont tous contribué considérablement à la formulation et à la conception de l'étude ainsi qu'à l'interprétation des données probantes et ont révisé la version préliminaire. Brett Thombs, Alejandra Jaramillo Garcia et Dana Reid ont contribué à l'analyse et à l'interprétation des données probantes et ont rédigé le manuscrit. Tous les auteurs ont donné leur approbation de la version à publier et ont accepté de se porter garants des travaux.

Financement : Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Le point de vue des organismes de financement n'a pas influencé le contenu de la ligne directrice. Les points de vue exprimés dans le présent article sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Remerciements : Les auteurs remercient les auteurs de l'examen des données probantes qui a servi de fondement à la présente ligne directrice (Leslea Peirson, Muhammad Usman Ali, Donna Fitzpatrick-Lewis, Meghan Kenny, Parminder Raina, Sharon Peck-Reid, Maureen Rice, Diana Sherifali et Rachel Warren du Centre d'étude et de synthèse des données scientifiques de l'Université McMaster); Michèle Tremblay, médecin conseil,

Institut national de santé publique du Québec; Jennifer O'Loughlin, professeure, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Université de Montréal et Chaire de recherche du Canada en déterminants précoces de la maladie chronique à l'âge adulte; Atul Kapur, chargé d'enseignement, Département de médecine d'urgence, Université d'Ottawa (Physicians for a Smoke Free Canada); Richard S. Stanwick, Autorité sanitaire de l'île de Vancouver (Société canadienne de pédiatrie); David Mowat, responsable scientifique principal, Santé de la population, Partenariat canadien contre le cancer; Theo J. Moraes, Hospital for Sick Children (Société canadienne de thoracologie); Pierre-Paul Tellier, professeur agrégé, Médecine familiale, Université McGill (Collège des médecins de famille du Canada); Sue Curry, doyenne, professeure distinguée de gestion et de politique sanitaires, College of Public Health, Université de l'Iowa; Donna Jepsen, représentante de la Colombie-Britannique au sein d'Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada; Michael K. Ong, Université de la Californie à Los Angeles et VA Greater Los Angeles Healthcare System, (American College of Physicians); April S. Elliott, chef, Division de la médecine de l'adolescence au Children's Hospital de l'Alberta et professeure agrégée de clinique, Département de pédiatrie, Université de Calgary; Catherine Donovan, professeure agrégée de clinique en santé publique, Université Memorial de Terre-Neuve (Association des facultés de médecine du Canada); Bill Callery, directeur, Programmes et échange du savoir, Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada; Peter Selby, professeur, Département de médecine familiale et communautaire et Département de psychiatrie, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, et clinicien-chercheur, Centre de toxicomanie et de santé mentale; Anne-Claude Bernard-Bonnin, professeure clinicienne en pédiatrie, CHU Sainte-Justine, Université de Montréal; Carrie Patnode, Kaiser Permanente Center for Health Research; Gilles Plourde, Unité sur l'innocuité des médicaments – bureau du directeur, Centre d'évaluation des produits radiopharmaceutiques et biotérapeutiques, Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques, Santé Canada; et Julie Greene et Susan Courage, Agence de la santé publique du Canada

Correspondance : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, in-fo@canadiantaskforce.ca