

Conférence de consensus

8 et 9 octobre 1998

Paris

Hôpital Pitié-Sapétrière
amphithéâtre Charcot

**arrêt de la
consommation du tabac**

- ☛ Biais d'organisation
- ☛ Biais d'analyse
- ☛ Conclusions contre-productives

l'organisation des conférences de consensus



promoteur

Thème
financement



comité d'organisation



public



jury



experts

Participe au
débat

Indépendant
multidisciplinaire
écoute, interroge
rédige

Exposent les
données
concernant une
question précise

Texte du consensus



*Le débat
démocratique*

*Le modèle
judiciaire*

*Le débat
scientifique*

Diffusion et mesures d'impact



conférence de consensus

arrêt de la consommation du tabac

promoteur

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS



comité d'organisation

Thomas
(cardiologue)
spécialistes
santé publique
méthodologistes



Jury

Legrain
(néphrologue)
12 membres
6 spécialistes
2 généralistes
1 psychologue
2 santé publique
1 journaliste

partenaires

administrations
institutions
sociétés savantes



Société française de
microcirculation
Association française
de thérapie
comportementale et
cognitive

financement

CPAM
ARC
Laboratoires



Bayer Pharma
Hoeschst-Houdé
Roche

groupe bibliographique
Pascal Mélihan-Cheinin
CNCT



experts

Lagrange
(tabacologue,
Henri-Mondor)



acupuncture
Castera

le leader d'opinion

Promoteur



**Comité
d'organisation**

☛ **Thomas**

(cardiologue)

☛ membres du comité
central de prévention du
tabagisme de l'AP-HP

Lagrué
néphrologue
spécialiste HTA
(Henri-Mondor)

28 textes d'experts,
intervient à 3 reprises



Jury

Legrain
(néphrologue)

groupe bibliographique
Pascal Mélihan-Cheinin
CNCT



Gilbert Lagrué

**Arrêter
de fumer ?**



- Concours Médical : une dizaine de publications sur le tabac dont 3 contre l'acupuncture.
- Publication de 2 essais négatifs d'acupuncture (1980 et 1991)
- Intervention rapport Recours

le débat scientifique ?

groupe bibliographique

Pascal Mélihan-Cheinin, chargé de mission
CNCT, Comité National contre le Tabagisme

30 lignes,
13 références citées (3 Lagrue),
3 méta-analyses,
2 études cliniques citées (1 Lagrue)

Force A :
**l'acupuncture a fait la preuve de son
inefficacité**

Les arnaques au sevrage

les méthodes proposées par ces centres (acupuncture, auriculothérapie, médecine douce, laser) n'offrent aucune validation reconnue.

Fraude, escroquerie, arnaque....

le débat scientifique ?

Lagrué

Étude clinique (Presse Médicale, 1991)

- ☛ un essai ouvert (sans contrôle)
- ☛ un catgut dans la conque de l'oreille (?)
- ☛ évaluation à trois mois : 30% d'arrêt

conclusion :

- ☛ ce sont les chiffres que l'on obtient habituellement avec les placebo,
- ☛ donc l'auriculothérapie est un placebo

Introduction au rapport d'expertise sur les traitements médicamenteux

- ☛ Dans les guidelines US
 - substituts nicotiques
 - thérapies comportementales
- ☛ Tout le reste est inefficace ou on n'en parle pas

"Méta-analyse" de Ter Riet

British Journal of General Practice, 1990
épidémiologiste hollandais

publication de base de toutes les recommandations sur
acupuncture et sevrage tabagique

1 biais dans la méthode annoncée

Ce n'est pas une méta-analyse mais une revue avec analyse de qualité méthodologique

2 biais sur le thème d'étude

ne porte pas sur le sevrage tabagique mais sur sevrage tabagique, sevrage alcoolique et sevrage des toxicomanes

3 biais dans les conclusions

15 essais contrôlés en acupuncture (tabac)

- La méthodologie des essais est médiocre,
- les essais négatifs (12) sont de loin plus nombreux que les positifs (3),
- la méthodologie des essais négatifs est moins mauvaise (50 pts sur 100) que les essais positifs (30 pts sur 100).

♥ donc l'acupuncture est inefficace

4 biais dans l'inclusion des études

2 études non randomisées (MacHovec 1978, Hackett 1984)

3 études avec moins de 30 sujets par groupe (Parker, 1977, Gillams, 1984, Lamontagne, 1980)

1 étude négative non publiée (Tschopp)

5 biais dans le rapport des études

2 études non correctement rapportées nombre de sujets > 50 (Lacroix, 1977, Clavel 1985)

6 biais dans l'interprétation des résultats des études

3 études sont données comme négatives alors que les résultats sont identiques au traitement de référence :

gomme nicotine (Clavel, 1985)

thérapie comportementale (Cottraux, 1983)

Les ECR en acupuncture

Évaluation externe
*l'acupuncture est-elle efficace
dans le sevrage tabagique ?*

A- vs contrôle
sans traitement (liste
d'attente)

Effet spécifique

D- vs fausse
acupuncture
point non
spécifique ou non
point

B- vs traitement de
référence :
- substituts nicotiniques
- thérapies
comportementales

**Effet non
spécifique**

Effet placebo

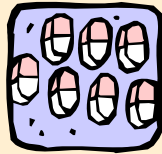
C- vs fausse
intervention
ex: faux laser

Évaluation interne
quel est le protocole le plus approprié ?

*Identifier
quantifier
déterminer les paramètres*

Évaluation des médicaments

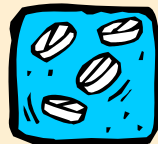
Effet spécifique



médicament

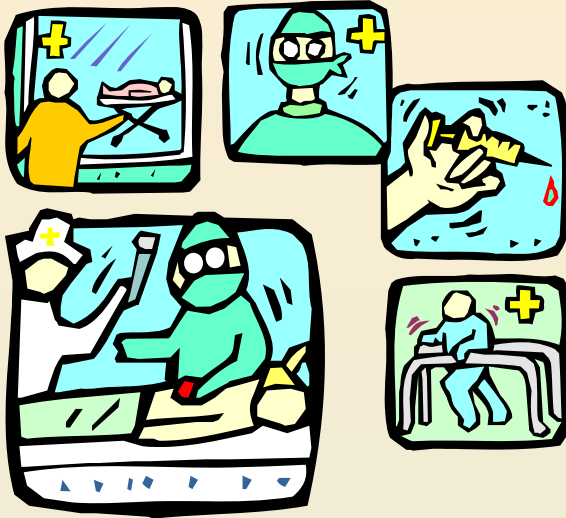
Mise en évidence de l'effet spécifique
la valeur ajoutée

Effet placebo



placebo

Évaluation des techniques non-médicamenteuses



Traitement chirurgical

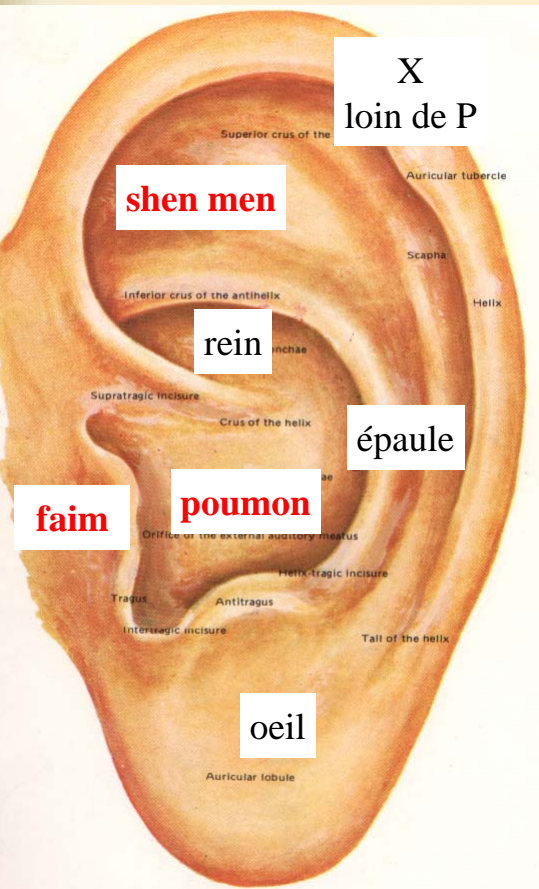
Effet spécifique

Effet non spécifique

Effet placebo

ECR en acupuncture acupuncture VS quel contrôle ?

① Acupuncture spécifique vs non-spécifique 4 études "négatives pour l'acupuncture"



Gilbey 1977

(poumon) = (rein)

Parker 1977

(poumon + shen men) = (épaule+œil)

Martin 1981

(poumon + faim) = (épaule+œil)

Gillams 1981

(poumon) = (X "loin de P")

② Acupuncture spécifique vs non-points 2 études "négatives" et 1 positive

Lacroix 1977

(7VB + 1VB + PR VB) > (Non-points visage)

Lagrué 1980

(7VB + PR VB) = (non-points du visage)

Vandevenne 1985

(7VB+ PR VB + yin tang + 7C + 36E)

= (non-points proches)

Acupuncture *vs* substitut nicotinique

Clavel (BMJ, 1985)

3 séances de thérapie de groupe de 1 heure en 1 mois + randomisation :

- ① **acupuncture** (n=224)
8VB + "Qiuhu" (?)
- ② **gomme nicotine** (n=205)
105 gommes à 2mg par participant
- ③ **contrôle** (n=222)
étui à cigarette verrouillé contrôlé par
temporisateur réglable

1 mois : (acupuncture = gomme nicotine) > contrôle

13 mois : acupuncture = gomme nicotine = contrôle

Annoncée négative par Ter Riet

méthodologie 53/100 mais annoncée avec moins de 50 patients
(78pts/100)

Acupuncture VS thérapie comportementale

Cottraux JA (Behav Res Ther, 1983)

① **thérapie comportementale** (n=138)

3 séances de 3 heures

② **acupuncture** (n=140)

3 séances de 20' PA poumon, PR VB, 8VB, 1VB

③ **médicament placebo** (n=140)

1 cp* 3 fois/j + 2 consultations de 10 mn

④ **liste d'attente** (n=140)

15 jours : (acupuncture = thérapie comportementale) > placebo

9 mois et 12 mois : acupuncture > thérapie comportementale
acupuncture = placebo

Annoncée négative par Ter Riet

bonne méthodologie 75/100 (+ 10 pts patient aveugle)

Leung Jin-Pang (psychologia, 1991)

① **thérapie comportementale** (n=32)

10 séances quotidiennes de 90 min

② **acupuncture** (n=32)

PA shen men + poumon (aiguille à demeure 1 semaine)
suivi quotidien sur 10 jours

③ **liste d'attente** (n=31)

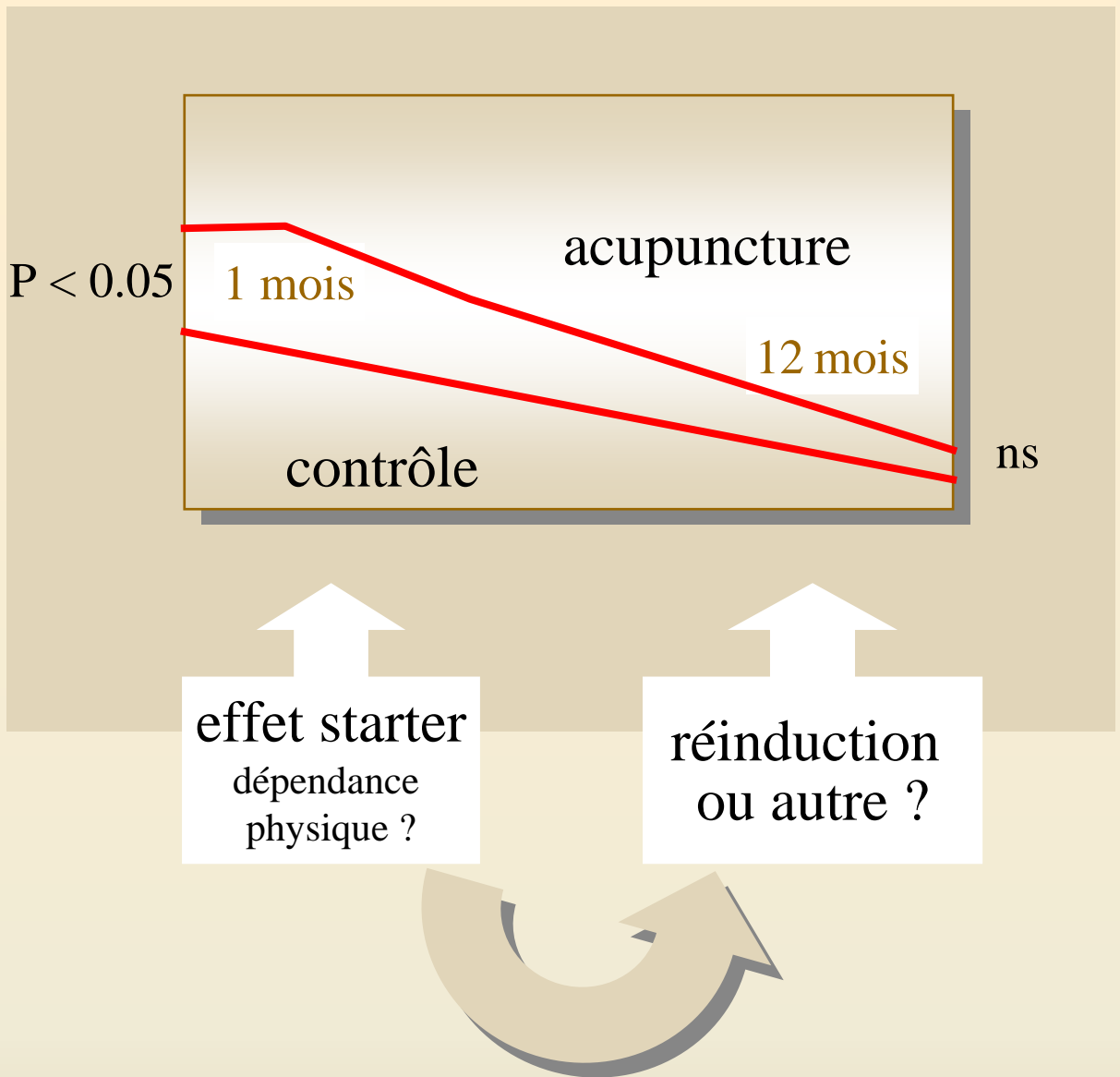
1 mois : acupuncture > thérapie comportementale

3 mois : acupuncture = thérapie comportementale

6 et 12 mois : acupuncture < thérapie comportementale

Acupuncture + thérapie comportementale
>
acupuncture ou thérapie comportementale)

un recul de 6 mois à 1 an ?



"Les structures spécialisées en tabacologie" consultation tabacologie Henri-Mondor

Local 120 à 150 m²

- ☛ 24 vacations hebdomadaires de médecins tabacologues dont 1 nutritionniste
- ☛ 1 psychologue plein temps
- ☛ 1 assistante formée à la tabacologie et à la psychologie comportementale
- ☛ 1 secrétaire

Budget théorique en salaires de 1M F
total : 2 MF

En 96

4.000 actes C

800 nouveaux fumeurs

Prise en charge d'un fumeur : 2.500F

C : 500F

Coût d'un fumeur sevré à 1 an 12.500F

Quelle évaluation de la structure ?

Des conclusions contre-productives

Un problème de santé publique

☛ l'acupuncture récusée

- ☛ le médecin généraliste doit être reconnu comme un véritable partenaire d'une politique de santé,
- ☛ "l'investissement du médecin dans le sevrage tabagique...
- ☛ disponibilité et rémunération spécifique...
- ☛ formation initiale et continue ...

- ☛ 3000 médecins avec une solide expérience du sevrage tabagique
 - ☛ les choix et perceptions des patients
 - un problème scientifique ?*
 - ☛ Développer et financer les études
- les objectifs des centres de tabacologie :
développer la recherche
en liaison avec les médecins généralistes

Perte de chance pour le patient
Faute en terme de santé publique
Faute sur le plan scientifique