

Résumé du rapport final : Associer une intervention d'aide à la désaccoutumance tabagique fondée sur des données probantes à des choix par défaut et à une prise de décision commune pour que des patients suivant un traitement médical parviennent mieux à arrêter de fumer

Le contexte : Bien que l'arrêt du tabagisme réduise considérablement la mortalité globale, les médecins généralistes sont moins enclins à prescrire des médicaments en vue d'une désaccoutumance que pour d'autres facteurs de risque. Les lignes directrices leur recommandent d'évaluer d'abord si les patients sont « prêts » à arrêter de fumer et à suivre une stratégie *opt-in* (participation volontaire). Or, seule une minorité de fumeurs est disposée à arrêter de fumer un jour donné. La stratégie *opt-out* consistant à proposer d'emblée un traitement a augmenté les tentatives de désaccoutumance à l'hôpital et chez les femmes enceintes, mais n'a pas été testée en médecine de famille. L'effet produit a été évalué en formant les médecins généralistes pour qu'ils proposent par défaut des traitements de désaccoutumance tabagique en guise d'aide à la décision.

Les méthodes : Un essai contrôlé a été mené, à la fois pragmatique et randomisé par grappes, auprès de médecins généralistes exerçant en cabinet privé en Suisse et en France. L'intervention consistait en un cours d'une demi-journée enseignant aux médecins l'approche par défaut (*opt-out*) au moyen d'une aide à la décision. Le groupe de contrôle a suivi un rappel d'une heure sur les aides à la désaccoutumance tabagique. Parmi les patients venus consulter pour des soins de routine, les médecins participants ont ensuite recruté des personnes fumant quotidiennement. Le résultat premier était l'abstinence tabagique autodéclarée, sur sept jours, en prévalence ponctuelle, recueillie par téléphone à six mois. Les résultats secondaires étaient les tentatives d'arrêt du tabagisme et l'utilisation des aides à la désaccoutumance à trois semaines, à trois mois et à six mois, ainsi qu'une mesure de la participation à la décision rapportée par le patient (échelle CollaboRATE de 1 à 10, où les scores les plus élevés correspondaient à une plus grande implication du patient).

Résultats : 42 médecins généralistes ont suivi la formation (76 % pratiquant en Suisse, 24 % en France ; 62 % de femmes), dont 34 (81 %) ont recruté 287 fumeurs. Parmi les patients participants, 51 % étaient des femmes, l'âge moyen était de 48 ans (écart type : 2,6), et 77 % fumaient moins de 20 cigarettes par jour. 221 patients ont répondu au suivi à six mois (77 %). L'intervention n'a pas eu d'incidence sur le taux d'abstinence tabagique autodéclaré à cette échéance (respectivement 9,5 % dans le groupe d'intervention et 10,4 % dans le groupe de contrôle, OR 0,88 [95 % CI 0,37-2,10]). En revanche, elle a augmenté le nombre de tentatives d'arrêt du tabagisme à trois semaines (OR 2,09, 95 % CI 1,04-4,20) et l'utilisation d'aides à la désaccoutumance lors des suivis à trois semaines et à trois mois (respectivement OR 2,57, 95 % CI 1,21-5,45 et OR 2,00, 95 % CI 1,11-3,60). Le score CollaboRATE moyen était de 8,05/10 dans le groupe d'intervention et de 7,28/10 dans le groupe de contrôle ($p=0,02$), reflétant une plus grande implication du patient dans la prise de décision.

En conclusion : former les médecins généralistes à l'utilisation d'une aide à la décision n'a pas amélioré le taux d'abstinence tabagique, malgré l'augmentation à court terme des tentatives d'arrêter et de l'utilisation d'aides à la désaccoutumance. L'intervention a en revanche permis d'améliorer l'implication des patients dans la décision.