

# Outils d'aide à la décision dans les addictions: l'exemple du tabac

Dre DEBORAH SCHNEITER<sup>a</sup>, Dre INÈS HABFAST-ROBERTSON<sup>a</sup>, Dre ANGÉLINE ADAM<sup>b</sup>,  
Dre CHRISTINA HEMPEL-BRUDER<sup>a</sup>, Dre MARIE-ANNE DURAND<sup>a,c,d</sup> et Dr KEVIN SELBY<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2022; 18: 1149-53 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.785.1149

Les outils d'aide à la décision (AD) soutiennent les patient-e-s dans leurs choix médicaux en majorant leurs connaissances et en clarifiant leurs valeurs et préférences, ce qui leur permet de s'impliquer dans le processus décisionnel. Les AD existent en tant que supports physiques (papier, DVD) ou informatiques. Ils peuvent être utilisés par les patient-e-s avant/après la consultation ou avec le-la professionnel-le de santé durant la consultation. Unisanté a créé un AD présentant les aides à l'arrêt du tabac durant la consultation. Une étude locale a montré que l'usage de celui-ci a été jugé simple et utile par les médecins. L'utilisation d'AD dans les addictions à d'autres substances, renforcée par des entretiens de décision partagée, montre un effet favorable sur l'implication des patient-e-s et sur l'adhésion thérapeutique.

## Decision aids for addictions: the example of smoking cessation

Decision aids (DAs) help patients participate in healthcare decisions by improving knowledge and clarifying values and preferences, thus favoring a more active role in the decision process. DAs exist as a physical support (paper, DVD, audio) or computerized formats. They can be used independently by patients before and after consultations, or with a health professional during consultations. Unisanté has created a DA for use during consultations presenting available smoking cessation aids ([www.howtoquit.ch](http://www.howtoquit.ch)). A local study showed that the DA is considered easy to use and useful by the doctors interviewed. The use of DAs in addictions to other substances, in conjunction with shared decision making, shows a favourable effect on the involvement of patients in their health and therapeutic adherence.

## INTRODUCTION

Le tabagisme représente toujours la principale cause évitable de décès prématurés avec environ 9500 décès annuels en Suisse.<sup>1,2</sup> Les raisons fréquentes de décès incluent les affections cardiaques et les cancers. 90% des cancers pulmonaires sont attribuables au tabac.<sup>1</sup> L'espérance de vie des fumeurs est en moyenne raccourcie de 12 ans.

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans le traitement des addictions car, chaque année, ils sont en contact avec 78% de la population suisse.<sup>1</sup> Le taux de succès d'une tentative d'arrêt spontané du tabac à 1 an n'est que de 5 à 9%. Ce taux est doublé, voire triplé, avec l'utilisation des aides à l'arrêt, notamment des remplacements nicotiques, des médicaments (varénicline ou bupropion) ou de la vaporette.<sup>3</sup> Des études observationnelles de consultations démontrent que les médecins abordent le tabagisme avec deux tiers de leurs patient-e-s fumeur-euse-s, recommandent l'arrêt à un tiers d'entre eux et prescrivent une aide à l'arrêt dans moins de 20% des cas.<sup>4</sup> Parmi les raisons de la sous-utilisation des aides à l'arrêt, côté patient-e, on note un manque de connaissances sur la disponibilité des traitements et leur efficacité et une surestimation de leurs effets secondaires.<sup>5</sup> Côté médecin, on retrouve un manque de connaissances ou de formation en désaccoutumance au tabac, la perception que les interventions d'aide à l'arrêt du tabac sont inefficaces et un manque de temps durant les consultations médicales.<sup>4</sup> Le dépistage et les conseils concernant la consommation d'autres substances sont encore moins pratiqués.

Actuellement, les techniques d'entretien pour favoriser un changement de comportement chez un-e patient-e, que ce soit dans le cadre d'une habitude de vie ou d'une addiction, reposent beaucoup sur l'entretien motivationnel.<sup>6</sup> Même si l'entretien motivationnel a fait ses preuves, son implémentation en médecine de premier recours peut être problématique. Les outils d'aide à la décision (AD) pourraient être une manière d'encourager une approche alternative, telle que la décision partagée, ou une manière de faciliter l'entretien motivationnel.<sup>6</sup> Dans cet article, nous explorons les AD pour les addictions, en partant de l'exemple du tabagisme.

## OUTILS D'AIDE À LA DÉCISION

Les AD incitent les patient-e-s à participer plus activement aux choix médicaux qui les concernent. Ces outils s'appliquent à de nombreux domaines. Ici, nous parlons d'AD qui sont directement destinés aux patient-e-s ou qui facilitent la communication médecin-patient-e. Nous ne discutons pas des algorithmes cliniques d'aide à la décision qui soutiennent la décision médicale. Les AD rendent les décisions explicites, fournissent des informations basées sur les preuves, des opinions d'experts, des options de traitement ou de dépistage et leurs conséquences pour aider les patient-e-s à prendre une décision éclairée, en réduisant le conflit décisionnel.<sup>7</sup> Ils ont pour but d'informer, mais davantage encore de rendre actif le patient dans le processus de décision, encourageant son

<sup>a</sup>Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne,

<sup>b</sup>Service de médecine des addictions, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, <sup>c</sup>CERPOP, Inserm, Université Toulouse III – Paul Sabatier, 31062 Toulouse, France, <sup>d</sup>The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, Dartmouth College, États-Unis  
deborah.schneiter@unisante.ch | ines.habfast@unisante.ch | angeline.adam@chuv.ch  
christina.bruder@unisante.ch | marie-anne.durand@dartmouth.edu  
kevin.selby@unisante.ch

<sup>\*</sup>Ces deux auteures ont contribué de manière équivalente à l'élaboration de cet article.

implication face à sa santé et favorisant une décision partagée. Les décisions médicales ne doivent pas se baser uniquement sur les données probantes ou sur la pratique clinique, mais elles doivent aussi tenir compte des valeurs et préférences exprimées par le-la patient-e.<sup>8</sup> Les AD sont particulièrement utiles lorsqu'il y a plus d'une option de traitement ou de dépistage disponible. Dans ce contexte d'équilibre clinique («equipoise»), les préférences personnelles des patient-e-s, les valeurs, les priorités et les attitudes par rapport aux risques diffèrent grandement d'une personne à l'autre. À ce jour, 105 essais cliniques randomisés évaluant l'utilité des AD dans de nombreuses situations cliniques ont pu démontrer que les AD augmentent les connaissances, la perception du risque et la congruence entre les valeurs et les choix effectués concernant les soins.<sup>7</sup>

On peut classer les AD en deux axes: utilisation autonome (avant ou après la consultation) versus en consultation et supports physiques versus informatiques (figure 1). Les AD «classiques» utilisent un support physique, surtout en format papier comme des flyers ou des brochures, mais aussi des vidéos ou enregistrements audio, essentiellement pour une utilisation hors consultation. Ces AD «autonomes» permettent de préparer le patient avant la consultation et de revenir sur les informations fournies, si nécessaire. Les AD peuvent également être utilisés durant la consultation, nommés aides à la discussion: «conversation aid or encounter decision aid». Chaque format a ses avantages et ses inconvénients (tableau 1).<sup>7</sup> L'AD envoyé aux citoyen-ne-s vaudois-es éligibles pour le dépistage du cancer colorectal est un exemple d'AD pour utilisation autonome et contient 20 pages d'informations exhaustives sur ce qu'est le cancer colorectal, sur les tests de dépistage disponibles, sur l'éligibilité au programme, ainsi que des informations sur le pour et le contre de chaque

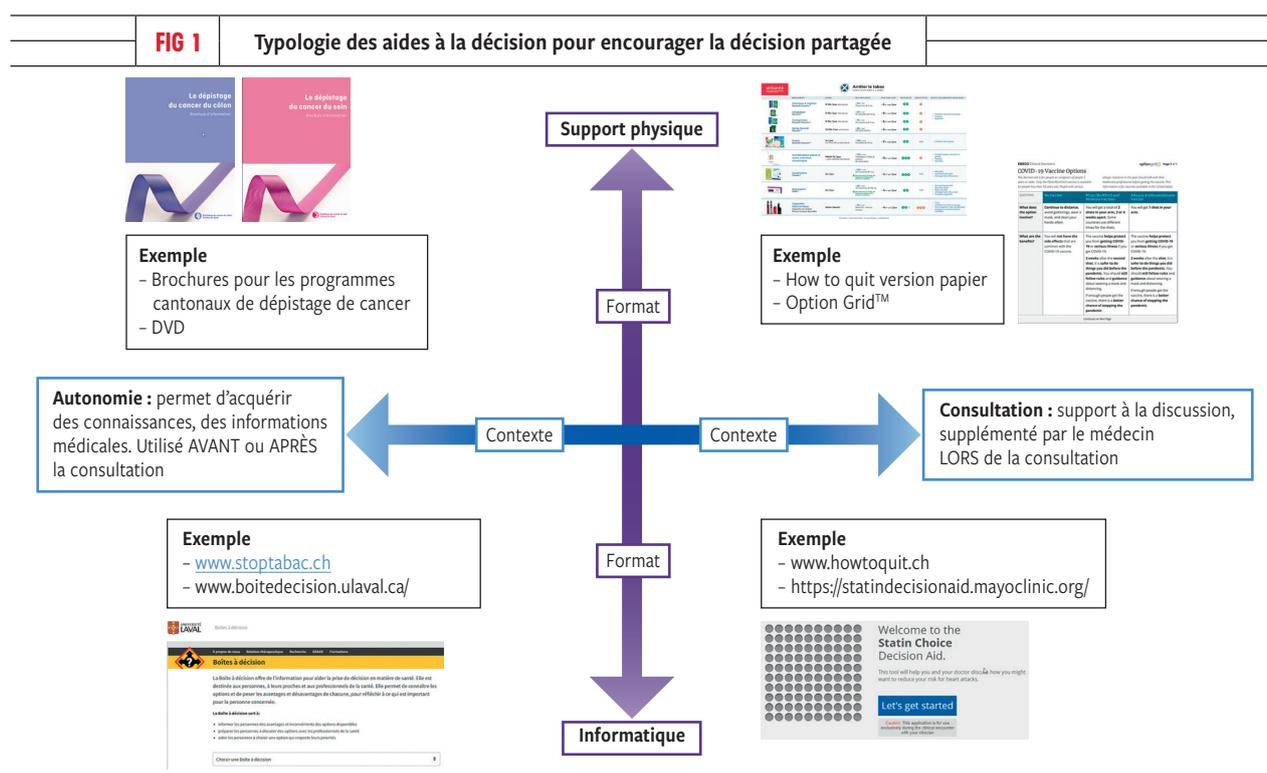
élément. Les aides à la discussion, pour utilisation durant les consultations, sont généralement courtes pour relever les points importants à discuter et à retenir.

## AIDE À LA DÉCISION INFORMATIQUE

En 2011, 80% des utilisateur-trice-s d'Internet ont cherché des informations sur la santé en ligne: Internet représente ainsi la seconde source d'information médicale après la consultation d'un médecin.<sup>8</sup> Dans ce contexte, les AD informatiques sont très utiles et doivent comporter les mêmes composants qualité que les AD classiques.<sup>8</sup> Une activité interactive peut aider à clarifier l'attitude personnelle concernant les risques et les bénéfices de chaque option et peut renforcer la compréhension et la personnalisation de la prise de décision, en majorant les connaissances.

Les points forts des AD informatiques sont résumés dans le tableau 2. Ils permettent une dissémination dans le temps et s'adaptent à l'évolution des besoins des patients dans le processus de prise de décision itérative.<sup>8</sup> Ils sont facilement accessibles aux personnes se rendant peu ou avec difficulté chez le médecin en raison d'une mobilité réduite, par manque de temps ou pour des raisons géographiques (exemple: zones rurales). En revanche, ils nécessitent un support informatique, un accès internet avec un débit suffisant, de plus, le-la patient-e doit se rappeler le nom du site où ils apparaissent.

Comme exemple, une étude américaine a évalué l'efficacité d'un AD informatique autonome sur l'arrêt du tabac, destiné à des personnes avec un bas niveau d'éducation, des troubles cognitifs et des compétences limitées en informatique.<sup>9</sup> Le site présente des informations relatives aux méfaits du tabac



**TABLEAU 1**
**Comparaison entre les aides à la décision à utilisation autonome et en consultation**

Aide à la décision AUTONOME		Aide à la décision en CONSULTATION	
Pour	Contre	Pour	Contre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information plus souvent exhaustive</li> <li>• Explication de la maladie</li> <li>• Préparation pour l'entretien</li> <li>• Contenu standardisé et complet (ne repose pas sur l'étyage à l'oral)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de surcharge d'informations</li> <li>• Manque de connaissances du contenu par les professionnels de santé</li> <li>• Lisibilité rarement adaptée au niveau des patient-e-s (notamment pour les personnes ayant un niveau limité de littératie en santé)</li> <li>• Utilisation difficile durant les consultations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Support visuel et textuel à l'entretien</li> <li>• Contenu plus court et souvent plus lisible et accessible (notamment pour les personnes ayant un niveau limité de littératie en santé)</li> <li>• Permet de cibler les points les plus importants</li> <li>• Aide à promouvoir un dialogue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation nécessite la formation du-de la médecin</li> <li>• Prend du temps durant l'entretien</li> <li>• Peut être difficile à reconsulter après la consultation</li> </ul>

**TABLEAU 2**
**Comparaison entre les aides à la décision informatique et support physique**

Aide à la décision SUPPORT INFORMATIQUE		Aide à la décision SUPPORT PHYSIQUE (papier)	
Pour	Contre	Pour	Contre
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessible partout, en tout temps, et à un grand nombre de personnes</li> <li>• Possible de faire apparaître plus ou moins d'information selon le-la patient-e</li> <li>• Contenu interactif</li> <li>• Utilisation de vidéos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite une connexion internet, un ordinateur</li> <li>• Nécessite souvent un niveau élevé de littératie en santé et numérique</li> <li>• Nécessite de retenir le nom du site</li> <li>• Organisation complexe, chapitre et sous-chapitre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plus facile à avoir «sous la main», pas besoin de manipulation informatique</li> <li>• Peut être envoyé par la poste</li> <li>• Peut se partager avec les proches facilement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risque de perdre le papier</li> <li>• Information limitée et moins interactive</li> </ul>

et propose les substituts nicotiques disponibles, dans un langage clair, avec une possibilité d'utiliser une voix off. Avant l'étude, les participant-e-s rapportaient peu de connaissances et exprimaient souvent une attitude négative envers les substituts nicotiques. Après avoir consulté le site, la plupart des utilisateur-trice-s disaient avoir tenté d'arrêter de fumer et un tiers des participant-e-s (35,9% des 39 participants) avaient utilisé un substitut nicotique.<sup>9</sup> Cet outil a fonctionné dans ce contexte, même auprès des personnes ne rapportant aucun désir d'arrêter de fumer, car il a été adapté dans le langage et le format à un public précis. Dans un autre exemple, les fumeur-euse-s utilisant des AD ont plus de 50% de chances d'être abstinent-e-s à 6 mois.<sup>5</sup> Concernant le tabac, les AD vont clarifier les valeurs du-de la patient-e face à l'arrêt et présenter les différents moyens de traiter le manque de nicotine.<sup>4,5</sup>

## POTENTIEL DES AIDES À LA DÉCISION POUR D'AUTRES ADDICTIONS

De nombreuses études montrent que le modèle de décision partagée a sa place dans le traitement des addictions en améliorant le processus de prise de décision.<sup>10</sup> Grâce à une décision partagée, les patient-e-s présentant un problème d'addiction ont une meilleure adhésion thérapeutique et s'impliquent plus dans leur santé, du fait qu'ils-elles sont mieux informé-e-s. Une partie des principes de la décision partagée est contenue dans l'entretien motivationnel, une technique d'entretien recommandée pour la prise en charge des patient-e-s souffrant d'addiction.<sup>6,11</sup> Des AD soutenant la décision partagée ont aussi été développés pour la dépendance aux opiacés et/ou à l'alcool, en général avec deux objectifs: d'abord, comme support plutôt pour l'entretien motivationnel

(clarification des objectifs et barrières), ensuite, de façon similaire à l'outil [www.howtoquit.ch](http://www.howtoquit.ch), pour choisir entre des modalités de traitement. Par exemple, afin d'aider le-la patient-e à choisir le meilleur soutien pour l'abstinence ou la réduction de la consommation: intervention en groupe, suivi psychosocial individuel et/ou médicamenteux.<sup>12</sup> Des AD ont également été utilisés pour faciliter l'intervention brève en cas de consommation à risque de substances (sans addiction).<sup>12</sup> Pour le moment, peu d'études ont évalué l'effet des AD pour réduire la consommation de substances.<sup>12</sup>

## WWW.HOWTOQUIT.CH: UN EXEMPLE D'AIDE À LA DÉCISION INFORMATIQUE EN CONSULTATION

Il est crucial de guider le-la patient-e qui souhaite arrêter de fumer dans le choix du traitement (substitution nicotique, médicaments ou vaporette) afin de majorer son adhésion thérapeutique et ainsi augmenter ses chances de réussite d'arrêt du tabac. Dans cette optique, une équipe d'Unisanté a mis au point un AD informatique pour utilisation durant la consultation (**figure 2**). C'est une page web présentant les différents traitements d'aide à l'arrêt. Cet AD offre un support visuel, structure l'entretien et favorise la transmission d'informations concernant les aides à l'arrêt. Il permet d'approfondir le dialogue entre le-la patient-e et le-la médecin. De plus, la présentation simple des options de traitement permet de les aborder rapidement, peu importe le niveau de motivation des patient-e-s.

Une étude observationnelle a été menée par le biais de questionnaires adressés à des médecins généralistes, ainsi qu'à des tabacologues, afin d'évaluer l'utilité de cet outil. Les résultats montrent que les généralistes, comme les tabaco-

**FIG 2** Clichés et contenus du site [www.howtoquit.ch](http://www.howtoquit.ch)

Une aide à la décision informatique pour l'arrêt du tabac à utiliser durant les consultations.

**Contenus pour chaque option**

- Vidéo explicative
- Utilisation, coût, prix par boîte
- Contre-indications
- Détails des principaux effets indésirables
- Précautions
- Risque de surdosage
- Interactions
- Informations de prescription
- Disponibilité
- Prise de poids

CATÉGORIE	Substitut nicotinique
UTILISATION	6-12x /jour selon besoin
COÛTS/JOUR	9 CHF
PRIX PAR BOÎTE	-
REMBOURSÉ	Non-remboursé
REMARQUE	
CONTRE-INDICATIONS	
EFFICACITÉ	████████████████████
ADDICTIVITÉ	██████████
EFFETS INDÉSIRABLES	██████████
DÉTAILS DES PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES	- Irritation bouche, gorge - Hoquet - Nausée
PRÉCAUTIONS	Infarctus du myocarde il y a < de 2 semaines, angor instable, troubles du rythme ventriculaire, grossesse/allaitement

logues, recommandent cette interface considérée comme intuitive, claire, facile d'utilisation et précieuse pour améliorer les connaissances.<sup>1</sup> De plus amples études sur l'amélioration de l'échange des informations entre patient-e et médecin sont actuellement en cours.

l'efficacité et l'adhésion au traitement, ou sur une meilleure implémentation des traitements à disposition des patient-e-s présentant une addiction.<sup>13</sup> C'est un outil qui vient compléter l'arsenal thérapeutique du médecin de premier recours. Un AD efficace doit être pensé pour une utilisation précise (autonome ou en entretien) et doit viser une population précise pour s'adapter au mieux à ses besoins.

**VIGNETTE CLINIQUE**

Vous voyez une patiente de 48 ans avec un diabète de type II, fumeuse d'un paquet par jour depuis 25 ans. Vous abordez le tabac à chaque consultation, mais la patiente reste ambivalente. Elle connaît les méfaits du tabac sur sa santé et ne supporte plus le sentiment de dépendance face à une substance. En revanche, elle met en avant le côté antistress de la cigarette, le fait que son conjoint fume et la crainte d'une prise de poids.

Un jour, à la place de reprendre ses motivations et barrières à l'arrêt, vous présentez les aides à l'arrêt par le biais de l'AD [www.howtoquit.ch](http://www.howtoquit.ch) qui vous permet de lui expliquer l'utilité et l'utilisation de chaque médicament. La patiente a un déclic et demande d'essayer les gommes (disponibles à tout moment) et des patchs comme bithérapie.

Conflit d'intérêts: Marie-Anne Durand a développé l'outil d'aide à la décision «Option Grid™» qui est sous-licence auprès de la compagnie EBSCO Health. Elle est consultante pour EBSCO Health et reçoit des royalties.

Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**CONCLUSION**

Le suivi des patient-e-s atteint-e-s d'une addiction représente souvent un réel défi pour les généralistes. Dans cet article, nous vous présentons les différents formats d'AD, leur utilisation en fonction de leurs avantages et inconvénients. Les AD améliorent les connaissances et la participation des patient-e-s. Ils pourraient dans ce sens avoir un impact sur

**IMPLICATIONS PRATIQUES**

- Le traitement des addictions reste un défi en médecine de premier recours; les outils d'aide à la décision pourraient soutenir la prise en charge
- Les outils d'aide à la décision permettent de majorer les connaissances et de clarifier les valeurs et préférences des patients. Ils favorisent ainsi l'alliance thérapeutique entre le-la patient-e et les soignant-e-s
- Les outils d'aide à la décision existent sous forme de support physique ou informatique et pour une utilisation autonome (avant/après les consultations) ou durant celles-ci

- 1 Holland Da Sa Neto H, Habfast-Robertson I, Hempel-Bruder C, et al. Development of a New Encounter Decision Aid for Smoking Cessation. *JMIR Formative Research*. Preprint.
- 2 Office fédéral de la statistique (OFS). Enquête suisse sur la santé (ESS). 2018.
- 3 Jakob J, Cornuz J, Auer R, et al. Outils d'aide à la décision comparant les traitements pharmacologiques pour l'arrêt du tabac. *Rev Med Suisse* 2017;13:1191-4.
- 4 Cornuz J, Jacot Sadowski I, Humair J-P. Conseil médical aux fumeurs et fumeuses. Document de référence pour les médecins. 3e éd. Berne: Vivre Sans Tabac; 2015.
- 5 Willemsen M-C, Wiebing M, Van Emst A, Zeeman G. Helping Smokers to Decide on the Use of Efficacious Smoking Cessation Methods: A Randomized Controlled Trial of a Decision Aid. *Addiction* 2006;101:441-9.
- 6 \*\*Habfast-Robertson I, Hempel-Bruder C, Durand A-M, et al. Trois approches de communication médecin-patient et prévention : quel modèle pour quelle situation ? *Rev Med Suisse* 2021;758.
- 7 \*Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4:CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub5.
- 8 \*\*Hofmann AS, Volk RJ, Saarimaki A, et al. Delivering Patient Decision Aids on the Internet: Definitions, Theories, Current Evidence, and Emerging Research Areas. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013;13:S13. DOI: 10.1186/1472-6947-13-S2-S13.
- 9 Brunette MF, Gunn W, Alvarez H, et al. A Pre-Post Pilote Study of a Brief, Web-Based Intervention to Engage Disadvantaged Smokers into Cessation Treatment. *Add Sci Clin Pract* 2015;10:3.
- 10 Fisher A, Mills K, Teesson M, Marel C. Shared Decision-Making Among People with Problematic Alcohol/other Drug Use and Co-Occurring Mental Health Conditions: A Systematic Review. *Drug Alcohol Rev* 2021;40:307-24.
- 11 Friedrichs A, Spies M, Härter M, Buchholz A. Patient Preferences and Shared Decision Making in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review of the Literature. *PLoS One* 2016;11.
- 12 McNeely J, Mazumdar M, Appleton N, et al. Leveraging Technology to Address Unhealthy Drug Use in Primary Care: Effectiveness of the Substance use Screening and Intervention Tool (SUSIT). *Subst Abuse Actions* 2022;43:564-72. DOI: 10.1080/08897077.2021.1975868.
- 13 \*Scalia P, Durand M-A, Berkowitz JL, et al. The Impact and Utility of Encounter Patient Decision Aids: Systematic Review, Meta-Analysis and Narrative Synthesis. *Patient Educ Couns* 2019;102:817-41. DOI: 10.1016/j.pec.2018.12.020.

\* à lire  
\*\* à lire absolument