

Thérapeutiques médicamenteuses du sevrage tabagique : connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes

Drug therapy for smoking cessation: knowledges, representations and practices of general practitioners

N. Lajzerowicz¹, Y. Montariol², E. Ravily³, F. Petregne²

Le contexte de l'étude

Le médecin généraliste : un rôle majeur dans l'aide à l'arrêt du tabac de ses patients

Le PNRT (Plan national de réduction du tabagisme), diffusé en 2014 [1], prévoit notamment :

- ▶ d'impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme ;
- ▶ de leur fournir des outils pour améliorer leurs interventions, ainsi qu'un accompagnement de proximité ;
- ▶ d'améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes et des professionnels de santé sur le tabac.

Le médecin généraliste : un rôle central dans cette stratégie

Des études confirment qu'il a l'entière confiance de la population. L'interaction par le médecin traitant (conseil minimal) pourrait, par exemple, engendrer jusqu'à 200 000 sevrages tabagiques par an [2]. Référent de la santé globale du patient, il est le seul à même d'assurer la pérennité du suivi post-sevrage, à l'occasion de consultations ultérieures pour tout motif.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) relatives à la prise en charge du sevrage tabagique (octobre 2014), la varé nicline et le bupropion sont des traitements respectivement

de deuxième et troisième intention, après échec des substituts nicotiques [3].

Peu après sa commercialisation en 2007, la varé nicline a connu une chute de sa prescription en France, dans un contexte de controverse médiatisée. Des études plus récentes, et sa prise en charge à 65 % par l'Assurance maladie depuis avril 2017, apportent des arguments complémentaires pour son utilisation dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Il était intéressant d'explorer les connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes concernant ces molécules, varé nicline (Champix[®]) et bupropion (Zyban[®]), notamment après la levée en 2015 de la vigilance imposée par l'ANSM [4] sur la varé nicline, et les nouvelles études favorables à son utilisation sans restriction notamment psychiatrique, parues en 2016.

Matériel et méthode

Nous avons réalisé en 2017 une étude qualitative, par entretiens semi-structurés individuels, auprès de médecins généralistes en Gironde [5].

Le guide d'entretien a été réalisé à partir d'une revue de la littérature concernant la varé nicline et le bupropion. Il a été testé par 3 médecins généralistes enseignants. Ces entretiens-tests n'ont été ni retranscrits ni inclus dans l'analyse.

Les participants à l'étude étaient des médecins généralistes installés en libéral, dans le département de la Gironde, sans restriction d'inclusion. Le but était d'obtenir un échantillonnage "en recherche de

¹ Médecin addictologue, hôpital du Bouscat, université de Bordeaux.

² Médecin généraliste, professeur associé DMG, université de Bordeaux.

³ Doctorante en médecine générale, université de Bordeaux.

Mots-clés

Sevrage tabagique

Médecine générale

Varénicline

Bupropion

Représentations

Résumé

La prise en charge de l'arrêt du tabac est un défi quotidien en soins premiers. Il impacte l'ensemble de l'activité de médecine générale. Au moment de la prise en charge de la varénicline par l'Assurance maladie en 2017, une étude qualitative a analysé les connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes de Gironde, concernant les thérapeutiques médicamenteuses du sevrage tabagique soumises à prescription médicale. Cette investigation a été poursuivie à travers un parcours coordonné ville-hôpital, permettant de familiariser les praticiens libéraux avec les modalités de l'accompagnement des patients vers le sevrage tabagique.

Summary

Medical management of smoking cessation is a daily challenge in primary care. It has an impact on all the activity of general medicine. When varenicline was taken over by the Health Insurance in 2017, a qualitative study studied the knowledge, the representations and the practices of general practitioners in Gironde, concerning drug therapy for smoking cessation, subject to medical prescription. This investigation was continued through a coordinated city-hospital course, allowing to familiarize liberal practitioners with the methods of supporting patients towards smoking cessation.

Keywords

Smoking cessation

General practitioners

Varenicline

Bupropion

Perceptions

variation maximale". Pour cela, une diversité d'opinions, de modes d'exercice et de comportements des médecins interrogés, était requise.

La retranscription et le codage des entretiens ont été réalisés à l'aide du logiciel NVivo® Starter 11. Cette étude a reçu l'approbation de la Cnil.

Résultats

20 médecins ont participé à l'étude : 13 hommes, dont 4 fumeurs actifs et 3 ex-fumeurs, et 7 femmes, toutes non fumeuses ou ex-fumeuses. L'âge moyen des participants était de 40,4 ans (écart-type = 8,4) et le nombre moyen d'années d'exercice de 12,2 ans (écart-type = 8,4). Ces praticiens sont identifiés de M1 à M20. En 2015, les médecins généralistes comptaient 16 % de fumeurs [6]. La taille de notre échantillon ne permet pas d'affirmer qu'il existe une différence de prévalence.

Les connaissances des médecins concernant les thérapeutiques médicamenteuses du sevrage tabagique

Plusieurs médecins ont évoqué les traitements médicamenteux dans leur globalité, sans dissocier la varénicline du bupropion. Ils étaient nombreux à ne pas connaître ou maîtriser ces traitements. "Je ne sais absolument pas [comment ils agissent]. Je ne m'en souviens plus..." (M2). "Je ne les utilise pas du tout. ...faudrait juste que je me renseigne un peu plus" (M14). "J'ai jamais eu à le renouveler. Sinon j'aurais, je pense, farfouillé un peu" (M19).

Certains confondaient les 2 traitements, ou les amalgamaient en leur attribuant les mêmes propriétés ou les mêmes effets indésirables.

"Il y a l'éternel problème de décompensation puisque ça [la varénicline] reste quand même un antidépresseur" (M4). "Je les ai mises dans le même sac et puis je les ai oubliées on va dire" (M15).

Une minorité de médecins connaissait le mode d'action de la varénicline, et de manière imparfaite. "Son fonctionnement c'est une question de récepteurs... de saturation des récepteurs... ?" (M3); "Le Champix®... c'était aussi un antidépresseur non ?" (M14).

De même pour le bupropion: "Honnêtement, l'image que j'ai du Zyban®, elle est assez floue" (M20).

Leur efficacité était remise en cause: "Pour moi, le médicament c'est quelque chose qui va ne pas remplacer la nicotine" (M20).

Les effets indésirables de la varénicline étaient globalement mal connus, et les médecins avaient l'impression qu'ils étaient nombreux: "Déjà donc c'est le manque de connaissance du médicament, (...) j'ai peur des effets indésirables" (M16). "Je crois que chez les coronariens, je ne suis pas sûr que ça soit top... C'est quoi les contre-indications ?" (M19).

Rares sont les participants exprimant l'enjeu des traitements de sevrage: "Honnêtement je ne vois pas de contre-indication... Pour moi, le tabac reste LE produit nocif et toxique qu'il faut arrêter" (M4).

Enfin, peu de médecins connaissaient les recommandations de la HAS du sevrage tabagique (octobre 2014), et la place de ces thérapeutiques dans la stratégie de prise en charge du sevrage. "[Les recommandations] non je crois que je ne les ai jamais vu passer... J'ai jamais pris le temps de les lire" (M18). "Non je ne les connais même pas" (M12).

Les représentations des médecins concernant les thérapeutiques médicamenteuses du sevrage tabagique

Une majorité des médecins n'évoquait pas spontanément ces traitements au cours des entretiens lorsque les moyens d'aide au sevrage étaient discutés. Parmi ceux qui les citaient, peu le faisaient de manière positive.

Pour une partie des médecins interviewés, ces 2 traitements, varénicline et bupropion, étaient obsolètes. "Il se trouve que depuis quelque temps c'est passé de mode, on va dire !" (M2).

Quelques médecins ne souhaitaient pas prescrire un médicament dans une démarche de sevrage du tabac: "[Je préfère] essayer de changer les habitudes, plutôt que... une pilule pour faire si, une pilule pour faire ça..." (M18). L'un d'entre eux évoquait un possible transfert d'addiction vers le traitement prescrit: "Substituer une dépendance au tabac par une dépendance à un dérivé d'amphétamines je ne voyais pas trop l'intérêt..." (M7). Un autre avait l'impression

de céder à une solution de facilité en prescrivant la varénicline : *"J'ai peur que les gens encore une fois considèrent qu'on va régler la dépendance au tabac par quelque chose de ponctuel"* (M20).

Une part non négligeable de médecins avait une représentation péjorative de ces traitements : *"Le rapport bénéfice/risque ne m'a pas semblé très intéressant"* (M2). *"J'ai peur des effets indésirables. Je sais qu'il y a une liste d'effets indésirables qui est assez importante, heu... je ne connais pas assez"* (M16).

Plusieurs médecins affectaient des termes subjectifs pour décrire cette représentation négative : *"Je n'aime pas"*, *"Ça m'effraie"*, *"Je ne suis pas fan"*, *"Je ne le sens pas, c'est du feeling"*, *"Prendre un truc par la bouche pour arrêter de fumer c'est idiot"* (M8). D'autres étaient mitigés : *"Moi j'avais l'impression que la balance était plutôt en faveur du risque que du bénéfice quoi"* (M19).

"Aucun des 2 ne m'ont marqué. Ni par leur effet positif, ni par les effets indésirables que j'ai pu rencontrer avec" (M13).

Les représentations se basaient sur des lectures d'articles dans les revues médicales. *"Le niveau de preuve, d'efficacité n'était pas énorme, de ce que j'ai pu en lire dans ma revue indépendante préférée (sourire), la revue Prescrire!"* (M1). *"On avait des bons résultats avec le Champix® mais bon... avec les trucs qui sont sortis sur les dépressions, voilà... je n'en prescris plus"* (M5).

Pour la plupart des médecins, l'existence de troubles psychiatriques ou d'une fragilité sur le plan psychologique était un frein important à la prescription : *"Un patient déjà sous antidépresseurs, non, ou alors je le ferais pas moi-même"* (M11).

Un médecin non prescripteur exprimait une opinion définitive : *"Quand j'y vais, je me fais une idée, et après quand c'est fini c'est fini quoi"* (M15).

Cependant, certains pouvaient les considérer comme une alternative aux autres aides, et un petit nombre était convaincu de leur efficacité. *"Je pense que le Champix®, le Zyban®, sont des aides efficaces. Je crois que c'est mieux que les patches. Parce que ça écœure du tabac"* (M4). *"Je leur dis : à un moment, grâce à la molécule, vous n'aurez plus envie de fumer, vous vous arrêterez tout seul, sans vous forcer"* (M10).

Un des praticiens prescripteurs avait lui-même utilisé cette molécule pour son sevrage tabagique. *"Le choix [de prescrire la varénicline] a été fait par ma propre expérience (...) honnêtement si on est motivé, au 8^e jour voilà : le tabac n'a plus de goût"* (M4).

Un autre relatait une expérience indirecte : *"(...) Par des amis effectivement, en tout cas pour le Champix®, qui ont essayé d'arrêter de fumer avec et qui ont réussi leur sevrage"* (M18).

Plusieurs médecins disaient ne pas avoir constaté d'effets indésirables... ou des effets indésirables sans gravité (céphalées, par exemple). *"Ça se passe bien, parce que, à ma surprise, il n'a pas eu d'effet indésirable du Champix®, donc... tant mieux!"* (M3).

"J'ai pratiquement jamais eu de problèmes avec le Champix®" (M9). *"On l'a utilisé pas mal, ça marchait bien, moi je trouvais, j'avais pas eu beaucoup d'effets secondaires"* (M11).

Deux médecins évoquaient la confusion possible entre les événements indésirables attribués à la varénicline et les symptômes du sevrage tabagique : *"Bon il y en a qui arrêtent à cause des effets secondaires, c'est surtout l'insomnie, le reste pas trop... Après est-ce que c'était dû au Champix®, est-ce que c'était dû à l'arrêt du tabac, je sais pas?"* (M10) ... *"Ça avait généré de l'anxiété ou des choses comme ça, peut-être oui c'est possible. Mais très peu, et puis on ne sait pas si c'est lié ou pas..."* (M5).

D'autres mettaient en question l'efficacité à moyen ou long terme, estimant que ça n'endigait pas le risque de rechute : *"Ça n'empêchera absolument pas que quelques mois après avoir arrêté de fumer, s'il a toujours (...) cette même fragilité (...) il risque de retomber aussi bien"* (M20). *"Alors, les 3 premiers mois super... à 1 an, moins évident quand même"* (M15).

Les pratiques des médecins concernant les thérapeutiques médicamenteuses du sevrage tabagique

La plupart des médecins avaient finalement peu d'expérience de la molécule en pratique au cabinet. Une part notable de médecins avait prescrit la varénicline au début de sa commercialisation, puis cessé de le faire. Parmi les raisons évoquées, le manque d'efficacité : *"J'en avais prescrit, (...) j'ai pas eu de bons résultats donc... c'est passé aux oubliettes"* (M2), ou bien le constat d'événements indésirables : *"On voyait que ça les perturbait quoi..."* (M19).

D'autres praticiens refusaient de le prescrire : *"J'ai refusé de prendre en charge des patients qui voulaient prendre du Champix®, je les ai envoyés vers d'autres collègues"* (M7). *"[Je leur ai dit] que moi je ne pouvais pas répondre à cette demande-là"* (M20).

Ou encore se disaient défavorables à un traitement médicamenteux du sevrage, par conviction : *"D'emblée je ne suis pas tellement comprimés..."* (M6). *"Moi j'aime pas tout ce qui est médicament, là..."* (M8).

Ou devant le refus des patients : *"J'ai l'impression que le médicament ils veulent plus du tout en entendre"*

parler" (M11). "Mon attitude aurait peut-être été différente si les gens mettaient systématiquement sur le tapis les médicaments pour arrêter de fumer. Là je pense que je (...) me remettrais peut-être plus en question..." (M20).

Des médecins disaient pouvoir utiliser la varénicline dans des conditions précises : "Ça m'est arrivé, j'en ai represcrit; mais bon il n'était pas dépressif, il n'avait rien, il avait la tête sur les épaules..." (M5).

Un médecin disait l'utiliser en seconde intention, selon les recommandations de la HAS : "Chez des patients qui ont déjà une expérience, qui ont fait avec des patchs (...) ça n'a pas fonctionné ou pas longtemps en tout cas. Donc bon, faut leur proposer autre chose!" (M10).

Certains pouvaient utiliser ce traitement en première intention : "Parce que je pense qu'il faut vraiment adapter [au patient]" (M3). "Je propose (...), ça fait partie de la discussion (...). En première intention oui. Comme les patchs ou autre" (M11).

Deux médecins anticipaient les événements potentiels lors de la prescription initiale : "Je préviens toujours les gens : ça va vous donner des maux de tête, mais ça va passer avec le temps" (M4). "Je les préviens un petit peu en leur expliquant qu'il y a des effets secondaires qui peuvent aussi s'atténuer, passer, on persiste un peu, sauf si vraiment c'est trop important..." (M6).

Concernant les modalités de prescription, un médecin a mentionné la boîte d'initialisation prévue à cet effet. "Le kit d'initiation pour les 14 premiers jours, en fait moi sur l'ordi j'ai des ordo toutes prêtes" (M9). Parmi les médecins prescripteurs, 1 seul évoquait la possibilité d'adapter la posologie en cas d'effets indésirables : "Si c'est l'insomnie, moi c'est ce que j'ai rencontré le plus souvent, je leur dis de ne pas prendre le comprimé du soir, de ne prendre que le comprimé du matin, pendant 15 jours... à doses plus progressives en fait" (M10).

Cependant, le suivi n'était pas systématiquement organisé : "Même si c'est recommandé je ne fixe pas forcément de rendez-vous (...) ... Je leur dis : s'il y a un souci vous m'appellez" (M9). Ou on ne cherchait pas à adapter la posologie : "[en cas d'effets indésirables]... ah bah on arrêtait tout" (M19).

Plusieurs médecins avaient prescrit le bupropion lors de sa commercialisation mais ne le prescrivaient plus à l'heure actuelle. "Depuis que le Champix® est sorti en fait, j'ai arrêté le Zyban®" (M9).

Plusieurs médecins disaient ne l'avoir jamais prescrit, et 1 médecin déclarait ne jamais avoir été en présence de ce traitement (lors de stages chez le praticien, par exemple).

Une minorité de médecins annonçaient prescrire le bupropion, en l'absence de contre-indication, ou sur demande du patient.

Un médecin remettait en cause l'efficacité du bupropion : "J'ai pas l'impression qu'il y ait plus de résultats positifs avec le Zyban® qu'avec autre chose..." (M6), un autre sa tolérance : "Moi j'aime bien le Champix®. Le Zyban®, pas du tout, vraiment trop d'effets secondaires et trop peur des effets secondaires."

La demande ou l'absence de demande de la part du patient était d'ailleurs un facteur à part entière influençant l'attitude et les pratiques des médecins sur ces traitements. "J'en ai utilisé mais ça c'est vraiment à la demande du patient (...)" (M12). "Ça ne sera pas quelque chose que je prescrirai de moi-même" (M18). "Chez un patient demandeur c'est plus facile (...) si vous le prescrivez, la responsabilité est partagée quoi! Et à l'heure actuelle, c'est important" (M5).

Discussion

Points forts de l'étude

- Il s'agit d'une étude originale, portant sur les thérapeutiques médicamenteuses validées par la HAS, qui démontre le besoin d'information des praticiens.
- Les modalités semi-dirigées de recueil des données par un guide d'entretien assuraient la reproductibilité de la conduite des entretiens.
- La représentativité des participants a été favorisée par la constitution aléatoire de la population d'étude, complétée par l'échantillonnage raisonné pour l'âge, le sexe, le statut tabagique, le secteur géographique.

Limites de l'étude

Un biais de sélection des participants a pu cependant favoriser la surreprésentation des médecins les plus motivés ou impliqués : 9 médecins sur 20 étaient maîtres de stage. Plus de la moitié étaient abonnés à la revue *Prescrire* (versus 18 % des médecins généralistes en France). Une étude menée en France en 2019 sur près de 500 médecins généralistes a montré que le statut de généraliste maître de stage était associé à la volonté de participer à la recherche en soins primaires [7]. Une triangulation de l'analyse, non réalisée ici, aurait renforcé la validité de ce travail.

Interprétation des résultats

◆ Influence des connaissances sur les pratiques médicales

On constate une méconnaissance des traitements chez la plupart des participants

Plusieurs médecins disaient ne pas connaître les traitements indiqués dans le sevrage tabagique. La confusion et l'amalgame entre les 2 traitements étaient importants. Le manque de connaissances est un des freins retrouvés dans la plupart des travaux réalisés auprès des médecins généralistes dans le domaine des addictions [8, 9].

Concernant plus spécifiquement la varénicline, parmi les médecins prescripteurs, un seul disait "adapter la posologie" en cas d'effet indésirable. La méconnaissance de cette possibilité d'adaptation de la dose, et de la possibilité de diminuer les effets indésirables par une diminution de la posologie [10], entraînait pour les autres prescripteurs une décision d'arrêt du traitement, alors qu'il restait efficace même après une diminution de la posologie, d'après la méta-analyse de K. Cahill et al. de 2016 [11].

L'appropriation des modalités de suivi

La nécessité d'un suivi rapproché, avec une surveillance en consultation de la survenue d'effets indésirables potentiels chez les patients, pouvait être un frein pour certains médecins.

Le suivi des patients restait incertain, un seul médecin ayant déclaré prescrire la varénicline et ne faire de suivi (à 15 jours de traitement) qu'à l'initiative du patient. La prise systématique d'un rendez-vous au 9^e jour semble plus judicieuse, le lendemain du premier jour de prise du traitement à dose pleine [10]. De plus, selon la thèse de P. Loumagne (2013), le nombre de consultations de suivi (quel que soit le traitement envisagé) était un des principaux facteurs favorisant la réussite du sevrage [12].

Les recommandations de la HAS sont également peu connues

Les recommandations de la HAS concernant le sevrage tabagique étaient majoritairement méconnues. Certains savaient qu'elles existaient mais ne les avaient pas lues, d'autres ne connaissaient pas leur existence. Ils ne savaient donc pas positionner ces thérapeutiques dans la stratégie de sevrage. Une étude de 2006 montre cependant que la majorité des médecins considère les recommandations comme un atout, à la fois comme outil et

comme incitation, bien qu'ils les jugent difficiles à mettre en pratique et qu'ils demandent à les améliorer [13]. Il faut également souligner que ces recommandations de la HAS n'ont pas été revues depuis 2014, et que les données concernant la varénicline n'ont pas été réactualisées avec l'apport des études les plus récentes. Or, les recommandations ne sont pas définitives, et du fait de l'évolution des connaissances et des pratiques, leur demi-vie moyenne est de l'ordre de 5 ans [14, 15]. Ainsi, il serait nécessaire que les médecins soient mieux informés sur ces recommandations, mais également que celles-ci soient réactualisées dans les années à venir.

L'apport de connaissances n'impacte que partiellement les pratiques des médecins

Dans notre étude, on pouvait constater que les rares médecins qui connaissaient bien ces molécules étaient ceux qui l'avaient expérimenté pour eux-mêmes ou leurs proches. Cela les avait convaincus de l'efficacité du produit et rassurés sur les effets indésirables.

Plusieurs études ont démontré que le simple fait d'informer les praticiens sur les changements à introduire est inefficace, comme décrit notamment dans une revue de la littérature québécoise de 2016 sur les stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques, et les conditions permettant d'en accroître l'efficacité [16, 17]. L'apport de connaissances reste bien entendu nécessaire, mais ne modifie que partiellement les pratiques des médecins [18].

◆ Influence des représentations sur les pratiques médicales

Les risques sont perçus comme prioritaires face aux bénéfices escomptés

Un article du *JIM* [19] énonce notamment que la perception des risques est supérieure à celle des bénéfices et "qu'en situation d'incertitude, on préfère souvent ne rien faire. Les conséquences d'une inaction sont souvent mieux acceptées que celles, même identiques, d'une action volontaire". De plus, selon D. Kahneman, notre cerveau "comporte un mécanisme conçu pour accorder la priorité aux mauvaises nouvelles, [...] les menaces sont prioritaires par rapport aux opportunités" [20].

Dans notre étude, plusieurs médecins disaient craindre des effets indésirables qui avaient été décrits dans la littérature pour ces traitements. Les événements indésirables constatés avec la varé-

nicline étaient principalement des céphalées, des troubles du sommeil, des modifications du comportement ou de l'humeur, et des troubles digestifs, finalement concordants avec ceux décrits dans la littérature [21, 22]. Ces événements, pouvant être concomitants du sevrage, semblaient pour la plupart sans gravité mais entraînaient parfois, au dire des médecins, un arrêt du traitement.

Les participants remettaient en question l'efficacité de ces traitements, bien que des études aient montré une plus grande efficacité de la varénicline versus placebo et versus TNS [11, 21], et une efficacité du bupropion comparable à celle des TNS [11, 23]. Cela pouvait cependant être en lien avec une connaissance à améliorer sur les modalités de prescription et de suivi dans notre échantillon d'étude. Le risque d'aggravation d'une pathologie psychiatrique sous-jacente était également un obstacle à la prescription. Dans l'étude EAGLES [21], qui concluait à une non-augmentation du risque neuropsychiatrique chez les patients sous varénicline même en cas d'antécédent de troubles psychiatriques, les patients les plus à risque de comportement suicidaire étaient exclus. Cette position des médecins pouvait donc nous apparaître comme justifiée devant des patients qui présentaient un trouble psychiatrique instable ou à risque de comportement suicidaire.

Enfin, l'inquiétude sur un transfert de la dépendance du tabac vers un médicament freinait aussi certains praticiens, considérant ces traitements comme "addictogènes". L'amalgame fait entre bupropion et varénicline (imputant à la varénicline les risques des dérivés amphétaminiques) et la méconnaissance du mode d'action des molécules favorisaient cette impression. Cependant, celle-ci était dans tous les cas injustifiée, et ce, même pour le bupropion, la dépendance aux amphétamines (et par extension aux dérivés amphétaminiques) étant faible et moindre que celle provoquée par le tabac [24].

La presse médicale influence les représentations des médecins

11 des 20 participants étaient abonnés à la revue *Prescrire*. Ces lecteurs étaient peu prescripteurs de varénicline ou de bupropion, ce qui était en corrélation avec la prise de position de cette revue sur ces traitements. Ce n'est en effet qu'en 2017 que la revue *Prescrire* retire la varénicline de la liste des médicaments à écarter [25]. Des réserves sont cependant toujours émises par la revue sur ce traitement la même année [26].

Plusieurs praticiens s'étaient forgé une opinion négative sur les traitements médicamenteux du

sevrage tabagique après avoir lu des articles mettant en avant des risques potentiels, notamment ceux concernant la varénicline. Ils ne s'étaient cependant pas réinformés depuis, n'ayant pas lu les publications les plus récentes sur le sujet.

Ainsi, les résultats de la méta-analyse de K.H. Thomas et al., parue en 2015 dans le *BMJ*, concluaient à un risque dépressif dans les sevrages sous varénicline ou bupropion moindre qu'après des sevrages sous substituts nicotiques [27]. De même, l'étude EAGLES de 2016 a démontré l'innocuité de la varénicline sur le plan psychiatrique, que le patient ait ou non des antécédents sur ce plan. C'est celle-ci qui a donné lieu à la décision de remboursement en France en 2017, au même titre que n'importe quel médicament. Par ailleurs, le retrait de la varénicline de la liste des médicaments à écarter de la revue *Prescrire* n'avait été évoqué que par 1 participant. On pouvait donc déduire de tous ces constats un possible biais d'ancrage et un biais de conservatisme.

Rares sont les travaux qui ciblent l'influence que la presse médicale pourrait avoir sur les prescriptions des médecins. La thèse réalisée par E. Lassalle (Limoges, 2015) a montré son impact, en comparant des populations de médecins lecteurs de la revue *Prescrire* ou du *Quotidien du Médecin* à une population de médecins non lecteurs de ces revues médicales [28]. Les praticiens pouvaient être également marqués par les médias au même titre que la population courante, et donc être sujets au biais de confirmation. Ce biais trouve particulièrement résonance sur Internet, amplificateur d'informations orientées (voire fausses). Les articles relatant un scandale, un risque, vont être bien plus présents et plus visibles sur les moteurs de recherche [19].

◆ Influence de la demande des patients sur les pratiques médicales

Les patients sont peu demandeurs de ces traitements

Les patients ont pu eux-mêmes être informés par les médias grand public de la controverse suscitée par la varénicline. Cela aura pu logiquement entraîner une plus faible demande concernant ce traitement. La demande ou la non-demande de traitement par le patient influence aujourd'hui de manière importante la décision du praticien. Dans la thèse de P. Alvarez (Bordeaux, 2018) sur la prise en charge des addictions, le principal obstacle retrouvé à l'accompagnement des patients était l'absence de demande de leur part, devant même le manque de temps ou de formation du médecin [29].

Le médecin a tendance à s'adapter à la demande du patient

Une remodelisation de la relation médecin-patient s'opère depuis plusieurs années. Les médecins ont l'impression que les malades ont tendance à leur accorder moins spontanément leur confiance et que leur décision est susceptible d'être mise en doute, voire contestée [30].

Selon les résultats d'une enquête du LEEM de 2013, la moitié des Français ont déjà parlé avec leur médecin de ce qu'ils ont lu sur Internet à propos de leurs symptômes ou de leur maladie (100 % des médecins disent connaître ce type de situation). Cela allait parfois jusqu'à la remise en cause de l'ordonnance, 25 % des patients ayant déjà manifesté leur désaccord sur sa prescription (situation vécue par 93 % des médecins) [31].

La crainte de dégrader la relation médecin-malade était d'ailleurs l'un des freins retrouvés dans la thèse de M. Piardon à la motivation dans la réalisation du sevrage tabagique au cabinet [8].

Conclusion et perspectives

La varénicline et le bupropion sont des traitements reconnus efficaces dans le sevrage tabagique, pouvant être prescrits par les médecins généralistes après l'échec d'un traitement par TNS, selon les recommandations de la HAS de 2014.

Notre objectif était de déterminer les freins et les facteurs favorisant la prescription de ces thérapeutiques médicamenteuses.

Les facteurs favorisant la prescription étaient : la bonne connaissance des molécules, la non-observation d'événements indésirables ; l'expérience personnelle du médecin avec ces traitements.

Les freins évoqués se basaient sur le constat d'événements indésirables, le manque de résultats, la lecture d'articles en défaveur, l'absence de demande des patients.

Notre étude a mis en évidence un déficit d'informations : principalement la confusion entre les 2 molécules (bupropion et varénicline), et la connaissance insuffisante des recommandations de la HAS sur le sevrage tabagique.

On relevait aussi la crainte anticipée d'un transfert de dépendance du tabac vers le traitement prescrit, ou de risques pressentis, notamment l'aggravation de troubles psychiques.

Réitérer une telle étude aujourd'hui pourrait être intéressant, afin d'observer une évolution des représentations des médecins généralistes, favorisée par l'appropriation des études successives rassurantes.

Par ailleurs, les médecins déploraient le manque de communication avec les addictologues, ou les délais trop longs pour obtenir un rendez-vous. Les médecins semblaient demandeurs d'interactions avec d'autres praticiens. Avec l'éclairage apporté par cette étude, il nous apparaît aujourd'hui nécessaire de renforcer la relation entre médecins spécialisés en addictologie ou en tabacologie, et médecins généralistes de ville.

Un dispositif de prise en charge conjointe "ville-hôpital", facilitant ces échanges, a ainsi été développé en Gironde à la suite de ce travail entre la consultation d'addictologie de l'hôpital Suburbain du Bouscat et les médecins traitants adresseurs des patients fumeurs. Il a pour objectifs :

- de clarifier, formaliser le suivi : des consultations de suivi sont programmées, de façon alternée entre les 2 professionnels, le patient transportant lui-même son dossier partagé ;
- de rassurer et d'impliquer le médecin généraliste dans la prise en charge du sevrage tabagique, celui-ci pouvant facilement se référer au spécialiste en cas de difficultés ;
- de désengorger les structures d'addictologie, les sevrages simples pouvant être gérés au cabinet du généraliste, et réduire ainsi les délais d'accès au spécialiste pour les cas plus complexes ou les situations urgentes.

Une évaluation qualitative de l'expérience principes, menée en 2017-2018 (M. Fournols, thèse de médecine Bordeaux), a montré une évolution des représentations des médecins sur les traitements de soutien [32].

Ceux-ci se disaient rassurés, avoir moins de méfiance avec les traitements médicamenteux, avoir acquis les modalités de leur utilisation, et savoir mieux conseiller leurs patients. Certains se disaient prêts désormais à développer le sevrage tabagique dans leur patientèle. Ce partenariat ville-hôpital a été depuis poursuivi en Gironde. L'évaluation de son efficacité sur plus de 100 patients pris en charge avant la crise sanitaire montre environ 60 % de sevrages de plus de 6 mois [33].

La diffusion de ce dispositif permettra :

- de décloisonner les secteurs de la ville et de l'hôpital ;
- de développer la prise en charge du sevrage tabagique en médecine de premier recours ;
- de favoriser l'intégration des accompagnements dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Enfin, la révision attendue de la recommandation de bonne pratique de la HAS de 2014 sur le sevrage tabagique sera également un levier important pour soutenir cette prise en charge par les médecins de premier recours, pivots du système de santé. ■

Références bibliographiques

1. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019.
2. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus. In Paris, France; 1998.
3. Haute Autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation, octobre 2014.
4. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Réunion du Comité technique de pharmacovigilance. 20 octobre 2015.
5. Ravily E. Connaissances, représentations et pratiques des médecins généralistes concernant deux thérapeutiques de l'arrêt du tabac : la varénicline et le bupropion. [Thèse de médecine]. Bordeaux : Université de Bordeaux; 2018.
6. Andler A et al. Tabagisme des professionnels de santé en France. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017.
7. Ferrand Devouge E et al. Motivations and willingness of general practitioners in France to participate in primary care research as investigators. *Fam Pract* 2019;36(5):552-9.
8. Piardon M. Évaluation des médecins généralistes du Val-de-Marne sur leurs connaissances et pratiques en tabacologie [Thèse de médecine]. Paris Val-De-Marne : Université de Créteil; 2006.
9. Sciolla M. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique [Thèse de médecine]. Grenoble : Université Joseph-Fourier; 2012.

 Retrouvez l'intégralité des références bibliographiques sur www.edimark.fr

N. Lajzerowicz, Y. Montariol, E. Ravily et F. Pétregne déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

Références bibliographiques (suite de la page 19)

10. Lajzerowicz N et al. Aide médicamenteuse à l'arrêt du tabac par varenicline. *Courrier des Addictions* 2017;19(2):26-32.
11. Cahill K et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;31(5):CD009329.
12. Loumagne P. Évaluation de la prise en charge du sevrage tabagique en médecine générale : étude quantitative et qualitative d'un échantillon de 89 patients [Thèse de médecine]. Poitiers : Université de Poitiers; 2013.
13. Laure P, Trepos JY. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Santé publique* 2006/4 (Vol. 18), p. 573 -584.
14. Delaunay L, Plantet F. Faut-il continuer à faire des recommandations professionnelles de bonne pratique clinique ? *Prat Anesth Réanimation* 2016;20(6):290-4.
15. Alderson LJH et al. Median life span of a cohort of National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines was about 60 months. *J Clin Epidemiol* 2014;67(1):52-5.
16. Prior M et al. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies-a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract* 2008;14(5):888-97.
17. Provost MH et al. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 2016. 93 p.
18. Bachimont J et al. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et Santé* 2006;24(2):75-103.
19. Krivine JP. Pourquoi l'information scientifique ne parvient-elle pas toujours à convaincre ? *JIM Déc* 2016.
20. Kahneman D. *Système 1, système 2 : les deux vitesses de la pensée*. Paris: Flammarion; 2015.
21. Anthenelli RM et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016;387(10037):2507-20.
22. Cahill K et al. A preliminary benefit-risk assessment of varenicline in smoking cessation. *Drug Saf* 2009;32(2):119-35.
23. Hughes JR et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2014(1):CD000031.
24. Nutt D et al. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet* 2007;369(9566):1047-53.
25. Actualisations 2017 dans le bilan des médicaments à écarter. *Rev Prescrire* 2017;37(400):139.
26. Varenicline et troubles neuropsychiques : prudence, même après l'essai dit Eagles. *Rev Prescrire* 2017;37(401):188-90.
27. Thomas KH et al. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350:h1109.
28. Lassalle E. Influence de la presse médicale sur les prescriptions des médecins généralistes libéraux [Thèse de médecine]. Limoges: Université de Limoges; 2015.
29. Alvarez P. Impact de la visite des jeunes généralistes installés libéraux sur les difficultés d'orientation en addictologie. [Thèse de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
30. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs. *Rev Fr Sociol [Internet]*. 2005;46(3):443-67.
31. Les Entreprises du Médicament - Les Français, les médecins et le médicament : résultats 2013. LEEM. 2013 [Internet].
32. Fournols M. Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac : retour d'expérience de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise. [Thèse de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.
33. Ménard J. Évaluation du parcours coordonné pour l'aide à l'arrêt du tabac en Gironde. Étude rétrospective des prises en charge sur 3 années. [Thèse de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2021.