

RAPPORT D'ÉLABORATION DE RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Aide au sevrage tabagique

Décembre 2004

SOMMAIRE

I.	CHOIX DU THÈME.....	3
II.	LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT	3
III.	CIBLE PROFESSIONNELLE	4
IV.	GROUPE DE TRAVAIL	4
V.	EXPERT DU THÈME.....	4
VI.	TEXTES DE RÉFÉRENCE.....	4
VII.	SÉLECTION DES OBJECTIFS DE QUALITÉ.....	5
VIII.	CRITÈRES D'ÉVALUATION ET QUESTIONS POUR DÉTERMINER SI LES CRITÈRES SONT PRÉSENTS.....	7
IX.	GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS	9
X.	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	12
	ANNEXES	13
I.	GROUPE DE LECTURE	13
II.	TEST DU RÉFÉRENTIEL.....	13
III.	GROUPE DE TRAVAIL	16
IV.	CALENDRIER.....	17

L'élaboration de ce référentiel s'est faite conformément aux étapes proposées par l'Anaes dans le guide intitulé « Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles : base méthodologique pour leur réalisation en France » de janvier 2004.

I. CHOIX DU THÈME

Le rapport de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé « Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac » de mai 2003 fait état du danger du tabagisme en France (plus de 65 000 morts évitables aujourd'hui) et des sombres prédictions pour l'avenir qui envisagent pour 2015 un chiffre de victimes du tabac avoisinant les 150 000 morts par an si rien n'est fait pour modifier le cours des choses. Le tabagisme est potentiellement très grave, avec retentissement important notamment sur des pathologies respiratoires et cardiaques, une aggravation significative des risques de cancer dont l'incidence peut être multipliée par 10 par rapport aux non-fumeurs pour le cancer des bronches, et une diminution conséquente de l'espérance de vie.

Le document de l'Afssaps analyse la situation de la France à partir d'un constat épidémiologique. Après avoir rappelé les bénéfices attendus de l'arrêt de la consommation du tabac, notamment chez les populations à risque en particulier les jeunes et les femmes enceintes, l'Afssaps propose des stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses pour l'aide à l'arrêt du tabac et fait des recommandations de bonnes pratiques. Il reste à évaluer dans quelle mesure ces recommandations sont observées par les médecins généralistes et à proposer un guide pour les aider à améliorer leur pratique quotidienne dans le domaine de la tabacologie.

Un groupe de travail a été formé sous la responsabilité d'un chef de projet à temps plein de l'Anaes, le D^r Christian BOISSIER, pour élaborer un référentiel sur l'aide au sevrage tabagique. Le référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles est l'outil qui permet d'évaluer les pratiques professionnelles en pratique libérale dans le cadre du décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales et pour l'évaluation des pratiques en établissement de santé dans le cadre de la loi hospitalière de 1992 et de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Un référentiel comprend une grille de recueil des données et un guide d'utilisation.

Le référentiel d'évaluation est élaboré de manière rigoureuse sur des bases scientifiques explicites. Il fixe des objectifs et des exigences de qualité sélectionnées dans les différentes sources documentaires. Étant adapté au mode d'exercice il sert de comparateur dans l'évaluation des pratiques. Le référentiel se compose de critères d'évaluation, éléments concrets, observables, permettant de porter un jugement sur la conformité de la pratique.

II. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT

L'Anaes est à l'origine de l'élaboration de ce référentiel ; elle a contacté pour sa réalisation l'association Capitole Stop Tabac qui est donc le 2^e promoteur.

Les moyens financiers sont pris en charge par l'Anaes.

Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts des membres du groupe de travail.

Le calendrier de l'élaboration du référentiel était prévu sur une période totale de 8 mois. Pour différentes raisons la réalisation a été plus longue que prévu (cf. annexe).

III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Les groupes de travail, de lecture et de test ont été majoritairement composés de médecins généralistes.

Ce référentiel s'adresse donc aux médecins généralistes mais il peut intéresser l'ensemble des médecins spécialistes désireux de prendre en charge le sevrage tabagique de leurs patients fumeurs.

IV. GROUPE DE TRAVAIL

La liste des participants au groupe de travail est donnée en annexe.

Ces médecins ont été choisis ensemble par l'Anaes et Capitole Stop Tabac sur la liste des membres de l'association Tabac et Liberté et des groupes de FMC.

Les critères de sélection, outre la disponibilité à la date de réunion, étaient l'intérêt pour le thème et le fait d'être déjà soi-même impliqué dans une démarche de prise en charge des fumeurs dans la pratique quotidienne.

Sous la direction du chef de projet de l'Anaes, le D^r Christian BOISSIER, le déroulement des travaux a été animé par le P^r Robert BIERME, président du groupe. Le D^r Jean DAVER était le chargé de projet ; il a rédigé le rapport d'élaboration.

V. EXPERT DU THÈME

L'expert tabacologue du groupe a été le D^r Anne-Marie CLAUZEL, en charge de la coordination régionale des actions dans le domaine du tabac en Languedoc-Roussillon, chargée d'enseignement au DIU de tabacologie, et membre du conseil d'administration de Tabac et Liberté.

VI. TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Recommandations Afssaps :
« Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac », mai 2003. (<http://afssaps.sante.fr/htm/10/tabac/sommaire.htm>)
- Recommandations Institut national de santé publique du Québec :
« Intervention en matière de cessation tabagique : description, efficacité, impact, coûts estimés pour le Québec », novembre 2001. (http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/057_Interv_tabagisme.pdf)
- Recommandations Anaes :
« Arrêt de la consommation du tabac », conférence de consensus, 20 octobre 1998.

- Recommandations groupe expert de l'Inserm à la demande de la MILDT :
«Tabac – Comprendre la dépendance pour agir », 2003 (<http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>)
- *Recommandations: Improving health promotion activity: helping patients to stop smoking. In: Fraser RC, Lakhani LK, Baker RH. Evidence-based audit in general practice. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1998.*

D'autres textes ont été proposés par les participants, mais ils ne semblaient pas apporter de faits nouveaux à la réflexion et tout en reconnaissant l'intérêt de ces textes le groupe a décidé de ne pas les retenir comme source bibliographique pour l'élaboration du référentiel.

VII. SÉLECTION DES OBJECTIFS DE QUALITÉ

DANS UN PREMIER TEMPS le groupe de travail a réfléchi sur les nouveaux objectifs qu'il s'est donnés avant de lister les objectifs de qualité pouvant figurer dans le référentiel :

- 1. Faire avec le fumeur le bilan de son tabagisme (Afssaps p. 17 grade C), de ses motivations (AP) et de ses difficultés à arrêter de fumer (Afssaps p. 17 grade C, Québec p. 18 grade B et grade C) :**
 - test de Fagerström en annexe avec des commentaires ;
 - HAD en annexe avec commentaires, à faire remplir par le fumeur à la maison ;
 - tentatives d'arrêt : combien ? comment ? pourquoi ? difficultés, conditions de la reprise ;
 - recherche des addictions associées ;
 - dédramatiser les rechutes ;
 - balance des avantages et des difficultés - outil à créer ? qu'est-ce que je gagne, qu'est-ce que je perds à continuer de fumer, à m'arrêter de fumer - important pour tous les participants au groupe de travail.
- 2. Définir avec le fumeur une stratégie d'aide au sevrage en s'appuyant sur le bilan et l'évaluation des dépendances (grade A) :**
 - accompagner ;
 - addictions associées ;
 - évaluer les dépendances physique (Fagerström), comportementale, psychologique, rechercher les modalités de la consommation tabagique (cigarettes automatiques, cigarettes d'exception, repérer à domicile la cigarette (ou les) la plus importante pour le plaisir, les circonstances d'une cigarette exceptionnelle dans les moments difficiles - renforcement des trois dépendances 1/3 chacune dans la dépendance - pas d'outil mais on peut tenter d'interpréter le dialogue et se baser aussi sur le test de Fagerström pour évaluer plus finement les réponses ;
 - aider les fumeurs à identifier les situations dans lesquelles ils sont le plus susceptibles de fumer pour arriver à les éviter si possible et surtout à y faire face plus efficacement (argumentaire Afssaps p. 17 grade A) ;
 - demander au fumeur : avez-vous choisi une date pour commencer le sevrage ? le laisser décider ;
 - avez-vous pesé le fumeur – indispensable avant le sevrage pour évaluer la prise de poids, c'est aussi l'occasion de conseils diététiques et de suggérer une modification du comportement alimentaire ;
 - avez-vous proposé une stratégie thérapeutique – substituts nicotiques ou non ;
 - avez-vous prescrit une thérapeutique adaptée à ce fumeur ? si oui, sur quelles bases ?

3. Proposer un suivi prolongé et un accompagnement (Afssaps p. 17 grade A, Québec p. 18 grade A) :

- avez-vous prévu les 4 consultations indispensables pour commencer un sevrage tabagique dans de bonnes conditions ?
- les actes à faire pendant le suivi :
RDV obligatoire dans les 8 premiers jours pour ajuster le traitement et surveiller les effets secondaires ;
- 3 à 4 semaines pour évaluer le syndrome de manque, faire un bilan des dépendances comportementale et psychologique, recherche des premières améliorations (goût, odorat, souffle, etc.), poids, sommeil, changement caractériel ;
- consultation à 2 mois : bilan du sevrage si continu, causes de la reprise de la consommation ;
- consultation à 3 mois : bilan général, nécessité de continuer la thérapeutique, de pallier des effets de manque, prévenir la rechute, etc. ;
- consultation à 6 mois : bilan si succès, prévenir la rechute ;
- consultation à 1 an pour les statistiques.

Les remarques du groupe de travail sur ces points :

- possibilité de fractionner la préparation à la prise en charge (plusieurs consultations si nécessaire) ;
- analyser les rechutes c'est faire le bilan des résistances et renforcer les motivations ;
- le groupe préfère à résistances les termes de craintes ou de blocages ;
- terrain du travail : analyse des facteurs de succès de l'aide au sevrage, organisation du suivi, réévaluation des facteurs de succès ou d'échec de l'aide au sevrage tabagique ;
- histoire du fumeur : le MG est face soit à une demande exprimée, soit une évocation à faire devant une pathologie liée au tabac ou aggravée par le tabagisme à l'occasion d'une consultation ;
- ce qu'il faut envisager lors d'une consultation :
 - prendre en compte les attentes du fumeur,
 - évaluer et réévaluer les dépendances,
 - freins à l'arrêt, situations à risque (Québec p. 18 grade B),
 - faire le bilan des motivations et des rechutes (Afssaps p. 17, Québec p. 18 grade A et grade B),
 - faire le bilan des motivations et des difficultés (Québec grade C p. 18),
 - organisation du suivi (Afssaps p. 17 grade A, Québec grade A) ;
- le référentiel est un outil d'accompagnement de l'évolution du médecin face au tabagisme ;
- sur les 170 correspondants régionaux de l'Anaes interrogés aucun ne s'occupe du tabagisme et le conseil minimal n'est pas pratiqué sauf par les anesthésistes simplement parce qu'il faut que les patients s'arrêtent de fumer 15 jours avant une intervention (?) ;
- maintenant les fumeurs demandeurs devraient les obliger à bouger ;
- difficultés de l'association tabac, alcool, cannabis et de la prise en compte séparée, car le programme informatif dont il se sert n'a aucune référence dans ce domaine.

DANS UN DEUXIÈME TEMPS ont été rappelés les motifs de sélection de ces objectifs :

- utilité de bien connaître l'histoire du fumeur avec le tabac pour le conseiller utilement ;
- la gravité est fonction de la durée de la consommation ;
- facile à utiliser avec tous les fumeurs ;
- faisabilité au cabinet pour le médecin ;
- niveau de preuve suffisant pour le thème (grade C ou accord professionnel) ;
- facilement évaluable.

DANS UN TROISIÈME TEMPS un accord a été trouvé pour retenir les objectifs suivants pour développer le référentiel.

- Faire avec le fumeur le bilan de son tabagisme :
 - son histoire [Afssaps grade C (critère 1)] ;
 - ses motivations au sevrage [accord professionnel (critère 2)] ;
 - les difficultés éventuelles [INSPQ grade B (critère 3)].
- Évaluer la dépendance pharmacologique [Afssaps grade A (critère 4)] :
 - l'état anxio-dépressif (critère 5) ;
 - les addictions associées (critère 6).
- Planifier le suivi et définir le mode d'accompagnement, [Afssaps grade A INSPQ grade A (critères 7, 8, 9, 10)].

Comme dans tout référentiel, il n'y a aucune recherche d'exhaustivité. Le but est d'identifier quelques objectifs de qualité permettant ensuite de les décliner en critères d'évaluation et questions simples pouvant amener le praticien à réfléchir sur sa pratique et la modifier éventuellement en fonction de données scientifiquement validées.

VIII. CRITÈRES D'ÉVALUATION ET QUESTIONS POUR DÉTERMINER SI LES CRITÈRES SONT PRÉSENTS

1. Les modalités du ou des arrêts antérieurs avec les circonstances de la reprise sont analysées.
La ou les dates des tentatives d'arrêt précédentes avec les circonstances de reprise sont-elles notées dans le dossier ?
2. La balance avantages inconvénients du tabagisme est envisagée.
Le niveau de motivation est-il noté dans le dossier ?
3. Les situations à risque de rechute sont envisagées.
Les situations à risque de rechute sont-elles notées dans le dossier ?
4. Le patient a rempli le test de Fagerström.
Le résultat du test de Fagerström est-il noté dans le dossier ?
5. Le patient a rempli le test HAD.
Le résultat du test HAD est-il noté dans le dossier ?
6. Les addictions associées sont recherchées.
La présence ou l'absence d'addictions associées (alcool, cannabis) sont-elles notées dans le dossier ?
7. Le choix de la stratégie thérapeutique est fait avec le patient.
Le choix thérapeutique en accord avec le patient est-il noté dans le dossier ?
8. Le patient fixe la date envisagée de début du sevrage.
La date envisagée du début du sevrage est-elle notée dans le dossier ?

9. Le risque de prise de poids est évoqué.
Le poids du patient est-il noté dans le dossier ?

10. Les dates des prochaines consultations sont prévues avec le patient.
Le planning des prochaines consultations est-il noté dans le dossier ?

IX. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS

Notez une seule réponse par case :

O si la réponse est OUI

N si la réponse est NON

NA si la question ne s'applique pas à ce patient ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires). N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

N° d'anonymat :

Date :

Temps passé à cette évaluation :

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6	QUESTION 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10
1	La ou les dates des tentatives d'arrêt précédentes avec les circonstances de reprise sont-elles notées dans le dossier ?	Le niveau de motivation est-il noté dans le dossier ?	Les situations à risque de rechute sont-elles notées dans le dossier ?	Le résultat du test de Fagerström est-il noté dans le dossier ?	Le résultat du test du HAD est-il noté dans le dossier ?	La présence ou l'absence d'addictions associées (alcool, cannabis) sont-elles notées dans le dossier ?	Le choix thérapeutique en accord avec le patient est-il noté dans le dossier ?	La date envisagée du début du sevrage est-elle notée dans le dossier ?	Le poids du patient est-il noté dans le dossier ?	Le planning des prochaines consultations est-il noté dans le dossier ?
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles

QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6	QUESTION 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10
La ou les dates des tentatives d'arrêt précédentes avec les circonstances de reprise sont-elles notées dans le dossier ?	Le niveau de motivation est-il noté dans le dossier ?	Les situations à risque de rechute sont-elles notées dans le dossier ?	Le résultat du test de Fagerström est-il noté dans le dossier ?	Le résultat du test HAD est-il noté dans le dossier ?	La présence ou l'absence d'addictions associées (alcool, cannabis) sont-elles notées dans le dossier ?	Le choix thérapeutique en accord avec le patient est-il noté dans le dossier ?	La date envisagée du début du sevrage est-elle notée dans le dossier ?	Le poids du patient est-il noté dans le dossier ?	Le planning des prochaines consultations est-il noté dans le dossier ?
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

Total des O									
Total des N									
Total des NA									

VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :

	Observations par patient
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

ANNEXES

I. GROUPE DE LECTURE

• **Experts de la méthode :**

- D^r Jacques BIRGE, généraliste, Lorraine ;
- D^r Jean-Jacques DOMEREGO, cardiologue, PACA ;
- D^r Patrick DUTILLEUL, généraliste, Languedoc-Roussillon ;
- D^r Philippe HOFLIGER, généraliste, PACA ;
- D^r Jean Pierre LAFONT, généraliste, PACA ;
- D^r Philippe LAMBERT, généraliste, Languedoc-Roussillon ;
- D^r Michel LE MAITRE, dermatologue, Basse-Normandie ;
- D^r Jean-Jacques ORMIERES, généraliste, Midi-Pyrénées ;
- M^{me} Marie-José RAVINEAU, responsable qualité, Île-de-France ;
- D^r Marianne SAMUELSON, généraliste, Basse-Normandie.

Le texte a également été analysé et critiqué par des chefs de projets de l'Anaes :

- M^{me} Rose DERENNE ;
- D^r Yann GRATEAU ;
- M^{me} Claudie LOCQUET ;
- D^r Marina MARTINOWSKY.

• **Experts du thème :**

- D^r Gilbert LAGRUE, centre de tabacologie AP-HP, hôpital A. Chenevier, 40 rue Mesly, 94000 Créteil.
mail. gilbert.lagrue@ach.ap-hop-paris.fr
- D^r Bernard LEBEAU, hôpital Saint-Antoine, 184 rue Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris.
mail. bernard.lebeau@sat.ap-hop-paris.fr
- D^r Gérard MATHERN, centre médical de Chavannes, 42400 Saint-Chamond.
mail. gmathern@netsystem-net.fr
- D^r Daniel THOMAS, groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, service de cardiologie, 75651 Paris Cedex 13.
mail. daniel.thomas@psl.ap-hop-paris.fr

II. TEST DU RÉFÉRENTIEL

Analyse du résultat de l'évaluation du référentiel « Aide au sevrage tabagique ».

Le référentiel a ensuite été confié à un groupe test pour l'évaluer.

Nous avons obtenu 28 grilles d'évaluation du référentiel.

1. Répartition des participants au test suivant les régions.

Aquitaine	3
Bourgogne	2
Bretagne	2
Île-de-France	4
Languedoc-Roussillon	3
Lorraine	1

Midi-Pyrénées	3
Nord-Pas-de-Calais	1
Basse-Normandie	1
Pays de la Loire	1
Picardie	1
PACA	4
Rhône-Alpes	2

2. Liste des médecins participants (cf. annexe). Une moitié de libéraux et 1/3 de MG.

NB : Les grilles 21 et 28 d'une part et 23 et 25 d'autre part ont été faites par le même médecin mais à 3 mois d'intervalle. Les résultats étant sensiblement différents nous les avons gardés.

3. Analyse des grilles (tableau de synthèse en annexe).

Q1- Le thème du référentiel concerne-t-il un problème clinique fréquent dans votre pratique ? Les 27 réponses positives affirment le bien-fondé de l'élaboration d'un référentiel spécifique « Aide au sevrage tabagique ».

Q2- Les objectifs et exigences de qualité sélectionnés sont-ils pertinents pour votre pratique ? Avec 26 réponses positives sur 28, le résultat est acquis. Pour la majorité des testeurs les critères sont simples, pertinents et faciles à appliquer. Ils répondent bien à l'exigence de la consultation de sevrage tabagique. L'un d'entre eux déclare que le test de Fagerström est reconnu comme étant sans intérêt.

Dans les commentaires certains (3) ajouteraient un test de motivation, d'autres (1) un test de dépistage de consommation abusive d'alcool.

Q3- Les critères d'évaluation proposés sont-ils discriminants, faisant la différence entre bonne et moins bonne pratique médicale ?

Une nette majorité de « oui » soulignant que les critères correspondent à une bonne pratique et aux exigences de rigueur de la tenue du dossier médical. Par contre il faut noter 8 réponses négatives provenant de praticiens hospitaliers qui souhaiteraient détailler certains critères d'addictions en général, l'alcool en particulier, évaluer les dépendances psycho-comportementales (2), et qui doutent (1) de la pratique du test HAD par un MG ; un lecteur souligne l'importance du rapport médecin-patient.

Q4- Les objectifs et exigences de qualité proposés peuvent-ils être atteints dans votre pratique quotidienne ?

Unanimité sur ces critères : tout le monde est d'accord, pour beaucoup (tabacologues) cet objectif est atteint. La réponse négative vient de l'ORL (cancérologue) dont la préoccupation majeure de la consultation est ailleurs. L'ensemble des réponses souligne la simplicité et la facilité d'utilisation des critères retenus.

Q5- Les critères d'évaluation proposés sont-ils compréhensibles, opérationnels, formulés en termes clairs et simples ?

Nette majorité pour répondre oui, les réponses négatives sont données à une exception près (un MG) par des tabacologues spécialisés et quasi exclusifs. Les commentaires portent sur la motivation, le temps de consultation, le test DETA, le HAD en évaluation de la motivation (?) mais dans l'ensemble il est admis par tous que les critères sont compréhensibles et formulés en termes simples.

Q6- Est-il facile de répondre aux questions qui permettent de savoir si les objectifs et les exigences sont réalisés ?

Pour l'ensemble la réponse est « oui » (20/28), cela fait partie de la consultation normale de sevrage tabagique et sert de guide. Dans les réponses négatives deux sont faites par des MG sans commentaires.

Q7- Le référentiel vous semble-t-il complet ?

Il ne faut pas s'étonner que cette question récolte un maximum de réponses négatives. Chaque participant à l'évaluation a quelque chose à proposer qui lui semble indispensable. Les tabacologues jugent la mesure du test au CO obligatoire, elle est réclamée par 7 des médecins testeurs. Mais les généralistes ne sont pas équipés du matériel (coût # 400 € # 2 600 FF). Mettre cette mesure dans le référentiel suppose :

- a. que l'on suggère que le MG doit s'équiper ;
- b. que le médecin non équipé ne puisse pas faire de prise en charge des fumeurs en vue d'un sevrage tabagique ;
- c. que nous sommes sûrs qu'on ne peut pas s'occuper de tabagisme sans cet appareil ;
- d. si c'est une obligation : qui paye ? qui rembourse ?

Les réponses du groupe à ces questions sont fondamentales, il faut dégager entre nous un consensus faute de quoi nous devons nous réunir pour trouver et adopter une position commune. Pour le reste il s'agit des obèses et de l'alimentation, du HAD insuffisant pour trouver un niveau de motivation (?), des critères socio-économiques du fumeur, du tabagisme passif, de la balance motivationnelle, du psycho-comportemental, du dépistage de l'alcoolisme, du dépistage de la prise d'autres médicaments, d'autres drogues, de l'organisation du suivi.

Q8- Le référentiel a-t-il été utile et avez-vous changé votre pratique après cette évaluation ?

La majorité de « non » tient au fait que les tabacologues travaillent suivant les critères du référentiel, mais les MG disent que cela améliorera leur pratique et c'est bien finalement le but du référentiel.

Q9- Quelles améliorations souhaiteriez-vous voir apporter à la forme et au fond de ce référentiel ?

Seuls les 2/3 des médecins testeurs se sont exprimés sur ce point, ce qui permet de considérer qu'un tiers est satisfait du référentiel dans l'état.

Les améliorations proposées sont diverses : mesure du CO (6), test motivation simple, évaluation de la décision d'arrêter suivant Di Clemente et Prochaska, simplifier les tests HAD et Fagerström, mieux organiser le suivi du sevrage, les TCC, prise en charge psycho-comportementale, évaluer les autres addictions, les troubles biologiques, préciser les protocoles d'utilisation des substituts nicotiniques.

À la suite de ce test le groupe de travail a répondu aux 3 questions suivantes :

- l'utilisation du test HAD est-elle souhaitable systématiquement ?
- le test de Fagerström est-il toujours d'actualité ?
- la mesure du CO doit-elle être recommandée de façon systématique ?

Les membres du groupe de travail dans leur ensemble confirment l'intérêt du test HAD à faire faire par le fumeur à domicile et même éventuellement à refaire au bout de quelques semaines. Ce test est validé, on ne peut le modifier sans engager une nouvelle validation ce qui représente des mois

voire des années de travail avant d'avoir un nouveau test allégé. C'est la raison pour laquelle pratiquement unanimement le groupe de travail considère l'utilisation de ce test souhaitable par le médecin généraliste, quitte à envisager de communiquer sur ce sujet pour en rendre l'utilisation plus habituelle.

De même, tout en reconnaissant l'intérêt du dosage du CO dans le sevrage tabagique, le groupe considère que le médecin généraliste peut parfaitement prendre en charge le sevrage de ses patients fumeurs sans utiliser la mesure du CO. Le groupe considère qu'il serait déraisonnable de demander au praticien un investissement financier difficile à justifier.

Enfin le groupe considère que le test de Fagerström en 6 questions est actuellement un outil irremplaçable qui permet justement de pallier l'absence de mesure du CO.

Dans ces conditions le référentiel peut être adopté et diffusé.

III. GROUPE DE TRAVAIL

Chef de projet Anaes : D^r Christian BOISSIER, Anaes, service évaluation des pratiques, 2 avenue du Stade de France, 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE Cedex.
tél. 01 55 93 71 31
mail c.boissier@has-sante.fr

Président : P^r Robert BIERME, 6 Président Capitole Stop Tabac, 1 bis rue Lejeune, 31000 TOULOUSE.
tél. 06 10 24 05 34
mail robert.bierme@wanadoo.fr

Chargé de projet : D^r Jean DAVER, 17 rue des Regans, 31000 TOULOUSE.
tél. 05 62 88 69 01
mail daver.jean@wanadoo.fr

Expert du thème : D^r Anne-Marie CLAUZEL, maison médicale Paul Valéry, 271 allée du Bon Accueil, 34090 MONTPELLIER.
tél. 04 67 52 02 76
mail am.clauzel@wanadoo.fr

Participants au groupe de travail
D^r Patrick BALOUET, 2 rue Colbert, 29200 BREST.
tél. 02 98 43 03 38
mail balouet.patrick@wanadoo.fr

D^r Jean-Louis DUROS, 7 rue Sutil, 89000 AUXERRE.
tél 06 09 05 13 81
mail jean-loup.duros@wanadoo.fr

D^r Gérard FONTAN, 55 rue de Cugnaux, 31300 TOULOUSE.
tél 05 61 59 31 55
mail fontan.gerard@numericable.fr

D^r Béatrice LE MAITRE, CHU Côte de Nacre unité coordination de tabacologie, 14033 CAEN cedex.

tél 02 31 06 45 93

mail beatricelm@wanadoo.fr

D^r Henry MARINO, 159 chemin des civets, 38330 SAINT-ISMIER.

tél 04 76 52 41 82

mail Henry.marino@club-internet.fr

D^r Lila SIMON-RENDU, 5 rue Contrescarpe, 44000 NANTES.

tél 02 40 08 93 63

mail lila.simon@libertysurf.fr

IV. CALENDRIER

- Envoi au groupe de lecture fin février
- Retour du groupe de lecture et analyse fin mars
- Envoi au groupe test début avril
- Retour groupe test fin mai
- Analyse et version finale fin juin
- Fin du travail (congratulations) juillet.