



HAL
open science

Place et abord de la problématique tabac dans l'autoformation des internes de médecine générale : analyse de 192 portfolios validés en septembre 2015

Toavina Andriamahefa

► To cite this version:

Toavina Andriamahefa. Place et abord de la problématique tabac dans l'autoformation des internes de médecine générale : analyse de 192 portfolios validés en septembre 2015. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01593606

HAL Id: dumas-01593606

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01593606v1>

Submitted on 26 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse n°117

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le
7 septembre 2017 par

Toavina ANDRIAMAHEFA

Né le 04 Mai 1984 à Tamatave

**PLACE ET ABORD DE LA PROBLEMATIQUE TABAC DANS
L'AUTOFORMATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE**
Analyse de 192 portfolios validés en Septembre 2015

Directeur de thèse : Monsieur le **Professeur Philippe CASTERA**

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMAUX

Madame le Professeur Chantal RAHERISON-SEMJEN

Madame le Docteur Nathalie LAJZEROWICZ

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA

Président

Juge

Juge et rapporteur

Juge

Juge

Directeur

TABLE DES MATIERES

1.1.	Importance de la problématique tabac en quelques chiffres clés.....	4
1.2.	Le tabac et la formation du médecin généraliste	5
1.3.	Place du portfolio et ses objectifs dans la formation des IMG.....	6
1.4.	La justification du travail de recherche et travaux déjà réalisés sur le Portfolio.....	8
1.5.	Etudes réalisées auprès d'internes	9
1.6.	Question de recherche.....	9
1.7.	Hypothèses.....	10
1.8.	Objectifs.....	10
2.1.	Type d'étude.....	11
2.2.	Population étudiée	11
2.2.1.	Critères d'inclusion	11
2.2.2.	Critères de non inclusion	11
2.2.3.	Critères d'exclusion	11
2.3.	Données recueillies	11
2.3.1.	Parcours d'internat.....	11
2.3.2.	Nombre de citations	12
2.3.3.	Nombre d'argumentaires	12
2.3.4.	Lieux de stage précisés dans les scripts ou cas ponctuels	12
2.3.5.	Contextes dans lesquels les « citations » apparaissent	12
2.3.6.	Thèmes des « argumentaires »	12
2.3.7.	Statut tabagique du patient	13
2.3.8.	Réaction de l'IMG et implication dans la prise en charge du tabagisme	13
2.3.9.	Sexe de l'IMG	13
2.3.10.	Les sources d'argumentaires	14
2.4.	Méthode.....	14
2.4.1	Repérage des « citations » et des « argumentaires ».....	14
2.4.2.	Objectif opérationnel n°1 : mesurer le volume global de « citations » et « d'argumentaires » dans les portfolios des IMG.....	14
2.4.3.	Objectif opérationnel n°2 : analyser la relation entre parcours et traitement de la problématique tabac.....	15
2.4.4.	Objectif opérationnel n°3 : évaluer l'action de dépistage des IMG et leur réactivité dans la prise en charge du tabagisme	16
2.4.5.	Objectif opérationnel n°4 : rechercher une différence de traitement en fonction du sexe de l'IMG	17
2.4.6.	Objectif opérationnel n°5 : décrire les contextes et thèmes porteurs de la problématique tabac.....	17

2.4.7. Objectif opérationnel n°6 : décrire les thèmes des « argumentaires » sur la problématique tabac.....	18
2.4.8. Objectif opérationnel n°7 : décrire les sources des argumentaires	18
2.4.9. Objectif opérationnel n°8 : décrire le premier décile et le dernier décile des IMG selon le nombre de « citations » et « d’argumentaires » dans les portfolios.....	18
3.1. Caractéristiques de la population étudiée	20
3.2. Exposition/réceptivité et propension à l’acquisition de compétences dans la problématique tabac sur l’ensemble des portfolios	20
3.3. Relation entre parcours et traitement de la problématique tabac	21
3.4. Dépistage et réactivité des IMG dans leur portfolio	23
3.5. Comparaison entre IMG femmes et IMG hommes :	24
3.6. Description des thèmes et contextes porteurs de citations dans la problématique tabac. .	25
3.7. Description des sujets des argumentaires sur la problématique tabac dans les portfolios.	27
3.8. Descriptions de sources des argumentaires développés sur la problématique tabac.....	28
3.9. Description du premier décile et du dernier décile des IMG en fonction du nombre de citations et d’argumentaires	29
4.1. La population étudiée.....	35
4.2. Les principaux résultats	36
4.2.1. L’exposition/réceptivité et propension à l’acquisition de compétences.....	36
4.2.2. Relation entre le traitement de la problématique tabac et le parcours de stage	37
4.2.3. Le dépistage et la réactivité :	40
4.2.4. Recherche de différences entre IMG femmes et IMG hommes, dans le traitement de la problématique tabac à travers les portfolios.	42
4.2.5. Les thèmes porteurs de citations autour de tabac.	43
4.2.6. Les sources des argumentaires.....	44
4.2.7. Comparaison du premier et dernier décile	44
4.3. Forces et faiblesses de cette étude.....	45
4.3.1. Points forts.....	45
4.3.2. Les limites	46
<u>ANNEXES.....</u>	<u>53</u>
Annexe 1 : Grille de Lecture avec exemple.....	54
Annexe 2 : Liste des thèmes des citations avec le nombre d’occurrences pour chaque thème	58
Annexe 3 : Liste des thèmes principaux des argumentaires avec le nombre d’occurrences pour chaque thème.....	64
Annexe 4 : Liste des sources des argumentaires avec le nombre d’occurrences pour chaque source.....	67

I- INTRODUCTION

1.1. Importance de la problématique tabac en quelques chiffres clés

Le tabac tue près de 6 millions de personnes chaque année dans le monde, et endosse donc la responsabilité d'un décès sur dix. Un fumeur sur deux mourra prématurément d'une maladie liée au tabac¹. Le tabac est ainsi l'une des principales causes de décès, de maladie et d'appauvrissement¹.

En France, en 2010, le tabac est responsable de 78 000 décès, dont 59 000 chez les hommes et 19 000 chez les femmes². La mortalité attribuable au tabac diminue chez les hommes, grâce à la diminution globale de la consommation masculine. En revanche la mortalité attribuable au tabac augmente chez les femmes³, notamment par l'augmentation de l'incidence féminine des cancers du poumon, elle-même secondaire à l'augmentation de consommation féminine de tabac. Malheureusement, ces chiffres pourraient être revus à la hausse de 15% si l'on considère les résultats d'une étude de cohorte du New England Journal of Medicine⁴ publiée en 2015, qui inclut d'autres causes de surmortalité liées au tabac, comme l'insuffisance rénale, l'ischémie intestinale, ou le cancer du sein.

Le tabac est responsable d'un quart des décès par cancer. En effet, le tabac est responsable de 80% des cancers du poumon, première cause en 2015 de décès par cancer chez l'homme, et deuxième cause de décès par cancer chez la femme⁵.

Le tabac est responsable de 18 000 décès par maladies cardiovasculaires et 8000 décès par maladies respiratoires en 2004⁵. Chez les fumeurs comparés aux non-fumeurs, le risque relatif de décès par cardiopathie ischémique est de 5.51 chez les hommes de 30 à 44 ans⁵. Chez les fumeuses comparées aux non-fumeuses, le risque relatif de décès par accident vasculaire cérébral est de 4,61³.

Le tabac est ainsi, en France, la première cause de mortalité évitable.

En France, toujours, l'étude Baromètre Santé 2014⁶, pour une tranche d'âge de 15-75 ans, retrouve **une prévalence de 34,1%**, avec une stabilisation depuis 2010.

A noter : dans cette étude, 6 fumeurs sur 10 déclarent avoir essayé la cigarette électronique. Sur l'ensemble des 15-75 ans, 2,9% vapotent quotidiennement.

Face à cette problématique, le **médecin généraliste** doit assumer son rôle dans la prévention, le dépistage, l'incitation au sevrage, l'accompagnement au sevrage tabagique, mais aussi dans le traitement des pathologies résultantes du tabagisme. Pour encore mieux cerner les enjeux de cette relation entre le médecin généraliste et le tabac, on peut citer ces quelques chiffres :

- Un peu plus d'un tiers des fumeurs souhaitant arrêter de fumer, envisagent de le faire avec l'aide d'un médecin (37,4 %) ⁷.
- La deuxième vague de la cohorte « International Tobacco Control » (ITC) réalisée en 2008 montrait que 67% des fumeurs envisageaient d'arrêter de fumer, mais que **moins d'un tiers** des fumeurs, en France, ayant consulté un médecin ou un professionnel de santé dans les six derniers mois auraient reçu des conseils pour arrêter de fumer ⁸.
- **Un fumeur aura 80 % de plus de chance d'arrêter s'il reçoit de l'aide d'un professionnel de santé** ⁹.

1.2. Le tabac et la formation du médecin généraliste

En pré-internat, selon le Bulletin officiel n° 20 du 16 mai 2013 ¹⁰, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, l'addiction au tabac fait l'objet à part entière d'un item : l'item 73.

N° 73. Addiction au tabac.

- Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction au tabac.
- Indications et principes du sevrage thérapeutique. Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Cependant les internes de médecine générale (IMG) qui ont soutenu leur Portfolio en 2015, objet de notre étude ont dû suivre le programme défini par le bulletin officiel du 7 juin 2007. Le traitement de la problématique du tabac ne se distinguait pas autant. Elle était incluse dans l'item 45.

N° 45. Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage.

Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitement substitutif et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites.

- Expliquer les éléments de prévention et de dépistage des conduites à risque pouvant amener à une dépendance vis-à-vis du tabac, de l'alcool ou de la drogue.
- Diagnostiquer une conduite addictive (tabac, alcool, psychotropes, substances illicites, jeux, activités sportives intensives...).
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.
- Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

On note donc, contrairement à l'ancien paradigme des addictions plus centré « produit » que « patient », **une volonté de souligner la place privilégiée à donner aux patients souffrant de tabagisme dans la formation des futurs médecins.** Cette contradiction peut d'ailleurs interroger et marque sans doute une attention portée plus sur les conséquences morbides du tabagisme, que sur l'addiction elle-même.

Pendant l'internat de Médecine Générale à l'Université de Bordeaux, l'acquisition de compétences se base sur plusieurs éléments intriqués¹¹:

- L'apprentissage en stage pratique à l'hôpital et en ambulatoire, auprès des patients, accompagnés par les maîtres de stages, médecins enseignants, et autres médecins.
- La rédaction et soutenance d'un mémoire, le Portfolio (PF), qui se base sur les expériences vécues en stage, et par la mise en évidence de problématiques rencontrées, qui vont induire et motiver des recherches documentées et aboutir à l'acquisition de nouvelles compétences.
- La présence obligatoire, lors de journées de formation organisées en six modules, dont les thèmes vont couvrir l'ensemble du champ d'application de la Médecine Générale. Ces cours se basent eux-mêmes sur l'analyse des PF rédigés par les Internes de Médecine Générale (IMG). Concernant le tabac, il est inclus dans le Module 4, intitulé « Santé Publique », comprenant deux heures de formation dédiée : « Les conduites à risques et les addictions: tabac »

1.3. Place du portfolio et ses objectifs dans la formation des IMG

Le PF occupe une place centrale dans le cursus des IMG. Au-delà du fait que la réussite au DES de Médecine Générale est subordonnée à sa validation, il constitue un outil d'auto-évaluation et d'auto-formation indispensable à l'apprentissage de la Médecine Générale. De plus, il est le moyen le plus accessible et le plus tangible pour atteindre et observer l'acquisition des compétences de l'IMG, en dehors des stages, de manière détaillée et pérenne.

Le PF est une transposition écrite du processus réflexif développé par l'IMG, pour faire face à des problématiques de Médecine Générale, rencontrées dans le cadre de situations vécues. La composante essentielle de ce portfolio est le script, inspiré d'une situation vécue authentique complexe, structuré en cinq parties¹² :

- 1) Le récit : il s'agit de la description pure de la situation clinique qui a suscité réflexion. Il décrit le contexte, de temps et de lieu, le contexte médical, puis la stratégie de résolution de la problématique. Il met en valeur l'histoire du patient mais aussi, le ressenti de l'IMG.
- 2) L'analyse et l'argumentaire : c'est le raisonnement clinique. Il s'agit en premier lieu de formuler la problématique rencontrée, et d'analyser la justesse de la prise en charge de cette problématique. En effet, l'IMG tache de mettre en évidence des défauts ou des carences dans cette prise en charge et de la confronter aux données actuelles de la science médicale, grâce à une recherche documentée, avec une attention particulière pour la Médecine Basée sur les Preuves.
- 3) Les compétences et apprentissages : Il s'agit de la phase importante d'auto-évaluation, celle qui aboutira à l'auto-formation. Elle souligne les compétences acquises, mais aussi les parties de la problématique encore non résolues, ou encore les propositions d'amélioration afin de mieux résoudre la problématique. L'évaluation porte sur la pertinence et la précision des propositions.
- 4) La synthèse : Elle reprend les points essentiels de l'auto-évaluation et de l'auto-formation et leur impact en termes d'acquisition de compétences, de modifications des comportements antérieurs et de la pratique à venir.
- 5) Les références scientifiques : Il s'agit de répertorier l'ensemble des sources documentaires mobilisées lors de cette réflexion.

Le PF est donc composé de 12 scripts, mais aussi de 10 cas ou événements ponctuels. Un cas ponctuel est centré sur une seule problématique. Le plus souvent la problématique se développe au sein d'un cas clinique. Le récit est plus court, il est suivi d'un argumentaire qui s'appuie sur une recherche documentaire, avec précision des sources. Le cas ponctuel peut aussi se présenter sous la forme d'une question simple, développant une problématique sans situation clinique. Il peut aussi s'agir de présentation réalisée en stage. Il doit respecter un format court ne dépassant pas 1 à 2 pages. Il se veut plus synthétique. Il ne répond donc pas aux mêmes exigences que le script.

Les objectifs du PF sont précisés par le DMG :

- « Favoriser l'acquisition de compétences en médecine générale ;
- Disposer d'un outil permettant de conserver les traces écrites de vos apprentissages ;

- *Proposer un support aux interactions enseignant-enseignant ;*
- *Le Portfolio, tout comme la Lecture Critique d'Article en deuxième cycle d'études médicales, a pour vertu de familiariser l'IMG aux outils nécessaires à la rédaction future de la thèse d'exercice pour l'obtention du Doctorat en Médecine. »*

1.4. La justification du travail de recherche et travaux déjà réalisés sur le Portfolio

Comme précisé, le PF est une transposition écrite du processus réflexif de l'IMG face à des problématiques, dans le champ d'application de la Médecine Générale préférentiellement. Il offre donc un accès privilégié et une vision des problématiques auxquelles l'IMG est confronté. Il décrit sa stratégie pour y répondre. La problématique « tabac » occupant une place cruciale en Médecine Générale, il paraît intéressant d'étudier la gestion de cette problématique par l'analyse du PF des internes qui prétendent à se spécialiser en Médecine Générale. Le fait que le PF réponde à une démarche réflexive scientifique, appuyée par des recherches et références scientifiques pour répondre à des problèmes concrets inspirés du vécu de l'IMG, confère un intérêt légitime : il est pertinent d'étudier comment l'IMG confronte les données de la Science Médicale aux réalités du tabagisme, et de la problématique tabac en situation réelle.

Concernant les travaux de recherche réalisés sur le PF, on distingue les études sur le PF en lui-même, portant sur l'évaluation de cet outil :

- Comme la thèse d'Isabelle ACKER « Evaluation de l'utilisation du portfolio par les internes en médecine générale d'Angers » en 2011¹³. Ce travail mettait en évidence l'intérêt du PF dans l'analyse des pratiques professionnelles, et la nécessité d'un tutorat de qualité.
- Ou le mémoire de Shérazade Kinouani¹⁴: Le Portfolio au cours du DES de Médecine Générale à Bordeaux : historique et évaluation de son emploi de 2005 à 2012. Ce travail resituait le PF comme outil d'Approche Par Compétence dans la formation des futurs médecins généralistes. Ce travail soulignait aussi les différentes mesures originales qui ont permis une dynamique d'amélioration, notamment, les séances d'analyse de script et l'aide à la rédaction du premier script. Il aboutissait à la réalisation de grilles d'évaluation et à la suggestion d'améliorations, avec notamment comme dans l'étude d'Isabelle Acker, un renforcement du tutorat.

On distingue aussi les études qui portent sur l'analyse d'une problématique à travers le prisme du PF, et qui permettent donc l'analyse des pratiques et des acquisitions de compétences :

- En 2016, Mathilde le Monies de Sagazan soutenait une thèse sur « Les addictions dans les portfolios des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux : à propos des 131 portfolios de la session de septembre 2013 »¹⁵. Ce travail proposait d'analyser les scripts et cas ponctuels considérés comme addictologiques. Il étudiait, entre autres, le traitement des consommations de tabac, alcool et cannabis. L'étude concluait par le constat d'une sensibilisation des IMG aux situations addictologiques, mais aussi d'un soupçon de manque de formation pour affronter ses situations addictologiques. Les résultats de cette thèse offrent des perspectives intéressantes pour notre propre étude, grâce à la disponibilité de données concernant le tabac que l'on va pouvoir comparer avec un différentiel de 2 ans.

1.5. Etudes réalisées auprès d'internes

On retrouve plusieurs études sur les internes autour des problématiques tabac.

- L'étude de Salomon de 2001¹⁶, intitulée « Internes et tabagisme : connaissances et pratiques » publiée dans le BEH, qui s'appuyait sur un questionnaire soumis à 3014 internes de toutes spécialités, lors des choix de stage en Ile-de-France et Rhône-Alpes.
- L'étude de Yan Brabant, intitulée « Les internes en médecine et le tabac » menée auprès de 406 internes de toutes spécialités du Poitou Charente en 2012¹⁷.

Ces études toutes deux basées sur un questionnaire et des données déclaratives, s'intéressaient aux connaissances et pratiques des internes sur le tabac, mais aussi à la possible interaction avec le propre tabagisme des internes.

- Une thèse plus originale, celle d'Emmanuelle Rabier, en 2014, à la Faculté de Paris 7, intitulée « Impact du tabagisme des internes de médecine générale dans l'aide au sevrage tabagique : étude qualitative à partir d'un examen clinique objectif structuré (ECOS) »¹⁸. Elle s'appuyait sur l'analyse de l'ECOS, outil d'évaluation des compétences dans cette faculté. L'ECOS consiste en une mise en condition, dans une situation fictive, comme un jeu de rôle, sur un thème précis, ici le tabac. Elle s'intéressait aussi aux compétences et pratiques des IMG et de l'impact éventuel de leur propre tabagisme.

1.6. Question de recherche

Quelles sont les difficultés rapportées dans les portfolios par les internes de médecine générale à propos des situations cliniques dans lesquelles ils rencontrent des patients fumeurs ?

1.7. Hypothèses

Hypothèse 1 : il existe une grande variation de la prise en compte de la problématique tabac selon les internes

Hypothèse 2 : la fréquence de citation de la problématique tabac et l'acquisition des compétences sont associées au parcours de l'IMG, et à son sexe.

Hypothèse 3 : les contextes porteurs de la problématique tabac sont variés.

Hypothèse 4 : les IMG ont recours à des sources documentaires issues des recommandations françaises.

1.8. Objectifs

Objectifs principaux :

- Décrire l'occurrence de la problématique « tabac » dans les portfolios
- Décrire les pratiques des IMG confrontés au tabagisme

Objectifs secondaires :

- Etudier les relations possibles avec le parcours de stage des IMG, ainsi qu'avec leur sexe.
- Décrire les contextes favorisant l'écriture d'une problématique sur le tabac et les argumentaires développés en réaction.
- Décrire les sources documentaires utilisées par les IMG
- Décrire le premier décile des IMG qui ont le plus développé la problématique tabac
- Décrire le dernier décile des IMG qui ont le moins développé la problématique tabac

Objectif tertiaire (en prolongement de ce travail) :

- Dégager des propositions pour améliorer l'apprentissage des compétences sur la problématique « Tabac ».

II- MATERIEL ET METHODES

2.1. Type d'étude

Etude descriptive transversale rétrospective des traces d'apprentissage des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux

2.2. Population étudiée

La population de cette étude transversale est constituée des internes de Médecine Générale (IMG) qui ont validé leur DES de Médecine Générale en 2015 à l'université de Bordeaux, par la validation d'un parcours d'internat conforme à la maquette du DES de Médecine Générale et par la validation du mémoire, dit Portfolio. Les Portfolios sont recueillis sous format PDF.

2.2.1. Critères d'inclusion

Les IMG ayant soutenu leur mémoire de DES en septembre 2015.

2.2.2. Critères de non inclusion

Les IMG n'ayant pas validé leur mémoire de DES en 2015

2.2.3. Critères d'exclusion

Les IMG dont le mémoire de DES ne peut être récupéré

Les IMG dont le format du mémoire ne permet pas d'utiliser la fonction recherche du logiciel.

2.3. Données recueillies

2.3.1. Parcours d'internat

Le parcours d'internat des IMG est recueilli grâce à l'étude des PF, soit simplement parce qu'il est précisé en introduction, soit après avoir listé les différents lieux de stage cités dans les scripts ou les cas ponctuels. Pour les PF dont le contenu ne permet pas de reconstituer l'intégralité du parcours, une aide complémentaire est demandée au Département de Médecine Générale qui peut communiquer le cursus intégral de n'importe quel IMG. Les lieux de stage sont ensuite

répartis dans différents groupes qui correspondent le plus souvent à la spécialité médicale pratiquée sur le lieu de stage. Quand il ne s'agit pas de spécialité, il peut s'agir d'un milieu particulier, comme pour le groupe qui réunit les lieux de stage dans le Milieu Pénitencier. On comptabilise le nombre d'affectations par lieu de stage, afin de définir l'importance de la fréquentation de chaque lieu de stage.

On relève donc la totalité des groupes de lieux de stages des IMG qui ont validé leur DES en 2015, et on comptabilise le nombre d'affectations dans chacun de ces groupes.

2.3.2. Nombre de citations

On entend par « nombre de citations » **le nombre de scripts ou de cas ponctuels, où le tabac, ou ce qui est directement en relation avec lui est évoqué.**

2.3.3. Nombre d'argumentaires

Il s'agit du nombre d'argumentaires développés sur la problématique du tabac, avec recherche documentée. On entend donc par « nombre d'argumentaires » **le nombre de scripts ou de cas ponctuels où au moins 1 argumentaire est développé.**

2.3.4. Lieux de stage précisés dans les scripts ou cas ponctuels

Il s'agit des lieux de stage dans lesquels des « citations » ou des « argumentaires » autour du tabac sont développés. Les lieux de stage et leur répartition en groupes a été explicitée dans le chapitre « parcours d'internat ». Un groupe distinct est créé pour les cas où le script ou le cas ponctuel se déroule pendant un remplacement. Un autre groupe est créé pour les cas où le lieu de stage n'est pas précisé ou hors cursus (exemple dans un contexte familial).

2.3.5. Contextes dans lesquels les « citations » apparaissent

Il s'agit de lister les différents contextes dans lesquels le tabac, ou ce qui tourne autour du tabac est cité.

2.3.6. Thèmes des « argumentaires »

Il s'agit des différentes problématiques soulevées dans les argumentaires qui traitent du tabac.

2.3.7. Statut tabagique du patient

Dans un premier temps il s'agit de distinguer les scripts des cas ponctuels. Dans un second temps il s'agit de relever les scripts ou les cas ponctuels où le statut tabagique est recherché et éventuellement précisé. On distingue ensuite, pour les besoins de l'étude, plusieurs catégories, distinctement entre l'ensemble des scripts et l'ensemble des cas ponctuels. En effet on ne peut pas avoir le même niveau d'exigence dans la prise en charge du tabagisme, que l'on soit dans une situation d'urgence ou de fin de vie. Par ailleurs la réaction attendue de la part de l'IMG est différente en fonction du statut tabagique du patient, notamment en cas de tabagisme actif. Par conséquent les catégories proposées sont au nombre de 6 :

- Les non-fumeurs (140 situations)
- Les fumeurs (hors contexte d'urgences ou de fin de vie) (378 situations)
- Les fumeurs sevrés (95 situations)
- Les fumeurs dans un contexte d'urgence (41 situations)
- Les fumeurs dans un contexte de fin de vie (16 situations)
- Les cas où le statut est recherché mais non précisé dans le texte (on relève certains cas où le statut est demandé sans que le résultat de cette recherche ne soit précisé. La démarche qui relève quand même du dépistage, doit être reportée dans l'étude) (2 situations)

2.3.8. Réaction de l'IMG et implication dans la prise en charge du tabagisme

On entend par réaction, la présence dans le script ou le cas ponctuel d'une initiative de l'IMG pour lutter contre le tabagisme. La réaction peut aller du conseil minimal à la prise en charge du sevrage tabagique, mais aussi en passant par le fait de développer un argumentaire. Le fait de s'enquérir de l'existence effective d'un suivi d'aide au sevrage est considéré aussi comme une action. Pour une analyse plus claire et lisible, une seule action, la principale, est comptabilisée par script ou cas ponctuel.

2.3.9. Sexe de l'IMG

Le sexe de l'auteur du PF est récupéré si la civilité est précisée ou par déduction en fonction du prénom. En cas de doute, il est récupéré en fonction des accords grammaticaux, le portfolio étant rédigé à la première personne.

2.3.10. Les sources d'argumentaires

Il s'agit des sources documentaires soutenant les différents argumentaires développés sur la problématique du tabac.

L'ensemble des données recueillies est reporté sur une grille de lecture dont le modèle et l'exemple sont présentés en annexe 1.

2.4. Méthode

Il s'agit de décrire :

- d'une part la méthode de repérage des « citations » et « argumentaires »,
- d'autre part les différents critères de jugement qui vont permettre d'analyser le traitement de la problématique du tabac par les IMG grâce à l'analyse de leur PF.

2.4.1 Repérage des « citations » et des « argumentaires »

Un pool de mots-clés ou troncatures est choisi dans un premier temps, pour repérer les citations et argumentaires autour de la problématique du tabac, à l'aide de la fonction recherche d'Adobe Reader. Ce pool est ensuite testé sur 10 portfolios de 2014 tirés au sort, qui sont relus intégralement afin d'évaluer sa sensibilité. Un second pool est alors constitué, puis testé sur 10 nouveaux portfolios de 2014 tirés au sort et permet d'obtenir une sensibilité de 100%, aucun manqué n'étant détecté. Le pool qui comprend 6 éléments (« taba », « cig », « nicotin », « fum », « sevrage », « addict ») est donc utilisé pour repérer les citations et argumentaires dans les portfolios de 2015.

2.4.2. Objectif opérationnel n°1 : mesurer le volume global de « citations » et « d'argumentaires » dans les portfolios des IMG

Cet objectif correspond à un des deux objectifs principaux de l'étude, c'est-à-dire décrire l'occurrence de la problématique tabac dans les PF.

. La problématique tabac est omniprésente en médecine (cf. paragraphe épidémiologie). La variable à étudier qui découle de cet objectif est le niveau de représentation générale de la

problématique tabac dans les portfolios des IMG. Elle pourra être quantifiée par le pourcentage de « citations » et « d'argumentaires » pour l'ensemble des scripts et cas ponctuels.

Le pourcentage de textes comportant des citations renseigne non seulement sur **l'exposition** mais aussi sur **la réceptivité à la problématique tabac**. En effet, pour qu'il y ait citation il faut que l'IMG ait été exposé à la problématique tabac et d'autre part, il faut qu'il y ait été suffisamment réceptif, qu'il ait été interpellé, pour le retranscrire dans son portfolio. La valeur de cet indicateur est plus quantitative.

Le pourcentage d'argumentaires renseigne sur **la propension, la motivation à l'acquisition de compétences sur la problématique du tabac** et donc un enjeu central de cette étude. La valeur de cet indicateur est plus qualitative.

Le choix est fait ici, de ne pas calculer la propension à l'acquisition de compétence par rapport au nombre de citations. Nous aurons ainsi 2 variables distinctes que nous pourrons comparer entre elles.

Plus loin cependant, nous étudierons le rapport entre citations et propension à l'acquisition de compétences, dans une autre variable : la réactivité, qui étudie la présence ou non d'une réaction face au tabagisme.

2.4.3. Objectif opérationnel n°2 : analyser la relation entre parcours et traitement de la problématique tabac

Cet objectif opérationnel correspond à l'objectif principal de décrire l'occurrence de la problématique tabac dans les PF.

On propose ici **2 indicateurs** pour analyser **la relation entre parcours et traitement de la problématique tabac**.

- Le premier indicateur choisi est le ratio entre le **nombre de « citations » et le nombre d'affectations** apparaissant dans chaque groupe de lieux de stage. Il sera ainsi possible de comparer **l'exposition et la réceptivité à la problématique** selon le parcours de stage de l'IMG.
- Le deuxième indicateur est le ratio entre le **nombre « d'argumentaires » et le nombre d'affectations** apparaissant dans chaque groupe de lieux de stage. Il sera ainsi possible de comparer **la propension, la motivation à l'acquisition de compétences sur la problématique du tabac** selon le parcours de stage de l'IMG.

Pour comparer les niveaux d'indicateurs entre eux, ils feront l'objet d'une normalisation par rapport entre les pourcentages. Dans un premier temps on calcule le pourcentage d'affectation

dans un groupe de lieu de stage, par rapport au nombre total d'affectations pour les 192 IMG. Dans un deuxième temps on calcule le pourcentage de citations dans un groupe de lieu de stage, par rapport au nombre total de citations sur l'ensemble des 192 Portfolios. Dans un troisième temps, on calcule le rapport du pourcentage, précédemment obtenu, de citations, sur le pourcentage d'affectations. On obtient un rapport qui renseigne sur l'exposition et la réceptivité par rapport au lieu de stage ; On considère que si le rapport est supérieur ou égale à 1, le lieu de stage est plutôt favorable à l'émergence de citations autour du tabac.

Pour rendre plus clair le calcul, on peut prendre en exemple le cas du groupe Addictologie :

- Il comptabilise 15 affectations, soit un pourcentage de 1,15% par rapport au total des affectations.
- Il comptabilise 22 citations, soit un pourcentage de 1,86% par rapport au total des citations.
- Le rapport pourcentage de citation sur le pourcentage d'affectation est donc de 1.61. On peut donc considérer que ce groupe de lieu de stage est plutôt favorable à l'émergence de citations sur la problématique tabac, et donc que le niveau d'indicateur exposition réceptivité y est élevé.

On reconduit le même raisonnement pour étudier l'indicateur « propension à l'acquisition de compétences », en calculant le rapport du pourcentage d'argumentaires par rapport au total des argumentaires, sur le pourcentage d'affectation.

En reprenant l'exemple du groupe Addictologie :

- Il comptabilise toujours 15 affectations, soit 1.15% du total des affectations
- Il comptabilise 6 argumentaires, soit 4.35 % du total des argumentaires
- Le rapport pourcentage des argumentaires, sur le pourcentage des affectations est de 3,77. On peut donc considérer que ce groupe de lieu de stage est favorable pour susciter l'acquisition de compétences.

2.4.4. Objectif opérationnel n°3 : évaluer l'action de dépistage des IMG et leur réactivité dans la prise en charge du tabagisme

Cet objectif opérationnel correspond à l'objectif principal de décrire les pratiques des IMG confrontés au tabagisme.

Compte tenu de la différence d'approfondissement et de complexité entre script et cas ponctuel, il est apparu judicieux de les différencier dans cette analyse.

Ici aussi, on propose d'associer 2 indicateurs :

- **Le dépistage** : avant de traiter le tabagisme, il faut d'abord le dépister. On calcule donc le pourcentage de scripts où les IMG se sont enquis du statut du patient sur l'ensemble des scripts. On calcule aussi le pourcentage de cas ponctuels où les IMG se sont enquis du statut du patient sur l'ensemble des cas ponctuels.
- **La réactivité** : lorsque le tabagisme est avéré, il s'agit de savoir si ce statut déclenche une réaction chez l'IMG. On décide de ne pas prendre en compte les cas où l'on se situe dans le cadre de l'urgence ou de fin vie. On calcule donc le pourcentage de présence de réaction de l'IMG par rapport à l'ensemble des situations où le statut tabagique actif est avéré, en dehors des contextes de fin de vie et d'urgence. On distingue aussi réactivité dans les scripts et réactivité dans les cas ponctuels.

2.4.5. Objectif opérationnel n°4 : rechercher une différence de traitement en fonction du sexe de l'IMG

Cet objectif opérationnel correspond à l'objectif principal de décrire les pratiques des IMG face au tabagisme, mais aussi à l'objectif secondaire d'étudier la relation possible avec le genre de l'IMG.

A l'heure de la féminisation de la population médicale, du fait du questionnement qu'elle peut soulever, et du fait de l'accessibilité et donc de l'exploitation facile du genre de l'IMG dans le PF, il paraît opportun et pertinent de rechercher une différence de traitement de la problématique tabac. On utilise donc les mêmes indices précédents (volume de « citations » et « argumentaires », dépistage et réactivité) en comparant les populations féminine et masculine d'IMG. De même les niveaux de l'indicateur seront normalisés grâce au calcul de pourcentages.

2.4.6. Objectif opérationnel n°5 : décrire les contextes et thèmes porteurs de la problématique tabac

Cet objectif opérationnel correspond à l'objectif secondaire de décrire les contextes favorisant l'écriture d'une problématique sur le tabac

Il s'agit de cerner les contextes et thèmes dans lesquels la problématique du tabac est évoquée. On établit un classement par ordre de fréquence, en dégagant ainsi des contextes/thèmes prédominants, ainsi que des contextes/thèmes faiblement représentés. La délimitation des différents contextes et thèmes est complexe. En effet ils sont souvent intriqués l'un dans l'autre. L'objectif est de dégager une vision d'ensemble, mais aussi de mettre en évidence les sujets principaux qui font émerger la problématique tabac. Il s'agit enfin de pointer d'éventuelles

carences. Ici on peut compter plusieurs citations par scripts ou cas ponctuels, pour pouvoir décrire tous les sujets abordés. Cependant l'occurrence d'un même sujet n'est comptabilisé qu'une fois par situation.

2.4.7. Objectif opérationnel n°6 : décrire les thèmes des « argumentaires » sur la problématique tabac

Cet objectif opérationnel correspond à l'objectif secondaire de décrire les contextes favorisant l'écriture d'une problématique sur le tabac et les argumentaires développés en réaction.

Il s'agit de cerner les situations qui ont posé problème aux IMG, et les thèmes qui ont suscité la recherche documentaire autour de la problématique tabac. Cette description permet par la même occasion d'éclaircir l'acquisition **de compétences dans la problématique tabac**. De même que dans le paragraphe précédent, il s'agit aussi d'établir un classement par ordre de fréquence pour dégager des thèmes dominants et des thèmes plus rarement développés. Ici on peut compter plusieurs sujets d'argumentaires par script ou cas ponctuel, pour pouvoir décrire tous les sujets abordés. Cependant l'occurrence d'un même sujet n'est comptabilisé qu'une fois par situation.

2.4.8. Objectif opérationnel n°7 : décrire les sources des argumentaires

Cet objectif opérationnel correspond à l'objectif secondaire de décrire les sources documentaires utilisées par les IMG.

Il s'agit de comprendre et cerner où les IMG vont chercher et trouver un savoir, ainsi que des solutions dans la problématique du tabac. On établit aussi un tableau par ordre de fréquence. On distingue les différents types de sources, ce qui va pouvoir renseigner sur la méthodologie de l'IMG pour acquérir des compétences via le PF.

2.4.9. Objectif opérationnel n°8 : décrire le premier décile et le dernier décile des IMG selon le nombre de « citations » et « d'argumentaires » dans les portfolios

Cet objectif opérationnel correspond à l'objectif secondaire de décrire les déciles qui ont le plus et le moins aborder la problématique tabac.

On choisit ici un indicateur déterminé à partir d'autres indicateurs analysés, participant à la synthèse de cette étude. Il s'agit de comparer les caractéristiques des IMG qui ont le plus traité

de la problématique tabac dans leur PF, aux caractéristiques des IMG qui ont le moins traité de cette problématique. Pour établir un classement, on choisit comme déterminant principal, le nombre d'argumentaires présents dans le PF, et comme déterminant secondaire en cas d'égalité, le nombre de citations. On s'intéresse au premier et au dernier décile que l'on va comparer. Un décile devrait en théorie comporter un dixième de l'effectif total de 192 IMG, soit 19 IMG par décile. Cependant l'effectif de chaque décile est ajusté à 21 IMG par groupe. En effet le nombre de citations n'est discriminant qu'à partir du 21^{ème} IMG dans les 2 groupes. Précisément, il est impossible de discriminer les 19^{ème}, 20^{ème} et 21^{ème} IMG du premier décile qui ont le même nombre d'argumentaires et le même nombre de citations. Il en est de même pour le dernier décile. Du fait du hasard, les effectifs du premier et du dernier décile sont tous les deux ajustés à 21 IMG.

III- RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la population étudiée

194 IMG ont validé leur DES en 2015. Pour un IMG, le portfolio n'a pas pu être récupéré (probable erreur ou détérioration lors de la copie). Pour un deuxième IMG, le portfolio n'a pas été transmis dans un format accessible au mode recherche d'Adobe Reader ©, malgré les tentatives de conversion. Ils sont donc logiquement exclus de l'étude.

Il reste donc 192 IMG, répartis en 58 IMG hommes et 134 IMG femmes (70%).

Les lieux de stage sont répartis en 32 groupes thématiques. On comptabilise un total de 1259 affectations différentes de lieux de stage, soit une moyenne de 6.5 affectations différentes par IMG, en tenant compte du fait que certains stages sont effectués en rotation entre deux services, et que certaines IMG ont effectué un, voire deux semestres supplémentaires du fait d'une grossesse.

Les 192 IMG inclus ont rédigé et présenté (certains IMG ont rédigé plus de 12 scripts ou 10 cas ponctuels):

- **2320 scripts** (1616 pour les IMG femmes, 704 pour les IMG hommes)
- **1927 cas ponctuels** (1347 pour les IMG femmes, 580 pour les IMG hommes)

On dénombre 32 situations (scripts ou cas ponctuels) rédigées lors d'un remplacement de Médecine Générale, et 10 situations rédigées dans des lieux non précisés ou ne rentrant pas dans le cursus (dans un contexte familial par exemple).

3.2. Exposition/réceptivité et propension à l'acquisition de compétences dans la problématique tabac sur l'ensemble des portfolios

Les 192 IMG ont rédigés 2320 scripts et 1927 cas ponctuels soit un total de 4247 situations.

La réponse à l'objectif opérationnel n°1 permet de répertorier 1148 « citations » et 139 « argumentaires ». Après calculs comme expliqué dans le chapitre précédent on obtient que:

- **L'exposition-réceptivité globale à la problématique tabac est de 27% (indicateur 1a).**
- **La propension globale à l'acquisition de compétences dans la problématique tabac sur l'ensemble des portfolios est de 3.2% (indicateur 1b).**

On constate dans le détail, que 107 Portfolios contiennent au moins 1 argumentaire sur la problématique tabac, et donc que 85 Portfolios n'en développent aucun.

3.3. Relation entre parcours et traitement de la problématique tabac

La réponse à l'objectif opérationnel n°2 permet de renseigner les deux indicateurs proposés. Concernant l'indicateur 2a d'exposition et de réceptivité à la problématique tabac : pour comparer le niveau d'indicateur entre les différents groupes de lieux de stage, on le normalise grâce à un calcul de pourcentages comme décrit dans le paragraphe 2.2.2 : Lorsque l'on applique cette méthode on obtient le graphique suivant (figure 1) :

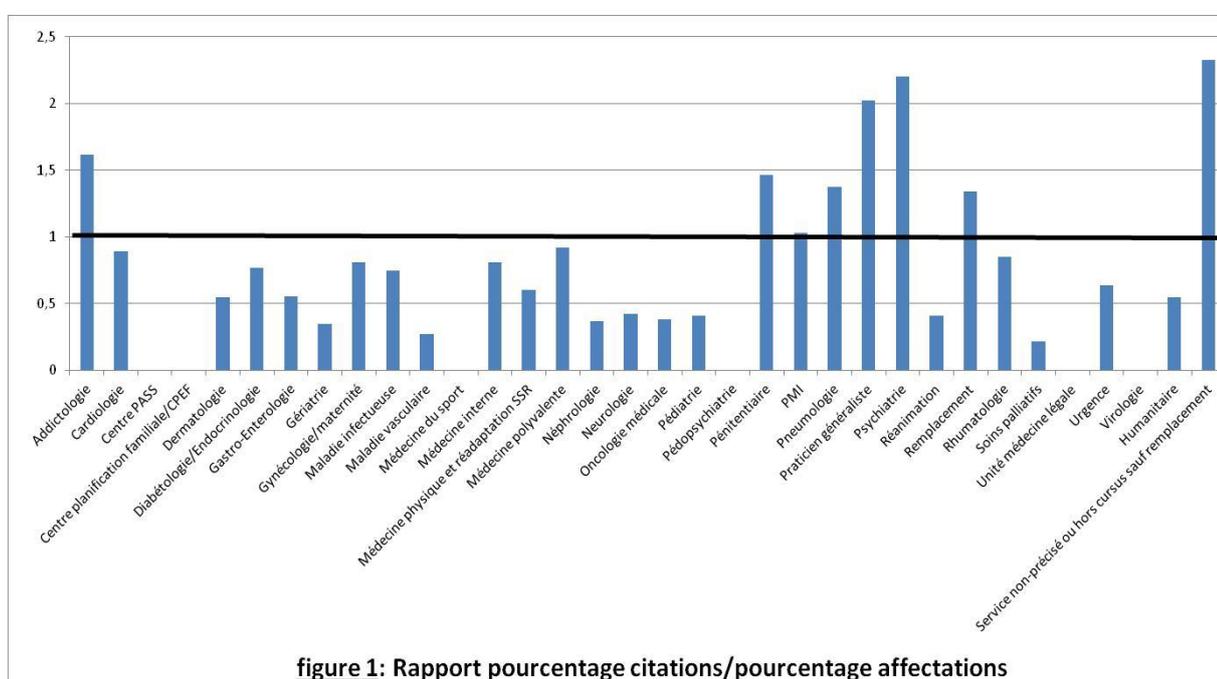
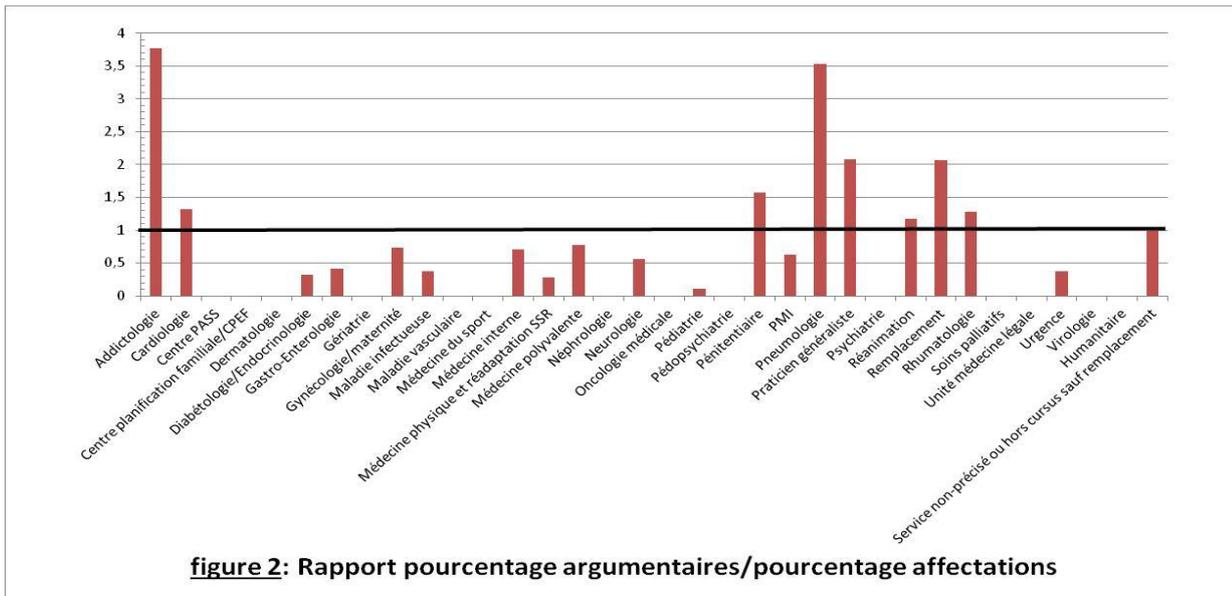


figure 1: Rapport pourcentage citations/pourcentage affectations

On constate que le niveau d'indicateur est plus élevé en Psychiatrie, en Médecine Générale ambulatoire, en Addictologie, en milieu pénitentier et en Pneumologie.

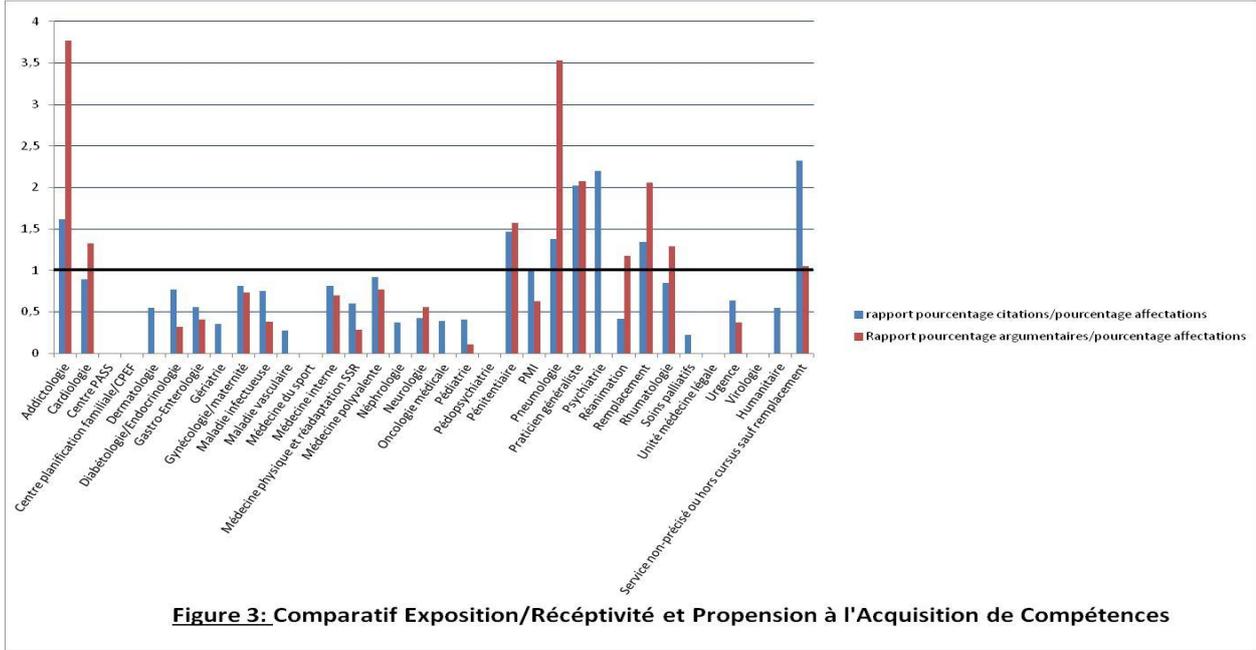
On constate que le niveau d'indicateur est moins élevé en Neurologie, Cardiologie ou Médecine du Sport, par exemple.

Concernant l'indicateur 2b, c'est-à-dire la propension à l'acquisition de compétences sur la problématique du tabac : après avoir normalisé (comme précisé dans le paragraphe 2-4-3) le niveau d'indicateur pour chaque lieu de stage, afin de les comparer entre eux, on obtient le graphique suivant (figure 2) :



On constate que le niveau de cet indicateur est plus élevé en Addictologie, en Pneumologie, en Médecine Générale ambulatoire, en Milieu Pénitentier et en Cardiologie. Il est moins élevé en centre PASS, en centre de planification familiale, en Gériatrie, en Dermatologie. De même, en Neurologie, le niveau de l'indicateur est en dessous de la moyenne du niveau de l'indicateur pour l'ensemble de tous les groupes.

On peut ensuite s'intéresser à la comparaison des indicateurs 2a et 2b entre eux. La comparaison des indicateurs 2a et 2b est illustrée dans le graphique suivant (figure 3) :



On constate que l'indicateur de l'exposition/réceptivité peut se dissocier de l'indicateur propension à l'acquisition de compétences via le portfolio. On peut illustrer ce fait par 2 exemples :

- En Psychiatrie, l'exposition/réceptivité est importante, alors que l'occurrence d'argumentaires est nulle.
- A l'opposé, en Pneumologie l'exposition/réceptivité est moyenne, alors que l'on observe proportionnellement plus d'argumentaires.

3.4. Dépistage et réactivité des IMG dans leur portfolio

La réponse à l'objectif opérationnel n°3 permet de renseigner les indicateurs suivants :

Dépistage dans les scripts :

Sur les 2320 scripts, on observe 569 scripts où l'IMG a recherché le statut tabagique du patient.

Le pourcentage d'acquisition du statut tabagique dans les scripts est de 24% (indicateur 3a).

Dépistage dans les éléments ponctuels (EP):

Sur les 1927 éléments ponctuels, on observe 104 éléments ponctuels où l'IMG a recherché le statut tabagique du patient. **Le pourcentage d'acquisition du statut tabagique dans les EP est de 5% (indicateur 3b).**

Réactivité dans les scripts :

Sur les 2320 scripts, on observe 320 scripts où le statut de fumeur est avéré, en dehors des contextes d'urgence et de fin de vie. Face au statut fumeur avéré, l'IMG a réagi dans 203 scripts.

On peut donc estimer la réactivité dans les scripts à 63% (indicateur 3c).

Réactivité dans les éléments ponctuels (EP):

Sur les 1927 cas ponctuels, on observe 58 cas ponctuels où le statut fumeur est avéré en dehors des contextes d'urgence et de fin de vie. Face au statut fumeur avéré, l'IMG a réagi dans 26 cas ponctuels. **On peut estimer la réactivité dans les EP à 45% (indicateur 3d).**

3.5. Comparaison entre IMG femmes et IMG hommes :

Pour la réponse à l'objectif opérationnel n°4, on peut s'appuyer sur les précédents indicateurs :

Concernant l'exposition et la réceptivité :

- Pour les **IMG femmes**, on dénombre 1616 scripts et 1347 cas ponctuels, soit 2963 situations. On répertorie 777 citations. Le niveau de l'indicateur est de **26,2%**.
- Pour les **IMG hommes**, on dénombre 704 scripts et 580 cas ponctuels, soit 1284 situations. On répertorie 371 citations. Le niveau de l'indicateur est de **28,8%**.

Concernant la propension à l'acquisition de compétences grâce au portfolio :

- Pour les **IMG femmes**, on répertorie 90 argumentaires, pour 2963 situations (scripts + cas ponctuels). Le niveau de l'indicateur est de **3%**.
- Pour les **IMG hommes**, on répertorie 49 argumentaires, pour 1284 situations (scripts + cas ponctuels). Le niveau de l'indicateur est de **3,8%**.

Concernant le dépistage :

Dans les scripts :

- Pour les **IMG femmes**, on répertorie 376 scripts où l'IMG a recherché le statut tabagique du patient. Le niveau de l'indicateur est de **23%**.
- Pour les **IMG hommes**, on répertorie 188 scripts où l'IMG a recherché le statut tabagique du patient. Le niveau de l'indicateur est de **27%**.

Dans les éléments ponctuels :

- Pour les **IMG femmes**, on répertorie 68 cas ponctuels où l'IMG a recherché le statut tabagique du patient. Le niveau de l'indicateur est de **5%**.
- Pour les **IMG hommes**, on répertorie 36 cas ponctuels où l'IMG a recherché le statut tabagique du patient. Le niveau de l'indicateur est de **6%**.

Concernant la réactivité :

Dans les scripts :

- Pour les **IMG femmes**, on répertorie 211 scripts où le statut fumeur est avéré, hors contexte d'urgence ou de fin de vie. L'IMG a réagi dans 137 scripts. Le niveau de l'indicateur est de **65%**.

- Pour les **IMG hommes**, on répertorie 109 scripts où le statut fumeur est avéré, hors contexte d'urgence ou de fin de vie. L'IMG a réagi dans 66 scripts. Le niveau de l'indicateur est de **61%**.

Dans les éléments ponctuels :

- Pour les **IMG femmes**, on répertorie 36 cas ponctuels où le statut fumeur est avéré, hors contexte d'urgence et de fin de vie. L'IMG a réagi dans 14 cas ponctuels. Le niveau de l'indicateur est de **39%**.
- Pour les **IMG hommes**, on répertorie 22 cas ponctuels où le statut fumeur est avéré, hors contexte d'urgence et de fin de vie. L'IMG a réagi dans 12 cas ponctuels. Le niveau de l'indicateur est de **55%**.

On peut dresser des tableaux récapitulatifs I et II:

Tableau I: Récapitulatif exposition/réceptivité et acquisition de compétences

	Hommes	Femmes	Ensemble
Exposition/réceptivité	28,80%	26,20%	27%
Acquisition de compétences	3,80%	3%	3,20%

Tableau II: Récapitulatif Dépistage et Réactivité

	Scripts			Cas ponctuels		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Répartition scripts et cas ponctuels	704	1616	2320	580	1347	1927
Dépistage	27%	23%	24%	6%	5%	5%
Réactivité	61%	65%	63%	55%	39%	45%

Concernant, les actions de dépistage dans les scripts, le p-value est de 0.91. Concernant les actions de dépistage dans les cas ponctuels, le p-value est de 0.60. Concernant la réactivité dans les scripts le p-value est de 0.67. Concernant la réactivité dans les cas ponctuels, le p-value est de 0,88.

On ne peut conclure à une différence significative entre IMG hommes et IMG femmes, dans le traitement de la problématique tabac dans les portfolios, avec un seuil de risque de 5%.

3.6. Description des thèmes et contextes porteurs de citations dans la problématique tabac.

Il s'agit ici de répondre à l'objectif opérationnel n°5.

Au détail, l'analyse des portfolios a permis de répertorier 240 thèmes/contextes différents, avec des délimitations difficiles. L'occurrence de chaque contexte/thème est évidemment très variable. On distingue en effet 2928 citations (valeur absolue) répartis dans ces 240 thèmes/contextes. On observe une forte disparité dans la répartition des occurrences de ces 240 thèmes. Une occurrence maximale à 190, et une minimale à 1. Une moyenne à 12,4. Une médiane à 2.5. En effet 120 thèmes/contextes ont une occurrence égale ou inférieure à 2. 195 thèmes ont une occurrence inférieure à la moyenne.

Au détail, les sujets prédominants sont :

- Le tabac comme facteur de risque cardiovasculaire - 190 occurrences
- L'aide au sevrage tabagique – 188 occurrences
- La coaddiction à l'alcool – 108 occurrences
- Le tabac comme facteur de risque sans précision de la pathologie- 92 occurrences
- Les traitements nicotiniques de substitution (TNS) – 87 occurrences

Pour mieux décrire ces différents sujets, on décide de les regrouper en « grands thèmes », on distingue ainsi les prédominants :

- Prise en charge du sevrage tabagique – 762 occurrences
- Le tabagisme comme facteur de risque – 490 occurrences
- Autour de la gynéco-obstétrique - 225 occurrences
- Le tabac associé au cancer- 61 occurrences, dont 41 occurrences concernant le cancer broncho-pulmonaire

Pour synthétiser, si l'on considère les thèmes dont l'occurrence est supérieure à la moyenne, l'intérêt de la problématique tabac dans les portfolios est concentré autour de 49 thèmes représentant seulement 19,5% des thèmes, mais totalisant 2338 occurrences, représentant 79,8% de la totalité des occurrences.

Dans leur portfolio, les IMG sont exposés et réceptifs, pour la majorité, aux même thèmes. Concernant les sujets les moins représentés, ils sont nombreux. Il serait difficile de les énumérer, et garder une étude lisible. On peut toutefois noter que certains sujets comme le soutien social (1 occurrence), le coût financier du tabagisme (1 occurrence), sont faiblement représentés.

L'annexe 2 permettra au lecteur d'avoir le détail de l'ensemble des thèmes avec le nombre d'occurrences.

3.7. Description des sujets des argumentaires sur la problématique tabac dans les portfolios

Il s'agit ici de répondre à l'objectif opérationnel n°6.

On distingue 135 situations (scripts + cas ponctuels), présentant au moins un argumentaire. Un argumentaire peut développer un sujet principal, ou réunir plusieurs sujets principaux. Ces argumentaires sont développés autour de 27 sujets principaux, inégalement répartis et dont la somme des occurrences est de 176.

Le nombre maximum d'occurrences est 57, le nombre minimum à 1. Une moyenne de 6,06. Une médiane à 1. La moitié des sujets ont un nombre d'occurrences égal à 1.

Les sujets principaux les plus représentés sont :

- Le sevrage tabagique - 57 occurrences
- L'entretien motivationnel - 28 occurrences
- La cigarette électronique – 18 occurrences
- Les Traitements de Substitution Nicotiques – 14 occurrences
- Sevrage pendant la grossesse et /ou l'allaitement – 13 occurrences

Dans ces argumentaires, sont décrits des sujets divers et variés au nombre de 83, comme le conseil minimal, le Bupropion, la Varénicline, le test de Fagerström, mais aussi la recherche aux USA ou le traitement de l'entourage.

Pour synthétiser, si l'on considère les sujets dont l'occurrence est supérieure à la moyenne (6.06), les argumentaires sont développés autour de 7 sujets dont les 5 déjà cités. Sont rajoutés :

- Les méfaits du tabagisme pendant la grossesse (8 occurrences)
- Le remboursement du coût du sevrage tabagique pris en charge par la Sécurité Sociale (7 occurrences).

Ces 7 sujets représentent seulement 24% des sujets, mais totalisent 145 occurrences, représentant 82.3% de la totalité des occurrences.

Concernant les sujets les moins représentés, ils sont nombreux. Il serait difficile de tous les énumérer, et garder une étude lisible. On peut toutefois noter que certains sujets comme le tabagisme passif (1 occurrence), l'impact du statut tabagique du soignant (1 occurrence), les effets indésirables des TNS (1 occurrence), sont faiblement représentés.

L'annexe 3 permettra au lecteur d'avoir le détail de l'ensemble des thèmes et sous thèmes, avec le nombre d'occurrences.

3.8. Descriptions de sources des argumentaires développés sur la problématique tabac

Il s'agit ici de répondre à l'objectif opérationnel n°7.

Pour développer un argumentaire sur la problématique tabac, les IMG ont eu recours 441 fois à des références bibliographiques, de 230 sources différentes.

Si on s'intéresse aux différentes sources, sans distinction de type de source, on constate que la référence qui ressort le plus souvent, largement en tête, provient de la Haute Autorité de Santé (HAS), « HAS. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Octobre 2013- Pitard A, Lavie E », avec 51 occurrences.

La deuxième source la plus citée provient aussi de l'HAS : « HAS. Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficacité et prise en charge financière. 2007 », avec 20 occurrences, soit plus de 2 fois moins.

En troisième position, on retrouve « Assurance Maladie AMELI. Arrêt du tabac: prise en charge des substituts nicotiques », avec 11 occurrences.

Ces 3 sources, totalisent donc 82 occurrences soit 18,5% des occurrences.

210 sources ont 3 occurrences ou moins, soit 91% des sources pour 61,9% des occurrences.

Donc hormis 3 sources dominantes, la diversité des documents choisis est très grande.

Maintenant si on s'intéresse à classer les sources en catégories, 2 catégories se détachent :

- Les **organismes de santé nationaux et internationaux**, comprenant la Haute Autorité de Santé, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament, l'Institut National de Prévention et l'Education pour la Santé, le Haut Conseil de la Santé Publique, l'Organisation Mondiale de la Santé, et l'Assurance Maladie : 182 occurrences
- Les **revues médicales** : 148 occurrences, avec en tête, la Revue du Praticien (44 occurrences), Prescrire (25 occurrences), Cochrane (base de revues méthodiques) (23 occurrences). A noter une faible représentation du JAMA (2 occurrences), du British Medical Journal (7 occurrences), du Lancet (3 occurrences), du New England Journal of Medicine (1 occurrence). On ne relève aucune source en provenance des revues de médecine générale françaises, comme Exercer ou Médecine.

Les autres sources se répartissent, en sites internet, ouvrages spécialisés, associations.

On dénombre 184 sources (80%) écrites en français, soit 387 occurrences (87,5%).

L'annexe 4 permettra au lecteur d'avoir le détail de l'ensemble des sources avec le nombre d'occurrences.

3.9. Description du premier décile et du dernier décile des IMG en fonction du nombre de citations et d'argumentaires

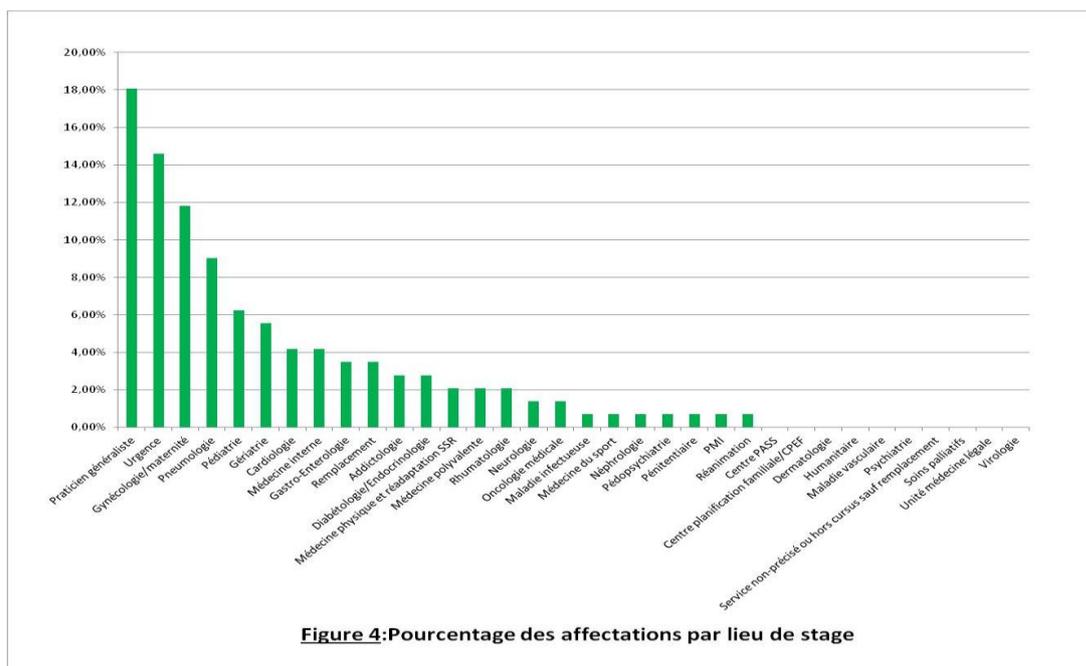
Il s'agit ici de répondre à l'objectif opérationnel n°8

Le premier décile des IMG comprend 21 IMG : 12 femmes et 9 hommes.

Les affectations de stages les plus fréquentes sont :

- Stage ambulatoire de Médecine Générale (obligatoire)
- Urgences (obligatoire)
- Gynécologie/Maternité (obligatoire)
- Pneumologie
- Pédiatrie (obligatoire)
- Gériatrie
- Cardiologie

La répartition des affectations est détaillée dans figure 4.



On se propose aussi d'étudier l'exposition et la réceptivité étudiées comme précédemment en calculant le rapport du pourcentage de citations sur le pourcentage d'affectations dans ce

premier décile. On compare ensuite les rapports pour chaque lieu de stage entre eux. On obtient le graphique de la figure 5.

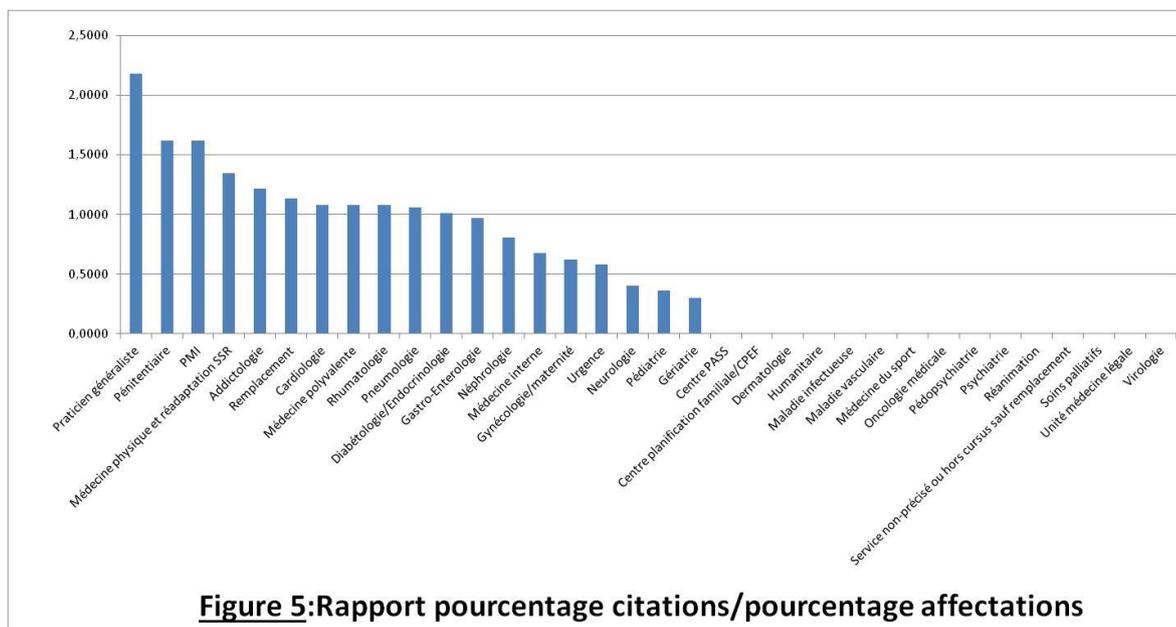


Figure 5: Rapport pourcentage citations/pourcentage affectations

L'exposition/réceptivité est la plus élevée dans le groupe des stages de Médecine Générale ambulatoire, dans le Milieu Pénitentier et en PMI.

L'exposition/réceptivité est la moins élevée entre autres en Réanimation, Pédopsychiatrie, Médecine du sport.

On s'intéresse aussi à la propension à l'acquisition de compétences en calculant le rapport du pourcentage d'argumentaires sur le pourcentage d'affectation pour chaque lieu de stage dans ce décile. On peut ainsi comparer ce rapport pour chaque lieu de stage dans ce décile. On obtient le graphique de la figure 6 :

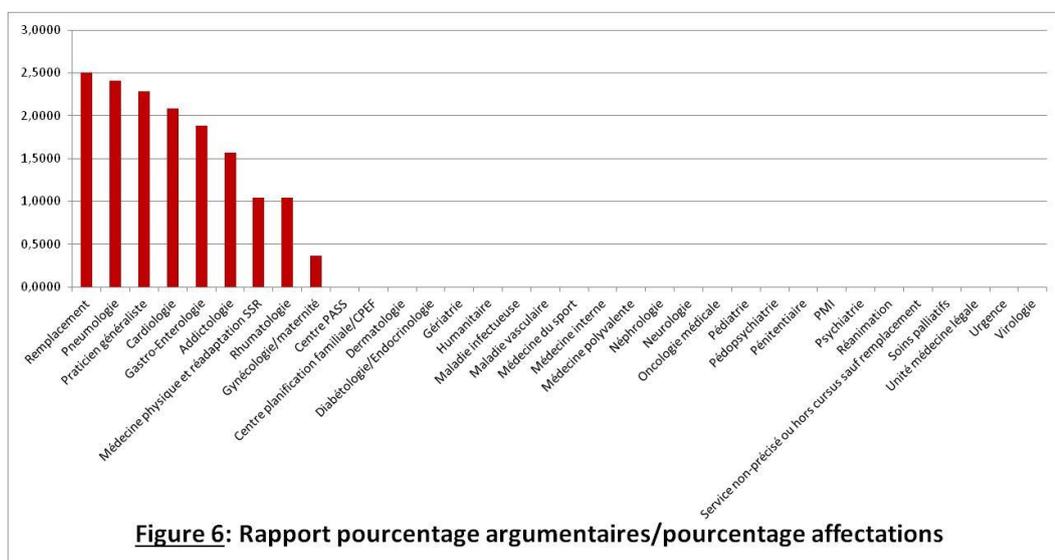
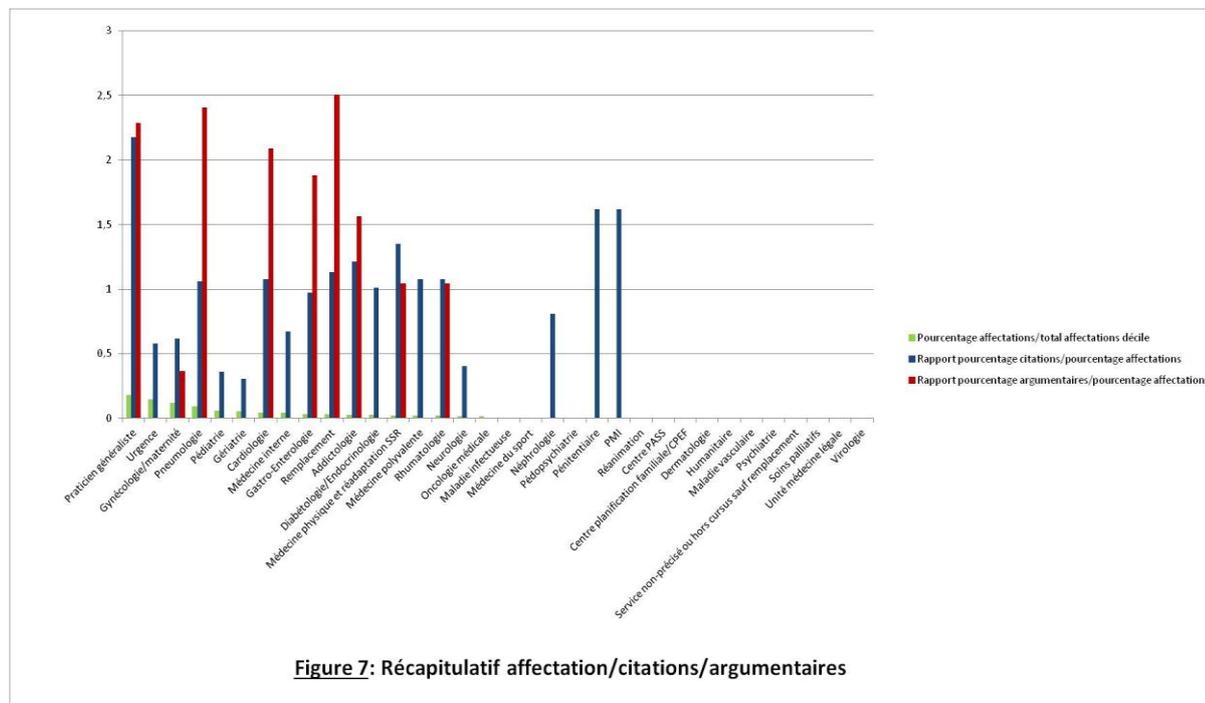


Figure 6: Rapport pourcentage argumentaires/pourcentage affectations

La propension à l'acquisition de compétences est plus élevée en Remplacement, Pneumologie, en Médecine Générale Ambulatoire, en Addictologie et Cardiologie.

La propension à l'acquisition de compétences est la moins élevée en Réanimation, Pédiopsychiatrie, Médecine du sport.

On peut résumer les données précédentes dans le graphique 7 :



Donc dans ce premier décile, on distingue des groupes de lieu de stage qui associent un plus grand nombre d'affectations, une bonne exposition/réceptivité et une bonne propension à l'acquisition de compétences ; il s'agit de :

- Praticien Généraliste
- Pneumologie
- Cardiologie
- Remplacement
- Addictologie

Concernant les sujets des argumentaires :

- On distingue 18 sujets différents, pour 50 occurrences
- Les sujets dominants sont le sevrage tabagique - 16 occurrences, l'entretien motivationnel – 9 occurrences, la cigarette électronique – 7 occurrences.

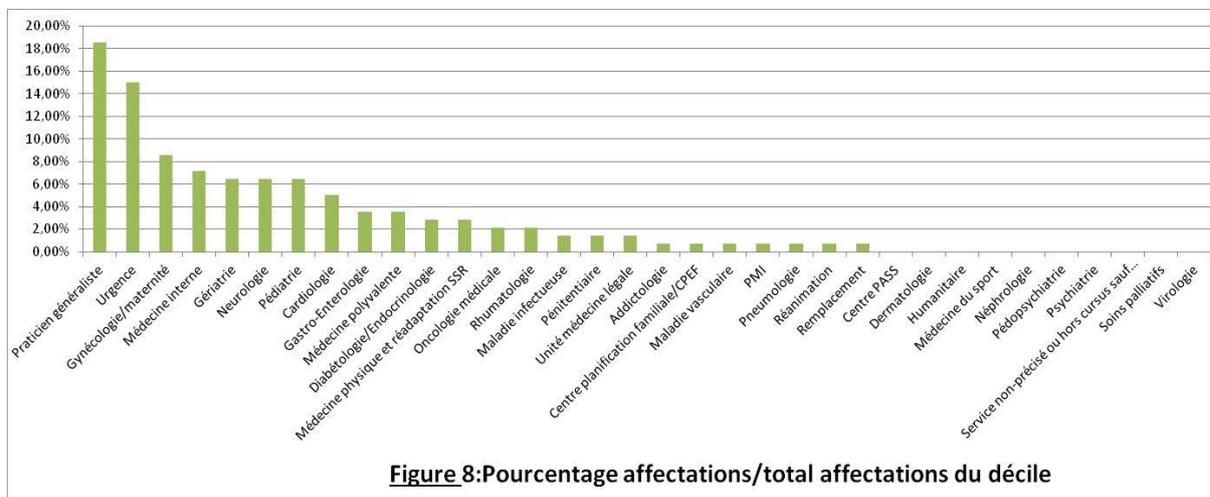
Concernant les sources des argumentaires :

- On distingue 116 sources différentes pour 152 occurrences.
- Les sources les plus citées sont : « HAS-Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. HAS. Octobre 2013 » – 10 occurrences, « HAS-Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficience et prise en charge financière. 2007 » – 6 occurrences, « Office Française de prévention du Tabagisme. Avis d'expert - Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique? OFT. Avril 2014, 4 – occurrences »
- La catégorie de source la plus utilisée est la catégorie des « Revues Médicales » avec 65 occurrences. 2 revues en français arrivent en tête : La Revue du Praticien - 27 occurrences, et Prescrire – 7 occurrences. Ce décile concentre la majorité des citations de revues internationales de référence, British Medical Journal, Lancet, JAMA.
- On dénombre 129 occurrences de sources en français, soit 85% des occurrences.

Le dernier décile comprend 21 IMG dont 15 femmes et 6 hommes. Les affectations de stages les plus fréquentes sont :

- Stage ambulatoire de Médecine Générale (obligatoire)
- Urgences (obligatoire)
- Gynécologie/Maternité (obligatoire)
- Médecine Interne
- Gériatrie
- Neurologie
- Pédiatrie (obligatoire)

La répartition des affectations pour ce décile est détaillée dans la figure 8.



On s'intéresse aussi à l'exposition/réceptivité avec la méthode utilisée précédemment pour le premier décile. On obtient le graphique de la figure 9.

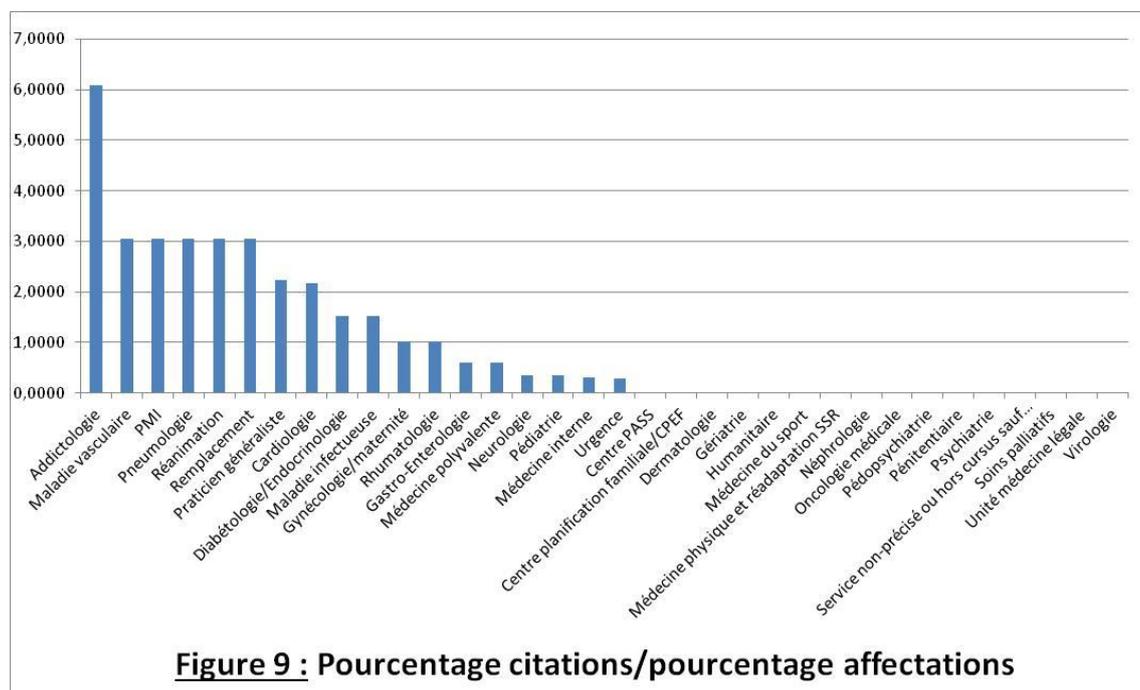


Figure 9 : Pourcentage citations/pourcentage affectations

L'exposition/ réceptivité est plus élevée en Addictologie, Maladie Vasculaire, en PMI, en Pneumologie, en Réanimation et en Remplacement.

En revanche l'exposition/réceptivité est faible en Neurologie, en Pédiatrie, en Médecine Interne et dans les services d'Urgences.

Concernant les thèmes des citations pour le dernier décile:

- on peut distinguer au détail 46 thèmes différents pour 96 occurrences. Les thèmes les plus représentés sont : facteur de risque cardiovasculaire - 11 occurrences, coaddiction alcool -7- occurrences, aide au sevrage tabagique – 7occurrences.
- Les grands thèmes qui se dégagent sont : le tabagisme comme facteur de risque – 25 occurrences, le sevrage tabagique – 20 occurrences, la gynécologie-obstétrique – 11 occurrences.

On retrouve donc les 3 mêmes grands thèmes qui prédominent aussi sur l'ensemble des Portfolios.

On relève 2 portfolios sans aucune citation, ni argumentaire sur la problématique tabac.

On peut dresser un récapitulatif dans le tableau III :

Tableau III: Comparatif premier décile et dernier décile

	Premier décile	Dernier Décile
IMG Femmes	12	15
IMG Hommes	9	6
Exposition/Réceptivité	38,03%	10%
Acquisition de compétences	9,83%	0%
Lieux de stage avec le plus d'affectations	Praticien Généraliste (obligatoire), Urgences (obligatoire), Gynécologie-Maternité (obligatoire), Pneumologie, Pédiatrie (obligatoire), Gériatrie, Cardiologie	Praticien Généraliste (obligatoire), Urgences (obligatoire), Gynécologie-Maternité (obligatoire), Médecine Interne, Pédiatrie (obligatoire), Neurologie, Gériatrie

La seule différence apparaissant dans les stages est la pneumologie et la cardiologie au lieu de la médecine interne et la neurologie, dans le premier décile par rapport au dernier.

IV- DISCUSSION

Ce travail a pour but de décrire le traitement de la problématique tabac par les IMG à travers leur Portfolio. Il s'agit ici de commenter les résultats du travail et de mettre en évidence les forces, limites de cette étude, ainsi que les difficultés rencontrées.

4.1. La population étudiée

La population cible de ce travail est l'ensemble des IMG en formation ; ces même IMG qui auront une place centrale dans la prise en charge de la problématique tabac. Qu'en est-il de la représentativité et de la pertinence du choix de cet échantillon?

Sur le plan régional :

L'arrêté n°302 du Journal Officiel de la République Française du 29 décembre 2016³⁸, dénombre 187 internes à former en Médecine Générale à Bordeaux pour la période 2016-2017. On peut donc considérer que l'effectif de 192 IMG de cette étude est numériquement représentatif pour une promotion.

Sur le plan national :

Ce même arrêté dénombre 3749 internes à former en Médecine Générale pour toute la France pour cette même période et même promotion. L'effectif des IMG de Bordeaux ne représentent donc que 4,9% de l'effectif total des IMG de France. Cependant, l'Académie de Bordeaux constitue le quatrième effectif le plus important de France derrière l'Île de France (629 IMG), Lille qui comprend Lille Publique et Lille Libre (226 IMG) et Marseille (192 IMG). En considérant le fait que chaque Faculté peut avoir son outil de validation propre, et donc une présentation du PF différente, il ne serait pas envisageable ou bien compliqué de mener ce type d'étude sur le plan national. Et les moyens éventuels d'augmenter la puissance de ce type d'étude seraient de choisir l'Île de France (sachant que chaque faculté francilienne a son propre outil de validation) ou alors de combiner plusieurs promotions. Par conséquent, il serait difficile de mener une étude avec cette méthode, significativement plus puissante, sur le plan national, pour une seule promotion.

D'un point de vue de la parité :

Les IMG de cette étude sont répartis en 134 IMG femmes soit 70% et 58 IMG hommes soit 30%. Ces chiffres peuvent être comparés aux chiffres d'autres études :

- En 2011, selon Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques³⁹, à l'issue des Epreuves Classantes Nationales, 65% des étudiants qui ont choisi Médecine Générale sont des femmes au niveau national.
- Dans sa thèse, soutenue en Février 2016, portant sur les IMG qui avaient validé leur DES de Médecine Générale en 2013, Mathilde Le Monies de Sagazan, constate une répartition de 67% de femmes parmi ces IMG¹⁵.

Les chiffres de notre étude concernant la parité, sont donc cohérents avec les données des autres études et confirment la féminisation de la Médecine Générale. En effet il existe encore une distance entre la parité pendant les études/en sortie d'études, et la parité dans la démographie médicale actuelle. En 2016, selon sa cartographie interactive de la démographie médicale, le Conseil National de l'Ordre dénombre 40787 médecins généralistes femmes, soit 46%, pour 48099 médecins généralistes hommes soit 54%. Cet état de fait souligne la pertinence de la recherche de différence de pratique en fonction du sexe de l'IMG. On pourrait supposer que si l'on retrouvait une différence de pratique entre praticien homme et praticien femme, le renversement de la parité aurait des conséquences sur la prise en charge globale de la problématique tabac.

4.2. Les principaux résultats

4.2.1. L'exposition/réceptivité et propension à l'acquisition de compétences

Cette étude retrouve un taux d'exposition/réceptivité à la problématique tabac de 27%, comparable au taux de 31% de citations retrouvé par Mathilde le Monies de Sagazan¹⁵ dans les PF des IMG de 2013. Cependant dans notre étude, nous distinguons citations et actions de dépistage. La notion de dépistage sera commentée plus loin.

Ce chiffre de 27% peut paraître correct, en effet il signifie que, dans plus d'1 situation sur 4, l'IMG rentre en contact avec la problématique tabac et décide de le retranscrire dans son PF. Ce chiffre doit être analysé à la lumière de plusieurs paramètres importants :

- Le fait que ce pourcentage ne soit « que » de 27% peut être expliqué par la proportion de thèmes de médecine générale dont le tabac n'est pas déterminant (comme par exemple, les soins palliatifs, une partie de la pédiatrie ou de la gériatrie...). De même ce chiffre tient compte des cas ponctuels qui font parfois l'impasse sur la description détaillée. Ici, c'est plus la notion de réceptivité plutôt qu'exposition qui est impliquée.
- Il s'agit d'une étude descriptive basée sur une analyse rétrospective. Ainsi seuls les signalements positifs sont sûrs. C'est-à-dire que l'on peut être sûr que l'IMG a été exposé à la problématique tabac, lorsqu'il le retranscrit, mais on ne peut pas être sûr qu'il n'y ait

pas été exposé si on ne retrouve pas de retranscription. Ce qui peut expliquer aussi le chiffre relativement bas de 27%.

- Le chiffre de 27%, est une moyenne, et l'on pourrait en être satisfait, si l'étude du dernier décile des IMG qui ont le moins développé la problématique tabac, ne révélait une forte disparité avec un pourcentage de 10%, allant même jusqu'à la mise en évidence de 2 Portfolios qui ne présentaient AUCUNE citation autour de la problématique tabac.

Concernant la propension à l'acquisition de compétences, les remarques seraient presque les mêmes. On observe un taux de 3,2%. On peut considérer que l'objectif raisonnable à atteindre, serait que chaque IMG s'intéresse à la problématique tabac et développe au moins 1 argumentaire sur cette problématique. Soit 1 argumentaire pour en moyenne 22 situations par PF, soit un taux de 4.5%. Le taux de 3.2% est donc améliorable. De même que pour l'exposition/réceptivité il faut tenir compte de la disparité entre les IMG, le taux étant de 9.83% pour le premier décile, et de 0% pour le dernier décile.

4.2.2. Relation entre le traitement de la problématique tabac et le parcours de stage

Concernant les stages obligatoires :

- le taux d'exposition/réceptivité est plus important pour le stage de Médecine Générale en ambulatoire. Ce stage constitue donc un environnement favorable à l'émergence de la problématique tabac avec 476 citations pour 259 affectations et un rapport pourcentage citations/pourcentage affectations supérieur à 2.
- Le taux de propension à l'acquisition de compétence est aussi plus important pour le stage de Médecine Générale en Ambulatoire. Ce stage constitue aussi un environnement favorable pour le choix d'argumenter une problématique sur le tabac, avec 57 argumentaires pour 259 affectations et un rapport pourcentage argumentaire/pourcentage affectation supérieur à 2.

En réunissant une exposition/réceptivité élevée, une propension élevée à l'acquisition de compétences et un nombre d'affectations élevé (stage obligatoire), le stage de Médecine Générale en ambulatoire s'affirme comme lieu crucial et de valeur dans la formation des IMG dans le traitement de la problématique tabac.

On peut aussi supposer que l'obligation de réaliser des stages hors cabinet en CSAPA et CMP, lors du stage chez le Praticien Généraliste, renforce la sensibilisation à la problématique des addictions et donc du tabac.

Concernant les stages non obligatoires :

En premier plan, c'est la Pneumologie qui se distingue. En effet ce lieu de stage combine à la fois une bonne exposition/réceptivité, une bonne propension à l'acquisition de compétence et un nombre d'affectations relativement élevé. Les liens entre tabac et pneumologie sont indéniables, voire les plus évidents. Pour le Professeur Bertrand Dautzenberg¹⁹, les pneumologues en France ont toujours été impliqués dans la prise en charge du tabagisme, constituant la singularité française. En effet, aux Etats-Unis par exemple, le tabagisme est plus réservé aux psychiatres et psychologues. Cependant, la thèse de Bertrand Michy²⁰ en 2013, auprès des pneumologues de Lorraine, soulignait des limites de la prise en charge du tabagisme dans cette spécialité : il y rapporte la différence de motivation des pneumologues en fonction de la pathologie pneumologique(nature et sévérité), et en fonction de l'ancienneté du praticien ; Il mettait en évidence des freins, comme le manque de motivation du patient, l'anxiété occasionnée par le sevrage, le manque de temps et le manque de formation en tabacologie.

En second plan, on retrouve la Cardiologie qui présente une exposition/réceptivité plus modeste, mais un niveau intéressant de propension à l'acquisition de compétences et un nombre d'affectations relativement élevé. Pour rappel, le tabagisme, est la première cause de mortalité cardiovasculaire évitable. Le nombre absolu annuel de décès cardiovasculaires attribuables au tabagisme dans le monde, estimé à 1 690 000, est le double de celui des décès par cancer du poumon²¹. Une enquête nationale de 2008 auprès des cardiologues français²², montrait que le sevrage tabagique était considéré comme priorité chez les patients coronariens, avec un taux de recherche systématique de tabagisme de 96%. Cependant, l'enquête concluait à une faible implication des cardiologues dans la prise en charge du sevrage tabagique, avec, à noter, une influence du propre statut tabagique du cardiologue, sur son attitude face à la prise en charge du sevrage tabagique. On peut supposer que le niveau élevé de propension à l'acquisition de compétences s'est majoré sous l'impulsion de ce contraste entre, la place centrale du sevrage tabagique, et le défaut d'implication de sa prise en charge en cardiologie.

On retrouve aussi l'Addictologie et le milieu Pénitencier, qui ont tous deux une bonne exposition/réceptivité et une bonne propension à l'acquisition de compétences, mais un nombre d'affectations relativement bas. On constate que le milieu pénitencier est effectivement profondément concerné par les addictions diverses et donc le tabac. Un rapport de 2005 de la DRESS révélait que 80% des entrants en détention fumaient quotidiennement²³, chiffre conforté par le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 21 juin 2016²⁴, qui retrouvait 85% de fumeurs chez les personnes entrant en détention en Picardie en 2013. Ces chiffres sont aggravés par le tabagisme passif, imposant, du fait des conditions propres à la détention et des conditions actuelles de détention en France, comme le décrit Patrick d'Almeida Launey dans sa thèse²⁵. La problématique tabac est en effet complexifiée par la concentration de précarité et de vulnérabilité,

parfois associée à une représentation positive du tabac, considéré comme liberté et moyen rare de détente. D'autre part, le dépistage est systématique²⁶. L'enjeu sanitaire est important, et le défi qui s'en suit est énorme.

Cette étude permet donc de souligner l'importance de ces stages dans la formation pour le traitement de la problématique tabac.

En pratique, pour améliorer le traitement de la problématique, on pourrait suggérer de s'appuyer sur ces lieux de stage. Ils pourraient être des lieux de formation et/ou de prévention améliorés, renforcés, avec des missions spécifiques pour le repérage des fumeurs et l'accompagnement au sevrage tabagique assurés par les IMG.

On peut aussi souligner le cas particulier de la Psychiatrie qui présente un fort niveau de d'exposition/réceptivité, mais un niveau de propension à l'acquisition de compétence nul. Ces résultats font écho, aux données de littérature sur le lien entre psychiatrie et tabac²⁷. La psychiatrie est fortement concernée par le tabac à plusieurs niveaux. En effet la prévalence du tabagisme y est plus importante que dans la population générale, notamment pour les patients schizophrènes, se situant entre 60% et 90%, soit jusqu'à trois fois plus²⁸. Il en résulte une morbi-mortalité liée au tabac plus importante. On notera aussi que la prévalence du tabagisme est même plus importante dans le personnel soignant en psychiatrie que dans les autres spécialités²⁷. Par ailleurs, il existe aussi un lien entre le tabac et des pathologies proprement psychiatriques, notamment dépression et risque suicidaire. Même au niveau pharmacologique, le tabac agissant comme un inducteur enzymatique, influe sur l'efficacité des médicaments (notamment antipsychotiques) et sur leur dosage. Enfin paradoxalement le tabac est utilisé en psychiatrie, parfois en « automédication », pour limiter certaines défaillances neurophysiologiques, cognitives liées à la schizophrénie et aux récepteurs alpha 7 nicotiniques²⁷. Toujours dans ce paradoxe, le tabac peut être considéré comme principal support d'interactions entre soignants et patients, avec un taux d'interactions centrés sur le tabac de 80% chez les patients hospitalisés²⁷. Ces considérations conduisent à des représentations qui ne favorisent pas l'aide au sevrage tabagique. Bien sûr, il s'agit ici d'IMG ; des IMG qui se calent donc sur leurs modèles séniors. En effet on pourrait considérer que ces résultats sont à imputer au paradigme de l'enseignement qui prédomine en milieu hospitalier, au dépend du paradigme de l'apprentissage.

Etonnamment, cette étude n'a pas valorisé la Neurologie qui présente des taux décevants, alors que le tabac constitue un facteur de risque neurovasculaire majeur modifiable. Parallèlement à ce constat, il n'a pas été possible de trouver de données de littérature autour de la gestion du tabac en Neurologie.

Enfin concernant les lieux de stage, il convient d'éclairer le statut particulier des **Remplacements et des Stages hors cursus non précisés**. Les données présentes dans l'étude ont été analysées, et l'interprétation peut être intéressante mais incomplète. En effet l'interprétation des résultats ne peut être que partielle. On ne connaît pas le nombre exact d'IMG qui ont effectué ou non un remplacement, cette précision n'étant pas obligatoire. De même pour le groupe Service non précisé, il comprend des situations personnelles hors cursus, difficilement délimitables (comme une situation décrite dans un contexte familial, ou un argumentaire spontané sans cadre dans les cas ponctuels ou contributions diverses). L'analyse du comportement des IMG lors d'un remplacement pourrait faire l'objet d'une autre étude.

4.2.3. Le dépistage et la réactivité :

Il s'agit de décrire les pratiques des IMG qui transparaissent dans les Portfolios et de les comparer aux recommandations et données actuelles de la science médicale. Dans cette étude nous nous sommes intéressés particulièrement au dépistage, première étape clé vers le sevrage, et à la réactivité de l'IMG face à la mise en évidence d'un tabagisme actif avéré.

Si l'on s'appuie sur les recommandations HAS²⁹, le dépistage et l'incitation au sevrage devraient être systématiques. Ces recommandations sont confortées par l'étude de Slama K., publiée dans Tobacco Control³⁰, en 1995, qui met en évidence l'efficacité d'une intervention brève des praticiens généralistes dans le sevrage tabagique. L'objectif théorique est donc d'obtenir des taux de 100%.

Dans notre étude, le taux de dépistage est de 24% dans les scripts et de 5% dans les cas ponctuels. En fait, comme pour l'exposition/réceptivité et pour la propension à l'acquisition de compétences, ces chiffres relativement faibles peuvent être partiellement expliqués par la non exhaustivité des signalements des problématiques tabac, mais aussi par la proportion de thèmes de Médecine Générale, pour lesquels le tabac n'est pas déterminant, comme les cas de pédiatrie ou de gériatrie, ou encore par la nature particulière des cas ponctuels qui se centrent sur un aspect ciblé de la prise en charge.

Par ailleurs ces taux peuvent être comparés aux chiffres présentés dans l'étude de Yann BRABANT de 2012, qui portait sur les internes de toutes spécialités de Poitiers¹⁷. Le dépistage est évalué à 71,6%, à relativiser du fait du biais d'intentionnalité propre aux études fondées sur du déclaratif direct. De même pour l'étude menée au CHRU de Tours en 2010, auprès de 149 internes sans sélection de spécialité, le taux de dépistage était estimé à 90%³¹. De plus l'étude de Salomon L, publiée en 2001 dans le BEH³², s'appuyant sur un questionnaire soumis et rempli par 3014 internes toutes spécialités confondues, retrouvait un taux de dépistage systématique à

76%. Donc, seul le travail de Le Monies de Sagazan M., portant sur des IMG de 2013 retrouve un taux comparable de 27%¹⁵, mais avec les mêmes limites que notre étude. Les méthodes des études citées, hormis le travail de Le Monies de Sagazan, reposant sur du déclaratif, sont différentes et la comparaison n'est pas directement possible. Ici, l'objectif du PF est de permettre à l'interne de tracer ses apprentissages, selon son exposition à des contextes qui lui sont singuliers, au même titre que ses difficultés et ses besoins ressentis d'acquisition de compétences. Les perspectives d'amélioration sont d'essayer d'exposer l'IMG le plus possible aux problématiques addictives, dont le tabac, afin qu'il puisse ressentir le besoin de s'y former au mieux. Cependant on peut souligner que le PF ne peut constituer en lui-même un outil d'évaluation du bon repérage des problématiques tabac. En effet chaque PF doit balayer l'ensemble des problématiques de Médecine Générale, avec la nécessité de faire des choix. Donc même si l'IMG dans sa pratique, rencontre dix cas où il est en contact avec la problématique tabac, peut-être qu'il n'en retiendra qu'un seul pour développer d'autres problématiques.

On peut aussi s'intéresser aux taux retrouvés chez les médecins généralistes installés. Une première étude de 2006, d'UNDERNER M., publiée dans la revue *Maladies Respiratoires*, menée auprès de 257 praticiens généralistes de la Vienne, décrivait un taux de dépistage systématique de 44%³³. Un autre travail en 2007, de PIARDON M., qui portait sur l'évaluation des médecins généralistes du Val-de-Marne sur leurs connaissances et pratiques en tabacologie, estimait le taux de dépistage à 83%³⁴. D'autre part, une enquête de 2008, de De Col P auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire³⁵, présentait un taux d'abord systématique du tabagisme de 32%. Enfin l'étude Baromètre de 2009³⁶ évaluait le taux de repérage par les médecins généralistes à deux tiers soit 67%.

L'extrême variation des taux est liée à une définition souvent différente du « systématique », ainsi que des méthodes d'enquête (recrutement, questionnaire....). On peut cependant estimer qu'il existe une marge d'amélioration de la sensibilisation des IMG aux problématiques tabagiques

A l'étape suivante, désignée dans notre étude par la réactivité de l'IMG, les taux aussi paraissent améliorables. Le constat d'un tabagisme actif avéré, a abouti dans 63% des cas à une réaction de l'IMG dans les scripts et à 45% des cas dans les situations ponctuelles.

Dans son étude, Mathilde Le Monies de Sagazan enregistrait un taux de prise en charge des patients fumeurs de 43%¹⁵. Cependant ce taux ne semblait pas tenir compte de situations d'urgences ou de fin de vie.

Dans le travail d'Y.Brabant, l'étude de la réactivité ne se résume qu'à la comptabilisation des recherches de projet d'arrêt du tabac. Le taux correspondant est de 47%¹⁷.

L'enquête de Salomon publiée dans le BEH en 2001, obtient un taux de 41%³² correspondant à la tenue par l'interne d'une attitude d'information ou d'orientation face au patient tabagique.

Concernant les praticiens généralistes déjà installés, l'étude menée auprès de médecins dans la Vienne, ne s'intéressait là aussi, qu'à la comptabilisation des recherches de projet d'arrêt du tabac, face à un patient fumeur. Le taux variait de 92% à 97%³³. L'autre étude menée auprès des praticiens du Maine et Loire retrouvait un taux de recherches systématiques de projet d'arrêt du tabac de 51%³⁵.

Pour les études en médecine générale, le projet d'arrêt peut être proposé dans le temps, le médecin traitant revoyant son patient. Les taux beaucoup plus élevés veulent sans doute simplement dire que le praticien évoque l'arrêt du tabac, un jour ou l'autre, avec quasiment tous ses patients fumeurs. Les choses sont bien différentes pour les IMG qui ne voient souvent les patients qu'une fois ou sur une courte période. Si la problématique en première ligne n'est pas le tabac, il y a de fortes chances qu'ils n'aient ni le temps, ni la motivation prioritaire, d'aborder comme il le faudrait, la perspective d'un sevrage tabac.

Du point de vue des patients, la deuxième vague de la cohorte International Tobacco Control (ITC)⁸ montrait qu'en France seuls 28 % des fumeurs avaient reçu des conseils de leur médecin pour cesser de fumer, au cours d'une visite de routine. De plus, la moitié des personnes ayant arrêté de fumer à la deuxième vague de l'enquête disent n'avoir reçu ni soutien ni encouragement de leur médecin et/ou d'un professionnel de santé au cours des six derniers mois.

4.2.4. Recherche de différences entre IMG femmes et IMG hommes, dans le traitement de la problématique tabac à travers les portfolios.

Ce travail n'a pas mis en évidence de différences nettes selon le sexe. Dans les notions d'exposition/réceptivité, de propension à l'acquisition de compétences et dépistage, les hommes affichent des taux légèrement plus élevés. Le taux de réactivité est lui plus favorable chez les femmes.

Dans l'étude Baromètre de 2009³⁶, on notait des différences de pratique en fonction du sexe du praticien généraliste. Le repérage systématique est plus souvent effectué chez les médecins femmes qui avaient recours plus souvent aux outils de repérage de la dépendance tabagique. Par contre, de manière générale, les médecins hommes sont plus nombreux à prendre leurs patients en charge seuls pour les problèmes de consommation de tabac, d'alcool ou de drogues illicites.

En 2013, Chin EFC. soutient une thèse portant sur les « représentations et pratiques des médecins généralistes d'un département, les Deux-Sèvres, vis-à-vis des addictions »³⁷. Dans ce travail, les médecins femmes sont plus nombreux à déclarer aborder facilement le tabac en consultation, sur un effectif de 229 praticiens, 165 hommes et 64 femmes, avec un pourcentage de 100% pour les femmes contre 95% pour les hommes. Concernant le reste du traitement du tabac, que ce soit en prévention, dépistage, ou prise charge, Chin EFC ne découvre pas de différences significatives.

En conséquence, ces trois études ne permettent pas de mettre en évidence de différence majeure dans le traitement de la problématique tabac. Ainsi, si ce fait est confirmé, la féminisation de la médecine ne devrait pas retentir sur la prise en charge générale du tabac.

4.2.5. Les thèmes porteurs de citations autour de tabac.

Les thèmes sont nombreux et variés, mais la majorité des IMG citent le tabac dans les mêmes thèmes, les mêmes contextes, ce qui est intéressant à identifier.

Logiquement, c'est le sevrage tabagique qui ressort le plus souvent, suivi du tabagisme comme facteur de risque. Ces données confirment tout d'abord le fait que la problématique tabac est impliquée dans quasiment tous les domaines de la médecine, du risque cardiovasculaire, des cancers à l'atteinte de la fertilité, en passant par les troubles du sommeil.

Concernant les sujets d'argumentaires, les constatations sont les mêmes, 7 sujets principaux concentrant 82% du volume des argumentaires. Les sujets prédominants étant le sevrage tabagique, l'entretien motivationnel et la cigarette électronique.

Ces données font écho, aux résultats des études précédentes^{17, 31} qui soulignaient le souhait des internes des différentes spécialités, y compris Médecine Générale, de parfaire leur connaissance dans le sevrage tabagique. Les IMG sont demandeurs de formations et d'acquisition de compétences sur le sevrage tabagique. Certains éléments de l'aide au sevrage, ne sont pas très développés dans la formation initiale (pré-internat et internat), notamment l'entretien motivationnel ou bien la problématique relativement récente de la cigarette électronique. Et donc le portfolio leur donne l'occasion d'y réfléchir et de répondre en partie à ce besoin. Ceci aurait tendance à renforcer la légitimité du portfolio comme moyen d'améliorer les compétences des internes par l'auto-formation.

4.2.6. Les sources des argumentaires

Il s'agit visiblement d'une des valeurs ajoutées de cette étude sur les portfolios. En effet concernant la problématique tabac, il n'a pas été possible de trouver d'autres études qui mentionnaient les sources documentaires des IMG.

Dans cette étude, les IMG ont recours à des sources très diverses, contrairement au choix finalement assez rassemblé des problématiques à argumenter. La majorité des sources –en termes d'énoncé et d'occurrence- ne sont cités qu'une à 3 fois. On note cependant que dans le podium de tête, on retrouve 2 sources émanant de l'HAS, et une source du site de l'Assurance Maladie. Ce qui traduit une confiance dans les institutions nationales. Il s'agit aussi probablement d'une conséquence de la formation aux Epreuves Classantes Nationales, basée en grande partie sur les recommandations. L'autre constatation marquante est l'écrasante domination des sources d'origine francophone qui représentent 80% des sources pour 87% des occurrences. On notera une plus grande utilisation des sources anglophones, même si elle y reste minoritaire, dans le premier décile, notamment en provenance du British Medical Journal, du Lancet et du JAMA. Ainsi, il est possible que quelqu'un de plus intéressé par la problématique du tabac, ait besoin de réponses plus précises et d'aller directement aux données scientifiques. Concernant la problématique tabac, l'IMG va donc plutôt chercher des solutions francophones, en faisant confiance à l'avis des experts des organismes français. Paradoxalement, on peut souligner l'absence de source en provenance des revues de médecine générale françaises, telles que *Exercer* ou *Médecine*. Cette absence peut s'expliquer par la non disponibilité gratuite de ces revues et leur manque de visibilité actuelle, du fait de leur jeunesse relative. D'autre part la diversité des sources traduit aussi une curiosité des IMG, plus développée et plus éclectique. Par ailleurs, même si les consignes de présentation aux normes de Vancouver sont le plus souvent respectées, on notera quelques citations imprécises. On peut donc aussi attendre des améliorations sur la forme.

L'annexe 4 qui répertorie l'ensemble des sources citées, retranscrit volontairement les citations telles qu'elles sont présentées dans les PF.

4.2.7. Comparaison du premier et dernier décile

L'Exposition Réceptivité est très nettement supérieure dans le premier décile.

La propension à l'Acquisition de Compétences est aussi nettement supérieure dans le premier décile, en précisant qu'elle est nulle dans le dernier décile.

Concernant les **stages obligatoires : le stage de Médecine Générale en Ambulatoire constitue un lieu privilégié pour l'abord de la problématique tabac, avec une forte Exposition/Réceptivité du premier décile au dernier décile, mais aussi pour une bonne propension à l'Acquisition de Compétences dans le premier décile et sur l'ensemble des Portfolios.**

Concernant les stages non obligatoires :

- La Pneumologie constitue (on pourrait dire sans surprise), un lieu privilégié pour l'abord de la problématique tabac avec aussi une forte Exposition/Réceptivité du premier décile au dernier décile, mais aussi une bonne propension à l'Acquisition de Compétences dans le premier décile et sur l'ensemble des Portfolios.
- La Cardiologie (là aussi on pourrait dire logiquement) se démarque aussi, avec une forte Exposition/Réceptivité dans le premier et dernier décile (avec un niveau d'indicateur supérieur à 1), alors que ce niveau est moins élevé sur l'ensemble des Portfolios. Cependant en Cardiologie la propension à l'Acquisition des Compétences est forte dans le premier décile et sur l'ensemble des Portfolios.
- On pourrait dire que la surprise vient de la Neurologie, qui ne présente pas de forte Exposition/Réceptivité et propension à l'Acquisition de Compétence sur l'ensemble des Portfolios, du premier au dernier décile, avec même un nombre d'affectations important dans le dernier décile.

Enfin on peut souligner certaines faiblesses dans le traitement de la problématique tabac. En effet, on notera qu'il existe 2 cas extrêmes de PF qui ne contiennent AUCUNE CITATION autour du tabac. Pour aller plus loin, on notera que 85 PF ne développent AUCUN ARGUMENTAIRE autour de la problématique tabac, soit près de la moitié.

4.3. Forces et faiblesses de cette étude

4.3.1. Points forts

Le choix du PF comme support d'étude a plusieurs avantages.

Tout d'abord concernant le recrutement. Le caractère obligatoire du PF, et les règles standardisés de rédaction et de présentation, permettent d'obtenir un effectif important garanti, avec peu de risque d'exclusion. La différence entre l'effectif choisi initialement et l'effectif final est faible (dans cette étude seulement 2 PF ont été exclus). La représentativité en conséquence est

bonne. De plus le fait de ne retenir que les PF des IMG qui ont validé leur DES, est garant d'un minimum de qualité. Le recrutement est optimisé.

Ensuite le PF donne accès aux questionnements de l'IMG, aux problématiques auxquelles il a été exposé et auxquelles il a été sensible, mais aussi à sa démarche réflexive pour y faire face. Comme précisé précédemment, on ne trouve pas d'étude qui s'intéresse aux sources documentaires des IMG.

D'autre part, le PF permet de réunir des informations directement exploitables comme le sexe et le parcours de stage. De même, on ne retrouve pas d'autres études qui s'intéressent à la relation entre parcours de stage et gestion de la problématique tabac.

Nous avons donc une étude qui combine à la fois, un recrutement de qualité, et un prisme constitué de fenêtres d'analyse variées et originales comme le parcours de stage et les sources documentaires, mais aussi d'une fenêtre plus classique mais cruciale, le sexe de l'IMG.

4.3.2. Les limites

Elles sont liées au type de l'étude : il s'agit d'une étude d'analyse descriptive rétrospective. Seuls les signalements positifs sont sûrs. Le PF ne peut constituer en lui-même un outil d'évaluation du bon repérage des problématiques tabac. Cette étude ne prend pas en compte la partie de la gestion de la problématique tabac qui n'est pas retranscrite dans les PF par les IMG. En effet sur plus d'un millier de patients rencontrés au cours de leurs 3 ans de formation, les IMG, ne devront choisir que 22 situations.

Concernant le parcours de stage, il manque aussi la description autour de ce qui peut se faire lors des stages hors cabinet en CMP ou CSAPA. En effet, les IMG ne les mentionnent que très rarement dans leur PF. Ces stages dédiés à la familiarisation aux structures psychiatriques et d'addictologie, doivent en effet jouer un rôle déterminant dans la formation à la prise en charge des addictions.

Enfin, il demeure une limite extrêmement importante et qu'il est difficile de quantifier : l'authenticité des situations proposées par les IMG. En effet si, en théorie, il est demandé à ceux-ci de présenter des récits authentiques et des situations les mettant en difficulté, d'un autre côté, il y a également une partie imposée de l'exercice, en leur demandant de proposer des récits en rapport avec certains thèmes de cours, dont les addictions. Les IMG se portent ainsi volontaires pour présenter des récits sur certains thèmes, en fonction de leurs stages et de leurs affinités. Ainsi, il est difficile de quantifier le hiatus entre ce qui est présenté et la situation, la motivation

réelle. Pour pondérer ceci, on peut souligner que la proportion des récits présentés en cours est faible, de l'ordre de 10%.

Dans le même esprit, on sait que certains IMG « inventent » ou « copient » des situations, même si on espère que ceci demeure marginal.

CONCLUSION

La problématique tabac est bien présente dans les portfolios des IMG, qui y sont sensibles, et ce malgré les limites de cette étude qui peuvent minimiser les chiffres.

Dans cette étude, il n'a pas été démontré de différences majeures entre IMG femmes et IMG hommes face à la problématique tabac.

La majorité des IMG sont sensibles aux mêmes problèmes. Les IMG vont chercher les réponses auprès d'une grande diversité de sources de préférence francophones, avec une confiance première à l'HAS. Cependant il existe une marge d'amélioration dans la retranscription de leur confrontation avec cette problématique. Que ce soit dans le dépistage, la réactivité et l'acquisition de compétences des progrès sont exigibles. On notera particulièrement la mise évidence d'une frange non négligeable des IMG qui présente un faible intérêt pour la problématique tabac, dans leur portfolio, problématique pourtant incontournable dans la pratique de tout médecin généraliste.

Nous pouvons essayer de proposer quelques perspectives :

- La mise en évidence d'un développement plus important de la problématique tabac dans les stages ambulatoires de Médecine Générale, est encourageante. En effet la nouvelle maquette pour la formation au DES de Médecine Générale s'oriente vers une valorisation et augmentation des stages en ambulatoire. Concernant la problématique tabac, il faudra donc être vigilant et saisir l'occasion de profiter du cadre favorable de l'ambulatoire, pour améliorer la prise en charge de cette problématique, notamment en multipliant les opportunités de développer une réflexion et une autoformation.
- Par ailleurs pour susciter le développement de la réflexion autour de la problématique tabac, on peut proposer de compléter les consignes de rédaction du PF. En effet la problématique tabac reste centrale dans la politique de santé. Parmi les traitements et les actions de prévention des maladies cardiovasculaires, le sevrage tabagique a le meilleur rapport coût/bénéfice. On pourrait introduire un effet « feedback », en imposant aux IMG de préciser systématiquement le statut tabagique du patient dans les situations présentées dans le PF. Cela aurait pour but d'influer sur le facteur « réceptivité » et donc d'augmenter les chances de développer son auto-formation à la gestion de la problématique tabac.
- Concernant les méthodes utilisées dans cette étude, on pourrait appliquer l'analyse des indicateurs exposition/réceptivité et propension à l'acquisition de compétence pour étudier d'autres problématiques de Médecine Générale.

V- BIBLIOGRAPHIE

1. Mathers C, World Health Organization. WHO global report: mortality attributable to tobacco [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012 [consulté le 10/10/2016]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf
2. Ribassin-Majed L., Hill C., "Trends in tobacco-attributable mortality in France", The European Journal of Public Health, 2015, pp.1-5
3. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. Revue du praticien 2012; 62(3): 325, 327-329.
4. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, et al. Smoking and Mortality — Beyond Established Causes. New England Journal of Medicine. 12 févr 2015;372(7):631-40.
5. Leone N., Voirin N., Roche L., Binder-Foucard F., Woronoff AS., Delafosse P., Remontet L., Bossard N., Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique. Saint-Maurice (FRA) : Institut de Veille Sanitaire 2015.
6. Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014: caractéristiques et évolutions récentes INPES. Evolutions No.31, janvier 2015.
7. Guignard R., Beck F., Richard JB., Peretti-Watel P. Le tabagisme en France : analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2013.
8. INPES, INCa. « International Tobacco Control », projet d'évaluation des politiques publiques de lutte antitabac. Rapport national ITC France. Résultats de la deuxième vague [Internet]. Octobre 2011 [consulté le 10/10/2016]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/itc/pdf/ITC_rapport_FR_2.pdf
9. Grignon, M., Reddock J., L'effet des interventions contre la consommation de tabac: une revue des revues de littérature. Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé. Questions d'économie de la santé No 182 ; décembre 2012.
10. Bulletin officiel n° 20 du 16 mai 2013, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Item 73.
11. Description du troisième cycle de Médecine Générale. Disponible sur le site du Collège de Santé de L'Université de Bordeaux. <https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Troisieme-cycle-de-medecine-generale> [consulté le 28/11/2016]
12. Le Portfolio : mode d'emploi. Disponible sur le site du Collège de Santé de L'Université de Bordeaux. <https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Troisieme-cycle-de-medecine-generale/Portfolio> [consulté le 28/11/2016]

- 13.** Acker I. Evaluation de l'utilisation du portfolio par les internes en médecine générale d'Angers. Thèse de médecine, Angers: Université d'Angers; 2011.
- 14.** Kinouani S. Le portfolio au cours du DES de médecine générale à Bordeaux : historique et évaluation de son emploi de 2005 à 2012. Mémoire, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2013.
- 15.** Le Monies de Sagazan M. Les addictions dans les portfolios des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux : à propos des 131 portfolios de la session de septembre 2013. Thèse de médecine, Bordeaux: Université de Bordeaux; 2016.
- 16.** Salomon L, Levu S, Steffen C, Papy E, Blanchon T, Methern G et al. Les internes et le tabagisme : connaissances et pratiques. BEH. 2001;40:195-97
- 17.** Brabant Y. Les internes en médecine et le tabac. Thèse de médecine, Poitiers: Université de Poitiers; 2012.
- 18.** Rabier E. Impact du tabagisme des internes de médecine générale dans l'aide au sevrage tabagique : étude qualitative à partir d'un examen clinique objectif structuré (ECOS). Thèse de médecine, Paris: Université Paris Diderot-Paris 7;2014.
- 19.** Dautzenberg B. Le pneumologue et le fumeur. La Lettre du Pneumologue. juill 2001.
- 20.** Michy B. Prise en charge du tabagisme des patients malades de BPCO ou de cancer bronchique : enquête de pratiques auprès de pneumologues français. Thèse de médecine, Nancy: Université de Lorraine;2013.
- 21.** Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. The Lancet. 2003;362(9387):847–852
- 22.** Aboyans V, Pinet P, Lacroix P, Laskar M. Knowledge and management of smoking-cessation strategies among cardiologists in France: a nationwide survey. Arch Cardiovasc Dis. mars 2009;102(3):193-9
- 23.** Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Etudes et Résultats. Mars 2005;386.
- 24.** Fauchille E, Thienpont C, Sannier O, Faure R, Trugeaon A. Description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en picardie en 2013. Juin 2016. BEH 18-19.
- 25.** Dalmeida S, Nizri D, Dara M. Le tabagisme passif en prison : définir une politique factuelle de santé. Thèse de médecine, Paris: Université Paris Descartes;2016.
- 26.** Fédération Addiction, APSEP, APAC. Les pratiques professionnelles concernant la continuité des soins des personnes détenues, l'articulation entre les professionnels de santé de la prison et du milieu ouvert [Internet]. Collection Pratiques;Oct 2014 [consulté le 14/03/2017]. Disponible sur : <http://eclat-graa.org/soins-des-personnes-detenees-le-guide-vient-de-paraitre/>

- 27.** Michel L, Lang J-P. Législation anti-tabac en psychiatrie : une chance pour les patients ? L'information psychiatrique. 2009;85(7):621
- 28.** Dervaux A, Laqueille X. Tabac et schizophrénie: aspects épidémiologiques et cliniques Smoking and schizophrenia: Epidemiological and clinical features. L'encephale. 2008;34:299–305.
- 29.** Haute Autorité de Santé H. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Méthode - Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. Saint-Denis: Haute Autorité de Santé (HAS); 2013. 64[consulté le [14/09/2016].
- 30.** Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. Tob Control 1995;4:162-9.
- 31.** Dansou A, Groussin L, Gaborit C et al. Abord et prise en charge du fumeur par 149 internes au CHRU de Tours. Revue des Maladies Respiratoires. 2012 ; 29(7) :878–88.
- 32.** Salomon L. Les internes et le tabagisme: connaissances et pratiques. BEH n°40. Oct 2001.
- 33.** Underner M, Ingrand P, Allouch A et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. Rev Mal Respir. Nov 2006;23:426-9
- 34.** Piardon M. Evaluation des médecins généralistes du Val de Marne sur leurs connaissances et pratique en tabacologie. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Paris Val-De-Marne: Faculté de médecine de Créteil 2007.
- 35.** De Col P, Baron C, Guillaumin C, Bouquet E, Fanello S. Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abord du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 332 médecins généralistes du Maine-et-Loire. Rev Mal Respir. Mai 2010;27:431-40.
- 36.** Guignard R, Beck F, Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes [en ligne]. Dans : Gautier A (sous la direction). Baromètre santé Médecins généralistes 2009. Saint-Denis : INPES ; 2011 : p177–201. Disponible sur le site :<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/prise-en-charge-addictions.pdf> [consulté le 03/10/2016]
- 37.** Chin EFC. Représentations et pratiques des médecins généralistes d'un département, les Deux-Sèvres, vis-à-vis des addictions. Thèse d'exercice en médecine générale. Université de Poitiers ; 2013 : 91p
- 38.** Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Arrêté du 26 décembre 2016 déterminant pour la période 2016-2020 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision. Journal Officiel de la République Française ; 29 décembre 2016 ; texte 44 sur 130

39. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques ; Mars 2012. Etudes et Résultats. No 802

ANNEXES

Annexe 1 : Grille de Lecture avec exemple

GRILLE DE LECTURE DES PORTFOLIOS AUTOUR DU TABAC

(vide)

SEXE :

Masculin

Féminin

LIEUX DE STAGE

NOMBRE DE SCRIPTS CONTENANT DES CITATIONS AUTOUR DU TABAC

NOMBRE DE CAS PONCTUELS CONTENANT DES CITATIONS AUTOUR DU TABAC

CONTEXTE DANS LESQUELS DES CITATIONS AUTOUR DU TABAC APPARAISSENT

Numéro du script ou du cas ponctuel – lieu de stage – statut tabagique du patient si précisé - si le statut tabagique est recherché sans que le résultat de la recherche ne soit précisé, la « recherche du statut tabagique » est quand même reporté sur la grille de lecture - réaction de l'IMG rédacteur devant le tabagisme avéré, si il y a lieu – précision du contexte et du thème de la citation – le statut tabagique de l'IMG rédacteur si il est précisé.

NOMBRE D'ARGUMENTAIRES DÉVELOPPÉS AUTOUR DU TABAC

DESCRIPTION DES PROBLEMATIQUES AUTOUR DU TABAC AYANT FAIT L'OBJET D'UN ARGUMENTAIRE

Numéro du script ou cas ponctuel – lieu de stage - thème principal de l'argumentaire en gras – sous-thèmes traités.

Sources argumentaires

Exemple de Grille de lecture remplie : (Portfolio numéro 7)

SEXE :

Masculin

Féminin

LIEUX DE STAGE

1: Gériatrie SAINT-JEAN-DE LUZ

4 : Urgences ORTHEZ

2 : Médecine Polyvalente PAU

5 : Cancérologie CHU Centre Bergonié »

3 : Praticien Généraliste PAYS BASQUE

6 : Praticien Généraliste-gynéco-pédiatrie GIRONDE

NOMBRE DE SCRIPTS CONTENANT DES CITATIONS AUTOUR DU TABAC

5

NOMBRE DE CAS PONCTUELS CONTENANT DES CITATIONS AUTOUR DU TABAC

1

CONTEXTE DANS LESQUELS DES CITATIONS AUTOUR DU TABAC APPARAISSENT

Script 2 : MEDECINE POLYVALENTE Pau, fumeur- suivi addictologue, Coaddiction Alcool

Script 4 : PRATICIEN GENERALISTE Pays Basque, non-fumeur, facteur de risque cardio-vasculaire – complication dysfonction érectile

Script 5 : URGENCES Orthez, fumeur - aide au sevrage tabagique, Comorbidité complication pneumothorax - cigarette électronique

Script 7 : REMPLACEMENT, fumeur- conseil minimal, facteur de risque cardiovasculaire- comorbidité dyslipidémie, facteur de risque pathologie urinaire

Script 9 : PRATICIEN GENERALISTE –GYNECO-PEDIATRIE Gironde- facteur de risque complication Asthme de l'enfant - tabagisme passif

Situation ponctuelle 1 : PRATICIEN GENERALISTE –GYNECO-PEDIATRIE Gironde, fumeuse, tabac et contraception œstroprogestative

NOMBRE D'ARGUMENTAIRE DÉVELOPPÉ AUTOUR DU TABAC

1

DESCRIPTION DES PROBLEMATIQUES AUTOUR DU TABAC AYANT FAIT L'OBJET D'UN ARGUMENTAIRE

Script 5 : URGENCES Orthez, fumeur-aide au sevrage tabagique, Comorbidité complication pneumothorax-aide au sevrage tabagique-prescription de substituts nicotiniques – prise en charge Assurance Maladie – autres méthodes médicamenteuse et non médicamenteuse – cigarette électronique-Fagerström, TNS –varénicline, bupropion, soutien psychologique, thérapie cognitivo-comportementale, ligne téléphonique – autosupport , méthodes non recommandées : l'activité physique, l'acupuncture et l'hypnothérapie

- Haute Autorité de Sante. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Octobre 2013.
- Sevrage tabagique. Idées-Forces. Prescrire, juin 2013.
- Borgne A. Sevrage tabagique. La Revue du Praticien Médecine Générale, 2003 ; 17 (601) : 141-142.
- Le site de l'Assurance Maladie. L'arrêt du tabac : une prise en charge des substituts nicotiniques.
- Se décider à arrêter de fumer. Fiches Infos-Patients. Prescrire, septembre 2013.
- Quelles aides pour arrêter de fumer ? Fiches Infos-Patients. Prescrire septembre 2013.

Annexe 2 : Liste des thèmes des citations avec le nombre d'occurrences pour chaque thème

FDR cardiovasculaire	190
Aide au sevrage	188
Coaddiction Alcool	108
FDR	92
TNS (substituts nicotiques)	87
FDR Thromboembolique	79
HTA	78
Contraception	73
Tabagisme passif	72
BPCO	69
Conseil minimal	68
Prévention	65
Tabacologue/addictologue	64
FDR Gynéco-obstétrico-materno-foeto-néonatal	57
Entretien motivationnel	56
Grossesse/allaitement/post partum	54
Dépistage	50
Diabète	47
Bupropion	45
FAGERSTROM	45
Prévention -dépistage chez l'adolescent-TSTS CAFARD	44
Varénicline	44
cigarette électronique	43
Cancer bronchique-pulmonaire	41
pathologie pulmonaire	39
Asthme	38
Certificat non contre-indication au sport	36
dépression/trouble anxieux	36
thérapie cognitivo-comportementale	36
Coaddiction Cannabis	34
FDR ostéoporose	33
Précarité/incurie	33
coronaropathie/cardiopathie ischémique	29
soutien psychologique	29
Comorbidité toxicomanie	28
Stade Prochaska et DiClemente	27
ligne téléphonique	21
bronchiolite	18
sevrage pendant la grossesse/allaitement	18
AVC	17
dyslipidémie	17

troubles du sommeil	17
artériopathie/athérome	16
Dysfonction érectile	15
remboursement Sécurité Sociale	15
Cancer	14
Pathologie urinaire	13
adolescence	12
auto-support	12
Education thérapeutique	12
FDR ORL	12
FDR pathologie hématologique	12
contraception adolescence	11
Hypnose	11
insuffisance cardiaque	11
Lombalgie/lombosciatique	10
Toux	10
Troubles psychiatriques	10
Acupuncture	9
coaddiction Benzodiazépines	9
dépendance au tabac	9
Cancer du pancréas	9
FDR mort subite du nourrisson	9
RCIU	9
Rôle Médecin traitant	9
tuberculose pulmonaire	9
obésité/surcharge pondérale	8
réhabilitation respiratoire	8
ulcère gastrique	8
Cancer de vessie	7
Carboxyhémoglobine	7
coaddiction héroïne et/ou cocaïne	7
Grossesse Extra-utérine	7
pathologie dermatologique	7
VIH	7
Cancer sein	6
FDR modifiable/évitable	6
Insuffisance respiratoire	6
mesure du CO	6
Première consultation grossesse	6
RGO et colique vomissement (facteur favorisant)	6
Sport	6
Violences conjugale/maltraitance	6
Entourage fumeur	5
FDR adénopathie	5
Cancer colorectal	5

Pneumothorax	5
risque incendie O2 à domicile	5
risque suicidaire	5
Traitement hormonal substitutif	5
5A	4
amaigrissement	4
apnée du sommeil	4
Automesure TA (modalités)	4
Baclofène	4
cancer ORL	4
Colonnes de Beck	4
insuffisance rénale et maladie rénale	4
Mauvais vieillissement	4
mésothérapie	4
Migraine	4
mort prématuré	4
Plan HEADSS (adolescent)	4
Polyintoxication/polyaddiction	4
tabagisme auteur	4
addiction/tabagisme milieu pénitencier	3
cancer utérus	3
cicatrisation/plaie	3
Cirrhose Hépatique	3
coaddiction	3
fatigue toxique/asthénie	3
fausse couche	3
infertilité masculine et féminine	3
Ménopause	3
prise de poids	3
réhabilitation cardiaque	3
Suivi dans pneumopathie patient tabagique	3
test CAGE DETA	3
Test de Horn	3
agressivité/culpabilité	2
Burn out	2
cancer œsophage	2
cardiopathie myodilatée	2
cholangiocarcinome	2
cigarette électronique et grossesse	2
complication post chirurgicale	2
dysfonction sexuelle masculine et féminine	2
Effets indésirables TNS	2
embolie pulmonaire	2
Épilepsie	2
fibromyalgie	2

homéopathie	2
hygiène de vie	2
Méthode non médicamenteuse	2
pathologie digestive	2
petits fumeurs	2
polyarthrite rhumatoïde	2
prévention rechute	2
Sage femme prescription	2
test CAST	2
thérapie groupe	2
1ère cause de mortalité	2
5R	1
accouchement prématuré	1
acouphène	1
activité physique dans le sevrage tabagique grossesse	1
aide au sevrage après diminution	1
altitude gêne à l'acclimatation	1
aménorrhée	1
anorexie mentale	1
antidépresseur	1
antidépresseurs IRS IMAO	1
Anxiété	1
anxiolytiques	1
ASALEE	1
auriculothérapie	1
Avion	1
Basedow	1
brulure facteur aggravant	1
cancer de la peau	1
cancer ovaire	1
cancer prostate	1
cancer thyroïde	1
Carcinome sarcomatoïde	1
cardiopathie hypertensive	1
cardiopathie rythmique	1
cardiopathie valvulaire	1
certificat décès	1
choix d'une date	1
cigarette sans tabac	1
coaddiction jeux d'argent	1
conduite addictive	1
courbe de Fletcher	1
cout financier	1
DMLA	1

Douleur psychogène	1
drépanocytose (favorisant crise)	1
Dupuytren	1
dysimmunité	1
état nutritionnel	1
évaluation d'une dépendance	1
FDR abcès	1
FDR non observance	1
fibrose pulmonaire	1
fibrose rétropéritonéale	1
Halitose	1
hématome sous arachnoïdien	1
hémorragie de la délivrance	1
Hépatite B	1
hormone AD	1
HPV et verrue génitale	1
hypochondrie somatisation	1
infection mammaire	1
infection sévère	1
influence statut tabagique du soignant	1
interaction médicamenteuse inducteur enzymatique	1
ischémie aigue	1
IVG médicamenteuse	1
jambes sans repos	1
Laser	1
légionellose	1
Lèpre	1
Macroangiopathie	1
mal des transports (facteur aggravant)	1
maladie cœliaque	1
marqueur ACE	1
méditation en pleine conscience	1
Méthotraxate	1
Mission locale	1
mort in utero	1
Mucite	1
neuropathie diabétique	1
Ostéite	1
palpitations	1
paralysie faciale	1
Pharmacodépendance	1
pied diabétique	1
placenta prævia	1
plan cancer	1
rôle de la PMI	1

premières relations sexuelles	1
prévention préconceptionnelle	1
Religion	1
Retard de croissance	1
santé dentaire	1
sécheresse vaginale	1
Sédentarité	1
SEP	1
Sophrologie	1
Soutien social	1
Spondylarthrite	1
Suivi du nourrisson anomalie ophtalmologique	1
Supplémentation en fer 25mg grossesse fumeuse	1
Syndrome sec	1
Tendinopathie	1
Test de HONC	1
Test Grimaldi	1
Test LAGRUE LEGERON	1
Test Q-Mat	1
Thrombose artérielle	1
Total occurrences	2928

Annexe 3 : Liste des thèmes principaux des argumentaires avec le nombre d'occurrences pour chaque thème

Sevrage tabagique	57
Entretien motivationnel	28
Cigarette électronique	18
TNS	14
Sevrage pendant la grossesse/allaitement	13
Méfais du tabagisme sur la grossesse	8
Remboursement Sécurité Sociale	7
Evaluation de la dépendance	5
Conseil minimal	4
Contraception œstroprogestive	3
Gestion polyaddiction	2
Sevrage tabagique chez adolescent	2
Asthme	1
Cigarette électronique chez la femme enceinte	1
Effets indésirables des TNS	1
Epidémiologie	1
Impact du statut tabagique du soignant	1
Organisation d'une consultation tabac	1
Outils pharmaceutiques	1
Pathogénie infection ORL dans le tabagisme	1
Risque neurovasculaire/ Migraine +contraception	1
Risque prescription O2 chez fumeur	1
Sevrage complet après diminution	1
Tabagisme et dépression	1
Tabagisme et réhabilitation respiratoire	1
Tabagisme passif	1
Varénicline	1
Total occurrences	176

<u>Sous-thèmes au détail</u>	
TNS	64
bupropion	47
Varénicline	47
Fagerstrom	45
thérapie cognitivo-comportementale	39
conseil minimal	32
entretien motivationnel	32
soutien psychologique	31
Cigarette Electronique	24

modèle PROCHASKA et DICLEMENTE	22
soutien téléphonique	20
tabacologue/addictologue	19
autosupport	13
acupuncture	11
hypnose	11
remboursement Sécurité Sociale	10
FDR gynéco-obstétrico-materno-fœtaux	9
prévention rechute/suivi	9
Evaluation de la dépendance	6
Sport activités physiques	6
dépendance au tabac	5
Rôle du médecin Généraliste	5
accouchement prématuré	4
CAGE DETA CAST	4
coaddiction/coconsommation	4
colonne de BECK	4
dosage TNS	4
Modèle des 5A	4
RCIU	4
BPCO	3
coaddiction Alcool	3
coaddiction cannabis	3
dépression anxiété	3
Effets secondaires du sevrage	3
mésothérapie	3
mesure du CO	3
tabagisme passif	3
test de HORN	3
fausse couche	2
Grossesse Extra-utérine	2
homéopathie	2
prise de poids	2
sage-femme	2
sevrage tabagique pendant grossesse/allaitement	2
soutien de groupe	2
test HAD	2
ANPAA	1
antidépresseurs IMAO/IRS	1
Anxiolytique	1
auriculothérapie	1
Baromètre INPES	1
bénéfice arrêt pendant la grossesse	1
bienfaits du tabac	1
Cause de mortalité	1

choix d'une date d'arrêt	1
cigarette sans tabac	1
courbe de Fletcher	1
Début de grossesse	1
Education thérapeutique	1
efficacité relative TNS	1
FDR mortalité	1
hématome rétroplacentaire	1
hémorragie de la délivrance	1
laser	1
Manque d'étude adolescence	1
Modèle des 5R	1
mort in utero	1
Mort inexplicquée du nourrisson	1
naltrexone	1
pathologie pulmonaire	1
placenta praevia	1
précarité	1
recherche USA	1
rimonabant	1
risque chez petits fumeurs	1
soutien social	1
tabac non fumé	1
Test de GRIMALDI	1
Test de HONC	1
test du Q-MAT	1
test Lagrue et LEGERON	1
traitement entourage	1
vaccin anti-nicotine	1

Annexe 4 : Liste des sources des argumentaires avec le nombre d'occurrences pour chaque source

Les références sont présentées telles que proposées par les IMG.

A. Taytard. Sevrage tabagique ; [Online]. Available from http://www.respir.com/doc/public/pathologie/sevrage-tabagique.asp	1
ADDICA	1
Addictions [Internet]. Paris: Addictions le portail des acteurs de santé; c2015 Comment repérer et aborder l'usage de substances psycho-actives ?	1
ADLER M., Le sevrage tabagique, Panorama du Médecin, N° 5053, Page(s) : 41-4 , mars 2003	1
AFDEM. http://www.entretienmotivationnel.org/entretienmotivationnel/	3
AFDET Association Francophone de Diplômés et Etudiants en Tabacologie, l'entretien motivationnel	1
O'Loughlin J., Difranza J., Tyndale R.F., Meshedjian G., McMillan-Davey E., Clarke P.B., et al. Nicotine-dependence symptoms are associated with smoking frequency in adolescents Am J Prev Med 2003 ; 25 (3) : 219-225	1
Alam Solty C. Intérêt personnel pour le médecin généraliste à la formation et à la pratique de l'entretien motivationnel [Thèse d'exercice en médecine]. France: Université de Caen; 2013, 81p	1
The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel L, and staff. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A US Public Health Service report. Am J Prev Med 2008;35:158-76	1
Ammouche M. Des experts prônent un encadrement strict de la cigarette électronique. Panorama du Médecin. 2013 Jun 3;5037:13-4	1
AMMOUCHE M., Les outils du sevrage tabagique, Egora l'Hebdo, N° 12 , Page: 24, mars 2014	1
ANSM	2
ANSM. Agence national de sécurité du médicament et des produits de santé. Cigarette électronique-Point d'information. Mai 2011	8
ANSM. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Contraceptifs oraux commercialisés en France au 1er janvier 2013. In : Site de l'Agence Nationale de Sécurité du médicament	1
ANSM-AFFSAPS- La stratégie médicamenteuse ou non médicamenteuse a l'aide de l'arrêt du tabac" mise en ligne en 2003	8
ANSM-Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Pilules oestroprogestatives et risque thrombotique	1
Assurance Maladie AMELI. Arrêt du tabac: prise en charge des substituts nicotiniques	11
Assurance maladie. Arrêt du tabac, faire le point sur votre consommation et votre motivation. Préserver sa santé. Mise à jour 2014	1
Assurance Maladie. Site web. Asthme et tabac. Mis à jour en Décembre 20	1
Becchio M, L'entretien motivationnel, memo HAS 2007	2
Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. Annu Rev Pharmacol Toxicol 2009;49:57-71	1
Berlin I, Grangé G. Patch de nicotine chez les femmes enceintes fumeuses. Etude randomisée contre placebo multicentrique. CNGOF. 2014 ; 105 - 121	1
Berlin I. Nicotine patches do not appear to help pregnant smokers to quit. BMJ, 11 Mar 2014	1
Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. 1991 Sep;86(9):1119-27	1
Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Tob Control. Oct 2010;19(5):410-6.	2
Behaviour and as an aid to cigarette withdrawal. Br Med J, 2 (1976) 391-3.	1

Mantha S, Karp R, Raghavan V, Bauer KA, Zwicker JI. Assessing the risk of venous thromboembolic events in women taking progestin-only contraception: a meta-analysis. <i>BMJ</i> . 2012 Aug 7;345:1-10	1
Slama K, Karsenty S, Hirsch A Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patient : a randomised, controlled trial in France <i>Tob control</i> 1995 ;4 ;162-169	2
Zhu S-H, Sun JY, Bonnevie E, Cummins SE, Gamst A, Yin L, Lee M. Four hundred and sixty brands of e-cigarettes and counting: implications for product regulation. <i>Tobacco Control</i> . 2014; 23:iii3-iii9. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-051670	1
Borgne A, Dupont A. Prise en charge de l'arrêt du tabac pendant la grossesse. Paris : CNGOF ; 2010.	1
British heart foundation. (page consultée le 05/03/2014). Part-time smokers in denial about triple heart death risk, [en ligne]. https://www.bhf.org.uk/default.aspx?page=16839	1
Bullen C, Howe C, Laugesen M, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. <i>The Lancet</i> 9 September 2013 (Online in advance) DOI: 10.1016/S0140-6736-(13)61842-5	3
Castera P, Guez L. Entretien motivationnel en médecine générale [Diaporama]. 06-27 mars 2015, Bordeaux. France. 120 diapositives	1
Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation United States, 2008. <i>JAMA</i> 2009;302:2651-6	1
Acupuncture and related interventions for smoking cessation. White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2011 Jan 19;(1):CD000009	1
Antidepressants for smoking cessation. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2007 Jan 24;(1
Anxiolytics for smoking cessation. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2000;(4):CD002849. Review	1
Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. In: <i>The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 12 avr 2015].</i>	1
Coleman T, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Traitement médicamenteux pour arrêter de fumer au cours de la grossesse. <i>Cochrane</i> , Septembre 2012	2
Exercise interventions for smoking cessation. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2012 Jan 18;1:CD002295. doi: 10.1002/14651858.CD002295.pub4. Review	1
Grimshaw G.M., Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people <i>Cochrane Database Syst Rev</i> 2006 ; CD003289	1
Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann--Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. In: <i>The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013.</i>	1
Kaner EF.S., Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, et al. Efficacité d'interventions brèves menées par les services de soins généralistes [résumé] <i>Cochrane Database Syst Rev [Internet]</i> . 07 Oct 2009	1
LAI D.T, CAHILL K, QIN Y et al. Motivational interviewing for smoking cessation. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> . John Wiley & Sons, Ltd; 1996	1
Lindson---Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2 mars 2015;3:CD006936	2
McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. In: <i>The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014</i>	1
Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . 2012 Nov 14;11:CD000146. doi:10.1002/14651858.CD000146.pub4. Review	2
REGÉ-WALTHER, JACOT-SADOWSKY, PEYTREMANN-BRIDEVAUX, « formez-vous à la désaccoutumance au tabac, vos patients fumeurs en bénéficieront », revue cochrane pour le	1

praticien,2012,novembre,p2241.	
Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. L'entretien motivationnel est une psychothérapie brève qui peut aider les personnes à réduire leur consommation de drogues et d'alcool [résumé]. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 9 Nov 2011	2
Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013	1
Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. CochraneDatabaseofSystematicReviews2012,Issue10.Art.No.:CD008286.DOI:10.1002/14651858.CD008286.pub2	2
Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The COCHRANE Collaboration. Stead LF, Lancaster T. 2008 B611	1
Cottraux J. Les psychothérapies comportementales et cognitives 5 ^{ème} 2d. : Elsevier Masson ; 2012. P. 17—18	1
CRAES – CRIPS, Les pratiques de l'aide à l'arrêt du tabagisme par les médecins généralistes en Région Rhône-Alpes. Octobre 2003	1
CRAT	4
Gervais A., O'Loughlin J., Dugas E., Eisenberg M.J., Wellman R.J., Difranza J.R. A Systematic review of randomized controlled trials of youth smoking cessation interventions Drogues Sante Societe 2007 ; 6 : 283-316 B89	1
Dautzenberg, Martinet, Quoix, Deslée. Collège des enseignants de Pneumologie 2010 : Tabagisme : épidémiologie, prévention, dépistage, morbidité, comorbidité, complication ITEM 45	2
Debeaumont D. Réhabilitation respiratoire de patient BPCO ambulatoire : Résultats chez des patients s'entraînant à domicile et chez des patients s'entraînant en hospitalisation de jour [Thèse de Doctorat en Médecine en ligne]. 2012 [consultée en juillet 2013, vérifié en août 2015]. ROUEN: université de médecine et de pharmacie	1
Department of Environmental and Occupational Health School of Public Health, Drexel University, Peering through the mist: What does the chemistry of contaminants in electronic cigarettes tell us about health risks? 2013	1
Dr Chevalier L. Mort subite du sportif – Épidémiologie, Étiologies, Prévention. Commission Sport Compétition de la Société Française de Cardiologie ; 2013	1
Escobedo LG, Peddicord JP. Smoking prevalence in US birth cohorts: the influence of gender and education. Am J Public Health 1996;86:231-6	1
Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerström Test for Cigarette Dependence. Nicotine Tob Res. 2012;14:75-8.	1
FMC pratique pneumologie : le sevrage tabagique. Philippe Massol. Panorama du médecin semaine du 30 janvier au 5 février 2012, N°5251	2
Fontaine P, Fontaine O. Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive. RETZ ; 2011. P. 79—81	1
Formation à l'entretien motivationnel avec le Dr CASTERA	1
Garnier E. Bienfaits de l'empathie des patients avec une meilleure glycémie et une meilleure cholestérolémie. Le Médecin du Québec. 2012 Apr;47(4):19-24	1
Gautier A, Léon C, Wilquin JL, Guilbert P. Les professionnels de santé face au tabagisme : résultats de l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens, France, 2003. BEH	1
George TP. Medication Treatments for Nicotine Dependence. New York. Taylor & Francis Publishers, 2006	1
Girardot L, Boumedien D, Magar Y, Aide au sevrage tabagique en médecine générale, Le concours médical, octobre 2011, tome 133, n°8, p 648 – 651	1
Goldstein MG. Bupropion sustained release and smoking cessation. J Clin Psychiatry 1998; 59	1

(Suppl. 4) : 66-72	
Goulet S, Fortin B. Devenir un meilleur pédagogue fera-t-il de vous un meilleur médecin ? Le Médecin du Québec. 2013 Sep;48(9):97-9	1
Grignon M, Reddock J. L'effet des interventions contre la consommation de tabac : une revue des revues de littérature. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Décembre 2012	1
Harris interactive. Etude online de la relation des Français au tabac. Jan 2012	1
HAS, Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève, janvier 2015	1
HAS. Audition publique HAS février 2007, « Abus, dépendances et poly consommations: stratégies de soins ».	1
HAS. Champix, Synthèse d'avis de la commission de transparence. Juin 2009, France	2
HAS. Dispositifs médicaux et prestations associées pour traitement de l'insuffisance respiratoire et l'apnée du sommeil. Oxygénothérapie à domicile	1
HAS. Education thérapeutique du patient. Comment la proposer et la réaliser ? Juin 2007	1
HAS. Grossesse et tabac. Conferens de consensus Octobre 2004 Lille	7
HAS. Haute autorité de santé (HAS). Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente	2
HAS. Haute autorité de santé (HAS). Recommandations de bonne pratique. Contraception chez la femme à risque cardiovasculaire	1
HAS. Haute Autorité de Santé. Aide au sevrage tabagique. Référentiels d'évaluation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004	2
HAS. Haute Autorité de Santé. Champix (varénicline) Intérêt clinique en seconde intention dans le sevrage tabagique après échec des traitements nicotiniques de substitution. Saint-Denis La Plaine: ; 2009	2
HAS. Haute autorité de santé. HAS. Recommandations : arrêt de la consommation de tabac. [En ligne]. MAJ Oct 2014.	3
HAS. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS	6
HAS. Haute Autorité de Santé. Sevrage tabagique: des outils pour repérer et accompagner les patients. Actualités et pratiques ; 2014 ; 56	1
HAS. Haute Autorité de Santé. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficacité et prise en charge financière. 2007	20
HAS. L'entretien motivationnel [Internet]. [cited 2014 Jun 24	3
HAS. STRATEGIES DE CHOIX DES METHODES CONTRACEPTIVE CHEZ LA FEMME. Recommandation décembre 2004.	2
HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007	1
HAS. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Octobre 2013- Pitard A, Lavie E.	48
HAS-ANAES. Arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et Assistance publique des hôpitaux de Paris, Paris 8 et 9 octobre 1998:26 pages	2
HAS-ANAES. Conférence de consensus, grossesse et tabac. 2004	6
HAS-ANAES. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Repérage des fumeurs et initiation du sevrage tabagique. Référentiels d'évaluation. Saint-Denis La Plaine: ; 2004. Ref ID: 74	2
HCSP. Haut conseil de la santé publique, Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale, 25 avril 2014	3
Hélène Poirier. La cigarette électronique : état de situation, institut national de santé publique du Québec, 2013.	1

Herbec A, Brown J, West R. Non-daily smoking in England - Addressing common misconceptions. Smoking in Britain 27 Feb 2014; 1(5): 1-5.	1
Hettema JE, Hendricks PS. Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol. Dec 2010;78(6):868-84	1
http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Substituts_tabac.pdf	1
INPES prendre en charge le patient fumeur	4
INPES Questionnaire préalable a l'aide au sevrage tabagique	2
INPES, Les essentiels de l'INPES: Aide Au sevrage tabagique -Renforcer la motivation 2015	2
INPES. (Page consulté le 27/07/15). Évaluation de la dépendance chimique à la nicotine : Test de Fagerstrom. Tabac-info-service.fr	1
INPES. Effets du tabac sur le fœtus : grossesse et tabac : inpes. sante. fr[internet]institut national de prévention et d'éducation pour la santé	1
INPES. Institut national de prévention et d'éducation à la santé. La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne: repères pour votre pratique [en ligne]. AFSSAPS; INPES; Ministère de la santé, de la famille, et des personnes handicapées; 2004	1
INPES. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Ouvrons le dialogue :Tabac: pour arrêter de fumer [en ligne]. INPES; L'Assurance maladie; Ministère chargé de la santé; 2006 Comité national contre le tabagisme. 10 conseils pour arrêter en restant zen	1
INPES. Le profil des Fumeurs en France. 2012	1
INPES. Ministère chargé de la santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Office français de prévention du tabagisme. Arrêter de fumer sans prendre du poids	1
INPES. Substituts nicotiques. DRAFTFCB Réf. 220-07 166-DE	2
INPES. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. J'arrête de fumer. Le guide pratique pour y parvenir. Saint-Denis; ; 2011	1
INSERM: étude publié dans le journal of neurosciences en janvier 2009	1
Bohadana AB, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Nicotine inhaler and nicotine patch: a combination therapy for smoking cessation. Arch Int Med 2000 ; 160 : 1328-34	1
Joule R-V, Beauvois J-L. petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens. PUG. 2012. 285 p	1
Kerjean J., Stoebner-Delbarre A. Adolescents and tobacco J Pediatr Pueric 2005 ; 18 : 389-393 [inter-ref]	1
Konstantinos E. Farsalinos, Alketa Spyrou, Kalliroi Tsimopoulou, Christos stefopoulos, Giorgio Romagna & Vassilis Voudris, Nicotine absorption from electronic cigarette use: comparison between first and new generation devices, nature: scientific Reports, février 2014	1
La Ligue contre le Cancer. L'aide à l'arrêt La Motivation [en ligne]. http://www.nicomed.fr/	1
La Ligue contre le Cancer. L'aide à l'arrêt Les stratégies thérapeutiques, [en ligne]. http://www.nicomed.fr/	1
Lagrue G. Arrêter de fumer ? Paris: Odile Jacob; 1998	1
Lagrue G. Rôle du médecin généraliste dans l'arrêt du tabac. Httpwwwem-Premiumcomdocelecuc-Bordeaux/fr/data/traitemgmtm-18666 [Internet].	1
Le generaliste.fr [internet], La cigarette électronique dans le collimateur des cardiologues américains	1
Le tabac nuit a votre nez. Consulte sur l'url : www.biorl.fr le 10/06/2015	1
Lebargy F, Becquart L-A, Picavet B. Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac. EMC - Traité Médecine AKOS. 2006 Jan;1(1):1-14	1
Lecailler D. Eveiller. La motivation au changement chez le fumeur. Le concours médical. janv 2015;135(1):34-6	1
L'entretien motivationnel de Miller-Rollnick Site internet Arrêter-de-fumer.com	1
Lermenier A. Résultats de l'enquête ETINCEL-OFDT sur la cigarette électronique. Novembre 2013. Saint-Denis	1

Magee, Laura A., Michael Helewa, Jean-Marie Moutquin, Peter von Dadelszen, Hypertension Guideline Committee, and Strategic Training Initiative in Research in the Reproductive Health Sciences (STIRRH)Scholars. "Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy." Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal D'obstétrique et Gynécologie Du Canada: JOGC 30, no. 3 Suppl(March 2008): S1-48.	1
Maillard C. Les astuces du sevrage tabagique. Le Concours Médical. 2001 Mar 24;123(11):703-5.	1
MASSOL P. L'arrêt du tabac. Panor Medicin. 2013 May 27;(5306):23	1
Miller W et Rollnick S. L'entretien motivationnel. Paris; Dunod-Inter-éditions ; 2006	3
Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel 2e ed.: Aider la personne à engager le changement. InterEditions; 2013. 448 p.	4
Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. InterEditions. Paris: Dunod; 2002.	1
Miller, W.R. and Rollnick, S. Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change. NY: Guilford Press, 2012.	1
Ministère des Finances et des Comptes Publics (collectif). Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2014.	1
NEJM.Hurt RD, Sachs DP, Glover ED et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997 ; 337 : 1195-202.	1
OFT (Office Français de Prévention du tabagisme). Rapport et avis des experts sur l'écigarette.2013, 05	6
OFT. Conférence d'Experts. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. Paris. OFT, 2009	1
OFT.Dautzenberg B, Delrieu A, Deutsch A, and al. Rapport et avis d'expert sur la e-cigarette. Office Français de prévention du tabagisme, Mai 2013 : 198-202. Commandité par le Ministère de la Santé1	2
OFT.Office Française de prévention du Tabagisme. Avis d'expert - Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec l'arrivée de la cigarette électronique ?. OFT. Avr 2014	5
OMS	2
OMS : les cigarettes électroniques n'ont pas d'effet thérapeutique démontré. Communiqué de presse du 19 septembre 2008	1
OMS. Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti tabac. Inhalateurs électroniques de nicotine. 2014.	1
OMS. UNE SELECTION DE RECOMMANDATIONS PRATIQUES RELATIVES A L'UTILISATION DE METHODES CONTRACEPTIVES. 2005	1
PACE Plateforme Aquitaine pour des Compétences en Education du patient, M'bailara K, l'entretien motivationnel 8 octobre 2012,	1
Papin-Grozeil J. Université d'Angers. L'évaluation de la prise en charge du tabac chez la femme enceinte par les professionnels médicaux libéraux. Etude descriptive comparative réalisée à Angers du 1er juillet au 1er octobre 2009 [Diplôme d'état de sage-femme]. Angers : Université d'Angers, UFR des sciences médicales, école de sages-femmes – René Rouchy ;2010	1
Perriot J. L'aide à l'arrêt du tabagisme des fumeurs irréductibles. Le Courrier des Addictions, 2010, 1, 15-17	1
PEYROUS F. Tabagisme et pratique sportive. Colloque sport prévention santé du CDOS de Gironde ; 2014 ; Bordeaux	1
Pilly 2014	1
Idées-Forces tirées de Prescrire jusqu'au n° 354. Sevrage tabagique. La revue prescrire. Avril 2013.	3
L'entretien motivationnel : pour une relation soignant-patient de qualité. Prescrire novembre 2010 tome 30 n325	1
Prescrire n°221, 250, 264, 273, 299, 340, 350	1
Prescrire rédaction ; Femmes enceintes : choisir un moyen de sevrage du tabac. Rev prescrire 2015	4

(377) : 204-210	
Prescrire Rédaction. « 19-5. Patients en cours de sevrage tabagique » Rev Prescrire 2014 ;34 (374 suppl. interactions médicamenteuses)	1
Prescrire Rédaction. Aide à cesser de fumer, en bref. Rev Prescrire 2004 ; 24 (247): 122	2
Prescrire Rédaction. Bilan 2014 des médicaments à écarter : Psychiatrie - Dépendance. Rev Prescrire. 2014 Feb;34(364):143.	1
Prescrire Rédaction. Substituts nicotiques et grossesse. Rev Prescrire. 2001;21(216):280-281	1
Prescrire. Cigarettes électroniques et arrêt du tabac. Efficacité similaire à celle de la nicotine par d'autres voies avec beaucoup d'incertitudes. 2015;35(380):433-439	5
Prescrire. La HAS sous estime les risques de la Varénicline [Internet]. [cité 5 mai 2015].	1
Prescrire. Pour mieux soigner, des médicaments à écarter: bilan 2015. Rev Prescrire 2015 ; 35 (376)151	1
Prescrire. Sevrages tabagiques et varénicline : ne pas exposer Ni re---exposer à ses effets indésirables. Juin 2014;34(368):423	1
Prescrire. Varénicline, Bupropione :suicides.avr 2012;32(342):271	1
Quelle aide pour arrêter de fumer? Rev Prescrire 2012 ; 32 (339) : 62	3
Quelles aides pour arrêter de fumer ? Fiches Infos-Patients. Prescrire septembre 2013	2
Sevrage tabagique. Idées-Forces. Prescrire, juin 2013.	1
Varénicline : seulement "déremboursée" dans le sevrage tabagique, mais pas de retrait du marché" Prescrire 2011 ; TOME 31 (338) : p903	1
Dr Dorothee Lecallier, Dr Philippe MICHAUD : « l'entretien motivationnel, une évolution radicale de la relation thérapeutique, 2004, Revue Alcoologie et Addictologie , volume 26, 129-134	2
Ranisavljevic.N, Boulot.P. Addictions : Les rechercher devant toute grossesse. Le Concours médical. Tome 132[N° 08] 26-29 avril 2010	1
Aubin HJ, Luquiens A, Bonnet N, Borgne A. De la tabacologie à l'addictologie. Revue du praticien. Mars 2012 vol.62	1
Aubin HJ, Luquiens A, Dupont P, Borgne A. Stratégie thérapeutique contre la dépendance tabagique. La revue du praticien, Mar 2012 ; 62 : 347-355	3
Azoulai G, Plaquet I. Entretien motivationnel, aider au changement de comportement. Rev Prat Med Gen. 2007; 21(788-789): 1046-7	1
B Dautzenberg. Le médecin peut il délivrer un conseil sur la cigarette électronique à un fumeur ? La revue du praticien. Mai 2014 ; 64 : 630-631.	2
Borgne A, Aubin H-J, Berlin I, Sevrage Tabagique, piqûre de rappel. La revue du praticien médecine générale, 2008-02-26, tome 22, n°796, p 175-176	2
Borgne A, Aubin H-J, Berlin I. Les stratégies thérapeutiques actuelles du sevrage tabagique. La Revue du Praticien. 2004-54	1
Borgne A. Sevrage tabagique. La Revue du Praticien Médecine Générale, 2003 ; 17 (601) : 141-142	1
Dautzenberg B. Addictions et conduites dopantes. 1ère partie : Tabac. La Revue du Praticien. 2008 ; 58 : 893-898	1
Dautzenberg B. Fumer ou vapoter: quels dangers ? La revue du praticien - Médecine générale, Sep 2013 ; 27(906) : 590-591.	2
DAUTZENBERG Bertrand. Tabagisme passif : 3000 morts par an. La revue du praticien,2002 ; 16(594) :1752-4	1
Dupont P. Préparation à l'arrêt du tabac : les 5 étapes. La revue du praticien. 2002 mar;16(569):485	2
Dupont P. Sevrage tabagique : aider vos patients à se motiver !.LA revue du praticien médecine générale. Oct 2012 ; 26 (887):636-7	3
GARRIGUES-NASERZADEH, N., SASCO, A. J., LANG, F., & VERGNON, J. M. (2002). Le médecin généraliste face a un patient fumeur: Comment sont dépistés le tabagisme et ses conséquences	1

respiratoires. La Revue du praticien. Médecine générale, (571), 600-604.	
Hill C. Epidémiologie du tabagisme. Revue du praticien 2012; 62:327-9	1
La Revue du Praticien – Médecine Générale – Bimensuel n° 903 – Juin 2013 – Pages 449 et 450 – Article « Sevrage tabagique » par Henri-Jean Aubin	2
Lebargy F. Sevrage tabagique : le bupropion est 2 fois plus efficace qu'un placebo. La Revue du Praticien – Médecine Générale. 2002 Oct 21;16(588):1479-82	1
Lecallier D. Entretien motivationnel chez l'alcoolodépendant. La Revue du Praticien Médecine Generale, 2013;27:164-165	2
Nau JY. Cigarette électronique: pas de fumée sans feu. La revue du praticien - Médecine générale, Mar 2013 ; 27(898) : 249	1
Nau JY. E-cigarette : consensus médical ? La Revue du Praticien – Médecine Générale. 2014 May;28(922);416	1
Peiffer G, Nouveaux traitements du tabagisme, La revue du Praticien Médecine générale, mars 2008, tome 22, n° 798, p 302- 303	1
Peiffer G, Underner M, Pierrot J. Sevrage tabagique : dépister, motiver, substituer, soutenir. Rev du Praticien Med Générale. Mars 2014 ; 28(917):199-204	4
PERRIOT J., Sevrage tabagique, La Revue du Praticien -Médecine Générale, N° 91, Page(s) : 199-204, mars 2014	1
Plu-Bureau G, Raccah-Tebeka B, Maitrot-Mantelet L. Contraception chez la femme à risque vasculaire. La Revue du Praticien – Médecine Générale. 2013 Oct;27(907):638-43	1
Plu-Bureau. Contraception hormonale et risque vasculaire. La revue du praticien - médecine générale. Jan 2013 ; 27(894) :50-51	1
Raymond S, Wirth N, Franco L, Bohadana A, Spinosa a, Martinet Y. Comment prescrire les dérivés nicotiniques. La revue du praticien - médecine générale, 12 Juin 2002 ; 16(580) : 1069-1073	3
Sevrage tabagique et contexte psychologique. Max Budowski. La revue du praticien médecine générale, tome 23, N °827, 13 octobre 2009	2
UNDERNER. M., Influence du tabagisme des médecins généralistes dans leur pratique de conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. Revue des Maladies Respiratoires, 23 : 426-9, 2006. Doi : 10.1019/20064180	1
Wohl M., Ades J. Dépression et addictions quels liens et quelle séquence thérapeutique ? La revue du praticien. Avr 2009 ; 59:485-7	1
Référentiel en oncologie Rhône alpes auvergne, sevrage tabagique 9eme édition mise a jour 2015	2
Respir.com. Prise en charge de l'exacerbation des BPCO, l'arrêt du tabac, BPCO et BétaBloquants	1
Benarous X, Legrand C, Consoli SM. L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de Santé : une approche de la relation médecin/malade. Rev Med Interne.2014;35(5):31721	3
Perriot J. La conduite de l'aide au sevrage tabagique. Rev Mal Respir, 2006, 23, 3S85-3S105	2
Société de Pneumologie de Langue française SPLF. Recommandations sur la réhabilitation du malade BPCO [en ligne]. Rev Mal Respir 2005 Sept;22 (4):7S8-7S14	1
Underner M, et al. Influence du tabagisme sur le risque de développement de l'asthme. Revue des Maladies Respiratoires (2014)	1
Haynal-Reymond V. L'empathie. Revue Médicale Suisse. 2005 Feb 02	1
Humair JP. Arrêt du tabac chez les patients avec un trouble psychiatrique. Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 1472-5	1
J. Sommer, A Rieder-Nahklé, P Gache. L'intervention brève motivationnelle au cabinet du médecin de premier recours. Rev Med Suisse 2007; 126	1
Reiner M. et al. L'entretien motivationnel dans la théorie cognitivo-comportementale des patients obèses. Revue Médicale Suisse. 2010 ; (242) : 677-681	1
Gache P., Fortini C., Meynard A., et al. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. Rev med suisse [internet]. Sept 2006; 80: 2156- 62	5

Sans source	2
Santi. P. En France près d'un millions de fumeurs électroniques. 2013, 05, 31. Le Monde	1
Sevrage tabagique et coaddictions, Dr Audrey SCHMITT, CHU de CLERMONT FERRAND	1
Sevrage tabagique et prévention des cancers. 24 mai 2011. Institut National du Cancer	1
Mésusage de l'alcool: dépistage, diagnostic et traitement. Alcoologie et addictologie. 2015;37	1
Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y, Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Education thérapeutique du patient. Médecine. 2012;8(1):24-30	1
Tabagisme : l'aide médicamenteuse au sevrage. BIBLIOMED numéro 463 du 19 avril 2007. Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale	1
Tabagisme : accompagner le processus de changement UNIFORMEC Avril 2007	1
Shi L, Iguchi MY. "Risk homeostasis" or "teachable moment"? the interaction between smoking behavior and lung cancer screening in the Mayo Lung Project. Tob Induc Dis 2011;9:2	1
site du Centre national de lutte contre le tabagisme	1
Sommer J., Gache P., Golay A. Motiver le patient. Richard C., Lussier M.T., La communication professionnelle en santé. Editions du renouveau pédagogique. Québec ; 2005. p 669-688	1
SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale. Je veux m'investir avec mon patient dans son sevrage. Comment faire ?	1
Sussman S., Sun P., Dent C.W. A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation Health Psychol 2006; 25: 549-557 [cross-ref]	1
Tabac :sevrage, Société Scientifique de Médecine Générale, 2012	2
Tabac Info service. Eviter la prise de poids au moment de l'arrêt [en ligne]. tabac-infoservice.fr: Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter. 2015	1
Tabac info-service	9
Tabac.gouv.fr. L'aide et la prévention	2
Taytard A, Tabac Bupropion. 2005. Respir.com	1
Thérapeutique en médecine générale. Consommation excessives et addictions : patient tabagique. Francis Raphaël, François Paille	1
TRAN K, ASAKAWA, CIMON K et al, médicaments utilisés dans la désaccoutumance du tabac ; analyse de l'efficacité clinique et de la rentabilité, 2012, septembre, volume 2, numéro 3 CADTH	1
VIDAL 2013	4
VIDAL reco 2013	1
West R, Edwards M and Hajek P. A randomized controlled trial of a "buddy" systems to improve success at giving up smoking in general practice. Addiction, 93 (1998) 1007	1
WIKIPEDIA. Cigarette électronique.	1
Work group on nicotine dependence. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry 1996 ; 153 : 1-31	1
Total occurrences	441

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

RESUME :

Introduction : Les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge de la problématique tabac. A la faculté de Médecine de Bordeaux, la validation du DES de Médecine Générale est sanctionnée par la rédaction d'un mémoire sous la forme d'un Portfolio (PF), véritable support et reflet de leur autoformation. Chaque PF contient 22 situations cliniques (12 complexes et 10 plus simples) vécues par l'interne de médecine générale (IMG), et pour lesquelles sont développée(s) problématique(s) et argumentaire(s). Le PF donne aussi accès au genre de l'IMG et à son parcours de stage.

Objectif principal: On se propose d'étudier l'abord de la problématique tabac à travers l'analyse du PF des internes de médecine générale qui ont validé leur DES en 2015.

Objectifs secondaires : Etudier l'influence du parcours de stage, du genre de l'IMG sur l'abord de la problématique tabac. Etudier les sources documentaires mobilisées pour faire face à la problématique tabac.

Méthodes et résultats : Etude descriptive transversale rétrospective des traces d'apprentissage des IMG de l'Université de Bordeaux.

192 PF ont été analysés (pour 134 IMG femmes et 58 IMG hommes), grâce à l'isolement de mots-clés et troncatures en rapport avec la problématique tabac, permettant de décompter les citations et argumentaires autour de la problématique tabac, et ainsi de calculer un taux d'exposition/réceptivité à la problématique tabac et un taux de propension à l'acquisition de compétences autour de la problématique tabac. Pour l'ensemble des PF, le taux d'exposition/réceptivité est de 27%, et le taux de propension à l'acquisition de compétence est de 3,2%. Dans les situations complexes, le taux de dépistage est de 24% et le taux de réactivité est de 63%. Le taux de d'exposition/réceptivité et de propension à l'acquisition de compétence est hétérogène sur l'ensemble des PF, pouvant aller respectivement de 10 à 38% et de 0% à 9% entre le premier et dernier décile. Les lieux de stage aux taux les plus élevés sont : la Médecine Générale en ambulatoire et la Pneumologie. Il n'y a pas de différence significative entre les IMG hommes et femmes. Le sevrage tabagique est le sujet le plus abordé. Les IMG s'appuient principalement sur des sources francophones (80%) avec une confiance première à l'HAS. Cependant les sources sont assez diversifiées, puisque 91% des sources (correspondant à 62% des occurrences), ne sont citées qu'une à 3 fois.

Conclusion : Dans l'ensemble, les IMG arborent une sensibilité à la problématique tabac dans leur autoformation. Elle se manifeste plus favorablement lors du stage en Médecine Générale. Cependant ce niveau de sensibilité est hétérogène sur l'ensemble des IMG, et donc il doit être amélioré pour que chaque IMG puisse faire face aux enjeux énormes de la problématique tabac. La méthode expérimentale d'analyse des portfolios utilisée ici est reproductible pour d'autres problématiques.

TITRE EN ANGLAIS : Place and approach of the tobacco problem in the individual study of internal general medicine: Analysis of 192 validated portfolios in September 2015

DISCIPLINE: Médecine Générale

Mots clés : Tabac, Portfolio, analyse des sources documentaires, influence de la féminisation, Interne de Médecine Générale, tâches d'apprentissage.