

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : RABIER Prénom : Emmanuelle
Date et Lieu de naissance : 30/10/1985 à Perpignan

Présentée et soutenue publiquement le : 09 septembre 2014

IMPACT DU TABAGISME DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE
DANS L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE :
étude qualitative à partir d'un examen clinique objectif structuré
(ECOS)

Président de thèse : **Professeur ALBERTI Corinne**
Directeur de thèse : **Professeur GALAM Eric**

(DES de médecine générale)

REMERCIEMENTS

- Merci au Dr Eric Galam pour son aide inestimable à la réalisation de ma thèse
- Merci au Dr Dan Baruch pour son soutien tout au long de mon DES
- Merci au Pr Alberti d'avoir accepté de présider ma thèse
- Merci au Dr Nadine Lazimi une tutrice dévouée
- A mon amoureux et mari sans qui je n'aurais pas eu l'idée de cette thèse et qui lutte tous les jours contre le tabac
- A mon meilleur ami qui a arrêté de fumer dans le service de réanimation cardiologique et sans qui je ne serais jamais devenue médecin
- A mon père qui a su m'écouter étant petite notamment mes cassettes anti-tabac !!! Et qui a arrêté définitivement la cigarette...
- A ma mère et mes sœurs que j'aime tendrement
- A mon papi Jean, Mamine et Papi Thomas
- A mon oncle Jean-Louis qui a su arrêter de fumer quand il le fallait malgré les épreuves de la vie et qui a inspiré mon travail
- A ma tante Claudie pour qu'elle suive le chemin de son mari
- A mes futurs enfants tant désirés pour une longue vie sans tabac
- A Aurélien, Tanya, Louis et Olivia
- A mon parrain et tant aimé Jean-Jacques
- A Coco et Agnessou
- A Edouard, Marie, Mumu, Michelle, Mandy et Karine
- A Nathalie mon amie de toujours
- A Marie et Grégoire pour toutes nos heures de travail passées ensemble
- A Aurélien, Guapo, copain Morgan, Francky, Rémi, Vincent, Clément et Dadou
- A mes co-internes de Robert Ballanger
- A Sandrine
- A Patrice
- A Marcel...

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	5
I- INTRODUCTION	6
A- LE TABAC	6
1) Approche personnelle	6
2) Quelques définitions	6
3) Le tabac : un véritable fléau	6
4) L'histoire naturelle du tabac et le développement du tabagisme	9
5) Les fumeurs : une population hétéroclite	11
6) Quelques exemples chocs	11
7) En finir avec la cigarette	12
a- Evaluation du statut tabagique	12
b- Les stades de changement selon Prochaska et Di Clemente	13
c- Les différentes méthodes d'aide au sevrage	14
d- Les actions de santé publique : campagnes et réglementation	16
B- LES MEDECINS GENERALISTES ET LE TABAC	21
1) Médecins généralistes fumeurs	21
2) Médecins généralistes et aide au sevrage tabagique : le conseil minimal	21
3) Médecins généralistes fumeurs : influence sur leur pratique	25
4) Médecins généralistes et Burn Out	25
C- LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE	25
1) Tabac et interne de médecine générale : les chiffres	25
2) Autres addictions	26
3) Internes et aide au sevrage tabagique	26
4) Burn out des internes de médecine générale et lieux de stage	28
II- ETUDE	29
A- CONTEXTE ET OBJECTIF PRINCIPAL	29
B- OBJECTIFS SECONDAIRES	30
A- MATERIEL ET METHODE	31
1) L'ECOS	31
a- Qu'est-ce que c'est ?	31
b- Comment ça marche ?	31
c- Thèses et ECOS	33
2) Elaboration d'un ECOS	34
3) Population cible	34

4) Schéma d'étude	35
a- Concernant l'objectif principal	35
b- Concernant les objectifs secondaires	35
5) Recueil et exploitation des données	35
D- RESULTATS QUALITATIFS	36
1) Résultats concernant l'objectif principal	36
2) Résultats concernant les objectifs secondaires	41
D- DISCUSSION	47
1) Limites et biais (concernant l'objectif principal)	47
2) Biais (concernant les objectifs secondaires)	50
3) Force de l'étude	50
4) Interprétation des résultats	51
5) Solutions proposées	54
III- CONCLUSION	55
ANNEXES	56
Annexe 1- Les feuilles d'ECOS	56
Test de Fagerström	62
Annexe 2- Le questionnaire court	63
Annexe 3- Diagramme IFOP : Qu'est-ce qui vous aiderait à arrêter de fumer ?	64
Annexe 4- Résultats concernant l'objectif principal	65
Annexe 5- Résultats concernant les objectifs secondaires	76
Annexe 6- Grille de lecture critique d'article de recherche qualitative en médecine	90
Annexe 7- Test Q-MAT	91
Annexe 8- Echelle Anxiété-Dépression HAD	92
Annexe 9- Loi Veil-Loi Evin	94
Annexe 10- La CCLAT	95
Annexe 11- La e-cigarette	97
BIBLIOGRAPHIE	99
PERMIS D'IMPRIMER	104
RESUME	105

ABREVIATIONS

AFSSAPS: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ANAES: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

BOS: Burn Out Syndrome

CNCI: Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

DES: Diplôme d'étude spécialisée

DMG: Département de médecine générale

ECN: Examen classant national

ECOS: Examen clinique objectif structuré

EGPRN: European General Practice Research Network

EM: Entretien Motivationnel

EVA: Echelle visuelle analogique

IDF: Ile de France

IFOP: Institut français d'opinion publique

IMG: Interne de médecine général

INPES: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM: Institut national de la santé et de la recherche médicale

ITC: International Tobacco Control

JNMG: Journée nationale de médecine générale

MG: Médecin généraliste

SFAR: Société française d'anesthésie et de réanimation

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

I - INTRODUCTION

A- LE TABAC

1) Approche personnelle

Je ne suis pas fumeuse, je n'ai d'ailleurs jamais fumé mais je suis entourée par de nombreux fumeurs dans mon entourage familial, amical et professionnel. Je me suis toujours interrogée sur la poursuite du tabagisme des médecins ou des internes qui ont reçu la même formation médicale continue et qui connaissent mieux que quiconque les effets délétères de la cigarette en théorie, mais surtout en pratique avec la vision quotidienne de malades expirants à cause de ce poison.

Confrontés régulièrement à cette problématique au sein de leur consultation, qui les renvoie consciemment ou inconsciemment à leur propre expérience, les IMG fumeurs sont-ils capables de prendre en charge pleinement leurs patients fumeurs ? Jouent-ils leur rôle de prévention auprès de leurs patients fumeurs et avec la même conviction qu'un non-fumeur ? Qu'est-ce qui les pousse à augmenter leur consommation au cours de leur internat ? Quels outils seraient susceptibles de les faire arrêter durant leur DES de médecine générale et pourraient être utilisés à plus grande échelle ?

Face à mon ignorance sur le tabac et le tabagisme, les multiples facettes de la dépendance au tabac, les difficultés du sevrage et à fortiori la grande complexité de l'aide au sevrage, il m'a semblé important de rappeler ces différents points dans mon introduction avant l'élaboration de mon étude en tant que telle : l'impact du tabagisme des IMG dans la prise en charge des patients fumeurs (prévention primaire et secondaire).

2) Quelques définitions (16)

Fumeur : personne qui fume, même de temps en temps.

Fumeur occasionnel : personne qui fume moins d'une cigarette par jour.

Fumeur régulier : personne qui fume au moins une cigarette par jour.

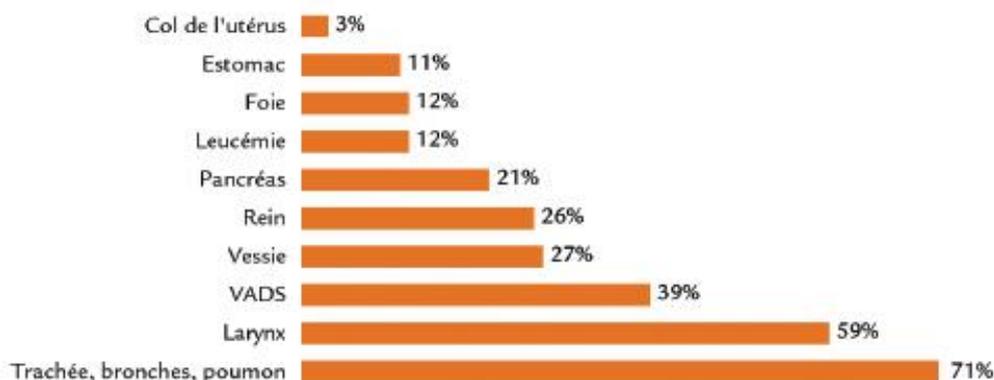
3) Le tabac: un véritable fléau

Le tabac : une véritable épidémie. Le tabagisme est une des principales causes de maladie et de mort. Le tabac tue à lui seul beaucoup plus que l'alcool, les accidents de la route et le sida réunis : il agit comme un tueur insidieux à long terme.

Le tabagisme est la principale cause connue de décès liés aux cancers dans le monde (Mathers et al. PlosMed 2007). Il est responsable de 80% des cancers du poumon, le cancer le plus mortel dans le monde (1.3millions de morts par an). (11)

Le nombre de décès attribuables au tabac, toutes pathologies confondues, devrait passer de 6.4 millions en 2015 à 8.3 millions en 2030.

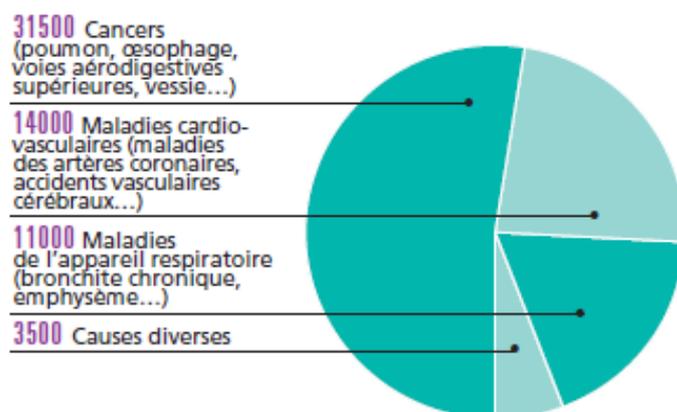
Figure1: Mortalité par cancer imputable au tabac dans le monde en 2005 (11)



Sources : Atlas du cancer, American Cancer Society (ACS) 2006

En 1995, en France, 60 000 morts sont directement ou indirectement imputables à l'usage du tabac, soit plus d'un décès sur neuf.

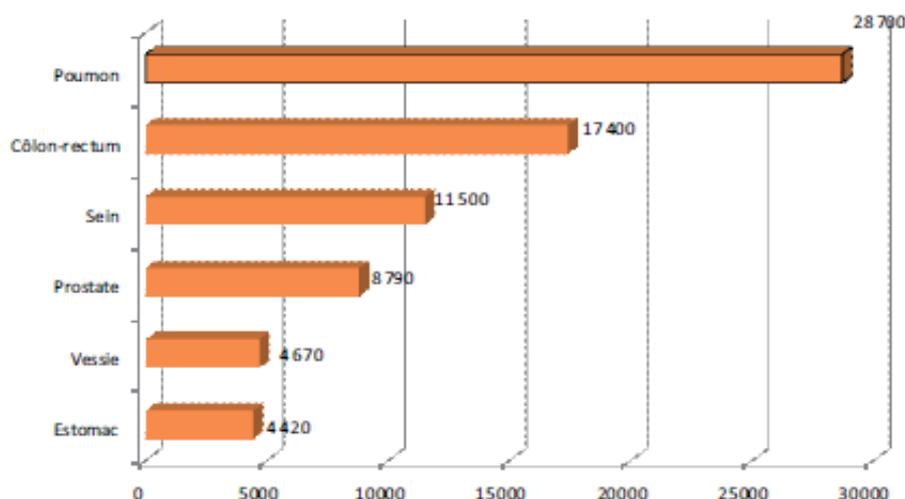
Figure 2: Répartition du nombre de décès suivant les principales maladies liées à l'usage du tabac en 1995 (16)



Le principal facteur de risque du cancer du poumon en France et dans le monde est le tabac. Il est responsable de 81 % des décès par cancers du poumon en France. Ainsi, la mortalité par cancers du poumon est l'indicateur le plus spécifique des effets du tabac sur la santé. (4) (12)

Avec plus de 28 700 décès estimés en France en 2010, tous sexes confondus, la mortalité par cancers du poumon représente 20 % de l'ensemble des décès par cancers. Sa part dans l'ensemble des décès prématurés par cancers (avant 65 ans) est encore plus importante (28,3 %), car plus de 40 % d'entre eux surviennent avant l'âge de 65 ans (40 % chez l'homme et 44 % chez la femme). (12)

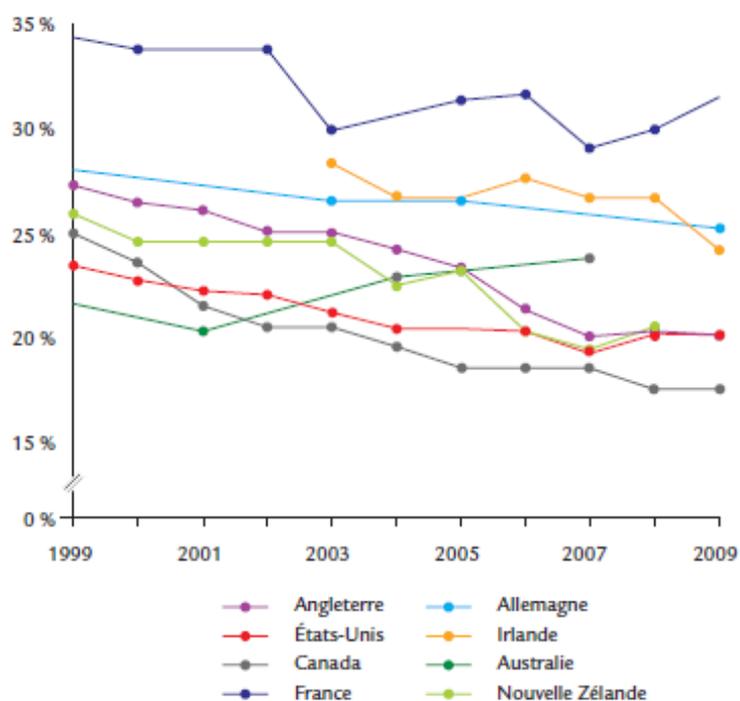
Figure 3: Nombre de cas de décès estimés des principaux cancers en France en 2010 (12)



Source : [HCL/InVS/ INCa/Francim/ Inserm, 2010] ; traitement INCa 2010

On assiste à une reprise inquiétante du tabagisme depuis 2005 :

Figure 4: Evolution de la prévalence tabagique de 8 pays industrialisés (12)



Source : Department of Health, England, 2011

Chez les 15-75 ans, la prévalence du tabagisme est passée de 31,8 % en 2005 à 33,6 %. D'après les résultats du Baromètre santé 2010, la part des fumeurs quotidiens a augmenté de 2 points entre 2005 et 2010 pour atteindre 28,7 % des 15-75 ans.

Les résultats de l'enquête Paris Sans Tabac, publiée en 2010, montrent qu'après l'importante chute du taux de fumeurs constatée chez les élèves parisiens lors du premier Plan Cancer 2003-2004, le taux de fumeurs a augmenté en chiffres absolus depuis 2007, de + 3,1 % chez les 16-19 ans et de + 2,9 % chez les 12-15 ans, ce qui correspond à une augmentation relative de + 15 % chez les 16-19 ans (essentiellement lycéens) et à plus d'un doublement (+ 144%) chez les 12-15 ans (collégiens essentiellement). (12)

4) L'histoire du tabac et le développement du tabagisme

a- L'histoire naturelle du tabac (77)

- Depuis quand fume t'on ?

Dans l'Antiquité, le tabac était inconnu en Europe. Pourtant, les hommes brûlaient diverses herbes dont ils utilisaient la fumée pour soigner ou pour prier. Des fresques prouvant l'usage des pipes ont été d'ailleurs retrouvées à Pompéi.

En Amérique, les Indiens considéraient le tabac comme une plante précieuse : ils l'utilisaient lors de rituels pour la purification des adultes et pour entrer en communication avec le «Grand Esprit».

En 1492, Christophe Colomb, lors de la découverte de l'Amérique, s'aperçoit que les Indiens fument une plante nommée «*petum*». Plusieurs modes de consommation sont utilisés : inhalation de fumée, utilisation de bâtons creux remplis de feuilles hachées, calumets, poudre à chiquer...

En 1493, le missionnaire espagnol Fray Romano Pane accompagne Christophe Colomb dans son deuxième voyage au Nouveau Monde, pour y convertir les habitants au christianisme. Il envoie du tabac à Charles Quint. L'Espagne choisit alors Cuba pour y faire pousser son tabac. Plus tard, quand le bateau accoste sur les côtes portugaises, l'équipage a pris l'habitude de consommer du tabac, dont il vante les mérites.

- Quand le tabac a-t-il été introduit en Europe ?

Les premières graines de tabac sont rapportées en Europe en 1520. Au Portugal, quelques années plus tard, le tabac est cultivé et utilisé comme une plante médicinale. Jean Nicot est à cette époque ambassadeur de France au Portugal. Il envoie en 1561 des feuilles de tabac râpées à Catherine de Médicis, reine de France.

Le tabac est décrit à la reine comme une plante qui peut soulager ses terribles migraines. Elle donne l'ordre d'en cultiver en Bretagne, en Gascogne et en Alsace. On l'appelle alors «*l'herbe à la Reine*» ou encore «*la Catherinaire*», utilisée sous forme de « prises ».

Toute la Cour adopte cette nouvelle mode et le tabac se popularise rapidement en dépit de l'opposition de certains qui y voient de la «*sorcellerie*». Au XVIIe siècle, Molière écrit dans une de ses pièces : «*Qui vit sans tabac est indigne de vivre!*» Et les enfants se mettent à fredonner la célèbre chanson «*J'ai du bon tabac dans ma tabatière...*».

Dans les autres pays, l'engouement est tout aussi rapide. Il apparaît en même temps en Angleterre, en Italie, en Allemagne, en Turquie, au Maroc, en Corée, au Japon, en Chine... Dès la fin du XVI^e siècle, le tabac est connu dans le monde entier.

- Depuis quand sait-on que le tabac est nocif pour la santé ?

Les premières observations de médecins sur les méfaits du tabac remontent au XVII^e siècle, mais ce n'est qu'au début du XIX^e siècle que la nicotine est identifiée comme un composant du tabac. Il faudra attendre les années 1950 pour que les premières études épidémiologiques prouvent indiscutablement la toxicité du tabac.

Les experts affirment que si le tabac arrivait sur le marché aujourd'hui, il ne serait pas autorisé à la vente en raison des dangers qu'il représente. Malgré cela, partout dans le monde, le tabagisme s'est développé et l'on parle désormais d'une épidémie tabagique.

- A partir de quand l'industrie du tabac s'est-elle développée ?

Les premières cigarettes fabriquées de façon industrielle apparaissent en 1830 et c'est en 1843 que la première machine à fabriquer les cigarettes est inventée.

Les cigarettes ainsi fabriquées vont peu à peu supplanter la chique et la prise, mais le tabagisme reste cependant beaucoup moins fréquent qu'à l'heure actuelle. Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale qu'il se répand massivement, gagnant peu à peu toutes les classes de la société.

- Qui a découvert la nicotine ?

La nicotine a été découverte en 1809 par un Normand, Louis Nicolas Vauquelin, professeur de chimie à l'École de médecine de Paris. Cet alcaloïde fut appelé « nicotine » en référence à Jean Nicot qui, au XVI^e siècle, fut le premier à envoyer du tabac à la reine Catherine de Médicis.

- Quels sont les liens entre le tabac et l'Etat ?

Devant l'explosion du tabagisme, l'Etat le considéra comme une source possible de revenus. Richelieu créa en 1629 le premier impôt sur le tabac. Colbert, responsable des finances sous Louis XIV, instaura le monopole d'État de la vente du tabac, auquel il ajouta le monopole de sa fabrication en 1681.

Il fallut attendre la révolution de 1789 pour que soit supprimé ce monopole, qui fut ensuite rétabli par Napoléon. Ce n'est qu'en 2000 que l'État français s'est désengagé de la Seita, qui détenait le monopole de la production et de la distribution des cigarettes.

b- Le développement du tabagisme

Il est lié à la conjonction de plusieurs facteurs : **(3)**

- La pression sociale avec le rôle de l'environnement, de la publicité, de l'image de la cigarette.
- Le caractère addictif du tabac et singulièrement de la cigarette par l'intermédiaire de la nicotine.
- L'existence d'une vulnérabilité psychologique chez de nombreux adolescents fumeurs (neuroticisme, nervosité excessive, pessimisme, difficulté d'affirmation de soi, troubles du sommeil, personnalité agressive impulsive chez les garçons, préoccupation du poids et de l'image corporelle chez les filles).

5) Les fumeurs : une population hétéroclite (3)

Il faut tenir compte :

- Du stade évolutif dans l'histoire naturelle de cette addiction et du degré de motivation à l'arrêt.
- Du type et de la nature des dépendances avec schématiquement 3 types de fumeurs :
 - *Fumeurs d'habitude avec une dépendance comportementale*
 - *Fumeurs avec une dépendance psychique*
 - *Fumeurs avec des dépendances psychique et physique*
- Du milieu socioculturel : l'environnement social et les conditions matérielles de vie jouent un rôle important.
- D'éventuels troubles psychologiques associés pouvant constituer des facteurs favorisants (*types de personnalité, états anxieux et dépressif, affects négatifs, autres conduites addictives*).

6) Quelques exemples chocs : (3)

L'ampleur des drames liés au tabagisme est bien illustrée par la description de quelques cas, reflets exemplaires de rencontres quotidiennes dans une consultation d'aide à l'arrêt au tabac :

- En pneumologie un homme de 65 ans est à demi-couché sur le dos avec une respiration sifflante et superficielle, l'essoufflement est tel que le moindre mouvement est impossible, il ne survit qu'à travers le masque d'oxygène.

Sa femme est auprès de lui :

- Que lui demande-t-il ?
- Il la supplie de lui apporter une cigarette...

- Une femme de 48 ans est hospitalisée dans le même service au stade terminal d'une insuffisance respiratoire liée au tabac. Si elle arrête de fumer, elle pourra bénéficier d'une transplantation pulmonaire, seul traitement curatif. Malgré tous les efforts et l'aide médicale, elle continue de fumer même pendant son hospitalisation tirant sur ses cigarettes dans la cour de l'hôpital au milieu d'effroyables quintes de toux...
- Un homme de 50 ans très gros fumeur depuis l'âge de 15 ans, professeur d'anglais, a eu plusieurs infarctus entre 45 et 50 ans, aboutissant à une insuffisance cardiaque sévère. Une transplantation cardiaque lui permet de retrouver une vie normale. Mais trois mois plus tard, il refume quasi volontairement, malgré les conseils de ses médecins qui lui ont expliqué les énormes risques de la reprise du tabac en association avec les traitements « *anti-rejet* ».

Il est alors envoyé à la consultation de tabacologie, malheureusement il n'a plus aucune motivation pour arrêter:

- « *Le chirurgien m'a dit que je pouvais vivre comme avant maintenant alors pourquoi devrais-je me priver d'une chose si agréable et d'un si grand plaisir ?* ».

7) Et si on arrêtais ? (3)

- a- Evaluation du statut tabagique : quel fumeur êtes-vous ?
- A quel stade vous situez-vous dans l'évolution de votre tabagisme ?



Figure 5: Schéma de l'évolution naturelle du tabagisme d'après Di. Clemente et Prochaska (46)

- Quel est votre degré de motivation ? (Test Q.MAT) ([Annexe 7](#))
- Quel est votre degré de confiance en vous pour l'arrêt du tabac ? (EVA)
- Quelles sont la nature et l'intensité de vos dépendances ?
 - Consommation actuelle (ancienneté, type de cigarettes, nombre de tentatives d'arrêt...).

- Dépendance psychique (analyse des raisons pour lesquelles vous fumez selon une échelle EVA, le fumeur va coter de 0 à 10 l'importance que ces éléments ont pour lui), ceci permet de distinguer:
 - ❖ Les cigarettes « gestuelles » souvent automatiques chez les gros fumeurs ou cigarettes « tics ».
 - ❖ Les cigarettes « conviviales » ou « sociales ».
 - ❖ Les cigarettes « plaisir » avec la détente entre amis, le café ou le repas, la récompense après le travail ou un effort.
 - ❖ Les cigarettes « compagne » dans les moments de solitude.
 - ❖ Les cigarettes « de stimulation intellectuelle » lorsque le travail à accomplir est difficile et urgent.
 - ❖ Les cigarettes « tranquillisantes » dans les situations de tension psychologique.
 - ❖ Les cigarettes « soutien pour le moral » et les cigarettes « coupe faim ».
- Dépendance physique à la nicotine. (Questionnaire de Fagerström). (p62)
- Evaluation biologique des apports de nicotine (Mesure du CO).
- Avez-vous d'autres conduites de dépendance associées au tabac ? (alcool, cannabis...)
- Avez-vous des troubles psychiques associés au tabagisme ? (Questionnaire Anxiété-Dépression). (Annexe 8)

b- Les Stades de changement selon Prochaska et Di Clemente (36)

Dans le modèle trans-théorique on distingue 5 stades :

- Le stade de pré-contemplation : À ce stade, le fumeur se complait dans son état actuel et n'a pas envie de changer. Il vit dans le déni des conséquences négatives de son tabagisme, soit parce qu'il les ignore, soit parce qu'il ne croit pas en sa capacité à changer, suite à ses échecs dans des tentatives antérieures.
- Le stade de contemplation : Le fumeur connaît les avantages et les inconvénients liés au changement, mais il est indécis. Cette ambivalence peut le tenir bloqué à ce stade.
- Le stade de préparation : Le fumeur a pris la décision de changer. Il doit encore organiser le changement.
- Le stade d'action : Le changement est opéré (abstinence tabagique) et le fumeur se voit confronté à une nouvelle situation et doit s'adapter aux nouveaux comportements. Le risque de rechute est élevé.

- Le stade de maintien : C'est le stade de la prévention de la rechute. Le fumeur doit intégrer les nouveaux comportements dans la durée.
 - L'ambivalence : L'ambivalence est la coexistence de sentiments contradictoires, issus d'un conflit de type attraction-évitement. Le sujet se sent en même temps attiré et repoussé par une même chose. L'individu est figé dans un état d'indécision, qui le fait persister dans son comportement.
 - La balance décisionnelle (37) : Il s'agit d'une métaphore pour faciliter la prise de décision. L'individu connaît les avantages et les inconvénients de son comportement et du changement. Le bilan peut être assez complexe à cause des multiples contradictions, émergentes d'un conflit de type double attraction-évitement(38).

c- Les différentes méthodes d'aide au sevrage tabagique

- Les substituts nicotiques

Tableau 1: Efficacité des thérapeutiques médicamenteuses d'aide au sevrage tabagique à 12 mois (10)

Substituts nicotiques	Silagy <i>et al.</i> (2002) OR [IC 95 %] (nb d'études)	Stead <i>et al.</i> (2008) OR [IC 95 %] (nb d'études)
Gommes à mâcher	1,66 [1,52-1,81] (n=51)	1,43 [1,33-1,53] (n=53)
Timbres (dispositif transdermique)	1,74 [1,57-1,93] (n=34)	1,66 [1,53-1,81] (n=41)
Spray nasal	2,27 [1,61-3,2] (n=4)	2,02 [1,49-3,73] (n=4)
Inhaleurs	2,08 [1,43-3,04] (n=4)	1,90 [1,36-2,67] (n=4)
Tablettes sublinguales	2,08 [1,64-1,86] (n=3)	2 [1,63-2,45] (n=6)
TSN (<i>vs</i> placebo)	1,74 [1,64-1,86] (n=96)	1,58 [1,50-1,66] (n=132)

Source: Stead *et al.* 2008

- Les traitements pharmacologiques non nicotiques : le bupropion qui agit sur le système nerveux central mais son usage est limité par de nombreux effets secondaires (convulsions, insomnie...) et la varenicline recommandée en 2^{ème} intention après échec des substituts nicotiques (effets secondaires surtout psychiatriques, rapport bénéfices/risques positif selon l'ANSM et les agences européennes). (49)
- Les TCC
- La cigarette électronique ou e-cigarette (Annexe 11) : en cours d'évaluation, en aucun cas inoffensive mais certainement moins nocive. Peut être proposée comme substitut pour les gros fumeurs (JNMG 2013). (9)

- Le conseil minimal et intervention brève (2-)
- L'entretien motivationnel (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (56)
 - Exprimer de l'empathie : L'empathie est le fondement des compétences cliniques à la base de l'EM. Le praticien cherche à comprendre les sentiments, les motivations et les points de vue du sujet, sans les juger, les critiquer ni les blâmer. Ceci s'appelle le principe de l'acceptation.
 - Développer la divergence : Pour aider l'individu à changer son comportement, l'EM est intentionnellement directif. Il faut aider l'individu à comprendre la divergence entre l'état actuel du sujet et l'état souhaité par celui-ci. Ceci peut être déclenché par la «*prise de conscience dérangeante*» des inconvénients de son comportement actuel et des bénéfices du changement.

L'étendu du changement à accomplir peut être anxiogène et doit être canalisé par le praticien pour éviter chez le sujet la perte de confiance en sa capacité à changer.
 - Composer avec la résistance :
 - ❖ Lors de l'EM, le thérapeute doit éviter la confrontation directe avec les positions du patient. Il faut dans cette optique éviter le réflexe correcteur. Si on veut convaincre le patient à tout prix en lui faisant peur, en lui collant une étiquette, en le culpabilisant et/ou en vantant que les côtés positifs du changement, on suscite la résistance de celui-ci. Une argumentation stérile suscite la plupart du temps l'élaboration de contre-arguments auprès du patient.
 - ❖ Ces manifestations de résistance peuvent conduire à une impasse et bloquer le dialogue. Il faut reconnaître précocement les comportements de résistance pour savoir la diminuer. Ces manifestations peuvent se traduire par une hostilité et une irritabilité du patient, qui défie, interrompt, contredit ou essaie de changer tout simplement de sujet. Un autre comportement est l'«*approbation factice*» pour éviter la poursuite de la discussion.
 - Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle : Les patients dépendants, bloqués au stade de pré-contemplation, ont un sentiment d'inefficacité personnelle. Ce sentiment peut résulter des expériences d'échecs antérieurs ou être enraciné dans la personnalité du patient. Pour motiver et encourager un patient, il faut savoir le féliciter pour renforcer le sentiment d'efficacité personnelle (abstinence, décision d'arrêt, d'être venu à la consultation...).
 - Bénéfices : L'EM est un concept universel applicable à tous les champs de l'addictologie. La motivation au sevrage est essentielle pour le sevrage tabagique. L'EM permet de faire évoluer de nombreuses personnes, bloquées dans les stades de pré-contemplation, de contemplation et de préparation, et de mener progressivement vers le changement. Il s'agit d'une méthode qui peut se surajouter à d'autres mesures (intervention brève ou TCC) et qui comporte peu de risques.

➤ Limites :

- ❖ L'EM est un concept thérapeutique avec une approche particulière, qui requiert une formation et nécessite certaines qualités de la part du soignant. Pour être efficace, le thérapeute a besoin d'accumuler de l'expérience et il doit s'adapter individuellement à chaque patient. L'EM constitue un modèle relationnel. L'empathie est une qualité individuelle et il existe une variabilité interindividuelle.
- ❖ On peut noter un effet paradoxal chez les patients très motivés. Chez un patient déjà très motivé, on risque de renforcer la résistance et de diminuer son sentiment d'efficacité personnelle. Pour cela, il faut que le degré d'intervention soit en phase avec la motivation du patient.

- Recommandations françaises : Actuellement, l'EM n'est pas formellement recommandé dans les recommandations françaises. Il est promu en France par l'AFDEM (Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel) car il constitue une méthode efficace qui pourrait occuper une plus grande place qu'actuellement dans le sevrage tabagique.

d- Les actions de santé publique : campagnes et réglementation (7) (14)

- campagnes anti-tabac du Comité Français d'Education pour la santé ou CFES (1976-2001) et de l'INPES (2002-2012): extraits.

1976

« [Les tousseurs](#) » - Spot du ministère de la Santé se concluant par « La vie serait tellement plus belle sans fumée. »
« Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons. »
Huit spots télévisés : Voiture, Salle d'attente, Pourquoi ils ne fument pas, Enfant, Animation, Couple, Mère, Deux hommes + affiche

1977

« Ça ne vous dérange pas si je ne fume pas ? » - Ne fumez pas, n'enfumez plus
Spot télévisé

1978

« Une cigarette écrasée, c'est un peu de liberté gagnée. »
Spots télévisés ([Jeunes](#) et [Sport](#)) + affiches + autocollant

(...)

1997-1999

« La vie sans tabac, vous commencez quand ? »
Quatre spots télévisés (1997) : [Chauffeur de taxi](#), [Jeunes](#) (avec [Lorant Deutsch](#) et [Jocelyn Quivrin](#)), [Mère de famille blonde](#) et [brune](#). Réalisateur : [Marion Vernoux](#).
Trois spots télévisés Tabac Info Service (1999) : [Homme au restaurant](#), [Homme nerveux](#) et [Femme cocktail](#). Réalisateur : Thierry Dupety.
Création et diffusion de l'outil [Tabac. Ouvrons le dialogue](#) pour les médecins généralistes.
Dossier de presse - [Programme d'information et de prévention Tabac 1999](#) - Mai 1999.

1999-2000

« [Chaque jour passé sans fumer est une victoire sur le tabac](#). » (Journées mondiales contre le tabac 1999 et 2000).
Dossier de presse - [Journée mondiale du 19 mai 2000](#)

2001

« [Manipulation](#) » : une campagne en direction des jeunes.
Site [www.jesuismanipule.com](#) (n'existe plus), flyer « On vous manipule »
« Le tabagisme passif : une réalité mal connue des français. » ([Journée mondiale](#))
Affiche « [Votre cigarette, ce sont aussi les autres qui la fument](#) »
Brochure « [Le tabagisme passif](#) »

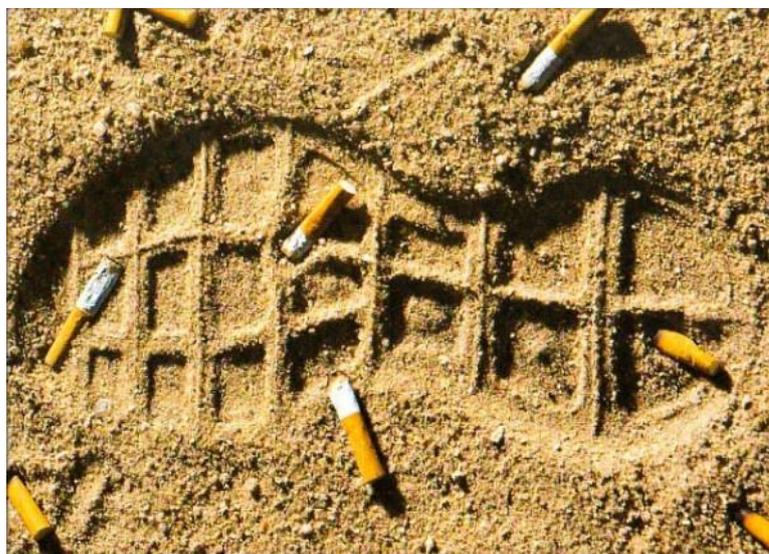
2009

« [Un fumeur sur deux meurt prématurément de son tabagisme](#) » (Journée mondiale contre le tabac)
Spot télé « [Un fumeur sur deux meurt du tabac](#) » (Tabac actif)
Deux affiches « [Un homme a une chance sur 650 millions d'être dévoré par un requin](#) » et « Un homme a une chance sur 1,5 million de mourir foudroyé »
Affiche et [dépliant TIS « l'hésite à arrêter de fumer »](#), trois spots radio TIS 39 89
Guide pratique « [l'arrête de fumer](#) »
« Vous êtes enceinte et vous souhaitez arrêter de fumer ? » [Affiche](#) et [dépliant](#)

2012

Affiche de la Journée mondiale sans tabac « [Que l'industrie du tabac ne vous trompe pas](#) »
Affiche du 31 mai « [On a tous une bonne raison d'arrêter de fumer.](#) »
Fiche Entretien motivationnel destinée aux médecins (collection « [Essentiel de l'Inpes](#) »)
[Le communiqué de presse](#) de l'Inpes du 31 mai 2012 ; [le dossier de presse](#) (pdf, 827 Ko),
la page d'actualité du 30/05/2012 « [Laissez-vous gagner par l'envie d'arrêter !](#) »
[Rediffusion de la campagne de promotion radio de l'offre de service de TIS](#) du 15 décembre au 4 janvier 2013 en métropole et dans les DOM.

- Spot par Grégory Monin – Diététicien-Nutritionniste D.E



C'EST DECIDE J'ARRETE DE FUMER... JE ME METS A COURIR ...

- Réglementation : (8)
 - Mesures d'augmentation du prix

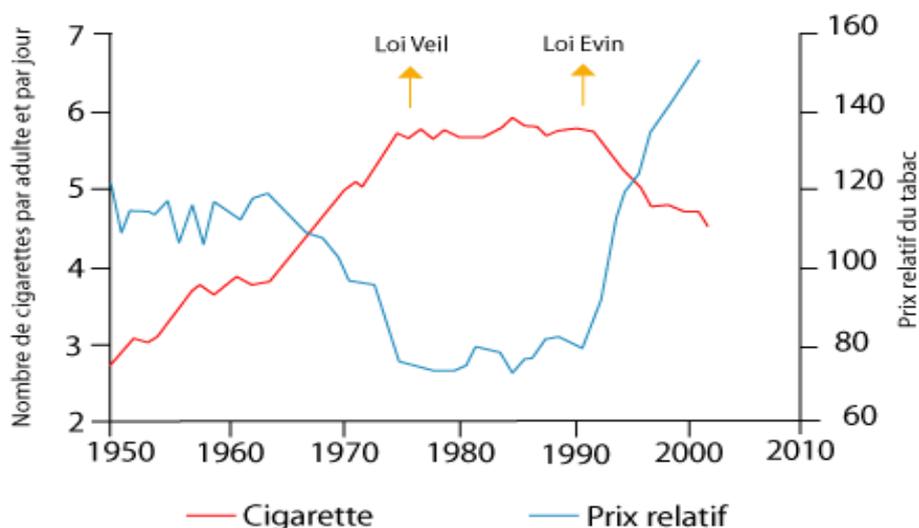


Figure 6: Evolution des ventes de cigarettes et du prix relatif du tabac (78)

- Mesures d'avertissements et d'information.
- Mesures d'aide au sevrage tabagique.
- Une convention internationale dans la lutte anti-tabac (la CCLAT). (Annexe 10)
- Mesures d'interdiction (loi Veil, loi Evin) (Annexe 9) et le décret du 15 novembre 2006.

Ce décret n° 2006-1386, qui fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer, a prévu une mise en œuvre en deux temps :

► **Depuis le 1er février 2007**, dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans toute l'enceinte (y compris les endroits ouverts telles les cours d'écoles) des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. Des emplacements réservés aux fumeurs peuvent y être installés, sauf dans les lieux accueillant des mineurs et les établissements de santé.

► **A partir du 1er janvier 2008**, dans les débits permanents de boissons à consommer sur place, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques, sauf aménagement, éventuel, d'un emplacement réservé aux fumeurs.

- Octobre 2013 : spot choc de la ligue contre le cancer. Des posters géants sont distribués gratuitement lors des JNMG.

AUTOPSIE D'UN MEURTRIER

The diagram shows a human silhouette with a cigarette inserted into the torso. Lines connect various chemical names to specific parts of the body, illustrating the internal damage caused by smoking.

ACETALDEHYDE (irritant des voies respiratoires)	ACIDE CYANHYDRIQUE (était employé dans les chambres à gaz)
ACROLEINE (irritant des voies respiratoires)	TOLUIDINE
ACETONE (dissolvant)	AMMONIAC (détergent)
NAPHTYLAMINE *	URETHANE
METHANOL (carburant pour fusée)	TOLUENE (solvant industriel)
PYRENE *	ARSENIC (poison violent)
DIMETHYLNITROSAMINE	DIBENZACRIDINE *
NAPHTALENE (antimite)	PHENOL
NICOTINE (utilisée comme herbicide et insecticide)	BUTANE
CADMIUM *	POLONIUM 210 (élément radioactif)
MONOXYDE DE CARBONE (gaz d'échappement)	STYRENE
BENZOPYRENE *	DDT (insecticide)
CHLORURE DE VINYLE *	GOUDRONS (les plus cancérigènes)
MERCURE (thermomètre)	PLOMB (essence et gaz d'échappement)

*Pour vaincre votre dépendance,
demandez conseil à votre pharmacien*

Lors de sa combustion, la cigarette produit une fumée qui contient environ 4000 substances toxiques (dont au moins 50 cancérigènes). Sur les paquets, seuls goudrons et nicotine sont indiqués. Certains composés proviennent de l'environnement (pesticides, produits radioactifs), d'autres composés sont ajoutés, comme l'ammoniac qui favorise la fixation de la nicotine et la dépendance. Certains plants de tabac sont génétiquement modifiés afin de rendre la nicotine plus « efficace ».

* SUBSTANCES CANCÉRIGÈNES CONNUES | 14, rue Corvisart - 75013 Paris - www.ligue-cancer.net | 0810 111 101

LA LIGUE
CONTRE LE CANCER
101 COMITÉS

B – LES MEDECINS GENERALISTES ET LE TABAC

1) Médecins généralistes fumeurs (17)

La prévalence du tabagisme chez les médecins généralistes français est proche de celle de la population générale, avec 32 % de fumeurs, contrairement à ce que l'on peut observer dans les pays anglo-saxons, où moins de 10 % des médecins sont fumeurs. (24)

Elle est l'une des plus élevée au monde, alors que leur rôle dans la lutte anti-tabac est majeur. Une étude qualitative sur ce qu'expriment dix médecins généralistes fumeurs franc-comtois à propos de leur tabagisme, de la pertinence de leur discours préventif anti-tabac et de l'efficacité de la prise en charge du sevrage tabagique de leurs patients a été réalisée en 2010 à Besançon par Benoit Dinet.

En conclusion, l'auteur écrit que "comme pour les autres", le sevrage tabagique des médecins généralistes nécessite une prise en charge adaptée et individuelle. Cependant, leur place dans le système de santé français étant particulière, la création d'actions de santé spécifiques (formation, prévention, accompagnement et médecine du travail libéral) semble nécessaire dans la mesure où ils ne peuvent pas, seuls, arrêter leur tabagisme. Ce sont la réussite de leur sevrage tabagique et leur bonne santé, grâce à des mesures appropriées, qui doivent être des exemples pour la population.

2) Médecins généralistes et aide au sevrage tabagique (10)

a- Définition et bénéfices du conseil minimal

Le conseil minimal doit être systématique et ne requiert qu'une formation légère. Le but du conseil minimal est double. En premier lieu, on s'informe si la personne, qui consulte pour un motif quelconque, fume. Dans le cas, où on est confronté à un fumeur, il s'agit de fournir à cette personne une instruction verbale courte, comportant un message incitant à l'arrêt de la consommation tabagique ou d'offrir une brochure ou encore d'orienter vers une consultation de tabacologie. (23)

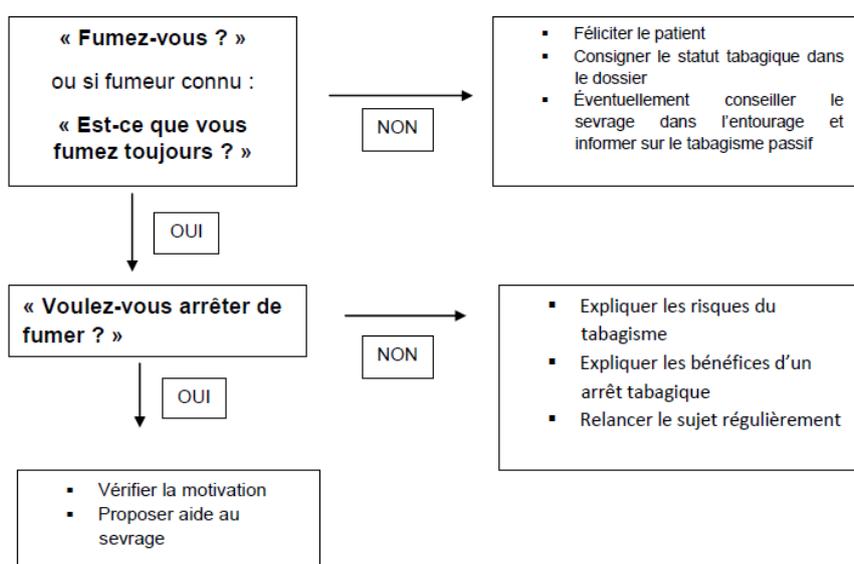


Figure 7: Modèle de conseil minimal (47)

Il s'agit d'une intervention brève, en général de 1 à 5 minutes, et répétée, visant à évaluer et à augmenter la motivation du fumeur au sevrage tabagique.

Il est conseillé de pratiquer le conseil minimal au moins 1 fois par an chez tous les patients quel que soit leur statut tabagique. (29)

Un conseil minimal pratiqué par un médecin généraliste ou un professionnel de santé lors d'une consultation de routine augmenterait de façon significative le nombre de fumeurs arrêtant de fumer pour une durée d'au moins 6 mois. (9) (22)

Cette intervention peut avoir un impact considérable sur la santé publique, car 58 % des fumeurs consultent leur médecin chaque année.

Dès 1998, la conférence de consensus de l'ANAES sur l'arrêt du tabac soulignait le fait que peu de fumeurs bénéficiaient en France d'un conseil de leur médecin pour le sevrage tabagique. (21) On estime le nombre d'arrêts à 200000 par an, si tous les médecins généralistes de France pratiquaient le conseil minimal. (30)

b- Recommandations françaises

- En général (ANAES): « Le conseil minimal a un impact individuel faible mais la généralisation de son application laisse espérer une multiplication des sevrages réussis. Il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé à sa mise en œuvre ». (31)
- L'AFSSAPS dit en 2003 : « Environ 40 % des fumeurs n'envisagent pas d'arrêter. Dans ce cas, le professionnel de santé doit fournir le conseil minimal. Ce simple conseil minimal au cours d'une consultation de routine augmente de façon significative le nombre de fumeurs qui s'arrêtent pour une durée d'au moins 6 mois (Niveau de preuve = I). (33)
- Chez la femme enceinte (ANAES): « Le conseil minimal doit être effectué systématiquement à la première consultation et renouvelé par les différents professionnels de santé à chaque rencontre avec la femme enceinte fumeuse» (35)
- En préopératoire (SFAR): « Le conseil minimal pour l'arrêt doit être délivré par tous les soignants à tous fumeurs (grade E)...» (34)

c- Limites à la réalisation du conseil minimal

Malgré ces recommandations, la France se situe dans le bas du classement des pays participants à l'étude ITC avec seulement 27, 5% des fumeurs qui ont reçu des conseils pour cesser de fumer par leur médecin au cours d'une visite de routine.

De plus, la moitié des personnes ayant arrêté de fumer n'ont pas reçu de soutien ni d'encouragement de leurs médecins et/ou d'un professionnel de santé, quand elles les ont consultés, dans les 6 mois qui ont suivi cet arrêt. (13)

Dans une enquête réalisée chez des femmes, 29 % des femmes enceintes ont dit n'avoir reçu aucune information sur les effets néfastes du tabac, 70 % ont été aidées à l'arrêt du tabac par leur entourage, 20 % par les professionnels de santé et 3,5 % ont reçu un traitement substitutif nicotinique. (13)

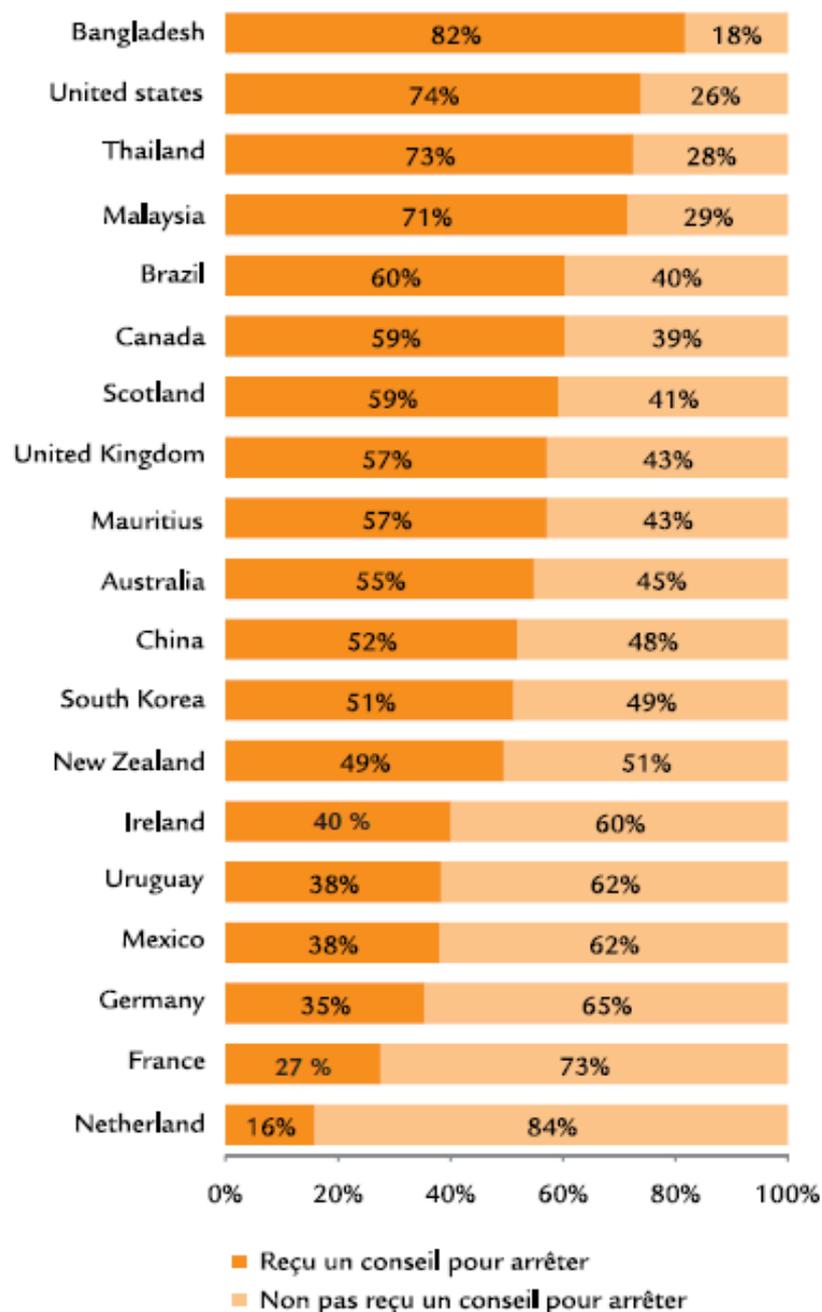
Le manque de temps est incriminé en premier en France dans la difficulté à promouvoir le sevrage tabagique (91,4 % des médecins). Le manque de rémunération est avancé en dernière explication, par 64 % des médecins interrogés dans le dernier baromètre INPES. (13)

Enfin, 81,5 % des médecins souhaiteraient un rôle mieux reconnu dans le domaine de la prévention. Les médecins réclament plus de formation par le biais des revues médicales. Des données de pratique rapportent que 80 % des médecins aimeraient être en contact avec des tabacologues dans certaines situations cliniques. (13)

Le problème est donc principalement la motivation des omnipraticiens à pratiquer le conseil minimal régulièrement chez tous leurs patients. Certains facteurs peuvent jouer un rôle dans ce processus (31):

- Doute sur l'efficacité du conseil minimal et manque de formation
- Beaucoup d'échecs de sevrage tabagique
- Sujet pas toujours facile à aborder
- Refus du patient à aborder le sujet
- Difficulté d'aborder le coût financier d'un sevrage tabagique
- Médecin fumeur
- Médecin isolé pour le sevrage tabagique

Figure 8: Pourcentage du nombre de fumeurs qui ont reçu un conseil pour arrêter lors de leur dernière visite chez le médecin (23)



Source : ITC 2011, infographie INCa

3) Médecins généralistes fumeurs : influence sur leur pratique

- Une étude descriptive visant à évaluer l'influence du tabagisme des MG sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac a été réalisée par M. Underner and Co. en 2002 sur 257 praticiens libéraux du département de la Vienne. (Taux de participation au questionnaire proche de 70%).

Cette étude permettrait de confirmer l'existence d'une relation effective entre le tabagisme des médecins généralistes et la prise en charge de leurs patients fumeurs. Deux résultats essentiels concernant les médecins fumeurs en ressortent:

- ils demandent moins à leurs patients s'ils fument et s'ils envisagent d'arrêter de fumer
 - ils sont davantage enclins à penser que leur tabagisme favorise ou n'a aucune influence sur la communication avec le patient.
- L'abord systématique du tabagisme des patients (44 %) ne s'est pas amélioré depuis 1987 où Trédaniel J. et al. (25) notaient qu'un médecin sur deux seulement interrogeait systématiquement ses patients sur leurs habitudes tabagiques.

4) Médecins généralistes et Burn Out (2) (18)

Une enquête européenne de Soler incluant 12 pays européens (EGPRN, 2008) évalue la prévalence de l'épuisement professionnel chez plus de 3500 MG, avec un taux de réponses au questionnaire de 41%.

Ses résultats montrent : un taux élevé d'épuisement émotionnel (EE) pour 43% des MG, un taux élevé de dépersonnalisation (DP) pour 35% et un taux bas d'accomplissement personnel (AP) pour 32% d'entre eux.

Concernant la France chez les 178 MG ayant répondu : 34% EE élevé, 35% DP élevée, 28% AP faible. Il est montré une forte association avec les paramètres suivants : l'intention de changer de travail, l'utilisation de tabac, d'alcool ou de psychotropes, le sexe masculin, et le nombre de jours d'arrêt de travail.

C – LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE (2) (5)

1) Tabac et IMG : les chiffres

Les internes ne sont pas épargnés par ce fléau. En 2006, le taux de prévalence du tabagisme est de 25% parmi les IMG d'Ile de France (6). 12,3% des IMG fument au moins 5 cigarettes par jour.

Les IMG célibataires sont plus nombreux à fumer de façon importante (15,3% vs 10,7%).

Les IMG ayant au moins un enfant sont moins nombreux à fumer (15,4% vs 22,5%).

Les IMG ayant choisi la médecine générale par défaut fument en moyenne 2,8 cigarettes vs 1,51 (choix délibéré).

Les IMG se sentant menacés par le BOS fument plus que ceux ne se sentant pas menacés (13,19% vs 6,71%).

La consommation de tabac est légèrement augmentée dans la population d'IMG ayant des idées suicidaires représentée par 6,1% des internes (15,9% vs 12,1%).

Elle est réellement plus élevée dans la population d'IMG ayant tenté une autolyse (29,1% vs 12%).

Elle ne diffère pas en fonction des âges.

La moyenne du nombre de cigarettes consommées croît avec l'année d'internat (1,68 vs 1,71 vs 2,23).

2) Autres addictions

27,3% déclarent boire au moins 3 verres d'alcool en une prise au moins une fois par semaine.

3,9% des IMG déclarent prendre des hypnotiques au moins une fois par semaine et 6,5% prendre ou avoir pris des antidépresseurs pendant leur internat.

Les IMG ayant au moins un enfant consomment moins d'alcool (3,1% vs 5,6%), moins d'hypnotiques (5,6% vs 9,5%) et autant d'antidépresseurs que les autres IMG.

La proportion consommant des hypnotiques et des antidépresseurs est légèrement majorée chez les IMG célibataires (respectivement 10,7% vs 8,4% et 7,7% vs 5,9%).

13,2% des IMG se sentant menacés par le BOS consomment des hypnotiques vs 5,2% et 10,6% des antidépresseurs vs 3% chez ceux ne se sentant pas menacés.

Les IMG souhaitant avoir recours à un psychiatre consomment plus d'hypnotiques (16,2% vs 7,8%).

Dans la population d'IMG ayant des idées suicidaires, la consommation régulière d'alcool est doublée (10,2% vs 5,1%), la consommation d'hypnotiques multipliée par 4 (28,6% vs 7,9%) et d'antidépresseurs par 6 (29,8% vs 5%).

La consommation d'alcool est plus élevée dans la population d'IMG ayant tenté une autolyse (9,1% vs 5,3%), de même que celle d'hypnotiques (40% vs 8,7%) et d'antidépresseurs (50,9% vs 5,8%).

3) Internes et aide au sevrage tabagique (1)

Une étude transversale exhaustive concernant les internes (toutes spécialités confondues) et résidents en médecine en activité a été réalisée à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales en octobre 2001, lors de la session de choix de stage qui les réunit chaque semestre.

Les données recueillies concernaient l'interne (données démographiques, ancienneté, spécialité...), son statut tabagique, son comportement vis-à-vis des patients fumeurs et sa connaissance des produits de substitution du tabac.

Le questionnaire a été rempli par 3104 internes.

Le taux de prévalence du tabagisme était de 36% parmi l'ensemble des internes (40% chez les hommes et 32% chez les femmes).

Seuls les résultats concernant leur comportement vis-à-vis des patients fumeurs seront rapportés dans ce chapitre.

La consommation tabagique des patients était une question de santé importante pour 97% des internes et 76% déclaraient s'enquérir systématiquement de cette consommation.

Toutefois, parmi ces internes on note que 74% interrogeaient réellement tous les patients mais que 26%, bien que déclarant s'enquérir "systématiquement" de la consommation tabagique des patients, n'interrogeaient pas ceux dont la pathologie n'était pas liée au tabac.

L'attitude des internes vis-à-vis des patients fumeurs est détaillée dans les tableaux a) et b).

Confrontés dans leur pratique à un patient hospitalisé et fumeur, la quasi-totalité des internes déclarait avoir une attitude d'information ou d'orientation vis-à-vis du tabagisme si la maladie du patient était liée au tabac (97% versus 60% si la maladie est sans rapport avec le tabac). Le statut tabagique des internes ne semblait pas modifier cette attitude.

Tableau a) Attitude des internes vis-à-vis des patients fumeurs (1)

	informer sur les risques liés au tabac	adresser à une consultation spécialisée	conseiller d'en parler au médecin traitant
systématiquement	1 157 (41%)	135 (5%)	369 (13%)
si pathologie lié au tabac	1 317 (46%)	1 035 (36%)	614 (22%)
jamais	378 (13%)	1 676 (59%)	1 856 (65%)
Total	2 852 (100%)	2 846 (100%)	2 839 (100%)

Tableau b) Attitude vis-à-vis des patients fumeurs, selon la consommation tabagique des internes(1)

	interne fumeur	interne non-fumeur
adresser à une consultation spécialisée	456 (41%)	774 (39%)
conseiller d'en parler au médecin traitant	427 (39%)	821 (41%)
informer sur les risques liés au tabac	942 (85%)	1 708 (86%)
Total	1 102	1 991

(plusieurs réponses sont possibles)

Les internes confrontés à des pathologies en rapport avec le tabagisme, ainsi que les internes débutant leur internat (ancienneté inférieure ou égale à trois semestres), déclaraient plus souvent s'enquérir systématiquement de la consommation de tabac des patients (respectivement 80% *versus* 74% dans les autres spécialités ($p= 0,02$) et 91% *versus* 70% pour les "anciens" internes ($p<0,001$)). Le statut tabagique des internes ne semblait pas modifier cette attitude.

4) **Burn Out des IMG et lieux de stage (2)**

Une vaste étude descriptive réalisée en 2011 avait pour objectif de définir la prévalence du BOS chez tous les IMG de France Métropolitaine et d'évaluer secondairement les facteurs associés au BOS. Cette étude réalisée par Antoine Le Tourneur et Valériane Komly à l'aide d'un auto-questionnaire a porté sur 6309 participants.

Voici les principaux résultats de cette enquête qui pourront être utiles pour répondre à la troisième question de l'étude en cours.

	EE	DP	AP
Stage libre	19,71	9,36	34,87
Médecine polyvalente	20,24	9,47	34,33
Pédiatrie-Gynécologie	19,57	9,98	34,82
Ambulatoire niveau 1	19,25	9,31	35,40
SASPAS	19,74	8,86	36,42
Urgences	20,78	10,92	34,59
Total	19,94	9,74	34,84

Tableau 2: Scores moyens de chaque dimension du BOS en fonction du lieu de stage (2)

	Urgences	Médecine polyvalente	Stage libre	Pédiatrie/ Gynécologie	SASPAS	Ambulatoire niveau 1
EE élevé	19,8%	16,5%	15,4%	16%	14,7%	12,2%
DP élevé	42,3%	32%	31,8%	37,3%	27,6%	28,3%
AP bas	41%	41%	37,6%	38,5%	34,6%	36,1%
0 score morbide	34,4%	42,4%	44,7%	40,4%	46,7%	45,8%
1 score morbide	35,6%	33,5%	33,2%	34,2%	32,2%	36,4%
2 scores morbides	21,6%	17,3%	16,1%	18,8%	15,8%	13,3%
3 scores morbides	8,5%	6,8%	5,9%	6,7%	5,3%	4,5%

Tableau 3: Prévalence d'IMG dans chaque sous-dimension morbide du BOS en fonction du lieu de stage (2)

On retrouve dans cette étude, que les IMG en stage ambulatoire (SASPAS ou stage chez le praticien) sont objectivement moins stressés par leur travail et ont une hygiène de vie plus saine en consacrant plus de temps à leurs loisirs et à leur entourage.

4,7% des IMG en stage ambulatoire présentent les 3 scores morbides vs 7,3% en stages hospitaliers et cela s'élève à 8,5% lors du stage aux urgences.

Selon les auteurs, le stage aux urgences pourrait être une cause de stress pour les IMG car ils sont confrontés à une pratique éloignée de leur vision de la médecine générale (contraintes horaires, flux de patients élevé, fatigue des gardes, efficacité (nombre de patients horaire) primant sur la qualité, peu de temps pour l'enseignement « au lit du malade »...).

Lors des commentaires retranscrits dans l'étude, les étudiants auraient rencontré plus de difficultés lors des stages en médecine polyvalente (concernant surtout le volume horaire). D'après les auteurs, le fait de ne pas retrouver plus d'internes en BOS dans cette catégorie pourrait être lié à un meilleur encadrement du personnel médical (environnement plus rassurant, enseignement approfondi) avec une plus grande satisfaction personnelle qui en découle.

III- ETUDE

A- CONTEXTE & OBJECTIF PRINCIPAL

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France. Les IMG constituent une population privilégiée, d'une part par leur connaissance sur les risques néfastes liés au tabac et les différents moyens de sevrage utilisés, d'autre part en tant que principal interlocuteur du patient à l'hôpital dans son rôle phare de prévention du tabagisme.

Cependant, comme nous l'avons montré précédemment, les internes ne sont pas épargnés par ce fléau. En 2006, le taux de prévalence du tabagisme est de 25% parmi les IMG d'IDF. En 2011, 12,3% des IMG en France fument au moins 5 cigarettes par jour. (2)

Le statut tabagique personnel de l'interne est susceptible d'influencer son attitude en matière de prise en charge et de prévention à l'égard de ses patients fumeurs.

Trédaniel J. et al. en 1987 n'avaient pas observé d'influence du tabagisme du médecin sur l'abord systématique du tabagisme du patient, mais ils avaient remarqué que les médecins fumeurs pratiquaient moins le conseil de l'arrêt du tabac que leurs confrères non-fumeurs. (25)

L'étude de Underner M. et al. (27) en 2002 a montré que les médecins généralistes fumeurs réalisaient moins le conseil minimal que les médecins non-fumeurs. Les médecins fumeurs se différencient des non-fumeurs et des ex-fumeurs en pensant souvent que leur tabagisme n'avait pas d'influence ou qu'il favorisait la communication avec le patient.

Aucune étude à ce jour n'a évalué le comportement des internes (en particulier des IMG) en fonction de leur statut tabagique, vis-à-vis des patients fumeurs dans le cadre de la prévention secondaire.

Parallèlement, la formation des IMG dans l'aide au sevrage tabagique est quasi-inexistante.

L'objectif principal de cette étude est ainsi d'évaluer l'impact du tabagisme des IMG dans l'aide au sevrage tabagique.

B- OBJECTIFS SECONDAIRES

Selon l'étude citée précédemment de Salomon L. et al. (1), on observe que la prise en charge des patients fumeurs par les internes toutes spécialités confondues serait plus centrée sur une prévention secondaire que sur une prévention primaire et qu'il n'existerait pas à priori de différence dans cette prise en charge entre internes fumeurs et non-fumeurs.

Il m'a semblé important dans un deuxième temps d'évaluer l'influence du tabagisme des IMG dans leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac (prévention primaire) chez leurs patients et leurs proches.

D'après la thèse sur le BOS des IMG, le lieu de stage est un critère à prendre en compte dans le développement de ce syndrome. De plus, d'autres études ont montré l'existence d'une relation entre BOS et consommation tabagique.

Dans l'étude francilienne réalisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux ou URML(26), les médecins menacés par le BOS sont plus enclins à consommer alcool et tabac que les médecins non menacés. Dans l'enquête EGPRN(18), il est également montré que les médecins en BOS augmentent leur consommation de tabac, d'alcool et de psychotropes.

Lors de leurs différents stages, les IMG sont ainsi confrontés à des situations cliniques diverses pouvant les inciter à arrêter de fumer ou au contraire à débiter ou augmenter leur consommation tabagique.

Enfin le troisième point abordé dans cette étude permettra d'évaluer les critères spécifiques à chaque stage susceptibles de modifier la consommation tabagique des IMG.

C- MATERIEL & METHODES

1) L'ECOS (28)

Utilisant un ECOS dans l'élaboration de ma thèse comme pivot de la méthode, il m'a semblé opportun de rappeler la définition de ce dernier et les règles inhérentes à cet exercice. Un article rédigé par Bruno Lepoutre, médecin généraliste chargé d'enseignement à Paris VII, tiré de la revue du praticien, permet d'en expliquer les principes. (28)

a- Qu'est-ce que c'est ?

L'ECOS (pour « examen clinique objectif structuré ») met en situation de consultation l'étudiant au cours du DES de médecine générale. Il a été mis en œuvre il y a plus de 30 ans à l'Université canadienne de McMaster. Il permet de repérer les étudiants en difficulté, d'évaluer les enseignements et de dynamiser l'équipe pédagogique.

Le DMG de Paris VII l'utilise régulièrement comme outil d'évaluation formatrice : Il est proposé à deux reprises aux IMG durant leur stage ambulatoire de niveau 1. Cet exercice sert à la fois aux enseignants (intérêt pédagogique de la création de l'ECOS à partir d'un cas clinique) et aux étudiants (évaluation de leurs capacités à adapter leurs connaissances aux spécificités des soins primaires et à lier les tâches effectuées à des références validées). Les étudiants ont plébiscité les ECOS comme l'enseignement le plus complet qu'ils aient reçu.

Les ECOS sont utilisés pour certifier les MG un peu partout dans le monde. La méthode a été surtout développée au Québec d'où sont issues la plupart des publications. Elle est largement utilisée dans les facultés de médecine anglo-saxonnes.

b- Comment ça marche ?

- Un « jeu d'acteurs »

L'objectif est d'évaluer un étudiant sur le contenu d'une consultation de soins primaires. Le motif de consultation doit être fréquent, et/ou présenter un problème caractéristique quant à l'environnement socioculturel et un mode de présentation associant du psychoaffectif.

Au total : pas de consultation complexe, pas de surprise, un seul motif clair et sans ambiguïté avec une tâche principale et pas de piège diagnostique ou thérapeutique. Il existe un facteur limitant : la faisabilité (éviter les cas cliniques dont le diagnostic ne peut être fait en une seule consultation, où l'examen clinique est prédominant ou qui nécessite plusieurs acteurs).

L'ECOS doit en outre reposer sur des références solides avec des niveaux de preuve obligeant à effectuer des tâches qui ne peuvent être contestées.

En bref, trois acteurs sont en présence : l'étudiant, l'examineur, et un patient simulé.

Le document ECOS permet aux examinateurs et patients simulés de suivre aisément le scénario prévu pour que l'atelier ECOS se déroule de façon rigoureuse et homogène durant toute la durée de la session. La « *consultation* » dure 14 minutes.

- Objectifs et méthode

Il ne s'agit pas de redéfinir l'approche « classique » (interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires, et traitement) mais de reproduire le schéma implicite d'une consultation en soins primaires : prendre en compte l'histoire clinique actuelle et passée, les données environnementales et psychoaffectives, vérifier le diagnostic par un examen clinique et/ou paraclinique ciblé, rechercher des éléments de gravité nécessitant une orientation différente, prendre en charge immédiatement et à moyen terme en vérifiant les compatibilités et en ciblant sur les conseils, le suivi, l'observance.

La grille non pondérée traduit les objectifs en termes de tâches à effectuer au cours de la consultation (questions à poser, gestes de l'examen clinique) pertinentes et utiles à l'élaboration du diagnostic et de la conduite à tenir.

Chaque ligne est ensuite pondérée en fonction de son importance pour arriver à un total de 100 points (essentiel : à discuter avec les relecteurs pour éviter la part inévitable de subjectivité du créateur de l'ECOS). Cette grille pondérée ne sert qu'à la correction finale. L'examineur se sert d'une grille non pondérée pour ne pas être influencé par le nombre de points attribués préalablement.

Le scénario est au service de la grille et non l'inverse. Les instructions au patient simulé ne sont donc rédigées que lorsque les objectifs et la grille pondérée sont au point. Il ne s'agit pas d'une histoire réelle, mais de l'ensemble des éléments qui devront être mis à disposition de l'étudiant pour remplir les objectifs et effectuer les tâches demandées dans la grille, donc éviter les pièges et informations sans intérêt, et en règle générale tout ce qui peut déstabiliser l'étudiant sans rapport avec le cas considéré.

Utiliser un schéma précis et stéréotypé permet de guider le patient simulé, rendre homogène et reproductible le scénario, et ne rien oublier : éléments qui doivent obligatoirement être évoqués, phrases en particulier en début de consultation qui doivent être prononcées in extenso, items à ne mentionner qu'en réponse à une question de l'étudiant, phrases à rappeler en cours de consultation (« *qu'est-ce que j'ai comme maladie, Docteur ?* ») et à répéter en l'absence de réponse satisfaisante.

Les instructions au candidat doivent être concises et ne comporter que les informations sur le motif de consultation et les éléments utiles pour débiter correctement l'entretien, éventuellement des instructions sur des particularités de l'ECOS ou sur la pratique ou non de l'examen physique.

En dehors du problème de connaissances en jeu, l'ECOS a aussi pour but d'évaluer un comportement fait d'attitudes durant une consultation simulée, de compétences à bien structurer une consultation. Cet aspect - difficile à évaluer - est le principal critère de jugement des patients au cabinet. Il est maintenant prévu pour chaque ECOS une seconde grille spécifique « comportement » à l'usage d'un deuxième examinateur, le premier se concentrant sur le contenu de la consultation avec la grille initialement prévue.

- Conclusion

Rédiger un document ECOS est un exercice formateur pour les enseignants et étudiants, permettant de structurer une consultation de référence. L'ECOS permet d'évaluer « en situation » les capacités des étudiants en fin de cursus du DES de médecine générale à adapter leurs connaissances médicales aux compétences de soins primaires et de lier les tâches effectuées à des références validées.

C'est en cela qu'il est aussi un outil utile pour vérifier les aptitudes des formateurs à bâtir un enseignement à la fois pratique et référencé à partir des données validées, pour évaluer les capacités de l'étudiant à :

- recueillir les données utiles par l'interrogatoire et l'examen clinique.
- connaître et comprendre les diverses conditions cliniques appropriées à la prise en charge des malades.
- résoudre les problèmes de diagnostic, d'investigations et de traitement.
- avoir les habilités techniques nécessaires à l'investigation et au traitement.

Une fois rédigé, l'ECOS doit être validé en le faisant relire par plusieurs enseignants, pas nécessairement parmi les enseignants de la spécialité concernée. Certaines remarques porteront sur la forme (imprécisions, fautes non corrigées, simplifications possibles), d'autres sur le fond, le choix des items, la hiérarchisation, voire la philosophie de l'ECOS. Tout n'est pas « bon à prendre »...

La deuxième étape de la validation sera l'acceptation par l'équipe des ECOS de le jouer en l'état, la troisième sa mise en œuvre dans une session d'ECOS, où apparaîtront alors des failles parfois évidentes qui auront échappé à tous les relecteurs, puis au corpus des ECOS utilisés régulièrement. À chaque passage, des modifications proposées par les enseignants et les étudiants pourront être intégrées, selon les besoins...

c- Thèses et ECOS

Le dispositif des ECOS est propice à la réalisation de travaux de recherche sur les compétences des internes participants.

Une thèse a d'ores et déjà été réalisée en 2013, à partir d'un ECOS, par deux étudiants de l'université Paris VII, Mélia et Marine Agbojan. Elle avait pour objectif d'évaluer les compétences des internes dans la conduite de la consultation en vue de la délivrance du CNCI. Le critère de jugement principal était le score total médian obtenu par les internes (sur 100 points).

Les auteurs concluent que cette étude a mis en évidence la fragilité des compétences des internes de médecine générale de l'université Paris Diderot à mener une consultation en vue de la délivrance du CNCI avec un score total médian de 40 sur 100 pour 43 participants inclus.

Cette enquête a ainsi permis de montrer que la formation initiale des futurs médecins généralistes devrait être améliorée dans ce domaine. De nouvelles recommandations prenant en compte la spécificité des soins primaires devraient être établies.

D'autres études sont en cours dans le même département, notamment une thèse visant à comparer les résultats aux ECOS en fonction de la réalisation préalable ou non d'une trace d'apprentissage sur le thème de l'ECOS.

2) Elaboration d'un ECOS (Annexe 1)

L'ECOS : « *Compétences des IMG (fumeurs versus non-fumeurs) dans l'aide au sevrage tabagique* » a été réalisée par mes soins à l'aide de documents validés (19) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) en respectant la chartre de la création d'ECOS à partir d'un modèle (55) et de consignes détaillées ci-dessus.

Ce dernier a été relu et amélioré par trois médecins généralistes chargés d'enseignement à l'université Paris Diderot et un tabacologue (libéral/hospitalier) puis validé par l'équipe d'ECOS.

La grille était divisée en plusieurs catégories :

- Bilan et soutien psychologique
- Habitudes de vie et environnement
- Bilan tabagique
- Aide au sevrage
- Contrat thérapeutique et suivi
- Implication personnelle de l'interne : ce dernier point faisait partie intégrante de la thèse.

Un test de Fagerström était mis à disposition du candidat sur simple demande. Lors de la plénière, un article d'aide au sevrage tabagique était remis aux IMG. (49)

3) Population cible

a- Concernant l'objectif principal

Lors de chaque séance d'ECOS, chaque IMG passe par 6 stations (= 6 ECOS) parmi 7 proposées. L'une de ces stations avait pour thème l'ECOS tabac. A noter que les internes n'ont connaissance du thème de l'ECOS qu'au moment où ils y sont confrontés. Les sessions se sont déroulées à la faculté Paris Diderot aux dates suivantes : 26 septembre 2013, 17 octobre 2013, 5 décembre 2013 et 19 décembre 2013.

Les deux premières sessions d'ECOS correspondaient à l'évaluation de fin de stage chez le praticien avec des internes en 4^{ème} semestre. Les sessions de décembre marquaient le début du stage ambulatoire de niveau 1 avec des internes en 3^{ème} semestre. Chaque session comportait une douzaine d'internes.

b- Concernant les objectifs secondaires

- Impact du tabagisme des IMG dans la pratique du conseil minimal :
 - IMG fumeurs ayant accepté de participer aux entretiens après sollicitation par mail
 - IMG présents au moment des plénières à la fin des ECOS

- Impact des critères internes à chaque stage dans la consommation tabagique de l'IMG: seuls des IMG fumeurs ou ayant fumé pendant l'internat ont été interrogés. Ils devaient avoir effectués au moins trois stages au cours de leur DES.

4) Schéma d'étude

a- Concernant l'objectif principal

Il s'agit d'une étude observationnelle, qualitative, descriptive monocentrique réalisée à partir de « consultations » ou mises en situation à travers un ECOS.

La question « *Et vous Docteur, vous fumez ? Ou avez-vous déjà fumé ?* » était obligatoirement posée par le « patient » en milieu de consultation pour mettre en évidence le statut tabagique de l'interne et apprécier la manière employée pour répondre à une situation délicate.

Pour les comparaisons entre les groupes (fumeurs/non-fumeurs), aucun test statistique n'a été réalisé. Seules les différences ayant un sens "clinique" sont exprimées.

Les résultats quantitatifs obtenus au cours des différents ECOS ne seront donnés qu'à titre indicatif en privilégiant trois types de résultats : la note globale, la note obtenue au chapitre - bilan et soutien psychologique- et la note correspondant à l'implication personnelle.

b- Concernant les objectifs secondaires

Pour répondre aux objectifs secondaires, des entretiens semi dirigés qualitatifs ont été réalisés ainsi qu'un focus groupe.

Pour augmenter l'échantillon de réponses concernant la question sur le conseil minimal, un questionnaire court à visée qualitative a été constitué.

5) Recueil et exploitation des données

a- Concernant l'objectif principal

J'étais présente en tant qu'observatrice à chaque séance d'ECOS.

La partie de la grille -ECOS tabac à proprement parler- était examinée par une personne neutre (2^{ème} interne présent ou 2^{ème} enseignant), la partie -implication personnelle- était remplie par mes soins.

La consultation était enregistrée au moment où le patient posait la question obligatoire « *Et vous Docteur, vous fumez ? Ou avez-vous déjà fumé ?* ». Les réactions des candidats étaient recueillies puis retranscrites informatiquement.

L'ECOS n'était ici qu'un moyen utilisé pour mieux apprécier notre problématique principale.

Les commentaires libres de l'examineur, le ressenti du patient, la prise en charge psychologique du patient par l'IMG et l'implication personnelle de l'interne (notamment sa motivation et son empathie) en fonction de son statut tabagique (fumeur actif, ancien fumeur, fumeur occasionnel, non-fumeur) ont été exploités et analysés de façon qualitative.

J'ai également assisté à deux plénières de débriefing post-ECOS où tous les IMG d'une session pouvaient exprimer librement leur ressenti par rapport à l'ECOS. Les commentaires ayant un lien avec la thèse ont également été retranscrits.

Les notes obtenues par les étudiants, à visée indicative, ont été répertoriées dans un tableau à cet effet avec calcul des moyennes.

Lors des deux dernières sessions, la feuille d'autoévaluation de l'étudiant était récupérée. Sur cette dernière figuraient les commentaires de l'interne sur sa propre prestation, le sujet et l'ECOS en question.

b- Concernant les objectifs secondaires

Les entretiens se sont déroulés au cours de l'année 2013 de février à octobre.

Chaque entretien d'une durée de 20 minutes était enregistré puis retranscrit informatiquement. Le focus groupe constitué de quatre IMG, d'une durée de 45 minutes, a été exploité de la même façon. Après analyse des données, des verbatim ont été retenues puis classées en différentes catégories.

Deux entretiens ont été réalisés à l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay Sous Bois, deux autres au DMG de l'université Paris VII ainsi que le focus groupe, puis un à Lille et le dernier au cabinet d'un médecin généraliste à Paris dans le 17^{ème} arrondissement.

Enfin au cours de la dernière session d'ECOS, un questionnaire court (**Annexe 2**), constitué de quatre questions, visant à évaluer le lien entre le statut tabagique de l'IMG et la réalisation du conseil minimal, a été distribué à tous les internes présents à la séance de débriefing post-ECOS. Le diagramme tiré de l'IFOP de juillet 2013 (**Annexe 3**) était alors donné à chaque candidat : il révélait qu'à la question « qu'est-ce qui vous aiderait à arrêter de fumer ? » 79 % des fumeurs en France avaient répondu leur médecin.

D- RESULTATS QUALITATIFS

1) Résultats concernant l'objectif principal : Impact du tabagisme de l'IMG dans l'aide au sevrage tabagique des patients

L'ensemble des résultats est répertorié dans **l'Annexe 4**. Seuls les résultats les plus pertinents sont donnés ci-après et présentés sous forme de tableaux récapitulatifs.

a- Population cible

Au cours des 4 sessions d'ECOS auxquelles j'ai assisté, 47 IMG ont réalisé l'ECOS sur l'aide au sevrage tabagique : 15 fumeurs actifs dont 8 fumeurs réguliers et 7 fumeurs occasionnels, 5 anciens fumeurs et 27 non-fumeurs dont 6 ayant un entourage proche fumeur. Il y avait 35 femmes dont 2 femmes enceintes pour 12 hommes.

L'âge moyen était de 26 ans pour l'ensemble des sessions.

- b- Tableau récapitulatif des notes obtenues aux ECOS sur 3 items (Note globale, implication personnelle et soutien psychologique) en fonction du statut tabagique de l'IMG :

	Fumeurs réguliers actifs	Anciens fumeurs	Fumeurs occasionnels	Non-fumeurs sans entourage proche fumeur	Non-fumeurs dont entourage proche fumeur
N= 47	8	5	7	21	6
Moyenne note globale	50.3/100	59.4/100	45.9/100	35.8/100	46.3/100
Moyenne implication personnelle	5.4/10	7.5/10	6.5/10	2.9/10	5.4/10
Moyenne soutien psychologique	7.9/20	11.9/20	6.5/20	4.9/20	5.9/20

	Tous Fumeurs	Anciens Fumeurs	Non-fumeurs
N=47	15	5	27
Moyenne note globale	48.1/100	59.4/100	41/100
Moyenne implication personnelle	6/10	7.5/10	4.2/10
Moyenne soutien psychologique	7.2/20	11.9/20	5.4/20

- c- Résultats concernant l'implication de l'interne à la question « Et vous Docteur vous fumez ou avez-vous déjà fumé ? » en fonction de son statut tabagique :

Fumeurs réguliers (N=8)	Bonne implication personnelle	Mauvaise implication personnelle	Absence d'implication personnelle
« Et vous Docteur, vous fumez ou avez-vous déjà fumé ? »	« Je suis un ancien fumeur, j'ai arrêté avec les patchs au bout de 3 mois, ce sera sûrement un peu plus long pour vous qui êtes un plus gros fumeur mais vous y arriverez aussi ...»	« Oui je fume. Et pour l'instant je n'ai jamais essayé d'arrêter. » « Oui (Rires). Non je n'ai pas envie d'arrêter. »	« Je ne suis pas un bon exemple. On est là pour parler de vous ». « Non moi je ne fume pas. »

	<p>« Oui je suis fumeur. (Sourires). Oui j'ai déjà arrêté. Sans substitut. Et c'est peut-être ça qui m'a manqué. En plus, je n'avais pas de réelle motivation contrairement à vous. »</p> <p>« Moi j'ai arrêté justement. Je n'ai pas eu d'infarctus comme vous mais on sait très bien tous les deux que ce n'est pas bien pour nous. »</p>	<p>« Oui je fume mais il faut que j'arrête. Moi je n'ai pas envie d'essayer les patchs. C'est un automatisme comme vous. Moi personnellement c'est la cigarette électronique. »</p> <p>« J'ai arrêté de fumer, je sais justement que ce n'est pas facile. Comment ? Quand j'ai eu mon premier enfant, j'ai arrêté. »</p>	
--	---	--	--

Fumeurs occasionnels (N=7)	Bonne implication personnelle	Mauvaise implication personnelle	Absence d'implication personnelle
« Et vous Docteur, vous fumez ou avez-vous déjà fumé ? »	<p>« Non. Moi ça m'est arrivé... occasionnellement. Si vous me posez cette question... c'est que vous pensez que je vous comprends difficilement ? En ce moment je ne fume pas voilà. (Sourires.) Mais je peux vous aider ».</p> <p>« Je sais que c'est dur mais avec les aides qu'on vous propose et surtout la volonté, on peut y arriver. »</p>	<p>« Non, non je ne fume pas. Oui j'ai déjà fumé. On a tous quelques vis. J'ai arrêté. Je ne fume qu'à de rares occasions. Il y a des gens qui ont plus de chance que d'autres c'est-à-dire que certaines personnes ont des récepteurs moins dépendants à la nicotine. »</p> <p>« Moi je fume quand je fais la fête. Je n'ai jamais eu de réelle dépendance, ça c'est vrai. »</p>	<p>« Non je ne fume pas. Oui j'ai déjà fumé. Là n'est pas la question. Là je suis là pour vous accompagner. La question n'est pas de savoir si je fume ou pas. »</p> <p>« Non je ne fume pas. On va dire que je n'ai pas commencé alors c'est plus facile. Mais j'ai beaucoup de patients fumeurs et je les aide dans cette démarche. »</p> <p>« Moi je ne fume pas non, voilà. »</p> <p>« Ah non moi je ne fume pas ! » (Sourires)</p>

Anciens Fumeurs (N=5)	Bonne implication personnelle	Mauvaise implication personnelle	Absence d'implication personnelle
« Et vous Docteur, vous fumez ou avez-vous déjà fumé ? »	« Non je ne fume pas. Mais j'ai fumé. Comment j'ai arrêté ? J'ai arrêté comme ça sans les patchs. Mais je fumais moins que vous et depuis moins longtemps. Devant votre consommation, il est préférable et tout à fait normal d'avoir besoin d'aide. »	« Non j'ai arrêté justement... Avec la motivation, oui tout à fait. Moi personnellement, je n'ai rien pris, j'ai arrêté comme ça. » « Oui moi j'ai arrêté. J'étais jeune, j'ai arrêté avant d'être vraiment dépendante. Ce n'était pas très difficile pour moi. Mais je sais que certaines cigarettes sont difficiles, celle du café notamment après le repas. »	« Non je ne fume pas mais ça ne veut pas dire que je ne peux pas vous aider, je suis beaucoup de patients dans le sevrage. » « Non je ne fume pas mais je sais que c'est dur. »

Non-fumeurs (N=21)	Bonne implication personnelle	Mauvaise implication personnelle	Absence d'implication personnelle
« Et vous Docteur, vous fumez ou avez-vous déjà fumé ? »	« Non je ne fume pas. Mais je vous comprends tout à fait. Des patients comme ça on en voit beaucoup. » « Non, moi je ne fume pas. (Long silence) Pourquoi cette question ? Vous voulez savoir si j'ai le même problème que vous ? Je ne peux pas me mettre à votre place mais je peux essayer, je sais que ce n'est pas facile mais c'est très important pour vous d'arrêter de part vos antécédents médicaux ».	« Non je ne sais pas ce que c'est. » « Non, non je ne fume pas MOI ». « Non jamais. » « Non, je ne fume pas. » « Absolument pas. » « Non moi je ne fume pas. Je suis anti-tabac. Mes parents ne fument pas. Je n'ai pas connu d'environnement fumeur. C'est certainement plus facile. »	« Moi je n'ai jamais fumé et j'en suis très content, je ne pourrais pas vous parler de mon expérience d'ancien fumeur mais je suis très motivé pour vous aider. » « Moi je ne fume pas mais je peux très bien vous aider là-dedans. » « Non. (Long silence) Mais je suis sensibilisée à ça. » « Moi je n'ai pas fumé. Mais j'ai déjà aidé des gens à arrêter de fumer ».

	<p>« Non du tout. Bein non sinon j'aurais eu du mal à vous convaincre d'arrêter ».</p> <p>« Euh... (Rires)... Est-ce que je fume ? Là non je ne fume pas mais ce n'est pas pour ça que je ne peux pas vous aider. Ce n'est pas pour ça que je vous juge. Avec la démarche que vous êtes en train de faire, vous allez y arriver c'est sûr.»</p>	<p>(Rires) « Non. (Long silence). Le sevrage tabagique ça va être un peu long. Ca ne va pas se faire du jour au lendemain ». (Souffle).</p>	<p>« Non je n'ai jamais fumé. Mais ne vous inquiétez pas, vous allez y arriver. Je suis là pour vous.»</p>
--	---	---	--

Non-fumeurs Entourage proche fumeur (N=6)	Bonne implication personnelle	Mauvaise implication personnelle	Absence d'implication personnelle
« Et vous Docteur, vous fumez ou avez-vous déjà fumé ? »	<p>«Non, (rires) non je n'ai jamais fumé. Mais je sais que c'est un effort de longue durée. Dans ma famille, il y a beaucoup de fumeurs et beaucoup de personnes qui ont arrêté. Alors croyez-moi je sais ce que c'est. Ce sont les premiers mois les plus durs après c'est pour toute la vie».</p>	<p>« Je ne fume pas mais j'ai une famille de fumeurs, j'ai essayé de faire arrêter mon père qui faisait beaucoup de psoriasis à cause du tabac. »</p> <p>« Non mais j'ai des proches qui fument. Et ils essaient d'arrêter (Sourires).</p>	<p>«- Non - d'accord - d'accord.»</p> <p>« Non. »</p>

	<p>«J'ai une maman, un papa et deux sœurs qui fument. Mon père a décidé de faire un effort pour moi parce qu'il savait que je ne supportais pas ça. Vous avez des enfants ? Ils veulent que vous arrêtez ? Parfait ! Dîtes-vous : pour mes enfants, je vais arrêter. C'est une réelle motivation. Pour vous, pour eux. »</p>		
--	--	--	--

2) Résultats concernant les objectifs secondaires

L'ensemble des résultats est répertorié dans [l'Annexe 5](#).

a- Impact du tabagisme de l'IMG dans la pratique du conseil minimal

Au total 10 IMG fumeurs actifs ou ayant fumé pendant leur internat ont été interrogés (six à partir d'entretiens semi dirigés et quatre au cours d'un focus groupe).

- Résultats obtenus à partir des entretiens :

IMG fumeurs (N=6)	Rôle positif du tabagisme dans la pratique du conseil minimal	Rôle négatif du tabagisme dans la pratique du conseil minimal	Absence de rôle du tabagisme dans la pratique du conseil minimal
<i>Votre statut tabagique joue-t-il un rôle dans la pratique du conseil minimal aux patients fumeurs?</i>	<p>« Je me dis qu'elles se confient plus à moi, qu'elles ne se sentent pas jugées vu que je fume. »</p> <p>« Maintenant je dis que je suis fumeuse, ça ne sert à rien de mentir aux gens, je m'en sers pour leur dire que je comprends ce qu'ils traversent. »</p>	<p>« J'étais extrêmement gêné. Je ne me voyais pas faire de prévention à un patient qui venait de faire un IDM massif en puant le tabac. »</p> <p>« Je fais le conseil minimal parce qu'il fait partie de l'interrogatoire mais peut être avec moins de conviction qu'un non-fumeur. »</p>	<p>« Je ne suis pas gênée, je leur dis que j'ai arrêté pendant mes 3 grossesses.»</p> <p>« Je pense le faire comme un autre interne non-fumeur. Je ne pense pas avoir eu à le faire alors que je sentais la cigarette. »</p> <p>« Tu te dis toujours que c'est un peu hypocrite de le faire alors que toi tu fumes mais non je le fais quand même. »</p>

		<p>« C'est plus facile pour moi la prévention secondaire que le conseil minimal. »</p> <p>« J'appréhende le moment où le patient va me demander si je fume. »</p>	
--	--	---	--

- Résultats obtenus à partir du focus groupe :

IMG fumeurs (N=4)	Rôle positif du tabagisme dans la pratique du conseil minimal	Rôle négatif du tabagisme dans la pratique du conseil minimal	Absence de rôle du tabagisme dans la pratique du conseil minimal
<i>Votre statut tabagique joue-t-il un rôle dans la pratique du conseil minimal aux patients fumeurs?</i>	<p>« Justement c'est une fumeuse qui vous le dit je sais bien que ce n'est pas facile, je me mets à votre place, je sais quelle satisfaction vous ressentez à fumer, mais c'est un engrenage et je me rends compte que je ne fume pas forcément parce que j'en ai envie. »</p> <p>« On est un peu dans le même bateau...Je vous comprends, je pense aussi à arrêter de fumer et je devrais. »</p>	<p>« Si tu sens vraiment la clope c'est horrible de demander ça. »</p> <p>« C'est quand même plus difficile de le faire que pour quelqu'un qui ne fume pas. »</p> <p>« Au cabinet quand tu es seule avec ton patient et qu'il fait 34°, je n'aime pas sentir l'odeur de la clope et poser ce genre de questions. »</p>	<p>« Dans les services de médecine même si je venais d'aller fumer, je faisais le conseil minimal, clairement !! »</p> <p>« On ne peut pas non plus être irréprochables. »</p> <p>« Quand les patients nous voient, on est médecins, ils ne sont pas censés savoir ce que l'on fait, ce que l'on fume ou boit. »</p> <p>« Et aux urgences ce n'était pas vraiment mes patients alors je m'en foutais un peu plus de sentir la clope. »</p> <p>« Ça ne me pose pas de problème, regarde je mange du gras et je peux dire de ne pas manger gras, je bois de l'alcool et je dis de ne pas en boire... Au final, les médecins donnent des conseils qu'ils ne respectent pas forcément. »</p>

- Résultats obtenus à partir du questionnaire court :

Sur les 20 questionnaires collectés à la fin du débriefing du 19 décembre 2013, on compte 7 fumeurs (dont 3 fumeurs réguliers et 4 fumeurs occasionnels) et 13 non-fumeurs.

Statut tabagique de l'IMG (N=20)	Fumeurs réguliers (N=3)	Fumeurs occasionnels (N=4)	Non-fumeurs (N=13)
<i>Faites-vous le conseil minimal d'aide au sevrage tabagique ?</i>	<p>« A la majorité de mes patients fumeurs. » (N=1)</p> <p>« A tous mes patients fumeurs. » (N=1)</p> <p>« A très peu de mes patients fumeurs. »(N=1)</p>	<p>« A la majorité de mes patients fumeurs » (N=4)</p>	<p>« A tous mes patients fumeurs. » (N=4)</p> <p>« A la majorité de mes patients fumeurs. » (N=7)</p> <p>« A très peu de mes patients fumeurs. » (N=2)</p>

Statut tabagique de l'IMG (N=20)	Fumeurs réguliers (N=3)	Fumeurs occasionnels (N=4)	Non-fumeurs (N=13)
<i>Votre statut tabagique joue-t-il un rôle dans la pratique du conseil minimal aux patients fumeurs?</i>	<p>« Non, il est recommandé pour tous, le statut personnel ne doit pas interférer. »</p> <p>« Non, c'est difficile d'aborder le sujet (parfois même d'y penser) quand les patients ne viennent pas consulter pour ça. Je me dis qu'ils vont nous trouver intrusifs et qu'il faut que je me mêle de mes affaires ! »</p> <p>« Oui, au contraire, je fume je sais que l'arrêt est difficile donc je souhaite motiver le patient. »</p>	<p>« Non, plutôt en lien avec le motif de consultation : je ne pense pas toujours à demander aux gens si ils fument. Je sais que le fait de fumer occasionnellement n'est pas une bonne idée. »</p> <p>« Oui, J'ai moins de scrupules à aborder la question que si j'étais un gros fumeur. »</p> <p>« Non, c'est le rôle du médecin traitant.»</p> <p>« Oui. »</p>	<p>« Oui possiblement mais je suis très intéressée par l'addictologie donc probable biais !! »</p> <p>« Oui étant moi-même non fumeuse et ayant une famille fumeuse, je mène une campagne anti-tabac. »</p> <p>« Non, c'est lié à notre enseignement et à l'interrogatoire systématique. »</p> <p>« Oui je me sens plus à l'aise en tant que non fumeur pour conseiller l'arrêt du tabac. »</p> <p>« Non, il s'agit d'un problème de santé publique. »</p>

b- Impact des critères internes à chaque stage dans la consommation tabagique de l'IMG

Impact des stages de l'IMG sur sa consommation tabagique (N=10)	Rôle néfaste du stage : augmentation de la consommation tabagique de l'IMG	Rôle positif du stage : diminution voir arrêt de la consommation tabagique
Urgences (Générales, pédiatriques et gynécologiques)	<p>« J'ai commencé à fumer au début de mon internat, c'est aux urgences que je me suis mise à fumer tous les jours. Jusqu'à 10 cigarettes par jour, surtout pendant les gardes. Plus je restais à l'hôpital plus je fumais. »</p> <p>« Les urgences c'est là où je fume le plus. »</p> <p>« Pendant les gardes, je pouvais fumer jusqu'à un demi paquet. »</p> <p>« Les urgences et la pédiatrie sans aucun doute ».</p>	
Médecine interne	« C'est là où j'ai le plus fumé, beaucoup trop de pression et de responsabilités. »	« Je fumais presque plus dans le service de médecine post-urgences. »
Stage ambulatoire de niveau 1		<p>« Le stage chez le prat tu vas être mieux dans tes baskets, tu vas reprendre une vie sociale, il ne fume pas, c'est le bon moment pour arrêter. »</p> <p>« Chez le prat, c'est là où je fume le moins.»</p> <p>« Depuis que je suis chez le prat, mes 2 prat ne fument pas, ce sont plutôt des fervents de la lutte anti-tabac, je le remarque clairement, ma consommation de tabac a diminué. »</p> <p>« Donc là j'ai plus de garde je suis avec quelqu'un qui ne fume pas donc je ne fume pas. »</p> <p>« C'est vrai que chez le prat il y a moins de facteurs de stress. Depuis 2 mois que je suis chez le prat je n'ai plus de cigarettes sur moi, c'est vraiment plus cool moins stressant. »</p>
Cardiologie/Pneumologie		<p>« J'ai arrêté aux soins intensifs de cardiologie. »</p> <p>« J'ai fait deux mois en pneumo oncologie où je voyais des trucs costauds, et là effectivement tu te dis je ne vais pas être fumeuse toute ma vie, mais 3 mois après ça n'a rien changé, ce n'est pas un message ancré. »</p>
Gynécologie		« Très bonne ambiance entre les internes, journées plus courtes et moins chargées, je devais fumer 1 ou 2 clopes pas plus sauf aux urgences gynécologiques. »
Gériatrie/Soins palliatifs	« En gériatrie aigue, je fumais jusqu'à 10 cigarettes par jour. »	« Le service de soins palliatifs : très bonne ambiance, peu de stress. C'est là où j'ai fumé le moins. »

Consommation tabagique de l'IMG et lieux de stage : Impact des critères internes (N=10)	Urgences générales et gynécologiques	Pédiatrie et urgences pédiatriques	Médecine interne gériatrie cardiologie	Stage ambulatoire de niveau 1
Social/plaisir	<p>« Fumer aux urgences ça crée des liens, en quinze jours tu as trop d'amis !! Tu te mets les infirmières dans la poche ! Les internes qui ne fumaient pas ça se passait moins bien ! »</p> <p>« Tout le monde fumait, les infirmières, les chefs, c'était un peu la norme, toutes les 2h la pause-café »</p>	<p>« Je suis une fumeuse sociale. Tous mes cointernes fumaient... Et puis les gardes : une cigarette toutes les 2h pour faire une pause. Quand tu ne fumes pas, tu fais beaucoup moins de pause.»</p> <p>« Si le chef fume beaucoup, c'est difficile de ne pas suivre. »</p>	<p>« En gériatrie aigue, ma chef fumait, l'infirmier fumait, on se faisait des pauses même si on était au 4^{ème} étage, on perdait du temps, on s'organisait des pauses clopes par ce qu'on s'était trouvé ce petit trio de fumeurs. »</p>	<p>« Les 2 cigarettes que je fume actuellement chez le prat c'est vraiment pour le plaisir. »</p>
Isolement	<p>« Ça nous permettait de nous isoler des patients et de l'équipe paramédicale. »</p>	<p>« Pour fuir le stress, les parents, le cri des enfants, j'allais fumer. »</p> <p>« Pour ne presque plus être joignable. »</p>	<p>« Quand tu prends une pause dans un endroit un peu glock genre les escaliers de l'hôpital, t'y vas pour fumer, c'est une façon de s'isoler. »</p>	
Décompression/anti-stress	<p>« Quand je suis arrivée aux urgences de gynécologie, il y a eu dès les premiers jours une mauvaise entente avec l'équipe paramédicale. Du coup j'ai fumé. »</p> <p>« Un début de garde sans clope c'est l'angoisse absolue. »</p>	<p>« Et là t'en peux plus, faut que tu sortes et que tu fasses une pause clope. »</p> <p>« Pour prendre mon grand bol d'air. »</p> <p>« La pédiatrie c'était le stage que je redoutais le plus. »</p>	<p>« Il y avait un décès par semaine en médecine interne, ce n'était pas facile à supporter. C'était une ambiance assez lourde. »</p> <p>« On attendait beaucoup de nous. »</p>	<p>« C'est vrai que chez le prat il y a moins de facteurs d'énerverment, d'agacement. »</p> <p>« Chez le prat il n'y a pas eu des situations stressantes qui m'ont donné envie de fumer. »</p>
Facilité/difficultés	<p>« Le hall d'entrée des urgences, c'est le point de repère de tous les fumeurs. Dès qu'on a 5 min on peut aller fumer en 30 secondes. »</p>	<p>« C'était la facilité à fumer, on est très près de la sortie. »</p>	<p>« Dans les autres services, j'avais plus la flemme de me déplacer. »</p> <p>« On était au 5^{ème} étage donc pas évident de descendre fumer. »</p>	<p>« Là chez le prat ça me paraît aberrant de fumer ma clope entre deux patients.</p> <p>« Sortir fumer dehors devant le cabinet alors que les patients montent, ce n'est pas gérable. »</p>

Prise d'autres substances	« Oui je prenais du Stilnox aux urgences. »	« J'aurai pu contre mes insomnies. »		« Non rien d'autres. »
Automatisme	« Après chaque patient aux urgences, j'en fumais une. »	« Je fumais même si je n'en avais pas envie, la clope me dégoûtait mais j'avais besoin de sortir fumer. »		
Concentration/stimulation intellectuelle	« Je la fume plus tôt quand je suis aux urgences parce que je ne sais pas comment va être ma journée, qui je vais voir. »	« Ça me permet de me concentrer. » « La clope avant la PL pour arrêter de trembler. » « Pour me lancer dans le travail. »		
Charge de travail	« Beaucoup de gardes, le rythme effréné » « Il te reste encore plein de gens à voir, y a d'autres personnes qui s'inscrivent, et là t'en peux plus »	« Y a une telle surcharge de travail en pédiatrie »	« En médecine interne c'était plus cool, on avait des pauses on avait du temps donc on fumait. » « Je terminais tous les soirs à 20h. »	
Récompense/Conséquences néfastes liées au tabac	« Je faisais bronchite sur bronchite. J'ai même dû être arrêté une semaine pendant les urgences. »	La clope après la PL c'était pour me dire -cool j'ai réussi !- »	« Clairement ça pue la clope, les escaliers de l'hôpital on dirait des fumoirs. »	
Rapport à partir de l'expérience médicale	« Des malades on en voit tout le temps, des cancéreux des BPCO... et le tabac on sait ce que ça fait on est formés pour ça, et honnêtement tant que ça ne nous touche pas personnellement, ce n'est pas ça qui peut nous arrêter de fumer. » « C'est très paradoxal, tu vois arriver le type avec son cancer du poumon, et tu dis là vraiment faut que j'arrête... et puis on te propose d'aller faire une pause clope et tu oublies aussitôt. »		« Toute la journée des IDM à tout âge même à 35 ans avec à chaque fois le tabac en cause. » « Aux soins intensifs de cardio, j'étais contraint d'y penser tout le temps et de faire le conseil minimal. C'était un « lavage de cerveau involontaire » ; « Je ne me reconnais pas chez des patients que je vois sur une table d'opération, c'est trop violent. »	« Mon prat m'a dit quelque chose qui est très vrai -non ça c'est ce que ton corps te fait croire que tu aimes la clope- et maintenant je me rends compte qu'il a sûrement raison. » « Par contre ça me choque plus en ville, là je me reconnais parce que je les ai vu en bonne santé, c'est plus marquant pour moi. »

E- DISCUSSION

1) Limites et biais de l'étude (concernant l'objectif principal)

a- Biais lié au choix de l'étude

- Biais lié à la méthode (ECOS) :

- Le document ECOS repose sur un scénario clair, préétabli et validé de manière à ce que l'atelier d'ECOS se déroule de façon rigoureuse et homogène pour l'ensemble des candidats.

Pour répondre à l'objectif principal, 4 sessions d'ECOS ont été réalisées avec pour chacune d'entre elles : 2 patients rôles (1 pour 6 internes interrogés).

Sur les 8 médecins généralistes jouant le rôle de Mr Camel, un seul n'a pas respecté les consignes clairement prédéfinies. Le patient s'est montré revendicateur, trop peu motivé pour l'arrêt du tabac, sceptique concernant le traitement par les patchs et presque dépressif. Ce comportement a certainement déstabilisé les internes qui ont orienté leur consultation sur un versant psychologique avec la recherche plus aisée d'un syndrome anxio-dépressif ou de troubles du sommeil (items côtés dans la grille) et qui ont plus facilement remarqué que le patient disait « *faut que j'arrête* » plutôt que « *j'ai décidé d'arrêter* » (autre item côté dans la grille). Ceci a pu gonfler les notes des internes d'une part mais leur manque d'empathie face à ce patient « *réfractaire* » a fait diminué les points rapportés à la partie « *implication personnelle* ».

- Les limites propres aux ECOS sont bien décrites dans la littérature (57) (58) (59): pondération arbitraire de la grille de correction standardisée, nécessité d'un contexte clinique très spécifique et d'un consensus sur la réponse attendue. L'ECOS est ainsi difficilement applicable aux situations cliniques complexes non encore résolues par la communauté scientifique, et il évalue peu la compétence professionnelle.
- En situation, la grille est apparue parfois complexe, et certains items peu pertinents comme par exemple l'élaboration de l'ordonnance de « *Nicopatch* » sachant qu'en réalité les IMG ont accès au Vidal sur leur logiciel de travail ou encore l'information sur les traitements pharmacologiques type Bupropion ou Champix qui n'ont pas leur place en première ligne.
- La question « *et vous Docteur est-ce que vous fumez ?* » a été omise une fois lors des entretiens et suggérée par moi-même deux fois pouvant ainsi interférer avec le bon déroulement de la consultation et rappeler son caractère « *pseudo-réel* ».
- Le profil « examen » de l'ECOS ressenti par les IMG peut également perturber les candidats et ainsi diminuer leurs performances. Deux IMG ont ainsi avoués perdre tous leurs moyens en situation d'ECOS et une étudiante qui avait hérité d'une note très faible, avait pourtant réussi à aider un patient à arrêter de fumer dans la vraie vie et en était très fière.

- Biais lié au caractère monocentrique de l'étude :
 - Les 4 sessions d'ECOS se sont déroulées à la faculté de Paris Diderot ce qui a pu constituer un biais de sélection (faible puissance et faible hétérogénéité), probablement amoindri par un panel d'étudiants provenant de deux promotions différentes.

b- Biais lié à l'échantillon :

- Petite taille de l'échantillon (47 candidats) mais suffisante dans le cadre d'une étude qualitative, comprenant une faible population de fumeurs (31,9%) et d'anciens fumeurs (10,6%) mais représentative de celle des internes en France en 2011. Il faut rappeler que ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe dans ce type d'enquête mais sa qualité. Ici le choix des participants a permis la diversification des données c'est-à-dire de capter les différents points de vue concernant l'impact du tabagisme des IMG sur l'aide au sevrage tabagique.
- Les participants et les contextes n'ont pu être minutieusement sélectionnés (IMG de niveau 1).
- Le sexe féminin semble surreprésenté (74,5%) cependant cette donnée est proche de la population des IMG actuellement avec 69% de femmes en 2011.
- Biais de sélection : une candidate a participé aux entretiens semi-dirigés et à la session d'ECOS.

c- Biais lié à l'élaboration de la grille :

- La grille a été réalisée au début de l'essor de la cigarette électronique alors que les différents ateliers d'ECOS se sont déroulés quelques mois plus tard en plein boom de la « *vapoteuse* ». L'item « *cigarette électronique* » était mentionné dans la grille des substituts mais n'était pas côté ce qui a fait l'objet de nombreux débats. Beaucoup d'IMG ont proposé ce moyen de substitution à leur patient notamment au cours des deux dernières sessions, et quelques fumeurs/anciens fumeurs utilisaient/avaient utilisé cette méthode pour leur propre sevrage ce qui a pu poser problème pour évaluer leur implication personnelle.

Une étude italienne a réalisé un essai randomisé ECLAT (68) sur 12 mois chez 300 fumeurs (âge moyen: 45 ans) sans intention ni incitation au sevrage, répartis en 3 groupes de 100 pour une intervention e-cigarette de 3 mois : A (cartouche de 7,5 mg de nicotine), B (7,2 mg les 6 1ères semaines puis 5,4 mg) et C (sans nicotine).

Ils étaient vus toutes les 2 semaines pendant l'intervention, puis à 6 mois et 1 an. La baisse des cigarettes quotidiennes et les taux de CO, observés dans les 3 groupes, ne diffèrent pas significativement d'un groupe à l'autre.

La consommation de tabac était réduite dans 22% des cas à 3 mois et 10,3% à 1 an, le sevrage obtenu dans 10,7% des cas à 3 mois et 8,7% à 1 an. L'acceptation du produit était satisfaisante, sans effet secondaire notable.

L'essai contrôlé néo-zélandais (69) a comparé l'efficacité de l'e-cigarette à celle des patchs chez 657 fumeurs souhaitant cesser de fumer, répartis en 3 groupes : 289 avec e-cigarette avec nicotine, 295 avec patch nicotinique, 73 avec e-cigarette sans nicotine. A 6 mois, 7,3% du 1^{er} groupe, 5,8% du 2^{ème} et 4,1% du 3^{ème} avaient cessé de fumer soit une différence de risque de 1,51 (- 2.49 à + 5,51) entre e-cigarette et patch et 3,16 (-2,29 à + 8,61) entre e-cigarette avec et sans nicotine, sans différence significative pour les essais indésirables. Par ailleurs, 57 % du groupe e-cigarette nicotine et 41% du groupe patch avaient réduit leur consommation de cigarettes de plus de moitié (p=0.0002). Elle était mieux perçue que le patch.

- La connaissance du taux de remboursement des substituts nicotiniques par les internes ne faisait pas partie des items de la grille alors que c'est une question importante et redondante parmi les patients. L'Assurance Maladie prend en effet en charge, sur prescription médicale établie par un médecin ou une sage-femme, les traitements par substituts nicotiniques à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire. Pour les femmes enceintes, ce montant est porté à 150 € à compter du 1^{er} septembre 2011. Ce taux de remboursement semble dérisoire compte tenu des effets dévastateurs du tabac... Une demande de la HAS auprès de la sécurité sociale serait en cours d'évaluation. (Séminaire e-cigarette, 8^{ème} congrès de médecine générale avril 2014).

d- Biais lié au recueil des données :

- La partie implication personnelle était relevée par mes soins ce qui a pu influencer voire biaiser le recueil des données malgré la rigueur des items rapportés dans ce domaine. Cependant cette démarche reste dans le cadre de la théorie qualitative qui remet en question la notion d'objectivité parce qu'elle soutient le fait que tout chercheur a ses propres intentions qui l'amènent à faire telle recherche plutôt que telle autre. Ainsi, aucune situation n'est totalement « neutre » et elle est toujours interprétée par le chercheur à partir de sa perception des résultats.
- Le recueil des auto-évaluations n'a pas pu être réalisé à toutes les sessions mais ceci n'a pas modifié l'interprétation des résultats. Cela donnait simplement une idée de l'appréciation individuelle de l'ECOS par les internes et son intérêt pour leur pratique professionnelle.
- Un test de Fagerström était mis à disposition sur simple demande de l'interne. Cependant, lors de 2 entretiens le test a été glissé de manière accidentelle dans leur feuille de directives.

D'autre part, la réalisation du test dans sa globalité a été parfois acceptée, parfois écourtée par manque de temps ce qui a enlevé certainement de la qualité à l'interrogatoire et de son uniformité.
- Une candidate a participé aux entretiens semi-dirigés et à la session d'ECOS ce qui pourrait constituer un biais dans le recueil des résultats mais finalement a apporté de nouvelles connaissances à notre étude. (cf 2- p50)

e- Biais d'analyse

- Biais lié au caractère qualitatif de l'étude :
 - La notion de transférabilité de l'étude (validité externe) est particulièrement importante à discuter. Elle réfère à la notion de généralisation des résultats que l'on retrouve en recherche quantitative. Cependant la corrélation des principaux résultats de mon étude à ceux d'enquêtes quantitatives (1) (2) ou qualitative avec un échantillon plus large(5) est un gage de qualité.

2) Biais concernant les objectifs secondaires

Il s'agit essentiellement de la subjectivité des enquêtés : prenons l'exemple de l'IMG qui pense que son tabagisme n'affecte pas sa prise en charge des patients fumeurs « *On ne peut pas non plus être irréprochable, je ne me sentais pas illégitime(...) On est des médecins, quand les patients nous voient, on est médecin, ils ne sont pas censés savoir ce que je fais, ce que je fume ou bois* » (propos recueillis lors du focus groupe) et qui avoue après l'ECOS avoir été très déstabilisée par la question d'implication personnelle et avoir menti pour se sortir de la situation délicate « *J'ai arrêté de fumer, je sais justement que ce n'est pas facile. Comment ? Quand j'ai eu mon premier enfant, j'ai arrêté.* »

Cette interne fumait toujours et n'avait effectivement pas d'enfant.

3) Force de l'étude

a- Etude qualitative (60) :

- La rigueur méthodologique de l'étude est supposée par le respect de la grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative (**Annexe 6**) notamment par le choix d'une méthode appropriée à la question de recherche dite de triangulation et la présentation des résultats les plus pertinents sous forme de tableaux clairs et compréhensibles. Des citations courtes, précises et en nombre raisonnable tendent à renforcer la lisibilité des résultats.
- La combinaison des données qualitatives issues de l'analyse de contenu et des données quantitatives par le calcul des moyennes donne un avantage à notre étude en présentant un portrait sous les deux angles.
- Le recueil des informations a permis la saturation des données (en s'assurant que l'ajout de participants n'apporterait pas de nouveaux résultats) et ainsi une compréhension la plus complète possible de notre sujet.
- L'analyse en profondeur des différents aspects de la problématique (IMG et prévention primaire, IMG et prévention secondaire, IMG et consommation tabagique) et ce à partir de plusieurs points de vue (ECOS, entretiens semi-dirigés, focus groupe, questionnaires courts), permet de produire de nouvelles connaissances et comme en recherche quantitative, ce sont ces nouvelles connaissances qui seront généralisables.

b- Qualité de l'ECOS :

- L'ECOS est un dispositif pédagogique reconnu et validé. Il permet d'évaluer les habiletés cliniques des internes dans une situation standardisée, au-delà des simples connaissances théoriques. Il est souvent accueilli favorablement par les internes, ce qui se vérifie dans les auto-évaluations recueillies.
- La grille de correction standardisée a été élaborée à partir d'une revue approfondie de la littérature scientifique. Les items indispensables à la réalisation d'une consultation en vue de l'aide au sevrage tabagique ont ainsi pu être identifiés et hiérarchisés par les différents auteurs de ce travail dont un tabacologue.

c- Bon support pour l'apprentissage des IMG dans l'aide au sevrage

- Cette grille s'est avérée être un instrument de mesure reproductible pour évaluer les compétences des internes. Les points forts et les points faibles des IMG, mis en lumière par les résultats observés à partir de cette grille de correction standardisée, permettront d'adapter au mieux les futures formations mises en place par le DMG de l'université Paris Diderot. (20)

4) Interprétations des résultats

a- Concernant l'objectif principal

- Les résultats de l'étude montrent un manque de connaissances global des IMG dans l'aide au sevrage tabagique mais plus prononcé chez les non-fumeurs (note globale à 41% contre 50.3% chez les fumeurs réguliers et 59.4% chez les anciens fumeurs). D'après l'étude de Brabant Y. en 2012, 95% des IMG en Poitou-Charentes souhaitent approfondir leurs connaissances sur le sevrage tabagique. (5)
- On peut noter une mauvaise implication ou une plus faible implication personnelle de la part des internes non-fumeurs par rapport aux internes fumeurs. La meilleure note revient aux anciens fumeurs avec un total de 7.5/10.
- Le bilan et le soutien psychologique sont mieux réalisés par les anciens fumeurs et fumeurs réguliers que les non-fumeurs.
- L'existence de fumeurs proches semble jouer un rôle positif dans la prise en charge du patient par l'interne non-fumeur.
- L'absence d'implication personnelle ou la mauvaise implication semble dans la majorité des cas être associée à de faibles connaissances de l'interne sur le sujet avec une moins bonne prise en charge globale.
 - Cette donnée est en désaccord avec les résultats déclarés par Underner M. et al. en 2002 (27) qui concluaient que pour avoir une attitude préventive efficace, le médecin généraliste devait s'efforcer de bien séparer l'aide apportée à son patient fumeur (domaine professionnel) de son tabagisme personnel (domaine privé).

- En 2003, Louis Franco, maître de conférence, déclare dans une expertise collective INSERM : « Si la compétence des médecins généralistes fumeurs ne peut être mise en doute, leur crédit, face à des patients fumeurs, en est sérieusement affecté. Plus encore que leurs confrères non-fumeurs, ils hésitent à s'enquérir des habitudes tabagiques de leurs consultants. Cette consommation personnelle constitue une réelle entrave à leur efficacité. »(70)
- Une autre enquête a été réalisée auprès de 332 médecins généralistes en Maine et Loire en 2008. Sur l'ensemble des médecins interrogés, d'après les auteurs, près de la moitié estime que leur statut tabagique n'a pas d'influence sur leur patient et un tiers pense que leur statut tabagique favorise la communication avec le patient. Il n'existe pas de différence significative entre la population des fumeurs et des non-fumeurs. En effet, les fumeurs mettent en avant que leur connaissance du produit amène une empathie vis-à-vis des fumeurs alors que la population non fumeuse pense que le fait de ne pas fumer a valeur d'exemplarité vis-à-vis du patient. (71)
- Deux études montrent l'absence d'influence du statut tabagique du médecin sur la prise en charge du fumeur en médecine générale : l'étude CRAES-CRIPS d'octobre 2003 portant sur les médecins généralistes de la région Rhône-Alpes et l'enquête nationale Baromètre santé de l'INPES 2002-2003.
- Une thèse de médecine soutenue en 2004 par Marc Piardon portant sur 100 MG du Val de Marne apporte des données intéressantes : 100% des médecins fumeurs utilisaient le test de Fagerström et seulement 16% contre 38% des non-fumeurs connaissaient le test HAD. (72)

b- Concernant les objectifs secondaires

- Impact du tabagisme de l'IMG dans la pratique du conseil minimal
 - En comparant les médecins fumeurs et non-fumeurs, Marc Piardon montre également que les données étaient sensiblement équivalentes concernant la demande de la question du tabac et sa notation dans le dossier. (72)
 - Le conseil minimal est peu réalisé en pratique dans les services à l'hôpital. Le conseil semble s'exercer davantage au sein du cabinet du médecin généraliste en ambulatoire indépendamment du statut tabagique de l'interne («rôle de prévention du praticien», « rôle de santé publique », patients « suivis » à long terme, « mes patients »). Il est intéressant toutefois de rappeler que le stage ambulatoire représente le lieu de stage où les IMG fument le moins.
 - D'après les données apportées par le questionnaire court, le conseil minimal ne serait pas réalisé à tous les patients fumeurs mais à la majorité des patients fumeurs. Cependant d'après le diagramme de l'ITC, seuls 27,5% des patients fumeurs en France auraient reçu ce conseil en 2011.

L'étude de Brabant Y. en 2012 (5) montre que seulement 8,9% des internes en Poitou-Charentes le pratiquaient dans son intégralité.

- Le statut tabagique de l'IMG peut jouer un rôle dans cette pratique parfois positif (« je peux me mettre à leur place ») parfois négatif (« je ne me vois pas le faire en puant le tabac »). Parfois et dans une moindre mesure il ne semble pas jouer de rôle (« je ne me sens pas illégitime ») et ce d'autant plus qu'il s'agit de fumeurs occasionnels (« j'ai moins de scrupules à aborder la question que si j'étais un gros fumeur »).
 - Ces résultats semblent plus mitigés que ceux retrouvés dans l'étude du BEH de 2001 où le statut tabagique de l'interne ne semblait pas modifier son attitude vis à vis des patients fumeurs. (1)
 - En 2002, Guarrigues-Nazerzadeh N. et al. ont interrogés 148 médecins généralistes dans la région de Saint-Etienne. Parmi eux 111 ont répondu, montrant que 75% des non-fumeurs interrogeaient systématiquement leurs patients sur leur statut tabagique contre 64% chez les fumeurs ($p < 0.032$). (74)
 - Une thèse de médecine réalisée auprès de 369 médecins généralistes de la Vienne montrait également que ceux n'ayant jamais fumé abordaient avec leurs patients plus systématiquement la question du tabac. (73)
 - Par ailleurs, selon l'étude de 2008 de De Col P. et al. , les « non-fumeurs » estiment que le fait de ne pas fumer augmente leur pratique du conseil minimal tandis que les médecins fumeurs pensent que leur statut tabagique n'a pas d'influence sur cette pratique. (71)
- Impact des critères internes à chaque stage dans la consommation tabagique de l'IMG
 - Lieux de stage : les urgences générales et pédiatriques où la consommation tabagique des internes est la plus haute s'opposent au stage de médecine ambulatoire. Ce résultat vient corroborer celui de la thèse d'Antoine Le Tourneur et Valériane Komly concernant le BOS et les lieux de stage où les urgences correspondent au stage le plus à risque de BOS avec le taux le plus élevé de fumeurs et inversement pour le stage chez le praticien. (2)
 - Facteurs jouant un rôle dans l'augmentation de la consommation :
 - La charge de travail et le flux des patients
 - La pression exercée par les chefs
 - L'ambiance stressante
 - Le temps passé sur le lieu de travail (gardes de 24h)
 - La facilité : localisation des urgences, fréquence des pauses, autonomie
 - Mais surtout le caractère social, l'environnement et l'entourage fumeur (infirmières, aides-soignantes, co-internes et chefs).

- Facteurs jouant un rôle dans la diminution de la consommation :
 - Stage chez le praticien: diminution des interactions sociales
 - Médecin généraliste non-fumeur
 - Difficultés : locaux non appropriés chez le praticien, pas de pauses ou rares pauses entre les consultations, patients connus et suivis (prise de conscience et culpabilité).

- Facteurs ne jouant pas de rôle sauf pour un seul IMG: évènements traumatisants liés au tabac (IDM, BPCO) du fait de leur caractère impersonnel.

- Ces résultats reflètent ceux obtenus par Benoit Dinet en 2010 sur le tabagisme des médecins généralistes. Selon l'auteur, les médecins sont, comme ils le disent eux-mêmes, "des êtres humains comme les autres", sensibles à certains bénéfices physiques ou psychiques que procure le fait de fumer du tabac et dépendants de facteurs physiques, psychiques, sociaux ou professionnels liés à ce comportement. Les interactions entre leur vécu, les effets du tabagisme, l'exercice difficile de leur métier et la réceptivité de leurs patients sont grandes et difficilement maîtrisables. **(17)**

5) Solutions proposées

- Agir sur le personnel paramédical: les infirmiers et les aides-soignants (campagne ++++ à l'intérieur de l'hôpital).
- Délimiter une zone interdite aux fumeurs devant l'entrée des urgences.
- Conseil minimal rendu obligatoire et inscrit dans les observations à l'hôpital au même titre que les « allergies » ou les « antécédents médicaux ».
- Récompenser financièrement les médecins généralistes qui font le conseil minimal au même titre que la bonne prise en charge du diabète.
- Récompenser les praticiens qui suivent les patients dans leur sevrage tabagique en prenant en compte la traçabilité des substituts.

III - CONCLUSION

Le tabac, véritable meurtrier à distance, est partout... Il se consume jusque dans les couloirs des établissements de santé. Les IMG, de part leurs conditions de travail difficiles et l'absence de prise en charge personnalisée, sont également victimes de ce fléau.

Certains stages en particulier les services d'urgence et de pédiatrie où le risque de BOS est le plus élevé, semblent entretenir un cercle vicieux en faveur d'une consommation tabagique accrue (ambiance stressante, flux de patients élevé, proximité du coin fumeur, surmenage, gardes, lien social).

La connaissance personnelle du long et laborieux parcours du sevrage tabagique, et notamment l'expérience de l'échec, ferait de l'IMG fumeur et ancien fumeur les plus aptes à répondre à une demande d'aide au sevrage, en abordant le cheminement psychologique du patient fumeur, contrairement aux IMG non-fumeurs qui auraient tendance à réduire la consultation à une simple prescription de substituts nicotiniques.

Pour pallier à cette méconnaissance, une formation plus poussée dans ce domaine d'un point de vue théorique (enseignement de l'EM) mais aussi et surtout de façon pratique à travers des ECOS ou la possibilité d'assister à des consultations de tabacologie par exemple, pourrait être une réponse adaptée à ce problème.

Malgré des résultats très encourageants concernant la réalisation du conseil minimal dans l'aide au sevrage tabagique, ce dernier est très peu pratiqué à l'hôpital et pratiqué de façon non systématique au cabinet du médecin généraliste. Le statut tabagique semble jouer un rôle plutôt néfaste dans cette démarche de prévention.

La rendue obligatoire de la réalisation du conseil minimal avec consignation écrite dans le dossier médical permettrait de généraliser cet outil d'aide au sevrage tabagique dans tous les services hospitaliers. Certains services s'y attellent déjà notamment les services de réanimation cardiologique avec un réel succès.

Concernant la médecine ambulatoire, la réalisation du conseil minimal pourrait être récompensée par la sécurité sociale au même titre que la bonne prise en charge du diabète.

L'idée même d'introduire des périodes de campagne anti-tabac, au sein des facultés de médecine, s'adressant directement aux futurs médecins, comme à des patients, en ciblant une prise de conscience sur les impacts que leur tabagisme risque d'avoir dans leur rôle préventif, pourrait réveiller une réflexion positive dans la mise en place de l'aide au sevrage.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Les feuilles d'ECOS

ECOS

Compétences des IMG (fumeur vs non fumeur)

dans l'aide au sevrage tabagique

Thème : Sevrage tabagique

Durée : 14 mn

Version : Septembre 2013.

Auteur : Rabier Emmanuelle – UFR X. BICHAT

Relecture : D. Baruch et E. Galam – UFR X. BICHAT

M. Frarier – UFR X. BICHAT

L. Kerner – Tabacologue

1. DIRECTIVES DESTINEES AU PATIENT SIMULE

1.1. Informations initiales.

Vous vous appelez Roger Camel. Vous avez 46 ans. Vous mesurez 175 cm et pesez 68 kg. Vous consultez votre médecin de famille, le docteur Dubois un lundi matin.

1.2. Directives pour l'entretien.

1.2.1. Début de l'entretien.

« Docteur faut que j'arrête de fumer ! »

1.2.2. Attitude pendant l'entretien.

Vous êtes en confiance avec le Dr Dubois.

Vous ne répondez qu'aux questions posées par le candidat, sans les devancer.

Vous glisserez au cours de la consultation « et vous Docteur, vous fumez ? » et/ou « vous n'avez jamais fumé ? »

1.2.3. Histoire médicale actuelle.

Vous avez fait un infarctus non compliqué il y a 1 mois traité par angioplastie et toute la batterie de médicaments qui va avec. Vous vous en êtes plutôt bien tiré! Vous sortez de maison de convalescence et votre cardiologue vous a formellement contre indiqué de fumer sous peine de récurrence.

Vous n'avez pas pu voir le tabacologue à l'hôpital. De toute façon c'est le Dr Dubois votre docteur, vous préférez que ce soit lui qui s'occupe de vous.

Depuis l'incident, vous êtes passé de 2 paquets à 1 paquet mais c'est très dur avec tout ce stress que vous venez de vivre... et votre femme qui fume sans gêne devant vous. Tous vos collègues fument sauf Ludo...

1.2.4. Antécédents personnels.

Vous êtes maçon.

Vous êtes suivi par le Dr Dubois pour HTA essentielle.

Vous ne buvez pas d'alcool. Vous n'avez jamais pris de cannabis ou autres drogues ça ne vous intéresse pas.

Vous ne faites pas de sport, et marchez peu.

En réponse aux questions du Dr Dubois :

Vous fumez votre première cigarette avec votre café soit 15 min après le lever. Vous n'avez jamais essayé d'arrêter. Mais là il le faut avec ce qui vous est arrivé, vous n'avez plus le choix...

Vous fumez 2 paquets de cigarettes par jour depuis 20 ans. Vous avez commencé à l'âge de 16 ans quand vous avez commencé à travailler. Vous êtes rapidement passé à 1 paquet par jour puis à 2 par jour. Ce n'est plus un plaisir depuis longtemps, c'est devenu un automatisme.

Vous fumez toute la journée, peut-être un peu plus le matin. En général, vous évitez les endroits où vous ne pouvez pas fumer...

1.2.5. Antécédents familiaux.

Vous êtes marié : votre femme est en bonne santé mais fume autant que vous voir plus et elle n'est pas prête à arrêter.

Vos 3 enfants sont en bonne santé, ne fument pas et aimeraient que vous arrêtiez.

Votre père est décédé à l'âge de 50 ans d'un AVC.

1.3. Directives pour l'examen physique.

Le candidat n'aura pas d'examen physique à effectuer.

La consultation sera dédiée entièrement au tabac et à l'aide au sevrage.

1.4. Directives pour les interventions diagnostiques et thérapeutiques.

Vous êtes coopératif, prêt à respecter les consignes de traitement (vous acceptez les patchs parmi les différents traitements proposés) et de suivi.

Vous êtes un peu angoissé par ce qui vous est arrivé et par le fait de devoir arrêter de fumer. Vous pensez ne pas y arriver seul.

Vous avez conscience des risques que vous encourez si vous continuez de fumer.

Vous n'évoquez vos angoisses actuelles, vos problèmes de sommeil et vos conflits avec votre femme à propos du tabac que si le Dr Dubois vous questionne sur le sujet.

Vous accepterez volontiers un anxiolytique ou hypnotique pour vous aider à dormir.

1.5. Directives pour la fin de l'entretien.

Deux minutes avant la fin, l'examineur avertira le candidat.

Grille pondérée sur 100 :

Action attendue	Fait	Note/ 100
Bilan et soutien psychologique		/20
Félicite le patient pour sa démarche « c'est très bien que vous soyez venu me voir pour ça »		4
Remarque que le patient a réduit sa consommation de lui-même « c'est un très bon début, nous ferons le reste du chemin ensemble »		2
Propose au patient d'inciter sa femme à l'accompagner dans l'arrêt du tabac		2
Fait demander à l'entourage de ne pas fumer en sa présence		2
Se renseigne sur le moral du patient : recherche un syndrome anxio-dépressif		5
Recherche des troubles du sommeil		3
Propose un anxiolytique ou un hypnotique sur une courte durée		2
Habitudes de vie et environnement		/15
Propose un test de Fagerström à remplir ou se renseigne sur : <ul style="list-style-type: none"> - le délai de la première cigarette au réveil - la cigarette à laquelle il tient le plus - le rythme soutenu (matin versus reste de la journée) - la difficulté à ne pas fumer dans les lieux interdits - le fait qu'il fume lorsqu'il est alité 		5 ou 1 1 1 1 1
Se renseigne sur les autres addictions du patient (alcool, drogues)		2
Recherche pourquoi le patient fume (geste automatique, plaisir, convivialité, antistress, concentration, antidépresseur, anorexigène)		3
Se renseigne sur l'entourage du patient : famille et amis fumeurs ou non		5
Bilan tabagique		/15
Se renseigne sur l'histoire du patient avec le tabac (âge de la première cigarette, âge du tabagisme quotidien, budget hebdomadaire consacré au tabac, tentatives antérieures de sevrage tabagique)		4
Se renseigne sur le degré de motivation du patient (à quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer ? Quelle confiance auriez-vous dans votre capacité à y parvenir ?)		5
Remarque que le patient a dit : « faut que j'arrête » = contrainte versus « j'ai décidé d'arrêter »		2
Fait écrire au patient les pour et les contre du sevrage (pourquoi voulez-vous arrêter de fumer ? Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?)		4
Aide au sevrage		/25
Propose les différents traitements de substitution nicotinique : <ul style="list-style-type: none"> - dispositifs transdermiques - gommes à mâcher - comprimés à sucer/comprimés sublinguaux - inhalateurs - traitement pharmacologique (Bupropion, Champix) - cigarette électronique 		2 2 2 2 2 0
Elabore une ordonnance correcte : Nicopatch 21mg/24h pendant 3 à 4 semaines		5
Informe sur les TCC		2
Elabore un projet ensemble (jeter les cigarettes restantes, faire disparaître les cendriers/briquets)		5
Propose des documents d'aide à l'arrêt au tabac		1
Conseils sur une activité sportive adaptée (marche, natation)		2
Contrat thérapeutique et suivi		/15
Fixe des objectifs ensemble : date d'arrêt +++		7
Précise que l'objectif est l'arrêt absolu (prévention secondaire +++)		3
Fixe des rendez-vous de suivi		5
Implication personnelle de l'interne		/10
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Si interne fumeur</u>: non déstabilisé par la question « vous fumez ? », rebondit et utilise sa propre addiction à bon escient « c'est un(e) fumeur (se) qui vous le dit... je me rends compte que je fume alors que je n'en ai plus forcément envie... je pense moi-même à arrêter... » • <u>OU si interne ancien fumeur</u> : utilise sa propre expérience de sevrage à bon escient (« moi-même j'ai été confronté à... »), expose les bienfaits du sevrage • <u>OU si interne non fumeur</u> : utilise l'absence d'addiction à bon escient, décrit les avantages à ne pas fumer (odeur, économie, souffle...) • <u>OU réponse restant dans le cadre professionnel</u> : « que je fume ou que je ne fume pas, ce n'est pas ça qui va vous aider dans votre démarche de sevrage... » 		3 ou 3 ou 3 ou 2
Attitude motivée (encouragements +++ conseils +++ soutien +++ prise en charge globale du patient) et empathique		2
Consultation structurée et maîtrisée : <ul style="list-style-type: none"> • Bonnes connaissances de l'interne dans l'aide au sevrage tabagique • Evalue initialement le moral du patient avant arrêt du tabac 		2 3

DIRECTIVES DESTINEES A L'EXAMINATEUR

1. Remarques générales.

Dans un 1^{er} temps, cet ECOS a pour objet de vérifier les aptitudes du candidat :

- A mener à bien une consultation d'aide au sevrage tabagique (bilan tabagique, environnement et entretien motivationnel) dans le cadre de la prévention secondaire
- A connaître et maîtriser les différents substituts nicotiques
- A élaborer avec le patient un contrat thérapeutique
- A accompagner le patient dans sa démarche au sevrage tabagique sur le moyen terme
- A évaluer l'état psychologique du patient lors de cette consultation

Dans un 2^{ème} temps, cet ECOS servira comme outil méthodologique dans le cadre d'une thèse visant à analyser l'implication personnelle de l'interne dans la consultation d'aide au sevrage tabagique en fonction de son statut tabagique.

2. Directives détaillées.

2.1. Vous évaluez le candidat en fonction de la grille jointe.

2.2. Données de l'examen clinique.

Le candidat n'aura pas d'examen clinique à effectuer.

2.3. L'entretien dure 14mn.

A 2 mn. de la fin de l'entretien, vous annoncerez clairement : « il reste 2 minutes ».

2.4 Statut tabagique du candidat

Vous préciserez si l'interne examiné est fumeur ou non-fumeur ou ancien fumeur.

Statut tabagique de l'interne :

DIRECTIVES DESTINEES AU CANDIDAT

Vous êtes le docteur Dubois et recevez en consultation le lundi matin Monsieur Roger Camel, 46 ans.

Vous êtes médecin de sa famille.

Votre dernière consultation remonte à 6 mois.

Vous n'avez pas à effectuer l'examen clinique au cours de cette consultation.

Le patient a vu son cardiologue la semaine dernière. L'ordonnance est à jour et complète.

La consultation sera entièrement dédiée au tabac et à l'aide au sevrage tabagique.

Test de Fagerström



tabac-info-service.fr

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

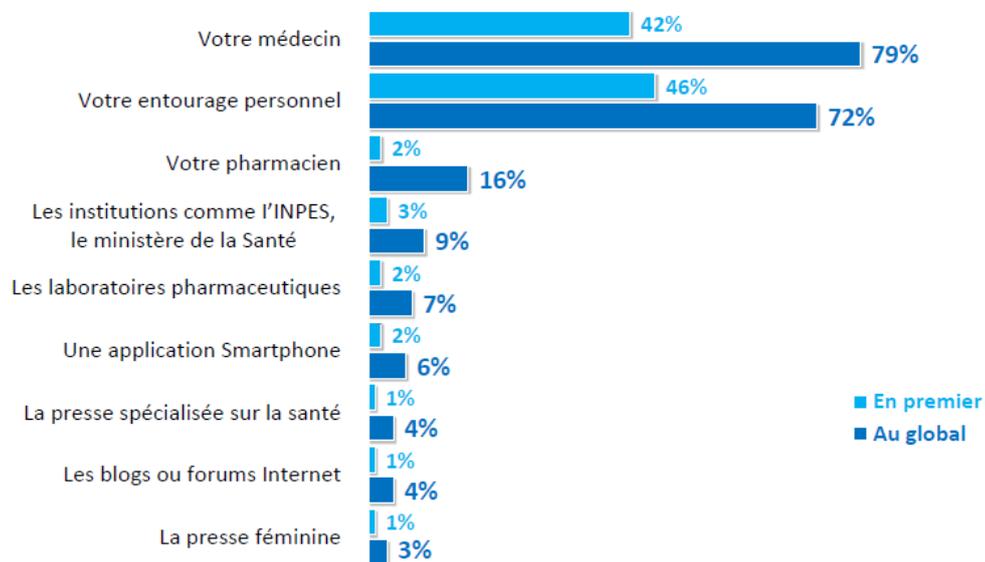
Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

Tabac-info-service.fr est le site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.
Pour toute question sur l'arrêt du tabac et pour bénéficier d'un suivi personnalisé gratuit par un tabacologue, appelez le 39 89*.
* 0,15 €/min depuis un poste fixe, du lundi au samedi de 9h à 20h.

ANNEXE 3: Diagramme IFOP juillet 2013 :
Fumeurs français et facteurs d'aide au sevrage tabagique
 (Diagramme distribué aux IMG lors des plénières en 2013 pour les inciter à réaliser le conseil minimal)

Les acteurs les plus légitimes pour inciter à s'arrêter de fumer

Question : Parmi la liste suivante, qu'est-ce qui vous aiderait le plus à arrêter de fumer ? En premier ? En second ?



Base : question posée uniquement aux fumeurs, soit 25% de l'échantillon

ANNEXE 4 : Résultats concernant l'objectif principal

-Impact du tabagisme de l'IMG dans l'aide au sevrage tabagique-

A - CODE COULEUR

Code couleur utilisé pour la réponse de l'interne à la question « *et vous Docteur est-ce que vous fumez ou avez-vous déjà fumé ?* » :

Fumeur régulier, **Fumeur occasionnel**, **Ancien fumeur**, **Famille ou conjoint fumeur**, Non-fumeur

Code pour les commentaires de la thésarde : ***gras italique***

B- SESSIONS REALISEES EN FIN DE STAGE CHEZ LE PRATICIEN

- INTERNES FUMEURS REGULIERS :

- « **Je suis un ancien fumeur, j'ai arrêté avec les patchs au bout de 3 mois, ce sera sûrement un peu plus long pour vous qui êtes un plus gros fumeur mais vous y arriverez aussi ...**»

Note globale : 60/100 Soutien psychologique : 10/20 Implication personnelle : 7/10

Aspect positif : Il nous a avoué après l'entretien qu'il avait repris la cigarette après un sevrage de trois mois mais qu'il n'avait pas voulu le dire au patient pour mieux l'encourager et pour qu'il ait vraiment confiance dans la méthode des patchs.

Remarque : Première consultation où l'interne s'implique et joue son rôle de médecin jusqu'au bout. Très bonnes connaissances... Malgré son échec personnel, il veut aider son patient et on sent qu'il y croit, peut-être qu'il s'est aidé un peu lui-même à travers cette consultation... D'ailleurs avant qu'il parte on a pu lui glisser « ça ne t'as pas donné envie d'arrêter? »

- « **Moi j'ai arrêté justement. Je n'ai pas eu d'infarctus comme vous mais on sait très bien tous les deux que ce n'est pas bien pour nous. Comment j'ai fait ? J'ai utilisé un autre substitut que les patchs : la cigarette électronique, ça revient moins cher...** »

Note globale: 55/100 Soutien psychologique: 13/20 Implication personnelle:7/10

Points négatifs : Très déstabilisée par la question, elle part sur la cigarette électronique alors que le patient s'était laissé convaincre par les patchs. Du coup, ouverture d'une discussion sur la cigarette électronique et patient un peu perdu... Le contrat thérapeutique est mal fait, elle ne propose pas d'objectif.

Aspect positif : Félicite et remarque que le patient a réduit sa consommation. Fait partie des rares internes qui recherchent pourquoi le patient fume.

Remarque : Finalement, l'interne nous avoue à la fin de l'entretien vouloir arrêter.

- « **J'ai arrêté de fumer, je sais justement que ce n'est pas facile. Comment ? Quand j'ai eu mon premier enfant, j'ai arrêté. » En réalité, elle n'a pas d'enfant et fume toujours.**

Note globale: 67/100 Soutien psychologique: 6/20 Implication personnelle: 7/10

Points positifs : *Contrat thérapeutique très bien amené. Elle élabore un réel projet avec le patient, se renseigne sur son degré de motivation, lui fait écrire les pour et les contre du sevrage et propose un agenda. Devant la phrase du patient « j'ai un ami qui a un cancer du poumon alors qu'il n'a jamais fumé », elle rétorque: « C'est une histoire de prise de risques. Si vous traversez un passage piéton au vert, vous avez peu de risques de vous faire renverser. Mais je ne peux pas vous le garantir à 100% ! Maintenant si vous traversez au rouge, c'est à vos risques et périls, vous augmentez les risques de vous faire écraser de manière exponentielle et délibérée !!! ».*

Aspect négatif : *Problème de l'interne fumeur qui ne veut pas perdre toute crédibilité et qui crée un mensonge sans réel intérêt pour notre patient « et oui vous avez ça vous les femmes, mais pas moi » lui a-t-il répondu.*

Remarque : *Cette interne avait participé à mon focus groupe et avait expliqué que son tabagisme n'avait pas de conséquences sur la prise en charge d'un patient fumeur notamment sur le conseil minimal. Après l'ECOS, nous en reparlons ensemble et elle m'avoue que finalement si, cela avait un impact et qu'elle n'avait pas pu lui dire la vérité.*

- INTERNES ANCIENS FUMEURS :

- « Non je ne fume pas mais ça ne veut pas dire que je ne peux pas vous aider, je suis beaucoup de patients dans le sevrage. »

Note globale: 69/100 Soutien psychologique: 9/20 Implication personnelle:10/10

Points positifs : *Contrat thérapeutique parfaitement établi, recherche pourquoi le patient fume. La consultation est parfaitement maîtrisée, l'interne se montre très impliquée. On sent qu'elle s'y connaît et qu'elle sait où elle va.*

- « Non je ne fume pas. Mais j'ai fumé. Comment j'ai arrêté ? J'ai arrêté comme ça sans les patches. Mais je fumais moins que vous et depuis moins longtemps. Devant votre consommation, il est préférable et tout à fait normal d'avoir besoin d'aide. »

Note globale: 77/100 Soutien psychologique: 15/20 Implication personnelle: 10/10

Points positifs : *Contrat thérapeutique parfaitement établi, interne très empathique et très motivée, très bonnes connaissances, consultation parfaitement maîtrisée. Elle emploie les phrases clés de la grille « Que craignez-vous en arrêtant de fumer ? » et « Nous allons élaborer un projet ensemble ». Elle parle des avantages de l'arrêt (souffle, odeur, économie), elle recherche des troubles du sommeil et s'intéresse au patient au-delà de la simple prise en charge médicamenteuse.*

- INTERNES FUMEURS OCCASIONNELS :

- « Non. Moi ça m'est arrivé... occasionnellement. Si vous me posez cette question... c'est que vous pensez que je vous comprends difficilement ? En ce moment je ne fume pas voilà. (Sourires. Se reprend). Mais je peux vous aider ».

Note globale: 72/100 Soutien psychologique: 11/20 Implication personnelle:10/10

Points positifs : Contrat thérapeutique très bien mené, climat de confiance rapidement installé, interne motivé avec beaucoup d'empathie, très bonnes connaissances, consultation structurée (à noter que cet étudiant a un maître de stage très compétent dans le domaine). Propose le test de Fagerström, un des seuls internes à proposer des documents écrits d'aide au sevrage.

- « Non, non je ne fume pas. Oui j'ai déjà fumé. On a tous quelques vis. J'ai arrêté. Je ne fume qu'à de rares occasions. Il y a des gens qui ont plus de chance que d'autres c'est-à-dire que certaines personnes ont des récepteurs moins dépendants à la nicotine. (...) Si vous arrêtez, vous rattraperez l'espérance de vie de quelqu'un qui n'a jamais fumé au bout de quelques années ».

Note globale: 35/100 Soutien psychologique: 6/20 Implication personnelle: 5/10

Points négatifs : Absence d'élaboration de contrat thérapeutique, elle ne fixe pas d'objectif et le suivi est suggéré par le patient. Un cercle vicieux de négativisme, de fatigabilité et de découragement se crée entre les 2 interlocuteurs.

- « Non je ne fume pas. Oui j'ai déjà fumé. Là n'est pas la question. Là je suis là pour vous accompagner. La question n'est pas de savoir si je fume ou pas.

Note globale: 47/100 Soutien psychologique: 0/20 Implication personnelle: 9/10

Points négatifs : Contrat thérapeutique incomplet (propose un suivi mais ne fixe pas d'objectifs). Passe un peu trop de temps sur les traitements.

Point positif : Remarque que le patient dit « faut que j'arrête » et non « j'ai envie d'arrêter » mais le patient rôle se montre très peu motivé.

- INTERNES NON FUMEURS mais ENTOURAGE PROCHE FUMEUR (famille/conjoint) :

- « Non ».

Note globale: 30/100 Soutien psychologique: 4/20 Implication personnelle: 0/10

Aspect négatif : Oriente la consultation sur les substituts nicotiques pour palier je pense au manque de connaissances sur le sujet et le manque d'intérêt. Le patient rôle ne s'est pas senti accompagné dans sa démarche. Quelques secondes après le début de l'entretien : « - vous voulez arrêter ? Je peux vous proposer des patchs ça vous coupera votre envie de fumer !! - Vraiment docteur je n'aurais plus envie ? - Oui avec les patchs et les gommes pas de souci je vous assure. » **Absence d'élaboration de contrat thérapeutique.**

Remarque : petit ami fumeur.

- « Je ne fume pas mais j'ai une famille de fumeurs, j'ai essayé de faire arrêter mon père qui faisait beaucoup de psoriasis à cause du tabac. »

Note globale: 30/100 Soutien psychologique: 4/20 Implication personnelle: 3/10

Aspect négatif : Peu de connaissances et d'intérêt sur le sujet. Consultation courte. Peu d'empathie. Ne fixe pas les objectifs dans le contrat thérapeutique.

➤ «- Non - d'accord -d'accord »

Note globale: 52/100 Soutien psychologique: 0/20 Implication personnelle: 6/10

Aspect positif: Bonnes connaissances sur le sujet, consultation structurée et contrat thérapeutique respecté.

Aspect négatif: Très peu d'empathie.

Remarque: Nous avoue à la fin de l'ECOS «j'ai mon père qui est maçon et qui a arrêté de fumer... »

Au final ce que j'ai pu prendre pour de la non considération était une prise de distance par rapport à une situation qui lui était bien familière... et peut être douloureuse.

• INTERNES NON FUMEURS:

➤ « Non je ne fume pas. »

Note globale: 23/100 Soutien psychologique: 4/20 Implication personnelle: 0/10

Aspect négatif: Non motivée par le sujet, oriente plusieurs fois vers un tabacologue. Très peu de connaissances. Consultation très courte. A pris beaucoup de distance par rapport au patient et au sujet, peut être le contexte de grossesse...Absence d'élaboration de contrat thérapeutique.

➤ « Non. »

Note globale: 25/100 Soutien psychologique: 0/20 Implication personnelle: 0/10

Aspect négatif: Consultation brève orientée entièrement sur les traitements... N'a pas entendu les angoisses du patient, n'a pas proposé spontanément de suivi. Manque de motivation ressenti et signalé par le patient à la fin de l'entretien. Absence d'élaboration de contrat thérapeutique.

➤ « Ah non ! Je ne fume pas, je n'ai jamais fumé » **puis passe très vite à autre chose...**

Note globale: 25/100 Soutien psychologique: 2/20 Implication personnelle: 0/10

Aspect négatif: Aucune implication de la part de l'interne non concerné par le sujet. Absence d'élaboration de contrat thérapeutique.

➤ « Non je n'ai pas fumé mais j'ai suivi pas mal de patients fumeurs.»

Note globale: 27/100 Soutien psychologique: 2/20 Implication personnelle: 3/10

Remarque: A su rebondir sur la question mais en même temps n'y croyait pas vraiment et cela s'est ressenti tout au long de la consultation.

➤ « Non je ne sais pas ce que c'est.»

Note globale: 20/100 Soutien psychologique: 0/20 Implication personnelle: 0/10

Aspect négatif : *Très déstabilisé par le sujet, a voulu faire l'examen clinique et revoir chaque médicament de l'ordonnance du cardiologue alors qu'il est bien stipulé dans les consignes qu'il ne faut pas. La consultation a été très courte à cause du manque de connaissances certain mais aussi parce que l'interne était parti d'emblée perdant. Aucune empathie. Absence d'élaboration de contrat thérapeutique.*

- « Moi je n'ai jamais fumé et j'en suis très content, je ne pourrais pas vous parler de mon expérience d'ancien fumeur mais je suis très motivé pour vous aider. »

Note globale: 55/100 Soutien psychologique: 7/20 Implication personnelle: 8/10

Aspect positif : *La consultation est très bien construite et menée jusqu'au bout avec beaucoup d'aisance et de motivation. Il manque un peu de connaissances mais a tellement d'empathie que le patient est très satisfait à la fin de la prise en charge. Contrat thérapeutique bien réalisé.*

Remarque : *Seul interne à avoir précédé le scénario.*

- « Moi je ne fume pas mais je peux très bien vous aider là-dedans. »

Note globale: 46/100 Soutien psychologique: 4/20 Implication personnelle: 7/10

Aspect positif : *Recherche des troubles du sommeil. Bonne implication personnelle et empathie.*

Points négatifs : *Manque de connaissances. Contrat thérapeutique incomplet (objectifs non précisés).*

- « Non. » (Long silence) « Mais je suis sensibilisée à ça. »

Note globale: 45/100 Soutien psychologique: 4/20 Implication personnelle: 5/10

Aspect négatif : *Elle palie son manque de connaissances en réorientant la consultation sur les règles d'hygiène, le sport, l'alcool... Absence d'élaboration de contrat thérapeutique. Peu d'empathie.*

- « Non jamais. » puis change tout de suite de sujet...

Note globale: 20/100 Soutien psychologique: 0/20 Implication personnelle: 0/10

Aspect négatif : *Manque cruel de motivation. Peu d'empathie. Consultation courte, non finie. Absence d'élaboration du contrat thérapeutique.*

Remarque : *Elle nous avoue après l'entretien qu'elle n'aime pas les situations d'ECOS où elle se sent comme en examen et ne fait pas ce qu'elle ferait en temps normal... « Je n'ai pas pu avoir d'empathie pour ce faux patient... ».*

- « Non, moi je ne fume pas. (Long silence) Pourquoi cette question ? Vous voulez savoir si j'ai le même problème que vous ? Je ne peux pas me mettre à votre place mais je peux essayer, je sais que ce n'est pas facile mais c'est très important pour vous d'arrêter de par vos antécédents médicaux ».

Note globale: 43/100 Soutien psychologique: 8/20 Implication personnelle: 4/10

Aspect négatif : Donne des conseils et des explications de façon scolaire sans réelle empathie, reste en surface du problème. Ton un peu moralisateur. Contrat thérapeutique incomplet. Ne sait pas comment terminer la consultation. Soutien psychologique biaisé par un patient rôle très déprimé.

- « Moi je n'ai pas fumé. Mais j'ai déjà aidé des gens à arrêter de fumer ».

Note globale: 48/100 Soutien psychologique: 14/20 Implication personnelle: 7/10

Aspect négatif : Contrat thérapeutique non réalisé. Elle fait à peu près et dit à peu près ce qu'il faut dire mais manque de profondeur et de conviction. Soutien psychologique biaisé par un patient rôle très déprimé.

- « Non, non je ne fume pas MOI ».

Note globale: 20/100 Soutien psychologique: 0/20 Implication personnelle: 0/10

Aspect négatif : Contrat thérapeutique non réalisé. Pas d'empathie, pas de motivation, connaissances inexistantes. Consultation très courte inachevée.

- « Non, je ne fume pas. »

Note globale: 48/100 Soutien psychologique: 9/20 Implication personnelle: 4/10

Aspect négatif : Contrat thérapeutique non réalisé. Consultation un peu courte orientée sur les traitements. Peu de motivation de la part de l'interne. Empathie et soutien psychologique biaisés par un patient rôle trop déprimé.

Tableau récapitulatif : moyenne des notes des internes
Concernant les sessions de fin de stage chez le praticien :

	Fumeurs réguliers actifs	Anciens fumeurs	Fumeurs occasionnels	Non-fumeurs	Non-fumeurs dont entourage proche fumeur
N= 24	3	2	3	16	3
Moyenne note globale	60,7/100	73/100	51.3/100	34.8/100	37.3/100
Moyenne implication personnelle	7/10	10/10	8/10	2.9/10	3/10
Moyenne soutien psychologique	9.7/20	12/20	5.7/20	3.8/20	2.7/20

C- SESSIONS REALISEES EN DEBUT DE STAGE CHEZ LE PRATICIEN

- INTERNES FUMEURS REGULIERS :

- « - Non moi je ne fume pas.
 - Alors vous ne savez pas ce que c'est d'arrêter ...
- Si je le sais bien, je suis beaucoup de patients qui essaient d'arrêter

- Alors je vais souffrir ?

➤ **Votre corps souffre autrement avec la cigarette ».**

Note globale: 67/100 Soutien psychologique: 10/20 Implication personnelle: 7/10

Points positifs : *Évalue initialement l'état psychologique du patient, propose un soutien psychologique et le contrat thérapeutique est bien réalisé.*

Remarque : *En aparté à la fin de l'ECOS, nous avoue être étonnée que son maître de stage fume (ne s'en est pas rendue compte tout de suite) alors que très convaincante avec ses patients dans l'aide au sevrage en se faisant passer pour une non fumeuse...*

Auto-évaluation: « Difficultés lorsqu'il me demande si je fume. Le fait que le patient ait déjà le projet d'arrêter et a déjà diminué de moitié facilite beaucoup la tâche, on n'a pas à le convaincre (plus facile que dans certains cas...). »

➤ **« Oui je suis fumeur. (Sourires). Oui j'ai déjà arrêté. Sans substitut. Et c'est peut-être ça qui m'a manqué. En plus, je n'avais pas de réelle motivation contrairement à vous. Je ne suis pas un bon exemple. On est là pour parler de vous ».**

Note globale: 60/100 Soutien psychologique: 2/20 Implication personnelle: 10/10

Aspect positif : *Contrat thérapeutique bien construit, élabore un projet ensemble. Sujet maîtrisé. Le patient est très satisfait de la prise en charge :* « La consultation était tournée sur le côté pratique et concret de la chose, il sait de quoi il parle et ça se sent tout de suite, du coup ça marche bien. » **Médecin honnête et franc :** « Je vais vous suivre. Je vais aussi vous donner le numéro d'associations qui pourront vous aider. Ils peuvent avoir des idées bien meilleures que les miennes. Je vous l'ai dit je ne suis pas un bon exemple. » **Mais bizarrement, ça a l'air d'avoir fonctionné...**

Aspect négatif : *Bilan psychologique non réalisé.*

Feuille d'autoévaluation non restituée.

➤ « Oui je fume. Et pour l'instant je n'ai jamais essayé d'arrêter. »

Note globale : 28/100 Soutien psychologique : 4/20 Implication personnelle : 0/10

Aspect négatif : *Veut orienter vers un tabacologue. Manque de motivation et d'empathie.*

➤ **« Oui (Rires). Non je n'ai pas envie d'arrêter. »**

Note globale : 23/100 Soutien psychologique : 8/20 Implication personnelle : 0/10

➤ **« Oui je fume mais il faut que j'arrête. Moi je n'ai pas envie d'essayer les patchs. C'est un automatisme comme vous. Moi personnellement c'est la cigarette électronique. »**

Note globale : 21/100 Soutien psychologique : 6/20 Implication personnelle : 2/10

• INTERNES ANCIENS FUMEURS :

➤ **« Non j'ai arrêté justement... Avec la motivation, oui tout à fait. Moi personnellement, je n'ai rien pris, j'ai arrêté comme ça. (Rires)Non je n'ai pas mis de patchs ».**

Note globale: 58/100

Soutien psychologique: 16/20

Implication personnelle: 4/10

Points positifs : *Evoque les bénéfices de l'arrêt du tabac.*

Points négatifs : *Contrat thérapeutique incomplet (fixe des rendez-vous de suivi, ne fixe pas d'objectifs). Réponse sans intérêt pour l'aide au sevrage du patient.*

Auto-évaluation: « Je n'ai pas suffisamment parlé de mon expérience personnelle. Grille trop détaillée. Sujet bien choisi car difficile à maîtriser. »

- (Sourires) « **Non je ne fume pas mais je sais que c'est dur (...) arrêter tout d'un seul coup, c'est difficile : on va vous coller des patches...** ».

Note globale: 37/100

Soutien psychologique: 13/20

Implication personnelle: 7/10

Aspect positif : *Félicite le patient dans sa démarche d'arrêt, évalue l'état psychologique du patient avant le sevrage, recherche un syndrome anxio-dépressif et inclut l'entourage du patient dans sa démarche* « C'est plus facile de faire ça en couple ».

Aspect négatif : *Contrat thérapeutique incomplet. Ne s'intéresse pas à l'histoire du tabagisme du patient.*

Auto-évaluation: « grille difficile !! Bon ECOS sur la prévention secondaire donc ça change... débat cigarette électronique. »

- « **Oui moi j'ai arrêté. J'étais jeune, j'ai arrêté avant d'être vraiment dépendante. Ce n'était pas très difficile pour moi. Mais je sais que certaines cigarettes sont difficiles, celle du café notamment après le repas.** » (...) **Préparez-vous aussi à grossir** »...

Note globale: 42/100

Soutien psychologique: 6/20

Implication personnelle: 4/10

Aspect négatif : *Absence d'élaboration de contrat thérapeutique. C'est le patient qui est obligé de demander* « quand est-ce que je vous revois Docteur ? ». *Propose un rendez-vous éloigné à 1 mois.*

Points positifs : *Evalue le degré de motivation, parle des bénéfices de l'arrêt du tabac.*

Auto-évaluation : « Je ne connais pas bien les moyens possibles. J'ai tout misé sur l'empathie... ! Et essayé de ne pas trop pousser le patient de peur que cela ne produise l'effet inverse de l'effet attendu. L'ECOS est très bien fait. Bon patient. Mais souvent, on n'a pas une consultation entière en ville dédiée à ce sujet. J'ai appris plein de choses ! »

- INTERNES FUMEURS OCCASIONNELS :

- « **Moi je fume quand je fais la fête. Je n'ai jamais eu de réelle dépendance, ça c'est vrai. (Long silence) Je sais que c'est dur mais avec les aides qu'on vous propose et surtout la volonté, on peut y arriver.** »

Note globale: 41/100

Soutien psychologique: 8/20

Implication personnelle: 7/10

Aspect négatif : *Concernant le contrat thérapeutique, propose des rendez-vous de suivi mais ne fixe pas d'objectifs.*

Auto-évaluation : « Je me suis sentie perdue concernant les traitements de substitution. Situation fréquente en cabinet de médecine générale mais trop d'items dans la grille. »

- «Non je ne fume pas. On va dire que je n'ai pas commencé alors c'est plus facile. Mais j'ai beaucoup de patients fumeurs et je les aide dans cette démarche. »

Note globale: 64/100 Soutien psychologique: 12/20 Implication personnelle: 10/10

Points positifs : *Evalue l'état psychologique du patient, recherche un syndrome anxio-dépressif et des troubles du sommeil. Se renseigne sur l'entourage du patient. Contrat thérapeutique parfaitement établi.* « Pour le cœur, plus vite vous arrêtez mieux c'est ! »

Auto-évaluation : « J'étais à l'aise sur la question. Le sujet est bien choisi parce qu'il est classique donc important. Je n'aurais pas mis de points sur le traitement pharmacologique. »

- « Ah non moi je ne fume pas ! » (Sourires)

Note globale : 20/100 Soutien psychologique : 0/20 Implication personnelle : 0/10

Aspect négatif : *Manque de motivation et d'empathie. Consultation très courte non finalisée. Très peu de connaissances sur le sujet. Pas d'élaboration de contrat thérapeutique. N'inclut pas l'entourage du patient dans la démarche de sevrage.*

- « Moi je ne fume pas non, voilà. (...) Faut pas réduire non faut arrêter d'un coup. Et si vous êtes vraiment nerveux avec les patchs alors vous reviendrez me voir. »

Note globale : 37/100 Soutien psychologique : 9/20 Implication personnelle : 3/10

- INTERNES NON FUMEURS mais ENTOURAGE PROCHE FUMEUR (famille/conjoint) :

- «Non, (rires) non je n'ai jamais fumé. Mais je sais que c'est un effort de longue durée. Dans ma famille, il y a beaucoup de fumeurs et beaucoup de personnes qui ont arrêté. Alors croyez-moi je sais ce que c'est. Ce sont les premiers mois les plus durs après c'est pour toute la vie».

Note globale: 44/100 Soutien psychologique: 4/20 Implication personnelle: 6/10

Points positifs : *Fixe des rendez-vous de suivi rapprochés. Remarque que le patient a dit « faut que j'arrête : « c'est un projet de votre part maintenant ? ». Recherche pourquoi le patient fume.*

Auto-évaluation : Pas de commentaire écrit.

- «J'ai essayé quand j'étais jeune. Je crapotais mais je n'aimais pas ça. Mais j'ai une maman, un papa et deux sœurs qui fument. Mon père a décidé de faire un effort pour moi parce qu'il savait que je ne supportais pas ça. Vous avez des enfants ? Ils veulent que vous arrêtez ? Parfait ! Dites-vous : pour mes enfants, je vais arrêter. C'est une réelle motivation. Pour vous, pour eux. (...) Moi je vais vous suivre. S'il y a des rechutes ce n'est pas grave, je serai là, on cherchera pourquoi, on saura ce qui n'a pas marché et on recommencera, on trouvera d'autres solutions. »

Note globale: 70/100 Soutien psychologique: 10/20 Implication personnelle: 7/10

Aspect positif : Très empathique. Propose un soutien psychologique au patient. Excellentes connaissances. Prise en charge du patient dans sa globalité. Evoque les conséquences néfastes du tabac (cancers, BPCO), les bénéfices de l'arrêt du tabac, précise que le patient risque de grossir un petit peu. Contrat thérapeutique : clairement établi mais ne précise pas que l'objectif final est l'arrêt absolu, prévoit de revoir le patient dans 15 jours avec pour objectif : 10 cigarettes par jour.

Auto-évaluation : « Je n'ai pas d'expérience réelle pour l'instant sur l'aide au sevrage. Evoquer le coût des thérapeutiques aurait été intéressant. Pour l'interne non-fumeur : évoquer son expérience de famille ou proches fumeurs dans l'implication personnelle. »

- « Non mais j'ai des proches qui fument. Et ils essaient d'arrêter (Sourires). Je sais que c'est dur. Qu'il peut arriver aux fumeurs de reprendre. Mais il ne faudra pas parler d'échec. Chaque tentative d'arrêt est bénéfique. Votre risque cardio-vasculaire est à chaque fois diminué et vous rapproche de celui de la population générale.

Note globale : 52/100 Soutien psychologique : 13/20 Implication personnelle : 10/10

Aspect positif : Elaboration du contrat thérapeutique. Soutien psychologique.

- INTERNES NON FUMEURS

- « Non, non je ne fume pas. »

Note globale: 36/100 Soutien psychologique: 2/20 Implication personnelle: 2/10

Points négatifs : Faibles connaissances sur le thème. Pas de bilan psychologique réalisé. Consultation superficielle.

Auto-évaluation : « Grille trop complète.»

- « Non du tout. Bein non sinon j'aurais eu du mal à vous convaincre d'arrêter ».

Note globale: 32/100 Soutien psychologique: 4/20 Implication personnelle: 4/10

Points négatifs : Absence d'élaboration de contrat thérapeutique. C'est le patient qui demande à la fin de la consultation «- Quand est-ce que je vous revois Docteur ? -Dans un mois si tout va bien ». Oriente vers un tabacologue à plusieurs reprises malgré le dévouement du patient : «Si vous n'y arrivez pas (silence...) si on y arrive pas, je peux vous orienter vers un spécialiste... ».

Auto-évaluation : « Bien dans l'ensemble.»

- « Non je n'ai jamais fumé. Mais ne vous inquiétez pas, vous allez y arriver. Je suis là pour vous.» **Rebondit tout de suite.**

Note globale: 57/100 Soutien psychologique: 8/20 Implication personnelle: 6/10

Aspect positif : Un suivi rapproché est proposé. La notion d'arrêt absolu est spécifiée. Se renseigne sur le degré de motivation du patient « C'est ce problème de santé qui vous motive ? ». Inclut l'entourage dans le sevrage : «Faire ça à deux, ce sera beaucoup plus facile ». Evoque l'acupuncture, l'hypnose, les associations, les TCC. Bonnes connaissances. Empathie. Consultation structurée.

Auto-évaluation: « Très bon ECOS .Le fait de ne pas être fumeuse moi-même fait penser que le patient peut douter de notre compréhension de son ressenti. »

- (Rires) « Non. (Long silence). Le sevrage tabagique ça va être un peu long. Ca ne va pas se faire du jour au lendemain ». (Souffle).

Note globale : 20/100 Soutien psychologique : 0/20 Implication personnelle : 0/10

Aspect négatif : Manque de motivation. Consultation très courte non finalisée. Très peu de connaissances sur le sujet. Pas d'élaboration de contrat thérapeutique.

Remarque : Sort de la consultation d'ECOS pour nous dire : « Je n'ai aucune expérience sur le sujet. J'ai vu un patient avec mon prat qui voulait arrêter comme Monsieur Camel et il lui a répondu : « Je crois que je ne peux pas vraiment vous aider. C'est une question de volonté. Il faut vous débrouiller tout seul... ».

- « Euh... (Rires)... Est-ce que je fume ? Là non je ne fume pas mais ce n'est pas pour ça que je ne peux pas vous aider. Ce n'est pas pour ça que je vous juge. Avec la démarche que vous êtes en train de faire, vous allez y arriver c'est sûr.»

Note globale : 35/100 Soutien psychologique : 6/20 Implication personnelle : 2/10

- « Non moi je ne fume pas. Je suis anti-tabac. Mes parents ne fument pas. Je n'ai pas connu d'environnement fumeur. C'est certainement plus facile. »

Note globale : 48/100 Soutien psychologique : 11/20 Implication personnelle : 3/10

Aspect positif : Elabore un contrat thérapeutique. Propose des associations et un soutien psychologique.

- « Non je ne fume pas. Mais je vous comprends tout à fait. Des patients comme ça on en voit beaucoup. »

Note globale : 36/100 Soutien psychologique : 10/20 Implication personnelle : 4/10

- « Absolument pas. »

Note globale : 30/100 Soutien psychologique : 6/20 Implication personnelle : 2/10

Tableau récapitulatif : moyenne des notes des internes
Concernant les sessions de début de stage chez le praticien :

	Fumeurs réguliers actifs	Anciens fumeurs	Fumeurs occasionnels	Non fumeurs	Non fumeurs dont entourage proche fumeur
N= 23	5	3	4	8	3
Moyenne note globale	39.8/100	45.7/100	40.5/100	36.8/100	55.3/100
Moyenne implication personnelle	3.8/10	5/10	5/10	2.9/10	7.7/10
Moyenne soutien psychologique	6/20	11.7/20	7.3/20	5.9/20	9/20

ANNEXE 5 : Résultats concernant les objectifs secondaires

A – IMPACT DU TABAGISME DE L'IMG DANS LA PRATIQUE DU CONSEIL MINIMAL

- Code couleur :

Rôle négatif du tabagisme dans la pratique du conseil minimal, Rôle positif, Absence de rôle

- Résultats obtenus à partir des entretiens :
 - Aux urgences gynécologiques, **oui je fais le conseil minimal d'aide à l'arrêt au tabac**. Je leur dis qu'il y a un risque de passage placentaire, qu'il vaudrait mieux arrêter ou réduire du moins pendant la grossesse. **Je ne suis pas gênée non, je leur dis que j'ai arrêté pendant mes 3 grossesses**. J'ai trouvé dans tes dossiers que la plupart de tes patientes ne fumaient pas. **Je me dis qu'elles se confient plus à moi. Qu'elles ne se sentent pas jugées vu que je fume**. Comment elles savent que je fume ? Elles le sentent ! Mais aussi je pense qu'elles voient mon paquet au travers de ma blouse...Si, si regarde c'est un peu transparent on le voit...
 - **Non je pense le faire comme un autre interne non fumeur. Je ne pense pas avoir eu à le faire alors que je sentais la cigarette**.
 - L'obligation par le service qui était agréé de faire le conseil minimal à l'arrêt au tabac et de l'écrire dans le dossier. **Dans le service de cardiologie, j'étais extrêmement gêné. Je ne me voyais pas faire de prévention à un patient qui venait de faire un infarctus massif en puant le tabac**. C'est d'ailleurs comme ça que j'ai progressivement arrêté, je ne fumais plus la journée à l'hôpital uniquement en sortant.
 - **Tu te dis toujours que c'est un peu hypocrite de le faire alors que toi tu fumes mais non je le faisais quand même**. Comme je me suis toujours dit que j'allais arrêter de fumer, que je n'allais pas avoir d'enfants en fumant, que je n'allais pas fumer toute ma vie... De voir les vieilles dames qui fument ça me rend malade, les mères avec leurs enfants ça me rend malade, les personnes de 40 ans qui fument aussi... !
 - **Je fais le conseil minimal parce qu'il fait partie de l'interrogatoire mais peut être avec moins de conviction qu'un non fumeur. Non, je ne fume pas devant eux quand même !**
 - Oui je fais le conseil minimal mais ça dépend avec qui... **J'appréhende le moment où le patient va me demander si je fume**. Maintenant je dis que je suis fumeuse, ça ne sert à rien de mentir aux gens, en plus ils peuvent me croiser dans la rue en train de fumer... **Je m'en sers pour leur dire que je comprends ce qu'ils traversent et après je recentre sur leur pathologie aiguë**.
 - **C'est plus facile pour moi la prévention secondaire que le conseil minimal d'arrêt du tabac dans la mesure où je leur applique strictement le même conseil qu'à moi**, je n'ai pas de pathologie aigüe, je ne tousse pas, je ne suis pas essoufflée.
 - **Je suis là en tant que médecin et pas en tant que personne**. Ça dépend de la personne que j'ai en face, je peux lui dire « que je fume ou que je ne fume pas, ça ne va pas résoudre votre problème » donc là j'évite un peu la question. **Si je sens que la personne me trouve trop moralisatrice ou me fait la réflexion « vous ne savez pas ce que c'est ! » alors là je dis que je fume parce que je sens que ça va m'aider dans la prise en charge...**

- Résultats obtenus à partir du focus groupe :
 - **Oui en tant que fumeur ça ne me pose pas de problème, regarde je mange du gras et je peux dire de ne pas manger gras, je bois de l'alcool et je dis de ne pas en boire... Au final les médecins donnent des conseils qu'ils ne font pas eux forcément...**
 - **Si tu sens vraiment la clope c'est horrible de demander ça...**
 - **Moi j'étais allée chez une gynéco qui puait le tabac, elle avait son paquet qui ressortait de la poche gros comme ça et elle m'a sermonné pendant un quart d'heure sur la pilule et le tabac le truc le machin... Je l'ai regardé en disant mais cocotte t'es sympa mais bon... Voilà quoi de quoi tu parles ?**
 - Ce que l'on peut faire nous qui sommes fumeuses et en médecine, vu qu'on connaît les risques, c'est les dire aux patients qui ne les connaissent pas forcément, y en a beaucoup qui ne connaissent pas TOUS les risques ; **c'est quand même plus difficile de le faire que pour quelqu'un qui ne fume pas. Moi je peux le faire en cabinet parce que je ne sens pas la clope.**
 - Non aux urgences on ne le fait pas, on n'a pas le temps. Et il n'y a pas de suivi, du coup ça ne vaut pas le coup.
 - **Dans les services même si je venais d'aller fumer, je faisais le conseil minimal, clairement !!** Même en mettant pris une grosse cuite la veille, je pouvais lui dire faut pas boire Monsieur, votre foie il est abîmé...
 - **On ne peut pas non plus être irréprochable, je ne me sentais pas illégitime.**
 - **On est des médecins, quand les patients nous voient, on est médecin, ils ne sont pas censés savoir ce que l'on fait, ce que l'on fume ou boit.**
 - Au pire il peut te dire « et vous alors je sens bien que vous fumez », beh oui beh **justement c'est une fumeuse qui vous le dit je sais bien que ce n'est pas facile, je me mets à votre place, je sais quelle satisfaction vous ressentez à fumer, mais c'est un engrenage et je me rend compte que je ne fume pas forcément par ce que j'en ai envie... on est un peu dans le même bateau je vous comprend je pense aussi à arrêter de fumer et je devrais..**
 - **Et aux urgences ce n'était pas vraiment mes patients alors je m'en foutais un peu plus de sentir la clope...**
 - **Au cabinet quand t'es seule avec ton patient et qu'il fait 34° je n'aime pas sentir l'odeur de la clope et poser ce genre de questions...**

B- IMPACT DE CRITERES INTERNES A CHAQUE STAGE DANS LA CONSOMMATION TABAGIQUE DE L'IMG

- Code couleur :

Critères jouant un rôle dans la diminution voire l'arrêt du tabagisme, Critères jouant un rôle dans l'augmentation du tabagisme, Absence de rôle.

- Résultats obtenus à partir des entretiens :

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6
Social plaisir	<p>Il y avait beaucoup de fumeurs (internes et chefs), c'était notre moment privilégié. La pause-café aussi... si quelqu'un te la propose c'est sûr que tu vas fumer. C'est comme avec l'alcool.</p> <p>Si le chef fume beaucoup, c'est difficile de ne pas suivre. La dernière garde que j'ai fait avec un chef comme elle ne fumait pas, je n'ai pas fumé du tout.</p> <p>Peut-être une ou deux en soirée mais je sors très rarement</p>	<p>Les pauses café clopes entre internes c'était aussi un bon moment de convivialité dans ce stage, pour se détendre un peu. Moment de plaisir avec les autres internes fumeurs.</p>	<p>Mais un service de gardes ça veut dire plus de jours de repos, donc plus de soirées avec plus d'alcool et de pétards. En plus c'était au début de mon internat, il y avait encore cet esprit et cette ambiance d'intégration.</p>	<p>Je suis une fumeuse sociale. Tous mes cointernes fumaient... Et puis les gardes : une cigarette toutes les 2h pour faire une pause. Quand tu ne fumes pas, tu fais beaucoup moins de pause.</p>		<p>Parce que j'étais avec des fumeurs, il y avait plein de pauses clopes, plein de collègues fumeurs, la chef aussi</p> <p>Mon prat ne fume pas</p> <p>Les 2 cigarettes que je fume actuellement c'est vraiment pour le plaisir</p> <p>Je fume pour le plaisir</p>
Antisocial Isolement	<p>Ça nous permettait de nous isoler des patients et de l'équipe paramédicale</p>				<p>Je fume toujours seule. C'est mon moment à moi.</p> <p>Pour fuir le stress, les parents, le cri des enfants, j'allais fumer</p>	<p>Quand tu prends une pause dans un endroit un peu glock genre les escaliers de l'hôpital, t'y vas pour fumer, c'est une façon de s'isoler, de ne presque plus être joignable</p>
Stimulation intellectuelle/ Concentration	<p>La 1^{ère} cigarette c'est un peu pour me dire que je commence bien la journée.</p> <p>Pour me lancer dans le travail Je la fume plus tôt quand je suis aux urgences parce que je ne sais pas comment va être ma journée, qui je vais voir.</p>			<p>C'était juste quand je sortais de chez moi pour aller bosser. Sinon le dimanche par exemple, je ne la fumais pas.</p>	<p>Ça me permet de me concentrer. Je peux réfléchir au cas du patient, à ce que je vais faire et pouvoir lui proposer en fonction du bilan.</p>	<p>On fume des clopes pour débrief</p>

Décompression	Quand je suis arrivée aux urgences de gynécologie, il y a eu dès les premiers jours une mauvaise entente avec l'équipe paramédicale. Du coup j'ai fumé.	Il y avait un décès par semaine en médecine interne, ce n'était pas facile à supporter. C'était une ambiance assez lourde.	Ambiance tendue	Et là t'en peux plus, faut que tu sortes et que tu fasses une pause clope.	Pour prendre mon grand bol d'air (rires).	Ça t'aère les idées
Cigarette tranquilisante		Beaucoup de responsabilités, les chefs étaient présents mais c'est nous qui gérons dans un premier temps. On attendait beaucoup de nous.			La pédiatrie c'était le stage que je redoutais le plus parce que je n'y connaissais rien aux enfants...	
Automatisme/cigarette « tic »	Et maintenant je répète le même scénario, j'ai pris l'habitude			Tu ne sors pas prendre l'air comme ça. Je ne me voyais pas sortir prendre l'air sans rien faire... Ce n'était pas un besoin, c'était juste quand je sortais de chez moi	Après chaque patient aux urgences, j'en fumais une.	Y avait des clopes qui n'étaient pas « plaisir » clairement
autres substances ou méthodes	Non, la cigarette a déjà un effet insomniant sur moi pendant les gardes	Oui je prenais du Stilnox aux urgences contre mes insomnies 1 à 2 fois par semaine.	Plus de jours de repos, donc plus de soirées avec plus d'alcool et de pétards Café	Non j'aurais pu parce qu'à un moment je ne dormais pas bien surtout la dernière semaine en pédiatrie où j'ai fait des insomnies.	Oui antidépresseur et anxiolytiques, parfois un peu de vin...	Non rien d'autres
Lieux de stage	Aux urgences générales J'ai commencé à fumer au début de mon internat, c'est aux urgences que je me suis mise à fumer tous les jours. Jusqu'à 10 cigarettes par jour, surtout pendant les gardes. Plus je restais à l'hôpital plus je fumais. Le service de soins palliatifs : très bonne ambiance, peu de stress.	Aux urgences générales mais surtout dans le stage de médecine interne. Le stage de gynécologie Très bonne ambiance, journées plus courtes et moins chargées sauf aux urgences gynécologiques	Aux urgences générales Le stage de cardiologie soins intensifs.	En pédiatrie Aux urgences générales Le stage chez le prat tu vas être mieux dans tes baskets, tu vas reprendre une vie sociale, il ne fume pas, c'est le bon moment pour arrêter.	Les urgences (centrales et pédiatriques) La gériatrie Médecine post urgences.	Aux urgences centrales et en gériatrie jusqu'à un demi paquet Chez le prat, c'est là où je fume le moins.

Charge de travail		<p>Aux urgences beaucoup de gardes, le rythme effréné Je finissais tous les soirs à 20h.</p> <p>Journées plus courtes et moins chargées en gynécologie.</p>	<p>Gardes de 24h : quand tu ne dors pas, tu continues le même rythme de la journée, ça ne me serait jamais venu à l'idée de me lever en pleine nuit pour fumer ou d'en fumer une tôt le matin alors que là comme j'étais debout réveillé fatigué, je fumais.</p>	<p>Y a une telle surcharge de travail en pédiatrie et aux urgences</p>		<p>Les horaires décalés et la grosse charge de travail.</p>
Flux de patients	<p>y a d'autres personnes qui s'inscrivent, et là t'en peux plus</p>		<p>Débit des patients élevé</p>	<p>Il te reste encore plein de gens à voir</p>	<p>Le flux de patients</p>	
Facilité-difficulté		<p>Aux urgences centrales, mes cointernes ne fumaient pas par contre.</p>	<p>Facteur géographique : les urgences sont au rez de chaussée du coup le hall d'entrée des ambulances est le point de repère de tous les fumeurs. Dès qu'on a 5 min on peut aller fumer en 30 secondes. Dans les autres services, j'avais plus la flemme de me déplacer.</p> <p>Autonomie : on se gère comme on veut, plus de pauses, plus de clopes.</p>	<p>c'était la facilité à fumer, on est très près de la sortie.</p> <p>On était au 5^{ème} étage donc pas évident de descendre fumer et puis les autres internes ne fumaient pas.</p>	<p>La facilité, l'accessibilité.</p> <p>C'était le début d'une nouvelle vie, mes débuts en tant qu'interne, je vivais seule et je venais de me séparer de mon copain.</p>	<p>C'est plus difficile de faire des pauses chez le prat, le cabinet est non fumeur, fumer dans les locaux ne me semblait pas approprié.</p> <p>Sortir fumer dehors devant le cabinet alors que les patients montent, ce n'est pas gérable.</p>
Conséquences néfastes : maladie / odeur					<p>Et je toussais vraiment beaucoup. Je faisais bronchite sur bronchite. J'ai même dû être arrêté une semaine pendant les urgences.</p>	<p>Où clairement ça pue la clope, les escaliers de l'hôpital on dirait des fumoirs!</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Gestion du stress</p>	<p>L'anxiété... trop d'urgences... c'était à visée anxiolytique. On n'avait pas le temps de manger donc pour tenir c'était café et clopes. Pour moi le mot « urgences » m'effraie.</p> <p>Je revenais de mon congé maternité, j'avais 2 mois de retard par rapport aux autres internes alors j'avais beaucoup de pression et surtout mon fils n'allait pas bien. Je culpabilisais beaucoup de le laisser... et surtout j'avais peur qu'il retombe malade. J'étais très angoissée.</p> <p>J'ai peur de faire un loupé. Je n'ai pas ce sentiment dans les autres services.</p>	<p>Aux urgences le stress permanent, c'était mon premier stage en tant qu'interne... En médecine interne, j'étais encore plus stressée...</p> <p>Il faudrait une aide psychologique ou simplement un entretien pour nous aider à combattre le stress. Des chefs plus à l'écoute...</p>	<p>Plus de stress donc café et clopes.</p>	<p>En pédiatrie, c'était le stress... le stress pendant les gardes.</p> <p>Du coup quand ma patiente est passée en réa, je suis sortie et j'ai fumé 2 clopes d'affilée pour me détresser...</p> <p>Aux urgences générales, ce n'était pas le stress des cas cliniques mais le stress de la nuit, il est 4h du matin, tu n'as pas dormi, il te reste encore plein de gens à voir.</p>	<p>Pour fuir le stress</p> <p>Aux urgences centrales : le stress</p> <p>Quand on se fait jeter comme du poisson pourri par les chefs alors qu'on pensait avoir donné le meilleur de nous-mêmes... Ca vaut bien 2 clopes d'affiler !</p>	<p>Forcément 1^{er} et 2^{ème} semestre on est plus stressé, on a des cas complexes (urgences et gériatrie)</p> <p>Le SMUR ça m'a énormément stressé, je fumais beaucoup, la nuit il n'y avait pas d'infirmière c'est nous qui posions les perfusions, on aidait à intuber, j'avais déjà été traumatisée en tant qu'externe, je ne sais pas pourquoi j'y suis retournée.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Cigarette Anorexigène</p>				<p>Ce qui m'embêterait beaucoup aussi c'est de grossir.</p>		

Je peux arrêter à tout moment si je le décide. D'ailleurs, je ne fume pas pendant les vacances, quand je suis en famille. Oui j'ai arrêté à chacune de mes grossesses. J'ai toujours mal jugée les femmes qui fumaient pendant leur grossesse alors je ne me voyais pas le faire... Pareil pour l'allaitement... J'aurais trop culpabilisé... Et pour moi je n'avais pas le choix, je ne me suis jamais posée la question...

Là je n'ai pas envie d'arrêter...

Je pense que ça vient de ma personnalité, je suis quelqu'un d'angoissé et un peu beaucoup hypomaniaque (rires), dans un autre métier ça aurait été pareil.

Non pas du tout je ne me considère pas comme une grosse fumeuse
Oui j'ai arrêté et repris plusieurs fois. J'avais arrêté de fumer l'été après l'ECN puis j'ai repris au début de l'internat.

Je n'ai pas envie d'arrêter.

Oui j'ai arrêté en mai 2012.
Pour ma part, rencontrer une fille qui ne fume pas. Ça me met une pression supplémentaire que je n'arrive pas à me mettre tout seul.

Faut vraiment une volonté de fer pour arrêter.
Moi c'est parce que j'ai toujours voulu arrêter... Non je ne me considère pas comme une grosse fumeuse.

J'ai commencé à fumer en 4^{ème} mais je ne fumais pas beaucoup (1 ou 2 par jour et pas tous les jours). Je me suis mise à fumer beaucoup et régulièrement en P1 quand j'ai commencé médecine. J'habitais alors toute seule et je devais travailler beaucoup. J'ai arrêté de fumer juste avant de commencer l'internat, seule sans aide. J'ai tenu les 6 premiers mois puis j'ai craqué en vacances avec des amis à une période de ma vie où je n'allais pas bien du tout.

10 min après le réveil
Oui je suis une grosse fumeuse (rires)

J'ai vu un tabacologue pendant 8 mois 1 fois par semaine à 45euros (dont 23 remboursés) après les urgences centrales parce que je commençais à m'inquiétais sur ma consommation. Je me disais que je fumais beaucoup trop. 1 paquet ½. J'ai pu diminuer un peu ma consommation à 8/10 par jour (pendant mon stage de gériatrie) avec des patchs et des gommes et la tabacologue. Mais au bout d'un moment j'ai trouvé qu'on stagnait qu'on parlait de tout et de rien et pas du tabac...et que ça commençait à me revenir cher pour pas de résultats. De tout façon j'allais sur le stage de pédiatrie que je redoutais beaucoup alors j'ai repris de plus belle. Là j'aimerais vraiment arrêter mais je ne sais pas comment. Je vais

J'ai commencé à fumer régulièrement au lycée, je n'ai pas de dépendance nicotinique, je ne ressens pas le manque

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Rapport à la famille</p>	<p>Je n'aime pas fumer devant mes enfants. Peut-être pour montrer l'exemple mais ce n'est pas seulement ça. Pour moi le fait de fumer ça montre que je suis fragile psychologiquement . Je ne veux pas leur montrer quand ça ne va pas.</p> <p>Non je n'hésite pas à faire le conseil minimal même quand je viens de fumer.</p>	<p>J'essaie de faire arrêter les membres de ma famille qui fument plus que moi.</p> <p>Je ne sais pas trop quoi leur dire... Les risques/les conséquences du tabac sur leur santé à plus long terme.</p>	<p>Je me suis plus investi auprès de mes parents à partir du moment où j'ai arrêté de fumer.</p>	<p>Je ne leur dis rien parce que ça fait 50 ans qui fument et qu'ils n'ont aucune volonté d'arrêter. Je laisse faire ce qu'ils ont envie de faire.</p>	<p>Ma sœur fume et non je ne lui dis rien. Je fume aussi...</p>	<p>Ma mère fumait. Non je ne lui disais rien, ma famille de toute façon c'est autre chose, rien à voir avec la médecine.</p> <p>C'est en sentant les cigarettes de ma mère que j'ai eu envie de fumer.</p>
--	---	--	--	--	---	---

Rapport à soi-même à partir de l'expérience médicale

En plus comme je ne fume pas beaucoup je me dis que j'échappe aux risques.

Ce qui compte c'est que je ne fume pas trop. Et que je n'ai pas besoin de fumer trop.

Ce qui m'a fait arrêter c'est la prise en charge de patients JEUNES notamment des patientes. Au coup par coup une jeune de 35 ans et une autre de 34 ans hospitalisées pour IDM massif avec comme seul facteur de risque le tabac, une espérance de vie de 10 ans si elle s'en sortait ou une mort sur table.

La redondance des cas : toute la journée des IDM à tout âge avec à chaque fois le tabac en cause. On sait tous qu'il ne faut pas fumer, surtout nous médecin mais pourtant on n'y pense pas. Dans ce service j'étais contraint d'y penser tout le temps et de faire le conseil minimal d'arrêt au tabac. C'était un « lavage de cerveau involontaire ».

Le cancer du poumon, le BPCO, le mec qu'on voit avec l'oxygène, tout ça on le sait, et on le sait depuis le début de médecine. Ce n'est pas ça qui peut aider à arrêter en tout cas je ne pense pas. Moi j'ai toujours dit que j'arrêteraie de fumer jeune.

Non ça ne m'a jamais choqué de voir des BPCO des cancéreux à l'hôpital, je ne me reconnais pas chez des patients que je vois sur une table d'opération ou qui font un infarctus, c'est trop violent pour faire la corrélation avec moi

Par contre ça me choque plus en ville

Ce qui est plus choquant c'est de voir des gens que tu suis, ils sont tabagiques (ça fait partie de leurs antécédents) et au bout d'un moment, y a une dysphonie, une toux chronique qui apparait, là tu les vois aux différentes étapes, là je me reconnais parce que je les ai vu en bonne santé, c'est plus marquant pour moi

Rapport à la population générale		quelque chose pour gérer le stress des gens	<p>Du coup je dirais qu'il faudrait : plus sensibiliser les internes et rendre le conseil minimal d'arrêt au tabac obligatoire, à noter par écrit dans le dossier.</p> <p>Plus de campagnes publicitaires, les images sur le paquet ça ne suffit pas, c'est monovalent. On a pris l'habitude, on ne regarde même plus le paquet. Faudrait VARIER les campagnes, ce qui compte c'est de le voir et de l'entendre un peu partout : radio, télé ++. Choquer comme avec l'alcool et les accidents de voiture.</p>	Parler des risques à long terme : ce n'est pas ça qui peut aider à arrêter, en tout cas je ne pense pas.	Sincèrement je ne sais pas et je ne crois pas qu'il y en existe.	Sur le lieu de travail il y a une vraie inégalité : à l'hôpital il y a des salles où clairement ça pue la clope, les escaliers on dirait des fumeurs, déjà s'il y avait une vraie législation d'arrêt du tabac au sein de l'hôpital je pense que ça aiderait vachement
---	--	---	--	---	--	---

- Résultats obtenus à partir du focus groupe :

	Focus groupe
Social/plaisir	<p>Tout le monde fumait, les infirmières, les chefs, c'était un peu « la norme », toutes les 2h la pause café « allez viens on va fumer »</p> <p><i>J'ai plutôt la clope festive</i></p> <p>Alors qu'aux urgences ou en gériatrie aigue, ma chef fumait, l'infirmier fumait, on se faisait des pauses même si on était au 4^{ème} étage, on perdait du temps, on s'organisait des pauses clopes par ce qu'on s'était trouvé ce petit trio de fumeurs.</p> <p><i>Ca dépend si le personnel qui t'entoure fume ou non.</i></p> <p><i>C'est comme dans tout moment de la vie, pas forcément qu'au travail.</i></p> <p>C'est très social la clope !</p> <p><i>Fumer aux urgences ça crée des liens, en quinze jours tu as trop d'amis !! Tu te mets les infirmières dans la poche ! Les internes qui ne fumaient pas ça se passait moins bien !</i></p> <p>Spontanément tu proposes une pause à un fumeur ! Tu as des conversations que tu n'aurais jamais eues sinon! Les pauses sont beaucoup plus sympas ! C'est un effet secondaire bénéfique !!</p> <p>La clope : un lien social !!</p>

Stimulation intellectuelle / concentration	<p><i>Pendant une garde toutes les 2h je fume ma clope ça me réveille.</i></p> <p><i>C'est vrai que moi je fume surtout les jours de garde en fait, ça me permet de tenir les 24h.</i></p> <p><i>La clope avant la ponction lombaire pour arrêter de trembler.</i></p>
Décompression	<p><i>Ça permet de prendre l'air</i></p> <p><i>Ça nous permet de sortir 2 min, de prendre l'air !!</i> <i>En même temps tu t'intoxiques mais tu prends l'air quand même</i></p> <p><i>Et surtout j'ai besoin de m'aérer !</i></p> <p><i>C'est vrai que chez le prat il y a moins de facteurs d'énerverment, d'agacement</i></p> <p><i>« Ah faut que j'aïlle fumer une clope il m'a trop saoulé celui-là »</i></p> <p><i>C'est aussi la nécessité de faire autre chose d'avoir une coupure, quand tu as vu 20 personnes aux urgences et que tu es pressurisée par une équipe d'infirmières et que la salle d'attente est encore pleine, tu en as raz le bol... C'est le moment de dire stop et c'est la pause qui justifie le fait de fumer une cigarette.</i></p> <p><i>Chez le prat on a quand même beaucoup moins de pression qu'aux urgences...</i></p>
Cigarette tranquilisante	<p><i>Un début de garde sans clope c'est l'angoisse absolue.</i></p> <p><i>C'est plutôt le fait « tu passes 24h ici »</i></p>
Automatisme / cigarette « tic »	<p><i>J'ai dû mal à faire une garde sans tabac</i></p> <p><i>C'est vrai que je ne peux pas imaginer une garde sans clope, ce n'est pas possible.</i></p> <p><i>Pendant le stage de pédiatrie je fumais même si je n'en avais pas envie, la clope me dégoûtait mais j'avais besoin de sortir fumer ma clope.</i></p> <p><i>Des fois si tout le monde y va tu y vas aussi alors que tu n'en as pas forcément envie.</i></p>
Prise d'autres substances ou méthodes pour assumer les difficultés liées à l'internat	<p><i>Une soirée alcoolisée sans fumer ça me paraît invraisemblable à l'heure actuelle.</i></p> <p><i>Café à fond ! Alcool pas plus aux urgences parce que j'étais tellement crevée et j'avais tellement peu de vie sociale alors finalement moins que le reste du temps, du cannabis de temps en temps.</i></p> <p><i>Mes gardes en pédiatrie je prenais systématiquement du Stilnox la veille parce que ça m'angoissait trop de ne pas pouvoir dormir.</i></p>

<p>Lieux de stage</p>	<p><i>Les urgences adultes et les urgences pédiatriques</i></p> <p><i>Aux urgences ou en gériatrie aigue</i></p> <p><i>Là je suis chez un prat qui ne fume pas du tout et qui est d'ailleurs tout à fait contre</i></p> <p><i>ça dépend aussi vachement d'où on est...</i></p> <p><i>En médecine interne</i></p> <p><i>Moi c'est hyper dépendant de mon environnement.</i></p> <p><i>Donc là j'ai plus de garde je suis avec quelqu'un qui ne fume pas donc je ne fume pas.</i></p> <p><i>Depuis que je suis chez le prat, mes 2 prat ne fument pas, ce sont plutôt des fervents de la lutte anti-tabac, je le remarque clairement, ma consommation de tabac a diminué.</i></p> <p><i>Oui il y a vraiment un lien entre les urgences et notre consommation accrue. Je fumais déjà beaucoup avant mais aux urgences j'étais à plus d'un paquet par jour très facilement.</i></p> <p><i>J'avais deux de mes cointrnes qui ne fumaient plus depuis un moment, et bien ils ont tous les 2 repris pendant le stage aux urgences et très rapidement au bout de 15 jours.</i></p>
<p>Charge de travail</p>	<p><i>Mon premier stage il y avait vraiment trop de travail aux urgences je n'avais pas le temps donc je ne fumais quasi pas.</i></p> <p><i>Moi c'est hyper dépendant du rythme des gardes.</i></p> <p><i>En médecine interne c'était plus cool, on avait des pauses on avait du temps donc on fumait.</i></p>
<p>Récompense</p>	<p><i>La clope d'après la ponction lombaire c'était pour « cool j'ai réussi !! »</i></p> <p><i>C'était ma clope de récompense.</i></p>
<p>Flux de patients</p>	<p><i>Aux urgences on est plus rapidement énervés par le rythme des consultations, par la population.</i></p>
<p>Facilité-difficulté</p>	<p><i>Moi s'il faut descendre 6 étages pour aller fumer je le ferais pas.</i></p> <p><i>J'aurais peut-être pas eu envie d'être la glandue qui descend 20 fois par jour fumer sa clope alors que personne d'autres ne le fait !</i></p> <p><i>Alors qu'aux urgences t'es au rez de chaussée, en 2 secondes t'es dehors !</i></p> <p><i>Là chez le prat ça me paraît aberrant de fumer ma clope. Je ne vais pas entre 2 patients, dire à ma prat « excuse moi je vais fumer.. ! »</i></p> <p><i>Si on arrête, on va être irritable c'est sûr.</i></p>
<p>Conséquences néfastes : maladie / odeur</p>	<p><i>Je n'aurais plus cette odeur de clope qu'on traîne toute la nuit...</i></p> <p><i>Et le matin dans le RER, l'haleine immonde, tu pries pour ne pas croiser quelqu'un que tu connais !</i></p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Gestion du stress</p>	<p><i>Un début de garde sans clope c'est l'angoisse absolue !</i></p> <p><i>Chez le prat il n'a pas eu des situations stressantes qui m'ont donné envie de fumer.</i></p> <p><i>En revanche aux urgences, la PL du nourrisson où tu fumes avant/après et où tu as envie de fumer pendant !!! Et quand tu n'en fumes pas une, tu en fumes 2 ou 3 !!</i></p> <p><i>Oui effectivement je vais fumer beaucoup plus quand il y a un évènement stressant que quand la journée est plutôt cool.</i></p> <p><i>C'est vrai que chez le prat il y a moins de facteurs de stress.</i></p> <p><i>Depuis 2 mois que je suis chez le prat je n'ai plus de cigarettes sur moi, c'est vraiment plus cool moins stressant.</i></p> <p><i>On recherche l'effet anxiolytique.</i></p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Cigarette Anorexigène</p>	<p><i>Il y aussi et toujours le problème de « on va grossir » je me dis que j'arrêtera aussi quand j'aurais le temps de faire du sport.</i></p> <p><i>Moi j'ai arrêté plein de fois et à chaque fois j'ai grossi.</i></p> <p><i>Ce n'était même pas compulsif, j'avais vraiment tout le temps faim ! Je ne suis pas prête.</i></p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Soi-même par rapport au tabac</p>	<p><i>J'ai fini par lui dire moi je ne veux pas arrêter de fumer, j'aime fumer, je ne suis pas dépendante (rires...)</i></p> <p><i>Moi c'est vraiment rythmé par les gardes.</i></p> <p><i>Moi je ne suis pas une grosse fumeuse.</i></p> <p><i>Moi plus on me dit arrête de fumer, plus ça m'énerve et plus j'ai envie de fumer.</i></p> <p><i>Il faut le déclic personnel.</i></p> <p><i>Pourquoi tu fumes ? Ce n'est pas bien : il ne sert à rien ce discours. C'est plus combien tu fumes ? Te renseigner...</i></p> <p><i>Quand mon père qui a arrêté de fumer depuis 21 ans me dit qu'il ressent encore l'envie. Je me dis c'est vraiment le parcours du combattant... j'en aurais toujours envie... ça me décourage un peu... Alors pourquoi arrêter ? Va falloir se battre !!</i></p> <p><i>J'aimerais arrêter pour ma première grossesse et quand j'ai dit ça on m'a dit « t'as rien d'autres de plus original ? » j'étais dégoûtée (rires) je trouvais que c'était déjà bien, ma mère elle a fumé pendant toutes ses grossesses !</i></p> <p><i>Moi j'ai commencé en D4</i></p> <p><i>Oui moi aussi en D3</i></p> <p><i>Moi non plus je ne me vois pas fumer toute ma vie.</i></p> <p><i>Je suis persuadée genre qu'à 30 ans je vais arrêter, que j'aurais une vie plus saine, que je boirai de l'alcool de manière raisonnable que je ne serai plus bourrée.</i></p> <p><i>Avec un désir de grossesse, si tu es enceinte c'est ton moteur tu n'as pas vraiment le choix tu dois arrêter.</i></p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Rapport à la famille</p>	<p>Je ne me vois pas fumer devant mes enfants.</p> <p>Moi ma mère. Parce qu'elle fume 2 paquets par jour. Je lui dis tu vas mourir d'un cancer, regarde tu montes les escaliers tu es tout essoufflée. Là elle a diminué elle est passée à un paquet par jour du coup l'objectif c'est qu'elle arrête complètement.</p> <p>Mes 2 frères fument par contre je ne me sens pas du tout le droit d'en parler à mes frères, ils me connaissent, ils savent que je fume et que je n'ai jamais arrêté.</p> <p>C'est pas facile, on n'est pas les plus adaptés.</p> <p>Mon frère, j'ai peur qu'il lui arrive un truc, je lui en déjà parlé même si c'était autour d'une cigarette (rires).</p> <p>Moi mon grand frère je ne me vois pas lui en parler, m'immiscer dans sa vie. Par contre les plus jeunes je leur fais la méga prévention de ouf ça va pas ou quoi, je pense qu'ils doivent rire parce qu'ils me voient fumer. Mais je le fais quand même je ne m'en prive pas. Mais je ne dirai jamais rien à mon grand frère.</p> <p>Moi je n'arrive pas à leur faire faire l'hémocult alors les faire arrêter de fumer...</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Rapport à soi-même à partir de l'expérience médicale</p>	<p>Des malades on en voit tout le temps, des cancéreux des BPCO... et le tabac on sait ce que ça fait on est formés pour ça, et honnêtement tant que ça ne nous touche pas personnellement, ce n'est pas ça qui peut nous arrêter de fumer. Mon compagnon a arrêté de fumer à la mort de son oncle qui était un gros fumeur et qui est mort d'un cancer du poumon. Moi ça ne m'a pas touché d'assez près pour arrêter.</p> <p>Mon prat m'a dit quelque chose qui est très vrai « non ça c'est ce que ton corps te fait croire que tu aimes la clope » et maintenant je me rends compte qu'il a sûrement raison.</p> <p>Moi j'ai pu voir tous les trucs les plus crades, les plus glauques, BPCO décompensés, IDM à 40 ans .Ca n'a rien changé !</p> <p>Y a quand même des moments où je me suis dit faudrait que t'arrêtes et puis t'as quelqu'un qui te dit « tu viens on va fumer ? OK !</p> <p>C'est très ambivalent, tu vois arriver le type avec son cancer du poumon, et tu dis là vraiment faut que j'arrête... et puis pareil on te propose d'aller faire une pause clope et tu oublies aussitôt.</p> <p>J'ai fait deux mois en pneumo-cancéro en tant que FFI où tu voyais des trucs costauds, et là effectivement tu ressors tu te dis je ne vais pas être fumeuse toute ma vie c'est quand même le genre de service où tu y penses, mais 2/3 mois après ça n'a rien changé, ce n'est pas un message ancré, ce n'est pas un truc qui me reste.</p>

ANNEXE 6 : Grille de lecture critique d'article de recherche qualitative en médecine (grille Côté-Turgeon)

	Oui	±	Non
L'introduction			
1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.	-	-	-
2- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).	-	-	-
Les méthodes			
3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).	-	-	-
4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).	-	-	-
5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).	-	-	-
6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).	-	-	-
7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).	-	-	-
Les résultats			
8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire.	-	-	-
9- Les citations favorisent la compréhension des résultats.	-	-	-
La discussion			
10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices	-	-	-
11- Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).	-	-	-
La conclusion			
12- La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.	-	-	-

ANNEXE 7: Test Q-MAT

(Lagrué G, Légeron P. Evaluation de la motivation à l'arrêt du tabac)

QUESTION N° 1 : Pensez-vous que dans six mois

- Vous fumerez toujours autant ? (0)
- Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? (2)
- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? (4)
- Vous aurez arrêté de fumer ? (8)

QUESTION N° 2 : Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?

- Pas du tout (0)
- Un peu (1)
- Beaucoup (2)
- Enormément (3)

QUESTION N° 3 : Pensez-vous que, dans quatre semaines

- Vous fumerez toujours autant ? (0)
- Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? (2)
- Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? (4)
- Vous aurez arrêté de fumer ? (6)

QUESTION N° 4 : Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?

- Jamais (0)
- Quelquefois (1)
- Souvent (2)
- Très souvent (3)

TOTAL : Points

Interprétation des résultats :

- Score supérieur à 12 : motivation bonne à très bonne.
- Score entre 7-12 : motivation moyenne
- Score inférieur à 6 : motivation insuffisante (faibles chances de réussite)

ANNEXE 8: Echelle Anxiété-Dépression

Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale) de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs.

Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

- Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.
- Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D. Guelfi et Coll, Ardix Médical.

ANNEXE 9: Loi Veil-Loi Evin

Loi Veil

Loi du 9 juillet 1976, elle constitue le premier pas en faveur de la lutte contre le tabagisme en France. Elle instaure une réglementation de la promotion des produits du tabac, désormais limitée à la seule presse écrite, et impose la mention de l'avertissement sanitaire « abus dangereux » sur les emballages. Elle prévoit également l'instauration obligatoire d'interventions informatives sur le tabac et ses dangers dans les établissements scolaires et auprès de l'armée.

Enfin, elle interdit le parrainage de manifestations sportives par les cigarettiers et l'usage de tabac « dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé ».

Loi Evin

Adoptée le 10 juillet 1991, elle vise à compléter la loi Veil en matière de lutte contre le tabagisme. En matière de publicité, elle pose le principe d'une interdiction complète de toute publicité, promotion ou propagande en faveur du tabac, et permet par ce principe général de mieux lutter contre les pratiques de contournement et les violations des fabricants de tabac pour faire la promotion de leurs produits.

En matière d'interdiction de fumer, elle renverse la logique de la loi Veil : il est dorénavant interdit de fumer dans tous les lieux à usage collectif à l'exception des fumoirs dont les normes d'instauration sont strictement définies. C'est donc le principe de l'interdiction qui prévaut et le fait de pouvoir fumer qui devient une exception.

La loi Evin prévoit également une amélioration du dispositif des avertissements sanitaires, ainsi que des hausses de la fiscalité pour réduire la consommation.

ANNEXE 10: La CCLAT



LA CONVENTION CADRE POUR LA LUTTE ANTI-TABAC EN RESUME

La Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) est le premier traité initié par l'Assemblée mondiale de la Santé, l'organe décisionnel suprême de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Les négociations débutèrent en octobre 1999 et se conclurent le 1er mars 2003. Tous les pays membres de l'OMS pourront signer et ratifier ce traité dès qu'il aura été adopté à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003.

L'objectif de la CCLAT est de « protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac. » Le préambule de la CCLAT reconnaît la nécessité pour les États de donner priorité au droit de protéger la santé publique, étant donné la nature exceptionnellement néfaste des produits de tabac et le tort que causent les compagnies qui les fabriquent.

La CCLAT permet une considérable flexibilité dans la mise en oeuvre des mesures préconisées par le traité. Parmi les mesures les plus importantes, on retrouve :

➤ La publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage (article 13)

Une interdiction complète est requise : La CCLAT engage chaque État, dans les cinq ans suivant sa ratification du traité, à mettre en oeuvre une interdiction globale de la publicité, de la promotion et du parrainage. Cette interdiction comprend notamment la publicité transfrontalière à partir du territoire de toute Partie à la Convention. Les définitions de la publicité, de la promotion et du parrainage sont larges et en incluent les formes directes et indirectes. Les pays ayant un empêchement constitutionnel devront imposer des restrictions à la publicité, à la promotion et au parrainage, et en particulier à la publicité transfrontalière, dans le respect de leurs principes constitutionnels. Les Parties s'engagent aussi à étudier l'élaboration d'un protocole pour étoffer les dispositions relatives à la publicité transfrontalière, ce qui devrait par exemple permettre de régler les aspects techniques et juridiques de l'interdiction de la publicité sur internet et par télévision satellitaire.

➤ Conditionnement et étiquetage (Article 11)

Des avertissements sanitaires très visibles sont requis : Les Parties à la Convention s'entendent pour dire que les avertissements sanitaires devraient idéalement couvrir 50 % ou plus des surfaces principales de chaque paquet, c'est-à-dire du recto et du verso d'un paquet de cigarette standard.

Dans les trois ans suivant sa ratification de la Convention, chaque Partie devra imposer de tels avertissements sanitaires couvrant au minimum 30 % des surfaces principales du paquet. Les différents avertissements sanitaires réglementaires devront être utilisés en alternance. Les images ou pictogrammes sont aussi possibles.

L'étiquetage trompeur sera interdit : Les États s'engagent à interdire les termes trompeurs sur les emballages de produits de tabac dans les trois ans suivant leur ratification du traité. Il est scientifiquement prouvé que les cigarettes vendues sous les appellations « légères », « à faible teneur en goudron » etc. sont en fait aussi dangereuses que les cigarettes « régulières » ou « ordinaires ».

Ces termes sont donc mensongers et induisent le consommateur en erreur sur le degré de dangerosité de la consommation de ces produits. Le traité ne stipule pas définitivement les termes à bannir, mais dans l'état actuel de la recherche, les preuves sont amplement suffisantes pour interdire l'usage des descripteurs « légères », « lights », « douces », « faible teneur en goudron » etc.

➤ Protection contre l'exposition à la fumée du tabac (Article 8)

Les non-fumeurs doivent être protégés dans leurs lieux de travail, dans les transports publics et dans les lieux publics couverts : Le traité reconnaît la preuve scientifique que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort. Chaque Partie doit donc prendre les mesures nécessaires pour protéger les non-fumeurs contre la fumée du tabac ambiante dans les endroits publics, dont les lieux de travail, les transports publics et les lieux publics couverts. Il a été démontré que le seul moyen efficace de protéger les non-fumeurs contre l'exposition à la fumée ambiante dans un édifice donné est d'y instaurer une interdiction complète de fumer.

➤ **La contrebande (Article 15)**

L'action est nécessaire pour éliminer la contrebande : Les mesures requises sont, entre autres, le marquage de tous les produits de tabac de manière à indiquer le lieu de fabrication d'origine et de destination finale de même que le statut légal du produit, et la coopération des différents pays et instances aux efforts pour conjurer la contrebande, renforcer et appliquer les lois et entreprendre les poursuites judiciaires selon les cas.

➤ **Taxation et produits hors taxes (Article 6)**

L'augmentation des taxes sur les produits de tabac est encouragée : Le traité stipule que « chaque Partie doit tenir compte de ses objectifs nationaux de santé en ce qui concerne la lutte antitabac » lorsqu'elle formule sa politique de taxation et de prix. Le traité reconnaît que le fait d'augmenter les prix à travers la majoration des taxes et par d'autres moyens « est un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac pour diverses catégories de la population, en particulier les jeunes ». La vente des produits du tabac hors-taxes est découragée. Les Parties peuvent interdire ou réduire la vente des produits hors taxes.

➤ **Réglementation des informations et de la composition des produits de tabac (Articles 9 & 10)**

Les produits du tabac devront être réglementés : Les Parties s'entendent pour établir des lignes directrices qui pourront être utilisées par tous les pays dans la réglementation du contenu des produits du tabac. Les ingrédients doivent être révélés : Les Parties devront exiger des fabricants qu'ils révèlent au gouvernement le contenu de leurs produits du tabac et les émissions qu'ils dégagent.

➤ **La responsabilité (Articles 4.5 et 19)**

L'action en justice est encouragée comme stratégie de contrôle du tabac : Le traité reconnaît que la question de la responsabilité est un aspect important d'un programme global de contrôle du tabac et les Parties s'accordent à considérer l'approche législative et pénale comme partie prenante de ses objectifs. Les Parties sont prêtes à coopérer aux procédés légaux pour des questions liées au tabac.

➤ **Surveillance du traité - Conférence des parties (Article 23)**

Une Conférence des Parties forte surveillera le traité : La CCLAT établit une Conférence des Parties qui sera convoquée dans l'année suivant l'entrée en force du traité. La Conférence des Parties sera habilitée à superviser la mise en oeuvre du traité, à adopter les protocoles, les annexes et les amendements à la CCLAT et à créer les corps subsidiaires appropriés pour des tâches spécifiques.

➤ **Les ressources financières (Article 26)**

Les Parties se sont engagées à promouvoir le financement pour le contrôle du tabac au niveau mondial : Les Parties mobiliseront l'assistance financière de toutes les sources potentielles de financement pour des initiatives de contrôle du tabac des pays en développement et des pays en transition, incluant les organisations intergouvernementales régionales et internationales ainsi que d'autres sources publiques et privées, excepté celles liées aux compagnies de tabac. Autres engagements importants Chaque Partie établira ou renforcera, et financera, un dispositif national de coordination ou un centre focal de contrôle du tabac. (article 5) Les Parties devront inclure des services de sevrage tabagique dans leurs programmes nationaux de santé. (article 14) Les Parties interdiront ou favoriseront l'interdiction de la distribution gratuite des produits du tabac. (article 16).

Les Parties encourageront la participation des organisations non gouvernementales au développement des programmes nationaux de contrôle du tabac. (article 12) Les Parties interdiront la vente des produits du tabac aux mineurs selon leur loi, ou aux jeunes de moins de 18 ans. (article 16)

ANNEXE 11: La e-cigarette (61)

(8^{ème} congrès de médecine générale avril 2014)

Le dispositif (ressemblant à une cigarette) est généralement composé de 3 parties : la cartouche qui contient la nicotine, le vaporiseur et une batterie Lithium-Ion. La solution de nicotine, chauffée, génère une vapeur qui est inhalée, sans les inconvénients de la combustion de tabac et de ses composants toxiques. (62)

Selon les données disponibles (avec un recul de 30 ans pour les plus anciennes, plus de 10 ans dans sa forme actuelle), ce mode d'absorption (hors ingestion accidentelle de la cartouche chez l'enfant notamment ou chez la femme enceinte) paraît beaucoup moins dangereux pour la santé que la cigarette traditionnelle. Chaque fabricant utilisant ses propres parfums et additifs à la solution de nicotine, il est difficile de généraliser les analyses concernant une e-cigarette en particulier (63). Mais selon deux éditorialistes (un cancérologue et un pharmacologue), une e-cigarette « de qualité » semble sans inconvénient pour la santé et pourrait même être nettement bénéfique en termes de santé publique, ce qui met au cœur du débat la question des contrôles de qualité. (63)

La nicotine est toxique à court et à long terme (risques cardio-vasculaires, troubles digestifs, trouble de la cognition et de la mémoire) éventuellement mortelle à forte dose. Son absorption par vapotage est cependant toujours moindre qu'avec la cigarette traditionnelle. (64)

La toxicité des autres composants, très variables selon les e-cigarettes, donc plus difficile à évaluer, a été comparée dans un excellent rapport technique aux expositions accidentelles professionnelles. (66)

Rien n'indique que les *vapoteurs* soient exposés à un danger notable : la plupart des expositions prévisibles restent très au-dessous de 1% du seuil de dangerosité retenu en milieu de travail, de 5% pour l'acroléine et le formaldéhyde. Les seules expositions au propylène glycol et à la glycérine relèvent du principe de précaution envers les hydrocarbures sans toxicité établie. L'exposition passive ne pose apparemment aucun problème.

L'usage de l'e-cigarette augmente de façon exponentielle partout dans le monde. Une enquête a été réalisée sur internet auprès de 3587 usagers visitant les forums (70% d'anciens fumeurs, dont 61 % d'hommes âgés en moyenne de 41 ans). Ils l'utilisaient depuis 3 mois à raison de 120 bouffées/jour et 5 recharges/jour (coût moyen : 33 \$ par mois pour un usage quotidien). Principales motivations : moindre toxicité que le tabac (84%), substitution convenable au besoin de tabac (79%) en évitant les désagréments du sevrage (67%), aide au sevrage tabagique (77%) ou au risque de rechute chez les ex-fumeurs (79%), moindre coût que le tabac (57%), possibilité de faire face aux situations d'interdiction de fumer (39%). (63)

L'étude pilote italienne a observé prospectivement 40 fumeurs réguliers (sans intention ni incitation au sevrage) expérimentant l'e-cigarette (cartouche à 7,25mg de nicotine). Le nombre de cigarettes fumées, le CO exhalé et les effets indésirables étaient évalués aux semaines 0, 4, 8, 12 et 24. A 24 semaines, 13 étaient passés de 25 à 6 cigarettes/j ($p < 0,001$), 5 de 30 à 3 ($p = 0,043$), 9 avaient cessé de fumer (dont 6 utilisaient toujours l'e-cigarette) ; 1 sur 3 ou 4 rapportaient une irritation buccale ou pharyngée et une toux sèche, disparaissant à 24 semaines. Avec 2 à 3 cartouches, ils avaient en fin d'étude substantiellement diminué leur consommation de cigarettes, avec une bonne perception et acceptation du dispositif, sans effets adverses significatifs. (67)

Qu'en pensent les fumeurs ?

Le panel interrogé (9 hommes et 2 femmes) préfère l'e-cigarette aux substituts nicotiques ou à la varenicline pour 6 raisons : sensation très proche de la cigarette, identification comme « *vapoteur* » et non-fumeur, au sein d'une vraie communauté, choix des composants et parfums, moindre consommation plutôt que sevrage, et moins d'effets secondaires qu'avec les autres méthodes de sevrage.

BIBLIOGRAPHIE

1. Salomon L. Les internes et le tabagisme: connaissances et pratiques. BEH n°40. Oct 2001.
2. Le Tourneur A, Komly V. Burn Out des internes en médecine générale: Etat des lieux et perspectives en France métropolitaine. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Grenoble: Université Joseph Fourier; Déc 2011.
3. Pr Lagrue G. Arrêter de fumer? Odile Jacob; Mai 2006.
4. Hill C. Epidémiologie du tabagisme. Rev prat MG. Mar 2012; 325-9.
5. Brabant Y. Les internes en médecine et le tabac. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Poitiers, faculté de médecine et pharmacie; Mai 2012.
6. Chopineau S. Usage du tabac et stratégies de sevrage chez les internes de médecine générale d'Ile de France. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Champagne-Ardenne: université de Reims; Avr 2009.
7. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les campagnes CFES-Inpes de 1976 à 2012: Récapitulatif. [Consulté le 15/07/13]. Disponibilité sur internet: <<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/docs/tabac-76-01.pdf>>
8. Institut national du cancer. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer: plan cancer 2003-2007. [Consulté le 16/07/13]. Disponibilité sur internet: <www.plancancer.fr/3_brochure_plan_cancer_1.pdf>
9. Intérêt du conseil minimal en consultation (alcool et tabac) et plénière sur la prise en charge de la dépendance tabagique. Journée Nationale de Médecine Générale; Oct 2013; La Défense, Paris.
10. Institut national du cancer. Sevrage tabagique et prévention des cancers: état des connaissances. Collection fiches repère; mai 2011. [consulté le 17/07/13]. Disponibilité sur internet <www.e-cancer.fr/9444-sevrage-tabagique-et-prevention-des-cancers>
11. Institut national du cancer. Tabac et cancers dans le monde: état des connaissances. Collection fiches repère; Nov 2008. [consulté le 17/07/13]. Disponibilité sur internet: <www.e-cancer.fr/component/9447-tabac-et-cancer-dans-le-monde>
12. Institut national du cancer. Cancers et tabac: état des connaissances. Collection fiches repère; Avr 2011. [consulté le 17/07/13]. Disponibilité sur internet: <www.e-cancer.fr/component/docman/doc/9432-cancer-et-tabac>
13. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac: du repérage au maintien de l'abstinence. Recommandations de bonne pratique; Mar 2012. [Consulté le 20/07/13] Disponibilité sur internet : <<http://www.youscribe.com/catalogue/rapports-et-theses/sante-et-bien-etre/medecine/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-reperage-au-maintien-de-2319913>>
14. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. L'industrie du tabac. [Consulté le 15/07/13]. Disponibilité sur internet: <<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/623.pdf>>
15. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Trente ans de communication: les campagnes anti-tabac CFES-Inpes de 1976 à 2011. [Consulté le 15/07/13]. Disponibilité sur internet: < <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/docs/strategies-campagnes.pdf>>

16. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La santé en chiffres: Tabac. [Consulté le 15/07/13]. Disponibilité sur internet: <<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/362.pdf>>
17. Dinet B. Etude qualitative sur le tabagisme des médecins généralistes. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Franche-Comté; 2010. Présentation disponible sur internet: <<http://www.chu-besancon.fr/smfc/201109/11-09-06.pdf>>
18. Soler JK, Yaman H, Esteva M et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008 Aug;25(4):245-65.
19. Société Française de Tabacologie. Dossier de consultation de tabacologie. [Consulté le 2/08/13]. Disponibilité sur internet : <http://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/4.dossier_de_tabacologie/Dossier_de_tabacologie.pdf>
20. Agbojan M, Agbojan M. Visite de non contre- indication à la pratique sportive : évaluation des compétences des internes de médecine générale de l'université Paris Diderot, à partir d'un Examen clinique objectif structuré (ECOS). [Thèse de doctorat en médecine générale] Paris 7: Université Paris Diderot; Mai 2013. Disponibilité sur internet : <http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4087_AGBOJAN_these.pdf>
21. Society for the study of addiction. Nicotine vs. tobacco smoke. *Treatobacco.net*. [Mise à jour le 14/05/14]. Online: <http://www.treatobacco.net/en/page_171.html>
22. Lancaster T, Stead L, Bergson G. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews.* 2004(4):CD000165. Online: <<http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD000165.pdf>>
23. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Rapport national ITC France. 2011. [consulté le 3/08/13]. Disponibilité sur internet: <http://www.inpes.sante.fr/etudes/itc/pdf/ITC_rapport_FR_2.pdf>
24. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years 'observations on British doctors. *BMJ.* 1994;309:901-11.
25. Tredaniel J, Karsenty S, Chastang C, Slama K, Hirsch A : Les habitudes tabagiques des médecins généralistes français. *Rev Mal Respir.* 1993;10:35-8.
26. Galam E, Mouriès R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. Union régionale des médecins libéraux. Juin 2007. Disponibilité sur internet: <http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf>
27. 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.
28. Lepoutre B. Les ECOS : une dynamique enseignante. *Rev Prat MG.* 2003;17:797-8.
29. West R, Mcneill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax.* 2000 Dec;55(12):987-999.
30. Lebargy F. Épidémiologie du tabagisme. Aide à l'arrêt du tabac. *Traité de médecine EMC* Elsevier, editor. 2005.

31. Emmel E. De quels moyens et méthodes non-pharmacologiques dispose le médecin généraliste en consultation de sevrage tabagique ? [Thèse de doctorat en médecine générale]. Nancy: Université Henri Poincaré; Fèv 2011.
32. ANAES. L'arrêt de la consommation du tabac: conférence de consensus. Éditions Médicales et scientifiques. Oct 1998. Disponibilité sur internet: <<http://www.treatobacco.net/fr/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/France%20treatment%20guidelines%20in%20French%201998.pdf>>
33. AFFSAPS. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. A.F.d.S.S.d.P.d. Santé, editor. 2003.
34. SFAR. Tabagisme préopératoire. Conférence d'experts. 2005.
35. ANAES. Grossesse et tabac. Conférence de consensus. 2004; Lille.
36. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992 ;47:1102-14.
37. Janis IL, Mann L. Decision-making: a psychological analysis of conflict, choices and commitment. 1977; New York: Free Press.
38. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement. InterEditions Dunod. Paris; 2006.
39. Rausch S, Raphael F, Haas N, Tabouring P. L'Entretien motivationnel et son enseignement au cours de la formation spécifique en médecine générale. 2010.
40. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
41. Lukasiewicz M, Benyamina A, Frenoy-Peres M, Reynaud M. *L'entretien motivationnel II: Les aspects techniques*. *Alcoologie et Addictologie*. 2006 ;28(3):231-35.
42. Lukasiewicz M, Benyamina A, Frenoy-Peres M, Reynaud M. *L'entretien motivationnel I: Les bases théoriques*. *Alcoologie et Addictologie*. 2006 ;28(2):155-62.
43. Rahioui H. Entretien motivationnel. *Traité d'addictologie (M REYNAUD)*. Médecine-Science Flammarion. Paris. 2006; p. 242-248.
44. Miller WR, Rollnick S. *Pratique de l'entretien motivationnel*. InterEditions Dunod; 2009.
45. Belkacem A, Benyamina A, Blecha L et al. L'entretien motivationnel: évaluation de l'efficacité en addictologie. *Alcoologie et Addictologie*. 2009 ;31(2):129-140.
46. Prochaska JO, Diclemente CC et al. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *JConsult Clin Psychol*. 1991 ;59:295-304.
47. Emmel E. De quels moyens et méthodes non-pharmacologiques dispose le médecin généraliste en consultation de sevrage tabagique ? [Thèse de doctorat en médecine générale]. Nancy: Université Henri Poincaré; Fèv 2011.
48. Dupont P. Sevrage tabagique : aider vos patients à se motiver! *Rev prat MG*. Neuilly sur Seine : Huveaux; 2012. p. 636-637.
49. Peiffer G. Prise en charge de la dépendance tabagique. *REV prat MG*. 2013;27:648-49.
50. HAS. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Oct 2006. Disponibilité sur internet :http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/strategies_therapeutiques_daide_au_sevrage_tabagique__avis_de_la_has.pdf

51. Les médicaments commercialisés dans l'aide au sevrage tabagique. La Revue Prescrire. Fèv 2007. Disponible sur internet:
<<http://www.prescrire.org/minidossiers/dossierSevrageTabac.php>>
52. Le Faou AL, Baha M. Tabagisme en France : état des connaissances pour une prise en charge efficace par les médecins. La Presse Médicale. Déc 2012;41:1279-85.
53. Le Faou AL. Quels patients doit-on adresser à l'hôpital pour la prise en charge de leur tabagisme ? Rev prat MG. Fèv 2008; 58(3):245-251.
54. Olivier F. TCC et sevrage tabagique: entretien motivationnel. Le cycle de Prochaska et diclemente. Sept 2008. Disponibilité sur internet:
<http://www.soleilcerdan.fr/UserFiles_soleilcerdan/File/SP%20Pratiques%20en%20tabaco%20-%20TCC%20&%20Sevrage.pdf>
55. Lobel JJ. ECOS: arthropathie inflammatoire. Bichat. Mar 2008.
56. Moro MR, Lachal C. Les psychothérapies. Modèles, méthodes et indications. Edition Armand Colin. Paris; Sept 2006.
57. Sibert L, Grand'Maison P, Charlin B, Grise P. Développement d'un Examen Clinique Objectif Structuré pour évaluer les compétences des internes en urologie. Pédagogie médicale. 2000;1:33-9.
58. Lepoutre B. Ecrire un « cas d'ECOS » Formation aux soins primaires: exemple du vertige paroxystique bénin. Médecine. De la médecine factuelle à nos pratiques. Jan 2007;1:38-43. Disponible sur internet: <http://www.jle.com/e-docs/00/04/28/8B/vers_alt/VersionPDF.pdf>
59. Charlin B, Gagnon R, Sibert L, Van der Vleuten C. Le test de concordance de script, un instrument d'évaluation du raisonnement clinique. Pédagogie médicale. 2002;3:135-44.
60. Côté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale. 2002; 3:81-90.
61. Vallée JP, Gallois P, Le Noc Y. E-cigarette : vapoter vaut-il mieux que fumer? De la médecine factuelle à nos pratiques. Mar 2014;3:121-6.
62. Philadelphia Department of Public Health. Electronic Cigarette Fact Sheet. 2013 Jul. Online: <http://www.phila.gov/health/pdfs/ElectronicCigaretteFactSheet_72513_final.pdf>
63. Benowitz NL, Goniewicz ML. The regulatory challenge of electronic cigarettes. JAMA. 2013 Aug;310(7):685-6.
64. Etter JF, Bullen C. Electronic cigarette: users profile, utilization, satisfaction and perceived efficacy. Addiction. 2011;106:2017-28.
65. Burstyn I. Peering through the mist: systematic review of what does the chemistry of contaminants in electronic cigarettes tell us about health risks? BMC Public Health. 2014. Online: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/18>>
66. Gardiner P. E-cigarettes: The vapor this time ? 2013 Oct. Online: <<http://www.trdrp.org/docs/E-Cigarettes%20The%20Vapor%20This%20Time.pdf>>
67. Polosa R, Caponnetto P, Morjaria JB, Papale G, Campagna D, Russo C. Effect of an electronic nicotine delivery device on smoking reduction and cessation: a prospective 6-month pilot study. BMC Public Health. 2011; 11:786.
68. Camponnetto P, Campagna D, Cibella F et al. Efficiency and safety of an electronic cigarette as tobacco cigarettes substitute: a prospective 12-month randomized control design study. Plos One. 2013 Jun;9(1):10.1371.
69. Bullen C, Howe C, Laugesen M et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomized controlled trial. The Lancet. 2013 Nov; 382:1629-37.
70. Franco L. Tabagisme: quel rôle pour le médecin généraliste? Expertise collective INSERM.2003.

71. 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.
72. 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. Disponibilité sur internet: <<http://doxa.u-pec.fr/theses/th0250107.pdf>>
73. Lafforgue AV. Le médecin généraliste et le tabac: enquête auprès de 369 médecins généralistes du département de la Vienne. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie ;2003.
74. Garrigues-Nazerzadeh N, Sasco AJ, Lang F, vergnon JM. Le médecin généraliste face à un patient fumeur: comment sont dépistés le tabagisme et ses conséquences respiratoires ? REV prat MG.2002;571:600-4.
75. Sciolla M. Etude qualitative auprès des médecins généralistes de Marseille : vécus et représentations de l'aide au sevrage tabagique. [Thèse de doctorat en médecine générale]. Grenoble: Université Joseph Fourier; Nov 2012. Disponibilité sur internet: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/75/75/89/PDF/2012GRE15129_sciolla_myriam_1_D_.pdf>
76. Galam E, Baruch D, Wakim et al. Les ECOS : un outil pédagogique précieux à préciser, actualiser et développer. Collège National des Généralistes Enseignants. 13^{ème} congrès national; Nov 2013 28-29; Clermont Ferrand.
77. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Petite histoire du tabac. [Consulté le 20/07/2013]. Disponibilité sur internet: <<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/630.pdf>>
78. Hill C. L'augmentation du prix du tabac : une mesure de santé publique. BEH 2003;22-23:105-6.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le président de thèse

Université

Le professeur Corinne ALBERTI

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Benoit SCHLEMMER

Date : 7/7/2014



Docteur Corinne ALBERTI
Unité d'Epidémiologie Clinique
Inserm CIE 5
Hôpital Robert Debré
48, Bd Sérurier - 75035 Paris Cedex 19
Tél. : 01 41 03 33 15/24 65
Emel : corinne.alberti@rdb.aphp.fr

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7

et par délégation



Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

RESUME

Contexte

En 2011, 12,3% des IMG en France fument au moins 5 cigarettes par jour. Le statut tabagique personnel de l'interne est susceptible d'influencer son attitude en matière de prise en charge et de prévention à l'égard de ses patients fumeurs.

Lors de leurs différents stages, les IMG sont confrontés à des situations cliniques pouvant les inciter à modifier leur consommation tabagique.

Objectif principal

Evaluation de l'impact du tabagisme des IMG dans l'aide au sevrage tabagique. (Prévention secondaire)

Objectifs secondaires

- Evaluation de l'influence du tabagisme des IMG dans leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac chez leurs patients et leurs proches. (Prévention primaire) ;
- Evaluation des critères spécifiques à chaque stage susceptibles de modifier la consommation tabagique des IMG.

Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative, descriptive réalisée à la faculté de Paris Diderot à partir de « consultations » ou ECOS. La question « *Et vous Docteur, vous fumez ? Ou avez-vous déjà fumé ?* » était obligatoirement posée à chaque interne.

Pour répondre aux objectifs secondaires, des entretiens semi dirigés qualitatifs ainsi qu'un focus groupe ont été réalisés.

Résultats

Les IMG dans leur ensemble présentent de grandes lacunes dans l'aide au sevrage tabagique. L'IMG fumeur régulier, et à fortiori ancien fumeur, paraît plus impliqué que le non-fumeur. Une meilleure implication personnelle semble améliorer la prise en charge globale du patient fumeur. Concernant la réalisation du conseil minimal, le statut tabagique de l'IMG peut jouer un rôle parfois positif, parfois négatif. Le conseil minimal semble davantage s'exercer au sein du cabinet du médecin généraliste, qui constitue un lieu privilégié de prévention, et par ailleurs le stage où les internes fument le moins. Les critères spécifiques aux urgences, en particulier ceux qui favorisent le « *burn out* », pourraient augmenter de façon accrue la consommation tabagique des IMG. Le caractère social de la cigarette, semble jouer un rôle très fort au sein de l'hôpital.

Conclusion

La prise en charge du patient fumeur (prévention primaire et secondaire) est un travail complexe et fastidieux qui nécessite des connaissances riches en la matière et une sincère motivation de la part du soignant. L'expérience personnelle du sevrage tabagique par l'IMG semble être un atout indéniable en ce sens.

Mots Clés

Interne de médecine générale - Tabagisme - Influence - Patients fumeurs - Implication personnelle - Prévention secondaire - Conseil minimal- Examen clinique objectif structuré - Médecine ambulatoire - Urgences -