

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**SPECIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de Toulouse

Le jeudi 18 mars 2021

Par

**Geoffrey JAULIN**

Né le 08/12/1992 à ROCHEFORT

**CARACTÉRISTIQUES SOCIALES DES PATIENTS CONSULTANT POUR**  
**SEVRAGE TABAGIQUE DANS LE CADRE DU DISPOSITIF ASALEE EN**  
**RÉGION OCCITANIE**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Philippe ROUX

**Membres du jury :**

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ  
Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA  
Madame le Docteur Odile BOURGEOIS  
Monsieur le Docteur Philippe ROUX

Président  
Assesseur  
Assesseur  
Assesseur





# FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

## P.U. - P.H.

### Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDA Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

**P.U. Médecine générale**

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

**Professeur Associé de Médecine Générale**

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

## P.U. - P.H.

### 2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**P.U. Médecine générale**

M. MESTHÉ Pierre

**Professeur Associé Médecine générale**

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

**Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène** Mme

MALAUDA Sandra

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex**

**Doyen : E. SERRANO**

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie		
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	<b>P.U. Médecine générale</b>	
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie		
M. HUYGHE Eric	Urologie	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>	
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. BOYER Pierre	
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation		
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>			
M. STILLMUNKES André			

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**  
**37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex**

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL**  
**133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex**

**M.C.U. - P.H.**

**M.C.U. - P.H**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry

Mme DUPOUY Julie

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme FREYENS Anne

M. CHICOULAA Bruno

Mme PUECH Marielle

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M. YRONDI Antoine

Psychiatrie d'adultes

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel

M. ESCOURROU Emile

**M.C.A. Médecine Générale**

M. BIREBENT Jordan

Mme BOURGEOIS Odile

Mme BOUSSIER Nathalie

Mme LATROUS Leila

## REMERCIEMENTS

### **À Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,**

Je vous suis très reconnaissant de présider ce jury et de vous engager comme vous le faites pour une formation de qualité des internes en médecine générale. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

### **À Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA,**

C'est un honneur de pouvoir vous compter parmi ce jury de thèse. Je vous remercie également pour la qualité de votre enseignement. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

### **À Madame le Docteur Odile BOURGEOIS,**

Merci d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Je vous remercie pour votre implication auprès des internes. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

### **À Monsieur le Docteur Philippe ROUX,**

Merci de m'avoir fait l'honneur de participer à ce travail. Merci pour ta disponibilité, ta rapidité de réponse à mes (nombreux) mails, tes encouragements tout au long de la thèse et pour tes précieux conseils. Je suis reconnaissant du temps que tu m'as accordé et des repas délicieux qu'on a partagés ! Je te prie de voir dans ce travail toute l'expression de ma gratitude.

**Aux différents maîtres de stage rencontrés durant mon internat**, pour votre patience, votre accompagnement et votre enseignement qui me servent tous les jours.

**Au Dr Sandrine SUDRE et au Dr Benoit GAVOILLE**, merci de m'avoir accompagné dans mes premiers pas d'interne et de m'avoir fait découvrir la médecine générale. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

**Au Dr Clément VAUR**, pour toute la richesse professionnelle apprise pendant mon stage. Et pour tous ces bons moments passés en dehors du cabinet et les moments à venir.

**Au Dr Frédérique CHAUTARD**, pour ton expérience, ta gentillesse, ton dévouement. J'ai énormément appris à tes côtés. Merci d'avoir été une « maman poule » pendant mon stage.

Merci à tous les autres professionnels rencontrés pendant mon internat : infirmières, aides-soignantes, secrétaires...

**À mes parents**, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Sans vous je n'y serais jamais arrivé. Merci de votre soutien sans faille durant toutes ces années. Merci d'avoir toujours veillé à mon bien être, j'ai une chance inouïe de vous avoir. Je vous aime très fort.

**À mon frère Bastien, à Isadora et à Pio,**

Merci à toi mon grand frère pour ton soutien. Tu es et resteras un modèle pour moi. Grâce à toi je suis un tonton comblé.

Merci à toi Isa pour ta gentillesse, ta bienveillance. Merci de supporter mon frère !

À mon petit Pio, tu es le plus mignon et tu as des parents en or !

Je vous aime tous les trois.

**À Mamie chat**, j'aurais aimé que tu sois présente pour ce moment si particulier.

**Au reste de la famille : oncles et tantes, cousins, cousines** etc. pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir.

**À Maéva**, pour ta patience, ton écoute (quand je pars dans mes nombreux monologues...), ta gentillesse, ton soutien, ton aide pour cette thèse, ta beauté (++) . J'ai une chance incroyable de t'avoir. Merci pour tous ces moments si précieux à tes côtés. Tu es un tout pour moi. Merci de rendre les jours meilleurs. Il me tarde de découvrir l'avenir à tes côtés. Tu seras une mère aimante et bienveillante. Je t'aime.

**À notre futur(e) tout(e) petit(e)**, on est très impatients de te poupouler.

**À mes beaux-parents, Pascale et Alain**, pour votre soutien et votre bienveillance à mon égard. Merci pour tous ces moments passés à vos côtés. Vous serez des grands-parents parfaits.

**À Elodie et Thibaud**, pour tous les moments passés ensemble en particulier les soirées Nantaises, Parisiennes ou encore Toulousaines et aux moments à venir.

**À mes beaux grands-parents, Gisèle et Jean-Paul**, pour tous ces bons moments passés à Royan à vos côtés, pour votre gentillesse. Je suis très heureux de vous avoir à mes côtés.

**À mes amis Rochefortais,**

**Ben**, tout avait débuté sur une trottinette et après toutes ces années je sais que je peux toujours compter sur toi. Les moments passés ensemble sont toujours aussi importants pour moi.

**Élisa**, merci d'avoir toujours été là. Je suis fier de ce que tu es devenue. Merci à toi **Maxime** de la supporter !!

**Lucas**, pour tous ces moments partagés depuis tout petit sur le terrain de foot ou en dehors. Merci d'avoir toujours été là. Tu sais que tu pourras toujours compter sur moi.

**Mélanie, Nicolas, Mathéis et mon petit Lou**, merci de m'avoir permis d'être le parrain du plus mignon de tous. Vous comptez beaucoup pour moi.

**Thomas**, pour ta gentillesse, ta sincérité, ta fidélité. Même si les moments passés ensemble sont plus rares, ils sont toujours autant précieux.

**À mes amis de la Fac,**

**Amandine**, pour toutes ces belles descentes à ski (notamment en hors-pistes à Cauterets), merci d'avoir toujours été à mes côtés. Tu pourras toujours compter sur moi.

**Aux filles, Clémentine, Marilou, Chloé**, pour votre patience impressionnante après toutes ces années à mes côtés.

**Clément**, ça partait pourtant mal à cause d'une veste Levi's et le numéro 3 dans le dos... Finalement on a réussi à faire abstraction pour passer tous ces bons moments (les lundis soirs à faire nos « cas cliniques », les férias, le Pérou...). J'ai énormément de chance de t'avoir rencontré.

**Constant**, pour ton calme, ta gentillesse, pour les moments passés à Poitiers, et maintenant à Montpellier et Toulouse c'est toujours un plaisir. On retiendra une progression fulgurante en futsal avec des débuts difficiles.

**Jean-Clément**, un amour commun pour le football qui nous aura amené dans différents tournois sixtes. Aucune victoire finale mais des souvenirs gravés. On se souviendra également des férias, du Pérou... Merci pour ces belles années à Poitiers.

**Jérémy**, une rencontre en fin de P1, suivie de soirées entières à Jacques Cœur pour réviser. Puis d'autres soirées plus intéressantes, des férias, un voyage au Pérou... Merci pour tout.

**Mon Jo**, pour tout ce que tu es pour moi. Pour ces années au lycée. Pour ces deux années de colloc parfaites à Jacques Cœur. Tu as toujours été un grand soutien pour moi. Même si la distance nous sépare, je serai toujours là pour toi.

**Mon Nono**, pour cette amitié grandissante ici à Toulouse. Beaucoup de souvenirs à tes côtés en commençant par le RFC. Merci d'avoir été présent dans les moments importants, j'ai toujours pu compter sur toi. Merci pour toutes ces soirées à refaire le monde en sortie du Bazar. J'ai énormément de chance de t'avoir à mes côtés.

**Romain**, pour toutes ces soirées passées chez toi, pour ces soirées passées à réviser (en salle à Rabelais...). Des souvenirs plein la tête de notre voyage au Pérou. Et bien d'autres moments à venir...

**Sophie**, pour ta bienveillance, ta gentillesse. Pour tous ces bons moments passés ensemble et ceux à venir. Tu es très importante à mes yeux.

**Thomas(choire) & Charlotte**, pour le soutien que vous m'avez apporté durant la P1 à IPECO. Merci d'avoir rendu cette période plus légère. Et merci pour tous les moments passés tous les trois, c'est toujours un grand bonheur de vous retrouver.

### **À mes amis Toulousains,**

**Alexis**, mon Alessao dou brasidou (pas facile à écrire), merci pour ta fidélité depuis ces années à Poitiers, et merci pour les moments passés tous les deux.

**Alice**, pour ta gentillesse, ta douceur, tes chaussettes dépareillées, les moments passés devant Koh Lanta, les moments à venir devant la Star Ac. Tu comptes beaucoup pour moi.

**Arthur**, mon fray, pour tous ces moments partagés, pour ta bienveillance, pour tes fissurades. Tu pourras toujours compter sur moi.

**Benjamin**, pour ta bonne humeur, ton humour (que Maéva ne comprend pas), pour ces moments passés sur le terrain avec les petites belettes.

**Cassandra**, même si tu supportes l'UBB, merci pour les moments partagés à Toulouse.

**Céliatte**, pour ta patience pendant les six mois de colloc à Tarbes, tes soupes, et les moments de franche rigolade passés ensemble.

**Ma Chloé**, pour ta patience durant tous ces mois de colloc. Pour nos aventures toulousaines et tarbaises. Pour ta gentillesse, j'ai beaucoup de chance de t'avoir à mes côtés.

**Clarisse**, pour ta bonne humeur, tes blagues (qu'on ne comprend pas toujours), ta gentillesse, nos footings, tes « papapapas » de danse. Merci pour tous ces moments partagés.

**Clenet & Wiwi**, pour tous ces moments que l'on passe ensemble. Merci à toi Clenet pour ta bienveillance, ta bonne humeur, ta gentillesse. Merci à toi Wiwi pour tes plats excellents. Je suis très heureux de vous avoir à mes côtés.

**Iohanna**, pour l'organisation parfaite des brunchs du dimanche, ta gentillesse et ta sagesse.

**Jérémie**, pour ta bienveillance, tes conseils toujours avisés, tes cocktails et tes plats succulents. Tu comptes beaucoup pour moi.

**Malo**, une passion commune autour de l'OL, des séances fractionnées, et surtout des moments précieux passés ensemble. J'ai beaucoup de chance de t'avoir rencontré. Merci à **Célia** de mettre un peu d'ordre dans tes affaires.

**Marie, Maxime & Anna**, pour cette amitié née ici. Vous êtes un pilier pour moi à Toulouse. Merci pour tous ces moments partagés. J'ai beaucoup de chance de vous avoir rencontré. Et en plus, vous avez la plus mignonne des bouilles. Vous pourrez toujours compter sur moi.

**Ninon**, pour ton amour du rugby, ta gentillesse et ta force de caractère.

**Pierre**, malgré ton amour pour l'OM, merci pour ces moments partagés notamment le jeudi soir avec les petites belettes (même si on ne gagne pas souvent).

**À mes co-internes**, avec qui je garde beaucoup de souvenirs à Albi, à Tarbes, à Toulouse...

**À la famille tarbaise**, même si je ne vous aime pas j'ai passé d'excellents moments à vos côtés.

**À tous les autres...**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>12</b>
<b>ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>13</b>
<b>ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>14</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>15</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>16</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
<b>CONTEXTE.....</b>	<b>18</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b>	<b>22</b>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>24</b>
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>40</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>45</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>52</b>

## LISTE DES ANNEXES

- **Annexe 1.** Fonctionnement du dispositif ASALEE
- **Annexe 2.** Conception des déterminants sociaux de la santé
- **Annexe 3.** Facteurs associés au tabagisme en Occitanie en 2016
- **Annexe 4.** Recueil de consentement
- **Annexe 5.** Questionnaire papier envoyé aux infirmiers ASALEE
- **Annexe 6.** Questionnaire via le lien Google Form
- **Annexe 7.** Tableau récapitulatif concernant les données comparatives significatives des échantillons ASALEE, de l'Occitanie et national
- **Annexe 8.** Comparaison des données sociales des fumeurs selon les groupes « Échantillon ASALEE Pays de la Loire » et « Échantillon national du Baromètre santé 2017 »
- **Annexe 9.** Synthèse des données sociales à recueillir pour chaque patient en médecine générale

## ABRÉVIATIONS

**ARS** : Agence régionale de santé

**ASALEE** : Action de Santé Libérale en Équipe

**BPCO** : Bronchopneumopathie chronique obstructive

**COBD** : Chronic obstructive pulmonary disease

**CRIDA** : Centre de Recherche, Innovation et Développement d'ASALEE

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**ECG** : Électrocardiogramme

**ETP** : Éducation thérapeutique du patient

**HCSP** : Haut Conseil de la Santé Publique

**IDSP** : Infirmier délégué à la santé publique

**IPA** : Infirmier de pratique avancée

**ISS** : Inégalités sociales de santé

**MMSE** : Mini Mental State Examination

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PNLT** : Plan de lutte contre le tabagisme

**PNRT** : Programme national de réduction du tabagisme

**SIH** : Social inequalities in health

**SPF** : Santé Publique France

# ILLUSTRATIONS

## Figures

- **Figure 1.** Répartition de l'échantillon ASALEE en fonction de la tranche d'âge
- **Figure 2.** Répartition de l'échantillon ASALEE en fonction du niveau d'étude
- **Figure 3.** Répartition de l'échantillon ASALEE en fonction des revenus par unité de consommation
- **Figure 4.** Répartition de l'échantillon ASALEE en fonction de la situation professionnelle des individus
- **Figure 5.** Répartition de l'échantillon ASALEE en fonction de la catégorie socio-professionnelle des individus
- **Figure 6.** Répartition des échantillons en fonction des tranches d'âge
- **Figure 7.** Répartition des échantillons en fonction du niveau d'étude
- **Figure 8.** Répartition des échantillons en fonction des tranches d'âge
- **Figure 9.** Répartition des échantillons en fonction du niveau d'étude
- **Figure 10.** Répartition des échantillons en fonction des revenus par unité de consommation
- **Figure 11.** Répartition des échantillons en fonction de la situation professionnelle
- **Figure 12.** Répartition des échantillons en fonction de la catégorie socio-professionnelle

## Tableaux

- **Tableau 1.** Caractéristiques sociales de l'échantillon ASALEE
- **Tableau 2.** Comparaison des données sociales des fumeurs selon l'échantillon ASALEE et l'échantillon occitan tiré de l'échantillon national du Baromètre santé 2017
- **Tableau 3.** Comparaison des données sociales des fumeurs selon l'échantillon ASALEE Occitanie et l'échantillon national du Baromètre santé 2017

# RÉSUMÉ

## **Caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique dans le cadre du dispositif ASALEE en région Occitanie**

**Introduction** : Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France et apparaît donc comme une priorité de santé publique. La consommation tabagique est associée à la notion d'inégalités sociales de santé (ISS). Le dispositif ASALEE favorise la coopération entre les médecins généralistes et les infirmiers délégués à la santé publique (IDSP) au sein du cabinet. Un des rôles des infirmiers ASALEE concerne le sevrage tabagique pour les patients à risque de bronchopneumopathie chronique. L'accès au dispositif ASALEE dispense de l'avance de frais, on pourrait donc s'attendre à une équité de soins. L'objectif de notre étude est d'analyser les caractéristiques sociales de patients consultant le dispositif ASALEE dans le cadre du sevrage tabagique et de les comparer aux données régionales de l'Occitanie puis nationales, publiées par l'INSEE.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude descriptive, analytique observationnelle, transversale réalisée en région Occitanie de mai 2020 à novembre 2020 par questionnaire anonymisé. 75 questionnaires ont été recueillis et les analyses ont été comparées aux données régionales puis nationales à l'aide des logiciels Excel et BiostatsTGV.

**Résultats** : Notre population comportait une majorité de femme (54,7%) et la moyenne d'âge était de 54 ans. Notre échantillon ASALEE a d'abord été comparé à l'échantillon de l'Occitanie. On retrouvait des différences significatives concernant les tranches d'âge et les niveaux d'étude : l'échantillon ASALEE était plus âgé et il y avait moins de fumeurs ayant obtenu leur baccalauréat. La comparaison à l'échantillon national a mis en évidence des différences significatives pour les tranches d'âge (notre échantillon était plus âgé), pour la situation professionnelle (il y avait moins de travailleurs et plus d'inactifs), pour le niveau d'étude (moins de patients avaient obtenu leur baccalauréat) et il y avait plus d'employés dans notre échantillon. Les autres comparaisons ne retrouvaient pas de différence significative.

**Conclusion** : notre étude tend à montrer que le dispositif ASALEE ne réduit pas les ISS mais ne les aggrave pas. Il serait intéressant d'étendre cette analyse aux autres champs d'action des infirmiers ASALEE.

**Mots clés** : Tabagisme, dispositif ASALEE, inégalités sociales de santé.

## ABSTRACT

### **Social characteristics of patients consulting for smoking cessation within the ASALEE program in Occitan region**

**Introduction :** Tobacco is the leading cause of preventable death in France and is therefore a public health priority. Tobacco consumption is associated with the notion of social inequalities in health (SIH). The ASALEE program promotes cooperation between general practitioners and public health nurses within the practice. One of the roles of ASALEE nurses concerns smoking cessation for patients at risk for Chronic obstructive pulmonary disease (COBD). Access to the ASALEE program dispenses with the advancing payment of fees, so one would expect equity of care. The objective of our study is to analyze social characteristics of patients consulting ASALEE program in the context of smoking cessation and to compare them with data from Occitan region and then national data published by INSEE.

**Method :** This is a descriptive, analytical, observational, cross-sectional study carried out Occitan region from May 2020 to November 2020 through an anonymized questionnaire. 75 questionnaires were collected and analysis were compared to regional and national data using Excel and BiostatsTGV software.

**Results :** Our population was predominantly female (54.7%) and the average age was 54 years. Our ASALEE sample was first compared to Occitan region sample. There were significant differences in age groups and educational background : the ASALEE sample was older and there were fewer smokers who had completed their bachelor's degree. Comparison with the national sample revealed significant differences in the age groups (our sample was older), employment status (there were fewer workers and more inactive), educational background (fewer patients had completed their bachelor's degree) and there were more employees in our sample. The other comparisons did not find any significant differences.

**Conclusion :** Our study suggests that the ASALEE program doesn't reduce SIH but does not worsen them. It would be interesting to extend this analysis to other fields of action of ASALEE nurses.

**Keywords :** Smoking, ASALEE program, social inequalities in health

## INTRODUCTION

Le tabagisme en France est la première cause de mortalité évitable en France. La moitié des fumeurs réguliers mourront de maladie liée au tabac (1). Le sevrage tabagique se présente donc comme une priorité de santé publique.

Les outils pour aider au sevrage des patients sont nombreux : les médicaments, les prises en charge psychothérapeutiques, l'utilisation de la cigarette électronique (2).

L'accompagnement est un élément important pour éviter les rechutes fréquentes liées à l'arrêt du tabac (97% des fumeurs n'arrivent pas à arrêter sans aide) (3). Cet accompagnement peut être réalisé par des infirmiers dans le cadre du dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe). Celui-ci est né en 2004 en (ex)région Poitou-Charentes. Il s'agit d'une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers intégrée au cabinet des praticiens. Les infirmiers formés à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) interviennent à travers un protocole géré et validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cela concerne les patients atteints de maladies chroniques, en proposant un accompagnement individuel en lien avec la pratique médicale, au sein du cabinet d'un médecin généraliste. Une des missions des infirmiers ASALEE est le suivi du patient tabagique à risque de bronchopneumopathie obstructive (BPCO), comprenant la prescription de substituts nicotiniques (depuis 2016), la réalisation et l'interprétation de spirométrie (4).

Le tabagisme est également en lien avec la notion d'inégalités sociales de santé (ISS). Celles-ci peuvent être définies comme des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » (5). En 2010, une étude s'est intéressée aux ISS dues au tabagisme au cours de la vie : les résultats mettaient en évidence l'existence d'un gradient social fort en matière de tabagisme, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (6). La réduction des ISS est un enjeu majeur du gouvernement, les personnes défavorisées sont donc une cible importante à privilégier.

Le dispositif ASALEE permet l'ETP pour le sevrage tabagique en évitant l'avance des frais médicaux. On pourrait donc attendre de ce dispositif qu'il soit efficace en termes d'équité.

Cette étude s'intéresse donc aux caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique dans le cadre du dispositif ASALEE pour mettre en évidence, ou non, une différence d'accès à celui-ci.

Ma question de recherche est la suivante : Quelles sont les caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique dans le cadre du dispositif ASALEE en région Occitanie ?

# CONTEXTE

## 1. Le tabagisme en France

Il est responsable de 75 000 décès par an en France en 2015 soit 13% des décès. En 2019, trois Français de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (30,4%) et un quart (24%) fumaient régulièrement, un chiffre en baisse depuis 2016 (7).

En Occitanie, la prévalence du tabagisme quotidien chez les 18- 75 ans en 2017 est élevée (30,3 % vs 26,9% en France) ce qui représente environ 1 200 000 fumeurs. Parmi les principaux facteurs associés au tabagisme quotidien, on note le fait d'avoir des revenus faibles (36,1% dans le 1<sup>er</sup> tercile vs 20,4% dans le 3<sup>ème</sup> tercile) et un bas niveau d'étude (33,2% sans le baccalauréat vs 23,1% avec) (8).

Les principales complications liées à la consommation de tabac sont les maladies cardiovasculaires, les cancers (un cancer sur trois est lié au tabagisme, le plus fréquent étant le cancer du poumon) et la BPCO (9).

Concernant la lutte antitabac, elle a débuté avec la loi Veil en 1976 qui visait principalement la publicité liée au tabac, prévoyait des interdictions de fumer dans certains lieux à usage collectif et imposait l'inscription de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes. Elle est renforcée par la loi Evin du 10 janvier 1991, qui interdisait notamment la cigarette dans les locaux à usage collectif et les transports, sauf en zone "fumeurs" ou encore la vente aux moins de 16 ans. À partir de 2014, cette lutte a été mise en avant avec le programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019 visant à freiner le nombre d'entrée de jeunes dans le tabagisme, aider les fumeurs à s'arrêter et agir sur l'économie du tabac (10). Les principales mesures prises concernaient tout d'abord l'ouverture de la prescription de substituts nicotiques aux médecins du travail, infirmiers, chirurgiens-dentistes et masseurs kinésithérapeutes, ensuite une augmentation du remboursement forfaitaire a été mise en place (passant de 50€ à 150€ par an) et enfin le paquet neutre est devenu obligatoire au 1<sup>er</sup> Janvier 2017.

Une opération marketing social est également lancée dans cette période (en 2016) nommée « Mois sans tabac » qui s'appuie sur l'idée d'échéance et de cohésion de groupe pour encore accompagner les fumeurs vers le sevrage.

En parallèle, un autre plan a été mis en place pour lutter contre le tabagisme : le plan de lutte contre le tabagisme (PNLT) 2018-2022. Les principales lignes directrices de ce plan sont l'augmentation du prix du paquet à 10 € et le remboursement à un taux de 65% par la sécurité sociale des substituts nicotiques (11).

## 2. Dispositif ASALEE

Né en 2004, à l'initiative d'un médecin du département des Deux-Sèvres J. Gautier et d'un ingénieur informaticien, ce dispositif a pour but la coopération des professionnels de santé en soins primaires. Il permet de mettre en relation les compétences d'un infirmier délégué à la santé publique (IDSP) et d'un médecin, pour un même patient, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. L'article 51 de la loi Hôpital Patient Santé territoire (HPST) de 2009 formalisait cette coopération comme la « mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients » (12).

En 2015, on comptait parmi le dispositif environ 3 000 médecins et plus de 700 infirmiers, répartis en 1065 binômes sur l'ensemble du territoire Français (13). En 2020, on compte plus d'une centaine d'infirmiers ASALEE en région Occitanie.

### Les différents rôles des infirmiers ASALEE

#### Réaliser des consultations d'ETP :

- Assurer le suivi des patients avec une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s).
- Écouter et accompagner le patient vers une modification de son comportement.
- Aider à l'autonomisation du patient.
- Créer une alliance thérapeutique entre les trois acteurs principaux : médecin, IDSP et patient.

Le fonctionnement du système ASALEE est illustré en Annexe 1.

### Champs de compétence et actes dérogatoires ASALEE

Protocoles	Actes dérogatoires
Suivi des patients diabétiques de type 2	<b>Réalisation :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Test Monofilament,</li><li>• Électrocardiogramme (ECG) (hors interprétation)</li></ul> <b>Prescription :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Biologie</li><li>• Fond d'œil</li><li>• ECG</li></ul>
Suivi cardio-vasculaire	<b>Réalisation/Prescription :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• ECG (hors interprétation)</li></ul>
Patient tabagique : suivi, identification des patients à risque de BPCO	<b>Réalisation :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Spirométrie (avec interprétation)</li></ul> <b>Prescription :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Substituts nicotiques, spirométrie</li></ul>
Repérage des troubles cognitifs	<b>Réalisation :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tests pour repérage de la fragilité (5 mots, Mini Mental State Examination (MMSE) etc.)</li><li>• Entretien et accompagnement du/des aidant(s)</li></ul>

Ils participent également au repérage et au dépistage individuel et collectif, à la prise en charge et au suivi de l'obésité (notamment chez l'enfant), à l'automesure tensionnelle etc.

### **3. Les inégalités sociales de santé**

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), ce sont « les différences systématiques et potentiellement évitables concernant un ou plusieurs aspects de la santé à travers des populations ou groupes définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques ».

Au cours des dernières décennies, le système de santé français est de plus en plus performant et le système de couverture maladie offre un accès universel aux soins, ce qui a favorisé l'amélioration de l'espérance de vie et l'état de santé moyen. Cependant, ces avancées ne profitent pas de manière équitable à l'ensemble de la population. En effet, les inégalités sociales de santé ont tendance à se majorer en France, et y sont plus importantes que dans les autres pays européens. Pour exemple, en France, l'espérance de vie sans incapacité à 35 ans d'un cadre est de quarante ans alors qu'elle n'est que de trente-deux ans pour un ouvrier (14).

Il existe une notion importante : le gradient social. Il peut être défini ainsi : chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevée que la classe immédiatement supérieure (15). Il ressort donc un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale.

Les inégalités sociales de santé sont la résultante de déterminants sociaux de la santé. En d'autres termes, ce sont « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances et systèmes étant déterminés par plusieurs forces issues des domaines de l'économie, des politiques sociales et de la politique de santé » (16). L'OMS a différencié ces déterminants en déterminants structurels et intermédiaires (17) :

- les déterminants structurels sont séparés en deux groupes : le premier lié au contexte socio-économique et politique du pays, tandis que le deuxième comprend les caractéristiques de la position socioéconomique de l'individu (niveau d'étude, profession, revenus, classe sociale etc.)
- les déterminants intermédiaires correspondent aux conditions matérielles (conditions de travail, conditions de vie), aux comportements (tabac, alcool, nutrition etc.), aux facteurs psychosociaux (stress des conditions de vie et de travail, soutien social), biologiques et génétiques, qui ont un rôle dans l'accès au système de santé.

Un schéma représenté en Annexe 2 reprend et explicite ces différentes notions.

En Occitanie, les habitants disposent de revenus déclarés parmi les plus faibles et les plus inégalitaires de France métropolitaine. Des compensations permettent de réduire les écarts de revenus qui sont alors à hauteur de 44 % en Occitanie. Néanmoins elle reste une des régions les plus pauvres avec la Corse, les Hauts-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. La moitié des habitants d'Occitanie vit dans un ménage disposant d'un revenu déclaré de moins de 19 200 euros par an et par unité de consommation en 2014. Les transferts sociaux (prestations sociales et revenus de remplacement) représentent 40,6 % du revenu disponible, contre 36,4 % en France métropolitaine (18).

Concernant les inégalités sociales de santé et le tabagisme, il apparaît qu'un niveau de diplôme plus élevé serait un facteur protecteur du tabagisme. Le fait d'être en situation du chômage et le fait de vivre seul sont très significativement associés à ce tabagisme quotidien (50,4 %). Il existe également certaines catégories socioprofessionnelles plus exposées : les ouvriers surtout mais aussi les agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise et artisans (16).

Les différents facteurs associés au tabagisme sont repris dans l'Annexe 3.

Différentes revues de la littérature se sont intéressées au sevrage tabagique chez les plus défavorisés. Elles ont tendance à démontrer que les actions de prévention efficaces contre le tabac augmentent les inégalités sociales de santé et sont plus efficaces auprès des populations socialement plus favorisées (6,19,20).

# MATÉRIEL ET MÉTHODES

## 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, analytique observationnelle, transversale réalisée en Région Occitanie de mai 2020 à novembre 2020.

## 2. Population d'étude

Les critères d'inclusions étaient la consultation d'un infirmier ASALEE pour sevrage tabagique, l'âge compris entre 18 et 75 ans et le consentement du patient pour participer à notre étude.

## 3. Questionnaire

Une étude similaire a été menée en 2019 par deux internes en médecine générale en région Pays de la Loire. Avec leur accord, j'ai pu m'inspirer de leur travail et de leur expérience. J'ai créé un questionnaire afin de mettre en évidence des données comparables à celles de l'INSEE. Ce questionnaire a par la suite été envoyé au Dr BASTIEN qui dirige le Centre de Recherche Innovation et Développement d'ASALEE (CRIDA). Après plusieurs échanges, il a été décidé que l'accord de participation à cette étude relevait des différentes équipes ASALEE au sein des cabinets de médecine générale (l'infirmier et le(s) médecin(s) généraliste(s)) via un consentement écrit (cf. Annexe 4)). Le questionnaire comportait 9 questions, à réponses ouvertes ou fermées. Certaines questions étaient à réponse obligatoire, d'autres (notamment sur les revenus) laissées au libre choix du patient (cf. Annexe 5).

## 4. Distribution du questionnaire

J'ai pu contacter différents infirmiers ASALEE par l'intermédiaire de l'infirmière coordinatrice ASALEE. Je les ai informés de mon travail par mail courant mars 2020 en expliquant ma démarche avec en pièces-jointes le consentement ainsi que le questionnaire (cf. Annexe 4 et 5). Une fois leur accord obtenu pour participer à cette étude, je les ai sollicités régulièrement par mails ou sms. Le patient remplissait l'auto-questionnaire seul ou avec l'aide de l'infirmier sur papier ou par l'intermédiaire d'un lien Google Form sur internet (cf. Annexe 6).

## 5. Protection des données

Il s'agissait d'un questionnaire anonymisé. L'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et du Comité de protection des personnes (CPP) n'a donc pas été requis pour ce travail de recherche.

## **6. Recueil des données**

Les questionnaires étaient retournés par les infirmiers par mail ou par voie postale. Le reste des questionnaires étaient récupérés via le lien Google Form (cf. Annexe 6).

## **7. Analyse des données**

Après recueil des données mises en forme sur le logiciel Excel, les analyses ont été effectuées à l'aide des logiciels Excel et BiostatTGV.

## **8. Analyses statistiques**

La proportion de chaque caractéristique sociale de l'échantillon a été comparée aux données régionales de l'Occitanie et aux données nationales de l'INSEE par l'intermédiaire du test du Chi2 après s'être assuré que la répartition des différentes valeurs suivait une Loi normale Gaussienne. Le seuil de  $p < 0.05$  était considéré comme valeur statistiquement significative.

## **9. Critères de jugement**

L'objectif principal de cette étude est de décrire les caractéristiques sociales des patients consultant un infirmier ASALEE pour sevrage tabagique en région Occitanie puis de comparer ces données à la population d'Occitanie et nationale de fumeurs.

# RÉSULTATS

## 1. Description de l'échantillon

75 questionnaires ont été recueillis entre le 1er Mai 2020 et le 30 Novembre 2020. 3 questionnaires ont été exclus (1 patient avait moins de 18 ans, 1 avait plus de 75 ans et 1 a retourné le questionnaire après la date limite du recueil).

Au total, le consentement d'une dizaine d'infirmiers ASALEE a été obtenu sur la centaine contactée. La répartition départementale des infirmiers était la suivante : 1 infirmier ASALEE travaillant en Aveyron, 1 dans le Tarn et Garonne, 2 dans les Hautes-Pyrénées, 1 dans l'Hérault, 1 en Haute Garonne, 1 en Lozère, 1 dans le Tarn et 1 dans le Gers.

Les données de l'échantillon sont regroupées dans le Tableau 1.

### Sexe

L'échantillon regroupait 34 hommes (45,3%) contre 41 femmes (54,7%) pour un sex-ratio à 0,83.

### Âge

Un patient n'a pas précisé son âge. L'âge moyen de l'échantillon était de 53,9 ans. Les âges extrêmes étaient 28 ans et 75 ans.

**Figure 1. Répartition de l'échantillon ASALEE en fonction de la tranche d'âge**

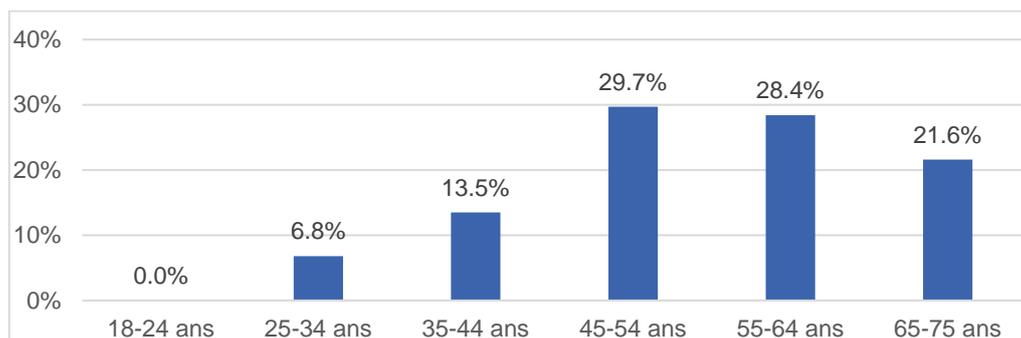


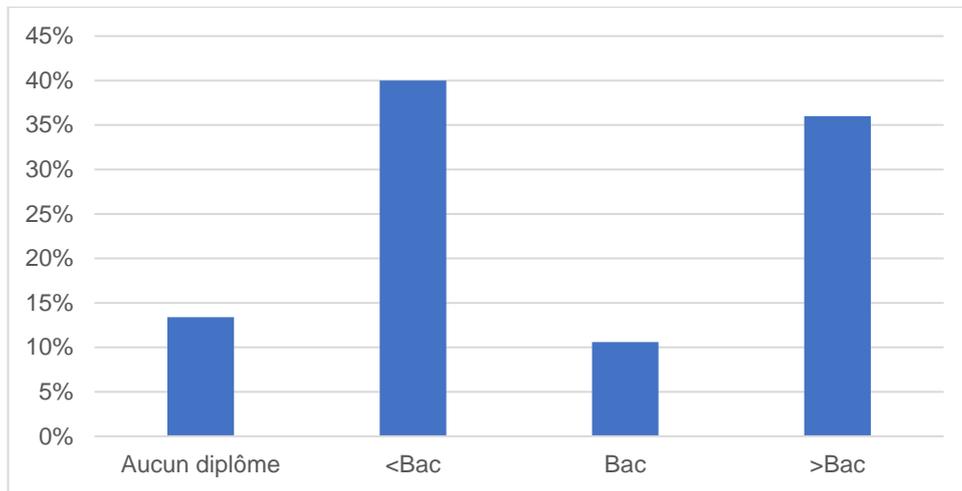
Tableau 1. Caractéristiques sociales de l'échantillon ASALEE

<b>N=75</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexe</b>		
Homme	34	45,3%
Femme	41	54,7%
<b>Âge</b>		
18-24 ans	0	0%
25-34 ans	5	6,8%
35-44 ans	10	13,5%
45-54 ans	22	29,7%
55-64 ans	21	28,4%
65-75 ans	16	21,6%
<b>Diplôme</b>		
Aucun diplôme	10	13,4%
<Bac	30	40%
Bac	8	10,6%
>Bac	27	36%
<b>Revenu par unité de consommation</b>		
1er tercile (< 1100 €)	24	32%
2eme tercile (1101-1799 €)	18	24%
3eme tercile (> 1800 €)	16	21,3%
Refus de répondre	17	22,7%
<b>Situation professionnelle</b>		
Travail	36	48%
Chômage	8	10,7%
Inactif	31	41,3%
<b>PCS de l'individu ou du référent du foyer</b>		
Agriculteur, artisan, commerçant, chef d'entreprise	1	1,6%
Cadre et profession intellectuelle supérieure	4	6,7%
Profession intermédiaire	13	21,7%
Employé	28	46,7%
Ouvrier	14	23,3%
<b>Situation familiale</b>		
Vit avec au moins une personne	42	55,4%
Vit seul	33	44,6%

## Diplôme

Plus de la moitié de l'échantillon (40) n'avait pas obtenu le baccalauréat et représentaient 53,4% des patients, 8 n'avaient pas fait d'études supérieures soit 10,6% et 27 avaient poursuivi leurs études (36% de l'échantillon).

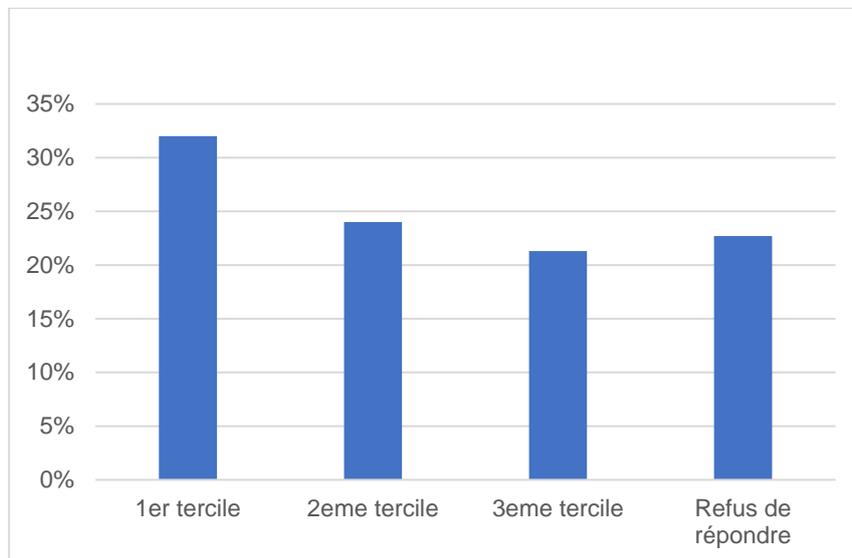
**Figure 2. Répartition de l'échantillon ASALEE en fonction du niveau d'étude**



## Revenus

Les revenus par unité de consommation étaient calculés en fonction de l'ensemble des revenus du foyer, du nombre de personnes y habitant ainsi que de leur âge. La répartition montrait une majorité de patients ayant des revenus inférieurs à 1100 €/mois (32%). Ensuite, 24 % des patients questionnés gagnaient entre 1101 et 1799 € /mois et enfin 21,3% percevaient un salaire supérieur à 1800 €/mois. Dans cet échantillon, 17 patients n'ont pas souhaité renseigner leurs revenus.

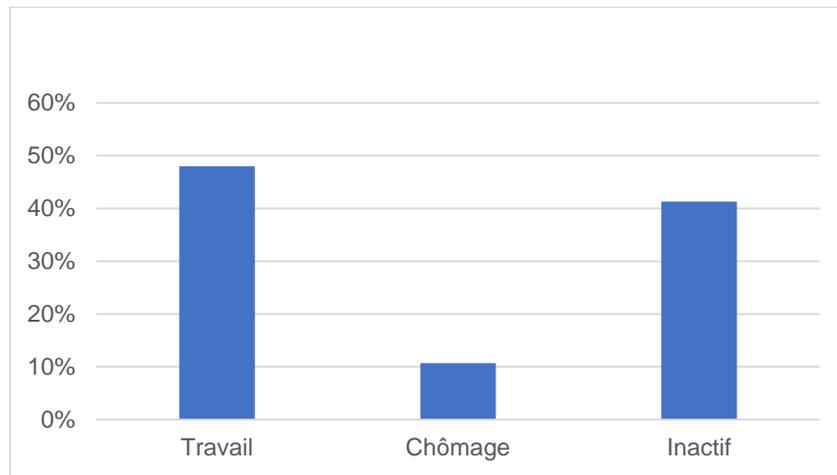
**Figure 3. Répartition de l'échantillon ASALEE en fonction des revenus par unité de consommation**



## Situation professionnelle

Près de la moitié (48%) des patients étaient actifs/travailleurs. 31 patients (41,3%) étaient inactifs. Les chômeurs représentaient 10,7% des individus de l'échantillon.

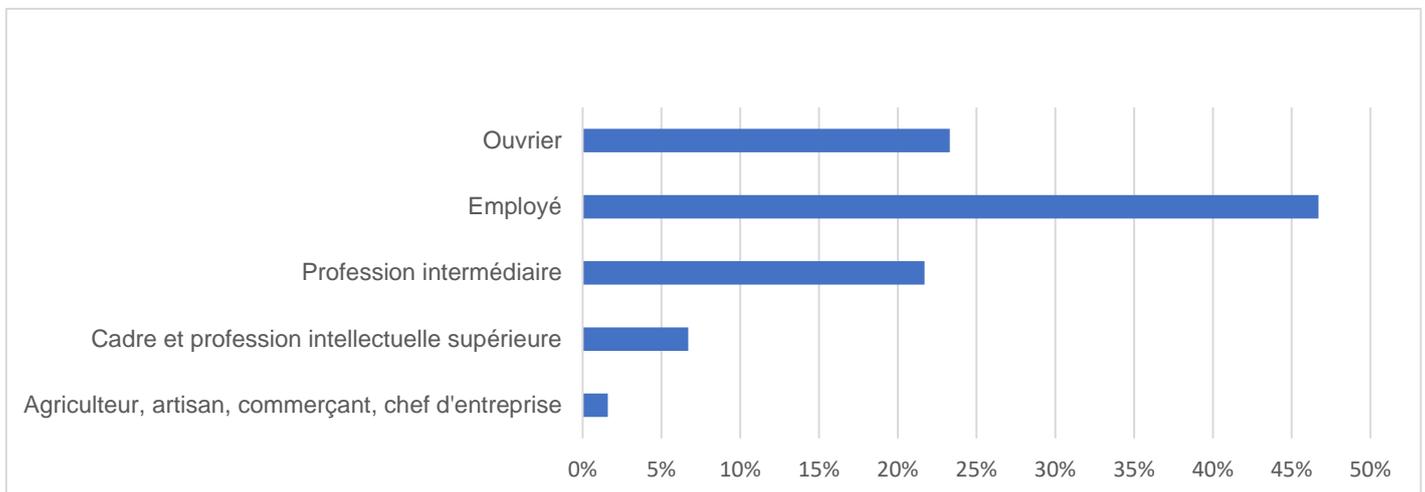
**Figure 4. Répartition de l'échantillon ASALEE en fonction de la situation professionnelle des individus.**



### **Catégorie socio-professionnelle de l'individu ou du référent du foyer**

Dans cette analyse, 14 personnes ne pouvaient être classées dans une catégorie puisque les données du Baromètre de santé excluaient les retraités et les personnes sans activité. La catégorie des employés était la plus représentée avec 46,7% suivie par les ouvriers (23,3%) et les professions intermédiaires (21,7%). Les deux autres catégories étaient peu représentées avec 4 patients (6,7%) appartenant à la catégorie des cadres et fonctions intellectuelles supérieures et un seul (1,6%) aux commerçants et chefs d'entreprise.

**Figure 5. Répartition de l'échantillon ASALEE en fonction de la catégorie socio-professionnelle des individus**



### **Situation familiale**

La majorité des patients interrogés vivaient avec au moins une personne (55,4%).

## 2. Comparaison aux données de l'Occitanie :

Les données de l'Occitanie sont issues du bulletin de santé publique de 2017 paru en janvier 2019 (8).

Quatre caractéristiques ont pu être comparées : le sexe, l'âge, les revenus par unité de consommation et le niveau d'étude.

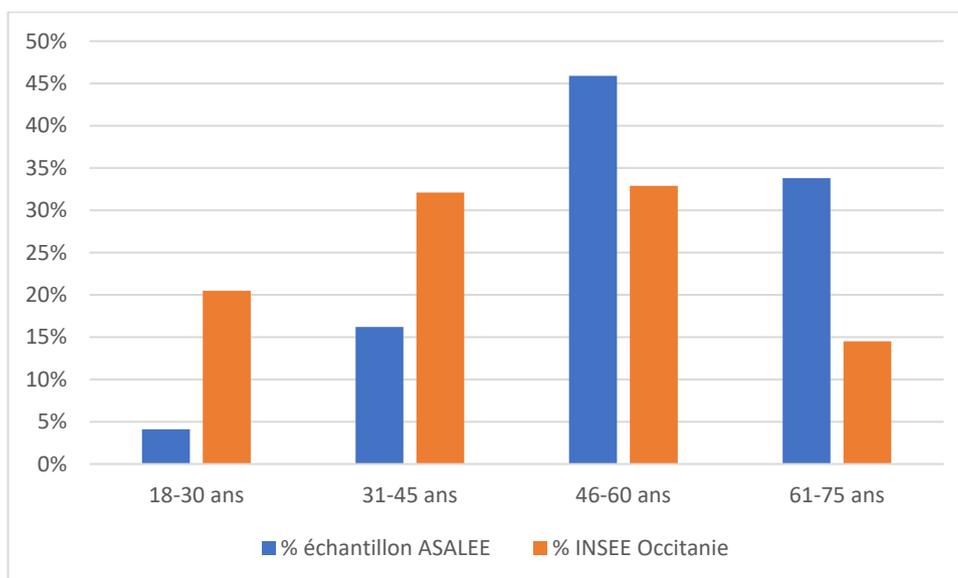
	<b>ASALEE</b>	<b>Données Occitanie</b>	<b>P-value</b>
<b>Sexe</b>			
Hommes (N) %	(34) 45,3%	(362) 54,1%	.15
Femmes	(41) 54,7%	(307) 45,9%	.15
<b>Âge</b>			
18-30 ans	(3) 4,1%	(137) 20,5%	<.001
31-45 ans	(12) 16,2%	(215) 32,1%	<.01
46-60 ans	(34) 45,9%	(220) 32,9%	<.05
61-75 ans	(25) 33,8%	(97) 14,5%	<.01
<b>Revenus par unité de consommation</b>			
1er tercile (< 1100 €)	(24) 32%	(285) 42,6%	.08
2eme tercile (1101-1799 €)	(18) 24%	(207) 30,9%	.22
3eme tercile (> 1800 €)	(16) 21,3%	(144) 21,6%	.97
Refus de répondre	(27) 36%	(33) 4,9%	<.001
<b>Diplôme</b>			
<Bac	(40) 53,4%	(282) 42%	<.01
Bac	(8) 10,6%	(166) 24,8%	<.01
>Bac	(27) 36%	(221) 33,2%	.61

**Tableau 2. Comparaison des données sociales des fumeurs selon l'échantillon ASALEE et l'échantillon occitan tiré de l'échantillon national du Baromètre santé 2017**

Il n'y avait pas de différence significative entre le pourcentage de femmes et d'hommes entre notre échantillon ASALEE et l'échantillon de l'Occitanie.

Il y avait une différence significative de répartition concernant les tranches d'âge : les fumeurs âgés entre 18 et 45 ans étaient moins présents dans l'échantillon ASALEE (20,3%) par rapport à l'échantillon Occitan (52,6%) ; à l'inverse du pourcentage de fumeurs âgés entre 46 et 75 ans qui était plus important dans l'échantillon ASALEE (79,7%) que dans l'échantillon occitan (47,4%).

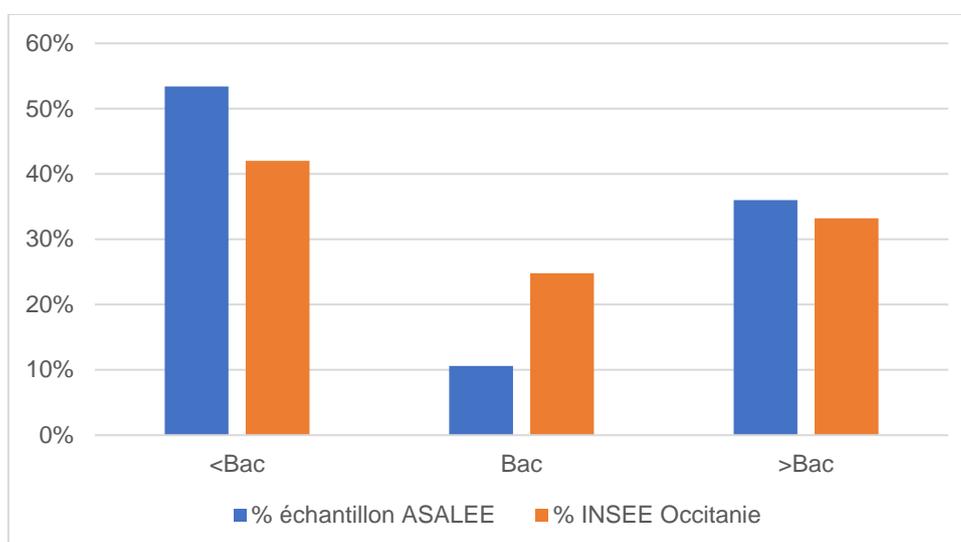
**Figure 6. Répartition des échantillons en fonction des tranches d'âge**



Concernant les revenus par unité de consommation, la répartition des différents niveaux de revenus ne mettait pas en évidence de différence significative. En revanche, il y avait une proportion significativement plus importante de patients ayant refusé de répondre dans l'échantillon ASALEE (36%) que dans l'échantillon occitan (4,9%),  $p < .001$ .

Il y avait une différence significative sur le pourcentage de fumeurs n'ayant pas obtenu le baccalauréat entre les deux échantillons (53,4% pour l'échantillon ASALEE VS 42% pour l'Occitanie,  $p < .01$ ) et sur le pourcentage de patients ayant obtenu leur baccalauréat sans poursuivre leurs études (10,6% pour l'échantillon ASALEE VS 24,8% pour l'échantillon occitan,  $p < .01$ ).

**Figure 7. Répartition des échantillons en fonction du niveau d'étude**



### 3. Comparaison aux données nationales :

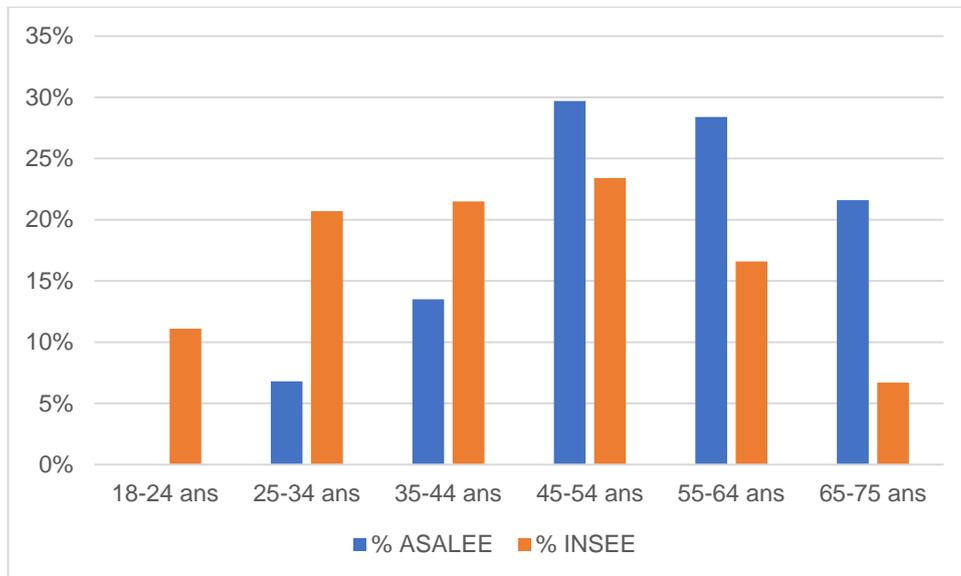
Six caractéristiques sociales ont pu être comparées : le sexe, l'âge, le niveau d'étude, les revenus par unité de consommation, la situation professionnelle, et la catégorie socio-professionnelle.

Les patients de 55 à 75 ans étaient significativement plus représentés dans l'échantillon ASALEE que dans celui du Baromètre santé (40% VS 23,3%) ; ceux de 18 à 34 ans étaient moins représentés dans l'échantillon ASALEE (6,8% VS 31,8%) (cf. Figure8).

**Tableau 3. Comparaison des données sociales des fumeurs selon l'échantillon ASALEE Occitanie et l'échantillon national du Baromètre santé 2017**

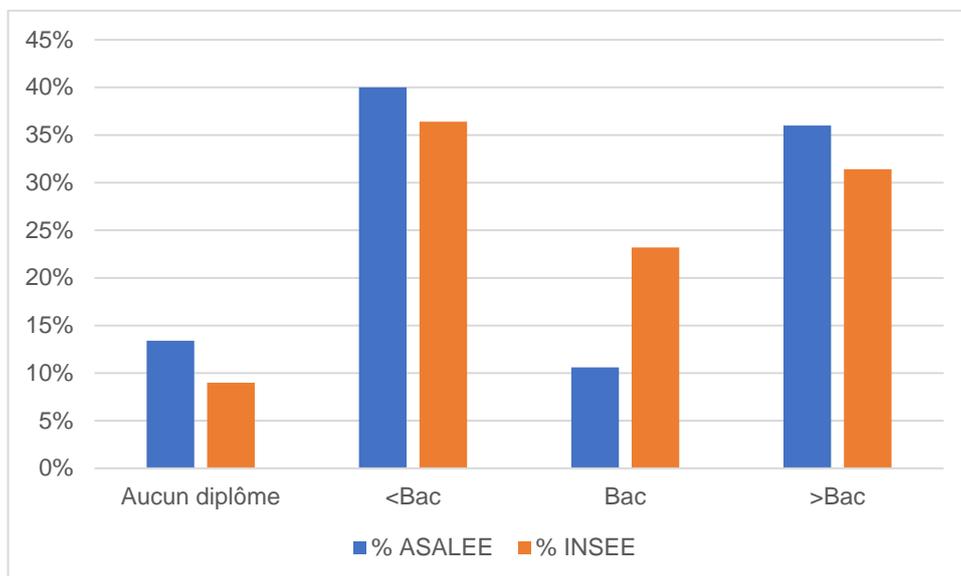
	ASALEE	Données nationales	P-value
<b>Sexe</b>			
Homme (N) %	(34) 45,3%	(3754) 55,2%	.087
Femme	(41) 54,7%	(3047) 44,8%	.087
<b>Âge</b>			
18-24 ans	(0) 0%	(755) 11,1%	<.01
25-34 ans	(5) 6,8%	(1408) 20,7%	<.01
35-44 ans	(10) 13,5%	(1462) 21,5%	.09
45-54 ans	(22) 29,7%	(1591) 23,4%	.20
55-64 ans	(21) 28,4%	(1129) 16,6%	<.01
65-75 ans	(16) 21,6%	(456) 6,7%	<.001
<b>Diplôme</b>			
Aucun diplôme	(10) 13,4%	(612) 9%	.19
<Bac	(30) 40%	(2475) 36,4%	.518
Bac	(8) 10,6%	(1578) 23,2%	<.01
>Bac	(27) 36%	(2136) 31,4%	.39
<b>Revenu par unité de consommation</b>			
1er tercile (< 1100 €)	(24) 32%	(2544) 37,4%	.33
2e tercile (1101-1799 €)	(18) 24%	(2251) 33,1%	.095
3e tercile (> 1800 €)	(16) 21,3%	(1734) 25,5%	.41
Refus de répondre	(17) 22,7%	(272) 4%	<.001
<b>Situation professionnelle</b>			
Travail	(36) 48%	(4223) 62,1%	<.01
Chômage	(8) 10,7%	(796) 11,7%	.78
Inactif	(31) 41,3%	(1782) 26,2%	<.01
<b>PCS de l'individu ou du référent du foyer</b>			
Agriculteur, artisan, commerçant, chef d'entreprise	(1) 1,6%	(558) 8,2%	.065
Cadre et profession intellectuelle supérieure	(4) 6,7%	(769) 11,3%	.257
Profession intermédiaire	(13) 21,7%	(1768) 26%	.446
Employé	(28) 46,7%	(1972) 29%	<.01
Ouvrier	(14) 23,3%	(1734) 25,5%	.70

**Figure 8. Répartition des échantillons en fonction des tranches d'âge**



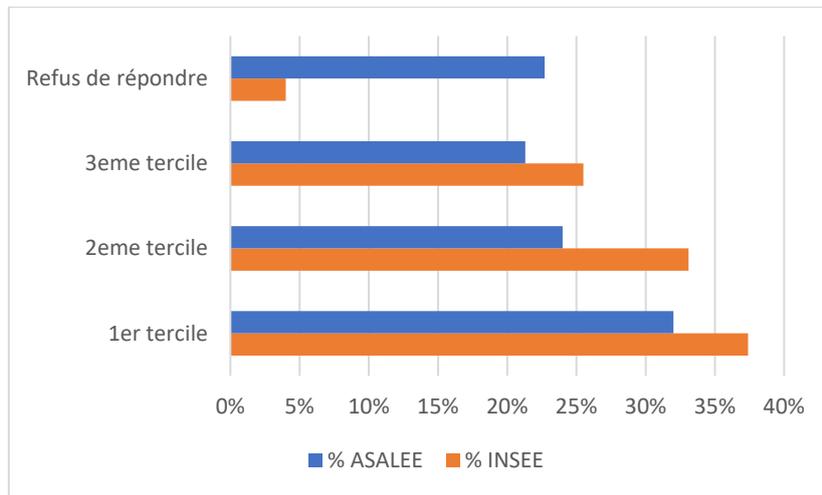
Concernant le niveau d'étude, il y avait significativement moins de fumeurs ayant obtenu leur bac sans poursuivre d'études supérieures dans l'échantillon ASALEE (10,6%) que dans l'échantillon national (23,2%),  $p < .01$ .

**Figure 9. Répartition des échantillons en fonction du niveau d'étude**



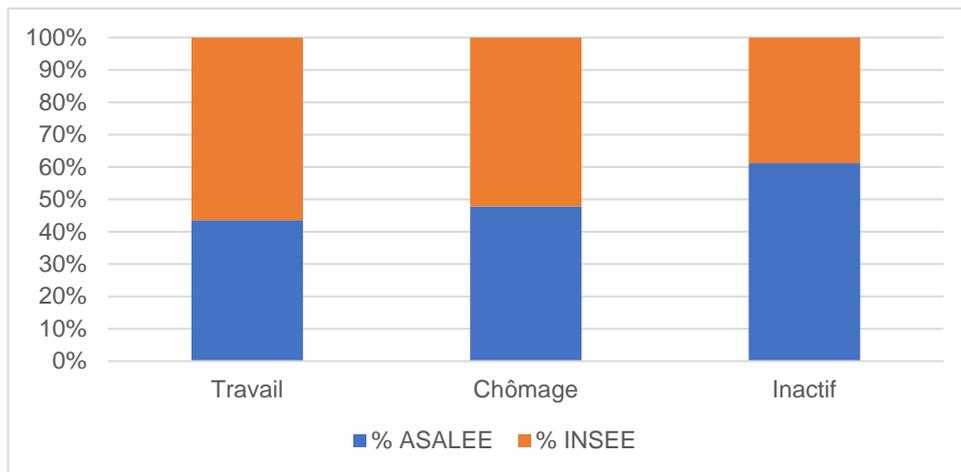
Un pourcentage plus important de patients n'a pas souhaité fournir leurs revenus dans l'échantillon ASALEE par rapport à l'échantillon national (22,7% VS 4%,  $p < .001$ ).

**Figure 10. Répartition des échantillons en fonction des revenus par unité de consommation**



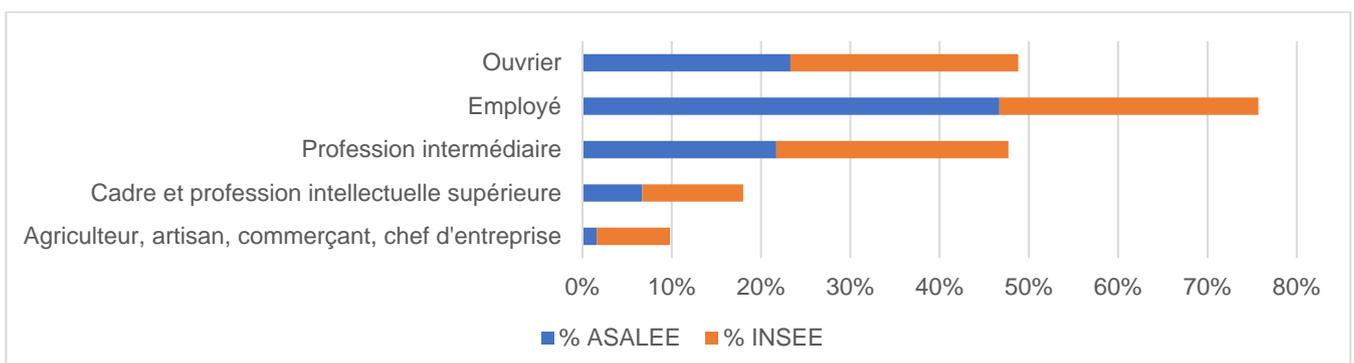
La répartition de la situation professionnelle était également différente entre les deux échantillons : dans l'échantillon ASALEE il y avait plus d'inactifs que dans l'échantillon national (41,3% VS 26,2%,  $p < .01$ ) et moins d'actifs/travailleurs (48% VS 62,2%,  $p < .01$ ).

**Figure 11. Répartition des échantillons en fonction de la situation professionnelle**



Enfin, il existait une différence significative entre le pourcentage d'employés de l'échantillon ASALEE et de l'échantillon national (46,7% VS 29%,  $p < .01$ ).

**Figure 12. Répartition des échantillons en fonction de la catégorie socio-professionnelle**



Les autres résultats ne sont pas significativement différents.

# DISCUSSION

## 1. Analyse des données

- **Échantillon ASALEE VS échantillon Occitanie**

### 1- Âge

Dans notre échantillon ASALEE, on retrouve des patients plus âgés que dans l'échantillon de l'Occitanie. Les différentes thèses menées autour des infirmiers ASALEE et leurs différents rôles mettent en évidence des échantillons avec un âge supérieur à 50 ans (21–24). ASALEE semble donc recruter plus de patients âgés.

### 2- Revenus par unité de consommation

Plus de patients ont refusé de répondre quant à leurs revenus par unité de consommation. Lors de la construction du questionnaire, l'item sur les revenus par unité de consommation semblait trop intrusif pour le patient. Ce qui a motivé le rajout de la réponse « refus de répondre ». De ce fait, une proportion importante de patients refusant de répondre à l'item était attendue.

### 3- Niveau d'étude

Concernant le niveau d'étude, le pourcentage de patients n'ayant pas fait d'études supérieures est plus important dans l'échantillon ASALEE que dans l'échantillon occitan. La moyenne d'âge plus élevée dans les groupes ASALEE précédemment évoquée participe encore à cette différence significative. On peut également expliquer cette différence par l'évolution de la courbe de réussite du baccalauréat et de la démocratisation de l'accès aux études supérieures (25).

Les données de notre travail concernant le sexe et la répartition des revenus par unité de consommation étaient en accord avec les données régionales.

- **Échantillon ASALEE VS échantillon national**

On observe des différences significatives pour les caractéristiques « âge », « niveau d'étude », « situation professionnelle » et « catégorie socio-professionnelle ».

### 1- Âge

Dans le groupe ASALEE, il y avait proportionnellement plus de fumeurs âgés de 55 à 75 ans et moins de patients âgés de 18 à 34 ans que dans la population nationale. En revanche, les patients d'âges intermédiaires sont représentés de façon identique dans ces deux échantillons (43,2% vs 44,9%). La région Occitanie compte moins de jeunes et plus de seniors que la moyenne française : 28 % ont moins de 25 ans (France : 30.3%) et 27.8% plus de 60 ans (France : 24.9 %) (26–28). De

plus, comme évoqué ci-dessus, la proportion plus importante de patients âgés consultant les infirmiers ASALEE participe probablement à cette différence.

## **2- Niveau d'étude**

On retrouvait dans l'échantillon ASALEE moins de fumeurs ayant obtenu leur baccalauréat sans poursuivre d'études supérieures. Or, les chiffres de réussite au baccalauréat sont supérieurs en Occitanie comparés aux chiffres nationaux (en 2020, le taux de réussite au baccalauréat était de 92,9% en Occitanie VS 91,5% pour le chiffre national) (29). L'explication de cette différence peut être liée au fait que l'échantillon ASALEE soit plus âgé que l'échantillon national.

## **3- Situation professionnelle**

Il y avait, dans l'échantillon ASALEE, plus de fumeurs inactifs, autant de chômeurs et moins de travailleurs. Les inactifs comprennent les personnes qui ne sont ni en emploi ni au chômage (les étudiants, les retraités, les jeunes de moins de 15 ans etc.) (30). Dans notre échantillon, les retraités représentaient 36% de la population totale. A titre d'exemple, le taux de retraités en Occitanie en 2017 était de 7% (les inactifs représentaient 27,2% en Occitanie vs 41,3% dans notre échantillon) (28). Ceci pourrait donc expliquer en partie le fait qu'il y ait plus d'inactifs dans l'échantillon ASALEE par rapport à l'échantillon national.

## **4- Catégorie socio-professionnelle**

Les employés étaient plus représentés dans notre échantillon ASALEE. En Occitanie, en 2017, les employés représentaient 15,8% de la population active des 15-64 ans (28). Il semble donc qu'il y ait une proportion importante d'employés suivis par les infirmiers ASALEE en Occitanie.

## **5- Autres items**

Comme lors de la comparaison échantillon ASALEE VS échantillon Occitanie, on retrouve également une différence significative du refus de répondre, qui était plus important dans notre échantillon ASALEE. Cette différence était attendue, comme déjà évoqué.

Il n'y avait pas de différence significative concernant le sexe des fumeurs.

Au sein de notre travail, plus de la moitié des fumeurs (53,40%) n'ont pas obtenu le baccalauréat et 36% ont fait des études supérieures. Concernant les revenus par unité de consommation, le groupe le plus représenté dans l'échantillon ASALEE est le groupe percevant moins de 1100€/mois (1<sup>er</sup> tercile) puis vient le groupe du 2<sup>ème</sup> tercile et ensuite le 3<sup>ème</sup> tercile. La catégorie socio-professionnelle la plus représentée dans l'échantillon était celle des employés, puis des ouvriers, des professions intermédiaires et enfin le cadres et chefs d'entreprises. Ces chiffres montrent que les ouvriers fument plus que les cadres sont en accord avec les données de la littérature (31,32). Ces trois items sont une démonstration du gradient social des ISS associé au tabac. Toutes ces

données sont comparables aux données nationales et viennent renforcer l'idée que si le dispositif ASALEE ne réduit pas les ISS, il ne semble pas les aggraver pour autant.

- **Comparaison avec l'analyse des résultats en Pays de la Loire**

Une étude similaire a été menée en région Pays de la Loire en 2018. Les résultats de l'étude sont résumés en Annexe 7. Les données de leur échantillon ont été comparées à celles des données nationales du Baromètre de santé 2017 selon quatre items : « le sexe », « l'âge », « la situation professionnelle », « catégorie socio-professionnelle ».

Concernant l'âge et le sexe, les données entre nos deux études étaient comparables.

On retrouvait quelques différences sur la situation professionnelle : il y avait plus de travailleurs et moins de chômeurs dans l'échantillon ASALEE Pays de la Loire. Cette différence peut être en partie expliquée par un taux de chômage faible en Pays de la Loire (10,7% VS 7,6% au troisième trimestre 2018) (33).

Les employés étaient en proportion moins importante dans l'échantillon du Pays de la Loire et les agriculteurs/artisan/chefs d'entreprise étaient plus nombreux. Cette différence semble donc montrer qu'il y a une proportion plus importante d'employés suivis par les infirmiers ASALEE en Occitanie qu'en Pays de la Loire.

Les données restantes sont comparables.

## **2. Limites de l'étude**

- **Biais de sélection**

Dans notre étude, un biais de sélection pouvait être lié aux facteurs suivants : la distribution du questionnaire et la population étudiée.

### **1- Distribution du questionnaire :**

Lors de la construction du questionnaire, des réticences avaient été soulevées concernant la question sur les revenus du patient jugée trop intrusive. De ce fait, certains infirmiers ont refusé de distribuer le questionnaire. Ces réticences ont pu être vérifiées par un nombre important de patients ayant ensuite refusé de fournir des informations sur leurs revenus. Dans ces conditions, ces multiples refus peuvent engendrer un biais de sélection.

Certains infirmiers débutaient leur activité au sein du réseau ASALEE et n'avaient pas encore de pratique orientée autour du sevrage tabagique. À l'inverse, d'autres professionnels avaient une patientèle importante dans ce domaine et ont eu plus de facilité à remplir ces questionnaires. Cette différence induit un biais de sélection.

La période de distribution a été compliquée par la pandémie de COVID-19. Celle-ci a entraîné un arrêt des consultations des infirmiers ASALEE pendant le premier confinement. Les mois de juillet et août sont liés à une activité basale moins importante. Enfin, le « Mois Sans Tabac » en novembre a été marqué par un deuxième confinement national. Plusieurs campagnes de sensibilisation réalisées par les infirmiers ASALEE ont dû être annulées alors qu'elles auraient dû permettre de distribuer un nombre conséquent de questionnaires.

## **2- Population étudiée**

Le dispositif ASALEE concerne des patients adressés par le médecin traitant. Cela implique le fait que le médecin traitant soit en lien avec le dispositif ASALEE et qu'il puisse y avoir un infirmier ASALEE consultant au sein du cabinet. D'après des études menées précédemment, les patients plus défavorisés ont tendance à moins consulter et plus tardivement que les personnes favorisées (34). L'accès au dispositif ASALEE nécessite un recours au médecin traitant de la part du patient. Donc, une part plus importante de patients dits favorisés peut être présente dans notre échantillon, créant ainsi un biais de sélection.

Le « Mois Sans Tabac » permet une meilleure visibilité aux infirmiers ASALEE en vue d'un sevrage tabagique. Différents événements sont organisés sur tout le territoire et ne concernent pas que le dispositif ASALEE. En 2018, plus de 185 000 fumeurs s'étaient inscrits sur le site Tabac info service (35). En 2020, cette initiative a été mise en difficulté par la pandémie mondiale de COVID-19 : les mesures de communication initialement prévues par les infirmiers ASALEE afin d'informer et de sensibiliser un large public ont dû être annulés et ont donc pu participer à un biais de sélection.

Malheureusement tous les départements de l'Occitanie ne sont pas représentés dans notre étude : nous n'avons eu aucun retour par les infirmiers ASALEE d'Ariège, de l'Aude, du Gard, du Lot et des Pyrénées-Orientales. Les données recueillies entre les différents départements étaient hétérogènes ce qui peut entraîner un problème de comparabilité avec les données nationales.

- **Biais d'information**

Sur toutes les données récoltées, il manquait l'âge d'un patient. Les fumeurs notifiaient leur métier et s'ils étaient accompagnés, ils donnaient également celui de leur conjoint(e). Cela permettait de classer le patient dans une catégorie socio-professionnelle selon les données de l'INSEE (36). Un biais d'information pouvait être présent lors de l'établissement de la catégorie socio-professionnelle du patient en fonction du métier mentionné.

### 3. Forces de l'étude

- **Poursuite d'un travail**

Comme vu précédemment, cette étude fait suite à un travail effectué en Pays de la Loire en 2018 (24). Les résultats des deux études sont comparables ce qui augmente la cohérence des résultats.

Le questionnaire (cf. Annexes 4,5,6) a été construit en s'inspirant de cette étude et des données de l'INSEE. Chaque item permettait de comparer les données de notre échantillon aux données nationales. Les questions étaient posées de façon à faciliter la compréhension et permettre des réponses les plus simples possibles. Ainsi nous limitons un éventuel biais de déclaration lié à une mauvaise compréhension du patient.

Notre travail a de surcroît permis de comparer également les données « âge », « sexe », « niveau d'étude », « revenus par unité de consommation » aux données régionales de l'INSEE en Occitanie.

Nous avons pu recueillir les données « niveau d'étude » et « revenus par unité de consommation » et ainsi les confronter aux données nationales. Ces données n'étaient pas disponibles lors de l'étude menée en Pays de la Loire.

- **Importance du dispositif ASALEE**

Notre étude porte sur le sevrage tabagique par les infirmiers ASALEE en Occitanie. Le thème de cette étude a été choisi afin de mettre en avant un des nombreux rôles du dispositif ASALEE (résumés dans la partie CONTEXTE). Ce dispositif permet une coopération entre le médecin traitant et l'infirmier pour le patient. Cette coopération sous-entend un travail d'équipe : un consentement bilatéral était nécessaire pour cette étude, au sein du cabinet de l'infirmier ASALEE et du médecin traitant référent du patient. Ces échanges pluridisciplinaires participent à une meilleure prise en charge globale du patient par le médecin généraliste.

L'éducation thérapeutique d'un patient nécessite un temps de consultation dédié, parfois difficile à mettre en place par le médecin traitant. Le dispositif ASALEE participe à l'instauration de l'éducation thérapeutique, facilite une meilleure compréhension du patient et améliore son adhésion aux traitements. Il faut également souligner l'importance du suivi effectué par les infirmiers ASALEE pour juger de l'efficacité de leur action. Une première étude menée en 2015 dans le Limousin mettait en avant la force de cette coopération et son utilité dans la prise en charge d'un patient (37). Deux autres travaux de thèses réalisés en 2017 en Poitou-Charentes (Nord Deux-Sèvres) et en Midi-Pyrénées vont également dans ce sens (38,39).

A travers ce thème, une notion importante est mise en avant : les inégalités sociales de santé (ISS). Le tabac en est un exemple parfait et les résultats de notre étude vont dans le sens d'un gradient social des ISS en matière de tabagisme. Même si notre étude tend à montrer que le dispositif ASALEE ne permet pas de réduire les ISS, il permet de ne pas les aggraver. Notre étude

montre également que le dispositif est accessible aux différentes catégories socio-professionnelles, ce qui reste un atout important.

#### **4. Perspectives**

- **Recommandations du collège de médecine générale 2014**

Le collège de médecine générale a émis en 2014 des recommandations concernant les données sociales à recueillir dans un dossier médical. Au total, 16 informations ont été retenues et catégorisées ainsi : indicateurs indispensables et indicateurs utiles (cf. Annexe 9). Une étude menée en 2020 à l'Université de Nantes démontrait que ces recommandations n'étaient pas suivies par les médecins généralistes, mais lorsque le patient est orienté vers le dispositif ASALEE, on constatait un meilleur recensement de ces informations (40). Ainsi, le collège de médecine générale mettait en avant le fait que « la généralisation du recueil de ces données est un levier important pour témoigner des inégalités sociales de santé sur notre territoire, et pour mettre en place et évaluer des actions concrètes visant à les réduire » (41). Dans ce contexte, il serait intéressant de mettre en place des formations sur les ISS et présenter aux différents acteurs (médecin et IDSP) les données à recueillir et ensuite d'évaluer l'efficacité de cette formation.

- **Infirmier en pratique avancée (IPA) et infirmier ASALEE**

Il paraît intéressant de faire un point sur l'arrivée des IPA en médecine générale afin de comprendre leurs rôles.

L'autorisation et l'encadrement de l'IPA date de juillet 2018. La formation dure 2 ans. Ils peuvent exercer en ambulatoire ou en établissement de santé. Les missions élargies sont les suivantes : « orientation, éducation, prévention, dépistage, actes d'évaluation, actes techniques ou de surveillance clinique » (42).

Les domaines de compétence seront dans un premier temps les suivants : « Les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaire, l'oncologie et l'hématologie et la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale » (43).

Il sera intéressant d'observer la place de l'IPA et de l'infirmier ASALEE intégrée dans la prise en charge globale d'un patient suivi en médecine générale.

- **Pandémie de la COVID-19**

- 1- Tabac et COVID-19 :**

La consommation tabagique est modifiée en réaction à la période actuelle. Il est intéressant de se pencher sur les modifications comportementales liées, en partie, au stress provoqué par la COVID-19. Même si les données sont discordantes, le tabac semble associé à des formes plus sévères d'infection à la COVID-19 (44). Une étude française parue en août 2020 reprenait les différentes études menées autour du tabac et COVID-19. Elle mettait en évidence que « les fumeurs

actuels ont plus souvent augmenté leur consommation de tabac qu'arrêté de fumer depuis le début de la pandémie de COVID-19 » (45).

Cela renforce l'importance de poursuivre la lutte contre le tabagisme. Il est nécessaire de réfléchir au maintien d'un suivi concernant le sevrage tabagique en temps de pandémie et de développer l'accès aux téléconsultations pour les fumeurs. Il sera important d'analyser à plus long terme l'effet de la COVID-19 sur le sevrage tabagique.

## **2- ISS et COVID**

La crise sanitaire a creusé les disparités en matière d'inégalités sociales de santé. L'INSERM a publié les résultats partiels d'une enquête (première phase de l'enquête EpiCov) réalisée sur les facteurs de risque sociaux et individuels. Ces résultats sont en faveur de l'augmentation des inégalités sociales face à la COVID-19. Un des exemples pour appuyer ce propos est le suivant : « les personnes habitant un logement exigu ou surpeuplé (moins de 18 m<sup>2</sup> par personne pour celles qui partagent un logement) sont 2,5 fois plus nombreuses à avoir été positives au Covid-19 » (46). Un état des lieux a également été proposé en juillet 2020 par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et va également dans ce sens (47).

Face à cela, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) s'est également intéressé aux inégalités sociales de santé chez l'enfant pendant la pandémie et a formulé un ensemble de recommandations pour lutter contre les ISS dans le futur (48).

La deuxième phase de l'enquête EpiCov a débuté depuis le 26 Octobre et concerne 135 000 patients. Elle permettra d'analyser l'impact de la COVID-19 sur les ISS.

## CONCLUSION

Le sevrage tabagique est un enjeu majeur de santé publique du fait que le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France. Pour lutter, il existe de nombreux outils tels que les médicaments ou la cigarette électronique.

Le dispositif ASALEE né en 2004 permet une coopération entre médecin généraliste et IDSP. Un des rôles des infirmiers ASALEE est le suivi et l'accompagnement des patients souhaitant arrêter ou diminuer leur consommation de tabac.

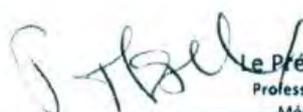
Le tabagisme est associé, en France, à un gradient social fort des ISS.

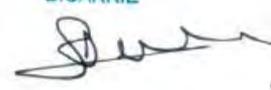
Notre étude s'intéressait donc aux caractéristiques sociales des patients consultant un infirmier ASALEE dans le cadre d'un sevrage tabagique. Les résultats montrent que le dispositif ASALEE en Occitanie ne permet pas de diminuer les ISS mais ne les aggrave pas pour autant.

Il serait intéressant d'analyser les caractéristiques sociales des patients consultant le dispositif ASALEE dans d'autres domaines (par exemple le suivi diabétique, cardiovasculaire ou cognitif).

Des perspectives pourraient être mises en place pour réduire les ISS au sein du dispositif ASALEE : par exemple, mener des actions locales avec une participation active des citoyens et des experts. Il serait pertinent, dans un premier temps, de sensibiliser les différents acteurs (médecins généralistes, infirmiers ASALEE, chercheurs etc.) aux ISS et aux problématiques liées à celles-ci. Une fois effectuée, il serait intéressant de pouvoir réunir les citoyens, les chercheurs, les médecins généralistes, les infirmiers ASALEE, les acteurs locaux et réfléchir ensemble à une ou plusieurs action(s) à mener pour ainsi réduire les ISS.

Concernant l'évaluation de l'efficacité du dispositif ASALEE il existe un système d'information, le SNIIRAM (système national d'information inter-régime de l'assurance maladie) qui est défini par l'Assurance Maladie comme « une base de données nationale dont les objectifs sont de contribuer à une meilleure gestion de l'Assurance Maladie et des politiques de santé, d'améliorer la qualité des soins et de transmettre aux professionnels de santé les informations pertinentes sur leur activité ». Des informations sociales individuelles sont manquantes dans ce système. Les infirmiers ASALEE pourraient récupérer ces données manquantes pour ensuite évaluer l'efficacité de leurs actions en termes d'équité.

Vu  
Toulouse le 08/02/2021  
  
Le Président du Jury  
Professeur Pierre MESTHÉ  
Médecine Générale

Toulouse, le 12/02/2021  
Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
D.CARRIE  


## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sevrage tabagique : des outils pour repérer et accompagner les patients [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974738/fr/sevrage-tabagique-des-outils-pour-reperer-et-accompagner)
2. Astuces pour arrêter de fumer et sevrage [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tabac/astuces-arreter-fumer-sevrage>
3. Arrêter de fumer et ne pas rechuter - Dossier d'information patient [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1719733/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-dossier-d-information](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1719733/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-dossier-d-information)
4. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle>
5. Santé Publique France (SPF). Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/inegalites-sociales-de-sante-des-determinants>
6. Bricard D, Jusot F, Beck F, Khlal M, Legleye S. L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon le sexe et la génération. *Econ Stat.* 2015;475(1):89-112.
7. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019 [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020\\_14\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html)
8. Publication des premiers bulletins de santé publique dédiés au tabac pour chaque région de France [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/publication-des-premiers-bulletins-de-sante-publique-dedies-au-tabac-pour-chaque-region-de-France>
9. Tabagisme, conséquences sur la santé - Santé publique France [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
10. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
11. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Action et des Comptes publics; 2018. 45 p. [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt\\_def.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf)
12. Protocole de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante)
13. Coopérations Asalée : trois types de pratiques différentes observées [Internet]. 2019 [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/cooperations-interprofessionnelles/dispositif-asalee-etude-pointe-cooperations-reussies-et-moins.html>

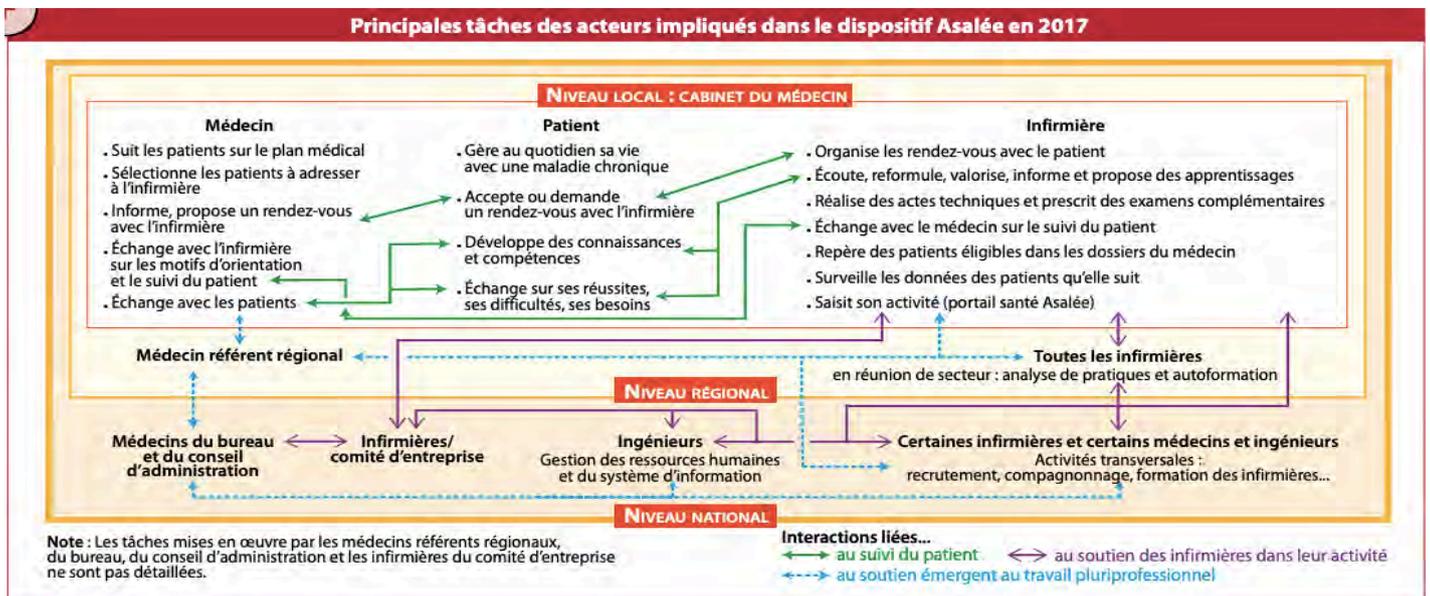
14. Danet S, Drees, « Inégalités sociales de santé », in : L'état de santé de la population en France, rapport 2011, p. 117-123. :342.
15. Michel É., Jouglà É., Hatton F. Mourir avant de vieillir [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/904/1/ip429.pdf>
16. Cayla F., Beaumont A., Cassadou S., Delpierre C., Ducros D., Grosclaude P., Ledésert B. Les inégalités sociales de santé en Occitanie. CREA-ORS Occitanie, 2018, 68 p [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: [https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2019/02/iss\\_vf2019-01-19.pdf](https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2019/02/iss_vf2019-01-19.pdf)
17. OMS | Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/fr/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/)
18. INSEE Analyse Occitanie [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3181926#note>
19. SPF. Aide à l'arrêt du tabac et publics défavorisés : état des connaissances. [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/aide-a-l-arret-du-tabac-et-publics-defavorises->
20. Bergeron P, Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique: Institut national de santé publique du Québec - desLibris [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.deslibris.ca/ID/10097299>
21. Thil P, Sevrage tabagique en médecine de premier recours .pdf [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02447198/document>
22. Domecq M, Protocole de coopération interprofessionnelle ambulatoire ASALEE et diabète de type 2 : Ressentis des patients sur leur prise en charge par une infirmière ASALEE, en Eure-et-Loir, dans la région Drouaise. 2018. [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: [http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2018\\_Medecine\\_DomecqMarine.pdf](http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2018_Medecine_DomecqMarine.pdf)
23. Duval B, Taux de participation des patients diabétiques au programme ASALEE dans 2 cabinets de l'Ain et du Nord-Isère. [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxdoc/default/>
24. Blanchandin H., Tuffereau-Catroux C. Caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique dans le cadre du dispositif ASALEE en région Pays de la Loire.
25. Historique de l'évolution du taux de réussite au Bac de 1967 à 2020 [Internet]. Cours Thalès. [cité 6 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.cours-thales.fr/preparation-bac/taux-de-reussite-au-bac>
26. Démographie de la région Occitanie [Internet]. Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée. 2021 [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.laregion.fr/Demographie-35358>
27. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
28. Dossier complet – Région d'Occitanie (76) | Insee [Internet]. [cité 7 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-76>

29. Baccalauréat 2020 : les chiffres en Occitanie [Internet]. [cité 8 janv 2021]. Disponible sur: [https://actu.fr/loisirs-culture/baccalaureat-2020-53-648-eleves-recus-92-9-de-reussite-la-lozere-en-tete-les-chiffres-en-occitanie\\_34823178.html](https://actu.fr/loisirs-culture/baccalaureat-2020-53-648-eleves-recus-92-9-de-reussite-la-lozere-en-tete-les-chiffres-en-occitanie_34823178.html)
30. Définition - Inactifs | Insee [Internet]. [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2018>
31. SPF. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/tabac-et-e-cigarette-en-france-niveaux-d-usage-d-apres-les-premiers-resultats-du-barometre-sante-2016>
32. Baromètre santé 2010 [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010>
33. Dossier complet – Région des Pays de la Loire (52) | Insee [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-52#chiffre-cle-3>
34. Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. 20:5.
35. SPF. Mois Sans Tabac [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2018/moissanstabac-compte-deja-plus-de-185-000-inscrits-des-son-lancement>
36. Professions et catégories socioprofessionnelles PCS 2003 | Insee [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2400059>
37. Py R, Attitudes et sentiments des médecins du dispositif ASALEE : une enquête d'opinion dans le Limousin en 2015 = [Internet]. Limoges; 2015 [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-44735>
38. Bouchaud A, Vécu et ressenti des patients diabétiques suivis par une infirmière de santé publique de l'association ASALEE: analyse d'entretiens semi-dirigés auprès de 12 patients du nord Deux-Sèvres [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6064fc7e-aab2-4f27-8313-58ba4a966269>
39. Dadena E, Sader M, Protocole de coopération ASALEE entre médecins généralistes et infirmiers en Midi-Pyrénées : le point de vue des patients [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1863/1/2017TOU31065-1066.pdf>
40. Chantreau A, Le recueil et l'enregistrement des données sociales des patients sont-ils différents avant et après inclusion dans le dispositif de coopération ASALEE ? [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=cc97d22a-bb6e-4932-92cb-dc9a8ee3a2a9>
41. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?; Collège de la Médecine Générale; Mars 2014; [Internet]. [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: [https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/doc\\_iss\\_02\\_04-1.pdf](https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/doc_iss_02_04-1.pdf)
42. Profession : infirmier de pratique avancée (IPA) | APMSL [Internet]. [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.apmsl.fr/page/profession-infirmier-pratique-avancee-ipa/>

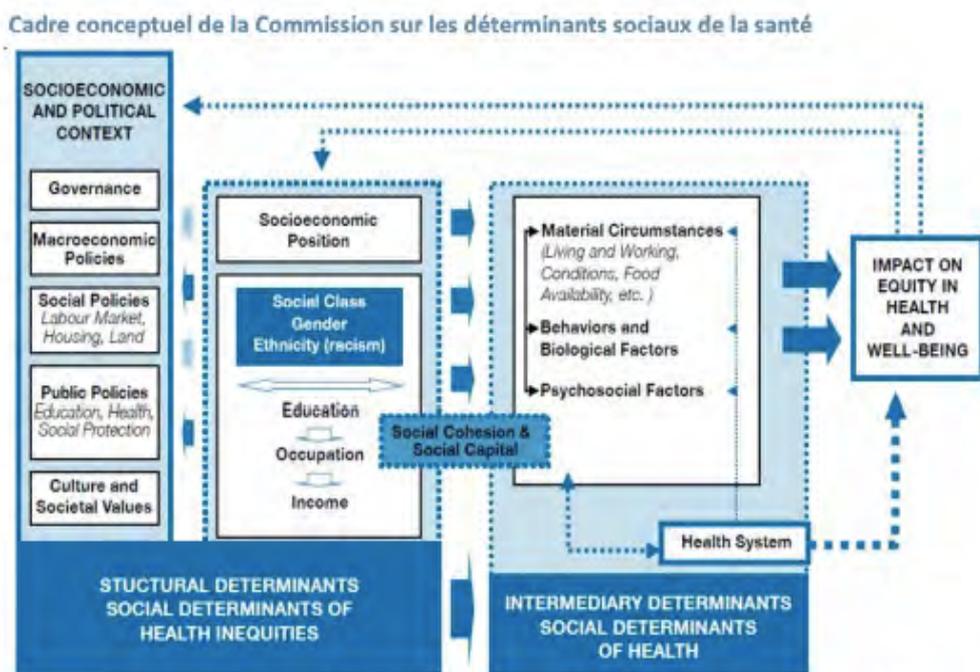
43. DGOS; Michel C, L'infirmier en pratique avancée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 21 janv 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
44. Grundy EJ, Suddek T, Filippidis FT, Majeed A, Coronini-Cronberg S. Smoking, SARS-CoV-2 and COVID-19: A review of reviews considering implications for public health policy and practice. *Tob Induc Dis* [Internet]. 2020 [cité 26 janv 2021];18. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7336902/>
45. Underner M, Perriot J, Peiffer G, Jaafari N. COVID-19 et modifications du comportement tabagique. *Rev Mal Respir*. oct 2020;37(8):684-6.
46. Premiers résultats des enquêtes de santé publique de l'Inserm sur la Covid-19 : facteurs de risque individuels et sociaux [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2020 [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr/premiers-resultats-des-enquetes-de-sante-publique-de-linserm-sur-la-covid-19-facteurs-de-risque-individuels-et-sociaux/41032/>
47. Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - État des lieux et perspectives - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/les-inegalites-sociales-face-a-l-epidemie-de-covid-19-etat-des-lieux-et>
48. HCSP. Gestion de l'épidémie Covid-19 et inégalités sociales de santé des enfants, leçons pour le futur [Internet]. Rapport de l'HCSP. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2020 juin [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=896>

# ANNEXES

## Annexe 1. Fonctionnement du dispositif ASALEE



## Annexe 2. Conception des déterminants sociaux de la santé



Source: *A conceptual framework for action on the social determinants of health (Solar & Irwin), 2010.*

## Annexe 3. Facteurs associés au tabagisme en Occitanie en 2016

Facteurs associés au tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans non scolarisés en Occitanie, 2016

	Fumeur quotidien	
	%	ORa <sup>2</sup>
<b>Ensemble (n=2 293)</b>	<b>28,7</b>	
<b>Sexe</b>	ns <sup>1</sup>	
Homme (réf)	30,9	1,0
Femme	26,6	0,9
<b>Age</b>	***	
18 - 34 ans (réf)	43,7	1,0
35 - 44 ans	32,2	0,8
45 - 54 ans	31,8	0,6**
55 - 64 ans	19,8	0,3***
65 - 75 ans	12,2	0,2***
<b>Situation familiale</b>	ns	
Vit avec au moins une personne (réf)	28,1	1,0
Vit seul	31,8	1,4**
<b>Niveau de diplôme</b>	***	
< Bac (réf)	36,7	1,0
Bac	25,2	0,6***
> Bac	18,9	0,4***
<b>Revenu par UC</b>	***	
1 <sup>er</sup> tercile (≤ 1 100€) (réf)	38,2	--
2 <sup>e</sup> tercile (1 100 - 1 799€)	29,6	--
3 <sup>e</sup> tercile (≥ 1 800€)	19,4	--
<b>Statut professionnel</b>	***	
En emploi (réf)	29,9	1,0
Au chômage	50,4	1,8**
Retraité	14,2	1,0
Autre inactif	39,8	1,3
<b>Catégories socio-professionnelles (PCS)</b>	***	
Agriculteur ; commerçant, artisan, chef d'entreprise	29,8	1,7*
Cadre et prof. intellectuelle supérieure (réf)	15,4	1,0
Profession intermédiaire	21,6	1,2
Employé	29,5	1,4
Ouvrier	43,6	1,8*

<sup>1</sup> Test du khi-deux

<sup>2</sup> Régression logistique : Odds ratio ajusté sur le sexe, l'âge, la situation familiale, le niveau de diplôme, le revenu par UC, le statut professionnel et la PCS. Réf = modalité de référence  
ns = non significatif ; \*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001

## Annexe 4. Recueil de consentement

**Recueil de consentement concernant la thèse de Mr  
Geoffrey JAULIN « Quelles sont les caractéristiques sociales  
des patients consultant pour sevrage tabagique dans le  
cadre du dispositif ASALEE en région Occitanie ? » se  
déroulant de mai 2020 à novembre 2020 :**

Dr ..... autorise le déroulement de l'étude au sein du cabinet.

..... (infirmière ASALEE) autorise le déroulement de l'étude  
au sein des patients suivis pour sevrage tabagique dans le cadre d'ASALEE.

Fait à ..... Le .....

Signature(s)

## Annexe 5. Questionnaire papier envoyé aux infirmiers ASALEE

# **QUESTIONNAIRE CARACTERISTIQUES SOCIALES DES PATIENTS CONSULTANT POUR SEVRAGE TABAGIQUE DANS LE CADRE DU DISPOSITIF ASALEE**

Cher(e)s confrères,

Dans le cadre de ma thèse d'exercice en médecine générale, j'ai décidé de m'intéresser au sevrage tabagique des patients appartenant au dispositif ASALEE.

En effet, au vu du fonctionnement d'ASALEE, qui permet une collaboration entre médecins traitant et infirmiers formés à l'éducation thérapeutique, une absence d'avance de frais pour le patient, une accessibilité géographique des infirmiers consultant au cabinet des médecins traitant, des temps de consultation longs, une réduction de la distance sociale soignant-soigné ; il est attendu que cette coopération n'engendre pas d'inégalités sociales de santé.

Nous ne connaissons pas les caractéristiques sociales des patients bénéficiant d'ASALEE, il m'a donc semblé intéressant de les recueillir, pour documenter et mesurer d'éventuelles disparités sociales d'accès à ce dispositif. Ma question de recherche est donc la suivante : Quelles sont les caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique dans le cadre du dispositif ASALEE en région Occitanie ?

Pour cela, j'ai construit un questionnaire basé sur plusieurs questions concernant le patient et son foyer et ainsi comparé les caractéristiques sociales du patient par rapport aux données nationales fournies chaque année par l'INSEE (**LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE : PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ**).

La distribution des questionnaires est effectuée par les infirmiers ASALEE au cours d'une consultation (le plus souvent à la fin), une seule fois pour chaque patient consultant pour sevrage tabagique (qu'il s'agisse d'une consultation de suivi ou d'une première consultation).

Les critères d'inclusions sont le fait de consulter un infirmier ASALEE pour sevrage tabagique, l'âge compris entre 18 et 75 ans et le consentement du patient.

A travers les réponses de ce questionnaire, cela me donnera la possibilité de comparer 6 caractéristiques sociales et ainsi mettre en évidence une différence ou non.

Le questionnaire concerne tous les patients venant en consultation avec une infirmière ASALEE dans le cadre du sevrage tabagique.

J'espère récolter un minimum de 150 questionnaires, j'ai estimé la réalisation de l'étude de mars 2020 à septembre 2020 en fonction des retours.

Ce questionnaire est bien sûr anonyme, les patients ont la liberté d'y répondre, ils sont aussi libres de ne pas répondre aux questions concernant leurs revenus s'ils ne le souhaitent pas.

Pour répondre à l'anonymat, les questionnaires peuvent être mis dans une boîte ou dans une enveloppe afin de ne pas savoir à qui appartient le questionnaire.

Ensuite un google form a été créé pour répondre à cet anonymat, le patient remplit le document à partir de sa boîte mail de façon anonyme, sa réponse est enregistrée mais son mail n'apparaît pas.

Je vous laisse le soin de choisir le support que vous préférez et laisser le patient choisir son support.

Je vous remercie à l'avance pour les retours de ces questionnaires.

Geoffrey Jaulin interne en 5ème semestre de médecine générale.

1/ Vous êtes\* : (cochez la bonne réponse)

Un homme

Une femme

2/ Quel âge avez-vous\* ?

.....

3/ Diplômes\* : (entourez la bonne réponse)

Obtention du Baccalauréat : OUI / NON

Si OUI, avez-vous fait des études supérieures ? OUI / NON

4/ Quels sont vos revenus mensuels ?

.....

5/ Quels sont les revenus mensuels totaux au sein de votre foyer ?

.....

je ne veux pas répondre

6/ Combien avez-vous d'enfant(s) à charge ? Indiquez leur(s) âge(s).

.....

Je ne veux pas répondre

7/ Votre situation professionnelle\* : (cochez la bonne réponse)

Travail

Chômage (sans emploi, immédiatement disponible pour travailler et en recherche active d'emploi)

Inactif (sans emploi n'étant pas en recherche active d'emploi ou étant indisponible pour travailler immédiatement)

8/ Quelle est votre profession\* ?

.....

9/ Quelle est la profession de votre conjoint(e)\* ? (Si vous vivez seul(e), ne répondez pas à cette question).

.....

\* : question à réponse obligatoire.

## Annexe 6. Questionnaire via le lien Google Form

### Caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique dans le cadre du dispositif ASALEE.

Cher patient(e),  
Je vous sollicite avec ce questionnaire concernant les caractéristiques sociales des patients suivis par les infirmières ASALEE dans le cadre du sevrage tabagique.  
La réponse à ces questions me permettra de comparer ces données aux données nationales de l'INSEE et répondre ainsi à ma question de recherche qui est la suivante:  
Quelles sont les caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique dans le cadre du dispositif ASALEE en région Occitanie ?

Merci par avance de vos réponses.

Cordialement,

Geoffrey Jaulin interne en 5e semestre de médecine générale.

1/ Vous êtes :

- Un Homme
- Une femme

2/ Quel âge avez-vous? \*

Réponse courte

3/ Obtention du baccalauréat : \*

- OUI
- NON

4/ Si OUI, avez-vous fait des études supérieures ?

- OUI
- NON

5/ Quels sont vos revenus mensuels ?

Réponse courte

6/ Quels sont les revenus mensuels totaux au sein de votre foyer ?

Réponse courte

7/ Combien avez-vous d'enfant(s) à charge ? Indiquez leur(s) âge(s).

Réponse courte

8/ Votre situation professionnelle : \*

- Travail
- Chômage (sans emploi, immédiatement disponible pour travailler et en recherche active d'emploi)
- Inactif (sans emploi n'étant pas en recherche active d'emploi ou étant indisponible pour travailler immédiat...

9/ Quelle est votre profession ? \*

Réponse courte

10/ Quelle est la profession de votre conjoint(e) ? \*

Réponse courte

**Annexe 7. Tableau récapitulatif concernant les données comparatives significatives des échantillons ASALEE, Occitanie et national**

	<b>% échantillon ASALEE</b>	<b>% échantillon Occitanie</b>	<b>% échantillon national</b>
<b>Âge</b>			
18-24 ans	0%	20,50%	11,10%
25-30 ans			
31-34 ans	6,80%	32,10%	20,70%
35-44ans	13,50%		
45-54 ans	29,70%	32,90%	23,40%
55-60 ans			
61-64 ans	28,40%	14,50%	16,60%
65-75 ans	21,60%		
<b>Diplôme</b>			
Aucun diplôme	13,40%	42%	9%
<Bac	40,00%		
Bac	10,60%	24,80%	23,20%
>Bac	36%	33,20%	31,40%
<b>Revenus par unité de consommation</b>			
Refus de répondre	22,70%	4,90%	4%
<b>Situation professionnelle</b>			
Travail	48%	42%	62,10%
Chômage	10,70%	24,80%	11,70%
Inactif	41,30%	33,20%	26,20%
<b>PCS de l'individu ou du référent du foyer</b>			
Employé	46,70%		29%

## Annexe 8. Comparaison des données sociales des fumeurs selon les groupes « Échantillon ASALEE Pays de la Loire » et « Échantillon national du Baromètre santé 2017 »

TOTAL		ASALEE	BEH	
		122	5968	
		(n) %	%	p
<b>Sexe</b>				
	Hommes	(64) 52,5%	53,9%	0,819
	Femmes	(58) 47,5%	46,1%	0,819
<b>Age</b>				
	18-24 ans	(4) 3,3%	13,4%	<b>0,002</b>
	25-34 ans	(13) 10,7%	23,2%	<b>0,002</b>
	35-44 ans	(30) 24,8%	21,9%	0,509
	45-54 ans	(24) 19,8%	22,1%	0,623
	55-64 ans	(28) 23,1%	13,9%	<b>0,005</b>
	65-75 ans	(22) 18,2%	5,5%	<b>&lt;0,001</b>
<b>Situation professionnelle</b>				
	Actif/Travailleur	(73) 59,8%	59,9%	1
	Chômeur	(7) 5,7%	15,0%	<b>0,006</b>
	Inactifs	(42) 34,4%	25,1%	<b>0,023</b>
<b>CSP</b>				
	Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	(9) 14,1%	8,1%	0,129
	Cadres et professions intellectuelles supérieures	(4) 6,3%	8,6%	0,654
	Professions Intermédiaires	(17) 26,6%	21,5%	0,404
	Employés	(16) 25%	29,8%	0,482
	Ouvriers	(18) 28,1%	32,0%	0,6

## Annexe 9. Synthèse des données sociales à recueillir pour chaque patient en médecine générale

Les 16 informations retenues par le groupe de travail sont synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Groupe B Indicateurs utiles	Groupe A Indicateurs indispensables	Intitulé
	X	Date de naissance
	X	Sexe
	X	Adresse
	X	Assurance maladie
	X	Statut par rapport à l'emploi
	X	Profession
	X	Capacités de compréhension du langage écrit
X		Est en couple
X		Nombre d'enfants à charge
X		Vit seul (e)
X		Pays de naissance
X		Niveau d'études
X		Catégorie socioprofessionnelle (INSEE)
X		Bénéficie de minima sociaux
X		Statut vis à vis du logement
X		Situation financière perçue

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

## **Caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique dans le cadre du dispositif ASALEE en région Occitanie**

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Philippe ROUX

Lieu et date de soutenance : Toulouse, le 18 mars 2021

---

**Introduction** : Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France et apparait donc comme une priorité de santé publique. La consommation tabagique est associée à la notion d'inégalités sociales de santé (ISS). Le dispositif ASALEE favorise la coopération entre les médecins généralistes et les infirmiers délégués à la santé publique au sein du cabinet. Un des rôles des infirmiers ASALEE concerne le sevrage tabagique pour les patients à risque de bronchopneumopathie chronique. L'accès au dispositif ASALEE dispense de l'avance de frais, on pourrait donc s'attendre à une équité de soins. L'objectif de notre étude est d'analyser les caractéristiques sociales de patients consultant le dispositif ASALEE dans le cadre du sevrage tabagique et de les comparer aux données régionales de l'Occitanie puis nationales, publiées par l'INSEE.

**Méthode** : il s'agit d'une étude descriptive, analytique observationnelle, transversale réalisée en région Occitanie de mai 2020 à novembre 2020 par questionnaire anonymisé. 75 questionnaires ont été recueillis et les analyses ont été comparées aux données régionales puis nationales à l'aide des logiciels Excel et BiostatsTGV.

**Résultats** : notre population comportait une majorité de femme (54,7%) et la moyenne d'âge était de 54 ans. Notre échantillon ASALEE a d'abord été comparé à l'échantillon de l'Occitanie. On retrouvait des différences significatives concernant les tranches d'âge et les niveaux d'étude : l'échantillon ASALEE était plus âgé et il y avait moins de fumeurs ayant obtenu leur baccalauréat. La comparaison à l'échantillon national a mis en évidence des différences significatives pour les tranches d'âge (notre échantillon était plus âgé), pour la situation professionnelle (il y avait moins de travailleurs et plus d'inactifs), pour le niveau d'étude (moins de patients avaient obtenu leur baccalauréat) et il y avait plus d'employés dans notre échantillon. Les autres comparaisons ne retrouvaient pas de différence significative.

**Conclusion** : notre étude tend à montrer que le dispositif ASALEE ne réduit pas les ISS mais ne les aggrave pas. Il serait intéressant d'étendre cette analyse aux autres champs d'action des infirmiers ASALEE.

---

## **Social characteristics of patients consulting for smoking cessation within the ASALEE program in Occitan region**

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale

---

MOTS-CLÉS : Tabagisme, dispositif ASALEE, inégalités sociales de santé.

---