

**UNIVERSITÉ DE NANTES**  
**Faculté de médecine**

Année 2019

N° 2019-20 et 2019-21

**THÈSE**  
pour le  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
(D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Hélène BLANCHANDIN

née le 23 février 1991 à Tours (37)

et

Céline TUFFEREAU-CATROUX

née le 20 janvier 1991 à Beaupréau-en-Mauges (49)

Présentée et soutenue publiquement le 11 mars 2019

**Caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique  
dans le cadre du dispositif ASALEE en région Pays de la Loire**

Président du Jury:

Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Membres du Jury:

Monsieur le Docteur Jean-Michel NGUYEN

Madame Jésabelle MORICEAU

Directeurs de Thèse:

Madame le Docteur Maud JOURDAIN

Monsieur le Docteur Teddy BOURDET

## Engagement de non plagiat

Nous, soussignées BLANCHANDIN Hélène et TUFFEREAU-CATROUX Céline déclarons être pleinement conscientes que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, nous nous engageons à citer toutes les sources que nous avons utilisées pour écrire cette thèse.

Signé par les étudiantes le 11/02/2019

# Remerciements

A nos directeurs de thèse, les Docteurs Teddy Bourdet et Maud Jourdain, nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez accordée dans l'élaboration de cette thèse. Nous vous remercions pour votre soutien tout au long de ce travail.

Au Professeur Rémy Senand, vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

Au Docteur Jean-Michel Nguyen, vous nous faites l'honneur d'être membre de ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A Jésabelle Moriceau, tu nous fais l'honneur d'être membre du jury. Merci pour ta participation à notre travail et ton accueil dès le début de ce projet

Aux infirmiers ASALEE, merci pour votre investissement, sans vous tout cela n'aurait été possible. Merci pour votre accueil lors des consultations ainsi que lors de vos réunions. Vos retours et questions nous ont permis d'avancer dans notre travail. Nous avons beaucoup appris à vos côtés et espérons vous recroiser en tant que collègues ASALEE dans un futur proche !

A Aurélie Gaultier, nous te remercions pour le temps que tu nous as consacré et ta précieuse aide en matière de statistiques.

A Anne Pasquereau et Guillemette Quatremère, pour vos informations utiles et votre éclairage concernant les données de votre article. Merci pour votre réactivité et pour la précision de vos réponses.

A Céleste et Mathilde. Merci pour la relecture de ce travail et vos remarques pertinentes.

A toutes les personnes qui nous ont aidés de près ou de loin dans ce travail, merci de l'aide que vous nous avez apportée.

## Remerciements Céline

A Hélène, c'était un plaisir de travailler à tes côtés. Merci pour ta motivation et la simplicité de nos échanges.

A mes parents, merci pour votre soutien. Les mots ne sont pas assez forts pour exprimer ma reconnaissance ; peu importe nos choix vous savez être là.

A mes frères et sœurs, et à la patrouille au grand complet. Pour ces chouettes moments partagés, de près comme de loin, merci !

A mes amis d'Angers, après toutes ces années d'études partagées, le bonheur de se retrouver en dehors des bancs de la fac est intact.

Aux nantais et à la Team Shinycastle, vous avez illuminé ces années d'internat, et que cela dure !

A mes amis de collège et lycée, le temps passe et c'est toujours un plaisir de vous avoir à mes côtés.

Aux belettes, pour tous les mardis passés à se défouler sur le terrain, sans oublier les prolongations, vous êtes une source d'inspiration au quotidien. Kirikiiiiiiiiiii !

## Remerciements Hélène

Merci Céline ma « co-théséuse » pour ce beau travail d'équipe, pour ton enthousiasme et ta disponibilité. Ce fut un plaisir de partager ce travail de thèse avec toi et de mieux te connaître.

Un grand merci à ma famille, particulièrement à mes parents. Merci pour votre amour, votre confiance et votre soutien durant toutes ces années.

A tous mes amis, pour ces bons moments passés ensemble et à venir...

Aux médecins, soignants et patients que j'ai rencontré depuis le début de mes études et qui me font aimer la médecine.

A Jean, merci pour ton amour, ta patience et ton soutien au quotidien. A nous maintenant les nouveaux horizons...

# Table des matières

<b>Table des matières</b>	<b>5</b>
<b>Liste des abréviations</b>	<b>8</b>
<b>Introduction</b>	<b>9</b>
<b>Contexte</b>	<b>10</b>
1. Les Inégalités Sociales de Santé	10
1.1. Définition	10
1.1.1. Universalisme proportionné	11
1.1.2. Le gradient social de santé	11
1.2. Les déterminants de santé	12
1.2.1. Les déterminants structurels	12
1.2.2. Les déterminants intermédiaires	12
1.2.3. Soins primaires et déterminants de santé	13
1.3. ISS et politique	14
1.4. ISS et système de soin	15
1.4.1. Inégalités d'accès aux soins primaires	15
1.4.2. Inégalités d'accès aux soins secondaires	16
1.4.3. Le renoncement aux soins	16
1.4.4. Pistes d'amélioration du système de soins	17
2. ASALEE	18
2.1. Définition du projet	18
2.1.1. Naissance et développement du projet	18
2.1.2. ASALEE en Pays de la Loire	19
2.2. Fonctionnement	19
2.2.1. Champ d'action d'ASALEE	19
2.2.2. Formation des infirmiers	20
2.2.3. Statut des infirmiers et financement	20
2.2.4. Évaluations du dispositif	21
3. Le tabagisme en France	23
3.1. Tabagisme et ISS	23
3.2. Particularités du sevrage tabagique auprès des moins favorisés	25
3.3. L'accompagnement au sevrage tabagique avec ASALEE	26
3.4. Tabagisme en région Pays de la Loire	27
3.4.1. Données récentes	27
3.4.2. Dispositifs d'aide au sevrage tabagique dans la région.	27
<b>Matériel et Méthodes</b>	<b>28</b>

1. Type d'étude	28
2. Questionnaire	28
2.1. Construction du questionnaire	28
2.2. Test du questionnaire	29
3. Déroulement de l'étude	29
3.1. Présentation de notre travail aux infirmiers	29
3.2. Distribution du questionnaire	30
3.3. Prolongation de l'étude	30
3.4. Validation Éthique	30
4. Références nationales utilisées pour la comparaison	31
5. Recueil de données	31
5.1. Réception des questionnaires	31
5.2. Saisie	31
6. Statistiques	32
7. Thèse en binôme	32
7.1. Intérêt	32
7.2. Répartition du travail	33
<b>Résultats</b>	<b>34</b>
1. Description de l'échantillon	34
1.1. Réponses par département	34
1.2. Sexe	34
1.3. Âge	34
1.4. Statut par rapport à l'emploi	35
1.5. Catégorie socio-professionnelle	36
1.6. Niveau d'étude	37
1.7. Couverture sociale	37
1.8. Complémentaire santé	37
1.9. Situation familiale	38
1.9.1. En couple	38
1.9.2. Enfants à charge	38
1.10. Minima sociaux	38
1.11. Situation financière perçue	38
1.12. Le « mois sans tabac »	39
2. Comparaison aux données nationales	40
<b>Discussion</b>	<b>42</b>
1. Analyse des résultats	42
1.1. Les résultats significatifs	42
1.2. Items sans différence significative mise en évidence	43
1.2.1- Caractéristiques générales	43

1.2.2- Catégories Socio-Professionnelles	43
1.2.3- Niveau d'étude	44
1.2.4- Couverture santé et aides sociales	44
1.2.5- Mode de vie	44
1.3. Le « mois sans tabac »	45
1.4- Résultats et ISS	46
2. Limites de l'étude	47
2.1. Biais de sélection	47
2.1.1. Lié à la distribution des questionnaires	47
2.1.2. Lié à la population étudiée	47
2.2. Biais de classement	48
2.3. Biais de déclaration	48
3. Forces de l'étude	49
3.1. Travail innovant	49
3.2. Retour d'expérience	49
3.2.1. Sensibilisation aux ISS	49
3.2.2. Travail d'équipe	50
4. Perspectives	51
<b>Conclusion</b>	<b>55</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>57</b>
<b>Annexes</b>	<b>62</b>
Annexe 1 : Questionnaire	62
Annexe 2 : Fiche explicative IDE	63
Annexe 3 : Fiche explicative patients	64
Annexe 4 : Cahier de saisie	65
Annexe 5 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre échantillon	66
Annexe 6 : Tableau présentant les résultats de Novembre	67
Annexe 7 : Tableau présentant les caractéristiques des fumeurs quotidiens de l'enquête du Baromètre santé 2017	68
<b>SERMENT MÉDICAL</b>	<b>69</b>

# Liste des abréviations

AAPRISS: Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé

ACS: Aide à l'acquisition d'une Couverture maladie Complémentaire

AMO: Assurance Maladie Obligatoire

ARS: Agence Régionale de Santé

ASALEE: Action de Santé Libérale En Équipe

BEH: Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

BPCO: Broncho pneumopathie obstructive chronique

CMG: Collège de Médecine Générale

CMU: Couverture Maladie Universelle

CMUc: Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CSP: Catégorie Socio-Professionnelle

DRESS: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

ETP: Education Thérapeutique

HAS: Haute Autorité de Santé

HPST: loi Hôpital Patients Santé et Territoires

HCSP: Haut Conseil de Santé Publique

IDE: Infirmier Diplômé d'Etat

IDSP: Infirmier Délégué à la Santé Publique

IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES: Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE: Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INVS: Institut National de Veille Sanitaire

IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

ISS: Inégalités Sociales de Santé

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PNRT: Programme National de Réduction du Tabagisme

PRS: Projet Régional de Santé

PUMa: Protection Universelle Maladie

RISP: Recherche Interventionnelle en Santé des Populations

URML: Union Régionale des Médecins Libéraux

## Introduction

Le tabac constitue en France le plus important facteur de risque évitable de cancer, de maladies cardiovasculaires et de maladies respiratoires chroniques (1).

Il illustre le concept d'inégalités sociales de santé (ISS), qui peuvent être définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » (2). Les ISS sont une réalité en France, aujourd'hui bien décrite et démontrée.

Une récente étude montrait en effet une augmentation de la prévalence du tabagisme chez les personnes les plus défavorisées, alors qu'elle diminue parmi les catégories socio-professionnelles plus favorisées ; témoignant d'une augmentation des inégalités sociales en matière de tabagisme (3).

Le dispositif ASALEE (Action de Santé Libérale en Équipe), créé en 2004, est un protocole de coopération entre médecins libéraux et infirmiers appelés Infirmiers Délégués à la Santé Populationnelle (IDSP). L'objectif de ce dispositif est d'améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, en soins primaires. L'infirmier est formé à l'éducation thérapeutique du patient, et dispose notamment de compétences dans la prise en charge du risque cardio vasculaire, ainsi que depuis 2016, d'une formation spécifique pour l'accompagnement au sevrage tabagique.

La réduction des ISS est actuellement un enjeu gouvernemental majeur, ayant pour objectif de maintenir l'ensemble de la population en bonne santé. Dans l'optique d'une réduction des ISS, il paraît nécessaire de porter une attention plus particulière au sevrage tabagique auprès des moins favorisés, afin de réduire ces écarts d'état de santé. Mais le système de soins, en sous-estimant la dimension socio-économique des problèmes de santé, participe « inconsciemment » à une accentuation des inégalités sociales de santé: ce sont les inégalités par omission ou par construction (4) .

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'ISS.

Nous ne connaissons pas les caractéristiques sociales des patients bénéficiant d'ASALEE, il nous a donc semblé intéressant de les recueillir, pour documenter et mesurer d'éventuelles disparités sociales d'accès à ce dispositif.

Notre 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 Pays de la Loire ?

# Contexte

## 1. Les Inégalités Sociales de Santé

### 1.1. Définition

Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». Il s'agit d'une notion difficilement définissable et appréhendée de manière variée en fonction du point de vue adopté (sociologique, épidémiologique,...). Les ISS touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux (2).

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 » (5). Le terme « systématique » indique que les différences observées ne sont pas distribuées au hasard mais selon un schéma constant dans la population (reproduction de l'ordre social).

Elles se traduisent par exemple, par une différence d'espérance de vie, à 35 ans, de sept ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale (6).

Ces inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe de l'ouest. La mortalité des hommes français de 45 à 59 ans exerçant une profession manuelle dépasse de 71 % celles des non manuels, alors que cette surmortalité varie de 35 à 55 % dans d'autres pays européens (7).

Selon le Haut Conseil de la Santé Publique, les inégalités sociales de mortalité ont eu tendance à s'accroître ces dernières années. Aussi, selon une autre étude, la France arrive à la 15<sup>ème</sup> place d'un classement mondial des systèmes de santé. La performance de chaque pays a été établie selon les taux de mortalité de 32 maladies pour lesquelles les décès peuvent en théorie être évités, à condition d'un accès rapide à des soins efficaces (tuberculose, cancer du sein, leucémie, certaines maladies cardiovasculaires...) (8). L'étude s'intéresse aussi à l'écart entre les performances réelles des pays et celles que leur niveau de développement devrait normalement entraîner.

Ces résultats mettent en avant le fait que l'augmentation du niveau de développement n'entraîne pas forcément une amélioration de la qualité et de l'accès au système de santé.

### 1.1.1. Universalisme proportionné

Il s'agit d'un principe préconisé par Sir Marmot pour réduire le gradient social de santé, dans le but « d'offrir des interventions universelles destinées à l'ensemble des [personnes] mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins » (9). Il s'agit d'un levier de réduction des inégalités de santé. Faire plus signifie littéralement consacrer plus de moyens. Les politiques d'universalisme proportionné ont pour objectif de mettre en place des politiques universelles, bénéficiant à l'ensemble de la population, mais également de mettre en œuvre des dispositions pour que les actions puissent bénéficier à l'ensemble de ces membres à hauteurs des risques ou besoins auxquels ils sont confrontés. Tout l'enjeu réside dans le fait que l'universalisme en principe se traduise par un universalisme dans les faits. En effet, c'est en ce sens que la recherche va être déterminante avec la poursuite d'études s'intéressant aux effets des différentes interventions et la mise en place de ces interventions qui reste à déterminer (10).

L'analyse causale de l'effet de différenciation des politiques de prévention universelle est une étape essentielle dans la création de politiques visant à appliquer ce principe d'universalisme proportionné. Le développement en France de la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP) s'inscrit dans cette démarche d'analyse des effets des différentes politiques mises en place.

### 1.1.2. Le gradient social de santé

Les ISS ne se limitent pas à une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres. Bien sûr les personnes cumulant les facteurs de précarité, aux conditions de travail les plus pénibles, ont des risques de décès ou de maladies particulièrement importants. Mais on assiste en fait à une détérioration graduelle des indicateurs de santé tout au long de la distribution des revenus. Ce phénomène a été mis en évidence pour la première fois en 1980 avec le rapport Black. Il introduit la notion que la position d'un individu dans la structure sociale est étroitement associée à son état de santé (2).

On observe donc un « gradient social de santé » dans l'ensemble de la population: l'état de santé des cadres est meilleur que celui des employés, lui-même meilleur que celui des ouvriers. Au sein des ouvriers on observe aussi ces différences: la mortalité des ouvriers qualifiés est plus faible que celle des ouvriers agricoles, elle-même plus faible que celle des ouvriers non qualifiés (11).

Comme le rappelle le rapport de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) publié en 2010: « ...ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons. » (2) En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure.

Le gradient social signifie donc que les ISS concernent toute la population, sous l'influence de certains déterminants appelés déterminants de santé.

## 1.2. Les déterminants de santé

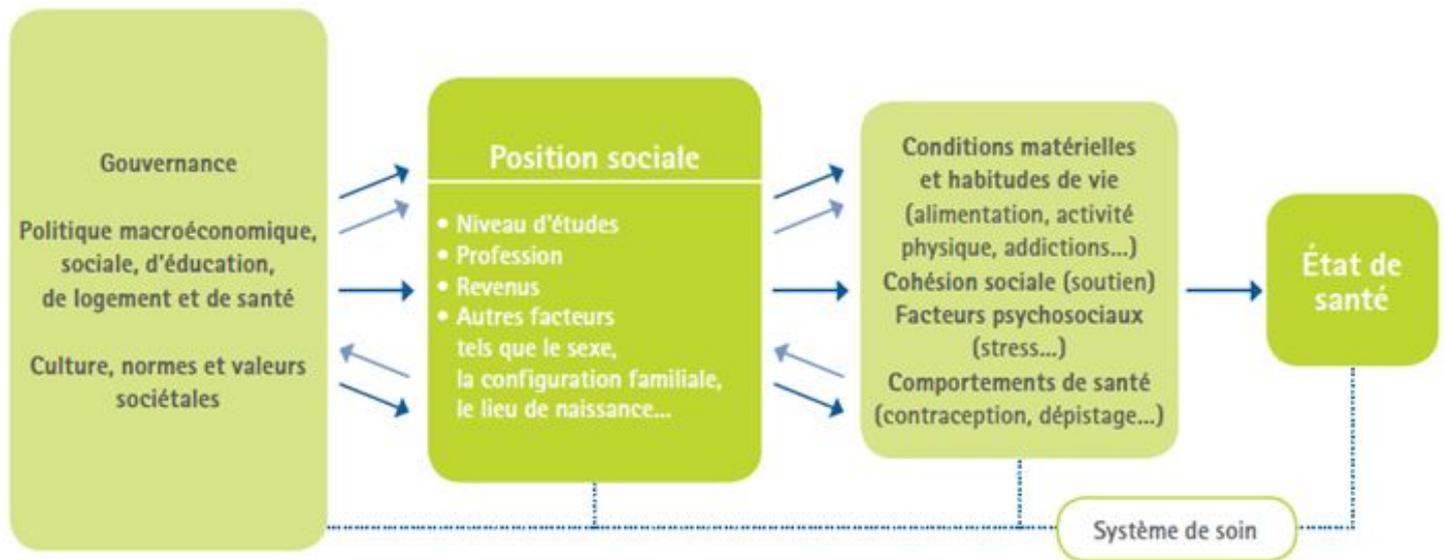
Dans son rapport publié en 2008, l'OMS présente un modèle explicatif des ISS ; fondé sur les interactions que des déterminants dits « structurels » des inégalités sociales de santé ont avec des déterminants dits « intermédiaires » de l'état de santé (12). Le concept de déterminants sociaux de santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé.

### 1.2.1. Les déterminants structurels

Les déterminants structurels sont ceux qui sont liés au contexte politique et économique du pays. Ils influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, de ses origines ethniques. On y trouve : la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société, les revenus, l'éducation, l'occupation, la puissance,.... Ces déterminants ont un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

### 1.2.2. Les déterminants intermédiaires

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles, psychologiques, aux comportements, aux facteurs biologiques et génétiques, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Parmi les éléments pris en compte, on citera pour les conditions matérielles : le logement, la qualité de quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds, etc.), l'environnement physique du travail. Les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux relations et au soutien social. Les comportements concernent la nutrition, l'activité physique, la consommation de tabac et d'alcool, qui ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux (13).



Source : schéma simplifié inspiré de Solar et Irwin, 2007 [3]

Figure 1 : Les déterminants sociaux de santé.

Source : Prendre en compte les inégalités sociales de santé. Document destiné aux professionnels de santé. INPES. Mai 2014

### 1.2.3. Soins primaires et déterminants de santé

Il est à ce jour impossible d'expliquer comment ces déterminants interviennent, si l'un prédomine sur l'autre ou comment les hiérarchiser. Néanmoins, afin de pouvoir agir sur les ISS, il est essentiel d'identifier ces déterminants de santé; notamment de la part des acteurs en soins primaires qui interviennent en premier recours et considérés comme interlocuteurs privilégiés par le patient, afin de pouvoir adapter la réponse médicale ainsi que le parcours de soins du patient.

Le collège de médecine générale (CMG) a publié en ce sens un guide de recommandations (11) à l'attention des médecins généralistes expliquant l'importance du recueil de certaines informations relatives au patient en pratique courante lors des consultations. Ces informations sont divisées en deux catégories :

- Les informations du groupe A (la date de naissance, le sexe, l'adresse, le statut par rapport à l'emploi, la profession éventuelle, l'assurance maladie et les capacités de compréhension du langage écrit du patient) sont indispensables à recueillir pour tous les patients, dès la première consultation.
- Les informations du groupe B (le fait d'être en couple, le nombre d'enfants à charge, le fait de vivre seul, le pays de naissance, le niveau d'études, la catégorie socio-professionnelle (CSP) selon la classification de l'institut national de la

statistique et des études économique (INSEE), le fait de bénéficier de minima sociaux, les conditions de logement, et la situation financière perçue) sont jugées comme utiles à recueillir au cours des consultations successives

L'objectif est d'identifier, avec le patient, d'éventuels obstacles à son parcours de santé, et de rechercher, avec lui, les moyens de les surmonter. Le recueil de ces déterminants de santé par les médecins généralistes est une première étape dans l'objectif de réduction des ISS. Cependant, comme le décrit la thèse de C. Ernst-Toulouse et C. Nollet (14), l'étape initiale primordiale dans la prise en charge des ISS est la prise de conscience de la part des professionnels de santé de l'existence de celles-ci. Cela commence par le recueil de ces déterminants lors des consultations afin de les prendre en compte dans la prise en charge des patients, et de pouvoir ensuite témoigner auprès des pouvoirs publics de la dimension prédominante de l'aspect social des problèmes de santé rencontrés au quotidien par les personnes.

### 1.3. ISS et politique

A l'heure actuelle en France, un constat est fait dans de nombreux rapports: alors que l'espérance de vie et l'état de santé moyen de la population s'améliorent d'année en année, les écarts de santé continuent de s'agrandir entre les différents groupes sociaux et les ISS se creusent (15).

Le gouvernement français a récemment pris conscience de la nécessité de développer sa politique de prévention dans le cadre de la lutte contre les ISS. L'apparition de mesures politiques visant à agir sur les ISS en France s'est faite progressivement depuis les années 2000. En 2004, la loi de santé publique n'énonce que deux objectifs spécifiques aux ISS sur les cents proposés par l'OMS. En 2009, la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) place au centre la lutte contre les inégalités sociales de santé, ce qui constitue l'un des axes fondateurs des politiques conduites par les agences régionales de santé (ARS) (16). On constate par la suite une multiplication de dispositifs visant à réduire ces ISS, avec un ancrage plus marqué dans les discours politiques et dans les faits.

Par exemple, le programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019 faisant partie du plan cancer mis en place en février 2014 sous la présidence Hollande est une mise en application concrète de l'objectif d'intégration des ISS en politique. Par la suite, le projet régional de santé (PRS) des Pays de la Loire 2018-2022 publié en mai 2017 (17) ainsi que le rapport sur la stratégie nationale de santé 2018-2022 présenté en décembre 2017 (18) s'inscrivent dans cette continuité politique consistant à faire de la prévention, la promotion de la santé, la réduction des ISS et des inégalités territoriales de santé des axes prioritaires.

Selon le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2011, mettre en place une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé est motivée par un double constat. D'une part, améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas, puisque

non seulement les ISS ne se réduisent pas, mais qu'elles tendent même à s'aggraver. D'autre part, l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les ISS. En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se constitue en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus (19). D'où l'importance de la prise de conscience au niveau politique du problème des ISS. Les données de la recherche sont fondamentales afin de pouvoir proposer des stratégies d'actions efficaces. La réduction des inégalités sociales de santé nécessite la mise en œuvre de politiques publiques intersectorielles, du fait des multiples déterminants agissant sur la situation d'une personne, car les ISS sont avant tout un objet socialement et politiquement construits (15).

#### 1.4. ISS et système de soin

On constate en France des inégalités sociales de recours aux soins, c'est-à-dire des différences de consommation de soins lors de besoins de soins donnés. Ces différences sont d'autant plus fortes pour le recours aux soins de spécialistes et le recours aux soins préventifs. Plus généralement, on peut dire que, lorsque l'on monte dans la hiérarchie sociale, c'est la nature des soins qui se modifie plus que la quantité : les soins sont de plus en plus spécialisés avec davantage d'analyses biologiques, de recours aux médecins spécialistes, aux soins optiques, dentaires, etc. et moins de recours aux médecins généralistes, aux infirmiers ou à l'hospitalisation (20) . A cela s'ajoutent des inégalités territoriales de santé, phénomène initialement développé par Hart en 1971 dans son article « The inverse care law ». Partant du constat que les zones abritant les populations les plus défavorisées et requérant le plus de soins sont aussi les zones les moins bien dotées en ressources médicales. La distribution des offres de soins varie donc de manière inverse aux besoins (21). Cette réalité est encore à ce jour d'actualité.

##### 1.4.1. Inégalités d'accès aux soins primaires

Les causes des inégalités de recours aux soins préventifs tiennent aux difficultés de la rencontre entre l'offre et la demande du fait des utilisateurs potentiels et (ou) des professionnels. Une première cause des inégalités d'accès aux soins relève de la différence des demandes. En effet, face à la demande d'un patient, se dressent des barrières informationnelles (compréhension des risques encourus, filières de soins à emprunter, démarches administratives) ; des barrières culturelles (rapport au corps différent, plus forte préférence pour le présent, rapport au système de soins) et des barrières financières (absence de complémentaire santé, renoncement aux soins). Aussi, les comportements des prescripteurs constituent une autre cause d'inégalités d'accès aux soins. En effet, la mise en œuvre de politiques d'accès théorique aux soins des plus pauvres ne garantit pas toujours leur accès réel aux soins, phénomène illustré par les refus de soins aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) (22).

#### 1.4.2. Inégalités d'accès aux soins secondaires

Les inégalités d'accès secondaires se produisent après la phase de contact avec le système de soins et vont de l'identification du besoin jusqu'à la délivrance du soin nécessaire. On relève notamment des obstacles économiques, cognitifs (parcours de soin non intelligible) et liés aux acteurs et au système. Des différences de comportements de prescription selon le statut social du patient existent : la qualité du diagnostic dépend de la proximité socio-culturelle entre le patient et le médecin. La décision médicale peut aussi être prise en tenant compte d'autres éléments que le diagnostic : préférences du patient, conséquences sociales, anticipations de l'observance, etc. (4) .

Il s'agit d'inégalités dans la reconnaissance et la prise en charge des problèmes par le système de soins. P. Lombrail a développé ce concept en mettant en évidence deux types d'inégalités : « inégalités par construction » et « inégalités par omission ». Les inégalités par construction relèvent de l'absence de prise en compte des inégalités de santé dans les politiques de prévention et l'élaboration du système de soins. En ne prenant pas en compte les spécificités des individus, le système de soins contribue à accentuer les inégalités. Les inégalités par omission sont la conséquence de la méconnaissance des ISS par le corps soignant, du rôle qu'ils ont dans l'entretien de ces inégalités mais aussi de celui qu'ils pourraient jouer dans leur réduction (4).

#### 1.4.3. Le renoncement aux soins

Du fait d'une inadéquation de l'offre de soins à la demande, le non-recours aux soins est un phénomène fréquent. Surtout parmi les catégories sociales les plus modestes du fait de motifs qui les concernent plus particulièrement : économiques (une couverture complémentaire ne dispense pas partout de l'avance de frais), administratifs (capacité d'effectuer les démarches afin d'obtenir des droits par exemple) et psychosociaux (exclusion sociale, maladies psychiatriques, etc.).

Les populations actives sont cependant toutes concernées, précaires et non-précaires, dans des proportions variables. Du fait d'un certain arbitrage de priorités de l'existence, d'une faible attention portée à soi, la santé est souvent reléguée au second plan dans les publics en situation de précarité sociale (4) .

Les inégalités de recours aux soins font partie des facteurs contribuant aux inégalités de santé, et ont des déterminants autres que les variables habituellement remarquées en épidémiologie sociale, tel que le capital social des individus. Une étude sur le non recours aux soins réalisée en France en 2009 montre que le renoncement aux soins relève plus de facteurs d'ordre psychologique, car dans les faits, ce sont « les individus vivant seuls, sans support social et sans responsabilité d'autrui [qui] sont davantage que d'autres vulnérables au non recours du fait d'un repli sur soi plus prononcé » (23). Cette étude met également en évidence la forte association entre l'absence de complémentaire santé et le non-recours aux soins. Le renoncement aux soins est donc fortement associé à des variables socioéconomiques liées aux conditions d'existence des individus.

#### 1.4.4. Pistes d'amélioration du système de soins

Les inégalités d'accès aux soins sont fréquemment citées comme élément déterminant des inégalités sociales de santé. Jonathan Mann décrivait déjà en 1998 le phénomène de « socioparésie » concernant la santé publique, devant son inaptitude à réfléchir à la question des inégalités sociales en remontant à la source des problèmes de santé, c'est-à-dire leur origine sociale. Comme vu précédemment, il est impératif de faire de la lutte contre les ISS un enjeu collectif. Dans cet objectif l'une des premières étapes est de partager la connaissance et de la rendre accessible à tous les acteurs (24).

Le livre écrit par T. Lang et N. Haschar-Noé est le fruit d'un travail de réflexion autour des ISS et des différentes politiques de santé publique. Ils y exposent leur projet de recherche interventionnelle collaborative : le projet AAPRISS (Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé). Ils se sont fixé comme objectif d'aboutir à des pistes de réflexion permettant de proposer un cadre d'évaluation des politiques de santé publique ayant pour vocation la réduction des ISS. Comme affirment les auteurs : « Rendre compte des évolutions et perspectives qu'offre l'évaluation pour mieux penser et agir sur les ISS était une des ambitions sur laquelle s'est fondé le programme AAPRISS » (15). Ils soulignent la faible évaluation des interventions visant à réduire les ISS ainsi que l'absence de suivi des personnes en ayant bénéficié sur le long terme comme problème majeur de la recherche dans ce domaine en France.

Aussi, ils mettent en débat la notion d'évaluation des interventions, que ce soit du point de vue de la santé publique ou de celui des politiques publiques. Ils citent en exemple l'évaluation des plans cancers en France, mis en place suite à des changements institutionnels et méthodologiques, comme une bonne illustration des alternatives et rapprochements possibles entre les deux réalités différentes que sont la santé publique et les politiques publiques. En conclusion de leur projet, les auteurs déclarent : « La démarche AAPRISS valide l'idée que la santé n'appartient pas aux seuls professionnels de santé mais constitue un objet à construire et à débattre avec l'ensemble de la société civile, les acteurs non professionnels et les citoyens experts concernés » (15). Il ne s'agit donc pas seulement de comprendre comment les inégalités sociales de santé se construisent, mais aussi de donner des clefs aux professionnels de terrain pour que, là où ils sont, ils puissent apporter leur contribution.

Le dispositif AAPRISS a notamment abouti à la création d'une plateforme d'expertise dont l'objectif est de proposer aux partenaires locaux et régionaux, divers exemples de partenariats ou encore de formations sur les thématiques de santé, de société et de recherche interventionnelle. La recherche interventionnelle se place donc comme démarche indispensable préalable au développement des dispositifs de réduction des ISS, fidèle au principe d'universalisme proportionné.

## 2. ASALEE

### 2.1. Définition du projet

Le dispositif ASALEE est un dispositif de coopération, regroupant des professionnels de santé en soins primaires. Il permet de partager 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.

C'est une expérimentation française qui modélise le travail infirmier - médecin généraliste, en équipe, dans le cadre des protocoles de coopération permettant la pratique d'actes dérogatoires. Ces professionnels de santé collaborent au sein de cabinets médicaux pour différentes actions : le dépistage (broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), troubles cognitifs, cancers), la prévention (accompagnement au sevrage du tabac, suivi de pathologies chroniques, prise en charge des risques cardio-vasculaire)

ASALEE participe donc à la réponse face à l'évolution de la demande de soins, notamment pour les maladies chroniques dont la place est grandissante. Ce dispositif s'inscrit aussi dans l'évolution de la médecine générale, qui laisse une place de plus en plus importante au travail en équipe.

#### 2.1.1. Naissance et développement du projet

Le dispositif a vu le jour en 2004 dans le département des Deux-Sèvres, sous l'impulsion du docteur J. Gautier, médecin généraliste et de monsieur A. Derville, ingénieur informaticien, soutenus par l'union régionale des médecins libéraux (URML) de Poitou-Charentes.

L'idée d'un transfert de tâches (notamment entre médecins et infirmiers), pour répondre à la problématique de la démographie médicale et d'une inégale répartition des soignants sur le territoire, a guidé la conception du projet d'ASALEE.

En 2002, le rapport du Professeur Berland sur la démographie des professionnels de santé, proposait déjà une évolution des métiers de la santé par la mise en place du transfert de compétences entre professionnels de santé (25). A l'étranger, ce transfert de tâches existe déjà dans les pays anglo-saxons, et y a fait ses preuves (26).

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet 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. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la haute autorité de santé (HAS) (27).

C'est donc en 2004 que l'expérimentation ASALEE débute dans le département des Deux-Sèvres. Le programme se développe ensuite rapidement au niveau régional puis national. En octobre 2017, il regroupait 1800 médecins, 500 infirmiers et 5 ingénieurs. 84 des 96 départements français étaient couverts par le dispositif. En Mai 2018, il compte 2200 médecins et 620 infirmiers.

### 2.1.2. ASALEE en Pays de la Loire

Dans la région Pays de la Loire, les premiers recrutements ont démarré début 2014 et la prise de poste des premiers binômes a eu lieu lors du deuxième semestre 2014.

Fin 2018, la région Pays de la Loire compte 43 infirmiers et 165 médecins généralistes, répartis dans quatre départements: Loire-Atlantique, Maine et Loire, Sarthe et Vendée.

## 2.2. Fonctionnement

### 2.2.1. Champ d'action d'ASALEE

L'objectif principal d'ASALEE est l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques en soins primaires. Les infirmiers et les médecins généralistes libéraux collaborent au sein de cabinets de médecine générale, avec la possibilité d'un transfert de tâches.

Le champ d'action des infirmiers ASALEE est encadré par des protocoles, établis à partir des recommandations de l'HAS. Ces protocoles permettent une homogénéisation des pratiques au sein d'ASALEE.

A ce jour, quatre volets du protocole de coopération sont validés par la HAS :

- 1- Le suivi des patients diabétiques de type 2.
- 2- Le suivi des patients ayant des facteurs de risques cardio-vasculaire.
- 3- Le dépistage BPCO, et le sevrage tabagique.
- 4- Le repérage des troubles cognitifs.

La prise en charge de l'obésité de l'enfant est également nouvellement mis en place.

Formées à l'éducation thérapeutique (ETP), les infirmiers interviennent auprès d'un ou plusieurs médecins généralistes qui leur adressent des patients en consultation afin de partager leur suivi dans le cadre de ces quatre protocoles.

Les infirmiers reçoivent donc les patients en consultations individuelles, d'une durée de 45min à 1h, ou en séances collectives (groupes de marche, etc). Il est également possible d'organiser des consultations partagées avec la présence simultanée du patient, de l'infirmier et du médecin.

Le patient, initialement invité par son médecin à rencontrer une première fois l'infirmier ASALEE, planifiera la suite de la prise en charge avec ce dernier s'il le souhaite.

Le rôle de prévention et de dépistage des infirmiers s'illustre par exemple par :

- un accès possible pour l'infirmier aux dossiers médicaux de l'ensemble de la patientèle d'un médecin, avec mise en place d'alertes dans ce dossier informatisé pour le rappel des différents actes de prévention (mammographie, hémocult II, frottis cervico-vaginaux).
- la proposition d'un bilan cognitif aux patients de plus de 80 ans vivant à domicile.
- la réalisation d'une spirométrie chez les patients à risque de BPCO.
- l'accompagnement au sevrage tabagique, avec possibilité de prescription de substituts nicotiques.
- le suivi de patients diabétiques, avec éducation thérapeutique, prescription des bilans sanguin de surveillance (bilan annuel, hémoglobine glyquée, soins de pédicure), réalisation d'électrocardiogramme.
- l'accompagnement de l'automesure tensionnelle, dans le cadre de la prise en charge des facteurs de risque cardio-vasculaire.

Un temps d'échange régulier est prévu, entre l'infirmier qui a reçu le patient en consultation et le médecin référent de ce patient.

#### 2.2.2. Formation des infirmiers

L'infirmier diplômé d'état suit une formation à l'éducation thérapeutique de quarante heures lors de son entrée dans le dispositif ASALEE. Il existe ensuite des formations de trois jours en rapport avec les protocoles du dispositif.

Un système de compagnonnage auprès d'un infirmier déjà inséré dans le dispositif est proposé en début d'activité.

Une formation à l'utilisation d'outils informatique est également dispensée, dans le but de maîtriser le fonctionnement des logiciels médicaux au sein des cabinets ainsi que du portail informatique spécifique à ASALEE. Il s'agit d'un portail extranet sécurisé permettant de notifier chaque intervention de l'infirmier en anonymisant les patients, de regrouper ces données au niveau national, et de les analyser afin d'évaluer et d'améliorer le dispositif.

Des réunions de secteur entre infirmiers ont lieu toutes les six semaines, permettant d'échanger sur les besoins au sein du territoire, et sur l'analyse des pratiques. C'est également un temps de formation continue avec la possibilité d'une intervention d'acteurs extérieurs au réseau pour approfondir les connaissances sur un thème défini. Il peut aussi s'agir d'un partage entre infirmiers sur leurs diverses compétences et formations effectuées par chacun. Des réunions régionales et nationales sont également organisées, regroupant médecins et infirmiers.

#### 2.2.3. Statut des infirmiers et financement

Les infirmiers sont le plus souvent salariés de l'association ASALEE (possibilité de rémunération sous forme d'honoraires également). Un équivalent temps plein infirmier,

correspond à une collaboration d'un IDSP avec environ 5 médecins généralistes géographiquement proches.

Les médecins sont rémunérés pour les temps d'échanges avec les infirmiers.

Les patients consultant les infirmiers ASALEE n'ont pas d'avance de frais.

Financé initialement par l'URML Poitou-Charentes, le dispositif a trouvé au fur et à mesure de nouvelles sources de financement : Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), devenu Fonds d'intervention de la qualité et la coordination des Soins (FIQCS), puis Fonds national pour la qualité et la coordination des soins (FNQCS) en 2009 lors de l'extension en Bourgogne, Lorraine et Rhône-Alpes, Nouveaux modes des rémunérations en 2012 et enfin la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) depuis 2015 (28).

L'organisation du dispositif s'est progressivement structurée pour favoriser la créativité et l'engagement des acteurs, et pour permettre une souplesse d'ajustement dans la gestion du dispositif. Les binômes médecin-infirmier sont en effet hétérogènes, reflétant la diversité des attentes de chacun concernant ce dispositif de coopération.

#### 2.2.4. Évaluations du dispositif

Plusieurs études ont permis d'évaluer le dispositif ASALEE depuis sa création.

Une première évaluation quantitative réalisée par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) au stade de son extension départementale en 2008, montre qu'il existe des bénéfices cliniques pour les patients diabétiques. Centrée sur les patients atteints de diabète de type 2, l'étude montre que les patients inclus dans le dispositif voient leur équilibre glycémique s'améliorer davantage que dans le groupe témoin. Ils réalisent également plus systématiquement les examens de suivi et cela sans coût supplémentaire significatif pour l'assurance maladie (29).

En 2009, le conservatoire national des arts et métiers réalise une étude rétrospective sur 2 ans, pour comparer le coût de suivi des patients ASALEE et des patients en dehors du dispositif ASALEE. Une économie relative de la consommation des soins est observée à hauteur de 10% : si certains postes de dépenses sont en hausse (actes de biologie, d'imagerie, de kinésithérapie...), on constate un moindre recours à l'hôpital, aux transports sanitaires et aux spécialistes (30).

Plusieurs internes de médecine générale ont réalisé leur travail de thèse sur ASALEE:

En 2011, le recueil du point de vue sur l'expérience ASALEE de 4 médecins d'un même cabinet vosgien par focus group a montré qu'ils étaient satisfaits du dispositif et favorables à la délégation de tâches malgré certaines contraintes du dispositif (temps important de coordination notamment) (31).

En 2012, une thèse mettait en évidence une baisse de la pression artérielle, de la glycémie à jeun ainsi qu'une augmentation de l'activité physique hebdomadaire chez des patients suivis dans le cadre du protocole ASALEE 88 (32).

En 2016, une étude dans deux cabinets médicaux des Landes a montré une amélioration du suivi des patients diabétiques de type 2 inclus dans le protocole ASALEE avec augmentation de la réalisation des examens recommandés par la HAS (33).

Dans le cadre du programme d'évaluation confié à l'IRDES, nommé DAPHNEE (Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation), une recherche sociologique fondée sur une approche qualitative a été menée entre 2015 et 2017. Elle s'est intéressée d'une part au déploiement et à l'organisation du dispositif ASALEE et d'autre part, aux pratiques et interactions entre patients et professionnels. Cette étude permet d'appréhender les principales dynamiques de construction et de transformation qui ont cours au sein du dispositif. Dans certains cas, on peut ainsi observer un double déplacement de l'offre de soins faite aux patients : d'une offre prescriptive vers une offre éducative proposée de manière proactive, et ne portant pas seulement sur la maladie mais aussi sur la santé ; et d'une pratique soignante individuelle vers un travail d'équipe pluriprofessionnel (34).

Créé en 2016, le CRIDA (centre de recherche innovation et développement d'ASALEE), permet aussi l'organisation d'évaluations internes du dispositif. Malheureusement, ces données ne sont pas facilement accessibles. Étant extérieures au dispositif, nous avons essayé d'entrer en contact afin d'obtenir plus d'information sur les travaux de recherche menés par ASALEE, mais sans succès.

## 3. Le tabagisme en France

### 3.1. Tabagisme et ISS

Le tabagisme est une parmi de nombreuses autres illustrations en matière d'ISS. En effet, d'après une publication du Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) en mai 2017, les écarts selon le niveau de diplôme se creusent, témoignant ainsi d'une augmentation des inégalités sociales en matière de tabagisme. Pour exemple, la prévalence du tabagisme quotidien, qui était restée stable entre 2010 et 2016 quel que soit le statut d'activité (travail, chômage, études); a augmenté de 34,0% à 38,9% parmi les personnes sans diplôme et a diminué de 23,0% à 21,1% parmi les personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat (3)(35).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer une prévalence du tabagisme plus élevée chez les personnes moins favorisées, notamment l'utilisation de la cigarette pour gérer le stress, la difficulté à se projeter dans l'avenir, la méfiance à l'égard des messages de prévention, le déni du risque, une norme sociale en faveur du tabagisme ou des événements difficiles pendant l'enfance (36).

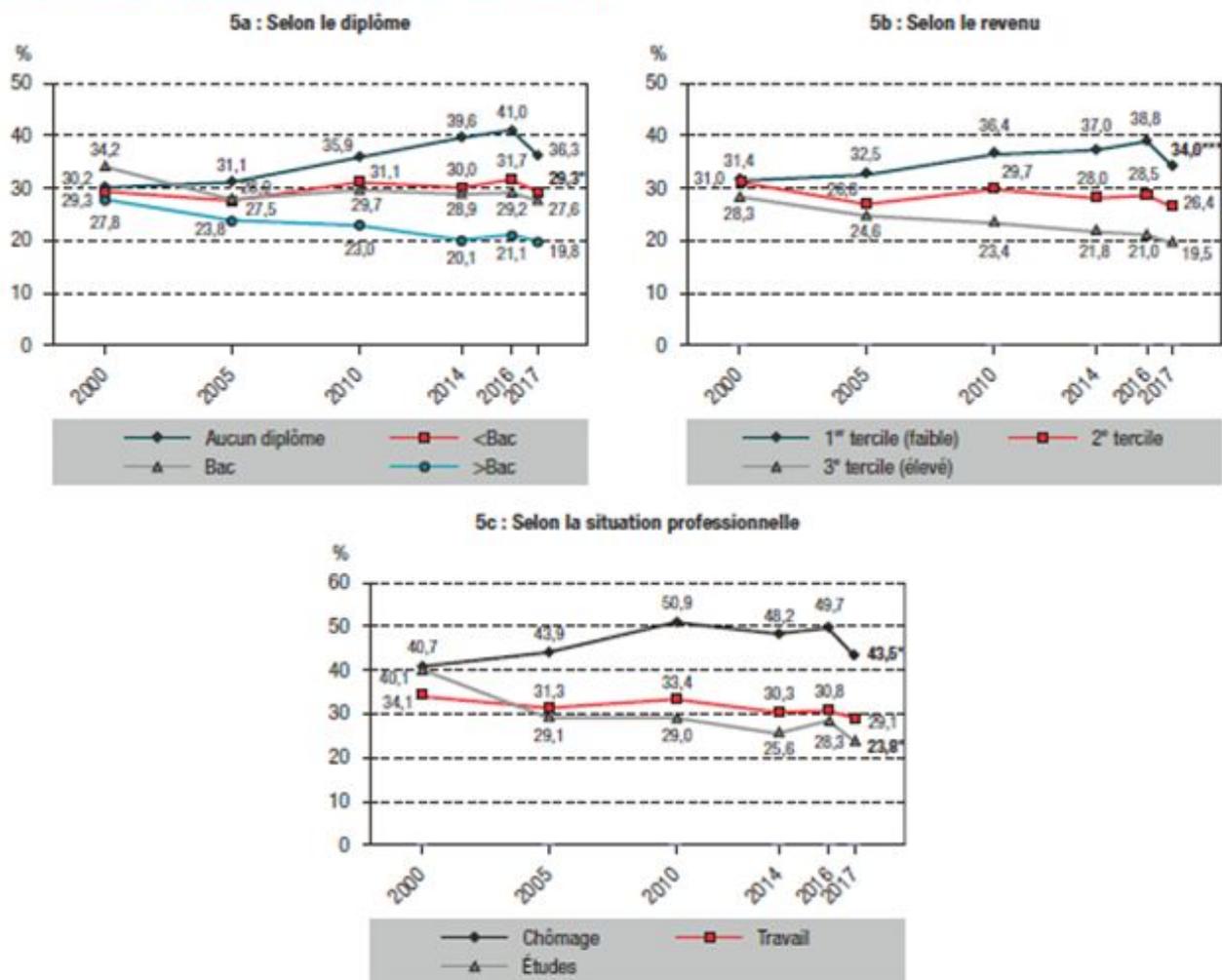
Le risque perçu de cancer lié au tabagisme ainsi que le sentiment d'être bien informé des effets du tabagisme sur la santé sont plus faibles parmi les personnes les moins diplômées et ayant les plus bas revenus. De même, le seuil de dangerosité perçu à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer est également plus souvent supérieur parmi les personnes au chômage, avec les revenus et les diplômes les moins élevés. Ces différences de perception des risques pouvant s'expliquer par une plus grande méfiance à l'égard des messages de prévention, une différence de perception des politiques publiques, une stratégie marketing ciblée de l'industrie du tabac, et par un déni du risque plus présent parmi les moins favorisés (37).

De plus, le processus d'arrêt du tabac est différencié selon la situation socioéconomique : les fumeurs des catégories sociales moins favorisées sont aussi nombreux que les autres à vouloir et à tenter d'arrêter de fumer, mais ils y arrivent moins souvent (36). Une publication française de 2016 a cherché à analyser le lien entre les usages de substances psychoactives et la situation professionnelle (en emploi ou au chômage). Cette étude concluait « qu'au vu des caractéristiques socio-économiques des chômeurs et des facteurs psychologiques associés à l'usage de tabac dans cette population, une aide financière plus importante pour l'accès à l'aide au sevrage ou un soutien psychologique renforcé pourraient constituer des leviers favorisant l'arrêt du tabac des demandeurs d'emploi » (38).

Une publication plus récente de mai 2018 montre pour la première fois une tendance inverse (39). En effet, l'enquête menée au sein de la population française entre 2016 et 2017 permet de constater une diminution d'un million de fumeurs quotidiens en un an. Il est d'autant plus intéressant de noter que cette diminution est retrouvée pour la première

fois depuis les années 2000, chez les fumeurs les plus défavorisés. En effet, on note une baisse du pourcentage de fumeurs quotidiens de 38,8% en 2016 à 34,0% en 2017 parmi les personnes aux revenus les plus faibles et de 49,7% à 43,5% parmi les personnes au chômage (40) (Figure 2). La baisse significative du tabagisme quotidien chez les hommes de 18 à 24 ans, même si ce taux reste à ce jour encore trop élevé (35,3% en 2017 contre 44,2% en 2016), constitue également un résultat encourageant. Cela nécessite la poursuite des efforts de prévention auprès de cette population à risque, car les mesures de lutte contre l'entrée dans le tabagisme dès le plus jeune âge constituent le levier principal de diminution du tabagisme au long terme et de ses complications.

Ces résultats sont notamment attribués à la réussite du PNRT 2014-2019 (41), grâce à une intensification des mesures réglementaires (instauration du paquet neutre, augmentation du forfait de prise en charge des substituts nicotiques, création d'un fonds de lutte contre le tabac, augmentation de la fiscalité du tabac, etc.), et l'instauration de mesures préventives (opération « Mois sans tabac », application mobile Tabac info service, etc.). Afin de maintenir et d'améliorer ces résultats, il s'agit donc de poursuivre ces mesures préventives, d'encourager et favoriser la recherche et de continuer à impliquer tous les acteurs (professionnels de santé, population civile, autorités publiques) dans la durée. L'objectif affiché est « de passer en dessous de 20% de tabagisme quotidien d'ici 2024 et de parvenir à la première « génération d'adultes sans tabac » d'ici 2032 » (42).



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France.  
 Les \* indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : \* p<0,05 ; \*\* p<0,01 ; \*\*\* p<0,001.

Figure 2 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (18-75 ans), le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et la situation professionnelle (18-64 ans), France, 2000-2017.  
 Source : Pasquereau et Al.

### 3.2. Particularités du sevrage tabagique auprès des moins favorisés

Plusieurs revues de littérature ont été publiées sur le sujet ; elles indiquent que la plupart des interventions efficaces pour l'arrêt du tabac sont de nature à augmenter les ISS en étant plus efficaces auprès des populations socialement favorisées (43,44) .

Deux revues de littérature récentes synthétisent les études qui évaluent l'impact en terme d'ISS des mesures de renoncement au tabac: l'une, publiée par Santé publique France en juin 2018 (45), et l'autre publiée également en 2018 par l'Institut National de Santé Publique du Québec (46).

Concernant les politiques mises en place au niveau populationnel :

L'augmentation du prix du tabac, semble diminuer le tabagisme chez les personnes de faible niveau socio-économique mais seulement à court terme. L'impact des campagnes médiatiques dépend des canaux de diffusion utilisés et de l'intensité émotionnelle du message. Afin que la visibilité pour le public concerné soit optimale, la formulation des messages doit être compréhensible et fondée sur des éléments scientifiques. La mise en place d'interdictions de fumer dans divers lieux serait plus efficace chez les fumeurs plus favorisés.

Concernant les interventions individuelles :

L'approche comportementale et pharmacologique, recommandée par l'HAS (47) semble bénéficier davantage aux personnes socialement favorisées. Il est donc nécessaire, dans un objectif de réduction des ISS, d'adapter les conditions de cette approche individuelle. Par exemple en ciblant des territoires prioritaires, en améliorant l'accessibilité, en adaptant la durée de consultation et le type d'intervenant ou encore en créant des partenariats au niveau local avec des services sociaux. Les démarches pro-actives d'aide au sevrage à distance, comme la relance régulière par téléphone, SMS, e-mail semble efficace auprès des fumeurs moins favorisés.

La plupart des études observées dans ces revues de littérature n'ont pas été menées en France. Afin de valider ces éléments sur notre territoire, il est donc nécessaire de mettre en place des expérimentations pour tester les différentes modalités d'interventions concernant le sevrage tabagique auprès des personnes socialement moins favorisées. Ceci dans le but d'adapter les politiques de lutte contre le tabagisme à la réduction des ISS.

### 3.3. L'accompagnement au sevrage tabagique avec ASALEE

En 2016, l'association ASALEE décide de contribuer à la lutte anti-tabac en proposant aux fumeurs des consultations de sevrage tabagique réalisées par les infirmiers formés à cet accompagnement spécifique. Le dépistage de la BPCO est en effet un des premiers volets dérogatoires du protocole ASALEE. Le tabagisme étant la principale cause de BPCO, la question du sevrage tabagique s'est rapidement posée au sein d'ASALEE.

Les infirmiers ASALEE sont formés à l'accompagnement au sevrage tabagique et peuvent prescrire les substituts nicotiques dans le cadre d'un acte dérogatoire. Ils sont également équipés d'un détecteur de monoxyde de carbone expiré. Depuis janvier 2016, il est possible pour des professionnels de santé autres que les médecins et sages-femmes, de prescrire les substituts nicotiques: médecins du travail, chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes.

Ces consultations s'adressent à tous les patients fumeurs du cabinet médical quel que soit leur stade motivationnel. Le mois de novembre, aussi connu sous le nom de « mois sans tabac », est l'occasion pour les infirmiers d'élargir les consultations à des patients extérieurs au cabinet médical et de participer à des actions de prévention.

Le travail de Christelle Fourneau (IDSP référent national tabac d'ASALEE), réalisé dans le cadre du master 2 de sciences cliniques en soin infirmier, met en lumière la nécessité d'un soutien de proximité pour des personnes ayant des trajectoires de vie complexes, quel que soit leur stade motivationnel, pouvant être apporté par ASALEE (48).

A ce jour, peu d'informations concernant l'évaluation de ce nouveau volet de ASALEE sont disponibles.

### 3.4. Tabagisme en région Pays de la Loire

#### 3.4.1. Données récentes

La prévalence du tabagisme quotidien en région Pays de la Loire était plutôt stable entre 2000 et 2016 (respectivement 26,4 % et 26,1 %). En 2017, la région Pays de la Loire était une des régions où la prévalence du tabagisme quotidien des 18-75 ans était la plus faible (23%) et se trouvait donc en dessous de la moyenne nationale (26,9%). La répartition par sexe de fumeurs quotidiens était de 25% chez les hommes et 21,4% chez les femmes.

La prévalence du tabagisme quotidien diminuait lorsque le niveau d'études augmentait.

De même, la proportion de fumeurs quotidiens était plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau de revenu (49).

#### 3.4.2. Dispositifs d'aide au sevrage tabagique dans la région.

Comme sur l'ensemble du territoire, la région est dotée de différents centres et outils d'accompagnement au sevrage tabagique: professionnels de santé de premier recours (médecins, pharmaciens, infirmiers, dispositif ASALEE, etc.), CSAPA (Centre de soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, CJC (Consultations Jeunes Consommateurs), consultations d'addictologie, équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie (ELSA), tabac-info-service (site, application, n°39 89).

La majorité de ces ressources est répertoriée dans un annuaire créé par l'ARS (50).

La structure régionale d'appui et d'expertise (SRAE) en addictologie des Pays de la Loire est un dispositif mis en œuvre et financé par l'ARS des Pays de la Loire dont l'objectif est de renforcer la dynamique d'acteurs dans le champ de l'addictologie. Elle doit mener des projets concourant à la qualité des pratiques professionnelles, au développement de l'expertise et du recours, et a également une mission d'information vers les acteurs et le grand public. Son site regroupe différentes ressources utiles pour le sevrage tabagique (51).

# Matériel et Méthodes

## 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, descriptive, réalisée en région Pays de la Loire du 20/06/2018 au 30/11/2018 avec une première phase test des questionnaires en mai 2018.

Notre 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 Pays de la Loire ?

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

Nous ne disposons pas de données nous permettant de calculer précisément le nombre de sujets nécessaires pour la réalisation de notre étude. Un objectif de 100 à 200 questionnaires, étant dans un but descriptif, nous paraissait être un minimum afin d'avoir des pourcentages pertinents. Nous avons estimé que si chaque infirmier ASALEE distribuait au moins 5 questionnaires, nous aurions un minimum de 140 questionnaires à analyser. Nous savions que l'activité de chaque infirmier concernant les consultations de sevrage tabagique était variable, mais nous pensions que cela s'équilibrerait entre les infirmiers.

## 2. Questionnaire

### 2.1. Construction du questionnaire

Il s'agissait d'un auto-questionnaire pour les patients, anonymisé, composé de 10 questions. Il n'existe pas de « gold standard » concernant les questionnaires de recueil de données sociales en soins primaires. Le score EPICES (52), créé par l'assurance maladie afin de détecter et quantifier la précarité, ne nous paraissait pas adapté aux consultations des infirmiers ASALEE (se rapprochant plus d'un modèle de consultation de médecine générale) en raison de sa longueur et donc du temps nécessaire à sa réalisation.

Le questionnaire a donc été établi en nous appuyant sur les recommandations du collège de médecine générale qui explique l'importance du recueil de la situation sociale d'un patient en médecine générale (11). Y sont exposées les différentes données sociales à recueillir lors d'une consultation de médecine générale et leur intérêt.

Notre questionnaire était composé de 10 items tirés de ces recommandations regroupant les informations jugées comme indispensables (Groupe A) et utiles (Groupe B). Les questions portaient sur : l'âge, le sexe, le statut social, la profession, la couverture sociale, la complémentaire santé, la situation familiale, les minima sociaux et la situation financière perçue. Le questionnaire est présenté en Annexe 1.

Depuis le 1er janvier 2016, avec la mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) qui permet à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière d'avoir droit à la prise en charge de ses frais de santé, le dispositif de la couverture maladie universelles (CMU) de base n'a plus de raison d'être et a donc été supprimé dans une volonté de simplification des démarches administratives. Ce changement reste peu connu des assurés. Nous avons volontairement gardé cette ancienne dénomination pour nos questionnaires dans un souci d'intelligibilité.

## 2.2. Test du questionnaire

Nous avons d'abord testé notre questionnaire auprès de 5 patients en consultation avec une IDSP ASALEE, ce qui nous a permis de modifier notamment la question sur la couverture sociale et la complémentaire santé. Nous avons fait une seule question regroupant ces 2 informations. Lors du test, les patients ne cochaient généralement qu'une seule case (soit la couverture sociale ou la complémentaire) et ne comprenaient pas la différence entre les deux.

Nous avons donc séparé cette question en deux parties (une partie couverture sociale et une partie complémentaire santé), avec entre parenthèses des exemples permettant d'illustrer les différents types de complémentaires ou couvertures sociales existantes.

Aussi, afin de ne pas heurter les patients, nous avons pris le parti de ne pas inclure la question concernant la capacité de compréhension du langage écrit dans le questionnaire. Nous avons par ailleurs demandé aux infirmiers de nous mentionner par écrit sur le questionnaire si celui-ci avait été rempli avec leur aide du fait de telles difficultés.

## 3. Déroulement de l'étude

### 3.1. Présentation de notre travail aux infirmiers

Afin de nous présenter, ainsi que d'expliquer notre démarche, nous avons assisté aux réunions de secteur en juin 2018 des 3 groupes d'infirmiers ASALEE (groupe Sud Vendée / Groupe Vendée, Loire-Atlantique et Maine-et-Loire / Groupe Sarthe). Notre intervention a duré environ 20 minutes avec comme points principaux abordés : la présentation de notre étude, un rappel sur les ISS et un temps de réponse aux éventuelles questions des infirmiers

relatives à l'étude. Notre travail a été globalement bien accueilli par les ISP et a suscité intérêt et questionnements.

### 3.2. Distribution du questionnaire

Les questionnaires ont été imprimés et remis aux infirmiers.

La distribution des questionnaires était 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).

Le patient remplissait l'auto-questionnaire soit seul, ou avec l'aide de l'infirmier. La durée d'explication de l'étude et du remplissage d'un questionnaire était d'environ quinze minutes.

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

### 3.3. Prolongation de l'étude

Nous avons initialement lancé l'étude le 20/06/2018 jusqu'au 28/09/2018.

Afin d'estimer le nombre de questionnaires que nous pouvions recueillir, nous avons demandé par mail à quelques infirmiers ASALEE le nombre de patients suivis pour sevrage tabagique en un mois. Nous avons constaté une grande disparité d'activité des infirmiers, ainsi qu'une fluctuation selon les périodes, et beaucoup nous ont dit ne pas pouvoir nous répondre précisément. Nous avons donc décidé de distribuer les questionnaires sur une période de 3 mois. Nous leur avons demandé d'en distribuer au moins 5 chacun afin de leur donner une idée du nombre de questionnaires à distribuer. Nous avons alors recueilli 95 questionnaires fin septembre.

Afin d'augmenter la puissance de l'étude et donc le nombre de questionnaires recueillis, et après consultation des infirmiers ASALEE, nous avons poursuivi le recueil jusqu'au 30/11/2018. Cette période de prolongation de notre étude incluait le mois de novembre qui est le « mois sans tabac ». Les questionnaires distribués pendant ce mois ont été identifiés afin de pouvoir mettre en évidence une éventuelle différence de recrutement des patients durant cette période. Nous pensions profiter de ce mois particulier pour récolter un plus grand nombre de questionnaire

### 3.4. Validation Éthique

Les infirmiers et les patients étaient libres de refuser de participer à l'étude. Les questionnaires étaient anonymes. Nous avons réalisé une fiche explicative de l'étude à l'attention des IDSP et des patients leur indiquant notamment qu'ils avaient le droit de refuser de participer, et que les données recueillies étaient strictement anonymes (cf. annexe 2 et 3).

La consultation du Groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé (GNEDS) nous a permis de valider le caractère éthique de notre étude. Ils nous ont confirmé l'absence de nécessité de consulter le Comité de Protection des Personnes (CPP).

## 4. Références nationales utilisées pour la comparaison

L'idée de départ était de comparer nos données aux caractéristiques sociales des patients consultant dans les centres proposant des consultations de sevrage tabagique en Région Pays de la Loire. Malheureusement ces centres n'ont pas répondu favorablement à la proposition de participer à notre étude.

Nous avons sollicité ASALEE afin de pouvoir accéder à leur base de données nationale, qui aurait pu regrouper des informations intéressantes concernant les fumeurs, mais nous n'avons pas eu de réponse de leur part.

Ne disposant donc pas de données décrivant les caractéristiques sociales des fumeurs de la région Pays de la Loire, nous avons comparé nos résultats aux données du Baromètre santé 2017, publiées dans le BEH en mai 2018 (40).

Il s'agit d'une enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon de 25319 personnes représentatif de la population des 18-75 ans résidant en France métropolitaine du 5 janvier au 18 juillet 2017. Les principaux thèmes abordés par cette enquête étaient les addictions et la santé mentale.

Les auteurs de cet article du BEH nous ont fourni les données précises concernant les fumeurs quotidiens de leur échantillon (non publiées dans l'article du BEH de mai 2018). Ces résultats sont présentés dans le tableau présent en annexe 7.

## 5. Recueil de données

### 5.1. Réception des questionnaires

Les infirmiers ASALEE collectaient immédiatement les questionnaires complétés par les patients. Ils nous ont ensuite été remis soit par mail, soit en main propre.

Le nom du cabinet dont provenait chaque questionnaire devait y être noté.

## 5.2. Saisie

Nous avons établi un masque de saisie avec le logiciel Excel® afin de retranscrire de manière fiable et homogène les données de chaque « questionnaire papier ».

Lors de la lecture des premiers questionnaires afin d'établir le masque, nous avons dû ajouter une catégorie « non précisé » aux différents items devant le remplissage partiel de certains questionnaires.

La saisie des questionnaires dans la base a été effectuée en binôme : une personne lisait les réponses du questionnaire et l'autre saisissait les réponses dans la base de données via le masque de saisie. Nous avons échangé les rôles à mi-parcours.

Nous avons également tenu un cahier de saisie des questionnaires (Annexe 4) nous permettant de noter les adaptations faites lors du classement des réponses des patients dans les différentes catégories (exemple : Certificat d'étude=niveau d'étude primaire) et ainsi d'homogénéiser notre recueil.

Après avoir saisi tous nos questionnaires dans la base de données, nous avons réalisé un audit interne pour améliorer la fiabilité de la méthode de retranscription des questionnaires dans notre base en piochant aléatoirement 10 questionnaires. Cela nous a permis de vérifier la concordance des données inscrites dans la base avec les réponses du questionnaire.

## 6. Statistiques

Les différentes variables ont été décrites en termes d'effectifs, de pourcentages, de moyenne, minimum et maximum.

La proportion de chaque CSP dans notre échantillon, ainsi que celle de l'âge, du sexe et du statut par rapport à l'emploi a été comparée au pourcentage de fumeur dans la population nationale (échantillon du Baromètre santé) à l'aide de tests de khi2 de Pearson.

Les auteurs du Baromètre santé ont exclu les CSP suivantes : « retraités » et « personnes sans activité professionnelle », nous avons donc fait de même pour la comparaison.

Les résultats sont considérés significatifs si la probabilité critique du test était inférieure à 5% ( $p < 0,05$ ).

Les analyses descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel Epi info version 7 et les tests à l'aide du logiciel R version 3.4.3. ; avec l'aide d'Aurélié Gaultier, biostatisticienne au CHU de Nantes.

## 7. Thèse en binôme

### 7.1. Intérêt

Nous avons choisi de réaliser cette thèse en binôme suite à une réflexion commune sur le dispositif ASALEE, découvert grâce à nos directeurs de thèse.

Il est très intéressant de travailler en binôme sur une thèse dont le sujet porte sur un système collaboratif (dispositif ASALEE) et le travail en réseau (ISS). Nous sommes de plus en plus amenés à travailler en équipe, même dans le cadre d'un exercice libéral, considéré auparavant comme un mode d'exercice plus individuel. Actuellement, le développement de la médecine tend vers le travail en groupe, en réseau, illustré notamment par la création de nombreuses maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), le regroupement de médecins en cabinets de groupes, la communication facilitée entre hôpital et médecine libérale et les réseaux de communication privilégiés entre médecins généralistes et certains spécialistes.

Il a nécessité une rigueur organisationnelle afin d'avancer au même rythme, et ce du début à la fin de notre travail. Le travail en binôme nous a permis une relecture lors de la saisie des données, puis des résultats diminuant ainsi le risque d'erreur.

Le travail en co-direction a été enrichissant grâce à une complémentarité des idées et réflexions.

### 7.2. Répartition du travail

Nous nous sommes naturellement réparti les tâches de manière équitable tout au long de ce projet, entre l'élaboration du questionnaire, le contact avec les infirmiers ASALEE et la distribution et récupération des questionnaires. Concernant la rédaction de la thèse, nous avons décidé de nous répartir la rédaction des différentes parties, avec ensuite relecture par l'autre membre du binôme afin de compléter et homogénéiser notre travail. Une bonne entente nous a permis de rendre ce travail fluide, avec une dynamique motrice et aussi réconfortante dans les moments plus délicats.

# Résultats

## 1. Description de l'échantillon

125 questionnaires nous ont été remis au terme de la période de recueil du 20/06/2018 au 30/11/2018. 101 questionnaires ont été remplis avant le mois de novembre et 21 au cours du mois de novembre ; le « mois sans tabac ».

Trois questionnaires ont été exclus du fait de l'âge des patients. (1 patient avait moins de 18 ans et 2 patients plus de 75 ans).

Le tableau présenté en Annexe 5, récapitule les données de notre échantillon.

### 1.1. Réponses par département

Le nombre d'infirmiers participant dans chaque département était différent (5 IDE en Sarthe, 5 en Loire-Atlantique, 4 en Maine et Loire, 14 en Vendée). Chaque infirmier a récolté en moyenne 3 à 6 questionnaires selon les départements.

La majorité des questionnaires récoltée venait de Vendée.

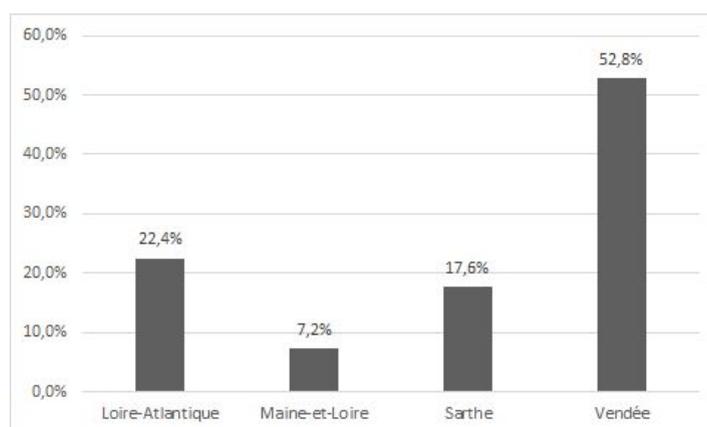


Figure 3 : Répartition du nombre de réponse par département.

### 1.2. Sexe

Notre échantillon regroupait 58 femmes (47,5%) et 64 hommes (52,5%). Le sex-ratio H/F est de 1,1.

### 1.3. Âge

Un patient n'avait pas précisé son âge.

L'âge moyen des patients était 49,6 ans. Celui des femmes était 49,7 ans, celui des hommes 49,6 ans. Les valeurs extrêmes étaient 19 et 75 ans et la médiane 50 ans.

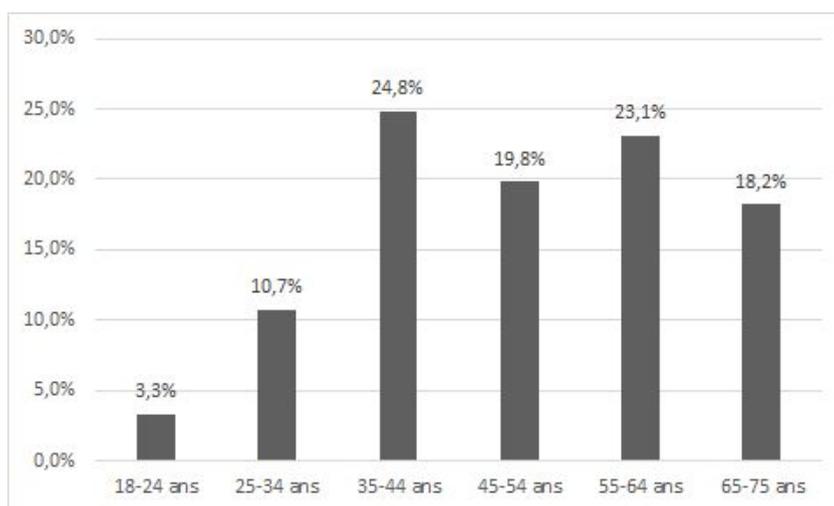


Figure 4 : Répartition des patients de l'échantillon par tranche d'âge.

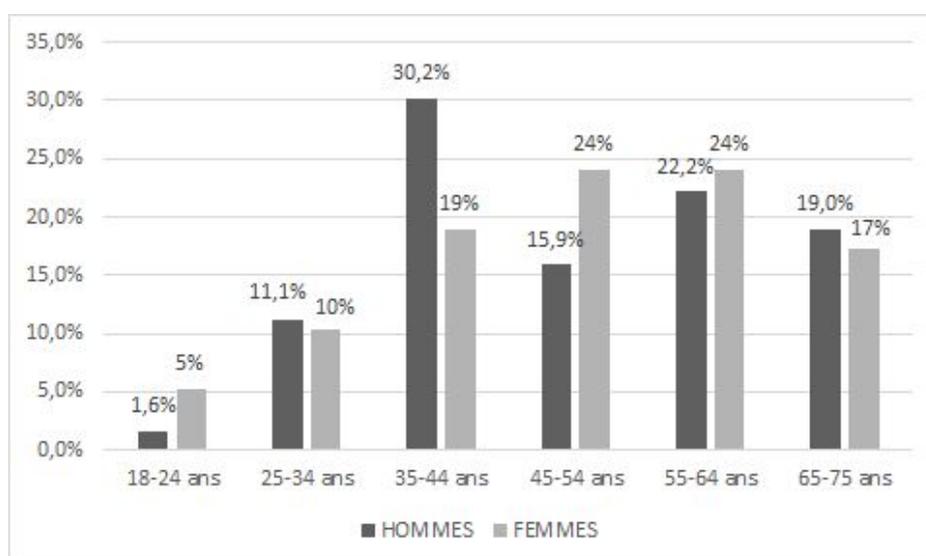


Figure 5 : Répartition des patients par tranche d'âge selon le sexe.

#### 1.4. Statut par rapport à l'emploi

Plus de la moitié (56,8%) des patients étaient actifs/travailleurs. 32 patients (27,2%) étaient retraités. Les chômeurs représentaient 5,7% des patients de notre échantillon. La catégorie « autre » correspond à une personne ayant le statut de femme au foyer.

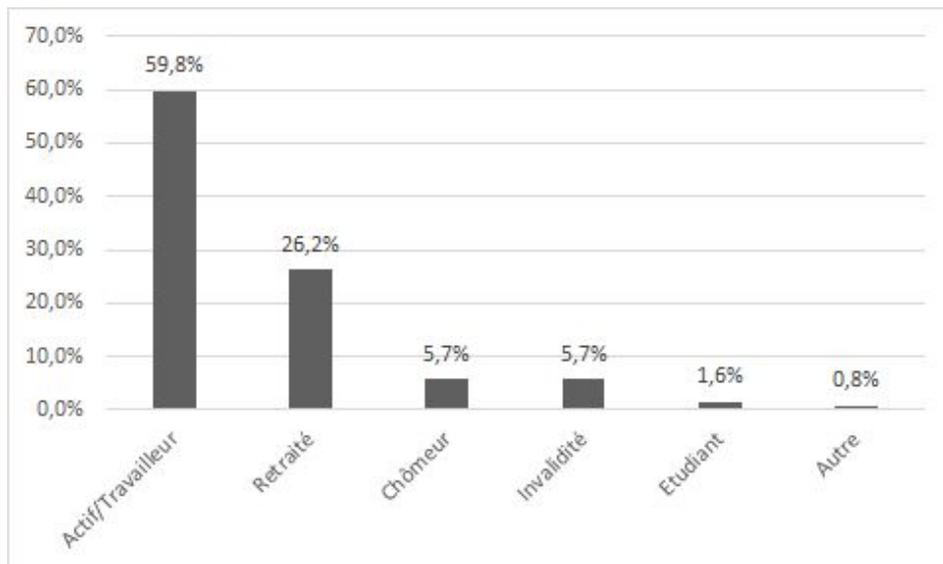


Figure 6 : Répartition des patients de l'échantillon selon leur situation professionnelle.

Pour rappel, nous avons ensuite regroupé les catégories « retraité », « invalidité », « étudiant », et « autre », en 1 seule catégorie appelée « inactifs » afin de faciliter la comparaison ultérieure aux données du Baromètre santé. Les inactifs représentent donc 34,4% des patients ayant répondu à cette question.

### 1.5. Catégorie socio-professionnelle

Parmi toutes les CSP confondues, celle des retraités est la plus représentée avec 32 patients, suivie ensuite des ouvriers (18 patients) et des professions intermédiaires (17 patients). La catégorie des autres personnes sans activité professionnelle est représentée par 17 patients de l'échantillon.

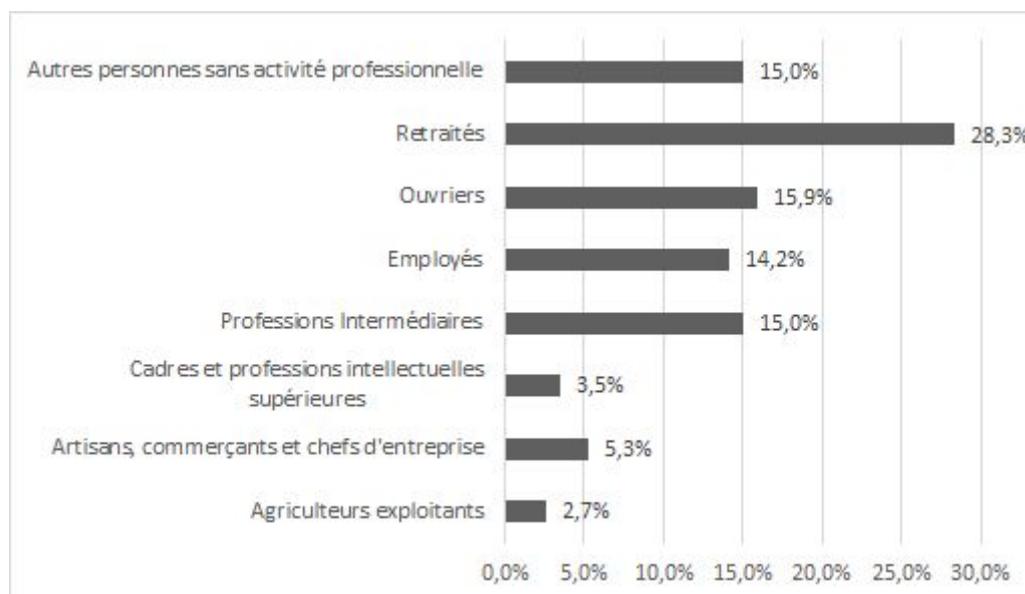


Figure 7 : Répartition des patients de l'échantillon par CSP

## 1.6. Niveau d'étude

Le niveau d'étude le plus représenté est le « Secondaire » avec 70 patients (59,8%), suivi des « Études supérieures » avec 28 patients (23,9%), puis « Primaire » avec 17 patients (14,5%). 2 patients ont indiqué ne pas avoir suivi de parcours scolaire. 5 patients n'avaient pas répondu à la question.

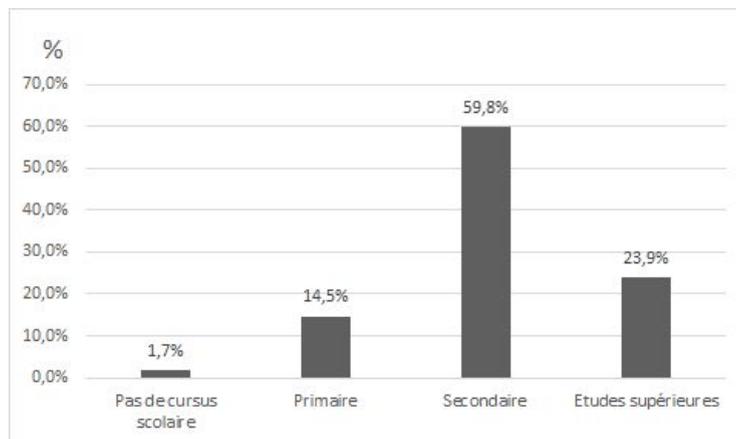


Figure 8 : Répartition des patients de l'échantillon par niveau d'étude.

## 1.7. Couverture sociale

2 patients n'ont pas répondu à la question. Aucun patient n'a déclaré bénéficiaire de l'aide médicale d'Etat (AME). 117 patients (97,5%) ont déclaré bénéficiaire de l'assurance maladie obligatoire (AMO), et 3 patients de la CMU.

## 1.8. Complémentaire santé

Une majorité de patients a déclaré avoir une couverture maladie complémentaire : 120 patients (98,4%). 2 patients (1,6%) ont déclaré ne pas en avoir.

La couverture maladie complémentaire la plus représentée était la mutuelle : 95 patients (92,2%). (Les patients bénéficiant l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS) n'y sont pas comptabilisés.)

3 patients (2,9%) ont indiqué bénéficiaire de la CMUc, et 5 patients (4,8%) de l'ACS.

17 patients ayant déclaré avoir une complémentaire santé n'ont pas précisé laquelle.

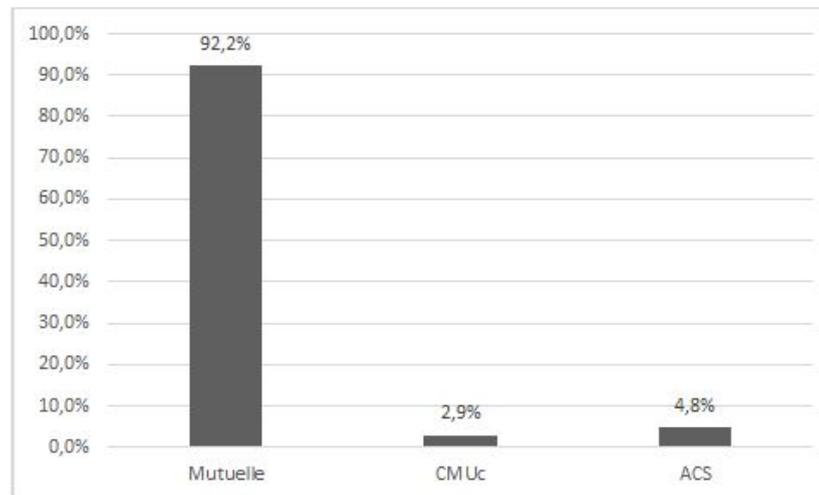


Figure 9 : Répartition des patients de l'échantillon ayant déclaré avoir une complémentaire santé.

## 1.9. Situation familiale

### 1.9.1. En couple

La majorité des personnes interrogées étaient en couple : 81 personnes (66,9%). 1 personne n'a pas répondu à la question.

### 1.9.2. Enfants à charge

45 personnes (42,5%) ont déclaré avoir un ou des enfant(s) à charge. 16 personnes n'ont pas répondu à la question.

## 1.10. Minima sociaux

104 patients (86%) ont déclaré ne pas percevoir de minima sociaux. 17 patients (14%) ont déclaré en bénéficier. Un patient n'a pas répondu à la question.

L'Allocation Adulte Handicapé (AAH) était le minima social le plus représenté (8 patients), suivi du Revenu de Solidarité Active (RSA) (5 patients).

### 1.11. Situation financière perçue

La majorité des patients considérait sa situation financière comme « sans problème » : 50 patients (42%) ou « c'est juste » 45 patients (37,8 %). Trois patients n'avaient pas répondu à la question.

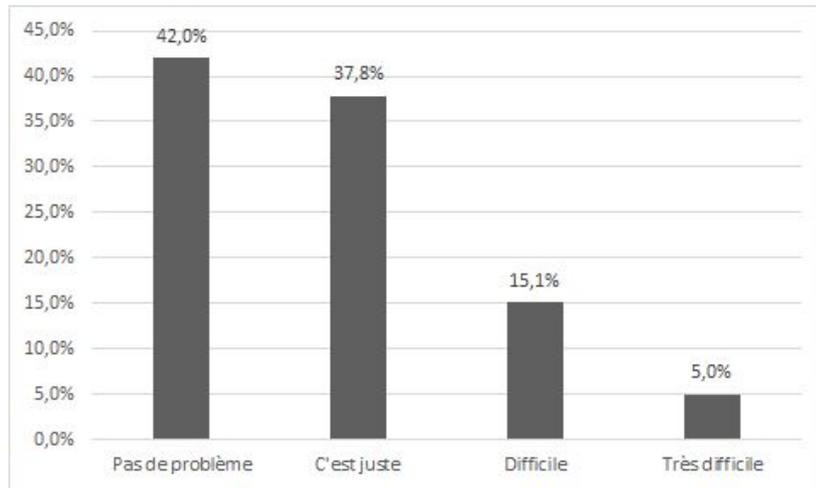


Figure 10 : Situation financière perçue déclarée par les patients de l'échantillon

### 1.12. Le « mois sans tabac »

21 questionnaires ont été récoltés durant le mois de novembre. Les résultats sont regroupés dans le tableau présenté en annexe 6.

Les résultats exprimés en pourcentage sont proches de ceux retrouvés pour l'échantillon global.

## 2. Comparaison aux données nationales

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

Tableau 1: Comparaison des données sociales des fumeurs selon les groupes « Échantillon ASALEE Pays de la Loire » et « Échantillon national du Baromètre santé 2017 »

Quatre caractéristiques ont pu être comparées aux données nationales du Baromètre santé 2017: CSP, situation professionnelle, sexe et âge. Les données du Baromètre santé 2017 publiées dans le BEH 2018 sont présentées en annexe 6.

Il y avait significativement moins de patients chômeur dans notre échantillon ASALEE (5,7%) que dans l'échantillon de fumeur du Baromètre santé (15%) (p-value = 0,006).

Il y avait significativement plus de patients inactifs dans notre échantillon ASALEE (34,4%) que dans l'échantillon de fumeur Baromètre santé (25,1%) (p-value = 0,023).

Les patients de 55 à 75 ans étaient significativement plus représentés dans notre échantillon que dans celui du Baromètre santé (41% vs 19,4%) ; ceux de 18 à 34 ans étaient moins représentés dans notre échantillon (14% vs 36,6%).

Les autres résultats ne sont pas significativement différents.

On remarque que la répartition hommes/femmes de notre échantillon est superposable à celle de la population nationale (52,5% d'hommes et 47,5% de femmes contre 53,9% et 46,1% à l'échelle nationale).

La répartition des patients de notre échantillon en termes de CSP n'est pas significativement différente de celle des fumeurs de l'échantillon national du Baromètre santé.

# Discussion

## 1. Analyse des résultats

### 1.1. Les résultats significatifs

On observe que les caractéristiques des patients fumeurs du groupe ASALEE en région Pays de la Loire sont différentes de celles de la population française pour les caractéristiques « chômage », « inactivité » et « âge ».

Il y avait significativement moins de patients chômeurs dans notre échantillon (5,7% vs 15%).

On sait que le taux de chômage en région Pays de la Loire (7,6%) est plus faible que le taux de chômage en France métropolitaine (8,8%) (3eme trimestre 2018 Insee) (53). Cela peut expliquer en partie que notre échantillon retrouve moins de chômeurs comparé à l'échantillon national.

En revanche, on ne connaît pas le nombre de chômeurs fumeurs à l'échelle des Pays de la Loire, mais il serait pertinent de le comparer à notre résultat afin de s'affranchir de cette différence connue régionale/nationale.

On observe au sein de notre échantillon ASALEE une représentation plus importante des patients âgés de 55 à 75 ans, et moins importante de ceux âgés de 18 à 34 ans.

Par contre, les patients âgés de 35 à 54 ans sont représentés dans une proportion identique au sein de notre échantillon ASALEE et de l'échantillon national (44,6% vs 44%).

On sait qu'en région Pays de la Loire, la part des jeunes adultes de 18 à 24 ans est légèrement inférieure à la moyenne nationale (8,1% contre 8,5%) ; ce qui concorde avec notre résultat (17).

Concernant la tranche d'âge des plus de 55 ans, la région des Pays de la Loire est proche de la moyenne nationale. ASALEE semble donc recruter plus de patients âgés.

Il y avait significativement plus d'inactifs (retraités, étudiants, en invalidité, autres personnes sans activité professionnelle) dans notre échantillon (34,4% vs 25,1%).

On sait qu'en 2015, il y avait 24,8% d'inactifs (fumeurs et non-fumeurs) à l'échelle des Pays de la Loire selon l'INSEE (53). La proportion plus importante des inactifs (majoritairement représentés par les retraités) au sein de notre échantillon ASALEE peut être mise en lien avec une plus forte représentation des patients âgés de 55 à 75 ans dans notre échantillon.

## 1.2. Items sans différence significative mise en évidence

### 1.2.1- Caractéristiques générales

On remarque une hétérogénéité de provenance des questionnaires : 52,8% ont été complétés en Vendée, 22,4% en Loire-Atlantique, 17,6% en Sarthe et 7,2% en Maine et Loire.

Ceci peut s'expliquer par une implantation plus développée des IDSP en Vendée avec 14 IDSP sur ce département contre 5 IDSP en Sarthe et Loire-Atlantique et 4 IDSP en Maine et Loire, ainsi qu'une hétérogénéité des pratiques de chaque IDSP, chacun étant différemment investi dans l'accompagnement au sevrage tabagique.

La répartition Hommes/Femmes était de 52,5% contre 47,5% respectivement, ce qui est superposable à l'échantillon national.

### 1.2.2- Catégories Socio-Professionnelles

Au sein de notre échantillon ASALEE, la CSP la plus représentée était celle des ouvriers (28,1%), puis les professions intermédiaires (26,6%), suivi des employés (25%), agriculteurs/chefs d'entreprises/artisans (14,1%) et les cadres (6,3%).

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre la répartition des patients de notre échantillon au sein des différentes CSP et celle de l'échantillon national de fumeurs.

Le fait que les ouvriers soient les plus représentés dans notre échantillon ASALEE et dans l'échantillon national est cohérent avec les données de la littérature. En effet, les ouvriers fument plus que les cadres (3,38). Ce constat est donc bien retrouvé dans ces 2 échantillons de patients fumeurs.

Aussi, d'après les données de l'INSEE de 2015 (53), il y avait en région Pays de la Loire une majorité d'employés (26,8%), suivi des ouvriers (25,5%) et des professions intermédiaires (25,4%). Ces chiffres (qui concernent la population générale de la région et non uniquement les fumeurs) sont proches de ceux retrouvés au sein de notre échantillon ASALEE.

En revanche, il y avait 13,6% de cadres et 8,7% d'agriculteurs/chefs d'entreprises/artisans en 2015 en région Pays de la Loire, contre 6,3% et 14,1% respectivement dans notre échantillon.

On ne peut pas conclure à une différence avec les pourcentages observés pour ces deux CSP au sein de notre échantillon ASALEE, mais on peut constater une tendance à une moindre représentation des cadres et une plus forte représentation des agriculteurs/chefs d'entreprises/artisans au sein de notre échantillon par rapport au pourcentage de personnes appartenant à ces CSP en région Pays de la Loire.

Ces données viennent appuyer le fait que si ASALEE ne fait pas « mieux » dans la réduction des ISS, ce dispositif semble ne pas les aggraver pas pour autant.

### 1.2.3- Niveau d'étude

Concernant le niveau d'étude, 23,9% des patients de notre échantillon avaient un niveau d'étude supérieur au bac. 59,8% avaient un niveau d'étude équivalent ou inférieur au bac (collège et lycée), 14,5% avaient un niveau primaire et 1,7% n'avaient pas suivi de cursus scolaire. Nous n'avons pas classé les niveaux scolaires de la même manière que dans l'étude publiée dans le BEH 2018, il est donc difficile de les comparer en l'état. Nous pouvons uniquement constater que le pourcentage de personnes fumeuses avec un niveau d'étude supérieur au bac ayant consulté un infirmier ASALEE (23,9%) est superposable au pourcentage de l'échantillon national (22,7%).

### 1.2.4- Couverture santé et aides sociales

Nous constatons que 97,5% des patients de notre échantillon ASALEE ont déclaré bénéficier de l'AMO, et 98,4% d'une complémentaire santé. Seulement 2,9% des patients bénéficiaient de la CMUc.

En 2017, 5,4% des habitants de la région Pays de la Loire bénéficiaient de la CMUc (3,8% en Vendée, 5,7% en Loire-Atlantique, 5,8% en Maine-et-Loire, 7% en Sarthe), et 7,5% en France métropolitaine. Ces taux sont donc bien supérieurs à ceux que nous avons retrouvé chez ASALEE. Mais 4,8% des fumeurs de notre échantillon ont déclaré bénéficier de l'ACS, ce qui est plus que le pourcentage de bénéficiaires de l'ACS en France métropolitaine (2,1%) (54). Nous ne disposons pas des chiffres des bénéficiaires de l'ACS au niveau régional afin d'affiner la comparaison. De plus, 14% des patients de notre échantillon ont déclaré bénéficier de minima sociaux. Fin 2016, la DRESS recensait que 11% de la population française était couverte par les minima sociaux (54).

Les données de la littérature (35,36,38) affirment le lien entre précarité et tabagisme, ce qui pouvait laisser penser que nous aurions plus de patients bénéficiant de la CMUc, ou encore sans couverture sociale au sein de notre échantillon ASALEE. D'autant plus qu'ASALEE est un dispositif sans avance de frais, et donc plus facile d'accès sur le plan financier qu'une consultation de tabacologie par exemple. Mais ces résultats, bien que non significatifs, montrent que le dispositif ASALEE recrute des fumeurs dont la couverture sociale est peu différente de celle de l'échantillon national et n'aggrave pas les discriminations liées à la couverture sociale.

### 1.2.5- Mode de vie

En 2015, les personnes seules représentaient 15,8 % des personnes vivant en France métropolitaine, elles représentent 19,1% des personnes modestes (personnes situées sous le quatrième décile de niveau de vie, c'est-à-dire les 40 % des personnes dont le niveau de vie est le plus faible). Les personnes seules sont donc surreprésentées parmi les personnes modestes : 19 % des personnes modestes sont seules, contre 14 % parmi le reste de la population (55).

Dans notre échantillon, 33,1% des personnes déclaraient ne pas vivre en couple. Ce pourcentage est deux fois plus important comparé au pourcentage national en 2015. Cette tendance peut refléter une représentation plus importante de personnes modestes, ou de personnes veuves (du fait de la moyenne d'âge plus élevée de notre échantillon) dans notre échantillon par rapport à la population nationale.

42,5% des patients de notre échantillon ASALEE déclaraient avoir un ou des enfant(s) à charge. Nous ne leur avons pas demandé de préciser le nombre d'enfants, ni leur âge.

Concernant la situation financière perçue, la majorité des patients de notre échantillon l'ont jugé comme « pas de problème » (42%), et une minorité l'a jugée comme « très difficile » (5%).

En 2017, selon le Baromètre d'opinion de la DRESS, 13 % des Français estiment être en situation de pauvreté et 23 % qu'ils peuvent devenir pauvres dans les cinq prochaines années. À l'inverse, 64 % des Français ne se sentent pas exposés au risque de pauvreté (55). Ces informations permettent d'estimer de façon globale la situation financière des patients et sont des informations subjectives. La présence de l'infirmier ASALEE auprès du patient lors du remplissage du questionnaire a pu influencer la réponse des patients.

### 1.3. Le « mois sans tabac »

Il s'agit d'une opération associant une communication nationale avec des actions de proximité en lien avec les ARS, mise en place pour la première fois en 2016 dont l'objectif est d'inciter les fumeurs à arrêter de fumer pendant 30 jours en novembre.

Concernant les questionnaires récoltés durant ce mois de novembre, nous pensions que leur nombre serait bien plus important. En effet, les infirmiers ASALEE nous ont partagé avoir augmenté leur activité d'accompagnement au sevrage tabagique durant le mois de novembre 2017 ; du fait de la médiatisation de l'événement et de la possibilité pour elles de suivre toute personne demandeuse d'un accompagnement au sevrage, même celles n'étant pas suivies au cabinet habituellement.

En novembre 2018, plusieurs infirmiers ont pu observer un moindre recrutement de patients fumeurs comparativement au mois de novembre 2017. Pour notre étude, il s'agissait du 6ème mois de distribution des questionnaires, dans un contexte de prolongation de l'étude (dont la durée était initialement prévu plus courte) et nous avons constaté un « essoufflement » de plusieurs infirmiers qui ont choisi ne pas continuer la distribution des questionnaires. Nos données concernant les patients du mois de novembre sont donc peu contributives puisqu'elles concernent seulement 21 patients (Cf. annexe 6).

Cette campagne est néanmoins intéressante. Santé Publique France a mené une évaluation d'efficacité dans le but de mesurer un lien entre la campagne du mois sans tabac et les tentatives d'arrêt. Les résultats du post-test 2017 (enquête réalisée juste après la campagne) indiquaient en effet que la performance médiatique du dispositif est élevée : 80% de la population a déclaré avoir entendu parler de « Mois sans tabac » ou avoir vu son

logo en 2017. 52% des fumeurs interrogés ont déclaré que la campagne les a incité à réfléchir sur leur tabagisme et 36% ont déclaré que cette campagne les a incité à arrêter de fumer. Les auteurs indiquent que le « Mois sans tabac 2017 » a réussi à toucher les différentes catégories sociales de façon relativement homogène, alors même que les cadres et professions intellectuelles supérieures sont les plus nombreux à avoir fait une tentative d'arrêt sans lien avec « Mois sans tabac ». Il a été observé une augmentation du recours à une aide pour arrêter de fumer (67 % vs 43 %) et les auteurs de l'article concluent à « un résultat encourageant car ces aides augmentent les chances de succès de la tentative d'arrêt » (56).

#### 1.4- Résultats et ISS

Nos résultats montrent que le dispositif ASALEE recrute une population âgée (moyenne d'âge de 50 ans), avec une majorité de patients actifs (56,8%) mais également une forte représentation des patients inactifs (retraités, étudiants, invalidité) à hauteur de 34,4%. La CSP la plus représentée est celle des ouvriers (15,9%). La majorité des patients fumeurs de notre échantillon disposait d'une couverture sociale type AMO (97,5%) et 98,5% d'une couverture complémentaire dont 4,8 % de l'ACS et 2,9% de la CMUc. Notre population dispose majoritairement d'une couverture sociale, avec une faible représentation de patients disposant de la CMUc, ce qui laisse penser que les patients fumeurs de notre échantillon ne font pas partie des personnes les moins favorisées. Mais ASALEE ne recrute pas non plus les personnes les plus favorisées. En effet, la forte représentation des ouvriers, employés, professions intermédiaires et retraités laisse penser que le recrutement des patients fumeurs de notre échantillon reste ouvert à tous.

Si ASALEE n'atténue pas les ISS, même un effet neutre est plutôt positif car cela montre que le dispositif ne les amplifie pas non plus. L'objectif premier d'ASALEE était la mise en place d'une coopération entre professionnels de santé, avec possibilité de délégation de tâches, tout cela dans l'intérêt du patient, du fait de la proximité des IDSP au sein des cabinets de médecine générale. On pouvait alors supposer que cette proximité des patients avec les IDSP puisse avoir un impact sur le public ciblé. Notre effectif est réduit, et il est donc délicat de conclure à un effet positif du dispositif ASALEE sur les ISS. Mais on peut constater une tendance à ne pas les aggraver, ce qui est encourageant.

Aussi, nous ne nous sommes intéressées qu'à la fonction accompagnement au sevrage tabagique d'ASALEE. Il ne s'agit donc pas d'étendre ces conclusions aux autres fonctions du dispositif (suivi des patients diabétiques de type 2, des maladies cardiovasculaires, dépistage des troubles mnésiques, ...).

## 2. Limites de l'étude

### 2.1. Biais de sélection

#### 2.1.1. Lié à la distribution des questionnaires

Lors des échanges au cours des réunions de secteur et des retours des questionnaires par mail, des infirmiers nous ont exprimé leurs difficultés ou réticences concernant la distribution des questionnaires.

Quelques infirmiers nous ont fait part de l'oubli de distribution des questionnaires lors de certains entretiens. Nous les avons questionnés sur les éléments qui pouvaient avoir influencé leur distribution ou non distribution des questionnaires. Certains mentionnaient le hasard : « j'étais prise dans le fil de ma journée et de mes consultations et je me suis rendue compte en fin de journée de mon oubli ». Ou encore le fait que lors de l'entretien, le patient mentionne des difficultés dans sa vie quotidienne leur rappelait la distribution des questionnaires. D'autres nous ont fait part de l'essoufflement lié au prolongement de l'étude: « Je ne pense pas continuer à distribuer les questionnaires sur cette nouvelle période [du 28/09 au 30/11/18] ».

Certains infirmiers débutaient leur activité et nous ont dit ne pas encore avoir de patients en entretien pour ce motif. Aussi, chaque infirmier dispose de compétences différentes et peut choisir de développer certaines compétences plus que d'autres en fonction de ses goûts. Quelques infirmiers nous ont dit particulièrement s'intéresser au sevrage tabagique et qu'il leur serait facile de distribuer un nombre conséquent de questionnaires. Ceci induit un biais de distribution des questionnaires lié à l'intérêt et la motivation des infirmiers concernant le thème de notre étude. En effet, les infirmiers motivés recevant un grand nombre de patients pour sevrage tabac ont donc distribué plus de questionnaires.

#### 2.1.2. Lié à la population étudiée

Le dispositif ASALEE ne recrute que des personnes ayant déjà un contact avec le système de soins, notamment par leur médecin traitant. C'est une condition qui permet de bénéficier par la suite d'une consultation avec un infirmier ASALEE. En effet, la consultation pour des patients ne dépendant pas du cabinet dont fait partie l'infirmier ASALEE n'est possible que lors du « Mois sans tabac ». On sait qu'en France, les personnes les plus défavorisées consultent moins et plus tardivement que les autres. L'acte de consultation, débutant par la prise de rendez-vous, est souvent un frein chez certains patients. Il leur est difficile de se projeter suffisamment dans l'avenir pour prendre rendez-vous (57)(58).

Notre étude ne porte que sur des patients ayant intégré le parcours de soins via la consultation de leur médecin généraliste comme première étape, puis la prise de rendez-vous avec l'infirmier ASALEE dans un second temps. Les modalités d'accès au

dispositif ASALEE, peuvent avoir contribué à sélectionner des personnes plus favorisées au sein de notre échantillon, car ayant déjà un contact avec le système de soins.

Il existe un problème de comparabilité avec les données nationales du fait de l'implantation géographique hétérogène d'ASALEE. Notre étude a été menée à l'échelle régionale, mais ASALEE n'est pas encore présent en Mayenne. Aussi, la répartition des infirmiers ASALEE est inégale entre les départements : 5 infirmiers en Sarthe, 5 en Loire-Atlantique, 4 en Maine et Loire, 14 en Vendée. Au sein même de chaque département, il existe une disparité de couverture du territoire : de par le faible nombre d'infirmiers proportionnellement à la taille du département (seulement 5 infirmiers en Sarthe et Loire Atlantique par exemple), ainsi que de l'implantation aléatoire des infirmiers liée à la volonté des médecins généralistes de s'associer au projet ASALEE.

## 2.2. Biais de classement

Lors de la collecte des données via le masque de saisie Excel®, nous avons dû exclure une ou plusieurs réponses au sein de quelques questionnaires du fait de leur imprécision ou non intelligibilité. Certaines réponses étaient incomplètes et donc inexploitable. Nous avons choisi de prendre en compte tous les questionnaires répondant aux critères d'inclusion, même ceux avec des réponses incomplètes. Nous avons classé les réponses manquantes ou ininterprétables dans la catégorie « non précisé » pour chaque item. Ceci induit un biais d'interprétation des résultats, lié au fait que nous avons pris en compte tous les questionnaires répondant aux critères d'inclusion, même avec des réponses partielles.

Aussi, nous avons choisi de demander au patient via un champ « texte libre » la profession du patient afin que nous puissions ensuite classer cette profession au sein d'une CSP. Nous avons pour cela eu recours au guide de nomenclature des CSP publié par l'INSEE(59). Notre classement des métiers dans les différentes CSP, même avec l'aide du guide de l'INSEE, ajoute un biais de classement du fait de notre propre appréciation du métier indiqué par le patient.

## 2.3. Biais de déclaration

Nous avons choisi de récolter les informations socio-économiques des patients par un questionnaire remis directement par l'infirmier ASALEE au patient lors de la consultation. Ceci ajoute un biais lié au recueil par l'infirmier, car certains infirmiers nous ont communiqué avoir parfois rempli les questionnaires à la place du patient, tout en interrogeant le patient. Cela a pu entraîner une gêne de la part du patient et influencer sa réponse, ou permettre une meilleure qualité de réponse ou encore l'inclusion possible de patients avec des difficultés de compréhension.

Aussi, les réponses écrites par le patient sont soumises à sa compréhension du questionnaire, ainsi que son honnêteté concernant les réponses aux différentes questions.

Nous avons bien spécifié sur le recto du questionnaire qu'ils pouvaient demander de l'aide à l'infirmier au moindre doute.

### 3. Forces de l'étude

#### 3.1. Travail innovant

A ce jour, il n'y a à notre connaissance aucune étude évaluant l'impact du dispositif ASALEE sur les ISS.

On observe aujourd'hui un intérêt croissant pour ce thème des ISS, tant au niveau politique qu'au niveau individuel chez les soignants sensibilisés, ainsi qu'un développement de nouveaux protocoles de coopération en soins primaires. Il nous a paru pertinent de lier ces deux thèmes d'actualité qui nous concernent directement en tant que médecins généralistes.

Nous avons donc construit notre travail de thèse en cherchant à recueillir et analyser les caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique via le dispositif innovant en soins primaires qu'est ASALEE.

#### 3.2. Retour d'expérience

##### 3.2.1. Sensibilisation aux ISS

Comme nous l'avons écrit précédemment, l'étape initiale primordiale dans la prise en charge des ISS est la prise de conscience de la part des professionnels de santé de l'existence des ISS et de l'impact des pratiques des soignants sur celles-ci.

Ce travail nous a permis de découvrir la réalité des ISS, à laquelle nous avons été peu sensibilisées durant nos études.

Nos interventions et échanges avec les infirmiers ASALEE, les discussions avec nos collègues et notre entourage durant ces derniers mois ont été autant d'occasions d'aborder ce sujet ; souvent peu connu mais suscitant un intérêt et des questionnements

Nous avons fait la constatation d'une méconnaissance des ISS durant notre travail. En effet, une des réactions des soignants plusieurs fois entendue pendant notre travail, était un souhait de volontairement méconnaître la situation sociale de leurs patients, afin d'assurer une égalité de soins pour tous: « Je préfère ne pas savoir pour prendre en charge les patients de la même manière ». L'idée de prendre en charge de manière différente leurs patients semble en effet inacceptable d'un prime abord par beaucoup de soignants. Cela soulève la différence des concepts d'équité et d'égalité des soins. En effet, l'égalité souhaitée par les soignants est une égalité de résultat, ce qui induit parfois une différence de prise en charge selon la situation des patients pour y arriver. Cela renvoie à la notion d'universalisme proportionné détaillée au début de ce travail.

### 3.2.2. Travail d'équipe

Cette thèse a été réalisée en binôme et dirigée par deux directeurs de thèse. Ce fonctionnement a permis d'une part une relecture systématique des résultats permettant de limiter les erreurs ; ainsi qu'un partage de points de vue, d'idées, de connaissances venant enrichir nos réflexions.

Nous avons bénéficié de l'aide des infirmiers ASALEE des Pays de la Loire qui nous ont accueillies individuellement ou lors des réunions de secteur, cela nous a permis d'avoir une expérience et une meilleure connaissance d'ASALEE. Les infirmiers ont également distribué et recueilli les questionnaires.

Aurélié Gaultier, statisticienne au CHU de Nantes nous a apporté son aide pour les statistiques.

Ce travail de thèse a donc été l'occasion d'expérimenter le travail d'équipe, que nous souhaitons poursuivre et développer dans notre activité de médecin généraliste.

## 4. Perspectives

Nous avons comparé nos données à celles issues du Baromètre santé des fumeurs à l'échelle nationale. Or, l'ARS Pays de la Loire a confié à l'ORS la mission d'analyser les données régionales de l'enquête nationale Baromètre santé de 2017. L'objectif est de décrire les comportements et perceptions de santé des habitants de la région, de comparer la situation régionale à celle observée au plan national et d'analyser les évolutions observées depuis 2005 et plus particulièrement entre 2014 et 2017. L'enquête Baromètre santé a concerné 1500 personnes en Pays de la Loire. Ces résultats complets seront disponibles en juin 2019. Il serait donc très intéressant de les comparer aux résultats de notre étude.

Notre échantillon ASALEE décrit les caractéristiques des personnes ayant pris l'initiative de consulter un infirmier ASALEE pour aide au sevrage tabagique. Or nous savons d'après les données de la littérature (35,36) que le désir de sevrage tabagique est le même, que ce soit pour les personnes défavorisées comme celles plus aisées. Le potentiel facteur confondant qu'aurait pu représenter la motivation au sevrage tabagique des patients de l'échantillon ASALEE comparativement à l'échantillon national n'entre donc pas en compte ici. Il aurait pu être intéressant d'ajouter une question afin d'évaluer le stade motivationnel au sein de notre questionnaire. Ceci pourrait être une idée de recherche pour une future étude.

Car on sait qu'il est plus difficile pour les personnes provenant d'un milieu social précaire de parvenir à un sevrage tabagique complet. Se sentent-elles moins capables d'arrêter de fumer ? Est-ce plus difficile pour elles d'accéder à une aide au sevrage, de prendre rendez-vous ? Par exemple en ce qui concerne la prise de rendez-vous, il a été montré qu'elle peut constituer un frein d'accès au système de soin pour les plus précaires (57)(58).

Cela renvoie à la notion d'« empowerment » utilisée en éducation thérapeutique et au concept de « capacité » développé par A. Sen, prix Nobel de littérature (60). La capacité d'accomplir représente les possibilités, les chances qu'a l'individu de réaliser ses objectifs. Il distingue la liberté d'accomplir et le niveau d'accomplissement effectivement atteint. Il existe des ressources de santé, certes inégalement accessibles ; mais au-delà de ces problèmes d'accessibilité, les individus interprètent et utilisent de façons différentes les moyens disponibles. Encourager le développement des « capacités » des patients pourrait-être un objectif des soignants.

Aussi, nous avons réalisé notre questionnaire de recueil des déterminants de santé en nous inspirant des recommandations du collège de médecine générale. Malgré cette démarche, notre outil n'a pas été soumis à une évaluation externe attestant de sa validité dans ce contexte et en particulier en usage en tant que questionnaire. Il serait intéressant d'évaluer la fiabilité de notre questionnaire par des tests de validité, ou de réfléchir à concevoir un questionnaire validé type « gold standard » permettant ce recueil des données sociales.

Le sevrage tabagique fait partie des objectifs prioritaires de santé publique. Les moyens mis en oeuvre dans le cadre du PNRT (1) ont permis un recul du tabagisme chez les adolescents et plus récemment, chez les personnes les plus défavorisées. Ceci a été possible via des mesures économiques avec l'augmentation progressive du prix du paquet de cigarette, la campagne intitulée « Mois sans tabac » avec une couverture médiatique importante et un succès confirmé auprès du public ciblé, le remboursement des substituts nicotiques et une mobilisation impliquant tous les professionnels de santé. ASALEE constitue un moyen supplémentaire d'accès au sevrage tabagique et s'inscrit dans cet objectif de santé publique. Devant ces premiers signes de recul du tabagisme, il s'agit de poursuivre les efforts afin de pérenniser cette inflexion positive dans le temps.

Notre thèse s'intéressait au profil social des patients consultant ASALEE pour sevrage tabagique. Nous savons qu'une autre thèse en cours en Charente porte sur l'évaluation du maintien du sevrage tabagique à 6 mois via le dispositif ASALEE. Il s'agit d'une approche intéressante car la réussite sevrage tabagique dépend du maintien de l'abstinence dans le temps. Il pourrait aussi être intéressant d'apporter un regard complémentaire en analysant le profil social des patients maintenant ou non l'abstinence à 6 mois via le dispositif ASALEE.

Le dispositif ASALEE mérite à être connu et exploité au maximum de ses capacités. Il offre à la fois un accès aux soins privilégié pour les patients, par son accessibilité (au sein du cabinet médical, pas d'avance de frais), son individualisation (consultations de 45 min, sujets spécifiques abordés (diabète, surpoids, tabac)) et son fonctionnement en réseau (collaboration IDSP/médecin). L'objectif premier de la mise en place de ce projet était la délégation de tâches, s'inspirant du modèle anglo-saxon, afin de libérer du temps de consultation aux médecins. Après avoir réalisé cette étude exploratoire sur le profil social des patients fumeurs consultant un infirmier ASALEE, on perçoit l'intérêt d'associer le dispositif ASALEE à un objectif de réduction des ISS.

Avec notre propre expérience, nous remarquons que nous n'étions pas sensibilisées à la notion d'ISS, alors que nous arrivions à la fin de notre internat de médecine générale. Lors de la présentation de notre projet de thèse auprès des infirmiers ASALEE aux différentes réunions de secteur, nous avons fait le même constat: la notion d'ISS n'est pas intégrée par tous les acteurs en soins primaires. Alors que ce sont eux qui, par une simple prise de conscience de l'existence même de ces ISS, peuvent participer à la réduction des disparités sociales d'accès aux différents dispositifs de santé.

Dans leur thèse sur les ISS et le recueil des déterminants de santé en médecine générale, C.Nollet et C.Ernst-Toulouse (14) insistent sur le manque de connaissances des acteurs en soins primaires (dans leur cas, des médecins généralistes) concernant les ISS. Nous renouvelons ce constat et insistons sur la nécessité de développer la sensibilisation aux ISS dès le début de la formation médicale. Néanmoins les choses avancent, avec par exemple la mise en place d'une journée de formation sur les ISS à Nantes dans le cadre du DES de médecine générale, ainsi que des journées sur les ISS dispensées par des organismes de

formation continue auprès des médecins généralistes en région Pays de la Loire (61). Les objectifs affichés sont notamment d'intégrer la prise en compte des inégalités sociales de santé en pratique quotidienne, de définir une démarche de recueil systématique des déterminants de santé avec une stratégie d'action au cabinet vis-à-vis de ces déterminants identifiés.

Il s'agit donc de continuer à avancer dans cet objectif, en étendant la connaissance des ISS à tous les acteurs en soins primaires afin que l'existence des ISS soit considérée comme une évidence pour tous. Un exemple concret pourrait être la sensibilisation du réseau ASALEE à cette question.

Comme nous l'avons rappelé précédemment, du fait de son fonctionnement, le dispositif ASALEE dispose déjà de plusieurs atouts pouvant faciliter l'accès aux personnes moins favorisées (absence d'avance de frais, réduction de la distance soignant-soigné, accessibilité géographique,...). Durant le mois sans tabac, les consultations des infirmiers ASALEE orientées tabacologie sont ouvertes à tous. Quelles actions pourraient être mises en place pour accueillir plus de personnes parmi les moins socialement favorisés? Certains infirmiers nouent déjà des contacts avec d'autres organismes locaux pour permettre à un plus grand nombre de bénéficier de leurs services. On pourrait imaginer un lien entre ASALEE et les ressources existantes sur le territoire qui sont en contact avec un public moins favorisé (protection maternelle infantile (PMI), centres médico-sociaux, etc.) durant cette période du mois de novembre; afin de proposer à plus de patients socialement défavorisés un accès facilité au sevrage tabagique. Ou encore, avoir des temps de consultations accessibles sans rendez-vous, puisque la prise de rendez-vous peut aussi être un frein à la consultation (57) (58).

La notion d'ISS se retrouve de plus en plus mise en avant dernièrement, que ce soit dans les discours politiques, les directives de santé publique ou dans le cadre des soins primaires. Nous avons vu que dans le champ des soins primaires, la première étape était la prise de conscience de l'existence des ISS, puis le recueil des déterminants de santé à l'origine de ces ISS. C'est aussi ce recueil qui aujourd'hui pose problème, comme illustré par la thèse de S. Le Cour Grandmaison (62). Elle a analysé le recueil des déterminants de santé par des médecins généralistes universitaires via une grille d'observation remplie par l'interne lors de la consultation. Elle met en avant le fait que malgré le recueil majoritaire des 7 informations indispensables par les médecins, une situation économique difficile et les comportements de santé à risque restent associés à un moindre recueil des déterminants de santé. Le nouvel enjeu serait de trouver un moyen d'application concret incitant les professionnels de santé à s'impliquer dans le recueil actif de ces différents déterminants, faisant suite aux recommandations du collège de médecine générale de 2014.

Nos politiques de santé publique actuelles se sont essentiellement focalisées sur une population aux contours flous, caractérisée comme « précaire », avec comme effet une aggravation des ISS démontrée. Nous avons développé tout au long de ce travail de thèse

l'importance de la considération des ISS non pas comme une opposition binaire populations défavorisées/reste de la population, mais bien comme un « un continuum des états de santé depuis les catégories les plus favorisées de la population jusqu'aux populations les plus précarisées » (15), autrement appelé « gradient social ». Le développement de la recherche interventionnelle en France constitue un levier intéressant de réduction des ISS. Par exemple, le programme de recherche interventionnelle AAPRISS « Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé » lancé en 2011 en Midi-Pyrénées, a pour vocation de développer la recherche interventionnelle, et la formation dans le domaine des ISS (63). La recherche interventionnelle a comme objectif d'apprendre et de développer des connaissances sur les ISS grâce à l'évaluation de programmes sanitaires mis en oeuvre. Dans leur livre, T. Lang et N. Haschar-Noe exposent leur analyse du programme AAPRISS et les échanges que ce programme a suscité entre les différents acteurs. L'évaluation des interventions et politiques de santé publique visant à réduire les ISS implique un rapprochement du monde de la santé et de celui de l'évaluation des politiques publiques, et donc une interdisciplinarité. Ils insistent sur l'importance de ne plus créer un programme supplémentaire visant à réduire les ISS, mais plutôt de revisiter les programmes déjà en place et d'agir dans cette nouvelle perspective en co-construction. Il est primordial de remettre au centre la collaboration entre la population, les acteurs de terrains, les chercheurs et acteurs en santé publique, de manière à influencer la santé des populations. ASALEE est un dispositif déjà existant et répondant aux critères du programme AAPRISS, mettant en lien acteurs locaux, population et chercheurs. Ce dispositif pourrait donc être une illustration de cette démarche en matière de recherche interventionnelle.

## Conclusion

Notre étude observationnelle cherchait à décrire les caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique dans le cadre du dispositif ASALEE en région Pays de la Loire; afin de documenter et mesurer d'éventuelles disparités sociales d'accès à ce dispositif.

La moyenne d'âge des patients consultant un infirmier ASALEE pour sevrage tabagique était plutôt élevée (49,6 ans) associée à une plus forte représentation des retraités au sein de notre échantillon. Plus de la moitié de la population était active, et la CSP la plus représentée parmi les actifs était celle des ouvriers et les CSP moins représentées étaient celles des agriculteurs et des cadres. La quasi-totalité des patients de notre échantillon disposait d'une couverture sociale type AMO ainsi que d'une mutuelle individuelle. Une minorité de patient a déclaré disposer de la CMUc, ou bénéficiaire de minima sociaux. Presque la moitié des patients a déclaré ne pas avoir de problème concernant leur situation financière.

En comparant nos données à celles du Baromètre santé 2017 (40) concernant la consommation de tabac en France, on remarque qu'il y avait une représentation significativement plus importante des patients âgés de 55 à 75 ans, et moins importante de ceux âgés de 18 à 34 ans dans notre échantillon. Il y avait significativement plus d'inactifs (retraités, étudiants, personnes en invalidité, autres personnes sans activité professionnelle), moins de patients chômeurs au sein de notre échantillon par rapport à la population nationale.

Il existe donc des disparités sociales d'accès au sevrage tabagique via le dispositif ASALEE. D'après notre étude exploratoire, le dispositif ASALEE n'amplifie pas cette disparité sociale d'accès au sevrage tabagique, ce qui est déjà positif dans la mesure où les dispositifs novateurs comportent ce risque. L'objectif premier d'ASALEE était la mise en place d'une coopération entre professionnels de santé, avec possibilité de délégation de tâches, dans l'objectif d'une meilleure adaptation des soins pour chaque patient. Notre étude laisse percevoir le potentiel de ce dispositif de coopération en soins primaires dans la participation à la réduction des ISS. Afin de pouvoir étayer nos résultats, il serait intéressant de mener une étude similaire à plus grande échelle, avec un questionnaire validé de recueil des données sociales des patients, permettant de mesurer cet éventuel différentiel d'accès à partir des données au plus près du territoire concerné.

Le dispositif ASALEE constitue un moyen supplémentaire d'accès au sevrage tabagique, et s'inscrit dans l'objectif de santé publique gouvernemental de réduction du tabac exposé dans le PNRT (41) pour arriver à moins de 20% de fumeurs quotidiens d'ici 2024. Devant ces

premiers signes de recul du tabagisme, il s'agit de poursuivre les efforts afin de pérenniser cette inflexion positive dans le temps

Il est essentiel de poursuivre la sensibilisation concernant les ISS auprès de tous les acteurs du système de soins; des décideurs politiques, aux chercheurs et jusqu'aux acteurs de soins en contact direct avec le patient. La recherche interventionnelle est un outil d'analyse intéressant permettant l'enrichissement des connaissances sur les ISS et l'évaluation des programmes sanitaires déjà en place. Les conclusions actuelles de ce mode de recherche sont la nécessité d'agir en co-construction entre chercheurs, acteurs locaux et représentants gouvernementaux, tout en plaçant l'humain au centre de cette triade. Ceci dans l'objectif d'aboutir à des politiques de santé publique équitables.

La priorité actuelle est de protéger les jeunes générations de l'entrée dans le tabagisme afin d'espérer atteindre un jour l'objectif « zéro tabac ». On sait que l'enfance joue un rôle déterminant dans la construction des ISS, il paraît donc essentiel que la lutte contre les ISS fasse de l'enfance une de ses priorités d'action.

## Bibliographie

1. Ministère des solidarités et de la santé. Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019. Rapport annuel 2017. 2017 p. 61.
2. Potvin L, Moquet M-J, Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. :379.
3. Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Romain G, Richard J-B, Nguyen-Thân V. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 2017;12:214-22.
4. Lombrail P. Le système de soins et les inégalités sociales de santé. ADSP. déc 2010;(73):24.
5. Santé Publique France. Inégalités Sociales de Santé [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>
6. Lang T. Les inégalités sociales de santé. ADSP. déc 2010;(73):11.
7. Vega A, Lecarpentier M, Naamouni K. Des obstacles à la connaissance des inégalités de santé Deuxième partie : perspective psycho-sociale. Médecine. mars 2018;14:116-21.
8. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E, et al. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. juill 2017;390(10091):231-66.
9. Affeltranger B, Potvin L, Ferron C, Vandewalle H, Vallée A. Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? Santé Publique. 2018;S2(HS2):13.
10. Lang T. Si nous considérons la réduction des inégalités sociales de santé comme étant l'affaire de tous ? Santé Publique. 2018;S2(HS2):7.
11. Collège de Médecine Générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation d'un patient adulte en médecine générale [Internet]. 2014 [cité 3 déc 2017]. Disponible sur: [http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/140108\\_enregistrement\\_situation\\_sociale\\_dossier\\_mg\\_version3.0.pdf](http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/140108_enregistrement_situation_sociale_dossier_mg_version3.0.pdf)
12. OMS. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération. 2008.
13. Moquet M-J. La Santé de l'homme n° 397 - " Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples " [Internet]. INPES. 2008 [cité 2 oct 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/slh/articles/397/02.htm>
14. Ernst-Toulouse C, Nollet C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : Perspectives en médecine générale [Thèse de médecine]. [Nantes]:

Nantes; 2014.

15. Haschar-Noé N, Lang T. Réduire les inégalités sociales de santé: une approche interdisciplinaire de l'évaluation. Presses Universitaires du Midi. 2017. 523 p.
16. Porcherie M, Le Bihan-Youinou B, Pommier J. À quelle échelle appliquer l'approche universelle proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé ? Pour une approche contextualisée des actions de prévention et de promotion de la santé. Santé Publique. 2018;S2(HS2):25.
17. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire. Projet Régional de Santé 2018-2022. Les déterminants de la santé en Pays de la Loire :contexte démographique, social et environnemental. 2017.
18. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2017 déc p. 32-42.
19. Moleux M, Shaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2011 mai p. 124. Report No.: N°RM2011-061P.
20. Surault P. La détermination des inégalités sociales de santé. LDP. 31 déc 2004;(20):2233-40.
21. Tudor Hart J. The inverse care law. The Lancet. févr 1971;297(7696):405-12.
22. Jusot F. Inégalités sociales de santé : Quels constats ? Quels leviers d'action ? ARS; 2010.
23. Chauveaud, Rode, Warin. Le non-recours aux soins des actifs précaires. Agence Nationale de la Recherche; 2009.
24. Laurent A. Les inégalités sociales de santé : la nécessité « d'outiller » les acteurs, tous les acteurs.... Santé Publique. 2018;S2(HS2):11.
25. Berland Y, Gausseron T. Mission démographie des professions de santé. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées [Internet]. 2002 [cité 22 sept 2018]; Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000643/index.shtml>
26. Midy F, IRDES. Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Questions d'économie de la santé. mars 2003;(65):4.
27. HAS. Protocole de coopération entre professionnels de santé, mode d'emploi. 2012.
28. Direction de la sécurité sociale. INSTRUCTION N° DSS/SD1B/2015/151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération ASALEE dans le cadre de la procédure dérogatoire du « collège des financeurs » [Internet]. 2015. Disponible sur: [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir\\_39573.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir_39573.pdf)
29. Bourgueil Y, Fur PL, Mousquès J, Yilmaz E. La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE. IRDESS. 2008;8.

30. de Kervasdoué J, Hartmann La, Macé J-M, Saporta G. Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral. Analyse économique du dispositif ASALEE. CNAM; 2010 avr.
31. Prato A. Evaluation qualitative de ASALEE Vosges par la méthode des focus group après deux ans d'expérience. [Thèse de médecine]. [Nancy]; 2011.
32. TIMMERMAN B. Evaluation de l'éducation thérapeutique par le biais de l'activité physique en médecine générale, dans le cadre du réseau ASALEE 88, chez des patients à risque cardiovasculaire [Thèse de médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2012.
33. Tardits É. Évaluation de l'efficacité du protocole de coopération ASALEE sur la qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 dans deux cabinets médicaux des Landes [Thèse de médecine]. [Bordeaux]: Bordeaux; 2016.
34. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (ASALEE): un espace de transformation des pratiques en soins primaires. Questions d'économie de la santé. avr 2018;(232):1-8.
35. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Jourdain-Menninger D. Usages de drogues et pratiques addictives en France analyse du Baromètre santé Inpes. Paris: Direction de l'information légale et administrative : La documentation française; 2014.
36. Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. Tobacco Control. 1 févr 2009;18(1):43-6.
37. Barometre cancer 2015. Tabac et alcool. Perception des risques en 2015 et évolutions récentes. [Internet]. Santé publique France; 2019 janv [cité 2 févr 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1873.pdf>
38. Guignard R, Nguyen Thanh V, Andler R, Richard JB, Beck F, Arwidson P, et al. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du Baromètre santé 2010. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2016;(16-17):304-12.
39. Bourdillon F. Editorial. Baisse du tabagisme en France : un million de fumeurs quotidiens de moins entre 2016 et 2017. Un succès pour la santé publique. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. mai 2018;(14-15):162-4.
40. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thân V. La consommation de tabac en France: premiers résultats du baromètre santé 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. mai 2018;(14-15):265-73.
41. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019. 2014 févr p. 55.
42. Chazalon S, Cardenas M, Drouin C, Bello P-Y. Le Programme national de réduction du tabagisme : retour sur trois années d'une stratégie d'ensemble pour réduire l'impact du tabac en France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2018;(14-15):296-8.
43. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: a systematic review. Eur J Public Health. août

2014;24(4):551-6.

44. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Arwidson P. Les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac parmi les fumeurs socio-économiquement défavorisés. Synthèse de littérature. Santé publique France. juin 2016;23.
45. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Lenormand M-C, Blanchoz J-M, Arwidson P. Aide à l'arrêt du tabac et publics défavorisés: état des connaissances. Revue de littérature. La santé en action. juin 2018;(444):3.
46. Institut National de Santé Publique du Québec. Les interventions et mesures pour favoriser le renoncement au tabac chez les populations défavorisées sur le plan socioéconomique [Internet]. 2018 [cité 4 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/10097299>
47. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. oct 2014;60.
48. Fourneau C. L'approche clinique proposée par les infirmières Asalée, dans le sevrage tabagique, renforce-t-elle le sentiment d'auto-efficacité des personnes dans le maintien de ce sevrage ? [Mémoire de recherche, Master 2 Sciences cliniques en soins infirmiers.]. [Saint Quentin en yvelines]: Versailles; 2017.
49. Bulletin de santé publique Pays de la Loire. [Internet]. Santé publique France; 2019 janv [cité 2 févr 2019]. Disponible sur: [file:///C:/Users/lnbla/AppData/Local/Temp/bsp\\_tabac\\_pays\\_de\\_loire\\_janvier\\_2019.pdf](file:///C:/Users/lnbla/AppData/Local/Temp/bsp_tabac_pays_de_loire_janvier_2019.pdf)
50. ARS Pays de la Loire. Annuaire 2018. Acteurs ressources en tabacologie, Pays de la Loire. [Internet]. 2018 [cité 2 févr 2019]. Disponible sur: [http://www.srae-addicto-pdl.fr/files/00/02/64/00026446-2e9f78e3e2e906d6f13b24d2b5b60637/annuaire\\_2018\\_acteurs\\_tabacologie\\_pdl.pdf](http://www.srae-addicto-pdl.fr/files/00/02/64/00026446-2e9f78e3e2e906d6f13b24d2b5b60637/annuaire_2018_acteurs_tabacologie_pdl.pdf)
51. SRAE Addictologie [Internet]. [cité 2 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.srae-addicto-pdl.fr/fr/>
52. Sass C, Guéguen R, Moulin J-J, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. Santé Publique. 2006;18(4):513.
53. INSEE. Évolution et structure de la population en 2015 en Région Pays de la Loire [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-52#chiffre-cle-3>
54. Fond de financement de la CMU-c. Statistiques. Bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. [Internet]. 2018 [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.cmu.fr/statistiques.php>
55. DRESS. Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution. 2018 [cité 22 janv 2019]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/minima2018.pdf>
56. Guignard R, Pasquereau A, Andler R, Richard J-B, Smadja O, Arwidson P, et al. Mois sans tabac : premiers éléments d'évaluation. Rencontres de Santé Publique France; 2018 mai 30.

57. Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. 20:5.
58. Foucras P. Le rendez-vous, obstacle aux soins des plus pauvres. La Revue Prescrire. 2008;(295):392-3.
59. INSEE. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles [Internet]. 2003. Disponible sur:  
<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregree/1?champRecherche=true>
60. Sen A. Repenser l'inégalité. Editions du Seuil. 2000.
61. MG Form Pays de la Loire [Internet]. Disponible sur:  
<http://www.mgformpdl.org/formations/savoir-plus/inegalites-sociales-de-sante/>
62. Le Cour Grandmaison Hervouët S, Jourdain M. Recueil des déterminants sociaux de santé par les médecins généralistes: étude observationnelle en consultation de médecine générale. France; 2019.
63. Accueil AAPRISS - IFERISS [Internet]. [cité 24 janv 2019]. Disponible sur:  
<http://www.iferiss.org/index.php/fr/aapriss>

# Annexes

## Annexe 1 : Questionnaire

<p>1/ Age : .....</p> <p>2/ Sexe : <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme</p> <p>3/ Statut <input type="radio"/> Etudiant <input type="radio"/> Actif / Travailleur <input type="radio"/> Chômeur <input type="radio"/> Retraité Ancienne profession exercée : .....</p> <p><input type="radio"/> Invalidité <input type="radio"/> Autre : .....</p> <p>4/ Niveau d'étude : <input type="radio"/> Certificat d'étude <input type="radio"/> Brevet des collèges <input type="radio"/> Baccalauréat <input type="radio"/> Licence <input type="radio"/> Master <input type="radio"/> Doctorat <input type="radio"/> Autre : .....</p> <p>5/ Profession actuelle : .....</p> <p>6/ Couverture sociale <input type="radio"/> Assurance Maladie Obligatoire (MSA, Assurance Maladie, RSI,...) <input type="radio"/> Aide Médicale de l'Etat (AME) <input type="radio"/> Couverture Maladie Universelle (CMU)</p>	<p>7/Avez-vous une complémentaire santé ? <input type="radio"/> Oui Si oui, laquelle : <input type="radio"/> Assurance Médicale Complémentaire (mutuelle individuelle ou d'entreprise) <input type="radio"/> Couverture Maladie Universelle Complémentaire(CMUc) <input type="radio"/> Aide financière à l'obtention d'une Complémentaire Santé (ACS) <input type="radio"/> Non</p> <p>8/ Situation familiale (entourer la proposition) : <input type="radio"/> En couple : oui / non <input type="radio"/> Enfants à charge : oui / non</p> <p>9/ Minima sociaux perçus (RSA, Allocation adulte handicapé, Minimum vieillesse, Allocation veuvage, Allocation de solidarité spécifique, ...): <input type="radio"/> Oui Si oui, le(s) quel(s) ..... <input type="radio"/> Non</p> <p>10/Situation financière perçue : <input type="radio"/> Pas de problème <input type="radio"/> C'est juste <input type="radio"/> Difficile <input type="radio"/> Très difficile</p>
--	---

## Annexe 2 : Fiche explicative IDE

### Thèse sevrage tabagique et inégalités sociales de santé

Nous sommes deux internes en médecine générale à Nantes et réalisons une thèse concernant les inégalités sociales de santé et le sevrage tabagique.

Notre question de recherche est la suivante :

**L'accès au sevrage tabagique avec le réseau ASALEE est-il socialement différencié en région Pays de la Loire ?**

Voici quelques explications concernant notre projet, pour lequel nous sollicitons votre aide et participation.

#### **Ce que nous savons :**

Le nombre de fumeurs parmi les catégories socio-professionnelles les moins aisées augmente, alors qu'il tend à diminuer parmi les catégories les plus aisées.

Pour diminuer cette différence d'état de santé dans la population, il en résulte une nécessité de prise en charge particulière pour ces patients plus défavorisés.

Le dispositif ASALEE dont vous faites partie, découle d'une collaboration pluridisciplinaire. Il est sans avance de frais, normalement accessible géographiquement par le patient, permet aux infirmières la prescription de substituts nicotinique dans le cadre d'actes dérogatoires.

#### **Notre question :**

Nous nous sommes donc demandé si le fonctionnement d'ASALEE a des conséquences sur le profil social et financier des patients qui en bénéficient, autrement dit : quelle proportion de patients socialement défavorisés bénéficient du réseau ASALEE pour le sevrage tabagique ?

#### **Le questionnaire :**

Nous devons donc recueillir les données sociales des patients vous consultant pour un sevrage tabagique, par un questionnaire que vous leur donnerez lors de votre consultation.

Ce questionnaire sera rempli en fin de consultation par le patient, qui sollicitera éventuellement votre aide et vous le remettra.

Le patient ne répondra qu'une seule fois au questionnaire, qui lui sera remis soit lors de la première consultation si c'est un nouveau patient ou lors d'une consultation de suivi s'il s'agit d'un patient déjà venu en consultation avant le début de notre étude.

Nous proposons à toutes les infirmières ASALEE de la région Pays de la Loire de participer à notre étude.

N'hésitez pas à nous solliciter en cas de question ou difficultés concernant ce questionnaire.

Merci d'avance de votre collaboration, indispensable à l'aboutissement de notre projet.

Hélène Blanchandin (06 08 04 05 37)  
helene.blanchandin@gmail.com

Céline Tuffereau (06 34 09 19 44)  
celine.tuffereau@gmail.com

## Annexe 3 : Fiche explicative patients

<b>Thèse sevrage tabagique et inégalités sociales de santé</b>
--

Nous sommes deux internes en médecine générale à Nantes et réalisons une thèse qui traite de la question de la situation sociale et du sevrage tabagique. Les conditions de vie et la situation sociale peuvent constituer des obstacles au sevrage du tabac.

Nous cherchons à travers cette thèse à décrire la situation sociale des personnes consultant pour un sevrage tabagique au sein du dispositif ASALEE. C'est dans ce contexte que nous vous sollicitons pour répondre à un questionnaire.

Votre participation est libre et le traitement des réponses anonyme.

Si vous avez besoin d'informations complémentaires afin de répondre à certaines questions, n'hésitez pas à demander à l'infirmière.

Nous nous tenons également à votre disposition pour tout complément d'information.

Merci d'avance de votre collaboration,

Hélène BLANCHANDIN et Céline TUFFEREAU

helene.blanchandin@etu.univ-nantes.fr

celine.tuffereau-catroux@etu.univ-nantes.fr

## Annexe 4 : Cahier de saisie

Pour chaque question non renseignée, nous avons classé la réponse dans la catégorie « non précisé ».

Concernant le statut par rapport à l'emploi, nous avons distingué le statut « invalidité » pour la description de notre population. Quand il était coché « invalidité » + « chômage », nous avons retenu le statut « invalidité ».

Nous avons regroupé les niveaux d'étude selon les recommandations du collège de médecine générale en 4 catégories : niveau primaire, secondaire, études supérieures, pas de cursus scolaire. Le niveau secondaire regroupe les niveaux collège/lycée incluant le baccalauréat. Nous avons considéré le certificat d'études comme équivalent au niveau primaire. Les diplômes CAP, BEP sont considérés comme niveau secondaire. Le BTS est considéré comme niveau « études supérieures ».

La profession recueillie en texte libre sur le questionnaire a été classée dans l'une des 8 Catégories Socio-Professionnelles (CSP) selon la classification de l'INSEE. Les réponses partielles, imprécises et abréviations ont été classées dans la catégorie « non précisé ».

Lorsque la profession indiquée était incompréhensible (mot illisible, abréviation, pas d'équivalent retrouvé dans les CSP), nous l'avons classé dans la catégorie « non précisé ».

Pour la couverture sociale, nous avons gardé l'appellation CMU/CMUc car l'appellation PUMA (Protection Universelle Maladie) ayant remplacé la CMU et CMUc depuis 2016 n'est pas entrée dans le langage courant (que ce soit du côté des praticiens ou des patients). Dans un souci de compréhension du questionnaire par le patient, nous avons gardé la dénomination CMU/CMUc.

Pour la situation financière perçue, lorsqu'une croix était faite entre 2 propositions (par exemple entre « c'est juste » et « difficile »), nous avons retenu la proposition inférieure (soit la proposition « difficile » pour l'exemple pris)

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre échantillon

FUMEURS ASALEE PAYS DE LA LOIRE N=122		
	N	%
<b>Département</b>		
Loire-Atlantique (44)	28	22,4%
Maine-et-Loire (49)	9	7,2%
Sarthe (72)	21	17,6%
Vendée (85)	64	52,8%
<b>Sexe</b>		
Homme	64	52,5%
Femme	58	47,5%
<b>Age</b>		
18-24 ans	4	3,3%
25-34 ans	13	10,7%
35-44 ans	30	24,8%
45-54 ans	24	19,8%
55-64 ans	28	23,1%
65-75 ans	22	18,2%
<i>non précisé</i>	1	
<b>Niveau d'étude</b>		
Pas de cursus scolaire	2	1,7%
Primaire	17	14,5%
Secondaire	70	59,8%
Etudes supérieures	28	23,9%
<i>non précisé</i>	5	
<b>Situation professionnelle</b>		
Actif/Travailleur	73	59,8%
Chômeur	7	5,7%
Etudiant	2	1,6%
Invalidité	7	5,7%
Retraité	32	26,2%
Autre	1	0,8%
<b>CSP</b>		
Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	9	8,0%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4	3,5%
Professions Intermédiaires	17	15,0%
Employés	16	14,2%
Ouvriers	18	15,9%
Retraités	32	28,3%
Autres personnes sans activité professionnelle	17	15,0%
<i>non précisé</i>	9	
<b>Complémentaire santé</b>		
Oui	120	1,60%
Non	2	98,40%
<b>Type de complémentaire</b>		
Mutuelle	95	92,2%
CMUc	3	2,9%
ACS	5	4,8%
<i>non précisé</i>	17	
<b>Situation familiale</b>		
En couple	81	66,9%
Enfant à charge	45	42,5%
<b>Minima sociaux</b>		
Oui	17	14,0%
Non	104	86,0%
<i>non précisé</i>	1	
<b>Situation financière perçue</b>		
Pas de problème	50	42,0%
C'est juste	45	37,8%
Difficile	18	15,1%
Très difficile	6	5,0%
<i>non précisé</i>	3	

## Annexe 6 : Tableau présentant les résultats de Novembre

Description de l'échantillon de novembre N=21		
	N	%
<b>Département</b>		
Loire-Atlantique (44)	6	28,6%
Maine-et-Loire (49)	0	0,0%
Sarthe (72)	4	19,0%
Vendée (85)	11	52,4%
<b>Sexe</b>		
F	10	47,6%
H	11	52,4%
<b>Age</b>		
18-24 ans	0	0,0%
25-34 ans	1	4,8%
35-44 ans	8	38,1%
45-54 ans	3	14,3%
55-64 ans	4	19,0%
65-75 ans	5	23,8%
<b>Niveau d'étude</b>		
Primaire	4	20,0%
Secondaire	14	70,0%
Etudes sup	2	10,0%
<i>non précisé</i>	1	
<b>Situation professionnelle</b>		
Actif/travailleur	11	52,4%
Chomage	2	9,5%
invalidité	2	9,5%
Retraité	6	28,6%
<b>CSP</b>		
Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1	5,3%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	1	5,3%
Professions Intermédiaires	2	10,5%
Employés	2	10,5%
Ouvriers	3	15,8%
Retraité	6	31,6%
Autre personne sans activité	4	21,1%
<i>non précisé</i>	2	
<b>Complémentaire santé</b>		
Mutuelle	19	95,0%
CMUc	0	0,0%
ACS	1	5,0%
<i>non précisé</i>	1	
<b>Situation familiale</b>		
En couple	16	76,2%
Enfant à charge	8	38,1%
<b>Minima sociaux</b>		
oui	5	23,8%
Non	16	76,2%
<b>Situation financière perçue</b>		
Pas de problème	9	42,9%
C'est juste	7	33,3%
Difficile	4	19,0%
Très difficile	1	4,8%

## Annexe 7 : Tableau présentant les caractéristiques des fumeurs quotidiens de l'enquête du Baromètre santé 2017

Remarque: les effectifs N sont les données brutes issues de l'enquête téléphonique 2017 du Baromètre santé; les pourcentages ont été pondérés en se basant sur les données de l'INSEE pour être représentatifs de la population française.

		Fumeurs quotidiens en 2017 (n=5 968)	
2017	N=25 284	N	%
<b>Sexe</b>			
	Homme (réf.) (n=11574)	3 078	53,9
	Femme (n=13710)	2 890	46,1
<b>Age</b>			
	18-24 ans (réf.) (n=2272)	675	13,4
	25-34 ans (n=3709)	1 201	23,2
	35-44 ans (n=4386)	1 258	21,9
	45-54 ans (n=5003)	1 384	22,1
	55-64 ans (n=5261)	1 008	13,9
	65-75 ans (n=4653)	442	5,5
<b>Revenus par unité de consommation</b>			
	1er tercile (faible) (réf.) (n=7237)	2 238	45,1
	2e tercile (n=8259)	1 972	30,3
	3e tercile (élevé) (n=8604)	1 514	20,1
	Refus (n=1184)	244	4,5
<b>Diplôme</b>			
	Aucun diplôme (réf.) (n=1608)	551	17,9
	<Bac (n=7991)	2 098	38,5
	Bac (n=5415)	1 428	20,9
	>Bac (n=10209)	1 880	22,7
<b>Situation professionnelle</b>			
	Travail (réf.) (n=14369)	3 704	59,9
	Chômage (n=1814)	721	15
	Inactif (n=9101)	1543	25,1
<b>PCS de l'individu</b>			
	Agriculteurs, Artisan, commerçant, chefs d'entreprise (n=1972)	465	8,1
	Cadres et prof. int. sup. (réf.) (n=4604)	726	8,6
	Prof. inter. (n=7050)	1506	21,5
	Employés (n=6865)	1671	29,8
	Ouvriers (n=4532)	1541	32

Lecture : parmi les fumeurs quotidiens, 46,1 % sont des femmes

# SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

Vu, le Président du Jury, Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Vu, les Directeurs de Thèse, Madame le Docteur Maud JOURDAIN

et Monsieur le Docteur Teddy BOURDET

Vu, le Doyen de la Faculté, Madame le Professeur Pascale JOLLIET

**NOMS :** BLANCHANDIN Hélène TUFFEREAU-CATROUX Céline

Quelles sont les caractéristiques sociales des patients consultant pour sevrage tabagique dans le cadre du dispositif ASALEE en région Pays de la Loire ?

---

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Le tabac constitue en France le plus important facteur de risque évitable de cancer, de maladies cardiovasculaires et de maladies respiratoires chroniques. Il illustre particulièrement le concept d'inégalités sociales de santé dont la réduction est une priorité en matière de santé publique. Le système de soin est potentiellement générateur d'inégalités par omission ou par construction, particulièrement concernant les dispositifs de santé novateurs. ASALEE est un dispositif innovant de coopération en soins primaires proposant un accompagnement au sevrage tabagique depuis 2016. Le dispositif ASALEE est doté de caractéristiques facilitant l'accès aux soins laissant supposer un effet neutre, voire une réduction des ISS. L'objectif de notre travail était de recueillir les caractéristiques sociales des patients consultant un infirmier ASALEE pour sevrage tabagique; afin de documenter et mesurer d'éventuelles disparités sociales d'accès à ce dispositif, par comparaison aux données nationales disponibles concernant les fumeurs (Baromètre santé 2017).

**Matériel et méthodes :** Étude observationnelle, transversale, descriptive, réalisée en région Pays de la Loire du 20/06/2018 au 30/11/2018. Élaboration d'un outil de recueil de la situation sociale à partir des recommandations du collège de médecine générale de 2014. Recueil des données par auto-questionnaires, distribués par les infirmiers ASALEE aux patients les consultant pour sevrage tabagique.

**Résultats :** 122 questionnaires ont été exploités. 58,6% de la population était active au sein de notre échantillon et 27,2% des patients étaient retraités. La CSP la plus représentée parmi les actifs était celle des ouvriers (15,9%). 97,5% des patients de notre échantillon disposaient d'une couverture sociale type AMO, 98,4% d'une mutuelle individuelle et 2,9% de la CMUc. 14% ont déclaré bénéficier de minima sociaux. En comparaison à l'échantillon national de fumeurs du BEH, il y avait dans notre échantillon significativement plus de patients inactifs ( $p$ -value = 0,023) et de patients âgés de 55 à 75 ans, moins de patients chômeurs ( $p$ -value = 0,006) et moins de patient âgés de 18 à 34 ans. Pour les autres données qui sont soit non significativement différentes, soit non comparables à l'échantillon national du Baromètre santé, on retrouve une tendance laissant penser que ASALEE ne réduit ni n'augmente les disparités sociales d'accès au dispositif parmi les fumeurs qui en disposent.

**Conclusion :** Ces résultats, qui mériteraient d'être confirmés par des études complémentaires, suggèrent que le dispositif ASALEE ne creuse pas les ISS en ce qui concerne l'accès au sevrage tabagique. En effet, l'observation des caractéristiques sociales des patients fumeurs bénéficiant de ce dispositif ne met pas en évidence qu'ils soient moins favorisés socialement. Cette étude exploratoire sur l'intérêt d'associer ASALEE à un objectif de réduction des ISS, nous fait percevoir les possibilités d'intégration de ce dispositif dans cet objectif. La notion d'ISS est encore trop peu connue des acteurs en soins primaires et parfois mal définie. Une meilleure formation à la notion d'ISS est primordiale; ainsi que le développement de la recherche interventionnelle sur ce sujet.

---

**MOTS CLÉS :** Inégalités sociales de santé, ASALÉE, sevrage tabagique, médecine générale.