

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2022

N° : 40

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État  
Mention Médecine Générale

PAR

Manon MERVELET

Née le 01/08/1993 à COLMAR

---

**Consultations de tabacologie assurées en microstructures à Strasbourg depuis 2018.**

**Retour d'expérience de patients.**

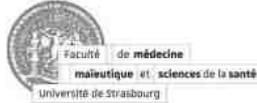
---

Présidente de thèse : Madame la Professeure Céline MASCAUX

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Antoine GIACOMINI

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET  
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition OCTOBRE 2021  
Année universitaire 2021-2022



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Premier Doyen de la Faculté** M. DERUELLE Philippe
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
Directeur général : M. GALY Michaël

**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina M0003 / P0219	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
ARNAUD Laurent P0186	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas P0007	NRP0 CS	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy P0008	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP0 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / P0215	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CASTELAIN Vincent P0027	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option gynécologie- Réanimation - Type clinique)
COLLONGUES Nicolas M0016 / P0220	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard P0045	NRP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôp. de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien P0221	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAILHAC Benoît P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) • Serv. d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd.B/HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie • Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Serv. de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie • Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie • Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie • Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	RP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie • Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire • Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie • Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc P0	RP0 CS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Biochimie générale et spécialisées / LBGS / NHC • Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie • Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur • Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôp. de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie • Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie • Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique • Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique • Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie • Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier P0222	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie • Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel P0104	RP0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU- SMUR • Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain M0093 / P0223	NRP0 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique • Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas P0105	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail • Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôp. Civil	48.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison • Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac.	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO • Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil • Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie • Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie • Service de radiothérapie / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR • Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickaël P0211	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie • Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire • Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique • Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie • Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR • Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale/Hautepierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option ; Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît M0061 / P0224	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civi	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
SAUER Amaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline P0225	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis P0144	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Serv. de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôp.Roberteau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation</li> <li>- Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP</li> <li>- Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU</li> </ul>	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête et Cou</li> <li>- Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM – Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) CspI : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3) (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

## A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO</li> <li>- Service de Soins palliatifs / NHC</li> </ul>	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Hépato-digestif</li> <li>- Service de Gastro-Entérologie - NHC</li> </ul>	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC</li> </ul>	
SALVAT Eric	CS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Tête-Cou</li> <li>- Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP</li> </ul>	

MO142 <b>B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)</b>			
NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERLINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHEARRIER Thomas M0136		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël M0137		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela M0138		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud M0139		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILSETTI Denis M0025	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIES Vincent M0140		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option ; Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume M0126		• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques.
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillofaciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Ailina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Serv. de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail/HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFUFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne M0141		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; tranfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Ailina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : <b>Bactériologie-Virologie</b>
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie M0142		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option <b>Hématologie Biologique</b>
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option <b>Bactériologie-Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeff rey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0186

Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine

72. Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

**B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)**

Mr KESSEL Nils	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

---

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE****C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015)
Pr Ass. GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013)
Pr Ass. ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014)

---

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		53.03 Médecine générale

---

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

---

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES****D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'Institut)**  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)  
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**  
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**  
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)  
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)  
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)  
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**  
BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)  
DANION Jean-Marie (Psychiatrie)  
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)  
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**  
DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)  
DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)  
HERBRECHT Raoul (Hématologie)  
STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)	
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)	
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)	
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)	
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)	
Pr REIS Jacques	(2019-2020)	
Prs RONGIERES Catherine	(2019-2020)	(* 4 années au maximum)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétiqque) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAIVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	Mme PAUL Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Institut de Physique Biologique) / 01.09.21	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétiqque) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.18
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WATTIEZ Arnaud (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21
KREMER Michel / 01.05.98	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

## Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graff enstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** : 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU  
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

## Serment d'Hippocrate

« En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes. Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque. »

## Remerciements :

### **Aux membres du jury :**

#### **Au Pr Céline MASCAUX, présidente du jury,**

Merci d'avoir accepté de présider cette thèse et de m'avoir fait l'honneur de porter un intérêt à mon travail. Je vous adresse mes sentiments les plus respectueux.

#### **Au Dr Yannick SCHMITT, membre du jury,**

Merci de participer à mon jury. C'est réellement un plaisir de travailler à tes côtés, ta bonne humeur et ta disponibilité sont à toutes épreuves.

#### **Au Dr Antoine GIACOMINI, mon directeur de thèse et membre du jury,**

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse et de m'avoir accompagnée tout au long de la réalisation de ce travail. Je tiens également à te remercier pour tes conseils qui m'ont été profitables, en tant que directeur de thèse mais aussi en tant que tuteur lors de mon internat. Merci de ton implication dans mon parcours universitaire.

### **Aux tabacologues et aux professionnels d'RMS Alsace :**

Merci de nos échanges qui m'ont permis de mener à bien cette thèse. Merci d'avoir enrichi mes connaissances médicales sur le tabac et sur le dispositif des microstructures à Strasbourg. Et vraiment, bravo pour votre implication dans le parcours de soins des usagers.

### **A toutes les personnes que j'ai rencontré lors de mes stages :**

Merci aux différents maitres de stage que j'ai pu rencontrer lors de mes études. Vous m'avez tous donné à voir ce que signifie « être médecin ». Je retiens vos postures complémentaires et enrichissantes. Merci notamment au Dr Patrick MOUTIER qui m'a fait confiance et m'a proposé de le remplacer à l'issue de mon internat.

Merci au personnel médical et paramédical avec qui j'ai formé une équipe de soin lors de mes stages. On a vécu des moments intenses en émotion et en partage, souvent dans la difficulté.

### **Merci à tous mes proches :**

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans ce long parcours jusqu'à ce jour. Je ne serais pas celle que je suis aujourd'hui sans vous. J'ai pu puiser de mon entourage, à chaque fois, la force et les ressources nécessaires pour continuer à avancer, pour faire de mon mieux dans mes études et pour concilier études médicales et vie privée.

Mon entrée dans la médecine, je la dois, déjà, premièrement, **à mes parents** qui ont été de vrais icones à mes yeux. **A ma mère** qui travaille dans le médical, qui faisait des gardes la nuit quand la famille dormait pour que le monde continue de tourner la journée, **et à mon père**, qui m'a toujours enseigné le respect et l'entraide envers son prochain. Merci de me montrer l'exemple, notamment de savoir rebondir dans la vie. Vous êtes des personnes fortes et passionnées. Vous êtes toujours dans mon cœur et dans mes pensées.

J'ai été accompagnée par des partenaires en la matière de joie de vivre, **mon frère** qui s'est toujours comporté avec tendresse et **ma sœur** qui a toujours été unique et stylée. Vous êtes toujours positifs et drôles, merci. Je vous aime.

Je tiens également à remercier **ma grand-mère** qui a toujours fait valoir sa singularité, ce qui est un exemple pour moi. Tu as toujours été là pour moi et je serais toujours là pour toi.

Je suis accompagnée depuis plus de 8 ans par **ma compagne Elisabeth**. Toi, qui a su colorer mon monde de bonheur et qui donne aujourd'hui un sens nouveau à ma vie : être heureuse. Tu es ma partenaire, et ce, pour tout. Je ne saurais dire combien tu m'as apporté tellement la liste est longue... J'espère de tout cœur que nous serons ensemble jusqu'au bout de nos vies.

Merci à **ma belle-famille** que j'affectionne beaucoup. Merci à **Giovanna** pour notre relation sympathique et affectueuse.

Je tiens également à remercier **mes ami(e)s** qui m'ont accompagnée pour certains depuis l'école primaire, pour d'autres depuis le collège ou le lycée et à ceux que mes études ont eu la chance de me faire découvrir. J'ai toujours pu compter sur vous pour m'amuser et partager vos styles de vie (du dessinateur, à l'ingénieure, à la professeure des écoles, à l'avocate...). Vous me permettez de relativiser et vous m'ouvrez des perspectives. Merci à Pauline, Nico, Marion, Caro, Chrissy, Morgane, Sylvia, Clem, Seb et à ma team des urgences : Samira, Simon, Anas, Olivia, Xav, Victor. A ma team de pédiatrie : Flo, Aurore, Kiki. Et j'en aurais encore tellement d'autres à citer...

J'aimerais également écrire un mot envers toute **ma famille**. Même si nous n'habitons pas à côté, vous êtes tous très importants pour moi. J'aimerais que l'on se voit plus souvent.

Merci à mon **Parrain** et à ma **Marraine** que je n'échangerais pour rien au monde.

Je suis faite de vous tous. Je vous remercie encore et encore.  
J'ai hâte des autres aventures à venir.

# Table des matières

Liste des illustrations.....	18
Liste des abréviations.....	19
Liste des annexes.....	21
<b>INTRODUCTION :.....</b>	<b>22</b>
<b>I. MATERIEL ET METHODES : .....</b>	<b>27</b>
<b>1. Première partie : Données relatives au tabagisme et à notre système de soins en France en 2022.....</b>	<b>27</b>
1.1. Mortalité en lien avec le tabac en France : .....	27
1.2. Évolution du tabagisme en France depuis les années 2000 :.....	28
1.3. Pourquoi la prévalence du tabagisme est plus élevée dans les milieux sociaux défavorisés ?.....	30
1.4. Où se situe la France par rapport à d'autres pays dans la consommation tabagique ?.....	33
1.5. Comment expliquer une telle disparité par rapport aux autres pays ? .....	35
1.6. Prévalence du tabac dans le Grand Est : .....	37
1.7. Proportion de patients fumeurs suivis en microstructures en Alsace : .....	38
1.8. Dispositions de lutte contre le tabagisme en France : .....	39
1.9. Évaluation d'un patient tabagique en consultation :.....	42
1.10. Comment aider les fumeurs à arrêter en consultation de médecine générale ? .....	45
1.11. Organisation de l'offre de soin en addictologie ; en ambulatoire et en hospitalier : .....	47
1.12. Plus spécifiquement à Strasbourg : .....	49
1.13. Organisation des microstructures : .....	51
1.14. Rapports d'activités des consultations de tabacologie de 2018 à 2020 : .....	54
<b>2. Deuxième partie : étude qualitative « Consultations de tabacologie assurées en microstructures à Strasbourg depuis 2018. Retour d'expérience de patients. » .....</b>	<b>55</b>
2.1. Choix de la méthode de recherche : .....	55
2.1.1. Pourquoi avoir choisi la méthode qualitative ?.....	55
2.1.2. Qu'est-ce qui rend une étude qualitative valide ? .....	56
2.2. Les étapes de la méthode d'analyse qualitative : .....	57
2.2.1. Echantillonnage et recrutement :.....	57
2.2.2. La collecte d'information :.....	57
2.2.2.1. Préparation du guide d'entretien :.....	58
2.2.2.2. Les entretiens : .....	58
2.2.3. Retranscription :.....	59
2.2.4. L'analyse des données :.....	60
2.3. Application de la méthode à ce travail de recherche :.....	60
2.3.1. Préliminaires à la thèse : .....	60
2.3.2. Mode de recrutement : .....	62
2.3.3. Etude du terrain : .....	62
2.3.4. Population étudiée : .....	62
2.3.5. Guide d'entretien : .....	63
2.3.6. Réalisation des entretiens :.....	63
2.3.6.1. Contexte et lieu de réalisation :.....	63
2.3.6.2. Période de réalisation : .....	64
2.3.6.3. Nombre et durée des entretiens : .....	64
2.3.7. Retranscription :.....	64
2.3.8. Analyse des données : .....	65
<b>II. RESULTATS : .....</b>	<b>66</b>
<b>1. Caractéristiques de l'échantillon : .....</b>	<b>66</b>
<b>2. Analyse thématique : .....</b>	<b>73</b>

2.1.	Le mode d'entrée dans les consultations de tabacologie : .....	73
2.1.1.	La place essentielle du médecin traitant : .....	73
2.1.2.	Le rôle des intervenants (psychologue, assistant(e) social(e)) de la microstructure : .....	74
2.1.3.	L'affiche en salle d'attente du médecin généraliste : .....	75
2.1.4.	Le bouche à oreille : .....	75
2.2.	Les déterminants motivant la prise de rendez-vous : .....	76
2.2.1.	Des motifs de consultation en lien avec le tabac très variés : .....	76
2.2.2.	Une aide dans la diminution de la consommation d'alcool : .....	78
2.2.3.	Une aide dans l'arrêt de la consommation de cannabis : .....	79
2.2.4.	La symbolique du spécialiste : .....	79
2.2.5.	Les attributs du spécialiste : .....	79
2.3.	Ressenti des patients sur l'accès aux consultations de tabacologie et sur l'organisation des consultations de tabacologie : .....	80
2.3.1.	Ressenti des patients sur la proposition de suivi tabacologique émise par leur médecin traitant : .....	80
2.3.2.	Ressenti des patients sur l'organisation des rendez-vous : .....	82
2.3.3.	Ressenti des patients sur le rythme des consultations : .....	83
2.3.4.	Ressenti des patients sur le lieu de consultation : .....	86
2.4.	Les attentes vis-à-vis des tabacologues : .....	89
2.4.1.	L'accompagnement dans l'arrêt ou dans la diminution de la consommation de tabac : .....	89
2.4.2.	L'accompagnement dans la diminution de la consommation d'alcool : .....	90
2.4.3.	L'accompagnement dans l'arrêt de la consommation de cannabis : .....	90
2.4.4.	Fixer des objectifs : .....	91
2.4.5.	Une relation d'écoute, dénuée de jugement et faite d'échanges et de conseils : .....	91
2.5.	Les avantages des consultations de tabacologie en microstructure : .....	92
2.5.1.	Une aide au sevrage tabagique ou à la diminution de la consommation de tabac : .....	92
2.5.2.	La consultation tabacologique comme lieu de discussion autour des autres consommations : .....	93
2.5.3.	La consultation tabacologique vécue aussi comme un entretien psychologique : .....	94
2.5.4.	Au-delà du professionnel de santé, il y a aussi un être humain : .....	96
2.5.5.	La mise en perspective avec l'hôpital : .....	97
2.5.6.	La gratuité des soins : .....	98
2.5.7.	La possibilité d'utiliser le CO testeur et le spiromètre en consultation : .....	99
2.5.8.	La mise à disposition de substituts nicotiniques en consultation : .....	100
2.6.	La relation médecin traitant/tabacologue : .....	101
2.6.1.	Les avis des patients : .....	101
2.6.2.	Transfert d'information du médecin traitant à la tabacologue : .....	101
2.6.3.	Transfert d'information de la tabacologue au médecin traitant : .....	102
2.6.4.	Sous couvert d'une autorisation par le patient : .....	103
2.6.5.	Sous couvert du secret médical et du type d'informations échangées : .....	103
2.6.6.	Un moyen de valoriser la démarche d'arrêt ou de diminution de la consommation de tabac : .....	104
2.7.	Les idées d'aide au sevrage tabagique exprimées par les patients : .....	105
2.7.1.	La prise en charge financière du sport en salle : .....	105
2.7.2.	La création de groupe de paroles : .....	106
2.7.3.	Des consultations de tabacologie en entreprise : .....	106
2.7.4.	La diffusion, la poursuite du projet et l'extension du projet : .....	107
<b>III.</b>	<b>DISCUSSION : .....</b>	<b>108</b>
<b>1.</b>	<b>Recrutement : .....</b>	<b>109</b>
<b>2.</b>	<b>Organisation des entretiens : .....</b>	<b>110</b>
<b>3.</b>	<b>Résultats de l'étude : .....</b>	<b>110</b>
4.1.	Sexe des personnes interrogées : .....	110
4.1.1.	Plus de femmes que d'hommes : .....	110
4.1.2.	Pourtant il existe moins de fumeuses que de fumeurs en France : .....	111

4.1.3.	Le tabac aurait plus d'impact sur la santé des femmes :.....	111
4.1.4.	Les femmes auraient plus de difficulté à arrêter de fumer :.....	112
4.1.5.	Les femmes ne sont pas majoritaires en microstructure et en CSAPA : .....	114
4.2.	Age des personnes interrogées :.....	115
3.2.1	Une faible proportion de jeunes suivis en consultation :.....	115
4.2.2.	Pourtant la prévalence du tabagisme est élevée chez les jeunes :.....	116
4.2.3.	Moins de tentative de sevrage et plus de difficulté à l'arrêt chez les jeunes : .....	117
4.2.4.	Consultations spécialisées pour les jeunes fumeurs :.....	119
4.3.	Statut tabagique des personnes interrogées : .....	119
4.3.1.	Définition du statut tabagique : .....	119
4.3.2.	Impact de la durée et de l'intensité du tabagisme sur la santé : .....	120
4.3.3.	Les patients suivis en consultation sont des gros fumeurs : .....	121
4.3.4.	Aux parcours longs et difficiles :.....	121
4.3.5.	La majorité des bénéficiaires avaient déjà consulté un(e) tabacologue : .....	123
4.4.	Une faible part d'inscrits en microstructure : .....	124
4.4.1.	Définition du patient inscrit en microstructure : .....	125
4.4.2.	Motifs d'inscription en microstructure : .....	126
4.5.	Accès aux consultations de tabacologie :.....	126
4.5.1	Les bénéficiaires sont majoritairement adressé par le médecin traitant :.....	126
4.5.2.	Avantages à être adressé par le médecin traitant : .....	127
4.5.3.	Moins de la moitié des patients adressés consultent réellement la tabacologie : .....	128
4.6.	Pourcentage de suivi des patients :.....	128
4.7.	Objectif de la prise en charge :.....	129
4.8.	Prise de rendez-vous : .....	129
4.9.	Rythme des consultations : .....	130
4.10.	Lieu de consultation :.....	130
4.11.	Réduction des inégalités sociales :.....	131
4.12.	Plus-value des consultations de tabacologie en dehors de la tabacologie : .....	132
4.13.	Visibilité des consultations :.....	133
4.14.	Pistes d'amélioration envisagées par les patients : .....	134
4.14.1.	Prise en charge financière de la pratique du sport en salle : .....	134
4.14.2.	Les groupes de paroles :.....	135
4.14.3.	Les tabacologues en entreprise : .....	136
<b>CONCLUSION :</b> .....		<b>138</b>
<b>IV.</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>141</b>
<b>V.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>146</b>
<b>VI.</b>	<b>ATTESTATION SUR L'HONNEUR</b> .....	<b>158</b>

## Liste des illustrations :

N°1. Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans. Evolution de 2000 à 2020. Santé Publique France.....	28
N°2. Prévalence du tabagisme quotidien selon le revenu par unité de consommation en France. Evolution de 2000 à 2020. Santé Publique France.....	30
N°3. Prévalence des fumeurs dans l'Union Européenne. 2020. Eurobaromètre spécial tabac.	34
N°4. Prévalence des fumeurs en 2019 dans différents pays selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economique.....	35
N°5. Part de fumeurs de cigarettes ou de tabac à rouler ayant effectué leur dernier achat de tabac dans un pays limitrophe. 2018. Santé Publique France.....	38
N°6. Evolution du pourcentage de fumeurs suivis par le réseau des microstructures d'Alsace depuis 2009. Rapport d'activité d'Ithaque.....	38
N°7. Tableau des entretiens réalisés entre l'auteur et les professionnels impliqués dans le dispositif.....	61
N°8. Tableau résumant les caractéristiques des patients interrogés.....	67
N°9. Parcours de soin illustré d'un patient.....	70
N°10. Parcours de soin illustré d'un patient.....	71
N°11. Parcours de soin illustré d'un patient.....	72
N°12. Proportion de fumeurs par sexe de 1953 à 2003. Santé Publique France.....	111

## Liste des abréviations :

AAP : appel à projets

AFNOR : association française de normalisation

ALT : association de lutte contre la toxicomanie

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

Anses : agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARS : agence régionale de santé

ASALEE : actions de santé libérale en équipe

AVC : accident vasculaire cérébral

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAGE-DETA : cut down, annoyed, guilty, eye opener

CDT : consultation de dépendance tabagique

CIM-10 : classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé

CIRDD : centre d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances

CJC : consultation jeunes consommateurs

CNAM : caisse nationale de l'assurance maladie

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CNRMS : coordination nationale des réseaux de microstructures médicales

CO testeur : testeur de monoxyde de carbone

COREQ : consolidated criteria for reporting qualitative research

Covid 19 : coronavirus

CSAPA : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DARES : direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

DGCCRF : direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

DIU : diplôme interuniversitaire

DPC : développement professionnel continu

DSM : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EBM : evidence based medicine

ECN : épreuves classantes nationales

ELSA : équipes de liaison et de soin en addictologie

F : femme

H: homme

HAD : hospital anxiety and depression scale

HAS : haute autorité de santé

IMC : indice de masse corporelle

MG : médecine générale

MILDECA : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MS : microstructure

MT : médecin traitant

MUS : maison urbaine de santé

OCDE : organisation de coopération et de développement économique

OFDT : observatoire français des drogues et des toxicomanies

OMS : organisation mondiale de la santé

PA : paquet-année

PNLT : programme national de lutte contre le tabac

PNRT : programme national de réduction du tabagisme

Ppm : partie par million

Psy : psychologue

QPV : quartiers prioritaires de la politique de la ville

RMS Alsace : réseau des microstructures médicales d'Alsace

SCMR : salle de consommation à moindre risque

SFT : société francophone de tabacologie

SSU : service de santé universitaire

TCC : thérapies cognitives et comportementales

TN : nicotine transdermique

TSN : traitement de substitution nicotinique

UE : union européenne

## Liste des annexes :

N°1. Flyer de recrutement.....	141
N°2. Guide d'entretien.....	142
N°3. Tableau récapitulatif des données.....	143
N°4. Modèle d'information.....	144

## INTRODUCTION :

Depuis quelques mois en France, la « puff », une cigarette électronique jetable séduit les jeunes. Cette e-cigarette a un taux de nicotine variable : 0%, 0,9% ou 1,7%. A usage unique, au goût fruité, au packaging coloré, elle est largement relayée sur les réseaux sociaux. Ces cigarettes rencontrent alors un franc succès chez les lycéens et collégiens, quand bien même il est interdit de vendre ce type de produits aux moins de 18 ans. Son acquisition est facile (achat sur compte Instagram, internet, en bureau de tabac). Il peut y avoir un risque rapide d'addiction à la nicotine chez les plus jeunes. Même les puffs sans nicotine pourraient être dommageables en banalisant le vapotage (1). Le tabac est un sujet qui demeure bien d'actualité avec des nouvelles tendances qui mettent à mal la lutte contre le tabagisme et les addictions.

En France, « en 2020, plus de trois adultes de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (31,8%) et un quart déclaraient fumer quotidiennement, soit une prévalence de 25,5% » (2). La consommation de tabac est particulièrement importante en France en comparaison avec les pays de l'Union Européenne (notamment ceux de l'Europe de l'Ouest) et aux autres pays développés où les taux avoisinent les 10% (3). Le tabac est la première cause de mortalité évitable, première cause de mortalité par cancer et de mortalité avant soixante-cinq ans, en France (4). « En 2015, 75 320 décès ont été estimés attribuables au tabagisme sur les 580 000 décès enregistrés, ce qui correspond à environ 13% des décès survenus en France métropolitaine la même année » (5). Les dépenses de santé secondaires à la consommation de tabac sont considérables, et le coût du tabac pour notre société dépasse le montant des recettes (6).

Le tabac est un marqueur des inégalités sociales en France. Après une baisse du tabagisme en France métropolitaine de 2017 à 2019, la prévalence se stabilise en 2020 sauf parmi le tiers de la population dont les revenus sont les moins élevés où la prévalence du tabagisme quotidien augmente de 29,8% à 33,3% (2). En 2020, 18% des « hauts revenus » sont fumeurs contre 33,3% chez les personnes à « bas revenus », soit 15,3 points d'écart entre les plus bas et les plus hauts revenus » (2). Les personnes isolées socialement (sans emploi, sans Internet) reçoivent certainement moins les messages de prévention sanitaire. « Et, si elles ont accès à cette information, certaines personnes tombent dans une méfiance à l'égard des messages de prévention et dans un déni du risque » (7). Les personnes en situation de précarité présentent des difficultés d'accès aux soins et ont plus de risques de renoncer à des soins médicaux (8).

Comment améliorer la lutte contre le tabac en France ? Quelles places peuvent prendre les médecins généralistes dans cette lutte ?

Le concept de microstructure médicale est né en 1999 à Strasbourg suite au travail collectif de différents professionnels afin de faire face aux difficultés rencontrées par des personnes dépendantes aux psychotropes (9). La microstructure est une équipe de soins médicale et paramédicale composée par un médecin généraliste autour duquel viennent se greffer un psychologue et un travailleur social. Elle permet une prise en charge pluridisciplinaire des patients au plus près de chez eux, directement dans le cabinet de leur médecin généraliste. Elle permet aussi aux professionnels de santé de travailler ensemble, de réfléchir à des solutions, de partager les informations et d'allier prise en charge médicale,

psychologique et sociale. Les troubles psychiatriques sont fréquents chez les sujets présentant des addictions (en particulier, les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, les troubles psychotiques et les troubles de la personnalité) et inversement, les addictions sont fréquentes chez les patients présentant des troubles psychiatriques (10). De la même manière, les conduites à risques et les consommations problématiques sont plus répandues dans les milieux défavorisés sans pouvoir déterminer s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence (11). Travailler sur ces trois axes (médical, social, psychologique) simultanément est donc primordial et nécessaire. Les microstructures sont organisées en des réseaux régionaux (pour le Grand Est, le réseau s'appelle « Coordination Grand Est » et est situé à Ithaque à Strasbourg) et en un réseau national (CNRMS, également situé à Ithaque à Strasbourg). Initiées en Alsace, elles se développent petit à petit dans toute la France. Plus de 150 microstructures devraient exister d'ici 2022 (9). Initialement réservée aux patients souffrant d'addictions aux psychotropes, le dispositif a été élargi à d'autres indications : toutes formes d'addictions (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, héroïne, jeux d'argent, addiction sexuelle), précarité et récemment les complications à long terme de la pandémie de Covid-19 (nécessitant un soutien psychologique et une prise en charge sociale). De nouveaux professionnels intègrent progressivement les microstructures : à titre d'exemple, un psychiatre à Strasbourg intervient directement dans certaines microstructures et favorise le lien ville-hôpital. Le réseau propose aussi des projets de santé originaux comme des dépistages de fibrose hépatique par Fibroscan directement au cabinet du médecin généraliste, la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostiques pour le VIH et le VHC. Etant donné les difficultés d'accès aux soins des usagers de drogues, l'idée était que les soins se rapprochent des usagers.

Comment développer le réseau des microstructures à l'échelle nationale ? Comment évaluer au mieux le dispositif ? Comment améliorer le dispositif ? Avec quels professionnels ? Quels financements ?

Le médecin généraliste est un professionnel de premier recours autour de la question du tabac, en dépistant les patients fumeurs, en motivant et accompagnant les patients dans la diminution ou dans l'arrêt de la consommation de tabac. Cependant des freins au sevrage existent, notamment, le manque de formation ressenti par les médecins généralistes (12), le caractère chronophage de la consultation de sevrage (12), le tabac jugé comme motif secondaire de consultation par le patient (13). Le patient peut aller consulter à l'extérieur du cabinet médical, mais le délai de prise en charge pour une première consultation tabacologique à l'hôpital peut décourager un patient motivé (13). D'autre part, le patient peut ne pas vouloir aller consulter dans un CSAPA ou à l'hôpital par peur d'être stigmatisé. Enfin, le trajet à faire pour se rendre au lieu de consultation et le coût d'une consultation médicale peuvent également être des freins retrouvés au sevrage tabagique.

Comment mieux répondre à la demande de sevrage tabagique des patients ?

Des consultations de tabacologie en microstructures à Strasbourg ont été mises en place afin de permettre un accès facile, rapide et gratuit à des consultations de tabacologie pour les patients souhaitant en bénéficier. Depuis le mois de mars 2018, une médecin tabacologue et addictologue travaillant au Réseau des Microstructures Médicales d'Alsace (RMS Alsace), assure une permanence tabacologique en alternance dans deux microstructures à Strasbourg. Dans le cadre de la mise en œuvre du « Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-

2022 » (PNLT), l'ARS Grand Est a lancé un appel à projets (AAP) avec des fonds dédiés (« Fonds Tabac ») (14), pour la mise en œuvre de projets visant à lutter contre le tabac en région Grand Est, en appliquant des programmes régionaux de réduction du tabagisme. Le projet poursuivait deux objectifs principaux : la réduction des inégalités sociales de santé et la diminution de la prévalence du tabagisme dans les Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV) auprès des publics précaires (15). RMS Alsace a répondu à l'appel à projet et a pu pérenniser les consultations de tabacologie du 1<sup>er</sup> novembre 2018 au 31 décembre 2021. Une nouvelle médecin tabacologue et addictologue du réseau a assuré de nouvelles consultations dans quatre autres microstructures depuis septembre 2020. Au total, 6 microstructures ont bénéficié de la présence des tabacologues.

Face à ces questions, nous avons décidé d'aller voir comment cela se passe sur le terrain et d'interroger directement les patients. Quels sont les retours d'expérience de patients sur les consultations de tabacologie en microstructure en Alsace ?

## I. MATERIEL ET METHODES :

Cette partie est divisée en deux parties. La première partie de matériel et méthodes consiste en une synthèse préalable des données de la littérature sur le tabac en France en 2022. La deuxième partie de matériel et méthodes se rapporte à la méthode d'analyse choisie et à son application dans ce travail de recherche.

### 1. Première partie : Données relatives au tabagisme et à notre système de soins en France en 2022

#### **1.1. Mortalité en lien avec le tabac en France :**

En France, le tabac est la première cause de mortalité évitable, première cause de mortalité par cancer et de mortalité avant soixante-cinq ans (4). Les conséquences de la consommation de tabac sont connues concernant les risques individuels (pour exemple : aggravation de l'asthme, infections respiratoires, risques liés à la grossesse, impuissance, infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux, cancers broncho-pulmonaires et autres cancers (larynx, cavité buccale, pharynx, œsophage, vessie...), broncho-pneumopathie chronique obstructive, ostéoporose...), et pour l'entourage (risque augmenté de cancer broncho-pulmonaire et de maladies cardiaques de l'entourage, risque augmenté de faible poids de naissance, de mort subite du nourrisson, d'asthme, d'infections respiratoires chez les enfants...).

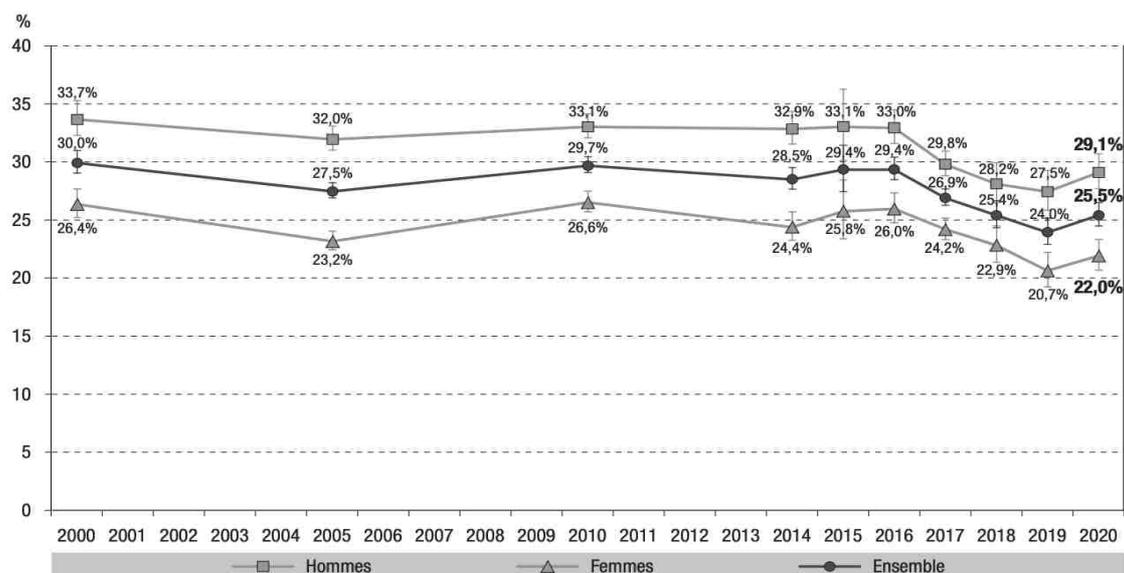
En 2015, environ 75 000 décès ont été attribués au tabagisme ; ce qui correspond à environ 13% des décès (5). Le nombre de décès était plus important chez les hommes (55 420 décès) que chez les femmes (19 900 décès) ; soit respectivement 19,3% et 6,9% de l'ensemble

des décès (5). La cause majoritaire des décès était un cancer (61,7% des personnes). Les décès étaient également causés par une maladie cardio-vasculaire (22,1%) et par une pathologie respiratoire (16,2%) (5).

## 1.2. Évolution du tabagisme en France depuis les années 2000 :

Pour suivre l'évolution de la prévalence du tabagisme quotidien en France, on peut s'appuyer sur les résultats des baromètres de Santé publique France (2).

Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France, évolution 2000-2020



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020 et Baromètre cancer 2015.

Les études de prévalence montrent une baisse de 30% en 2000 à 27,5% en 2005. On note ensuite une augmentation significative du tabagisme de 2005 à 2010 où la prévalence augmente à 29,7%. De 2010 à 2016 (2014 : 28,5%, 2015 : 29,4%, 2016 : 29,4%) la prévalence reste stable.

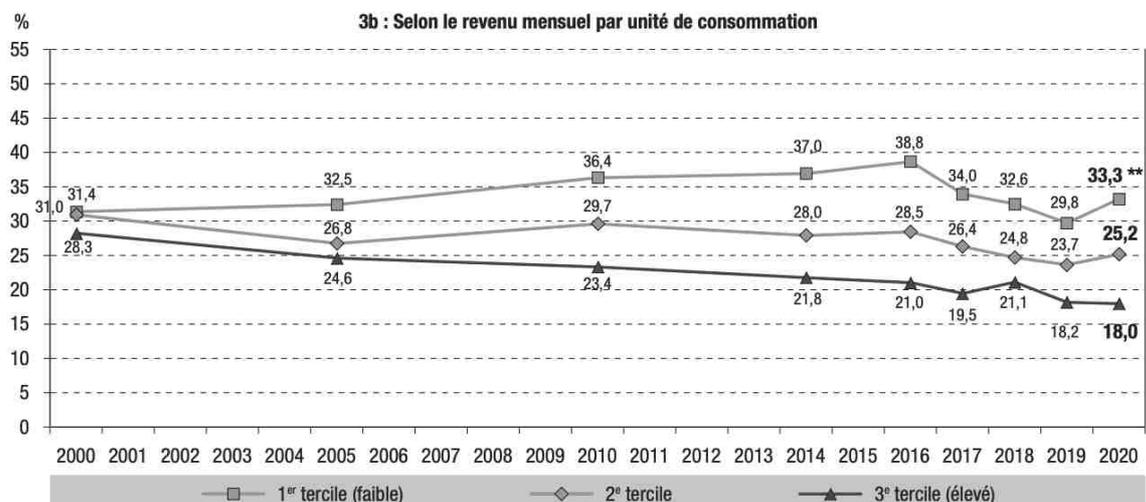
Après plusieurs années de stabilité, la prévalence du tabagisme diminue à 26,9% en 2017 (soit d'un million de fumeurs entre 2016 et 2017). En 2018, le tabagisme poursuit sa baisse

significative avec une prévalence de 25.4% (soit 600 000 fumeurs en moins entre 2017 et 2018). En 2019, le tabagisme poursuit encore sa baisse avec 24% de prévalence, soit 1,4 point de moins qu'en 2018 (16).

En 2020, la France, comme le reste du monde, a été touchée par une crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. L'interdiction de déplacement en France a été mise en place à trois reprises : du 17 mars au 11 mai 2020, du 30 octobre au 15 décembre 2020 et du 3 avril au 3 mai 2021. Cela va sans dire que la prévalence du tabagisme en 2020 et son évolution par rapport à 2019 est fortement corrélée à cette crise sanitaire. « En 2020, plus de trois adultes de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (31,8%) et un quart déclaraient fumer quotidiennement, soit une prévalence de 25,5% » (2). Statistiquement, la prévalence du tabagisme quotidien ne varie pas significativement par rapport à 2019 (2).

Au total, après une baisse du tabagisme en France métropolitaine de 2017 à 2019, la prévalence se stabilise en 2020. Cependant, lorsque l'on prend en compte les revenus des enquêtés, on remarque qu'entre 2019 et 2020, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté de 29,8% à 33,3% parmi le tiers de la population dont les revenus étaient les moins élevés. Les inégalités sociales sont très marquées en 2020, avec 15,3 points d'écart entre les plus bas et les plus hauts revenus (2).

**Prévalence du tabagisme quotidien selon le revenu par unité de consommation (18-75 ans)  
en France, évolution 2000-2020**



### 1.3. Pourquoi la prévalence du tabagisme est plus élevée dans les milieux sociaux défavorisés ?

Malgré un prix du paquet élevé, les Français les plus défavorisés fument davantage que les personnes à hauts revenus. Plusieurs pistes explicatives analysent les raisons d'une telle différence.

Les personnes isolées (sans emploi, sans Internet) reçoivent certainement moins les messages de prévention sanitaire que les personnes intégrées socialement. « Et, si elles ont accès à cette information, certaines personnes tombent dans une méfiance à l'égard des messages de prévention et dans un déni du risque » (7). Dans son ouvrage intitulé « La cigarette du pauvre », Patrick Peretti-Watel (sociologue à l'Inserm) explique que « les campagnes de prévention s'appuient sur des chiffres pas forcément simples à comprendre quand on n'a pas le niveau scolaire. Mais au-delà, plus on est marginalisé, plus on se méfie des discours politiques et sanitaires » (7). P. Peretti-Watel souligne également que « chez les

personnes en grande précarité, la pauvreté induit une myopie peu propice à la bonne réception des messages préventifs ». Au cours d'un entretien avec un journaliste (17), il explique ce qu'il entend par myopie : « le message préventif, en particulier sur le tabac, informe qu'en fumant vous réduisez votre espérance de vie future et vous risquez d'avoir une maladie très grave dans vingt, trente ou quarante ans. Pour que ce discours soit efficace, il faut qu'il s'adresse à des gens qui sont capables de se projeter dans vingt, trente ou quarante ans. Les personnes qui vivent dans une situation de précarité, au jour le jour, ceux qui ne savent pas comment ils vont boucler la fin du mois ne sont pas concernés par ce type de message. Voilà ce que veut dire le mot myopie » (17).

Dans sa thèse de psychologie intitulée « Des insertions sociales au sevrage tabagique » (18), Frédéric Merson s'intéresse aux déterminants du sevrage tabagique dans le milieu socio-économique précaire. Plusieurs études sont citées, notamment une étude réalisée dans quatre pays sur plus de huit mille fumeurs, qui met en évidence un gradient social dans la dépendance tabagique selon les niveaux d'éducation et de revenus. Selon cette étude, « des niveaux d'éducation plus faibles sont associés à une dépendance à la nicotine plus élevée » (19). Frédéric Merson explique que les fumeurs de bas niveau socio-économique subissent un stress psychologique important, d'autre part, ils attribuent un effet anxiolytique à leur tabagisme (20) ainsi ils fument plus pour être moins anxieux et deviennent plus dépendants (18). Le tabagisme, dans les populations défavorisées, représente également un des rares plaisirs accessible malgré les conséquences négatives de cette consommation (18). Le tabac représente une ressource compensatoire d'un environnement social fragile : la cigarette compense les maux tels que l'ennui, la solitude, la faim (18). Contrairement aux populations présentant un haut statut socio-économique, les fumeurs pauvres envisagent le sevrage tabagique par pure nécessité soit pour des raisons financières, soit parce qu'une maladie les

obligent à arrêter (18). « Les motivations, majoritairement financières, sont associées à un regret anticipé du tabagisme plus important, caractérisé par la perte des effets positifs de la consommation. Le sevrage ne représente donc que contrainte et privation » (18). Ces motivations correspondent dans la littérature à une moindre réussite selon l'étude de Baha M. & Le Faou (21).

D'autres raisons sont également mises en évidence dans la thèse de F. Merson. Selon certaines études, les personnes de haut niveau d'éducation sont moins centrées sur les effets négatifs du sevrage (possible prise de poids, syndrome de manque ou stress) contrairement aux personnes de faible niveau d'éducation pour qui les conséquences négatives semblent plus mises en avant (22). L'investissement dans une démarche de sevrage peut être coûteux psychologiquement et physiquement (18). Le sevrage nécessite une capacité à se projeter dans le temps pour annihiler les effets négatifs du sevrage à court terme (18). Les contextes de vie difficiles des fumeurs pauvres les enferment dans une existence vécue dans l'instant présent et les tentatives de mieux-être dans l'instant présent vont primer sur un bien-être futur éventuel (18).

Le médecin est un interlocuteur privilégié pouvant participer à la décision d'arrêt (18). Des recherches longitudinales ont montré qu'« un conseil minimal prodigué lors de consultations tout-venant par les praticiens médicaux se répercutait directement sur le nombre de tentatives d'arrêt à 6 mois » (23). Une étude a mis en évidence que « les patients présentant de bas niveaux socio-économiques en bénéficiaient moins » (24). Les raisons évoquées par les médecins reposent sur la justification du tabagisme comme outil compensatoire, souvent seule source de plaisir d'un contexte de vie difficile des patients précaires (18). Le non recours ou le recours moins important aux soins médicaux dans les populations de bas statut socio-économique apparaît également comme un facteur

expliquant la prévalence plus élevée du tabagisme chez les fumeurs pauvres (18). D'autre part, plusieurs études ont montré que la perception des traitements substitutifs était plus négative dans ces populations (18). Ils doutent de l'efficacité des traitements médicamenteux (25).

Dans l'article « Le sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité : état des lieux et propositions d'optimisation » (26), les auteurs proposent des solutions afin de diminuer la prévalence du tabagisme dans les populations précaires. « Indépendamment de la poursuite des mesures visant à dénormaliser l'image du tabac, il convient de développer des projets de prévention et d'aide à l'arrêt prenant en compte les spécificités des situations de précarité. L'accompagnement proposé par les spécialistes de la tabacologie doit être renforcé. Les projets personnalisés de sevrage, mis en place avec les fumeurs, s'intéresseront autant aux dimensions de sa dépendance, aux consommations de substances psychoactives et aux dimensions spécifiques de ses conditions de vie » (26).

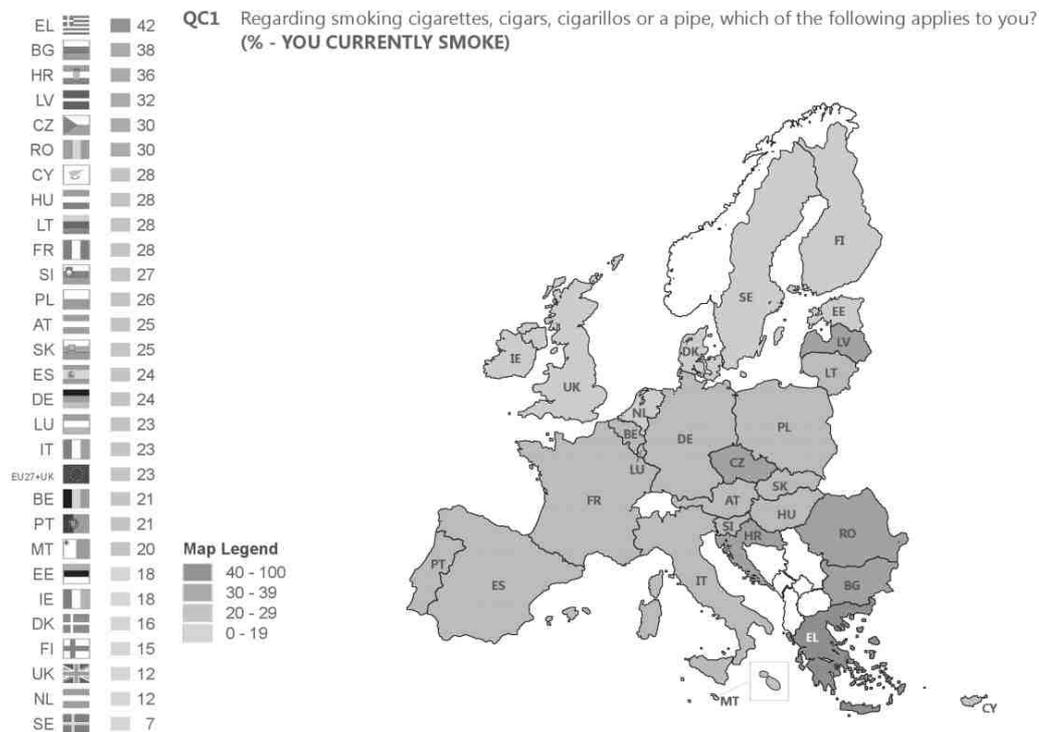
#### **1.4. Où se situe la France par rapport à d'autres pays dans la consommation tabagique ?**

Si l'on s'intéresse à la position de la France par rapport à la consommation tabagique, on constate que le tabagisme reste plus répandu en France que dans d'autres pays. Les données sont cependant difficiles à comparer car il n'existe pas d'enquête internationale permettant de connaître la prévalence du tabagisme pour la population de chacun des pays pour une même année. La comparaison ne peut s'effectuer qu'à partir de la mise en regard d'enquêtes nationales (qui n'ont pas forcément lieu en même temps ou selon la même méthodologie) ou supranationales limitées (27). L'« Eurobaromètre spécial tabac » pour les états membres de l'Union Européenne fournit ces éléments. La dernière publication qui rend compte des

« Attitudes des Européens à l'égard du tabac et des cigarettes électroniques » (28) date de février 2021 et porte sur une étude de 2020.

La France avec 28% de prévalence de tabagisme est classée loin derrière la Suède (7%), les Pays-Bas (12%), le Royaume-Uni (12%), mais aussi derrière nos pays limitrophes : la Belgique (21%), l'Italie (23%), l'Allemagne (24%), l'Espagne (24%).

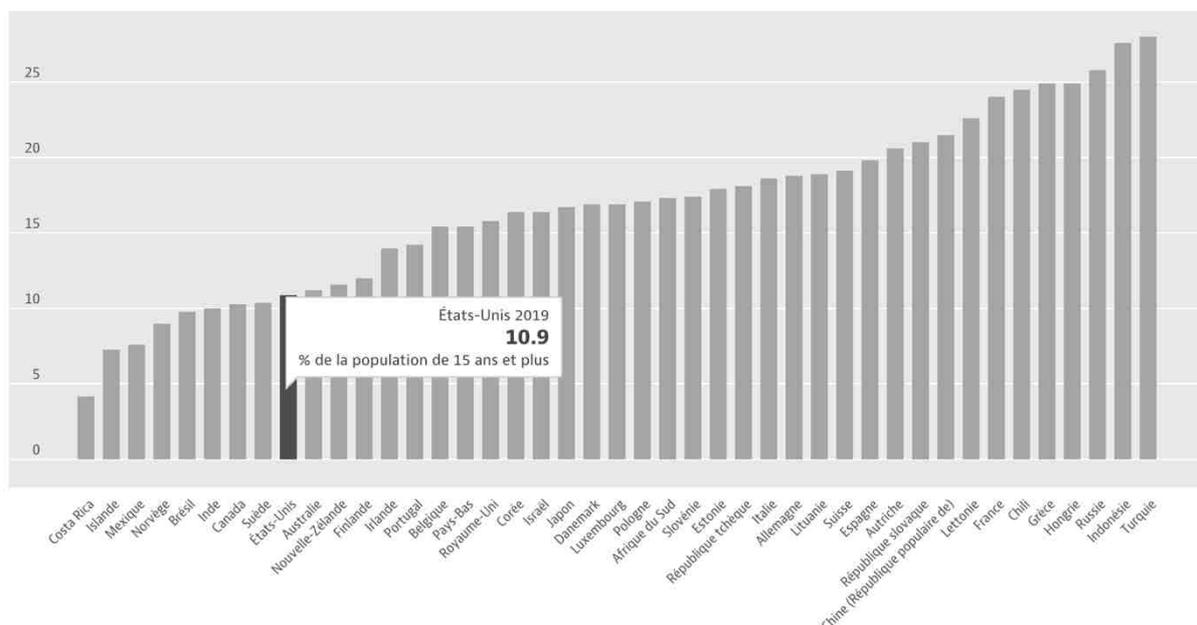
In all but seven countries, at least one in five are smokers. Nonetheless, there are significant differences between countries in the prevalence of smoking. In line with the previous survey, the highest proportions of smokers can be observed in Greece (42%), Bulgaria (38%) and Croatia (36%). At the other end of the spectrum, 7% in Sweden, 12% in the Netherlands and the United Kingdom, and 15% in Finland are smokers. It is worth noting that 18% of the respondents in Sweden use oral tobacco at least monthly<sup>10</sup>.



Base: All respondents, N = 28,300

On peut aller plus loin en s'intéressant aux autres pays hors Union Européenne. L'« Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) » publie les données issues des enquêtes nationales de ces pays. Les fumeurs quotidiens sont exprimés en pourcentage de la population considérée. Selon les dernières données disponibles, on voit

qu'en 2019 : 24% de la population française fumait quotidiennement du tabac, contre 10.3% au Canada, 10.9% aux Etats-Unis, et 11.2% en Australie (29).



En conclusion, par rapport aux pays de l'UE, tout particulièrement ceux de l'Europe de l'Ouest, ainsi qu'aux autres pays développés, la consommation de tabac apparaît donc particulièrement importante en France (27).

### 1.5. Comment expliquer une telle disparité par rapport aux autres pays ?

Les prix du tabac en France sont pourtant parmi les plus élevés de l'UE, bien plus que dans les pays voisins, même en tenant compte du niveau de vie des habitants (27). Le contraste important entre des prix élevés et cette prévalence qui reste forte s'explique par le moindre coût du tabac dans les pays voisins qui favorisent les achats transfrontaliers et par la politique appliquée aux augmentations de prix du paquet de cigarette en France.

Depuis de nombreuses années, le prix du paquet augmente. Cependant, il a été démontré que « pour faire baisser durablement la consommation de tabac, les hausses doivent être conséquentes et répétées or la France n'a pas toujours suivi cette dynamique » (30). Après les

fortes augmentations de prix entre 2002 et 2004 (+ 1,40 euro, soit 39 %), les prix ont stagné quelques années (2005 : 5 euros, 2006 : 5 euros, 2007 : 5.13 euros, 2008 : 5.30 euros), avant de connaître entre 2009 et 2014 des hausses modérées et progressives (2009 : 5.35 euros, 2010 : 5.65 euros, 2011 : 5.98 euros, 2012 : 6.30 euros, 2013 : 6.70 euros, 2014 : 7 euros). De 2014 à 2017, le prix du paquet est resté stable (2017 : 7.05 euros). C'est seulement depuis 2018 que le prix du paquet augmente en flèche (2018 : 7,88 euros, 2019 : 8,78 euros, 2020 : 10 euros). Le paquet de 20 cigarettes a atteint la barre des 10 euros (pour la marque la plus vendue en France) en 2020.

D'autres raisons peuvent aussi être évoquées pour expliquer cette prévalence élevée du tabagisme en France, à savoir : les politiques de santé publique. La politique de santé publique s'exprime par les programmes de lutte contre le tabac qui se sont étalés dans le temps. Entre la politique du début des années 2000 et la politique d'aujourd'hui, les lois étaient plus ou moins permissives sur la consommation de tabac en France. Malgré un tabagisme élevé depuis le 20<sup>ème</sup> siècle en France (31), il a fallu attendre 2009 pour que la vente de tabac soit interdite aux moins de 18 ans, 2010 pour que l'apposition des coordonnées de « Tabac Info Service » soit sur tous les paquets, 2016 pour la mise en place du paquet neutre, et 2019 pour le remboursement des substituts nicotiques à 65 %.

D'autre part, ce paradoxe français est lié en partie aussi au fait que certaines mesures sont peu ou pas appliquées en l'absence de contrôles. Ainsi, par exemple, « la grande majorité des enfants fumeurs achètent leur tabac chez les buralistes, qui n'appliquent pas la Loi interdisant formellement cette vente » (32).

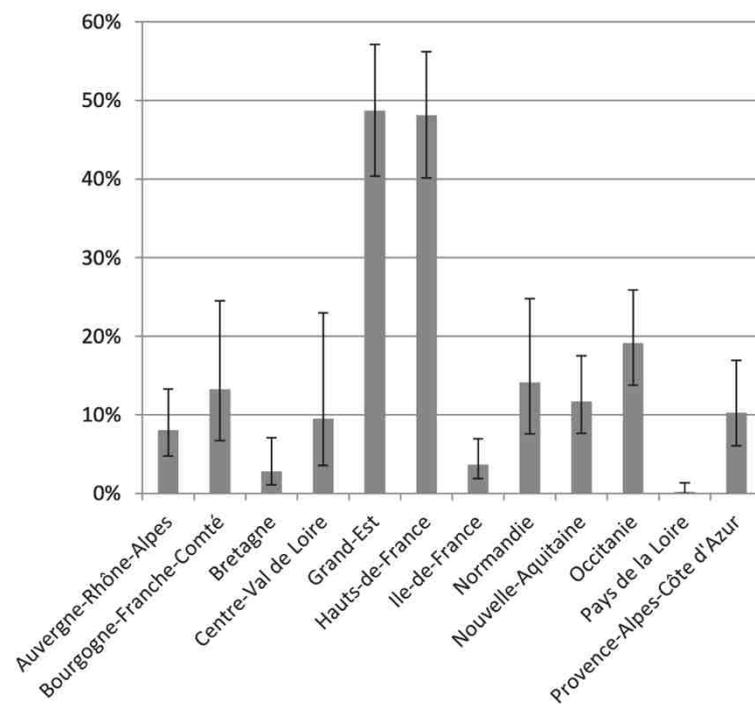
## 1.6. Prévalence du tabac dans le Grand Est :

D'après le Baromètre santé 2017 dans le Grand Est, « la prévalence du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans s'élève à 30,1 % ». A structure d'âge identique, la région Grand Est figure ainsi au 4ème rang des régions où le tabagisme est le plus fréquent en 2017, après Provence-Alpes-Côte d'Azur (32,2 %), les Hauts-de-France (30,5 %) et l'Occitanie (30,3 %). Il faut comparer ces chiffres à celui de la prévalence sur la France métropolitaine qui est de 26,9 % en 2017. Plus en détail, près de 75 % des fumeurs quotidiens du Grand Est fumaient de façon intensive (> 10 cigarettes/jour), soit davantage que la moyenne nationale (66,8 %) et près d'un quart (23,1 %) présentait une forte dépendance au tabac, contre 18,4 % pour la moyenne Française (33).

En Grand Est en 2015, le nombre total de décès attribuables au tabagisme a été estimé à 7 675, soit 14,7 % du total des décès survenus la même année dans la région. Cette proportion est donc légèrement plus élevée que les 13 % estimés au niveau de la France entière (34).

La forte prévalence tabagique est favorisée par les achats transfrontaliers. En 2018, parmi les fumeurs de cigarettes (manufacturées ou roulées), la part de ceux ayant réalisé leur dernier achat de tabac dans un pays limitrophe était très différente selon la région de résidence. La région Grand-Est se distinguait des autres régions, avec des taux d'achat avoisinant les 50 % contre 9 % en moyenne dans l'ensemble des autres régions. Pour le détail, en 2018, parmi l'ensemble des fumeurs ayant effectué leur dernier achat dans un pays limitrophe, 40 % déclaraient avoir fait cet achat en Belgique, 20 % en Espagne, 15 % au Luxembourg, 11 % en Allemagne et 7 % en Andorre. L'Italie et la Suisse étaient citées par moins de 5 % des fumeurs (34).

Figure 15 : Part de fumeurs de cigarettes ou de tabac à rouler ayant effectué leur dernier achat de tabac dans un pays limitrophe, selon la région, en 2018.

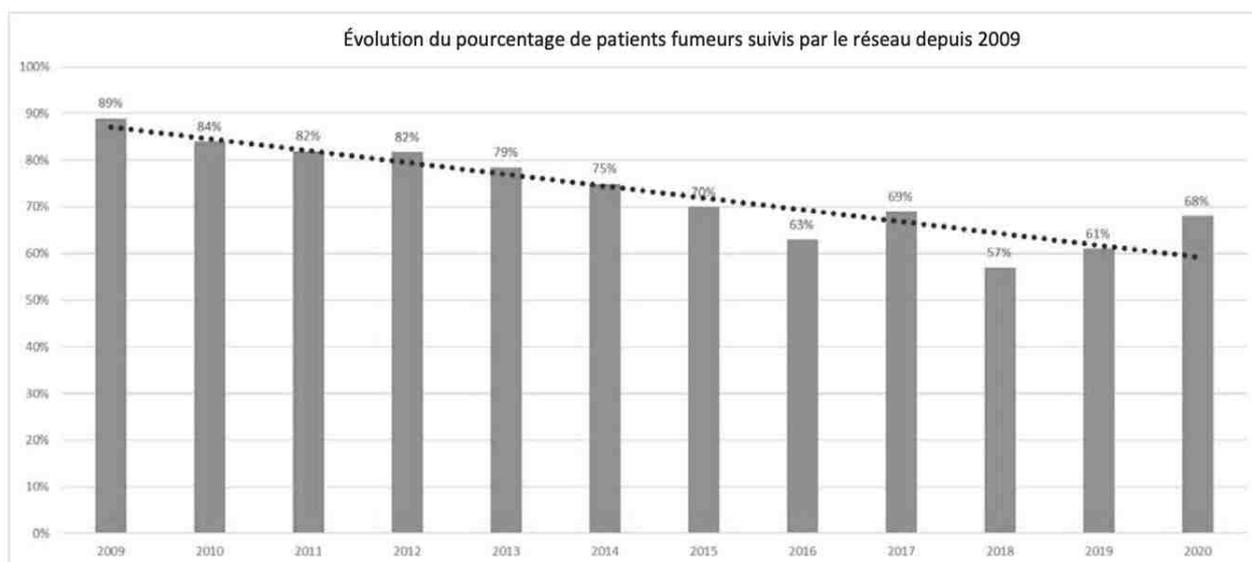


Champs : France métropolitaine

Sources : Baromètre de Santé publique France 2018, Santé publique France

### 1.7. Proportion de patients fumeurs suivis en microstructures en Alsace :

Selon les rapports d'RMS Alsace (35), « en 2017, le nombre de personnes fréquentant le dispositif de microstructures en Alsace était de 1097 personnes dont 58.5 % d'hommes et 41.5 % de femmes ». Parmi ces patients inscrits en microstructures en Alsace, « 69% étaient des fumeurs réguliers, avec 23 ans d'ancienneté tabagique ». Donc la majorité des inscrits sont des fumeurs et de gros fumeurs.



Pour commenter ce graphique, on voit que « jusqu'en 2016, il y avait une baisse plutôt régulière du nombre de fumeurs suivis en microstructures » mais « depuis 2019, le nombre repart à la hausse ». Ce qu'il faut retenir c'est qu'en 2020 « les patients sont 68% à fumer et ils fument 17,9 cigarettes par jour, depuis 24 ans en moyenne » (35).

### **1.8. Dispositions de lutte contre le tabagisme en France :**

Quelle est l'histoire chronologique des dispositions de lutte mises en place contre le tabagisme en France ? « La prévention du tabagisme en France est traitée dans les lois de santé publique, par les plans gouvernementaux et les plans cancers » (36).

La loi Veil du 9 juillet 1976 est le premier texte de loi visant à lutter contre les méfaits du tabagisme en France. Elle combat principalement la publicité, prévoit des interdictions de fumer dans certains lieux à usage collectif et impose l'inscription de la mention « Abus dangereux » sur les paquets de cigarettes (37).

Puis, à l'échelle mondiale, l'OMS a instituée la « Journée mondiale sans tabac » en 1987 pour mieux faire connaître, partout dans le monde, l'épidémie de tabagisme et ses effets mortels. Aujourd'hui la « journée mondiale sans tabac » est organisée dans le monde entier, chaque année, le 31 mai (38).

La loi Evin du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme, renforce le dispositif législatif en favorisant la hausse du prix des cigarettes. En posant le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif (y compris les locaux des gares et moyens de transport sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs, définis par décret). Elle interdit toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac et des produits dérivés. Interdit la vente de tabac aux moins de 16 ans.

Le décret du 15 novembre 2006 modifie la loi Évin et étend l'interdiction de fumer à d'autres lieux à usage collectif : tous les lieux fermés et couverts accueillant du public (cafés, restaurants...) ou qui constituent des lieux de travail, établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, dans toute l'enceinte (y compris les endroits ouverts comme les cours d'école) des écoles, collèges et lycées, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. Certaines catégories d'établissements (débits de boissons, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques) ont eu jusqu'au 1er janvier 2008 pour s'adapter à la nouvelle réglementation.

Lors du 1<sup>er</sup> plan cancer « Plan Cancer I 2003-2007 » ont eu lieu des hausses de prix fortes et répétées (+ 42 % entre 2002 et 2004) pour dissuader l'accès au tabac.

En 2007, l'Assurance Maladie rembourse, pour un montant maximum de 50 euros par an et par bénéficiaire, les traitements par substituts nicotiques.

Lors du 2<sup>ème</sup> plan cancer « Plan cancer II de 2009-2013 », ont été mis en place le renforcement de la protection des mineurs face au tabagisme. En 2009 : extension de l'interdiction de vente aux moins de 18 ans au lieu des moins de 16 ans.

Arrêté du 15 avril 2010 : modalités du passage des avertissements sanitaires textuels aux messages visuels (photographie et texte) avec l'apposition des coordonnées de Tabac Info Service sur tous les paquets. Mise en application en avril 2011 des messages sanitaires visuels sur les paquets de cigarettes ; un an après pour les autres produits du tabac (à rouler, à pipe, cigares, cigarillos...)

Septembre 2011 : renforcement de la politique d'aide au sevrage tabagique ; montant de remboursement des substituts nicotiques porté de 50 à 150 € pour les femmes enceintes.

Le 3<sup>ème</sup> plan cancer (2014-2019) prévoit la mise en place du Programme National de réduction du Tabagisme (PNRT) (39). Loi du 26 janvier 2016 : interdiction de publicité sur les lieux de vente, des arômes perceptibles et de certains additifs et de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur.

Le 20 mai 2016 est mis en place le paquet neutre qui se caractérise par une seule et même couleur pour tous les paquets de cigarette et de tabac à rouler, quelle que soit leur marque, les mêmes modalités d'inscription de la marque sur les emballages, des avertissements sanitaires combinés (texte et visuel) élargis à 65% du paquet (contre 30% à 40% auparavant).

2016 : mise en place du « Mois sans Tabac ». Grand défi collectif invitant au mois de novembre à arrêter de fumer. Cette opération nationale, portée par Santé publique France et le Ministère des Affaires sociales et de la Santé en partenariat avec l'Assurance Maladie, permet d'accompagner les fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac durant 30 jours, et de soutenir leur motivation via des actions de communication et de prévention de proximité.

Novembre 2016 : Mise en place du remboursement des substituts nicotiniques prescrits à hauteur de 150 euros par an et par personne, après une extension des professions habilitées à prescrire début 2016.

1<sup>er</sup> Janvier 2019 : « plan Priorité Prévention 2018-2019 » (40). Remboursement des substituts nicotiniques à 65 %, comme n'importe quel médicament, sur prescription. Les complémentaires santé prennent en charge le ticket modérateur de ces médicaments.

Le « Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 » (41) traduit la volonté d'agir encore plus en combinant des actions économiques, sociales et sanitaires. « Toutes ces actions doivent converger vers un but : aider les jeunes enfants d'aujourd'hui à devenir, dès 2032, la première génération d'adultes sans tabac ». Il est composé de 28 actions.

### **1.9. Évaluation d'un patient tabagique en consultation via des tests : Comment dépister la dépendance au tabac ? Comment dépister des codépendances ? Comment évaluer la motivation à l'arrêt ?**

En ce qui concerne le dépistage de la dépendance au tabac, nous pouvons utiliser des tests tels que le « Test de Fagerström » à six questions (42) ou la version simplifiée en deux questions (43), permettant de classer le niveau de dépendance du patient entre « pas de dépendance à une dépendance très forte ». Le questionnaire de dépendance de Fagerström permet d'établir un score en relation avec l'intensité de la dépendance à la nicotine. Le questionnaire de Fagerström est rapide d'utilisation mais sa validité limitée, notamment parce qu'il mesure davantage la tolérance et la vitesse de métabolisation de la nicotine, que les critères de dépendance tels que définis dans la CIM-10 car il ne prend en compte qu'une seule dimension de la dépendance, celle de la dépendance physique. Une autre limite est le fait que ce test n'est pas adapté aux fumeurs occasionnels.

Nous pouvons également évaluer les raisons qui poussent le patient à fumer via le « test de Horn » (44) ou le « test QCT2 de Gilliard » (45). Est-ce qu'il s'agit du plaisir du geste, est-ce que cela soulage l'anxiété, est-ce que cela relaxe ? Cela permet de mieux cerner le profil du patient et de travailler/changer le comportement du patient dans des domaines propres au patient.

Lorsque le patient est désireux d'arrêter de fumer, nous pouvons évaluer avec lui sa motivation à l'arrêt du tabac, via le « test de Richmond r et al. » (46) ou le « test de Khimji et Watts » (47), dans le but de savoir si un soutien motivationnel est nécessaire ou non, avant ou pendant le sevrage. La HAS a publié une fiche d'exemple d'entretien motivationnel (48).

Il est également important d'évaluer les codépendances et les comorbidités. L'existence d'une association entre troubles anxio-dépressifs et tabagisme est clairement établie. La prévalence du tabagisme est plus élevée parmi les patients souffrant de dépression majeure (49). Selon Glassman et al (50), le pourcentage de troubles dépressifs majeurs était deux fois plus élevé chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs ; de plus, les fumeurs ayant un antécédent de dépression majeure avaient deux fois moins de chance d'arrêter de fumer que ceux ne présentant pas cet antécédent.

Les relations entre troubles anxieux et tabagisme sont moins claires. Il a longtemps été admis que la consommation de tabac permettait à certains fumeurs de contrôler leur anxiété. Toutefois, les troubles anxieux apparaissent le plus souvent après le début du tabagisme et il semble également que l'arrêt du tabac puisse s'accompagner d'une amélioration de l'anxiété. Il semble établi que les fumeurs présentant ce type de troubles ont plus de difficultés à s'arrêter de fumer. Dès lors, il convient de rechercher les troubles anxieux et dépressifs, notamment via des échelles telle que l'« échelle HAD » (51), avant de débiter un sevrage tabagique et de les prendre en charge. Le test HAD (Hospital anxiety and depression scale) est un outil qui évalue la présence ou non d'une symptomatologie anxiodépressive et sa gravité. L'échelle comprend 14 items : 7 pour la pathologie anxieuse et 7 pour la pathologie dépressive. Rapide et facile d'utilisation, les sous-échelles anxiété et dépression sont corrélées mais mesurent cependant des concepts différents. Il n'y a pas de consensus sur la valeur seuil à utiliser pour classer les sujets en cas (sujet ayant des troubles anxieux et/ou dépressifs) ou non-cas.

Enfin, le tabagisme est souvent associé à certaines co-addictions. En particulier, il existe une corrélation positive entre consommation d'alcool et de tabac dans la population générale.

La plupart des personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues sont également dépendantes à la nicotine, avec des taux de tabagisme actuels allant de 60 à 95% (52). A. Dervaux et al. observent, dans le cadre de diverses études, que 60 % des patients fumeurs réguliers ont présenté également un abus d'alcool ou de drogue (principalement au cannabis) et une dépendance à l'un ou à l'autre sur la vie entière, contre 19 % des non-fumeurs (53). Une étude évaluant « la relation entre la dépendance à l'alcool et au tabac chez les alcooliques qui fument » retrouve une prévalence tabagique chez les alcoolodépendants de 88%. Egalement, 91,6% des alcoolodépendants et fumeurs sont dépendants à la nicotine. On note une corrélation positive entre les intensités des dépendances alcoolique et tabagique. La quantité de tabac fumé est corrélée à celle de l'alcool consommé (54). Les fumeurs présentant un abus ou une dépendance envers l'alcool rencontrent plus de difficultés pour arrêter de fumer. Parce que l'alcool est associé à la rechute, le patient devrait envisager de limiter ou de s'abstenir de boire de l'alcool pendant une tentative d'arrêt. L'évaluation d'une consommation excessive d'alcool peut se faire au moment de l'évaluation de la dépendance au tabac, au moyen du questionnaire CAGE-DETA (55). En effet, le repérage des sujets à risque élevé de dépendance à l'alcool peut être fait par le questionnaire CAGE-DETA (CAGE = Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener, DETA = acronyme de « diminuer, entourage, trop et alcool »). Il comprend quatre questions orientées vers la recherche d'un mésusage d'alcool. Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool. Ce test est rapide, simple et validé, le questionnaire CAGE-DETA est mieux adapté au repérage de l'abus et de la dépendance que de l'alcoolisation à risque.

### **1.10. Comment aider les fumeurs à arrêter en consultation de médecine générale ?**

Il peut être utile d'analyser à quel stade le patient se trouve dans sa relation avec le tabac. En fonction du stade où le patient se trouve, la consultation prendra une tournure différente, les actions recommandées devant être en phase avec le stade du patient. Il existe un modèle dit transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente (56) qui suppose que les fumeurs passent par une série d'étapes de motivation avant d'arrêter de fumer. Les étapes de changement sont initialement la pré-intention (le sujet fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique), puis l'intention (pense à arrêter de fumer), à la préparation (prise de décision avec planification de l'arrêt de fumer) puis à l'action (être activement engagé dans le changement), pour aboutir au à la liberté/au maintien (le patient a fait des changements, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute). L'aide au sevrage tabagique devrait être conçue pour faire progresser le patient d'étape en étape vers la réussite du sevrage. La HAS a publié un tableau très intéressant résumant les attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient (57).

On peut également s'appuyer sur la méthode d'action dite « méthode des 5A » (58). Il s'agit d'une méthode évoquée et recommandée à plusieurs reprises dans des articles et des recommandations étrangères, préconisée dans de nombreux pays pour traiter le tabagisme. C'est une méthode de repérage du tabagisme, d'encouragement à l'arrêt et au maintien de l'abstinence, adaptée au degré de motivation du patient. Elle comporte cinq étapes basées sur le modèle de changement de comportement qui permettent de déceler les habitudes de consommation, puis de stimuler et de faire durer un nouveau comportement. Elle est fondée sur un conseil donné par le professionnel destiné à changer le comportement du patient, selon 5A : Ask (poser des questions), Advise (conseiller), Assess (évaluer), Assist (aider, soutenir), et

Arrange (organiser). Elle est décrite comme un entretien motivationnel constitué de messages brefs d'encouragement à l'arrêt du tabac et au maintien de celui-ci, adapté au stade du comportement. Cette méthode est réalisable dans la plupart des cabinets médicaux pour une utilisation en routine. La HAS a publié la traduction des tableaux qui figurent dans les recommandations américaines de 2008. La méthode nous conseille de demander et documenter le statut tabagique pour chaque patient, à chaque visite au cabinet et de classer les patients en fumeur / ancien fumeur / n'a jamais fumé (A1). Ensuite, d'une manière claire, de proposer à chaque fumeur d'arrêter de fumer par une intervention brève d'une durée de moins de cinq minutes (A2) (exemples de conseils d'arrêt possibles (59)). Puis d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabagisme de tous les consommateurs de tabac (A3). Puis d'aider le patient à l'arrêt (A4). Les préparations du patient pour arrêter le tabac sont multiples ; en fixant (Set) une date d'arrêt, idéalement, la date d'arrêt devrait être fixée dans les deux semaines à venir ; en le disant (Tell) à la famille et à l'entourage, et rechercher de la compréhension et du soutien de l'entourage proche ; en anticipant (Anticipate) les challenges/difficultés de la tentative d'arrêt à venir, particulièrement durant les premières semaines qui sont critiques. Cela inclut les symptômes de sevrage ; de supprimer (Remove) les produits du tabac de l'environnement du patient. Avant l'arrêt, le patient doit éviter de fumer dans les lieux où il passe beaucoup de temps (c'est-à-dire travail, maison, voiture, ...). Faire du logement du patient un espace sans fumée ; (Abstinence) : atteindre l'abstinence totale est essentiel (pas une seule bouffée après la date d'arrêt). Puis organiser le suivi (A5). Le contact de suivi devrait débuter juste après la date d'arrêt, préférablement durant la première semaine. Un second contact de suivi est recommandé pendant le premier mois. Pour les patients ne souhaitant pas arrêter de fumer, le médecin peut quand même réaliser une intervention brève par un entretien motivationnel. Les aspects abordés dans cet entretien

motivationnel sont résumés par les « 5R » : Relevance, Risks, Reward, Roadblocks, Repetition présentés dans les recommandations américaines de 2008. La traduction française est « Raison, Risque, Résultats, Résolution, Répétition ». Cette intervention motivationnelle devrait être répétée à chaque visite d'un patient au cabinet non motivé à arrêter de fumer de suite. Il existe également des algorithmes proposés par le HAS (60-61).

### **1.11. Organisation de l'offre de soin en addictologie ; en ambulatoire et en hospitalier :**

L'offre de soins en addictologie est structurée au sein de différents dispositifs qu'il est important de connaître pour organiser des parcours de soins adaptés. Le secteur médico-social spécialisé en addictologie est financé par l'Assurance maladie et géré soit par des associations, soit par des établissements publics de santé. La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), placée sous l'autorité du Premier ministre, anime et coordonne l'action du gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives. La MILDECA accompagne les partenaires publics, institutionnels et associatifs de la politique publique en leur apportant un soutien méthodologique ou financier (62).

En ambulatoire :

Les CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Ils s'adressent aux personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une addiction ainsi qu'à leur entourage. Les équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues, professionnels du milieu socio-éducatif) des CSAPA assurent des missions d'accueil, d'information, de prévention, d'évaluation médicale, psychologique et sociale et d'orientation pour le patient ou son entourage. Également, elles assurent la prise en charge

de la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives. La majorité des CSAPA accueille les usagers en ambulatoire. Certains proposent des services de soins résidentiels (Centres thérapeutiques résidentiels, Communautés thérapeutiques, etc.).

Les CJC (Consultations jeunes consommateurs). L'objectif de ces consultations est d'accueillir des jeunes consommateurs ainsi que leur entourage. Toutes les conduites addictives peuvent être abordées qu'elles soient en rapport avec les drogues (alcool, le cannabis), le tabac, les jeux ou Internet... Les jeunes peuvent s'y rendre seuls ou accompagnés des parents ou d'un proche. Ces consultations se déroulent en général dans des CSAPA ou dans des centres hospitaliers mais aussi parfois dans des lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes.

Les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues). Ces centres s'adressent à des personnes qui ne souhaitent pas arrêter leurs consommations, et qui sont exposées à des risques sanitaires (hépatite B, C, VIH,...) et sociaux du fait de leurs modes de consommation ou du fait des produits consommés. Les usagers peuvent recevoir du matériel de réduction des risques et un accompagnement pour favoriser l'accès aux soins.

Le secteur « libéral », composé de médecins généralistes investis en addictologie. Souvent, ces praticiens travaillent en réseau avec les CSAPA, les équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA), les services d'addictologie. Les patients peuvent également s'appuyer sur les addictologues libéraux, les psychiatres ou les psychologues. Il existe des consultations d'addictologie dont certaines spécialisées en tabacologie.

En hospitalier :

Au sein de l'hôpital, travaillent des équipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA), qui ont pour missions de sensibiliser et former les équipes hospitalières à l'addictologie, de

les aider lors de la prise en charge des patients (mise en place d'un projet de soins, prescription d'un traitement de substitution, organisation de la sortie...). Les ELSA interviennent aux urgences et dans l'ensemble des services d'hospitalisation. Elles doivent aussi favoriser les interfaces entre la ville et l'hôpital.

L'hospitalisation de jour en addictologie permet une évaluation pluridisciplinaire, l'élaboration de projets thérapeutiques individualisés, et la prise en charge addictologique adaptée. L'hospitalisation complète en addictologie assure une prise en charge, en urgence ou programmée, pour un sevrage, une évaluation ou pour des complications et/ou des comorbidités somatiques/psychiatriques.

Les services de soins de suite et de réadaptation en addictologie peuvent accueillir des patients, en relais d'une hospitalisation ou en accès direct, dans le but de réduire ou prévenir les conséquences physiques, cognitives, psychologiques et sociales pour les patients et de faciliter leur réadaptation.

### **1.12. Plus spécifiquement à Strasbourg :**

Les structures présentes à Strasbourg sont :

-le Centre d'Accueil et de Soins, situé au 11 rue Louis Apffel. L'association à but non lucratif « **Association de Lutte contre la Toxicomanie (ALT)** » a pour mission de mener des actions de prévention et de soins auprès des personnes concernées par les addictions. Elle anime également un réseau d'accueil et d'écoute pour les jeunes de 11 à 25 ans. L'association ALT a mis en place un CSAPA regroupant deux établissements médico-sociaux et un service sous forme de réseau départemental (63).

-la structure **Ithaque**, située 12 rue Kuhn. C'est une association intervenant depuis 1993 auprès de personnes en difficulté avec les addictions. Elle est agréée en tant que Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) auquel est rattachée une salle de consommation à moindre risque (SCMR), en tant que CSAPA, et en tant que réseau de santé, le Réseau des Microstructures médicales d'Alsace (RMS Alsace). Ithaque est financée par l'Agence Régionale de Santé, l'État, la Ville de Strasbourg, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et le Fonds Social Européen (64).

-le **service d'addictologie - CSAPA**, situé 1 place de l'Hôpital sur le site de la médicale B au Nouvel Hôpital Civil. Il existe un service d'accueil des patients pour un traitement de substitution à la Méthadone, avec possibilité de sevrage en hospitalisation complète, au cas par cas.

-la **Maison des Adolescents**, située 23 rue de la Porte de l'Hôpital, qui réalise des consultations jeunes consommateurs.

-le CSAPA - Réseau d'appartements thérapeutiques relais – **CSAPA Résidentiel Accueil et soins résidentiels « La Robertsau »**, situé 1 chemin de l'Anguille. Structure présente pour les personnes confrontées à une addiction, majeure, sevrée ou sous traitement de substitution stabilisé, femmes enceintes, parent(s) accompagné(s) d'enfant(s). La durée du séjour est de 6 mois, renouvelable jusqu'à un an. Sur place, il y a une intervention de la part d'infirmier, d'assistant social, d'éducateur sportif, de médecin, de psychiatre, d'éducateur spécialisé, d'éducateur de jeunes enfants.

-le « **Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances (CIRDD) » Alsace**. Il s'agit d'un centre ressource au service de tous les acteurs politiques, institutionnels

et professionnels, concernés par la problématique des addictions et des conduites à risque. Il est ouvert au public sur rendez-vous, situé 8 rue Gustave Adolphe Hirn à Strasbourg. Le CIRDD Alsace organise des formations spécifiques lors du Mois Sans Tabac, ainsi que des journées d'échange à destination des professionnels. Le CIRDD a publié une liste des sites possibles de consultation en tabacologie en Alsace, ainsi qu'un document retraçant quelques données d'activité des consultations de tabacologie en Alsace pour l'année 2007 (65).

### **1.13. Organisation des microstructures :**

La région Grand Est est dotée d'une Coordination régionale en 2018 qui regroupe l'ensemble des réseaux de microstructures de la région. La région Grand Est regroupe 32 microstructures à ce jour, rassemblées en Réseaux de MicroStructures (RMS). Elle compte les réseaux RMS Alsace (avec le plus grand nombre de microstructures), RMS RAVH 54, RMS Moselle, RMS Les Vosges, Aube, et RMS Ardennes. Il y a donc 6 Réseaux de Microstructures en Grand Est. Le projet est d'atteindre 74 microstructures d'ici 2022 en Grand Est. (66)

L'organisation des microstructures en Alsace a été structurée en réseau appelé « Réseau de MicroStructures (RMS) Alsace ». RMS Alsace fait partie d'Ithaque. RMS Alsace regroupe 16 microstructures à travers le Haut-Rhin et le Bas-Rhin (66).

En plus de l'organisation régionale, RMS Alsace est coordonné par un réseau National. En 2006, le réseau des microstructures Réseau Canebière, devenu RMS Provence-Alpes-Côte d'Azur, a créé avec RMS Alsace, la « Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures médicales (CNRMS) ». La CNRMS est située 12 rue Kuhn, à Strasbourg.

A noter que les dispositifs des microstructures médicales se sont développés sur le territoire français mais ne couvre pas encore tout le territoire français. Les microstructures

sont implantées en 2021 dans 7 grandes régions (Grand-Est, Hauts de France, Ile-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Nouvelle-Aquitaine).

### **Explications sur les consultations de tabacologie en microstructures à Strasbourg :**

Les consultations de tabacologie en microstructure ont vues le jour en Alsace suite à la demande de médecins généralistes d'une des microstructures de Strasbourg. Une médecin généraliste tabacologue travaillant dans le réseau RMS Alsace a débuté les consultations de tabacologie en 2018. Des consultations spécialisées en microstructure (psychologue, assistante sociale) avaient déjà lieu dans les microstructures de Strasbourg et les consultations de tabacologie ont repris le même modèle de fonctionnement.

En pratique, depuis le 8 mars 2018, une médecin tabacologue et addictologue (avec un DIU de tabacologie et une capacité d'Addictologie) assure une permanence de 3 heures les vendredis après-midi de 16h à 19h en alternance dans 2 microstructures à Strasbourg, situées en quartiers prioritaires (67).

Il faut savoir que L'article 28 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 a introduit un nouveau prélèvement sur le chiffre d'affaires des fournisseurs de tabac, qui a vocation à financer un fonds relatif à la prévention du tabagisme, c'est le fonds national de lutte contre le tabac (68). Lors d'une réunion en 2018, les membres du conseil de gestion du fonds de lutte contre le tabac ont voté à l'unanimité un plan d'action permettant notamment la mise en œuvre de plusieurs appels à projets, tels que les appels à projets régionaux permettant la déclinaison régionale d'actions nationales prioritaires et la réalisation des actions des programmes régionaux de réduction du tabagisme. En pratique, les agences

régionales de santé (ARS) lancent dans chaque région un appel à projets régional dédié à la lutte contre le tabac, financé par le fonds national de lutte contre le tabac.

RMS Alsace a justement répondu à un appel à projet lancé par l'ARS Grand Est pour la mise en œuvre de projets visant à lutter contre le tabac en région Grand Est. Les axes prioritaires de ce projet sont : éviter l'entrée des jeunes dans le tabac, aider les fumeurs à arrêter de fumer, amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires. L'association a obtenu l'accord de l'ARS pour pérenniser les consultations de tabacologie dans les microstructures de Strasbourg et a bénéficiée d'un financement par l'ARS (14). Le but de ce financement est de permettre une pérennisation des consultations de tabacologie au sein des deux microstructures où la tabacologie intervenait déjà, mais aussi, d'ouvrir dès 2019, une permanence dans deux nouvelles microstructures chaque année. Le projet s'étend sur une période de 38 mois, soit du 1er novembre 2018 au 31 décembre 2021.

RMS Alsace a embauchée une nouvelle médecin généraliste tabacologue et addictologue pour développer cette activité. Elle a débuté son activité en mars 2020. Elle a commencé à assurer les consultations de tabacologie en Juillet 2020 dans 3 nouvelles microstructures puis encore dans une nouvelle microstructure à partir de Septembre 2020. Elle assure les consultations de tabacologie en microstructures, le mercredi, pendant 3 heures, le matin (9h à 12h), et l'après-midi pendant 4 heures (13h-17h ou 14h-18h), dans quatre microstructures différentes au total depuis septembre 2020.

En ce qui concerne les consultations, les patients peuvent être adressés par tous les professionnels impliqués dans les microstructures (secrétaires, médecins, infirmier(e)s, kinésithérapeutes, internes en médecine, orthophonistes, psychologue, assistant(e) social(e)...). Il n'est cependant pas obligatoire d'être adressé par un professionnel pour

prendre un rendez-vous. Les personnes ayant eu connaissance de la consultation (par bouche à oreille, affiches dans les espaces communs des MS) peuvent directement y avoir accès en prenant rendez-vous chez la secrétaire. Les consultations sont gratuites pour les patients.

#### **1.14. Rapports d'activités des consultations de tabacologie de 2018 à 2020 :**

Les données présentées dans ce paragraphe ont été reprises des rapports d'activités des consultations de tabacologie publiés sur le site d'Ithaque (35). Il s'agit là d'avoir une idée du nombre de bénéficiaire, c'est à dire de patient ayant eu au moins une fois une consultation.

À partir de mars **2018**, 37 permanences ont été réalisées au sein de deux MS pour un total de 95 consultations. **42 personnes ont été rencontrées**. 17 substituts nicotiniques ont été délivrés et 5 spirométries réalisées.

En **2019**, 38 permanences ont été réalisées au sein des deux MS pour un total de 89 consultations. **39 personnes ont été rencontrées**. Parmi ces 39 personnes, 28 bénéficiaires (au moins une consultation avec la tabacologue) étaient des nouveaux patients. Une spirométrie a été réalisée. 14 substituts nicotiniques ont été délivrés.

Malgré la COVID-19 et ses répercussions en l'année **2020**, l'activité a beaucoup augmenté en raison de l'arrivée en cours d'année 2020 de la nouvelle médecin tabacologue et ainsi de l'ouverture des consultations dans 4 nouvelles microstructures. **65 personnes ont été rencontrées**. Si l'on ne prend en compte que les 2 MS initiales du projet « le nombre de personnes rencontrées est en baisse avec comme point d'explication évident, la fermeture de la consultation tabacologique de mi-mars à mi-mai 2020 » pendant le premier confinement. Les consultations en présentiel ont été annulées mais une possibilité de poursuivre le suivi en consultation visio ou téléphonique a été proposée aux patients. Par rapport à 2019, « il y a moins de bénéficiaires rencontrés dans les 2 MS initiales (26 vs 39 en 2019) mais il y a plus de

consultations totales (98 vs 89) indiquant des adhésions au suivi et le souhait de poursuivre des suivis même à distance ». Les substituts nicotiques délivrés pour test lors des consultations dans les 6 microstructures ont été délivrés à 47 reprises majoritairement sous forme de galénique buccale. 4 spirométries ont été réalisées.

## 2. Deuxième partie : étude qualitative « Consultations de tabacologie assurées en microstructures à Strasbourg depuis 2018. Retour d'expérience de patients. »

En amont de la réalisation de l'étude, il a été nécessaire de choisir la méthode d'analyse à privilégier en fonction des résultats attendus. Sont présentées ci-dessous la méthode d'analyse qualitative en général puis son application à ce travail de recherche.

### 2.1. Choix de la méthode de recherche :

#### 2.1.1. Pourquoi avoir choisi la méthode qualitative ?

Toutes les méthodologies d'analyse ne se valent pas dans la mesure où leur utilisation dépend de l'objectif poursuivi.

La méthode quantitative, par l'approche hypothético-déductive, est perçue comme le mode de production de résultats de recherche par excellence, en particulier dans le champ médical où l'Evidence Based Medicine (EBM ou médecine basée sur des preuves) et sa mise en pratique par l'essai randomisé contrôlé est souvent le seul gage de d'exactitude. Les hypothèses sont émises en amont, puis testées, pour être validées ou infirmées.

L'approche qualitative inductive et compréhensive diffère de cette démarche dans la mesure où cette méthode vise à la compréhension d'un phénomène. C'est donc une démarche compréhensive où l'objectif est de saisir le sens vécu d'une situation par une

personne. Cette méthode considère la subjectivité et la singularité du sujet comme bases pour comprendre l'expérience vécue et pourvoir à partir de cette expérience construire une hypothèse et de la théorie, par une démarche inductive. Le terrain permet de construire des questions de recherche. L'analyse n'a pas pour objectif de simplifier des phénomènes mais d'en révéler la complexité.

Au vu des objectifs poursuivis, la méthode d'analyse qualitative paraissait donc la plus adaptée pour cette thèse.

### *2.1.2. Qu'est-ce qui rend une étude qualitative valide ?*

Afin de pouvoir juger de la qualité de la recherche qualitative, nous pouvons nous appuyer sur des grilles de contrôle. Une de ces grilles est la grille COREQ (« COnsolidated criteria for REporting Qualitative research ») (69). Elle développe une liste de contrôle pour un rapport explicite et complet des études qualitatives par entretiens approfondis et groupes de discussion. Soixante-seize éléments de 22 listes de contrôle ont été compilés dans une liste complète. Tous les éléments ont été regroupés en trois domaines : (i) équipe de recherche et réflexivité, (ii) conception de l'étude et (iii) analyse et rapport des données. Au total, la grille COREQ est constituée d'une liste de contrôle de 32 items répartis en 3 domaines (cités plus haut), qui peuvent aider les chercheurs à signaler les aspects importants de l'équipe de recherche, des méthodes d'étude, du contexte de l'étude, des résultats, de l'analyse et des interprétations.

## **2.2. Les étapes de la méthode d'analyse qualitative :**

### *2.2.1. Echantillonnage et recrutement :*

Dans une étude quantitative, l'échantillon de la population étudiée doit être représentatif, c'est-à-dire avoir les mêmes caractéristiques que la population mère que l'on veut étudier.

L'objectif d'une recherche qui s'appuie sur une méthodologie d'analyse qualitative n'est pas de produire des résultats susceptibles d'être généralisés à l'ensemble de la population. Les personnes interrogées n'ont pas vocation à être représentatives d'une population, afin de ne pas omettre la complexité de ce que sont les individus. Contrairement aux études quantitatives, où le calcul du nombre de sujet nécessaire est important pour la puissance statistique de l'étude, l'étude qualitative n'a aucun paramètre statistique qui rentre en ligne de compte pour définir un nombre minimum d'entretiens. On peut s'inspirer du critère de saturation théorique, défini par Glaser et Strauss, deux sociologues américains qui ont théorisé la « Grounded Theory » (ou théorisation ancrée). La saturation renvoie à un jugement lié à l'analyse, c'est le moment où la collecte de données n'apporte plus à l'avancement de la théorie. Si l'anonymat est garanti dès la phase de recrutement, la personne enquêtée sera plus disposée à partager son expérience.

### *2.2.2. La collecte d'information :*

Il existe divers types d'informations pouvant être collectés pour produire des résultats d'analyse qualitative. Les informations peuvent être recueillies via des réunions de groupe

(encore appelées « focus group »), des entretiens individuels ou encore par l'observation. J'ai choisi, dans ce travail de thèse, de réaliser des entretiens individuels.

#### 2.2.2.1. Préparation du guide d'entretien :

L'idée du guide d'entretien est d'établir une série de questions pré établies relativement ouvertes à propos desquelles on veut obtenir une information. Ces questions ne sont pas posées dans l'ordre envisagé dans le guide ou toutes posées. L'enquêteur laisse s'exprimer le plus possible la personne enquêtée pour qu'elle puisse parler selon sa propre logique. Il pose les questions que la personne n'a pas abordées d'elle-même ou peut faire préciser les questions auxquelles il n'a pas pensé. Le chercheur réajustera ensuite son guide, et par conséquent ses questions de recherche au cours de l'étude.

Il existe divers degrés de formalisation du guide d'entretien selon que l'on réalise un entretien directif, semi-directif ou non-directif. De même le guide d'entretien est dit directif s'il se rapproche d'un questionnaire, non-directif/compréhensif lorsqu'il donne juste un thème de départ et laisse l'enquêté s'exprimer ou semi-directif lorsqu'il s'appuie sur un guide d'entretien flexible.

J'ai décidé d'utiliser un guide d'entretien semi-directif.

#### 2.2.2.2. Les entretiens :

L'entretien est une conversation faisant généralement l'objet d'un enregistrement. Vivre l'entretien comme une conversation vise à réduire la facticité de la situation et à souligner l'importance de l'écoute vis-à-vis de la personne enquêtée. La situation d'entretien est prédéfinie à l'avance (échantillon, guide d'entretien, prise de contact), mais comprend

toujours une part d'imprévu. Une première question concerne le degré de liberté laissée à la personne enquêtée en situation d'entretien. Dans les sciences humaines et sociales, on distingue 3 types d'entretien : l'entretien non directif, l'entretien semi-directif, et l'entretien directif.

L'entretien semi-directif encore appelé entretien semi-structuré ou semi-dirigé, est non totalement ouvert comme dans le cas de l'entretien non-directif, ou fermé comme pour l'entretien directif. Les thèmes qui sont abordés sont pensés à l'avance.

Les entretiens sont aussi définis par leur mode de réalisation. Ils peuvent être réalisés en face à face, par téléphone ou par télé-conférence. Ils sont aussi déterminés par leur structure. Les entretiens peuvent être individuels, en dyade (un enquêteur pour deux enquêtés ou deux enquêteurs pour un enquêté), en groupe...

On peut relever plusieurs idées directrices qu'il faut garder en tête au cours d'un entretien pour qu'il soit efficace. Il faut faciliter l'expression de l'interrogé, être attentif et disponible à l'autre, équilibrer distance (pour recueillir des informations fiables) et proximité (montrer de la sympathie).

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés.

### *2.2.2. Retranscription :*

Afin de pouvoir produire de la théorie à partir des entretiens, il est nécessaire de retranscrire les entretiens à l'écrit. Il est possible de prendre des notes pendant les entretiens et de travailler sur ces notes, mais l'on peut également enregistrer la discussion avec l'accord de l'interrogé pour la retranscrire par la suite pour plus de justesse. De préférence, les entretiens doivent être retranscrits en intégralité et de manière littérale. On parle de

« verbatim » lorsque la retranscription colle très exactement au récit oral. Chacun des mots prononcés par l'enquêteur et l'enquêté est transcrit et complété par toutes les informations non verbales disponibles telles que les interruptions, hésitations. La retranscription est également la phase durant laquelle le chercheur anonymise ses entretiens.

### 2.2.3. *L'analyse des données :*

Après la retranscription effectuée, il est conseillé de réaliser une première analyse qui débute par une première lecture rapide qui consiste pour le chercheur à s'imprégner de l'entretien qu'il a conduit plus tôt. Pour analyser les données, il faut coder. Le codage passe par 3 étapes : le codage ouvert, le codage axial puis le codage sélectif.

## **2.3. Application de la méthode à ce travail de recherche :**

### 2.3.1. *Preliminaires à la thèse :*

Des entretiens préliminaires ont été réalisés avant de débiter les entretiens avec les patients. Il m'a semblé important et essentiel de connaître les acteurs de ce système de soin, c'est-à-dire les deux tabacologues assurant les consultations de tabacologie (par convention, notées (1) et (2)), des médecins généralistes des microstructures, et certains membres de l'association Strasbourgeoise participant au projet.

Les différents entretiens sont présentés dans le tableau suivant.

(Médecin généraliste = MG)

Date	Durée (environ)	Lieu	Participants
8 février 2021	2 heures	Association	-Homme, directeur adjoint de l'association -Femme, MG tabacologue travaillant dans l'association et assurant les consultations de tabacologie (1) -Femme, MG addictologue travaillant dans l'association, ne participant pas aux consultations de tabacologie
15 mars 2021	30 minutes	Association	-Femme, MG tabacologue travaillant dans l'association et assurant les consultations de tabacologie (2)
22 mars 2021	30 minutes	Microstructure	-Femme, MG travaillant en microstructure
26 avril 2021	49 minutes	Association	-Femme, MG tabacologue travaillant dans l'association et assurant les consultations de tabacologie (1)
24 aout 2021	1 heure	Association	Réunion « pilotage » des consultations de tabacologie en microstructure : -3 coordinatrices de microstructures -Tabacologue (1) et (2) -Directeur adjoint de l'association

### *2.3.2. Mode de recrutement :*

Initialement, les tabacologues distribuèrent un flyer en consultation (voir annexe n°1) expliquant ma thèse et mon désir d'entretien sur la base du volontariat. Les patients avaient la possibilité de me contacter par mail à mmerv67@hotmail.com. Une nouvelle adresse outlook a été créée et a été destinée uniquement à la réception des mails de patients. A la suite de quoi, je répondais afin de définir une date et un horaire pour convenir d'un entretien. Après discussion avec les tabacologues, il a été convenu de changer de mode de recrutement pour favoriser l'inclusion des patients dans mon étude. Les tabacologues me transmettaient les coordonnées (numéro de téléphone) des patients souhaitant participer à l'étude, après accord explicite. Je contactais ensuite les patients par appel téléphonique ou sms, en me présentant, en expliquant ma thèse, et l'anonymat des données.

### *2.3.3. Etude du terrain :*

Il m'a semblé aussi pertinent d'assister au déroulement des consultations de tabacologie. J'ai donc pu assister aux consultations de tabacologie de la tabacologue (1) dans l'une des microstructures, à deux reprises, le 7 mai 2021 et le 28 mai 2021.

### *2.3.4. Population étudiée :*

La population étudiée pour cette étude concernait les patients ayant bénéficié d'une consultation de tabacologie dans l'une des six microstructures. Il n'y avait pas de conditions

d'âge, de sexe, de nombre de consultation, de statut tabagique... En effet, la population étudiée devait être la plus hétérogène possible afin de recueillir des avis variés.

#### 2.3.5. *Guide d'entretien :*

Le guide d'entretien utilisé pour cette étude est semi-directif (voir annexe n°2). Il a été modifié une fois en cours d'étude. En effet, le premier guide d'entretien utilisé pour le premier entretien n'était pas assez ouvert. Le deuxième guide d'entretien laissait plus de place à la parole de l'interrogé en posant des questions plus générales. Le guide d'entretien servait surtout de trame afin de ne pas perdre de vue les objectifs de la thèse. Il était dynamique, les questions n'étaient pas forcément posées dans le même ordre afin de s'adapter au discours de la personne interrogée.

#### 2.3.6. *Réalisation des entretiens :*

##### 2.3.6.1. Contexte et lieu de réalisation :

Devant la pandémie de la Covid 19, la majorité des entretiens n'ont pas pu se réaliser en présentiel mais en visioconférence ou par téléphone. En effet, devant le risque de transmission virale, les personnes ne souhaitaient pas de contact à domicile. Il était également impossible de se donner rendez-vous dans un lieu public tel qu'un café, un bar ou un restaurant jusqu'au 19 mai 2021, où la réouverture a été limitée aux terrasses jusqu'au 9 juin 2021.

La personne déléguée à la protection des données à l'Université de Strasbourg a été contactée afin de savoir quel site de visioconférence était adapté pour un niveau de

confidentialité et de sécurité le plus élevé possible. Le site [bbb.unistra.fr](http://bbb.unistra.fr) a été retenu. En effet, l'enregistrement audio-visuel n'est pas stocké au long cours et les enregistrements stockés sont gérés par l'université. Ne disposant pas d'un droit d'accès pour avoir un compte, j'ai demandé à mon directeur de thèse, Antoine Giacomini, de créer un lien bbb qui soit disponible pour mes entretiens. Les personnes interrogées n'avaient qu'à cliquer sur le lien envoyé par mail pour se connecter. Concernant les appels téléphoniques, les communications étaient émises sur mon portable, dans un lieu privé, à l'écart d'autres personnes.

Au total, 1 entretien a été réalisé en présentiel. 4 entretiens en visio-conférence. 5 entretiens en téléphonique.

#### 2.3.6.2. Période de réalisation :

La période de réalisation des entretiens s'est étendue du 21 avril 2021 au 10 juin 2021.

#### 2.3.6.3. Nombre et durée des entretiens :

Au total, 10 entretiens avec les patients ont été réalisés pour arriver à la saturation des données. L'entretien le plus court a duré 21 minutes et 47 secondes et le plus long a duré 50 minutes et 24 secondes. La durée moyenne des entretiens est de 34 minutes et 25 secondes.

#### 2.3.7. *Retranscription* :

Les entretiens ont été retranscrits à partir de l'enregistrement audio par dictaphone. Les patients étaient prévenus au début de chaque entretien que le contenu sonore de l'entretien était enregistré par dictaphone afin de retranscrire le contenu de l'entretien sur Word. Le fichier Word était anonyme, chaque participant ayant un numéro d'enregistrement. Les

retranscriptions ont été stockées dans un dossier, gardées sur mon ordinateur MacBook Air, uniquement destiné à mes activités professionnelles avec une session disposant d'un mot de passe d'accès dont moi seule connaît le code. La retranscription a été réalisée en intégralité et a donné lieu au verbatim.

#### *2.3.8. Analyse des données :*

L'analyse des données de la retranscription a été effectuée via un système de codage en 3 étapes. Aucun logiciel d'analyse des données n'a été utilisé. Le codage a été effectué par le chercheur. Les 3 étapes sont le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif. Dans le codage ouvert, on doit extraire les expressions qui révèlent des nœuds de sens. Le nœud de sens est la partie d'une phrase sur laquelle porte l'analyse. Dans le codage axial, on doit catégoriser ces nœuds, c'est-à-dire relever tous les attributs venant qualifier un nœud. Il faut combiner les codes correspondants dans un code général. Un certain nombre de catégories générales émergent. Dans le codage sélectif, on réalise la construction du plan d'analyse. Certains nœuds de sens sont des nœuds majeurs. D'autres s'avèrent être des nœuds secondaires venant détailler les nœuds majeurs de l'analyse.

## II. RESULTATS :

### 1. Caractéristiques de l'échantillon :

Les caractéristiques des patients interrogés sont présentées dans le tableau ci-dessous qui est commenté à la page suivante.

Entretiens	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Temps de l'entretien	21min47	50min24	24min57	23min31	48min11	29min24	32min21	45min25	43min46	24min24
Sexe	F	H	F	F	H	F	F	F	H	F
Age en années	40	60	67	29	50	73	37	73	60	61
Mode d'entrée dans le dispositif	Adressée par le MT	Adressé par le MT	Adressée par le MT	Adressée par l'interne de MG	Adressé par le MT	Bouche à oreille	Affiche en MS	Adressée par le MT	Adressé par la psy de la MS	Affiche en MS
Suivi en micro-structure	Non inscrite en MS	Inscrit en MS	Non inscrite en MS	Non inscrite en MS	Non inscrit en MS	Non inscrite en MS	Non inscrite en MS	Non inscrite en MS	Non inscrit en MS	Non inscrite en MS
Ancienneté tabagique en années	22 ans	45 ans	30 ans	14 ans	33 ans	36 ans	18 ans	58 ans	45 ans	42 ans
Nombre d'année tabagique par rapport à l'âge, exprimé en pourcent	55 %	75%	45%	48%	66%	49%	49%	79%	75%	69%

MT= Médecin traitant, MG= Médecine générale, MS= Microstructure, Psy= Psychologue, F=Femme, H=Homme

### Caractéristiques de l'échantillon :

7 femmes et 3 hommes ont été interrogés.

La personne la plus jeune est âgée de 29 ans et la plus âgée de 73 ans.

La moyenne d'âge, femmes et hommes confondus, est de 55 ans.

La moyenne d'âge (arrondie à l'unité) des femmes est de 54 ans.

La moyenne d'âge (arrondie à l'unité) des hommes est de 57 ans.

### Participation à la microstructure :

La majorité des patients interrogés ne sont pas inscrits dans la microstructure. Seul un patient sur 10 interrogés est inscrit en microstructure, depuis 20 ans environ.

Pour plus d'anonymat, je n'ai pas cité les microstructures où ont lieu les consultations de tabacologie pour chaque entretien. Les patients sont issus de 5 microstructures différentes.

### Consommation tabagique :

Les patients interrogés sont des gros fumeurs avec environ 34 ans d'ancienneté tabagique en moyenne. La plus petite consommation est de 14 ans d'ancienneté tabagique. La plus grande consommation est de 58 ans d'ancienneté tabagique.

Il faut corrélérer les années de consommation à l'âge de la personne.

Sur 10 patients, 4 patients ont fumé plus d'un tiers de leur vie, 2 patients plus de la moitié, et 4 patients plus de deux tiers de leur vie.

### Modes d'entrée dans les consultations de tabacologie :

Les modes d'entrée dans les consultations de tabacologie sont variés.

Pour la majorité des patients, soit 5 patients sur 10, les patients ont été adressé par leur médecins traitants.

Pour 2 personnes sur 10, c'est l'affiche dans la salle d'attente de la microstructure qui a motivé la prise de rendez-vous.

Pour 1 personne, cela s'est fait par du bouche à oreille.

Pour 1 personne, le patient a été adressé par la psychologue de la microstructure.

Pour 1 personne, la patiente a été adressée par l'interne de médecine générale.

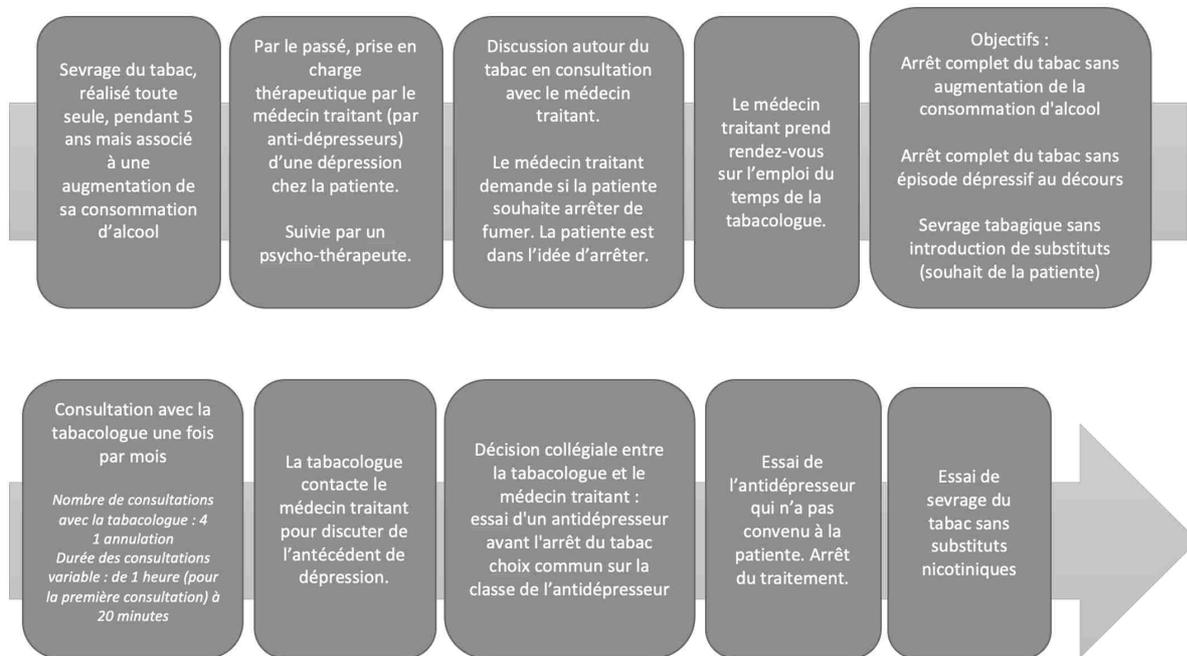
#### Essai de sevrage avec une tabacologue :

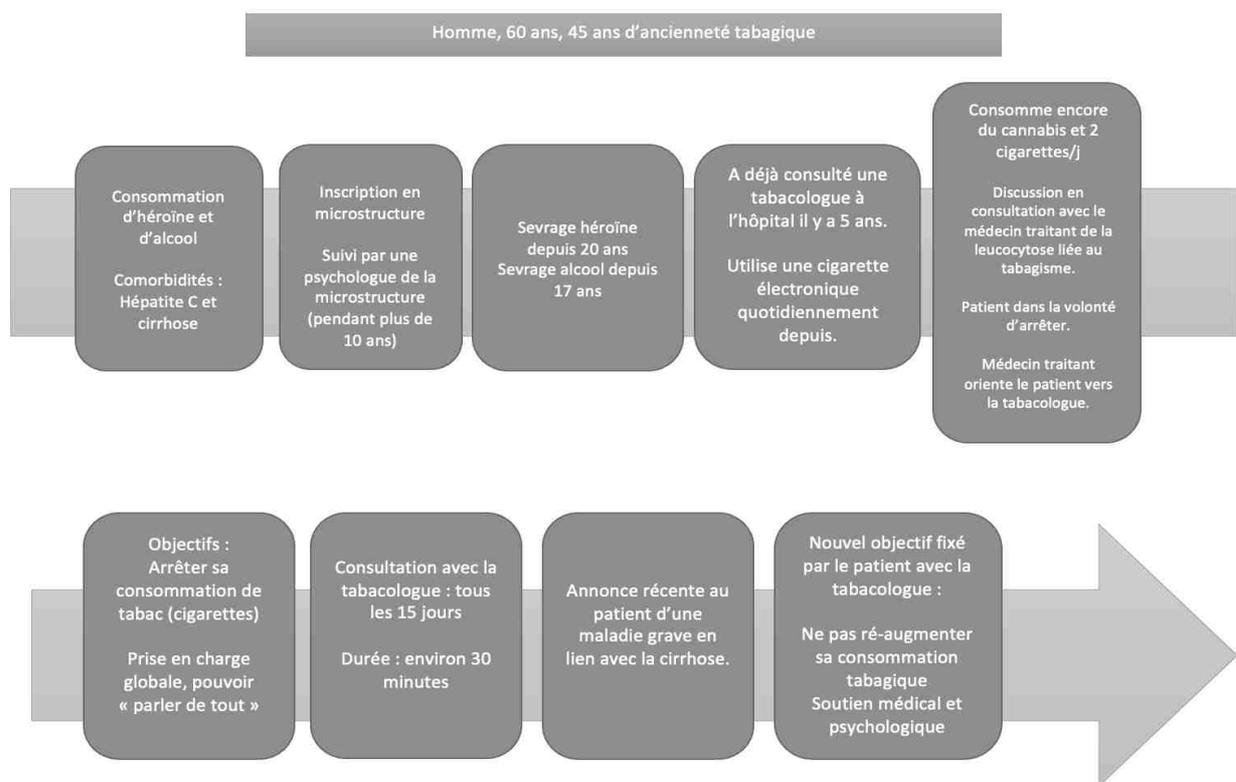
Sur les 10 patients, 4 patients avaient déjà eu recours à un(e) tabacologue par le passé.

3 patients lors de consultations tabacologique hospitalières, dont 1 patient au centre d'Addictologie de Saverne et dont 1 patiente au Nouvel Hôpital Civil. 1 patiente a également eu recours à une tabacologue bénévole intervenant dans un centre socio-culturel.

Ci-joint, 3 parcours de soins différents présentés en schéma pour illustrer la diversité des parcours.

Femme, 40 ans, 22 ans d'ancienneté tabagique





Femme, 37 ans, 18 ans d'ancienneté tabagique

Sevrage avec une tabacologue du quartier exerçant dans un centre socio-culturel, avec les patchs remboursés partiellement par la sécurité sociale

La tabacologue arrête d'assurer les consultations.  
  
Reprise de la consommation de tabac.

Une séance de laser anti-tabac (300 euros).  
  
Arrêt du tabac pendant 3 ans.  
  
Prise de poids de 15 kg sur ces 3 ans.

Pendant ces 3 ans, a fait 4 séances de « sport santé », et a contacté quelques fois le 3989. Les dispositifs ne conviennent pas à la patiente.

Reprise du tabac (chicha) en 01/2021 en lien avec la prise de poids et favorisée par le mari qui fume.

Voit une affiche sur les consultations de tabacologie au cabinet de son médecin traitant.  
  
Prend rendez-vous.

Objectifs :  
Diminuer pendant la période du ramadan puis arrêter

Souhaite que son mari et elle arrêtent à deux

2 premiers RDV dans une MUS.  
Prochains RDV dans une autre MUS pour que la patiente fasse moins de trajet.

Dit à la tabacologue que son mari aimerait aussi diminuer

Distribution d'échantillons à la patiente : chewing-gum (goût fruit, menthe)  
  
Distribution d'échantillons destinés aussi au mari

Patiente diminue de 18 à 15 cigarettes/j à 10/j

Consultation 1x/mois à 1x/2 mois  
  
Essai des patchs non associés à la prise de chewing-gum

Toujours à 10 cigarettes/j

La tabacologue évoque le Champix. La patiente souhaite arrêter de fumer avec les patchs. Si ne fonctionne pas, la patiente essaiera le Champix.

## 2. Analyse thématique :

### 2.1. Le mode d'entrée dans les consultations de tabacologie :

Il existe différents moyens d'accéder aux consultations de tabacologie.

#### 2.1.1. La place essentielle du médecin traitant :

**La consultation de médecine générale est perçue par les patients comme un lieu d'échange autour de la consommation de tabac.**

*Entretien 01 : « **Ça s'est mis en place suite à une discussion avec mon médecin traitant, que j'étais allé voir, et dans la discussion, on en est venu à parler de tabac. Enfin voilà, il m'a demandé si jamais je pensais éventuellement arrêter et il se trouve que j'étais dans l'idée d'arrêter donc c'est là où il m'a parlé de cette plateforme et de la possibilité du coup de rencontrer quelqu'un de formation addictologue.** »*

**Le médecin traitant est décrit par les interviewés comme un véritable promoteur dans l'accès aux consultations de tabacologie.**

*Entretien 02 : « Bah écoutez, **c'est mon médecin traitant qui m'a proposé dans une période où j'avais mes globules blancs qui étaient un peu élevés, et puis j'avais à ce moment là la volonté d'arrêter. Donc elle avait mis ça en place dans son cabinet pour quelques patients et donc euh...elle m'a inscrit et je me suis dit que ça valait peut-être le coup d'essayer.** »*

**Cinq entretiens (01, 02, 03, 05, 08) mettent en avant que les patients qui sont dans une optique d'arrêt ou de diminution de la consommation de tabac saisissent facilement les soins proposés par leur médecin traitant, considéré comme une personne de confiance.**

*Entretien 08 : « (Moi) : « Comment s'organise les consultations avec la tabacologue ? »  
**Ecoutez, d'abord je, d'abord je vais dire une chose, je l'ai accepté parce que c'est ma toubib  
 qui me l'a proposé. (Moi) : « Pourquoi ? » Parce que je lui fait confiance. Et comme elle m'a  
 dit que ce serait bien que je le fasse bah je l'ai fait (...)** Ecoutez, moi j'ai rien à dire,  
 franchement, moi j'ai rien à dire, **je suis absolument ravie que cette proposition m'ai été faite  
 parce que si j'avais dû faire la démarche, je l'aurais pas faite. Je l'aurais pas faite, et là  
 franchement, ça me comble. »***

Les étudiants sont aussi formés à utiliser les ressources disponibles en cabinet. La confiance a également été accordée à une étudiante en médecine générale par une patiente (04).

#### 2.1.2. *Le rôle des intervenants (psychologue, assistant(e) social(e)) de la microstructure :*

Un patient exprime très clairement que la psychologue de la microstructure l'a orienté vers les consultations de tabacologie qu'elle jugeait profitable au patient. Dans ce cas présent, la psychologue a orienté le patient vers la tabacologue également addictologue pour l'accompagner dans une addiction à l'alcool. Le motif d'entrée dans les consultations de tabacologie n'est donc pas uniquement le tabac mais peut être la prise en charge d'autres consommations (ici l'alcool) avec le tabac jugé comme un motif secondaire de consultation.

*Entretien 09 : « J'ai essayé avec **une psy** de l'association que je vois pareil au même endroit et **qui m'a dit toujours par rapport à l'alcool, ça serait quand même bien d'en discuter avec quelqu'un d'autre. J'ai dis je veux bien mais qui d'autre. Elle me dit, bah écoute, figure-toi que la tabacologue elle a intégré l'association. J'ai dis bah voilà. »***

### 2.1.3. L'affiche en salle d'attente du médecin généraliste :

Une patiente exprime l'importance de l'information affichée en salle d'attente du médecin généraliste et l'importance de la diffusion d'information sur la possibilité de bénéficier de consultations tabacologiques.

*Entretien 07 : « Je l'ai vu sur, au cabinet, comme quoi y avait un tabacologue, sur une affiche, donc j'ai pris rendez-vous (...) (Moi) : « Avez-vous des idées de modification à faire des consultations ? » (...). Et là voilà c'est dans mon secteur je suis trop contente, essayé d'en avoir plus dans tous les secteurs et de le faire entendre aussi parce que moi si j'avais pas vu cette affiche, voilà... »*

On peut noter l'importance du quartier dans l'accès aux consultations de tabacologie pour les patients non suivis par les médecins généralistes des microstructures.

*Entretien 10 : « Non, non, mon médecin traitant il est à « tel endroit ». Mais moi personnellement j'habite à « tel endroit » quoi. C'est pour ça que je suis venue dans le centre, par hasard, j'avais vu l'affiche et puis je me suis dit pourquoi pas essayer quoi aussi d'être suivie par un tabacologue, ça peut toujours m'aider quoi. »*

### 2.1.4. Le bouche à oreille :

La discussion avec une personne du même quartier a permis à la patiente d'identifier les ressources de soins disponibles dans son quartier. La patiente raconte qu'elle est allée prendre rendez-vous pour les consultations de tabacologie directement à la microstructure, même si elle n'est pas suivie par les médecins généralistes de cette microstructure.

*Entretien 06 : « Je fais du bénévolat encore avec le secours populaire et y a un magasin là-bas et c'est par hasard, du fait qu'ils ont ouvert le centre là, euh, y a quelqu'un qui m'a dit y a un tabacologue dedans (...) »*

## **2.2. Les déterminants motivant la prise de rendez-vous :**

La consultation tabacologique est investie de diverses manières selon les patients.

### *2.2.1. Des motifs de consultation en lien avec le tabac très variés :*

**Les patients sollicitent l'aide de la tabacologue pour arrêter de fumer ou pour diminuer leur consommation de tabac. Les patients ont diverses raisons qui les poussent à l'arrêt ou à la diminution de leur consommation de tabac. Voici les exemples cités par les patients.**

**Une patiente dit clairement ne pas être motivée à arrêter mais y est contrainte par soucis financiers.**

*Entretien 03 : « Et puis il m'a dit « ah t'es toujours pas décidée », j'ai dit bah non mais je compte bien arrêter quand même parce que **financièrement c'est un gouffre**. (...) Comme je lui ai expliqué, le problème, c'est que **je ne suis pas vraiment motivée... Je n'ai pas envie d'arrêter donc ça va être compliqué. Y a le côté financier mais c'est tout.** »*

**Une patiente souhaite arrêter du fumer (tabac et cannabis) car elle a un projet de grossesse.**

*Entretien 04 : « **En fait je lui parlais d'un projet de grossesse**, et euh, effectivement du coup **du souhait d'arrêter tout ce qui était lié au tabac** et euh c'est à ce moment-là qu'elle m'en a parlé. »*

**Deux patients (05, 06) souhaitent arrêter de fumer par rapport à leur santé. Le premier patient pour une artériopathie oblitérante des membres inférieurs. La deuxième patiente pour une dyspnée.**

*Entretien 05 : « Bon maintenant, j'ai eu des problèmes de stent, des jambes bouchées. Donc, j'avais arrêté au mois de novembre dernier, euh 7 jours, mais avec le confinement ça a été un peu dur quoi... »*

*Entretien 06 : « Et j'avais, disons, cette, y a 2 mois, j'avais pas de bronchite mais j'avais du mal à respirer et comme j'étais là, je marchais à pied là-bas, je suis rentré, bon le tabacologue n'était pas là mais y avait un médecin qui m'a demandé ce que je veux et j'ai dit un rendez-vous pour le tabacologue (...) »*

**La consultation tabacologique peut également être sollicitée pour travailler l'arrêt du tabac en couple. Dans cette citation, la patiente souhaite arrêter de fumer dans une démarche conjointe avec son mari.**

*Entretien 07 : « (...), **alors j'ai dit que j'ai mon mari aussi qui voulait arrêter, qui voulait diminuer, on avait pensé à deux**, parce que dans les 3 ans où j'ai arrêté mon mari n'a pas arrêté donc euh...au début c'était plus un dégoût je disais « tu pues ...fume pas à la maison, nananinana » mais après j'ai commencé à fumer la chicha donc je pense c'est ça qui m'a entraîné beaucoup (...) **Et donc j'avais parlé du truc à mon mari comme quoi il voulait diminuer donc elle a dit écoutez je vous met une boîte de plus qu'il essaie, ça serait bien d'arrêter à deux (...)** »*

La consultation tabacologique peut également être demandée pour prévenir les conséquences négatives de l'arrêt tabagique. Deux patientes (07 et 10) sollicitent la tabacologue pour ne pas prendre de poids après l'arrêt.

*Entretien 10 : « Moi ce que je voudrais surtout c'est ne pas recraquer quoi. Et aussi, de, ce que je voudrais pas, c'est prendre du poids, parce que ce que j'ai remarqué qu'on a un peu tendance à grignoter plus euh, quand on ne fume plus parce qu'on a plus les mains occupées et c'est pas trop trop évident quoi. »*

Les tabacologues sont aussi addictologues. Les patients peuvent également souhaiter travailler la prise en charge de leurs co-addictions.

#### 2.2.2. Une aide dans la diminution de la consommation d'alcool :

Une patiente a clairement exprimé le besoin d'être accompagnée dans l'arrêt du tabac pour ne pas augmenter sa consommation d'alcool.

*Entretien 01 : « Je parlais de crainte, parce qu'en fait j'ai déjà arrêté de fumer pendant 4-5 ans et j'ai repris il y a 2 ans et quand j'ai arrêté de fumer j'ai reporté clairement ma consommation de tabac sur l'alcool et du coup ça m'intéressait de rencontrer quelqu'un pour essayer d'être dans une démarche d'arrêter de fumer sans augmenter ma consommation d'alcool. »*

Deux patients (08, 09) disent avoir des problèmes d'alcool et ont comme objectif la diminution de leur consommation. Cette patiente décrit son quotidien lors du 1<sup>er</sup> confinement.

*Entretien 08 : « (...) le tabac on en a parlé, l'alcool ben c'est pareil, c'est-à-dire que pendant ce 1<sup>er</sup> confinement, ma consommation a augmentée, je ne faisais plus rien. Euh donc je trainais entre boire du vin blanc, fumer, regarder la télé, enfin écoutez (rire) voilà (...) »*

### *2.2.3. Une aide dans l'arrêt de la consommation de cannabis :*

**Une patiente a exprimé vouloir arrêter sa consommation de cannabis (04).**

**La consultation tabacologique est investie parce qu'il y a un réel motif à la consultation, mais aussi parce que la tabacologue est considérée par les patients comme la spécialiste qui sera la plus à même de répondre à leurs besoins.**

### *2.2.4. La symbolique du spécialiste :*

**Les consultations de tabacologie sont assurées par des tabacologues. Au cours des entretiens, les patients désignent les tabacologues comme des spécialistes, même s'il ne s'agit pas d'une spécialité en tant que telle choisie après les Epreuves Classantes Nationales (ECN). Le spécialiste est associé à beaucoup d'adjectifs positifs par les patients.**

### *2.2.5. Les attributs du spécialiste :*

**Le spécialiste rassure car il est spécialisé dans le domaine concerné.**

*Entretien 01 : « (...) Et c'est rassurant d'avoir quelqu'un qui est addictologue, spécialisé dedans. De la même façon que je vais voir un psychothérapeute à côté, pour des questions de*

*soutien, d'échange, la même façon qu'on va voir un dentiste pour soigner les dents, je pense que y a cette notion de spécialité derrière. »*

Une personne accorde plus de confiance à la tabacologue qu'aux expériences personnelles des gens qui l'entoure. La tabacologue est vue comme une spécialiste qui centralise les connaissances.

*Entretien 04 : « (...) En tout cas, je me sens, plus en confiance dans ce genre de situation que ce qui peut se faire par ailleurs, par exemple, quand on souhaite arrêter de fumer, ben, par les échanges, interpersonnel, c'est ah bah tiens moi je connais cette hypnose, ou ce...l'acupuncture, ou tu lis ce bouquin, donc c'est beaucoup de...bruits de fond, de bouche à oreille, de légende urbaine sur ce qui marche, qui marche pas. Que effectivement, la tabacologue, centralise, effectivement toutes les connaissances et est plus à même d'aiguiller après un certain temps sur qu'est-ce qui faudrait essayer ou pas et qui ce qui est reconnu ou pas. »*

### **2.3. Ressenti des patients sur l'accès aux consultations de tabacologie et sur l'organisation des consultations de tabacologie :**

Les patients se sont exprimés sur leur ressenti dans l'accès aux consultations de tabacologie et sur l'organisation des consultations en pratique de soins primaires.

#### *2.3.1. Ressenti des patients sur la proposition de suivi tabacologique émise par leur médecin traitant :*

La proposition de suivi tabacologique formulée par le médecin traitant est très bien acceptée par les patients.

*Entretien 03 : « (Moi) : « Vous en discutiez d'arrêter avec votre médecin traitant ? » Bah, c'est-à-dire que lui, il me pousse. Il me dit faut que t'arrêtes. (Moi) : « Comment vous avez pris sa proposition d'être suivi par une tabacologue ? » Ah, bah je l'ai très bien pris, bon on se connaît bien, (...) c'est mon médecin traitant depuis plus de trente ans. C'est-à-dire que je l'ai vu quand il a débuté presque donc euh...C'est pas un problème. »*

Une patiente exprime clairement que la proposition d'être suivie par un tabacologue par son médecin traitant est vécue de la même manière que lorsqu'elle est adressée chez un autre spécialiste. Cette patiente dit aussi qu'elle conçoit que la consultation de médecine générale n'est certainement pas la plus adaptée à la prise en charge tabacologique par manque de temps du médecin généraliste.

*Entretien 01 : « (Moi) « Comment avez-vous pris le fait qu'il vous ai proposé une tabacologue ? ». Je l'ai très bien pris quand il m'a dit que je pouvais avoir un suivi par un tabacologue. De la même façon que le médecin traitant va conseiller sur l'idée d'aller voir un spécialiste. Je me suis pas du tout posé la question du fait que c'était quelque chose qu'il pouvait faire en fait. Et peut-être aussi qu'effectivement ça prend plus de temps qu'une séance traditionnelle avec son médecin traitant. »*

Un autre patient exprime également que la consultation de médecine générale n'est pas adaptée à la prise en charge tabacologique par manque de temps. Il ajoute que le médecin traitant est vu comme quelqu'un d'humain qui sait se faire aider de ses confrères pour prendre en charge le patient dans son exhaustivité.

*Entretien 02 : « Je crois que ... mon médecin va à l'essentiel (...) La tâche est difficile pour les médecins traitants, et je préfère que ça soit quelqu'un qui effectivement a du temps à*

*consacrer pour ce problème spécifique, plutôt que ça fasse parti d'une consultation où il y a des choses, où moi je veux pas hiérarchiser si vous voulez les problèmes. Vaut mieux qu'elle enlève ce qu'elle peut et qu'elle traite...aujourd'hui, avec le temps qu'elle a, les gros soucis de santé quoi. Elle peut pas tout faire quoi. Je trouve par contre la démarche de déléguer ce genre de mission, euh c'est certainement beaucoup plus confortable pour elle, et ...ça montre aussi son côté humain quoi et consciente du phénomène, du problème et aussi la conscience qu'elle peut pas non plus s'en occuper comme elle le voudrait quoi donc euh (...)* »

### 2.3.2. Ressenti des patients sur l'organisation des rendez-vous :

**Les patients rapportent que la prise de rendez-vous se fait en général en consultation pour la/les fois d'après. Les patients rapportent que la tabacologue propose les plages de rendez-vous possibles en fonction de ses disponibilités, la fréquence de suivi est adaptée en fonction des indisponibilités des deux partenaires.**

**Deux personnes (01, 09) rapportent qu'elles n'ont pas de contact direct (téléphonique) avec la tabacologue. Une patiente dit s'être organisée facilement avec le secrétariat du cabinet pour prévenir de son indisponibilité. L'autre patient dit également s'organiser avec la secrétaire et que cela se fait sans difficulté.**

*Entretien 01 : « C'est vrai que du coup, on n'a pas le lien direct avec la tabacologue. J'ai dû annuler une fois un rendez-vous, mais assez simplement en fait, j'ai dû appeler le secrétariat du cabinet qui du coup s'est renseigné et a pu faire passer (...) Donc à part **pour ces questions techniques de ne pas avoir un lien direct qui est peut-être plus simple quand on a un déplacement** mais en l'occurrence ça s'est résolu. »*

Une patiente (03) a dit qu'elle s'organiserait directement avec son médecin traitant si elle devait être amenée à annuler un rendez-vous.

### 2.3.3. Ressenti des patients sur le rythme des consultations :

Les consultations tabacologique ont lieu, au sein d'une même microstructure, un jour fixe de la semaine, avec un intervalle minimum de 14 jours. La fréquence des consultations varie entre les patients. Selon les patients interrogés, le délai varie de 14 jours à 2 mois entre deux consultations. En moyenne, les patients sont vus tous les 14 jours ou tous les mois.

Le caractère fixe du jour de consultation a été critiqué par deux patientes (03, 04). Une patiente exprime sa difficulté à s'organiser par rapport à son travail.

*Entretien 04 : « (...) parce qu'aujourd'hui elle est au cabinet le mercredi, donc c'est sur mes horaires de bureau...euh, c'est pas une après-midi pour ceci, donc j'essaie de le faire à l'amiable avec le chef. Mais si c'est trop récurrent, il me demandera de poser donc euh... Ca me met en retard sur le travail donc euh... »*

Une autre patiente rapporte qu'il faut s'organiser pour ne pas avoir d'autres impératifs dans l'après-midi afin d'être disponible pour les consultations de tabacologie. L'inconvénient du jour fixe des consultations est contrebalancé par l'utilité de la consultation et par le lien créé avec la tabacologie.

*Entretien 03 : « (...) Non, bon, c'est tous les mercredis quoi. C'est le côté jour fixe moi qui me...mais bon d'un autre côté je sais que c'est pratique aussi. D'un autre côté, je sais que les mercredis, faut que j'évite de prendre des rendez-vous, dans les débuts d'après-midi, dans ces créneaux, même si, bon j'ai un rendez-vous, c'est précis, c'est fixe, c'est machin, donc je prends*

*pas de rendez-vous, je sais qu'il me faut tant et tant de temps. Mais bon, non mais y a pas de ...Puis ce qu'il y a eu c'est que j'ai accroché avec la tabacologue, ça aussi. Ca aurait pu ne pas prendre hein, et je pense que là c'est pas la peine. »*

**Le délai de 14 jours minimum entre deux consultations n'a pas été critiqué. Une patiente rapporte même qu'un délai d'une semaine entre deux consultations serait trop court (04). Les patients rapportent une adaptation de la fréquence des rendez-vous en fonction de leurs objectifs.**

*Entretien 07 : « Vu que moi je suis en période de diminuer, ça sert à rien de la voir tous les 15 jours, j'ai pas envie de prendre la place à quelqu'un d'autre non plus donc c'est 1 fois par mois ou 1 fois tous les 1 mois et demi, 2 mois quoi. »*

**La fréquence des rendez-vous compte pour cette patiente qui explique qu'elle va faire des efforts entre deux consultations pour changer son comportement.**

*Entretien 08 : « (...) Parce que ça me donne euh (souponne), comment dire, plutôt que d'attendre jusqu'à la mi-juillet, ça m'oblige, en fait, je vais dire les choses simplement, à me tenir à carreaux jusque dans 15 jours. C'est à dire que je vais essayer pendant ces 15 jours là, de faire un effort. Alors que si je devais attendre la mi-juillet, je repousserais le temps de l'effort vous comprenez, voilà. »*

**Une autre patiente parle de l'importance de ne pas trop allonger le délai entre deux consultations, afin de tenir ses engagements.**

*Entretien 01 : « (Moi) : « Est-ce que cette organisation vous convient pour votre suivi ? » Alors là justement je lui ai demandé qu'on se voit sous 15 jours la prochaine fois parce qu'elle pouvait pas au bout d'un mois, donc plutôt que d'attendre un mois et demi là j'ai demandé à ce qu'on voit tous les 15 jours. (...) Et là, **c'est important oui pour moi de la revoir pour... c'est une sorte de garde-fou ça me permet de tenir mes engagements.** »*

**La fréquence des rendez-vous est aussi adaptée en fonction des thérapeutiques utilisées.**

*Entretien 3 : « Bon, je la vois à peu près, une fois par mois, sauf en ce moment, comme on essaye avec les patchs, peut-être tous les 15 jours. »*

**La tabacologie et les intervenants de la microstructure sont décrits comme des personnes disponibles et flexibles.**

*Entretien 09 : « (Moi) : « Qu'est-ce que t'en penses de l'organisation des consultations ? » (...) Je sais pas comment tu vas pouvoir écrire ça joliment euh **ce qu'on ressent très fortement c'est la disponibilité.** Hein la disponibilité des gens. Quand je dis que c'est sympa, ils boivent pas le café ni quoi que ce soit mais on sent qu'ils sont disponibles, ils sont souriants, ils sont aimables, ils sont à l'écoute, **quand tu les appelle, attends je peux décaler d'un quart d'heure, et ils olalala, bon bah je sais pas, on va se débrouiller et voilà.** »*

**Une patiente dit avoir attendue 15 jours avant la première consultation de tabacologie et a alors continué à fumer pendant ces 15 jours (06).**

#### 2.3.4. Ressenti des patients sur le lieu de consultation :

Les consultations tabacologique ont lieu au cabinet des médecins traitants des microstructures. Les patients s'expriment sur l'importance du lieu de consultation et mettent en perspective la consultation au cabinet du médecin traitant à la consultation hospitalière ou ambulatoire.

Selon la majorité des interviewés, le temps de trajet et la facilité d'accès au lieu de consultation sont des facteurs déterminants dans la prise en charge.

Seul un interviewé n'est pas gêné par un long trajet car cela l'aide dans sa diminution de tabac. Quand il est actif, il ne fume pas (05).

Pour une patiente (01), il n'y a pas d'avantage à ce que la consultation se déroule au cabinet du médecin généraliste. La patiente n'aurait pas été gênée de consulter une tabacologue en ville ou à l'hôpital, sans condition de trajet.

Un patient souligne également le fait que la tabacologue fasse activement la démarche de venir au cabinet, ce qui traduit pour lui son investissement dans la prise en charge.

*Entretien 02 : « (...) Je vous dis, de la voir, déjà au cabinet, en ville et tout, c'est déjà beaucoup je trouve. C'est elle en plus, qui fait la démarche de venir jusqu'au cabinet donc euh...bon moi aussi mais...c'est pas la même chose quoi, là, c'est vraiment une volonté de sa part d'avoir un suivi et je trouve que oui...faut pas non plus demander... »*

Une patiente met en avant le fait que la tabacologue a adapté le lieu de consultation en fonction de ses préférences. En effet, la patiente a été vue lors des premières consultations tabacologique dans la microstructure de son médecin traitant, puis, pour son suivi, dans une

microstructure plus proche de son lieu d'habitation par soucis de praticité. Cette patiente aimerait que les tabacologues sont implantés dans tous les quartiers pour un accès plus facile aux consultations en fonction du lieu d'habitation.

*Entretien 07 : « (...) ça serait bien qu'ils soient implantés partout quoi, ces tabacologues ...pas que dans un secteur ou dans un quartier, parce qu'après ça peut freiner ça aussi, moi ça m'avait freiner d'aller 20 minutes en voiture pour voir la tabacologue. Je vous le dis honnêtement ça m'avait freiné. Quand elle m'a dit qu'elle avait un 2<sup>ème</sup> cabinet plus proche, bha c'était la joie quoi. »*

Le lieu de consultation n'est pas seulement commenté par rapport à « son accès » mais aussi par rapport à ce qu'il représente symboliquement. Un patient souligne l'importance du cadre de consultation. Il met en opposition la consultation tabacologique au cabinet du médecin traitant à la consultation tabacologique hospitalière où le cadre est « médicalisé ».

*Entretien 02 : « (...) Je préfère le face à face et c'est comme ça que je suis allé voir une tabacologue à l'hôpital. (...) Mais j'étais un peu déçu. (Moi) : « Vous trouvez qu'il y a une différence à être suivi au cabinet de votre médecin traitant plutôt qu'à l'hôpital ? »  
Totalemment. Il y a déjà le cadre hein, je pense que c'est quelque chose d'important. On a vraiment l'impression quand on va à l'hôpital d'aller voir un médecin avec, euh, ce que ça comporte. Le point de vue uniquement médical quoi. »*

Cette patiente parle elle aussi de ce que représente la consultation hospitalière, à savoir : des retards, des problèmes, des imprévus...

*Entretien 03 : « (...) Pour moi c'est facile d'aller chez mon médecin traitant. A l'hôpital ça m'embêterait parce que bon...c'est le côté hôpital, pour être à Hautepierre ou machin...Parce*

*qu'on sait qu'à l'hôpital il faut attendre, il y a tout le temps des problèmes, il y a tout le temps çà, y a tout le temps çà...C'est surtout çà, c'est pas l'hôpital lui-même, bon c'est vrai que c'est ce que représente l'hôpital quoi... Mais si elle était dans un autre cabinet, çà dépend où il serait placé quoi, mais là c'est pratique. Mais çà me dérangerait pas spécialement, en ville, mais çà dépend où çà serait quoi. Quand je vais chez mon médecin traitant, j'en ai pour 5-6 minutes. »*

**La patiente est ravie que les consultations se déroulent au cabinet de son médecin traitant parce que c'est un endroit qu'elle connaît, qui l'a rassure.**

*Entretien 08 : « (Moi) : « Que pensez-vous du fait qu'elle soit au cabinet de votre médecin généraliste ? » Rien du tout, je suis ravie. **Parce que c'est un endroit que je connais, que j'ai l'habitude d'y aller, çà me, comment je veux dire, çà me, écoutez, çà me rassure.** »*

**Un patient décrit le cabinet du médecin généraliste comme une zone « un peu neutre » qui permet une consultation sereine. Le patient dit qu'il ne souhaiterait pas être reçu à Ithaque par soucis de confidentialité.**

*Entretien 09 : « (Moi) « Qu'est-ce que tu penses que la tabacologue se déplace au cabinet de ton médecin traitant ? » Bah c'est très bien. (...) Ouai, je sais pas. Je vais dire un truc pas très sympa, peut être hein, Ithaque c'est un peu connoté quand même hein, c'est un peu connoté, Ithaque quand tu passes devant tu vois t'es un peu, bon c'est pas la zone, mais c'est un peu voilà. Tu vois donc, ouai non, bah l'avantage, on va pas dire la Suisse, mais **c'est une zone un peu neutre.** (...) Fin bon, c'est pas un reproche que je fais à ces gens là, mais comment est-ce que tu veux avoir une consultation sereine, ils te voit sortir, ils te voit rentrer, ils se disent, bon tient, qu'est ce qui fait, il va où, bon, je sais pas, bon... »*

## 2.4. Les attentes vis-à-vis des tabacologues :

Quelles sont les attentes envers les tabacologues que les patients ont exprimées au cours de leurs entretiens ?

### 2.4.1. L'accompagnement dans l'arrêt ou dans la diminution de la consommation de tabac :

**Sur 10 patients,**

**7 patients souhaitent arrêter leur consommation de tabac (01, 02, 03, 04, 05, 06, 10),**

*Entretien 10 : « Alors, (...), je vais avoir 62 ans cette année, puis j'ai commencé à fumer à l'âge de 19 ans. Donc ça fait plus de 40 ans que je fume, et j'ai enfin décidé d'arrêter quoi depuis le 21 mai et depuis j'ai pas repris de cigarette quoi. »*

**2 patientes souhaitent diminuer leur consommation de tabac sans l'arrêter pour l'instant (07, 08),**

*Entretien 07 : « (...) **Diminuer pour l'instant, dans un premier temps**, euh parce qu'en fait là, on va peut-être partir en vacances et ...je sais pas , c'est quand même entre guillemets « plaisir » donc voilà... je veux avoir ce petit plaisir quand je pars en vacances mais je veux arrêter un jour. **Je veux, quand, je sais pas, mais je veux arrêter.** »*

**1 patient souhaite diminuer sa consommation d'alcool mais ne consulte pas la tabacologue pour une démarche active de diminution ou d'arrêt de tabac (09).**

#### 2.4.2. L'accompagnement dans la diminution de la consommation d'alcool :

**Sur 10 patients,**

**1 patiente souhaite diminuer sa consommation de tabac et d'alcool (08),**

*Entretien 08 : « Mon objectif, c'est tout simplement, d'arriver à gérer le minimum, je prétends pas arrêter de fumer 100%, je le prétend pas, j'aime trop trop trop la cigarette, donc **ce que je voudrais c'est arrivé à fumer deux-trois cigarettes par jour par plaisir, voilà, quand à l'alcool c'est pareil, j'aimerais bien arriver à boire un verre d'alcool par plaisir par jour et peut-être deux ou trois lorsqu'on est en société ou en famille...** »*

**1 patient souhaite diminuer uniquement sa consommation d'alcool et pas de tabac (09),**

*Entretien 09 : « (...) Voilà, c'est pour ça que je vois la tabacologue, mais la tabacologue, je la vois pour l'alcool. Je l'ai retrouvé par hasard, moi j'ai jamais fait de démarche. **Comment dire, moi j'ai fais des démarches volontaires par rapport à l'alcool, mais j'ai jamais fait de démarche volontaire par rapport au tabac.** A chaque fois, elle me dit tient ça serait bien que t'essayes ça, ceci, etc, etc, je dis ouai pourquoi pas, bon voilà. »*

**1 patiente souhaite arrêter de fumer sans augmenter sa consommation d'alcool (01).**

#### 2.4.3. L'accompagnement dans l'arrêt de la consommation de cannabis :

**Sur 10 patients, 1 patiente souhaite arrêter de fumer et arrêter de consommer du cannabis (04).**

#### 2.4.4. Fixer des objectifs :

**Une patiente aimerait que la tabacologue fixe avec elle des objectifs à tenir.**

*Entretien 04 : « (...) **J'ai besoin de savoir vers où on va, d'avoir une feuille de route. En disant, bah voilà, on va faire un suivi mais l'objectif c'est que dans 6 mois on est réduit à 1. Si effectivement je fais appel à quelqu'un c'est que de moi-même j'arrive pas à me gérer. J'ai déjà essayé plusieurs fois d'arrêter toute seule, sans substitut ou quoi ce soit. J'ai jamais réussi. Donc j'ai besoin d'avoir quelqu'un qui me surveille un peu ouai.** »*

#### 2.4.5. Une relation d'écoute, dénuée de jugement et faite d'échanges et de conseils :

**Un patient attend plus de la tabacologue que la prescription de substituts. Il attend aussi une relation sociale, un échange où elle pourrait lui donner des conseils pour occuper ses journées.**

*Entretien 05 : « Mmh, alors c'est un médecin qui est une personne très bonne vivante et disons **elle est pas que planquée derrière son PC pour regarder les médicaments voilà, c'est une personne, elle est sociale aussi, avec qui on peut parler. Vraiment, vraiment, vraiment. Et comme là on arrive à la fin du confinement, enfin, façon de parler, euh...je vais vraiment lui demander qu'est-ce que je pourrais faire bien. Parce qu'après si je peux pas aller au sport, si je peux pas faire çà, si je peux pas, qu'est-ce qu'elle pourrait me conseiller.** »*

**Une patiente rajoute qu'elle attend son soutien et son écoute. La patiente attend aussi qu'elle aide son mari à arrêter de fumer par la même occasion.**

*Entretien 07 : « (Moi) : « Qu'est-ce que vous attendez d'elle ? » **Son soutien, qu'elle m'écoute, qu'elle me donne des conseils (...)** Je veux vraiment en fait que mon mari et moi on arrête en même temps quoi. Ca serait super bien. »*

**Une patiente souligne l'importance de ne pas se sentir jugée par la tabacologue.**

*Entretien 08 : « (...) Si vous voulez, de toute façon **de sa part il n'y a pas de jugement hein et ça c'est extrêmement important. Qu'il n'y ai pas de jugement, il y a tout simplement, elle reçoit les informations, elle me demande, je lui raconte ce que je fais (...)** »*

## **2.5. Les avantages des consultations de tabacologie en microstructure :**

### *2.5.1. Une aide au sevrage tabagique ou à la diminution de la consommation de tabac :*

**Le professionnel est perçu comme une personne aidante. Selon un patient (05), il faut saisir cette aide pour changer son comportement. Les entretiens mettent tous en avant que la tabacologue a un rôle de soutien et d'accompagnement dans l'aide à l'arrêt ou à la diminution de tabac.**

*Entretien 10 : « Ouai, je sais pas, **être suivie par une tabacologue c'est, on se sent soutenue et puis moi je pense que c'est important ouai d'être suivie pour que, comme ça on a un objectif, on ne se sent pas, quelque part on ne se sent pas, ..., parce que être toute seule à affronter ça franchement c'est pas évident (...), on a quand même besoin d'un professionnel qui est là, qui vous conseille et qui vous soutienne** quoi, pour moi c'est important quoi, parce que je crois pas que tout, vraiment tout seul tout seul, je ne pense pas qu'on puisse y arriver quoi. »*

2.5.2. *La consultation tabacologique comme lieu de discussion autour des autres consommations :*

Les patients consommateurs de tabac dans cette étude, sont aussi, souvent consommateurs d'autres produits addictogènes. Les plus fréquemment cités sont l'alcool et le cannabis. Deux patients racontent avoir un problème d'alcool (08, 09). Deux patients déclarent consommer du cannabis (02, 04). Deux patients racontent consommer de l'alcool ponctuellement (04, 06). Deux patients disent avoir arrêté toute consommation d'alcool il y a 17 ans (02) et il y a 2 ans (05) pour antécédent d'alcoolisme. Un patient raconte ne plus consommer d'héroïne depuis 20 ans (02).

*Entretien 02 : « Donc moi, je consomme toujours, encore un peu de cannabis, mais aussi de plus en plus rarement. Et avant bien évidemment, c'est pour ça que je suis à la microstructure, avant y a maintenant près d'une vingtaine d'année où là j'ai un peu touché à tout quoi. C'est à partir de là que j'ai eu le bénéfice de la microstructure. (...) J'ai arrêté y a 20 ans les produits, genre héroïne et tout ça et y a 17 ans l'alcool. »*

La consultation permet aussi d'aborder ces autres consommations et répond à une prise en charge plus globale du patient.

*Entretien 01 : « (...) Donc j'étais contente de la voir après avoir arrêté de fumer et dire ça y est c'est fait, de lui parler de mes difficultés et de pouvoir suivre ça par rapport au fait de pas compenser avec l'alcool derrière. C'est un suivi un peu plus global quoi. »*

Une patiente a clairement exprimé s'être sentie jugée quand l'interne de médecine générale lui a proposé de voir une psychologue par rapport à sa consommation de cannabis.

La patiente considère la tabacologue comme une spécialiste des dépendances suffisante pour l'accompagner dans sa consommation de tabac et de cannabis.

*Entretien 04 : « J'étais un peu choquée quand elle m'a parlé psychologue, j'ai senti beaucoup de jugement sur ma consommation de marijuana et du coup, ça m'a un peu bloquée sur le psychologue mais le tabacologue aucun problème. C'est surtout, autant, je me dis, un tabacologue, c'est un spécialiste de tout ce qui est dépendance et pourquoi faire appel à un psychologue pour une autre dépendance ? »*

Une patiente dit discuter de sa consommation de tabac et d'alcool avec la tabacologue et dit avoir réduit sa consommation de tabac et d'alcool grâce aux consultations tabacologiques.

*Entretien 08 : « Si vous voulez elle examine ma personne par rapport à ce que je suis, à ce que je fais, à ce que j'améliore dans ce que je fais, et ça m'a permis effectivement bon pour le tabac à réduire, sans arrêter hein et ça m'a permis aussi de réduire au niveau de l'alcool parce que je buvais une bouteille de vin blanc par jour, voilà. »*

### 2.5.3. La consultation tabacologique vécue aussi comme un entretien psychologique :

La consultation tabacologique est décrite également comme un lieu d'échange pas uniquement axé sur les consommations, mais comme un espace de discussion plus large. Au total, trois patients utilisent les termes « de tout et de rien », « de tout et de n'importe quoi », « un peu de tout » pour définir le contenu des consultations.

*Entretien 02 : « (Moi) : « Comment s'organise les consultations avec la tabacologue ? » Bah, écoutez, c'est un entretien donc, chez le médecin, dans une pièce à part, qu'elle met à*

*disposition et euh, bah c'est, beaucoup de discussion, beaucoup, de...c'est genre entretien un peu psycho, vous voyez, on discute un peu de tout et oui, elle est assez psychologue quoi, donc de temps en temps, on recentre un peu le débat sur la cigarette quand même mais euh...c'est pas la conversation principale que j'ai avec elle quoi. »*

La consultation tabacologique est décrite comme un entretien qui se rapproche d'un entretien psychologique. Au total, trois patients ont décrit la consultation tabacologique comme une consultation « un peu psycho », « une aide psychologique », « un peu psy quoi ».

*Entretien 10 : « (...) je veux dire on a quand même besoin d'un professionnel qui est là, qui vous conseille et qui vous soutienne quoi (...) Voilà, une aide psychologique quoi ça va me faire du bien quoi. »*

Pour une patiente, la consultation tabacologique est une consultation « à côté » de la consultation de médecine générale, qui permet d'aborder des sujets non évoqués en consultation de médecine générale.

*Entretien 03 : « (Moi) : « Vous faites une distinction tabacologue/médecin traitant ? » Ah oui, ah oui oui. Comme je vous disais, comme je disais à la tabacologue aussi, je crois que je lui ai dit, ça fait un peu psy quoi...Mais je pense qu'effectivement elle doit avoir aussi une formation, alors que mon médecin traitant c'est mon médecin traitant. C'est pas mon psy, ça s'est sûr. »*

Pour cette patiente, la consultation tabacologique est un endroit où elle peut parler d'elle. La patiente se sent valorisée.

Entretien 08 : « (...) Et puis cette femme, je ne l'a connaissait pas avant, cette femme me met parfaitement à l'aise. **Comme je lui dis quelque fois « qu'est-ce que je suis contente de venir vous voir pour parler de moi ».** Voilà, j'ai déjà été aussi chez des psy hein, mais là c'est différent. Voilà. (Moi) : « Pourquoi ? » **C'est différent parce que, en fait, ce qui est différent, c'est que elle positive tout ce que je fais comme avancée, même si je n'avance que de petits pas, ok ? Elle le positive et ça me fait du bien. »**

2.5.4. *Au-delà du professionnel de santé, il y a aussi un être humain :*

Au-delà de la figure du spécialiste, la tabacologue est décrite par les patients comme quelqu'un « d'humain », douée d'écoute et d'empathie. Une patiente est très satisfaite des consultations tabacologiques, non seulement parce qu'elle a diminué sa consommation de tabac et d'alcool mais aussi parce que les échanges avec la tabacologue ont éveillé en elle une réflexion personnelle plus globale, avec des changements pratiques de son quotidien (se faire plus souvent à manger, acheter des légumes bio) et de son éducation envers ses enfants et petits-enfants.

Entretien 08 : « Je dirais **elle m'apporte un cheminement**, vous comprenez ce que je veux dire ? Elle ne me dit pas il faut arrêter, pas du tout. **Si vous voulez elle examine ma personne par rapport à ce que je suis, à ce que je fais, à ce que j'améliore dans ce que je fais (...)** parce que **j'ai beaucoup changé dans ma vie depuis que je la vois, si vous voulez, parce que, quand j'ai commencé à la voir, je ne mangeais plus que des trucs préfabriqués, des conserves, enfin de la merde quoi. Et depuis, petit à petit, je me fais à manger, je m'achète des légumes frais, d'ailleurs je ne m'achète plus que des légumes bio. Bref, je change un peu si vous voulez ma façon de manger, je change ma façon d'agir par rapport à mes enfants, aussi tout ça**

*(...) Ecoutez, comment on va dire, elle m'a beaucoup apporté sur le plan de la réflexion personnelle, (...) »*

#### 2.5.5. La mise en perspective avec l'hôpital :

Les patients ayant bénéficié de consultations tabacologique à l'hôpital ont mis en perspective les consultations de tabacologie au cabinet avec la/les consultations hospitalières qu'ils avaient eues. Les avantages qui ressortent des consultations en microstructures sont multiples.

Le patient critique la consultation hospitalière qui, pour lui, est impersonnelle, dénuée d'humanité, de convivialité et de sympathie.

*Entretien 02 : « (...) Oui, et trop impersonnel, vous voyez. Tout le monde ne va pas arrêter de la même façon quoi. Je vous dis, c'est comme toutes les drogues quoi, si on les aborde du point de vue médical, effectivement, ça pose tel et tel problème, ça a tant d'effets secondaires, voilà, tout ça c'est trop carré quoi pour être humain (...) Et puis bon c'est vrai que l'hôpital a une tendance à se déshumaniser un peu ces dernières années, donc vous voyez on tombe là dedans quoi...où voilà c'est la consultation médicale, on a tant de temps, même si la personne elle est allergique à tout médicament, bah on va quand même lui en proposer quoi (...) Par exemple, quand je suis sorti de là, j'étais directement dans un magasin de cigarette électronique, parce que le jour là, j'avais décidé de prendre euh...de prendre un chemin quel qui soit et j'ai été reçu dans un magasin de cigarette électronique avec beaucoup de courtoisie... de simplicité, de...sympathie, de convivialité. Tous ces mots qu'on ne retrouve pas dans le monde médical. »*

Les adjectifs employés par ce patient pour décrire les consultations de tabacologie au cabinet sont « proximité, écoute, empathie ». Il emploie les mots « speed », « machine » pour décrire le milieu hospitalier et explique que les consultations au cabinet ne sont pas comme ça.

*Entretien 09 : « Tu vois, y a un côté, comment dire, contrairement, enfin bon, je veux pas dire du mal de l'hôpital hein, mais...euh y a un côté humain tu vois, **y a un côté humain, proximité, écoute, empathie.** (Moi) : « Quand tu dis humain, ça veux dire quoi ? » **Humain c'est le côté à l'écoute, (...)** la tabacologue, elle voit bien, enfin bon c'est leur boulot tu me diras hein, mais elle voit bien euh enfin euh, elles arrivent à sentir quand le sujet me gave, bha, on parle d'autre chose et puis voilà quoi. C'est ça le côté humain et le côté souriant (...) **encore une fois je dis pas du mal du milieu hospitalier quoi, mais le milieu hospitalier c'est un peu speed, c'est un peu la machine quoi, voilà et la machine elle est pas là voilà.** »*

#### 2.5.6. La gratuité des soins :

**Plusieurs patients ont souligné l'avantage de la gratuité des soins proposés.**

*Entretien 06 : (Moi) : « Vous vouliez me dire autre chose sur les consultations de tabacologie ? » Non, je trouve que c'est très bien. **Surtout les gens qui ont toujours peur, c'est pas que j'ai peur de payé, on reçoit de nouveau de la caisse mais faut aussi les avoir les sous tout le temps. C'est ça des fois. Quand on va en privé ou quoi. Voilà voilà, tout ça c'est...c'est des fois un peu le côté porte-monnaie...c'est chlak. Ca peut refroidir beaucoup.** »*

La gratuité des soins proposés a motivé la patiente à engager un suivi. La patiente dit qu'elle ne sait pas si elle verrait un(e) tabacologue s'il fallait payer, dans la mesure où elle n'est pas décidée à arrêter.

*Entretien 03 : « (...) C'est entièrement pris en charge, apparemment. C'est la sécu qui rembourse hein. Mais c'est pas ça qui me...**dans la mesure où je suis pas décidée à arrêter, je sais pas si j'en verrais un s'il fallait payer.** »*

**Une autre patiente exprime quasiment la même idée en disant qu'elle n'irait pas voir la tabacologue si la consultation était payante, dans la mesure où lorsque l'on est dépendant, il est plus facile de dépenser son argent à la recherche du plaisir/produit, plutôt que de le dépenser pour se faire aider à arrêter la consommation de ce plaisir/produit.**

*Entretien 07 : « Vous dites à une personne, moi par exemple, vous m'avez dit euh bah faut payer 30/40 euros comme une consultation générale, et que voilà c'est remboursé que à je sais pas combien de pourcent, ben j'y serais pas allé, parce que c'est plus facile pour moi de payer 50 euros 100 euros pour une cigarette, que d'aller voir quelqu'un qui me dit, entre guillemets, qui me dit d'arrêter de fumer quoi. »*

**Cette patiente trouve que la tabacologue n'attend pas de « retour » car elle ne doit pas payer à la fin de la consultation. Elle ne vit pas la relation avec la tabacologue comme une relation de service mais la voit comme une action de bénévolat.**

*Entretien 07 : « (...) **Elle est bénévole ben c'est génial quoi, je trouve qu'elle aide des personnes sans retour** et euh..et que l'état rembourse les patchs et des gommes et le champix, je trouve que c'est génial. »*

#### *2.5.7. La possibilité d'utiliser le CO testeur et le spiromètre en consultation :*

**La tabacologue peut utiliser le CO testeur en consultation afin d'évaluer l'exposition des fumeurs le désirant au monoxyde carbone. Les résultats s'affichent en valeur numérique**

exprimée en ppm (partie par million). Des mesures répétées permettent de comparer les valeurs de ppm au cours du sevrage et d'encourager les patients. La tabacologue peut également utiliser le spiromètre en consultation afin de dépister des pathologies pulmonaires (telles que la BPCO, l'asthme, la dilatation des bronches) à un stade précoce. Ce patient dit trouver un intérêt à pouvoir tester le CO testeur en consultation pour évaluer son état de santé.

*Entretien 09 : « Et voilà mais pour moi, ça m'intéresse de souffler un peu dans le machin pour le, ..., là pour voir où j'en suis (...) »*

#### *2.5.8. La mise à disposition de substituts nicotiques en consultation :*

Lors des consultations, la tabacologue peut faire tester différentes formes de substituts nicotiques (pastilles, gommes, spray...) et également en délivrer pour une utilisation à domicile. La délivrance est gratuite. En 2018, le remboursement des substituts (à 65% par l'assurance maladie sans avance des frais) n'était pas encore mis en place. La tabacologue a pu délivrer gratuitement des substituts aux personnes ne pouvant se permettre l'avance de frais ou aux personnes n'ayant pas accès au traitement en raison de droits non ouverts à la sécurité sociale, ce qui leur a permis de démarrer un traitement. La délivrance du traitement en consultation permet une initiation rapide du traitement et une meilleure adhésion au traitement qui est personnalisé. Les patients peuvent aussi faire l'économie de chercher en pharmacie un traitement qui ne leur convient pas après l'avoir testé.

## 2.6. La relation médecin traitant/tabacologue :

### 2.6.1. Les avis des patients :

Tous les patients sont d'accord à ce que des données soient échangées entre le médecin traitant et la tabacologue. 8 patients sur 10 y trouvent même un avantage (*sauf pour 07 et 08*).

### 2.6.2. Transfert d'information du médecin traitant à la tabacologue :

Selon cette patiente, il existe un avantage dans la prise en charge du patient à ce que la tabacologue puisse communiquer directement avec le médecin traitant. La tabacologue peut connaître davantage le patient par l'intermédiaire des connaissances du médecin généraliste sur son patient (antécédents, traitements...) Cela peut permettre d'adapter une prise en charge, comme dans le cas de cette patiente qui essaie un nouvel antidépresseur avant d'arrêter de fumer. La tabacologue a pu discuter avec le médecin traitant sur la meilleure molécule à prescrire en tenant compte des traitements déjà essayé par la patiente.

*Entretien 01 : « (...) dans mon cas ça été pas mal parce qu'elle a pu faire le lien avec lui sur l'antidépresseur que j'avais pris il y a quelques temps et du coup de me confirmer d'en parler avec lui. Tous les deux m'ont confirmé leur proposition que je retente ça avant d'arrêter de fumer. Donc ils ont pu se mettre d'accord sur la molécule. Donc je pense que c'est pas mal, qu'elle puisse accéder du coup. Sous mon autorisation, elle m'a demandé si elle pouvait en parler avec lui, pour voir ce que j'avais pris, donc je pense que ça peut être bien. Oui parce que, on aborde quand même des questions autres que le tabac, ça fait le tour de l'ensemble des addictions qu'on peut avoir, donc je pense que ça lui permet peut-être d'avoir des précisions sur le passé. »*

### 2.6.3. Transfert d'information de la tabacologue au médecin traitant :

D'après une patiente, il existe un avantage à ce que le médecin traitant accède aux notes de consultations de tabacologie. Le jour où la tabacologue est en vacances ou que la patiente a un problème, le médecin traitant pourrait renouveler une ordonnance.

*Entretien 03 : « Parce que t'façon elle, même si elle peut me faire une ordonnance, si un jour j'ai un problème, je peux passer par mon médecin traitant (...) Non puis je trouve ça très bien, moi je trouve, ils sont en relation tous les deux. »*

Une patiente dit que la tabacologue a envoyé un courrier à son médecin traitant. La patiente n'est pas suivie par un médecin traitant de la microstructure. Elle souligne la relation de proximité entre tabacologue et médecin traitant. Elle fait une comparaison avec le milieu hospitalier où elle dit que les courriers hospitaliers sont transmis avec retard au médecin traitant.

*Entretien 06 : « (...) La tabacologue, elle communique, elle leur a écrit un mot. Elle a...elle leur fait une lettre comme quoi, ce qui s'est passé. (Moi) : « Qu'est-ce que vous en pensez ? » Oh, très bien, hein, parce que au moins ils communiquent tout hein, parce que des fois à l'hôpital, euh, quand je vais chez le médecin, je dis vous avez eu le courrier...tu peux attendre hein (...) »*

L'échange des données de la tabacologue au médecin traitant peut servir de support au médecin traitant pour aborder le sujet du tabac en consultation. Mais la patiente dit que la tabacologue est, pour elle, la personne la plus qualifiée pour parler du tabac.

*Entretien 07 : (Moi) : « Vous trouvez qu'il y a un avantage à ce qu'ils discutent ensemble, se connaissent ou... ? » Bon, moi j'ai plus vu mon médecin général depuis. **Mais, peut-être, elle***

*ouvrira le sujet si je veux la voir mais ...médecin général, nan, nan, je pense pas qu'il y a un avantage quoi, nan, personnellement nan, je pense que c'est plus la tabacologue, qu'elle sait les dangers, le pour, le contre, ce qui est bien, ce qui est pas bien pour, dans le tabac. »*

#### 2.6.4. Sous couvert d'une autorisation par le patient :

**Les informations médicales sont transmises au médecin traitant sous couvert d'une autorisation par le patient.**

*Entretien 07 : « (Moi) : « Qu'est-ce que vous pensez de la relation qu'elle peut avoir avec votre médecin traitant ? » Elle a demandé au début, si elle voulait que ça soit communiqué tout ça, pour moi j'ai dit y a aucuns problèmes donc vous pouvez transmettre tout ce que vous voulez, euh, mon médecin traitant c'est une personne de confiance aussi donc, euh, elle sait tous sur moi, elle sait les maladies, elle sait les problèmes donc...non ça me dérange pas, t'façon, elle, dans tous les cas elle nous laisse le choix de dire ou pas, de partager ou pas. »*

#### 2.6.5. Sous couvert du secret médical et du type d'informations échangées :

**Cette patiente fait une distinction entre les informations liées au sevrage tabagique (ordonnances, progression dans l'arrêt) et les informations à caractère personnel. Elle dit faire toute confiance en la tabacologue, liée par le secret médical, dans les informations qu'elle transmettrait au médecin traitant.**

*Entretien 03 : « (...) ça peut être positif s'il demande juste où ça en est, est-ce qu'il y a de l'avance, est-ce qu'il y a des progrès ou pas ? Voilà, mais si c'est pour savoir de quoi on a parlé,*

*non ça serait pas normal. T'façon elle, elle a le secret médical t'façon, ça je le sais. Et je sais que de ce côté-là, j'ai confiance. J'ai toute confiance. »*

**Une patiente a changé récemment de médecin traitant. Elle souligne le fait qu'elle n'aurait pas souhaité que son ancien médecin traitant sache qu'elle fume des joints occasionnellement (par l'intermédiaire des données transmises par la tabacologue), car son ancien médecin traitant est aussi celui de sa mère. Elle aurait peur que l'information soit transmise à sa mère.**

*Entretien 04 : « (...) si effectivement, c'était mon médecin traitant d'à l'époque qui m'a suivie pendant 20 ans, qui parle à ma mère, etc, encore...qui peuvent se voir, ça serait plus délicat, je préférerais pas qu'il sache que je fume occasionnellement des joints et ce genre de chose, on ne sait jamais quoi. J'ai pas de retenu à ce qu'ils échangent des données, puisque, si c'est un échange donné, c'est inscrit dans un dossier, c'est que c'est pertinent et que ça peut servir plus tard pour euh, pour une pathologie ou un diagnostic donc euh...tant qu'effectivement on reste sous de la donnée protégée, moi, que les médecins communiquent entre eux, tant que c'est pour le bien être in fine du patient et pas pour le jugement il y a aucun problème. »*

**2.6.6. Un moyen de valoriser la démarche d'arrêt ou de diminution de la consommation de tabac :**

**L'échange des données entre tabacologue et médecin traitant peut être le support d'une valorisation de la démarche du patient dans la réduction ou l'arrêt de la consommation de tabac.**

*Entretien 10 : « (...) Moi je trouve que c'est bien qu'il y ai justement cet échange et puis mon médecin traitant... parce que moi mon médecin traitant je la vois, quoi, une fois dans l'année,*

*donc si entre temps elle est au courant que j'arrête de fumer, et puis bon je pense que c'est bien comme ça la prochaine fois qu'elle me verra je pense qu'elle sera contente quoi et toujours je pense que le médecin il est content quand un patient fume ou quand il boit ou qu'il truc, s'il arrête je pense que le médecin il est toujours ravi de ça quoi (rire). Donc, c'est bien que la tabacologue lui en parle quoi. »*

## **2.7. Les idées d'aide au sevrage tabagique exprimées par les patients :**

### *2.7.1. La prise en charge financière du sport en salle :*

**Une patiente exprime le souhait d'une prise en charge financière par la sécurité sociale du sport en salle. L'arrêt du tabac peut induire une prise de poids. Cette patiente aimerait que la salle de sport soit prise en charge, elle pourrait y aller afin d'éviter la prise de poids liée à l'arrêt du tabac.**

*Entretien 07 : « Le seul truc que j'avais ...quand j'ai arrêté pendant 3 ans et demi, j'avais pris 15 kilo, et ça ça me fait très peur. Et là quand j'ai repris, j'ai reperdu mes 15 kilo. **Est-ce qu'on peut être suivi par un coach aussi ? Coach pour essayer de perdre du poids (...), moi, je vous le dis honnêtement si j'ai la salle de sport au bout de la clé, j'arrête demain quoi, j'arrête demain.** Sport santé, je l'ai fait aussi, mais ça m'a pas branchée, ça m'a pas...non ça m'a pas convenue, ça fait qu'on est un groupe, y a des gens qui viennent du quartier ou des alentours, c'est pas pareil, oui on a un coach mais c'est pas pareil du tout, et après c'est des heures quoi, faut aller de telle à telle heure, t'es disponible, t'es pas disponible, tant pis pour toi. Alors que en salle voilà t'as un contact, t'as ta petite carte, t'y vas quand tu veux quoi (...) »*

### 2.7.2. La création de groupe de paroles :

Cette patiente souhaiterait pouvoir se réunir en groupe de 4-5 personnes, afin de parler entre anciens fumeurs, de se soutenir, d'échanger des idées et des astuces pour ne pas craquer.

*Entretien 10 : « (...) c'est pour ça aussi que je lui posais la question si c'était possible de faire aussi des réunions en groupe, avec, moi ce qui m'intéresserait c'est d'être aussi, si elle peut faire une session avec des gens comme moi qui veulent arrêter de fumer, si on peut être à 4/5, ce serait sympa d'être dans un groupe quoi, pour voir un petit peu le ressenti des autres personnes. (Moi) : « Le ressenti des autres personnes par rapport à quoi ? » Par rapport à leur arrêt du tabac, savoir s'ils ont réussi, comment ils ont réussi, et puis comment ils se sentent vis-à-vis de ça. Voir s'ils n'ont pas craqué, et puis si jamais ils ont craqué quand même, pourquoi ? Pour éviter peut-être de faire les mêmes erreurs quoi (...) Ca m'intéresserait vraiment beaucoup, un petit peu comme vous savez les alcooliques anonymes qui se réunissent (rire) et puis qui se soutiennent l'un l'autre aussi, **aussi pour ce ... cet esprit, se soutenir l'un l'autre**, le fait que quand on est dans la même situation, on peut en parler avec quelqu'un d'autre et puis on peut échanger des conseils et je trouve ça serait pas mal quoi. »*

### 2.7.3. Des consultations de tabacologie en entreprise :

Ce patient souhaiterait que des consultations de tabacologie soit réalisées en entreprise.

*Entretien 02 : « Toutes les initiatives qui permettent, je veux dire, de libérer du temps aux généralistes, ça peut aller que dans le bon sens à mon avis (...) Y a pas que chez les généralistes qu'on peut être utile quand on est tabacologue, je pense. (Moi) : « Vous pensez*

où sinon ? » **Bah, je pense à la médecine du travail. Par exemple, c'est aussi quelque chose qui faudrait remettre en route, un de ces quatre (...) Y pourrait y avoir les entreprises, qui s'occupent de ça pour ses salariés. »**

#### 2.7.4. La diffusion, la poursuite du projet et l'extension du projet :

Cette patiente exprime l'idée qu'il faut dire au grand public qu'il y a des tabacologues disponibles en cabinet pour que les patients puissent se saisir du dispositif. Cette patiente exprime clairement l'importance des consultations de tabacologie, l'intérêt de la pérennisation des consultations et la nécessité d'avoir encore plus de tabacologues sur le territoire Alsacien.

Entretien 07 : « (...) **le but ça serait d'en avoir plus, soutenir ces personnes, en espérant qu'il y en a plus quoi. Et là voilà c'est dans mon secteur je suis trop contente, essayé d'en avoir plus dans tous les secteurs et de le faire entendre aussi parce que moi si j'avais pas vu cette affiche, voilà... Que les médecins généralistes en parlent, qu'à la télé ils en parlent, parce que moi à la télé j'en ai pas entendu parlé. »**

Entretien 07 : « Je pense que je sais pas si vous vous voyez sur l'évolution, est-ce que il y a plus de gens qui arrêtent, qui diminuent, grâce aux tabacologues, mais, moi, perso, je parle pour moi, vu que je suis toute seule qui va chez elle, moi ça m'aide. **Et en espérant que ça continue quoi. J'espère que, même si, moi, un jour, j'arrête, je veux qu'il y ai d'autres gens, ils en profitent de ce bien quoi. Pour que, eux aussi, puissent arrêter et que ...parce que c'est très important c'est comme un dentiste, quand on a mal, on va se faire soigner, bah ça c'est pareil. Moi je veux vraiment que ça continue quoi. »**

### III. DISCUSSION :

Les consultations de tabacologie ont été mises en place en microstructure à Strasbourg suite à l'initiative de médecins généralistes d'une microstructure qui ont exprimé la demande de consultation de tabacologie effectuées directement à leur cabinet. Les consultations de tabacologie s'inscrivent dans une volonté d'aider les patients des microstructures à arrêter fumer parce que les patients inscrits en microstructures sont pour la majeure partie d'entre eux fumeurs, de gros fumeurs et généralement en situation de précarité. Les consultations de tabacologie visent à lutter contre ces inégalités en enrayant le problème de l'accès aux consultations à l'extérieur ou à l'hôpital et en proposant une prise en charge totalement gratuite. Il est à noter que des consultations de tabacologie en microstructures ont déjà été réalisées en dehors de Strasbourg, par des psychologues (par exemple, à la maison médicale à Mont-Saint-Martin) (70) ou par des infirmiers délégués à la Santé Publique, dits ASALEE (« Actions de Santé Libérale En Equipe ») (71) formés en tabacologie (par exemple, à la maison de santé pluri-professionnelle de Saint Jean du Gard dans les Cévennes) (72) mais jamais par des médecins généralistes tabacologues et addictologues.

Encore aucune étude n'avait été réalisée pour se rendre compte de l'impact de ce nouveau dispositif et pour évaluer si les soins profitent effectivement aux usagers. Nous avons donc décidé d'être les premiers à le faire en donnant directement la parole aux patients bénéficiaires. L'idée des entretiens est aussi de mettre en lumière les besoins des usagers afin de pouvoir y répondre. Pour ce faire, nous avons interrogé 10 patients qui ont bénéficié ou bénéficient des consultations de tabacologie.

7 femmes et 3 hommes ont été interrogés dont la moyenne d'âge est de 55 ans. Seul un patient sur 10 interrogés est inscrit en microstructure. Les patients interrogés sont des gros

fumeurs avec environ 34 ans d'ancienneté tabagique en moyenne. Si l'on généralise, les bénéficiaires sont donc des femmes d'un certain âge grosses fumeuses. Finalement, les consultations de tabacologie qui rentrent dans le cadre d'RMS Alsace sont ouvertes à tous, c'est à dire aux patients non inscrits en microstructure et même aux patients non suivis par les médecins généralistes des microstructures. Les consultations de tabacologie sont donc des consultations tout venant. Pour la majorité des patients quand même (5 patients sur 10), ce sont les médecins traitants des microstructures qui ont adressés les patients à la tabacologie. Les médecins généralistes tabacologues sont également addictologues et prennent en charge la consommation tabagique des patients mais également leur co-addiction (alcool, cannabis) en consultation. La très grande majorité des retours recueillis sont positifs (coopération médecin traitant/tabacologue, facilité d'usage des consultations, gratuité des soins, possibilité de tester des substituts...). Seuls quelques patients ont émis des critiques négatives sur le jour fixe des consultations, l'absence de lien téléphonique direct avec la tabacologue et le délai d'attente de 15 jours pour le premier rendez-vous pour une patiente. Le manque de critiques émises sur les consultations de tabacologie est certainement lié la sélection des patients interrogés. Les patients interrogés sont des patients motivés et satisfaits du dispositif puisqu'ils l'utilisent. Il aurait été intéressant d'interroger des patients ayant refusés de voir la tabacologue au cabinet et d'essayer d'en comprendre les raisons.

### 1. Recrutement :

Pour cette thèse, 10 entretiens avec les patients ont été réalisés afin d'obtenir la saturation des données. Le recrutement des patients a été initialement difficile car la première méthode (distribution de flyer en consultation par les tabacologues) a été vaine. La deuxième méthode consistait à ce que les tabacologues prennent les coordonnées des patients

souhaitant participer à l'étude et à ce qu'elles me les transmettent pour que je les contacte. Cette méthode a été efficace.

## 2. Organisation des entretiens :

Les entretiens ont eu lieu lors de la fermeture des cafés/restaurants liée à la Covid 19. Seul un entretien a eu lieu en présentiel. Les autres entretiens ont eu lieu par téléphone ou en visio-conférence. Au téléphone, il existe une perte d'information (perte des mimiques, de la gestuelle, du contact) qui peut diminuer la qualité de l'entretien et de l'analyse. Pour compenser ce manque d'informations, dans la traduction des entretiens, j'ai rendu compte du verbatim en traduisant mot pour mot les entretiens et en y ajoutant les descriptions hors dialogue (rire, hésitation, toux).

## 3. Résultats de l'étude :

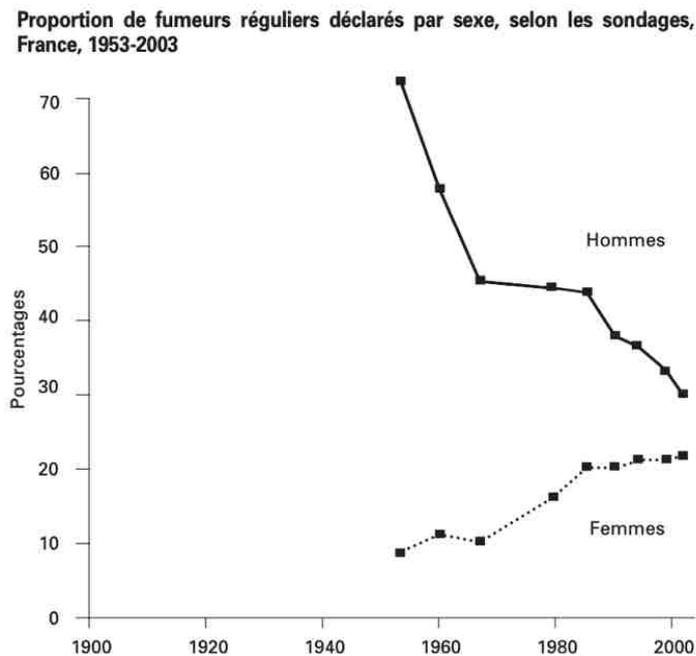
### **4.1. Sexe des personnes interrogées :**

#### *4.1.1. Plus de femmes que d'hommes :*

Concernant les entretiens, plus de femmes que d'hommes ont été interrogées. 7 femmes pour 3 hommes. Même si l'échantillon n'a pas à être représentatif de la population étudiée, on peut noter que ces résultats vont dans le même sens que ceux des patients suivis par les tabacologues. En effet, sur 3 années consécutives (de 2018 à 2020), la proportion de femmes suivies par les tabacologues était majoritaire par rapport à celle des hommes (soit 52% en 2018, 54% en 2019, 52,31 % en 2020). Certainement que le sexe des tabacologues joue dans la sélection du sexe des bénéficiaires. Les femmes se sentent peut-être plus en confiance avec des tabacologues de même sexe.

#### 4.1.2. Pourtant il existe moins de fumeuses que de fumeurs en France :

Selon les données du baromètre de Santé publique France en 2020, les femmes fument moins que les hommes. « Elles sont 22% à fumer contre 29.1% des hommes en 2020 » (2). Cependant, ces données sont à relativiser si l'on regarde la consommation tabagique des femmes sur plusieurs années. De 1953 à 2003, la consommation tabagique des femmes a clairement augmentée (passant de 9% à 22%) (31), rapprochant la consommation des femmes à celle des hommes.



#### 4.1.3. Le tabac aurait plus d'impact sur la santé des femmes :

Cette forte prévalence du tabagisme chez les femmes depuis les années 1950 s'est traduite au cours de la dernière décennie par un fort impact sur la santé des femmes. Selon l'étude « Évolution de la morbi-mortalité tabagique chez les Françaises : des tendances inquiétantes » parue dans le Journal européen de santé publique en avril 2020, « le nombre

estimé de femmes décédées des suites du tabagisme a plus que doublé entre 2000 et 2014 (7 % contre 3 % de tous les décès) » (73). Ce taux de mortalité est lié en partie au cancer du poumon et reflète le taux de mortalité des femmes qui ont commencé à fumer en nombre dans les années 1970, parce que l'exposition au tabac a généralement lieu plus de 20 ans avant le diagnostic de cancer du poumon.

Les deux sexes ne sont pas égaux par rapport aux risques de pathologies liées au tabac. L'analyse de la littérature montre qu'« à tabagisme égal, le risque de maladie coronaire est supérieur chez les fumeuses (+ 25 %) par rapport aux fumeurs » (74). Il en est de même en ce qui concerne le risque de cancer du poumon. Une étude Norvégienne conclue que « la femme serait plus encline que l'homme au cancer du poumon, à durée et intensité égales d'exposition au tabagisme » (75).

#### *4.1.4. Les femmes auraient plus de difficulté à arrêter de fumer :*

Une étude qui s'appuie sur des données longitudinales d'enquêtes internationales sur la lutte antitabac dans quatre pays (Royaume-Uni, États-Unis, Canada et Australie) (76) suggère que « les femmes ont plus de difficulté à arrêter de fumer sans traitements de substitution ». Dans l'étude « les femmes avaient 31 % de chance de réussir à arrêter de fumer en moins que les hommes. Stratifié par utilisation de médicaments, le succès d'arrêt était plus faible chez les femmes qui n'ont utilisé aucun médicament pour arrêter de fumer, et il n'était pas différent des hommes lorsque les médicaments ont été utilisés ». En conclusion, les femmes peuvent avoir plus de difficulté à arrêter de fumer que les hommes sans traitements substitutifs.

Un article intéressant nommé « Actualités en tabacologie », publié en juin 2021 (77), parle de la différence homme/femme dans le sevrage tabagique. Selon cet article, « la crainte d'une prise de poids et le risque de syndrome anxio-dépressif à l'arrêt du tabac sont plus marqués chez la femme ». Les entretiens ont rendu la même conclusion avec 2 femmes craignant la prise de poids et 1 femme craignant un trouble dépressif à l'arrêt. Les hommes n'ont pas mentionné ces craintes. L'autre point intéressant de cet article traite de l'efficacité des traitements de substitution. L'efficacité des traitements utilisés dans l'aide au sevrage tabagique semble différente chez les hommes et chez les femmes. « Plus particulièrement, la Varénicline (Champix) semble plus efficace que les autres traitements de substitution chez les femmes. »

L'étude « Différences entre les sexes dans l'efficacité comparative de la pharmacothérapie pour l'abandon du tabac : une méta-analyse en réseau » (78) montre que « par rapport au placebo, l'efficacité de la varénicline était similaire pour les femmes et les hommes. Des différences significatives entre les sexes étaient évidentes lors de la comparaison de la varénicline par rapport à la nicotine transdermique (TN) et de la varénicline par rapport au bupropion. Pour les femmes, la varénicline a été plus efficace que la TN et le bupropion. Pour les hommes, les résultats pour ceux traités avec la TN et le bupropion étaient similaires à ceux traités avec la varénicline ». Ces données reflètent également ce qui a été dit dans un entretien par une patiente qui a arrêté de fumer pendant 2 ans grâce au Champix. Par la suite, la patiente a repris la cigarette mais voulait retenter un sevrage mais le Champix était « en contrôle » et les patchs n'ont pas fonctionnés. La patiente a consulté la tabacologue qui lui a prescrit le Champix pendant 1 mois et demi, ce qui lui a permis un sevrage complet du tabac.

On suppose que cette différence d'efficacité thérapeutique « pourrait s'expliquer par une suractivation du cytochrome CYP2A6 chez la femme, responsable d'un métabolisme plus important et plus rapide de la nicotine et donc de syndrome de manque plus rapide. La mise en évidence d'une meilleure efficacité de la Varénicline par rapport aux substituts nicotiques chez les patients dits « métaboliseurs rapides » est en faveur de cette hypothèse » (77).

D'autres molécules d'aide au sevrage tabagique pouvant toucher plus spécifiquement les fumeuses ont été étudiées, telles que les hormones progestatives. En 2019, dans une étude randomisée en double aveugle contre placebo, Tosum et al. ont analysé l'impact d'un traitement par progestérone versus placebo chez 216 patients (113 hommes,, 103 femmes). « 35% des femmes sous progestérone ont été abstinentes pendant le premier mois contre 17 % sous placebo. Chez les hommes, aucune différence n'a été relevée » (79). En guide d'ouverture, on peut dire que de plus amples études pourraient être réalisées afin d'envisager une prise en charge plus personnalisée de la dépendance tabagique chez la femme.

#### *4.1.5. Les femmes ne sont pas majoritaires en microstructure et en CSAPA :*

Selon le rapport d'activité d'RMS Alsace 2020 (35), « les femmes représentent 48,7% de la patientèle du réseau » des microstructures en Alsace. Cette forte présence des femmes continue à augmenter chaque année : 2016 (41.1%), 2017 (41.5%), 2018 (43.8%), 2019 (45.7%). Elles ne sont pas majoritaires mais représentent quand même quasi la moitié des inscrits. Elles se saisissent facilement du dispositif des microstructures.

Par rapport aux autres dispositifs de soin en addictologie, le réseau des microstructures présente la particularité de suivre un nombre de femmes très important. En effet, en 2020, la file active globale de patients dans le cadre du CSAPA à Strasbourg et à Molsheim, et des

Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) à Molsheim et à Schirmeck était de 917 patients dont seulement 23.5% de femmes (35).

On peut se poser la question d'une telle différence ? Certainement que la confidentialité (ne pas être vue par d'autres consommateurs) et la neutralité du cabinet du médecin généraliste expliquent cette différence de fréquentation. Lorsque l'on consulte au cabinet du médecin généraliste, on n'est pas étiquetée addicte. Deux patients ont d'ailleurs dit ne pas vouloir consulter au CSAPA ; parce que ce lieu ne permet pas « une confidentialité » et « est connoté », ou parce que « cela rappelle des souvenirs d'anciennes consommations ».

#### **4.2. Age des personnes interrogées :**

L'âge des patients interrogés varie de 29 ans à 73 ans. La moyenne d'âge, femmes et hommes confondus, est de 55 ans. La moyenne d'âge (arrondie à l'unité) des femmes est de 54 ans. La moyenne d'âge (arrondie à l'unité) des hommes est de 57 ans.

##### *3.2.1 Une faible proportion de jeunes suivis en consultation :*

Selon les rapports d'activité de tabacologie, on note qu'en 2018, la moitié (50%) des patients rencontrés par la tabacologue avait un âge compris entre 50 et 59 ans, puis à pourcentage égal (17%), les patients suivis avaient 40-49 ans et plus de 60 ans. La proportion des 20-29 ans était de 9% et celle des 30-39 ans de 7%. En 2019, la part des 50-59 ans a diminuée (26%) au profit de celle des plus jeunes (40-49 ans à 36%) et des plus de 60 ans (26%). Les 30-39 ans sont à 8% et les 20-29 ans sont à 2%. Des patients de moins de 20 ans ont été vus comptant pour 2%. En 2020, l'âge moyen global était de 47 ans. L'âge minimum était de 24 ans, l'âge maximum de 72 ans.

On remarque que la palette d'âge est très large. Les tabacologues réalisent donc des consultations dans tous les âges de la vie. Mais, ce que l'on constate aussi, c'est que la proportion des jeunes est minoritaire. C'est seulement en 2019 que des patients de moins de 20 ans ont été vus. La part des jeunes de 20 à 29 ans et des 30-39 ans est faible.

#### *4.2.2. Pourtant la prévalence du tabagisme est élevée chez les jeunes :*

L'enquête ESCAPAD de 2017 qui étudie les comportements tabagiques à la fin de l'adolescence, menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) lors de la Journée défense et citoyenneté (80) stipule que « chez les jeunes de 17 ans, au niveau national, plus d'un quart des jeunes (25,1%) sont des fumeurs quotidiens et presque 6 adolescents de 17 ans sur 10 (59,0%) ont déclaré avoir déjà fumé au moins une cigarette au cours de leur vie ». Et ce malgré la vente de tabac interdite aux mineurs. « Les adolescents n'ont aucune difficulté à acheter leurs cigarettes chez un buraliste, 94,5% des fumeurs quotidiens le faisant régulièrement. La très grande majorité de ceux qui en ont acheté déclarent n'avoir en outre jamais eu besoin de justifier de leur âge (68,4%) ». Ces chiffres se rapprochent de ceux de la consommation quotidienne chez les adultes (pour rappel : 26.9% chez les 18-75 ans en 2017).

Une étude nommée « Quelle proportion de personnes qui essaient une cigarette deviennent des fumeurs quotidiens ? Une méta-analyse d'enquêtes représentatives » (81) conclue que « plus des deux tiers des personnes qui essaient une cigarette deviennent, au moins temporairement, des fumeurs quotidiens. Ainsi, on peut généraliser en se disant que lorsque trois jeunes expérimentent le tabac, deux sur trois au moins seront consommateurs

de tabac au moins une partie de leur vie ». En 2017, l'expérimentation du tabac est réalisée à 14,4 ans et la consommation quotidienne à 15,1 ans (82). Ainsi, il paraît tout à fait essentiel d'agir le plus tôt possible, afin de limiter le risque de dépendance et les conséquences du tabagisme pour la santé qui sont proportionnelles au degré de consommation tabagique.

#### *4.2.3. Moins de tentative de sevrage et plus de difficulté à l'arrêt chez les jeunes :*

L'application du modèle de Prochaska et DiClemente aux adolescents met en évidence des différences avec l'adulte. Pallonen et al (83) ont appliqué le modèle des étapes du changement à une population de jeunes adultes. Selon cette étude les jeunes adultes font deux fois plus de rechutes. De plus, « les jeunes passent et repassent beaucoup plus souvent d'une étape à l'autre que les personnes plus âgées. De nombreux fumeurs adolescents sont à l'étape de la pré-contemplation : ils se croient immortels et capables de renoncer n'importe quand. Ils ne pensent pas à arrêter et sont satisfaits de leur consommation. De plus, les rechutes ont des risques d'être très décourageantes pour les adolescents et les ramènent à l'étape de la pré-contemplation ».

Une enquête rétrospective (84) basée sur 1184 dossiers de consultants du Dispensaire Emile Roux (Clermont-Ferrand ; centre d'aide à l'arrêt du tabac), entre le 01 janvier 1999 et le 31 décembre 2006, retrouve que les fumeurs de moins de 25 ans consultent peu en centre de tabacologie pour sevrage tabagique. Et qu'ils ont plus de difficulté à l'arrêt que les fumeurs de plus de 25 ans quand ils sont pris en charge en centre de tabacologie. Dans l'étude, il y avait 40 fumeurs de moins de 25 ans, 128 fumeurs de plus de 60 ans, 1016 fumeurs d'âge situé entre 25 et 60 ans. Le taux d'arrêt à 12 mois était plus faible chez les moins de 25 ans que dans les autres tranches d'âge (28,1% vs 34,2%).

Une autre étude sur « L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013 » (85), en exploitant des données de la base nationale CDTnet (données issues majoritairement des services de tabacologie ou d'addictologie hospitaliers), va dans le même sens. Être âgé de 18-24 ans était associé à un taux d'abstinence plus faible.

En règle générale, ce sont les professionnels de la microstructure qui adresse le patient à la tabacologue. Or, le public jeune consulte peu le médecin généraliste en dehors de situations particulières (contraception, certificat médicaux, pathologie aiguë). C'est une des raisons de la sous-représentation des jeunes en consultation de tabacologie. Selon un sondage réalisé en juin 2018 par une entreprise de sondages politiques et d'études marketing française « les jeunes âgés de 18 à 24 ans, a priori moins soumis aux problèmes de santé que leurs aînés, sont les plus nombreux à ne jamais consulter leur médecin généraliste (5% contre 1% pour les seniors âgés de 65 ans et plus) » (86).

Aussi, la déclaration du médecin traitant est seulement obligatoire à partir de 16 ans. La relation partagée avec un médecin généraliste quand on est jeune se fait souvent sous l'impulsion des parents et au travers de la relation que les parents partagent avec le médecin généraliste. La relation entre médecin généraliste et mineur n'est souvent pas encore singulière. Peut-être est-il plus difficile pour un jeune d'aller consulter un médecin pour une demande de sevrage tabagique s'il ne partage pas de lien avec le médecin généraliste ? Aussi, souvent les patients mineurs consultent avec leurs parents, or le tabac est souvent un sujet tabou synonyme de réprimandes par les parents. Il est toujours délicat pour un médecin généraliste d'aborder la question du tabac en consultation avec un jeune en présence des parents.

#### *4.2.4. Consultations spécialisées pour les jeunes fumeurs :*

Il existe des « consultations jeunes consommateurs (CJC) ». Elles sont là pour accueillir les jeunes (en général entre 12 et 25 ans) consommateurs (de tabac ou d'autres produits). Elles sont présentes dans la quasi-totalité des départements français. Elles se déroulent en général au sein des CSAPA ou dans des lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes (Maisons des adolescents et Points accueil écoute jeunes). Les jeunes peuvent s'y rendre seuls, avec ou sans rendez-vous, elles sont gratuites et confidentielles.

Les CJC sont assurées à Molsheim (dans les locaux d'Ithaque), à Schirmeck (dans la Maison de la Vallée), et dans les locaux de la Mission Locale de Molsheim. Selon le rapport d'activité du CSAPA de 2020 (35), « le cannabis reste le produit principalement consommé et est la problématique la plus abordée en CJC parmi 51 jeunes suivis » en 2020 (19 sur 51). Le tabac est rarement un motif d'orientation vers la CJC (4 jeunes sur 51) « mais est très souvent discuté lors d'interventions en groupes car il est très souvent consommé mais pas souvent décrit comme une consommation qui est problématique pour les jeunes suivis ». Il reste encore du travail à faire en matière de sensibilisation des jeunes au tabac.

### **4.3. Statut tabagique des personnes interrogées :**

#### *4.3.1. Définition du statut tabagique :*

Les patients interrogés au cours des entretiens sont de gros fumeurs avec environ 34 ans d'ancienneté tabagique en moyenne. Sur 10 patients, 4 patients ont fumé plus d'un tiers de leur vie, 2 patients plus de la moitié, et 4 patients plus de deux tiers de leur vie. L'ancienneté tabagique calculée reflète imparfaitement la consommation tabagique qui s'exprime de manière usuelle en paquet-année (PA). On calcule le paquet-année en multipliant le nombre

de paquets consommés par jour, en prenant pour référence un paquet standard de 20 cigarettes, par le nombre d'années où la personne a fumé cette quantité de paquets. Lors des entretiens, je n'ai pas pu rendre compte du PA car les patients avaient une consommation de cigarettes fumées par jour très variable au cours de leur vie. J'ai donc préféré exprimer les résultats en ancienneté tabagique afin d'avoir un chiffre plus proche de leur réelle consommation.

#### *4.3.2. Impact de la durée et de l'intensité du tabagisme sur la santé :*

Ce calcul d'ancienneté tabagique a un sens dans la mesure où la durée d'exposition au tabac est d'une importance capitale quand on regarde les risques pour la santé. En effet, le risque de cancer pulmonaire dépend du nombre de cigarettes/jour mais surtout de la durée du tabagisme. La quantité de tabac augmente le risque de développer un cancer avec un facteur à la puissance 2, alors que la durée de l'exposition le multiplie avec un facteur à la puissance 4. Il n'est donc pas du tout équivalent de fumer 10 cigarettes/jour pendant 20 ans (10 PA) que 20 cigarettes/jour pendant 10 ans (10 PA) (82).

Les fumeurs sont classés en différentes catégories selon le nombre de cigarette fumées par jour. Il n'existe pas de définition consensuelle, mais il est admis qu'un petit fumeur est une personne qui consomme jusqu'à 5 cigarettes/jour. Le gros fumeur est défini par une personne fumant plus de 20 cigarettes par jour. Le nombre de cigarette fumées par jour est d'une grande importance aussi. Des études montrent qu'il n'y a pas de « petits fumeurs » avec de « petits risques pour la santé ». Des données récentes montrent que « par comparaison avec les jamais-fumeurs, une cigarette fumée par jour augmente le risque d'infarctus de 57 % chez la femme et de 48% chez l'homme, et le risque d'AVC de 31% chez la femme et de 25% chez l'homme » (87). D'autre part, le risque pour la santé est proportionnel au nombre de

cigarette fumées par jour mais n'est pas linéaire. « Ne fumer qu'environ 1 cigarette/jour comporte un risque de développer un infarctus ou un AVC d'environ la moitié de quand on en fume 20/jour » (88).

#### *4.3.3. Les patients suivis en consultation sont des gros fumeurs :*

Selon des données qui m'ont été transmises par la tabacologue, en 2020, le nombre de cigarettes fumées par les bénéficiaires des consultations de tabacologie en microstructure est (en moyenne, sur tous les patients de toutes les microstructures) de 22 cigarettes/jour (arrondi à l'unité). En 2020, le nombre d'années passées à fumer est en moyenne de 15 ans (arrondi à l'unité) par bénéficiaire. Les patients suivis sont donc de gros fumeurs.

#### *4.3.4. Aux parcours longs et difficiles :*

Les tabacologues suivent des gros fumeurs en consultation car les rechutes sont fréquentes et font partie intégrante du processus de sevrage tabagique. Il est difficile d'arrêter de fumer et dès lors la consommation se prolonge. Selon « tabac info service », plusieurs études ont évalué la fréquence des rechutes dans différentes populations et les données suivantes ont été retrouvées : « environ 75% (soit 3 fumeurs sur 4) qui sont abstinents à 1 mois ont rechuté à 1 an, et la majorité des rechutes se fait dans les 6 premiers mois. A plus long terme, le taux de rechute qui était de 15.1% à 1 an diminuait à 3% à 3 ans d'abstinence puis à 1.4 % à 7 ans puis à moins de 1% après 10 ans d'abstinence avec ensuite la persistance d'un faible risque de rechute » (89).

Tous les entretiens mettent en évidence la difficulté à arrêter de fumer. Tous les patients interrogés avaient déjà fait des tentatives de diminution ou d'arrêt de leur consommation.

Pour faire le détail des entretiens ; l'entretien n°1 met en évidence que la patiente a arrêté seule (et sans substitut nicotinique) pendant 5 ans. La patiente a augmenté sa consommation d'alcool en compensation. Par la suite, la patiente a repris le tabac.

L'entretien n°2 met en évidence que le patient a déjà consulté une tabacologue à l'hôpital. Depuis il utilise une cigarette électronique mais fume encore quelques cigarettes/jour. Le patient « aime le geste, ça l'occupe ». Ce patient fume donc encore malgré l'utilisation d'une cigarette électronique depuis 5 ans.

L'entretien n°3 met en évidence que la patiente a essayé à deux reprises d'arrêter avec une cigarette électronique mais qu'elle n'a pas réussi. La patiente n'est pas motivée à arrêter à part par soucis financier.

L'entretien n°4 met en évidence que la patiente a déjà essayé d'arrêter avec les patchs puis avec la cigarette électronique. La patiente a réussi à réduire mais pas à arrêter.

L'entretien n°5 met en évidence que le patient a utilisé des patchs pendant 1 an. Il a diminué sa consommation de tabac avec les patchs. Il a essayé d'arrêter de fumer pendant 1 semaine avec les patchs mais a repris à cause de l'inactivité liée à la Covid-19.

L'entretien n°6 met en évidence que la patiente a arrêté de fumer pendant 2 ans grâce au Champix prescrit par un tabacologue hospitalier. La patiente a repris suite à une opération du pancréas. Par la suite, elle a essayé des patchs qui n'ont pas fonctionné.

L'entretien n°7 met en évidence que la patiente a consulté une tabacologue dans un centre socio-culturel où elle a réussi à arrêter de fumer grâce aux patchs. Elle a repris car les patchs n'étaient plus remboursés et parce que le suivi avec la tabacologue s'est interrompu. Ensuite

elle a fait une autre tentative d'arrêt par « laser ». Elle a arrêté pendant 3 ans et demi mais a repris, selon elle, à cause d'une prise de poids liée à l'arrêt et parce que son mari est fumeur.

L'entretien n°8 met en évidence que la patiente a réussi à réduire sa consommation de tabac pendant ses 3 grossesses sans utiliser de traitements, mais jamais à arrêter.

L'entretien n°9 met en évidence que le patient a déjà essayé de réduire sa consommation grâce à des chewing-gums. Le patient a besoin de fumer lorsqu'il stress (notamment stress professionnel).

L'entretien n°10 met en évidence que la patiente a arrêté de fumer pendant 1 mois toute seule sans substituts et a repris suite à des soucis personnels.

C'est dire la difficulté d'un sevrage tabagique. Les entretiens mettent en évidence que les patients ont déjà identifié les facteurs qui les poussent à l'échec (prise de poids, manque de soutien de l'entourage, absence de motivation autre que financière, stress, inactivité, alcool).

#### *4.3.5. La majorité des bénéficiaires avaient déjà consulté un(e) tabacologue :*

Quasi la moitié des patients interrogés (4 patients sur 10) avaient déjà eu recours à un(e) tabacologue par le passé. 3 patients lors de consultations hospitalières et 1 patiente dans un centre socio-culturel. Les patients ayant déjà consulté des tabacologues à l'hôpital mettent en perspective la consultation hospitalière à la consultation au cabinet du médecin traitant.

Les patients ayant déjà consulté un(e) tabacologue à l'hôpital se sont exprimés sur les points négatifs de l'hôpital. Le cadre est « médicalisé », il y a « des retards, des problèmes, des imprévus ». Un patient critique la consultation hospitalière qui, pour lui, est impersonnelle, dénuée d'humanité, de convivialité et de sympathie.

Par exemple, l'entretien n°2 met en évidence que le patient a été vu par une tabacologue à l'hôpital il y a 5 ans. Il a décidé de voir cette tabacologue afin de choisir sa méthode de

substitution (patch, médicaments, cigarette électronique ?). Mais le patient « était un peu déçu » car, selon lui, la tabacologue n'osait pas s'engager au sujet de la cigarette électronique et lui conseillait plutôt les TSN déjà sur le marché. Le patient a ressenti « le point de vue uniquement médical », la consultation était « trop impersonnelle », c'était « trop carré pour être humain ».

La patiente de l'entretien n°6 parle du côté « strict » de l'hôpital sur la gestion du temps de consultation : « elle était assez stricte quand même, mais je sais pas si c'est à cause du temps qu'il faut rester, ou, c'est calculé ou quoi mais c'était assez stricte ».

Pour la patiente de l'entretien n°7, les consultations tabacologiques en centre socio-culturel se sont bien passées, elle a réussi à arrêter grâce aux patchs.

Pour le patient de l'entretien n°9 qui était suivi en centre d'addictologie par rapport à un problème d'alcool, le fait d'être vu par une addictologue (tabacologue aussi) était un avantage car cela permettait de questionner sa consommation de tabac. Il a repris le suivi avec la tabacologue au cabinet du médecin généraliste parce qu'il la connaissait de ce centre d'addictologie et que son suivi s'était bien passé.

Ainsi, on peut voir que le parcours d'un patient est toujours singulier et qu'il est important de le questionner afin d'adapter au mieux une prise en charge personnalisée.

#### **4.4. Une faible part d'inscrits en microstructure :**

La majorité des patients qui ont été interrogés ne sont pas inscrits en microstructure. Seul 1 patient sur 10 interrogés est inscrit en microstructure depuis une vingtaine d'année.

#### *4.4.1. Définition du patient inscrit en microstructure :*

On peut se demander si les patients sont bien classés dans cette étude, entre non inscrit et inscrit en microstructure. En effet, 1 patient a clairement dit avoir signé la charte d'adhésion, il a donc été catégorisé « inscrit en microstructure ». 1 autre patient est suivi régulièrement par la psychologue de la microstructure sans pour autant avoir signé la charte d'adhésion, il a donc été compté comme « non inscrit en microstructure », mais, peut-être aurait-il dû être catégorisé « inscrit en microstructure » si l'on tient compte du fait qu'il bénéficie du dispositif ?

En effet, si l'on regarde le rapport d'RMS Alsace 2020 (35), on voit que « pour mémoire, l'indicateur qui définit l'inclusion dans le réseau est le suivant : un patient est considéré comme inclus dans le réseau s'il a signé la feuille d'adhésion au réseau. Selon cette définition, 615 patients étaient inclus dans le réseau des microstructures d'Alsace en 2020. Toutefois, l'activité réelle du réseau, pour être correctement évaluée, doit tenir compte : des patients qui ont déjà vu le psychologue et/ou le travailleur social, mais qui n'ont pas encore signé leur document d'adhésion ; de l'acte que représente, pour un patient ayant un comportement addictif, l'adhésion à un dispositif de soin, ainsi que de la notion de délai d'adhésion qui en découle avant la mise en place d'une relation de confiance avec le psychologue et/ou le travailleur social, qui conduira alors à la signature de l'adhésion au réseau. Selon ces critères, 1 153 patients sont inclus dans le réseau en 2020. » Ainsi, on voit que les patients n'ayant pas signé l'adhésion mais qui ont déjà vus des professionnels du réseau sont tout de même classés dans « inclus dans le réseau ».

#### *4.4.2. Motifs d'inscription en microstructure :*

Les motifs d'entrée dans le réseau des microstructures peuvent être multiples. En l'année 2020, 75,8% des patients sont inclus pour un motif principal d'addiction dans le réseau en Alsace (35). L'héroïne représente quasi la moitié (48.8%) de la raison de l'inscription en microstructure en Alsace. Suivie de l'alcool en second motif d'entrée (30.3%), puis, pour le reste, il s'agit du tabac (17.9%), du cannabis (17.2%), de la précarité (17.1%), de la cocaïne (12.3%), des benzodiazépines (7.6%), de la santé mentale (6.5%), des amphétamine (1.1%), et d'autres raisons (16.6%) (35). Ainsi, peut-être que les patients inscrits en microstructure privilégient la prise en charge de l'addiction à l'héroïne, au cannabis, à l'alcool avant la prise en charge du tabac même s'ils sont fumeurs. Peut-être est-ce une raison de pourquoi je n'en ai pas interrogé beaucoup malgré le fait qu'en 2020, 68% des patients inscrits en microstructure en Alsace étaient fumeurs.

#### **4.5. Accès aux consultations de tabacologie :**

##### *4.5.1 Les bénéficiaires sont majoritairement adressé par le médecin traitant :*

Les modes d'entrée dans les consultations de tabacologie sont divers. Pour la majorité des patients (5 patients sur 10), c'est le médecin traitant qui a organisé la consultation avec la tabacologue. La proposition de suivi tabacologique formulée par le médecin traitant est très bien acceptée par les patients car la consultation de médecine générale n'est pas la plus adaptée à la prise en charge tabacologique par manque de temps du médecin généraliste. Pour 2 personnes sur 10, c'est l'affiche dans la salle d'attente de la microstructure qui a motivé la prise de rendez-vous. Les affiches en salle d'attente du médecin traitant ont été pertinentes car elles ont conduit à l'inclusion de deux patientes dans le dispositif. Ce mode d'entrée dans

les consultations de tabacologie est certainement plus « neutre » que l'inclusion par le médecin traitant, le patient peut décider à son rythme de consulter la tabacologue. Pour 1 personne, cela s'est fait par du bouche à oreille. Pour 1 patient, c'est la psychologue de la microstructure qui l'a adressé. Pour 1 personne, la patiente a été adressée par l'interne de médecine générale.

Selon des données qui m'ont été transmises par la tabacologue, en 2020, seulement 10 personnes sur 65 n'ont pas été adressées.

Les consultations de tabacologie sont finalement ouvertes à « tous », même aux patients non suivis par le médecin généraliste de la microstructure. Il s'agit du cas de deux patientes. Une, qui a trouvé la tabacologue par du « bouche à oreille », et l'autre, car elle venait dans la microstructure de son quartier par hasard et qu'elle a vu l'affiche. Cette absence de filtrage peut être intéressant pour qu'un maximum de public puisse être touché par les consultations de tabacologie. Finalement le public est souvent celui du quartier de la microstructure. Les consultations de tabacologie touchent donc quand même des patients situés dans des QPV.

#### *4.5.2. Avantages à être adressé par le médecin traitant :*

Le manque de lien entre tabacologue et médecin traitant peut être critiqué si les patients viennent de « l'extérieur ». Selon les 2 patientes, la tabacologue envoie un compte rendu papier des consultations à leur médecin traitant. Mais, que pensent les médecins traitants de ce retour ? Savent-ils que les patients consultent une tabacologue dans une microstructure ? Qui dit microstructure dit travail pluridisciplinaire mais la prise en charge globale du patient se fait sous l'impulsion du médecin traitant et c'est le médecin traitant qui met à disposition ses locaux. Que peut penser un médecin généraliste d'une microstructure quand la tabacologue voit au cabinet un patient qui ne fait pas partie de sa patientèle ?

Les avantages du lien entre médecin traitant et tabacologue sont multiples. Un exemple est le partage d'informations. Le partage d'informations sur les patients se fait de manière « informelle » lorsque la tabacologue voit le médecin traitant à son cabinet. Aussi, de manière formelle lors de réunion de synthèse clinique une fois par semestre dans chaque microstructure. A cette occasion, des thèmes variés peuvent être abordés (travail autour de situations cliniques, actualités autour de la « vape », temps de préparation du Mois Sans Tabac), ce qui permet aux médecins généralistes et aux tabacologues d'échanger mais aussi au médecin généraliste d'actualiser ses connaissances ou de les approfondir. Le médecin traitant est une personne de confiance, et de ce fait, les patients ont confiance par extension dans le dispositif proposé.

#### *4.5.3. Moins de la moitié des patients adressés consultent réellement la tabacologue :*

Selon des données qui m'ont été transmises par la tabacologue, en 2020, 117 personnes ont été adressées à la permanence, pour seulement 55 personnes adressées finalement bénéficiaires (venues au moins une fois). Ainsi, seulement 47% des patients adressés font réellement la démarche d'une prise en charge. Si l'on reformule, le pourcentage de patients adressés qui honorent leur 1<sup>er</sup> rendez-vous est de 47%.

#### **4.6. Pourcentage de suivi des patients :**

En 2020, parmi 65 personnes rencontrées, 34 (soit 52.3%) ont été rencontrées plus d'une fois. Ainsi, 31 personnes ont arrêté leur suivi avec les tabacologues après la première consultation. Le pourcentage de personnes qui ont adhérées au suivi est de 52.3%.

Si l'on commente ces chiffres au regard de l'évaluation des consultations de tabacologie en France, on voit qu'ils correspondent aux chiffres attendus d'un suivi en tabacologie. Selon une étude nommée « L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013 » (85) qui évalue l'efficacité des consultations de tabacologie au travers de l'exploitation des données de la base nationale CDTnet (Consultation de dépendance tabagique), où les consultations participant à la base de données CDTnet sont majoritairement des services de tabacologie ou d'addictologie hospitaliers ; on remarque que la moitié des nouveaux consultants ne retourne pas en consultation après une première consultation d'information.

#### **4.7. Objectif de la prise en charge :**

Diverses raisons poussent les patients à contrôler leur consommation tabagique. Pour exemple dans les entretiens : la contrainte financière, le projet de grossesse, la santé. Diverses raisons poussent les patients à demander l'aide de la tabacologue. Pour exemple dans les entretiens : le travail de l'arrêt en couple, prévenir les conséquences négatives de l'arrêt tabagique tels que la prise de poids ou l'état dépressif. D'autre part, les patients sollicitent l'aide de la tabacologue pour arrêter de fumer ou pour diminuer leur consommation de tabac. Les entretiens ont montré que 3 patients souhaitaient diminuer leur consommation de tabac sans l'arrêter. Que pensent les médecins généralistes de la diminution de la consommation de tabac sans arrêt ? Adressent-ils des patients pour ce motif ? Il serait intéressant de recueillir le point de vue des médecins généralistes.

#### **4.8. Prise de rendez-vous :**

La prise de rendez-vous se fait facilement avec la tabacologue en consultation pour la fois d'après. Deux personnes rapportent qu'elles n'ont pas de contact téléphonique direct avec la

tabacologue et qu'il faut s'organiser avec le secrétariat du cabinet du médecin généraliste. Finalement, le secrétariat du médecin traitant fait office de secrétariat pour les tabacologues. C'est une manière de rappeler au patient que les consultations de tabacologie sont associées au cabinet du médecin généraliste.

#### **4.9. Rythme des consultations :**

Les consultations tabacologiques ont lieu, au sein d'une même microstructure, un jour fixe de la semaine, avec un intervalle minimum de 15 jours. La fréquence des consultations varie entre les patients. Selon les patients interrogés, le délai varie de 15 jours à 2 mois entre deux consultations. En moyenne, les patients sont vus tous les 15 jours ou tous les mois. Le caractère fixe du jour de consultation a été critiqué par deux patientes parce que cela occasionne des difficultés à s'organiser pour le travail ou pour d'autres impératifs. Les tabacologues sont aussi addictologues, en contrat avec une association strasbourgeoise. Elles travaillent à l'association ou à des antennes de l'association où elles font des consultations d'addictologie les autres jours de la semaine où elles ne font pas les consultations de tabacologie. Il serait intéressant d'embaucher plus de tabacologues pour que plus de permanences soient assurées. Une autre possibilité serait que les professionnels soient des tabacologues qui consacrent uniquement leur activité à la tabacologie en microstructure.

#### **4.10. Lieu de consultation :**

Les consultations tabacologiques ont lieu au cabinet des médecins généralistes des microstructures. Selon la majorité des interviewés, le temps de trajet et la facilité d'accès au lieu de consultation sont des facteurs déterminants dans la prise en charge. Les patients choisissent en général des médecins traitants proches de chez eux par commodité. Il existe

donc une vraie plus-value à ce que les consultations de tabacologie se déroulent au cabinet du médecin traitant. En complément de l'avantage « pratique » du lieu de consultation, les patients expriment aussi que le cabinet du médecin généraliste est symbolique : « c'est un endroit qui rassure, que l'on connaît, c'est une zone neutre ». Un patient souligne également le fait que la tabacologue fasse activement la démarche de venir au cabinet, ce qui traduit pour lui son investissement dans la prise en charge. Une patiente met en avant le fait que la tabacologue a adapté le lieu de consultation en fonction de ses préférences. En effet, la patiente a été vue lors des premières consultations tabacologique dans la microstructure de son médecin traitant, puis, pour son suivi, dans une microstructure plus proche de son lieu d'habitation par soucis de praticité. Cette patiente aimerait que les tabacologues sont implanté(e)s dans tous les quartiers pour un accès plus facile aux consultations en fonction du lieu d'habitation. Il serait pertinent d'envisager une permanence tabacologique dans tous les cabinets de médecine générale des QPV.

#### **4.11. Réduction des inégalités sociales :**

La consultation tabacologique peut réduire les inégalités sociales en apportant un dépistage précoce de pathologies liées au tabac. Les tabacologues utilisent un spiromètre en consultation afin de dépister des pathologies pulmonaires (telles que la BPCO, l'asthme, la dilatation des bronches) à un stade précoce. Cela permet d'éviter l'évolution asymptomatique d'une maladie en la dépistant à un stade précoce. Si une BPCO ou un asthme sont dépistés, cela permet d'adresser le patient à un pneumologue, voir de discuter avec le médecin traitant qui peut orienter le patient et prescrire des traitements dans l'intervalle.

Selon les rapports des consultations de tabacologie (35), en 2018, 5 spirométries ont été réalisées. En 2019 : une spirométrie a été réalisée. En 2020, 4 spirométries ont été réalisées. 1 spirométrie a été réalisée sur 7 patients dans une MS et 3 spirométries sur 19 patients dans une autre MUS en 2020, soit environ 15% des patients sont dépistés en 2020 dans deux MS. Il serait intéressant de dépister encore plus de patients même s'ils ne consultent qu'une fois. Mais ces chiffres sont à nuancer par le fait de la Covid 19 en 2020 et par le fait que certains patients bénéficient déjà d'un dépistage chez leur pneumologue.

La délivrance de substituts nicotiques en consultation réduit aussi les écarts en matière d'inégalité sociale. La tabacologue peut faire tester différentes formes de substituts nicotiques (pastilles, gommes, patchs...) et également en délivrer pour une utilisation à domicile. La délivrance est gratuite. Pourquoi est-ce important ? Parce qu'en 2018, le remboursement des substituts à 65% n'était pas encore mis en place. Certaines personnes ne pouvaient se permettre l'avance des frais, certaines personnes n'avaient pas accès au traitement en raison de droits non ouverts à la sécurité sociale. De nos jours, les substituts sont remboursés à 65% par l'assurance maladie, le reste est pris en charge par la complémentaire santé. Certaines personnes n'en n'ont pas. En 2018, 17 substituts nicotiques ont été délivrés. En 2019, 14 substituts nicotiques ont été délivrés. En 2020, des substituts majoritairement sous forme de galénique buccale ont été distribués à 47 reprises.

#### **4.12.Plus-value des consultations de tabacologie en dehors de la tabacologie :**

Les patients consommateurs de tabac dans cette étude sont aussi, souvent, consommateurs d'autres produits addictogènes. Les plus fréquemment cités sont l'alcool et

le cannabis. Deux patients racontent avoir un problème d'alcool. Deux patients déclarent consommer du cannabis. La consultation tabacologique permet aussi d'aborder ces autres consommations et répond à une prise en charge plus globale du patient. La consultation avec la tabacologue est un espace de discussion très large où l'on discute de tout. De ce fait, la consultation tabacologique est décrite comme un entretien « psychologique ». Les consultations de tabacologie sont donc utiles dans le sevrage tabagique mais trouvent aussi un intérêt dans la prise en charge d'autres addictions. Même si les co-addictions ne sont pas le sujet de cette thèse, il est intéressant de savoir que les deux tabacologues ont également passé la capacité d'addictologie et qu'elles répondent donc à des questions d'addiction plus larges que celles autour du tabac. Une psychologue d'une microstructure a d'ailleurs adressé un patient à la tabacologue pour une addiction à l'alcool. Comme il l'a été mentionné dans l'introduction de cette thèse, les addictions sont souvent croisées et peuvent se potentialisées. Il serait intéressant d'organiser des consultations avec des addictologues en microstructure.

#### **4.13. Visibilité des consultations :**

Une patiente a critiqué le fait que les consultations de tabacologie en microstructure n'étaient pas assez mises en avant. Comment faire pour leur donner plus de visibilité ? Si l'on envisageait d'envoyer un courrier aux patients suivis dans les microstructures de Strasbourg, cela représenterait un total de 778 lettres (avec pour la plus petite microstructure : 86 patients et la plus grande : 234) en 2020. Les tabacologues ont participé en 2020 à l'émission « TV santé en direct » sur Facebook Live avec une session de questions-réponses autour du tabac, de leur présence en microstructures, de l'actualité autour du tabac et de la Covid 19. Un moyen de donner plus de visibilité aux consultations de tabacologie.

#### **4.14. Pistes d'amélioration envisagées par les patients :**

##### *4.14.1. Prise en charge financière de la pratique du sport en salle :*

Une patiente exprime le souhait d'une prise en charge financière par la sécurité sociale du sport en salle. L'arrêt du tabac induit généralement une prise de poids. Mais la prise de poids n'est pas systématique et il faut préciser qu'environ 30% des fumeurs qui arrêtent le tabac ne prennent pas de poids ou en perdent (90). Dans une cohorte américaine de Williamson et al, suivie pendant 10 ans, la prise de poids fut de 2,8 kg pour les hommes et de 3,8 kg pour les femmes; plus de la moitié des sujets ont eu un gain de poids inférieur à 3 kg, mais 9,8% des hommes et 13,4% des femmes ont pris plus de 13 kg (91). La prise de poids semble être aussi influencée par plusieurs facteurs (niveau socio-économique, âge, nombre de cigarettes fumées/jour). La prise de poids est souvent un facteur de risque de rechute ou une raison pour ne pas arrêter de fumer ! Recommander un accroissement de l'activité physique est primordial à la fois pour augmenter la dépense énergétique et pour réduire le stress et les compensations alimentaires consécutives.

En ce qui concerne les dispositifs actuellement en place à Strasbourg, on peut citer Sport-santé sur ordonnance (92). Dans le cadre du Contrat Local de Santé, la Ville de Strasbourg a choisi de soutenir le développement du Sport santé depuis le 5 novembre 2012. Plus de 300 médecins généralistes strasbourgeois ont signé la Charte d'engagement "sport-santé sur ordonnance". Ils peuvent ainsi prescrire à leurs patients une activité physique modérée et régulière chez le public ciblé par le dispositif, c'est à dire les personnes adultes sédentaires, atteintes de maladies chroniques telles que l'obésité (Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 30), le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires stabilisées. Ce dispositif est intéressant car il est adapté à une population de patient de faibles revenus (pas de frais

lors de la première année d'inscription), cependant il est critiquable notamment dans le cadre du sevrage tabagique car il ne concerne que les personnes atteintes d'obésité et ne concerne pas la prévention de la prise de poids. D'autre part, les activités proposées sont soumises à des contraintes de lieu (souvent le quartier de la personne) et de temps (horaires fixes). Il serait intéressant de prendre en charge la salle de sport pour permettre aux personnes de faire du sport à leur rythme et de les extraire de leur milieu social (qui conditionne souvent le tabagisme). Ainsi, la prise en charge financière par l'assurance maladie de la salle de sport à l'arrêt du tabac peut être une piste intéressante pour favoriser l'arrêt du tabac et éviter le risque de rechute. A noter, sur le versant des mineurs, il existe le dispositif « PRECCOSS » qui concerne la prise en charge des enfants et des adolescents en surpoids âgés de 3 à 18 ans (93).

#### *4.14.2. Les groupes de paroles :*

Une autre patiente souhaiterait pouvoir se réunir en groupe de 4-5 personnes afin de parler entre anciens fumeurs, de se soutenir, d'échanger des idées et des astuces pour ne pas « craquer ». Il existe des groupes d'entraide dans l'arrêt du tabac, soit en présentiel soit sur internet (Facebook). Sur internet, on peut citer par exemple, la page Facebook de Tabac info service, ou le groupe Facebook « #JeNeFumePlus » soutenu par le Fonds Actions Addictions qui compte (le 06/12/21) 20 261 membres au total. En présentiel, des groupes d'entraide ont lieu à la Ligue contre le cancer de Strasbourg mais uniquement sur projet dans des cadres bien particuliers. Le grand atout des thérapies de groupe est que le patient n'est plus seul. Son expérience et ses difficultés font écho à celles des autres membres du groupe. Le soutien des pairs est une approche efficace par la connaissance pratique des usagers, la complicité immédiate fondée sur un vécu commun et par la capacité de créer des liens forts.

Il serait intéressant de développer des groupes d'entraide au sein des microstructures, en présence, par exemple, d'un(e) tabacologue ou d'un(e) infirmier(e) ASALEE ou d'un médecin généraliste. Cela permettrait d'éviter de consulter à l'hôpital ou à la Ligue contre le « cancer », toujours dans l'idée de ce que cela représente pour un patient.

#### *4.14.3. Les tabacologues en entreprise :*

Un patient souhaiterait que des consultations de tabacologie soit réalisées en entreprise, sur le lieu de travail. En tant qu'entreprise, s'attaquer au problème de l'arrêt du tabac de ses salarié(e)s est un engagement important car la consommation de cigarettes est fortement liée au cadre professionnel. En effet, pour beaucoup de salariés, il s'agit d'un moyen de lutter contre le stress (qui trouve souvent son origine dans le travail), d'une possibilité de créer du lien social, de faire des pauses pendant la journée. La consommation de tabac au travail semble aussi directement en lien avec le travail concerné. Une étude de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) montre que les salariés fument davantage quand ils sont confrontés à des risques physiques ou psychosociaux (insécurité dans l'emploi) (94). Il serait donc intéressant de développer des consultations de tabacologie en entreprises, notamment dans les entreprises où les conditions de travail sont difficiles.

Le médecin du travail joue un rôle important dans la prise en charge tabagique des salariés. Il peut se former en passant le DIU de tabacologie mais aussi faire des formations plus courtes en ligne (par exemple : Mooc). Aussi, il est possible d'orienter les salariés vers des tabacologues via des partenariats. A titre d'exemple, il existe des consultations de tabacologie gratuites accessibles aux étudiants au Service de santé universitaire (SSU) de

l'Université de Strasbourg. Le personnel de l'université de Strasbourg peut être accompagné gratuitement par un tabacologue en contactant la Ligue 67 (95).

L'ARS Grand Est est entré officiellement dans la démarche « ARS sans tabac » depuis le 2 janvier 2020. L'objectif de cette démarche est d'élaborer une charte « Administration/entreprise sans tabac » en Grand Est avec comme objectif final de promouvoir ce label auprès d'autres institutions, organismes, entreprises en Grand Est. En pratique, cela signifie faciliter l'accès à des consultations de tabacologie. Les tabacologues réalisant les consultations en microstructure réalisent aussi des consultations mensuelles gratuites au moment de la pause de midi pour les agents à l'ARS (96).

## CONCLUSION :

Les consultations de tabacologie en microstructure assurées par des médecins tabacologues sont un nouvel outil disponible dans la prise en charge du sevrage tabagique des patients à Strasbourg. Les tabacologues travaillent dans des microstructures situées pour la majeure partie d'entre elles dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) de Strasbourg car le projet des consultations de tabacologie devait répondre à deux objectifs principaux que sont la réduction des inégalités sociales de santé et la diminution de la prévalence du tabagisme dans les QPV auprès des publics précaires.

Cette thèse est la première étude qui s'attache à évaluer ces consultations de tabacologie. Pour cela, des bénéficiaires ont été interrogés afin de recueillir leurs avis sur ces consultations effectives en cabinet depuis 2018. Les patients se sont exprimés sur les points positifs et négatifs des consultations et ont également mis en perspective les consultations avec celles qu'ils avaient pu avoir par le passé à l'hôpital.

Les personnes interrogées ont fait part de leur nécessité d'être accompagnées dans une démarche d'arrêt ou de diminution de tabac, n'y arrivant pas seules. Les bénéficiaires expriment envers les tabacologues un besoin fort d'écoute, de conseils et de soutien adapté à leur quotidien. Les tabacologues de la microstructure sont perçues comme les professionnelles de santé les plus à même de répondre à ces attentes car elles disposent de temps et d'expérience, contrairement aux médecins généralistes selon certains interrogés. Beaucoup d'entretiens relatent que les échanges avec la tabacologue vont au-delà de la prise en charge tabacologique en intégrant une prise en charge psychologique et l'accompagnement dans leurs co-addictions (alcool, cannabis). Les bénéficiaires parlent

également d'un environnement local favorisant l'échange avec la tabacologue. Le cabinet du médecin généraliste est décrit comme un lieu « neutre et rassurant » contrairement au cadre hospitalier décrit comme « strict et médicalisé » par certains interviewés.

Si le médecin généraliste n'est pas décrit par certains comme en mesure de répondre à leur demande de sevrage par manque de temps ou d'expérience, il fait en revanche partie intégrante de la prise en charge tabacologique. Les personnes interrogées font confiance à leur médecin généraliste et acceptent alors facilement cette prise en charge complémentaire qui leur ait proposée et tirent profit du partage d'informations entre médecin généraliste et tabacologue.

Concernant le versant de la réduction des inégalités sociales de santé, les patients soulignent plusieurs avantages qui vont dans ce sens, notamment, l'avantage de la gratuité des soins et de la délivrance de substituts nicotiques gratuitement en consultation pour une utilisation à domicile.

Des points négatifs peuvent cependant être soulevés, notamment, une définition peu précise des critères de sélection dans l'accès aux consultations de tabacologie. Les tabacologues assurent les consultations dans le cadre du réseau des microstructures d'Alsace mais les consultations de tabacologie sont en réalité ouvertes à toutes et à tous. Aussi, les consultations de tabacologie touchent peu le public jeune alors même que le tabagisme des jeunes est une priorité de santé publique. Du point de vue des patients, le caractère fixe du jour de consultation et l'absence de lien téléphonique direct avec la tabacologue ont été cités.

Recueillir des retours positifs sur les consultations constitue une première étape qui valorise ce système de soins en se posant la question de leur pérennisation éventuelle en

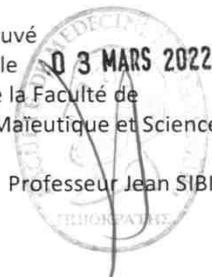
dehors de l'appel à projet de l'ARS. Ces consultations de tabacologie semblent être un véritable atout dans l'offre de soin disponible à Strasbourg. Il serait intéressant de généraliser ces consultations à toutes les microstructures d'Alsace mais aussi à des cabinets de médecine générale hors microstructure.

Des recherches quantitatives sur l'efficacité des consultations de tabacologie en microstructure dans le sevrage tabagique pourraient être réalisées pour mieux évaluer le bénéfice de ces consultations, en les comparant notamment aux consultations hospitalières et ambulatoires.

D'autre part, les microstructures qui sont actuellement implantées dans 7 régions de France vont se développer à l'échelle Nationale. Tout médecin généraliste peut potentiellement demander à faire partie du réseau des microstructures s'il identifie une demande sur le terrain. On pourrait s'interroger sur les intervenants de demain à mobiliser dans les microstructures pour prodiguer des soins au plus proche des usagers.

VU et approuvé  
Strasbourg, le 03 MARS 2022  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILIA



VU  
Strasbourg, le 02/03/2022  
La présidente du jury de thèse  
Professeure Céline MASCAUX

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C. Mascaux'.

## IV. ANNEXES

### N°1. Flyer de recrutement

**Bonjour,**

**pour finaliser mes études de médecin généraliste, je réalise une thèse sur les consultations de tabacologie au sein du cabinet de votre médecin traitant.**

**J'aimerais échanger avec vous de votre parcours dans l'arrêt du tabac.**

**Les paroles échangées seront anonymes. Nous pourrions discuter par visioconférence.**

**Vous pouvez me contacter à l'adresse mail : [mmerv67@hotmail.com](mailto:mmerv67@hotmail.com)**

**Je vous remercie pour votre aide.**

**Manon MERVELET**

## Guide d'entretien semi-dirigé pour les patients :

- Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours dans l'arrêt du tabac ?  
*(Informations recueillies : Age. Inscription dans la microstructure ? Laquelle ? Parcours tabagique (consommation, méthode d'arrêt déjà connues/utilisées, pathologies en rapport avec le tabac, co-consommations)...)*
- Comment se sont mis en place les consultations de tabacologie ?
- Comment s'organise les consultations et votre suivi ?
- Quel est votre objectif avec la tabacologue ?
- Que pensez-vous de l'organisation des consultations ?
- Que pensez-vous de la proposition d'être suivi par une tabacologue par votre médecin traitant ?
- Quels avantages avez-vous à être suivi par une tabacologue ?
- Quelles sont les attentes que vous avez envers votre tabacologue ?
- Que pensez-vous de la présence de la tabacologue au cabinet de votre médecin généraliste ?
- Que pensez-vous de la relation médecin traitant-tabacologue ?
- Quelles modifications pourrait-on envisager ?

N°3. Tableau récapitulatif des données

Entretiens	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Temps de l'entretien	21min47	50min24	24min57	23min31	48min11	29min24	32min21	45min25	43min46	24min24
Sexe	F	H	F	F	H	F	F	F	H	F
Age en années	40	60	67	29	50	73	37	73	60	61
Mode d'entrée dans le dispositif	Adressée par le MT	Adressé par le MT	Adressée par le MT	Adressée par l'interne de MG	Adressé par le MT	Bouche à oreille	Affiche en MS	Adressée par le MT	Adressé par la psy de la MS	Affiche en MS
Suivi en micro-structure	Non inscrite en MS	Inscrit en MS	Non inscrite en MS	Non inscrite en MS	Non inscrit en MS	Non inscrite en MS	Non inscrite en MS	Non inscrite en MS	Non inscrit en MS	Non inscrite en MS
Ancienneté tabagique en années	22 ans	45 ans	30 ans	14 ans	33 ans	36 ans	18 ans	58 ans	45 ans	42 ans
Nombre d'année tabagique par rapport à l'âge, exprimé en pourcent	55 %	75%	45%	48%	66%	49%	49%	79%	75%	69%

MT= Médecin traitant, MG= Médecine générale, MS= Microstructure, Psy= Psychologue, F=Femme, H=Homme

## FICHE D'INFORMATION

### 1) Présentation du cadre de la recherche

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de recherche de thèse en médecine générale menée par Manon Mervelet, avec le soutien et l'accord du directeur de thèse, Antoine Giacomini.

### 2) Objectif de l'étude

L'objectif est d'étudier les retours d'expériences des patients suivis en consultations de tabacologie au sein de microstructures à Strasbourg.

### 3) Déroulement de l'étude

L'étude sera réalisée selon la disponibilité des participants, dans les locaux qui leur conviendront ou en audio-visuel. Les participants seront sélectionnés sur la base de leur volontariat.

Chaque participant participera à un entretien individuel avec Manon Mervelet, afin de discuter de leur ressenti sur les consultations de tabacologie. L'entretien individuel sera enregistré avec un dictaphone et anonymisé. Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois retranscrits, les enregistrements seront détruits. Les retranscriptions seront gardées de manière sécurisée.

### 4) Participation volontaire et droit de retrait

La participation à cette recherche est volontaire. Il est possible de se retirer de cette recherche à tout moment.

### 5) Confidentialité et gestion des données

Un numéro sera attribué à chaque participant. L'identité et les coordonnées des participants serviront uniquement à organiser les entretiens individuels et à communiquer avec eux au sujet de la recherche.

Dans les travaux produits à partir de cette recherche, les données seront anonymisées. Seuls des résultats agrégés seront présentés.

### 6) Protection des données personnelles :

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées par Manon Mervelet jusqu'à la soutenance de la thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD). Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser vos demandes à : [manon.mervelet@hotmail.fr](mailto:manon.mervelet@hotmail.fr)

L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : [dpo@unistra.fr](mailto:dpo@unistra.fr)

Enfin, si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

## DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Titre de la recherche :

Retours d'expériences des patients sur les consultations de tabacologie au sein de microstructures à Strasbourg. Etude qualitative.

Je soussigné(e) .....,

accepte de participer à un entretien qui fera l'objet d'un enregistrement audio dans le cadre de ma participation à cette recherche.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Manon Mervelet.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que l'entretien mené dans le cadre de cette recherche fasse l'objet d'un enregistrement audio. Celui-ci sera uniquement accessible par Manon Mervelet et sera détruit après retranscription.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à .....,

le .....

Nom et signature de l'investigateur

Signature du sujet

Manon Mervelet



## V. BIBLIOGRAPHIE

1. Actu.fr. Les ados en raffolent : pourquoi les puffs, ces cigarettes électroniques jetables, inquiètent [en ligne] ; 2022 [cité en mars 2022]. Disponible : [https://actu.fr/societe/les-ados-en-raffolent-pourquoi-les-puffs-ces-cigarettes-electroniques-jetables-inquietent\\_48947710.html](https://actu.fr/societe/les-ados-en-raffolent-pourquoi-les-puffs-ces-cigarettes-electroniques-jetables-inquietent_48947710.html)
2. Santé publique France. Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 [en ligne] ; 2021 [cité en février 2022]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/consommation-de-tabac-parmi-les-adultes-en-2020-resultats-du-barometre-de-sante-publique-france>
3. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne [en ligne] ; 2018 [cité en février 2022]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxaly7.pdf>
4. Ministère des solidarités et de la santé. Lutte contre le tabagisme [en ligne] ; 2021 [cité en avril 2021]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>
5. Santé publique France. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France, de 2000 à 2015 [en ligne] ; 2019 [cité en février 2022]. Disponible : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/pdf/2019\\_15\\_2.pdf](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/pdf/2019_15_2.pdf)
6. Observatoire Français des drogues et des tendances addictives. Le coût social des drogues en France [en ligne] ; 2015 [cité en février 2022]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>
7. Peretti-Watel P, auteur. La cigarette du pauvre : Enquête auprès des fumeurs en situation précaire. Recherche Santé Social ; 2012.
8. DREES. Renoncement aux soins [en ligne] ; 2021 [cité en février 2022]. Disponible :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>

9. CNRMS. Notre histoire [en ligne] ; [cité en février 2022]. Disponible : <https://www.reseaux-rms.org/historique/>

10. CAIRN. Pratiques cliniques en addictologie [en ligne] ; 2017 [cité en février 2022]. Disponible : <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/pratiques-cliniques-en-addictologie--9782257206749-page-119.htm>

11. OFDT. Consommation de drogues illicites et exclusion sociale : état des connaissances en France [en ligne] ; 2002 [cité en février 2022]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxdlia.pdf>

12. Martinez A. Etat des lieux dans les pays de la Loire de l'attitude préventive des médecins généralistes face au tabagisme de leur patient. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université d'Angers ; 2016.

13. Fournols M. Partenariat ville-hôpital pour la prise en charge de l'arrêt du tabac : retour d'expérience de 30 médecins généralistes de l'agglomération bordelaise. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. Université de Bordeaux ; 2018.

14. Direction de la Promotion de la santé, de la Prévention et de la Santé Environnementale. Appel à projets Fonds tabac 2018 [en ligne] ; 2018 [cité en février 2022]. Disponible : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/CDC%20AAP%20Fond%20tabac%202018.pdf>

15. Insee. Quartiers prioritaires de la politique de la ville [en ligne] ; 2020 [cité en avril 2021]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2114>

16. Fédération Française de Cardiologie. La cigarette en France : les chiffres clés [en ligne] ; 2016 [cité en mai 2021]. Disponible : <https://fedecardio.org/je-m-informe/la-cigarette-en->

france-les-chiffres-cles/

17. Santé publique France. La Santé de l'homme, Sept/oct 2009, n°403 Promouvoir la santé dans les DOM : 1. Guadeloupe, Martinique [en ligne] ; 2009 [cité en mai 2021]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-sante-de-l-homme-sept-oct-2009-n-403promouvoir-la-sante-dans-les-dom-1.-guadeloupe-martinique>
18. Merson F. Des insertions sociales au sevrage tabagique [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en psychologie]. Lyon (FRA) : Université Lumière Lyon 2 ; 2016.
19. Siahpush M, McNeill A, Borland R, Fong GT. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2006 Jun;15 Suppl 3(Suppl 3):iii71-5.
20. Parrott AC. Does cigarette smoking cause stress? *Am Psychol*. 1999 Oct;54(10):817-20.
21. Baha M, Le Faou A-L. Smokers' reasons for quitting in an anti-smoking social context. *Public Health*. 2010;124(4):225-31.
22. Droomers M. Educational differences in the intention to stop smoking: Explanations based on the Theory of Planned Behaviour. *Eur J Public Health*. 2004 Jun;14(2):194-198.
23. Demers RY, Neale AV, Adams R, Trembath C, Herman SC. The impact of physicians' brief smoking cessation counseling: a MIRNET study. *J Fam Pract*. déc 1990;31(6):625-9.
24. Szklo AS, Thrasher JF, Perez C, Figueiredo VC, Fong G, Almeida LM de. Understanding the relationship between socioeconomic status, smoking cessation services provided by the health system and smoking cessation behavior in Brazil. *Cad Saúde Pública*. mars 2013;29:485-95.
25. Copeland AL, Businelle MS, Stewart DW, Patterson SM, Rash CJ, Carney CE. Identifying barriers to entering smoking cessation treatment among socioeconomically disadvantaged

smokers. *J Smok Cessat*. 2010;5(2): 164-71.

26. Frédéric Merson, Jean Perriot, Michel Underner. Le sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité : état des lieux et propositions d'optimisation. *Revue Medicale de Liege*, Université de Liège, Faculté de Médecine, 2015.

27. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne [en ligne] ; 2018 [cité en février 2022]. Disponible : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxaly7.pdf>

28. European Union. Attitude des Européens vis à vis du tabac et des cigarettes électroniques [en ligne] ; 2021 [cité en juillet 2021]. Disponible : <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>

29. OCDE. Fumeurs quotidiens [en ligne] ; 2021 [cité en juillet 2021]. Disponible : <http://data.oecd.org/fr/healthrisk/fumeurs-quotidiens.htm>

30. Hill C, Legoupil C. Taxation et prix du tabac en France et conséquences sur la consommation. *Bull Epidemiol Hebd*. 2018;(14-15):309-16.

31. SPF. Evolution de la consommation de cigarettes en France par sexe, 1900-2003 [en ligne] ; 2005 [cité en juillet 2021]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/evolution-de-la-consommation-de-cigarettes-en-france-par-sexe-1900-2003.-numero-thematique.-journee-mondiale-sans-tabac-2005>

32. Bulletin de santé publique Grand Est. Tabac [en ligne] ; 2021 [cité en février 2022]. Disponible : [file:///Users/mmervelet/Downloads/bsp tabac grand est f%C3%A9vrier%202021%20\(5\).pdf](file:///Users/mmervelet/Downloads/bsp%20tabac%20grand%20est%20f%C3%A9vrier%202021%20(5).pdf)

33. SPF. Bulletin de santé publique tabac dans le Grand-Est. Janvier 2019 [en ligne] ; 2019

[cité en juillet 2021]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/grand-est/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-tabac-dans-le-grand-est.-janvier-2019>

34. SPF. Bulletin de santé publique tabac dans le Grand-Est. Février 2021 [en ligne] ; 2021 [cité en juillet 2021]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/grand-est/documents/bulletin-regional/2021/bulletin-de-sante-publique-tabac-dans-le-grand-est.-fevrier-2021>

35. Ithaque. Rapports d'activités [en ligne] ; [cité en juillet 2021]. Disponible : <https://www.ithaque-asso.fr/en-savoir-plus/rapports-d-activite.html>

36. Santé publique France. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [en ligne] ; 2019 [cité en juillet 2021]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>

37. INA. Campagne anti-tabac Simone Veil [en ligne] ; [cité en juillet 2021]. Disponible : <https://www.ina.fr/ina-eclaire-actu/video/cab7500854201/campagne-anti-tabac-simone-veil>

38. OMS. Journée mondiale sans tabac [en ligne] ; [cité en juillet 2021]. <https://www.who.int/fr/campaigns/world-no-tobacco-day>

39. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. PNRT 2014-2019 [en ligne] ; [cité en juillet 2021]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>

40. Ministère des Solidarités et de la Santé. Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie [en ligne] ; [cité en juillet 2021]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite->

prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/

41. Ministère des Solidarités et de la Santé. PNLT 2018-2022 [en ligne] ; [cité en juillet 2021]. Disponible : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt\\_def.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf)
42. HAS. Annexe échelles diverses [en ligne] ; 2014 [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe\\_echelles\\_diveres\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_echelles_diveres_tabac.pdf)
43. HAS. Test de Fagerström [en ligne] ; 2014 [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_tests\\_fagerstrom.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf)
44. Tabac Info Service. Test de Horn [en ligne] ; [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe\\_test\\_de\\_horn.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe_test_de_horn.pdf)
45. Tabac Info Service. Test QCT2 de Gilliard [en ligne] ; [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe\\_test\\_qct2\\_de\\_gilliard.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe_test_qct2_de_gilliard.pdf)
46. Tabac Info Service. Test de Richmond [en ligne] ; [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe\\_test\\_de\\_richmond.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe_test_de_richmond.pdf)
47. Tabac Info Service. Test de Khimji et Watts [en ligne] ; [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe\\_test\\_de\\_khimji\\_et\\_watts.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe_test_de_khimji_et_watts.pdf)
48. HAS. Exemple de méthode d'entretien motivationnel [en ligne] ; 2014 [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_methode\\_entretien\\_motivationnel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_methode_entretien_motivationnel.pdf)
49. Dupont P. Dépression et arrêt du tabac [en ligne] ; [cité en aout 2021]. Disponible : <https://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2010/11/15.pdf>

50. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, et al. Smoking, smoking cessation, and major depression. JAMA. 26 sept 1990;264(12):1546-9.
51. HAS. Echelle HAD [en ligne] ; 2014 [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_\\_echelle\\_had.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf)
52. Friend KB, Pagano ME. Smoking Cessation and Alcohol Consumption in Individuals in Treatment for Alcohol Use Disorders. J Addict Dis. 2005;24(2):61-75.
53. Cottencin O, Vannimendus C. Tabagisme et comorbidités addictives : facteurs limitants à l'arrêt du tabac [en ligne] ; 2017 [cité en aout 2021]. Disponible : <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/25016.pdf>
54. Batel P, Pessione F, Maître C, Rueff B. Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics who smoke. Addict Abingdon Engl. juill 1995;90(7):977-80.
55. HAS. Questionnaire CAGE-DETA [en ligne] ; 2014 [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_questionnaire\\_cage.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_questionnaire_cage.pdf)
56. HAS. Modèle de Prochaska et Diclemente [en ligne] ; 2014 [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_modele\\_prochaska\\_et\\_diclemente.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf)
57. HAS. Attitudes et actions recommandées en fonction du stade de changement du patient [en ligne] ; 2014 [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_attitudes\\_stade\\_changement\\_patient.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_attitudes_stade_changement_patient.pdf)
58. HAS. Présentation de la méthode des 5A [en ligne] ; 2014 [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe\\_methode\\_5a.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/annexe_methode_5a.pdf)

59. HAS. Exemple de conseils d'arrêt [en ligne] ; 2014 [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil\\_exemple\\_conseils\\_arret.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_exemple_conseils_arret.pdf)
60. HAS. Du dépistage à la place en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac [en ligne] ; 2014 [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/algorithmme\\_depistage.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/algorithmme_depistage.pdf)
61. HAS. Algorithme IDEAL [en ligne] ; 2014 [cité en aout 2021]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/algorithmme\\_ideal.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/algorithmme_ideal.pdf)
62. Gouvernement. Historique de la coordination interministérielle [en ligne] ; 2020 [cité en septembre 2021]. Disponible : [https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/historique\\_mildeca\\_2020\\_10.pdf](https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/historique_mildeca_2020_10.pdf)
63. ALT. Organigramme [en ligne] ; [cité en septembre 2021]. Disponible : [https://alt-67.org/IMG/pdf/organigramme\\_2019\\_modifiable.pdf](https://alt-67.org/IMG/pdf/organigramme_2019_modifiable.pdf)
64. Ithaque. Présentation et histoire d'Ithaque [en ligne] ; [cité en septembre 2021]. Disponible : <https://www.ithaque-asso.fr/l-association.html>
65. CIRDD Alsace. Consultations de tabacologie / Bas Rhin [en ligne] ; 2016 [cité en septembre 2021]. Disponible : [http://www.cirddalsace.fr/annuaire/consultations\\_tabac\\_alsace.pdf](http://www.cirddalsace.fr/annuaire/consultations_tabac_alsace.pdf)
66. CNRMS. Coordination Grand Est [en ligne] ; [cité en septembre 2021]. Disponible : <https://www.reseaux-rms.org/reseaux/grand-est/>
67. SIG. Commune : Strasbourg [en ligne] ; 2020 [cité en octobre 2021]. Disponible : <https://sig.ville.gouv.fr/Territoire/67482>
68. Ministère des solidarités et de la Santé. Fonds de lutte contre le tabac [en ligne] ; 2018

[cité en juillet 2021]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/fonds-de-lutte-contre-le-tabac>

69. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.

70. Lor addict. Annuaire des personnes et des structures addictologiques de Lorraine [en ligne] ; 2014 [cité en octobre 2021]. Disponible : [http://annuaire.loraddict.org/lorradict\\_annuaire.pdf](http://annuaire.loraddict.org/lorradict_annuaire.pdf)

71. ARS Grand Est. Impulsion du dispositif Asalee : pour une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers [en ligne] ; 2019 [cité en octobre 2021]. Disponible : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/impulsion-du-dispositif-asalee-pour-une-cooperation-pluri-professionnelle-entre-medecins>

72. RESEDA. Ressources en tabacologie tout public et gratuites sur le pays Cévennes [en ligne] ; [cité en octobre 2021]. Disponible : <https://www.ales.fr/wp-content/uploads/2020/10/actualites-sante-mois-sans-tabac-ressources-tabacologie.pdf>

73. Olié V, Pasquereau A, Assogba FAG, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, Chatignoux E, et al. Changes in tobacco-related morbidity and mortality in French women: worrying trends. *Eur J Public Health.* 1 avr 2020;30(2):380-5.

74. Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Lancet Lond Engl.* 8 oct 2011;378(9799):1297-305.

75. Hansen M S, Licaj I, Braaten T, Langhammer A, Le Marchand L, Gram I T. Différences sexuelles dans le risque de cancer du poumon associé au tabagisme: résultats d'une cohorte de 600 000 Norvégiens. *American Journal of Epidemiology.* 2018 mai;187(5):971-981.

76. Smith PH, Kasza KA, Hyland A, Fong GT, Borland R, Brady K, et al. Gender Differences

in Medication Use and Cigarette Smoking Cessation: Results From the International Tobacco Control Four Country Survey. *Nicotine Tob Res.* avr 2015;17(4):463-72.

77. Esnaud R, Trzepizur W, Dautzenberg B, Ruppert A-M, Malecot M. Actualités en tabacologie. *Rev Mal Respir Actual.* juin 2021;13(1):1S124-7.

78. Smith PH, Weinberger AH, Zhang J, Emme E, Mazure CM, McKee SA. Sex Differences in Smoking Cessation Pharmacotherapy Comparative Efficacy: A Network Meta-analysis. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* 1 mars 2017;19(3):273-81.

79. Tosun NL, Fieberg AM, Eberly LE, Harrison KA, Tipp AR, Allen AM, et al. Exogenous progesterone for smoking cessation in men and women: a pilot double-blind, placebo-controlled randomized clinical trial. *Addict Abingdon Engl.* oct 2019;114(10):1800-13

80. SPF. Les comportements tabagiques à la fin de l'adolescence. Enquête Escapad 2017 [en ligne] ; 2018 [cité en novembre 2021]. Disponible : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/les-comportements-tabagiques-a-la-fin-de-l-adolescence.-enquete-escapad-2017>

81. Birge M, Duffy S, Miler JA, Hajek P. What Proportion of People Who Try One Cigarette Become Daily Smokers? A Meta-Analysis of Representative Surveys. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* 15 nov 2018;20(12):1427-33.

82. Collège des Enseignants de Pneumologie. Addiction au tabac [en ligne] ; 2021 [cité en novembre 2021]. Disponible : [http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2020/11/item\\_75\\_Tabac\\_2021\\_ex\\_item\\_73.pdf](http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2020/11/item_75_Tabac_2021_ex_item_73.pdf)

83. Pallonen UE, Murray DM, Schmid L, Pirie P, Luepker RV. Patterns of self-initiated smoking cessation among young adults. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* 1990;9(4):418-26.

84. Perriot J, Joly B, Lemaire P, Croizet A, Aublet-Cuvelier B, Schmitt A, et al. Qui sont les

jeunes fumeurs consultant pour sevrage tabagique en centre de tabacologie ?. Papier de conférence. Nov 2010.

85. SPF. L'efficacité des consultations de tabacologie en France entre 2011 et 2013 [en ligne] ; 2016 [cité en novembre 2021]. Disponible : [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016\\_30-31\\_8.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_8.html)

86. Medaviz. Les Français et le médecin généraliste [en ligne] ; 2018 [cité en novembre 2021]. Disponible : <https://www.medaviz.com/les-francais-et-le-medecin-generaliste-opinionway/>

87. Comité National Contre le Tabagisme. Tabac et santé [en ligne] ; [cité en novembre 2021]. Disponible : <https://cnct.fr/tabac-sante/nombreux-benefices-arret-tabac/>

88. Hackshaw A, Morris J K, Boniface S, Tang J, Milenkovic D. Faible consommation de cigarettes et risque de maladie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral : méta-analyse de 141 études de cohorte dans 55 rapports d'étude. BMJ. 2018;360:j5855

89. Tabac Info Service. Statistiques (3 jours, 5 jours, 3 mois et après ?!) [en ligne] ; [cité en décembre 2021]. Disponible : [https://www.tabac-info-service.fr/questions-reponses/04\\_questions-mises-en-ligne/statistiques-3-jours-5-jours-3-mois-et-apres-!](https://www.tabac-info-service.fr/questions-reponses/04_questions-mises-en-ligne/statistiques-3-jours-5-jours-3-mois-et-apres-!)

90. Molimard R. Prise de poids réelle après abstinence de tabac [en ligne] ; 2009 [cité en décembre 2021]. Disponible : [https://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2011/01/prisedepoidstabac\\_RND22.pdf](https://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2011/01/prisedepoidstabac_RND22.pdf)

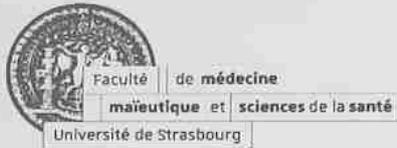
91. Williamson DF, Madans J, Anda RF, Kleinman JC, Giovino GA, Byers T. Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. N Engl J Med. 14 mars 1991;324(11):739-45.

92. Strasbourg Eurométropole. Sport santé sur ordonnance à Strasbourg [en ligne] ; [cité en décembre 2021]. Disponible : <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance->

strasbourg

93. Strasbourg Eurométropole. Prise en charge des enfants et des adolescents en surpoids [en ligne] ; 2017 [cité en décembre 2021]. Disponible : <https://www.strasbourg.eu/prise-en-charge-enfants-surpoids>
94. DARES. Quelle influence des conditions de travail sur la consommation de tabac ? [en ligne] ; 2016 [cité en décembre 2021]. Disponible : <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/quelle-influence-des-conditions-de-travail-sur-la-consommation-de-tabac>
95. Université de Strasbourg. Campus sans tabac : une nouvelle étape contre le tabagisme à l'Université de Strasbourg [en ligne] ; 2021 [cité en décembre 2021]. Disponible : <https://www.unistra.fr/communiques-presse/detail-des-communiques-et-dossiers/19078-campus-sans-tabac-une-nouvelle-etape-contre-le-tabagisme-a-luniversite-de-strasbourg>
96. ARS Grand Est. La démarche « ARS sans Tabac » en Grand Est [en ligne] ; 2021 [cité en décembre 2021]. Disponible : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/la-demarche-ars-sans-tabac-en-grand-est>

## VI. ATTESTATION SUR L'HONNEUR

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**Document avec signature originale devant être joint :**

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MERVELET Prénom : Nanon

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main** : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

« J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

Signature originale :

A STRASBOURG, le 09/03/22

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

## RESUME

### Contextualisation :

En France, le tabac reste très consommé avec 25.5% de fumeurs quotidiens en 2020. Le tabagisme reste plus répandu en France que dans nos pays limitrophes de l'Union européenne. Les inégalités sociales face au tabagisme sont marquées. Au vu des conséquences sanitaires considérables en lien avec le tabac, des moyens de sevrage tabagique doivent se développer et être à la portée des usagers.

### Objectifs et Méthode :

Cette thèse s'intéresse aux consultations de tabacologie assurées par des médecins tabacologues en microstructure à Strasbourg. L'objectif de cette thèse est de recueillir le ressenti des patients sur ce système de soins novateur en Alsace, effectif depuis 2018, et en centre de santé primaire.

Pour ce faire, une méthode d'analyse qualitative a été choisie. 10 entretiens individuels semi-dirigés basés sur un guide d'entretien semi-directif ont été réalisés avec des bénéficiaires, en présentiel, visio-conférence ou par appel téléphonique du 21 avril 2021 au 10 juin 2021.

### Résultats :

Le médecin traitant est un véritable promoteur dans l'accès aux consultations de tabacologie. La proposition de suivi tabacologique est très bien acceptée. Le cabinet du médecin traitant est un lieu facile d'accès, rassurant et confidentiel. Les patients trouvent un avantage à une prise en charge conjointe médecin traitant/tabacologue. Les tabacologues répondent à une prise en charge plus large que la tabacologie (co-addictions, psychologie). Les patients apprécient la gratuité des soins et la possibilité de tester différentes formes de substituts nicotiques, en consultation et à domicile.

### Discussion :

Le dispositif semble particulièrement adapté aux femmes et moins adapté aux jeunes. Aussi, seul un patient interrogé était inscrit en microstructure. Les patients inscrits en microstructure privilégient certainement la prise en charge de leurs co-addictions (héroïne, alcool...) avant la prise en charge tabagique. Les consultations de tabacologie sont ouvertes à tous en microstructure mais peut-être devraient-elles être réservées aux patients suivis par le médecin généraliste de la microstructure.

### Conclusion :

Il serait intéressant d'élargir les consultations de tabacologie à d'autres microstructures en dehors de Strasbourg et aux cabinets de médecine générale hors microstructure.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Tabacologie, Tabac, Tabacologue, Consultations, Médecine générale, Médecin généraliste, Microstructure, Soins primaires

Présidente : Pr. Céline MASCAUX

Assesseurs : Dr Antoine GIACOMINI (Médecin Généraliste, Chef de Clinique des Universités en Médecine Générale - Université de Strasbourg), Dr Yannick SCHMITT (Maître de conférences associé de médecine générale)

Adresse de l'auteur : 11 rue du Marais Kageneck, 67000 STRASBOURG