



HAL
open science

Aller Vers Tabac & Précarité : Expérimenter une Nouvelle approche

Bernadette Leroy, Justine Robin, Antoine Talva, Maya Leclercq

► **To cite this version:**

Bernadette Leroy, Justine Robin, Antoine Talva, Maya Leclercq. Aller Vers Tabac & Précarité : Expérimenter une Nouvelle approche. Cedragir. 2022. hal-04572071

HAL Id: hal-04572071

<https://hal.science/hal-04572071>

Submitted on 10 May 2024

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

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

Aller Vers

Tabac &
Précarité :
Expérimenter une
Nouvelle
approche



Septembre
2022





INTRODUCTION	5	MODALITÉS D'ACTION	40
		MOYENS ET ÉCHÉANCIER	41
		PLANNING PROJET	42
ASSOCIATION CEDRAGIR	6	MENER L'EXPÉRIMENTATION	44
RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS	8	PILOTAGE	46
OBJET DE CÈDRAGIR	8	STRUCTURES PARTICIPANTES	46
FINANCEMENT	8	LES PROFESSIONNELS	50
HISTORIQUE	8	LE TRAVAIL MENÉ	52
NOS VALEURS	9	LES EMPREINTES	60
DISPOSITIFS ET SERVICES	12	DONNÉES PUBLIC	62
		QUELQUES CARACTÉRISTIQUES	64
SOCIOTOPIE	13	LA SANTÉ	64
PRÉSENTATION SOCIOTOPIE	15	LE TABAC	67
NOTRE CADRE D'ÉVALUATION : UNE DÉMARCHÉ INDUCTIVE ET ÉVOLUTIVE	16	EFFETS	72
		EFFETS POUR LES PERSONNES	74
CONTEXTE OPPORTUNITÉ	20	EFFETS POUR LES PROFESSIONNELS	78
TABAGISME ET PRÉCARITÉ EN FRANCE	22	EFFETS POUR LES STRUCTURES	80
LA RÉGION DES HAUTS-DE-FRANCE	26	ÉVALUATION QUALITATIVE SOCIOTOPIE	86
CONTEXTE SPÉCIFIQUE DU PROJET	30	DES FACTEURS HUMAINS ET SOCIAUX QUI DÉTER- MINENT L'ADHÉSION	88
IMPACTS COVID19	32	MODÉLISATION DE LA DÉMARCHÉ	92
OBJECTIFS MODALITÉS	36		
OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION	38		

M A I N D R E

CONDITIONS DE RÉUSSITE POUR LEVER LES FREINS ET
LIMITES STRUCTURELLES 97

CONCLUSION ET MODÉLISATION 100

PERSONNES ACCOMPAGNÉES 102

TÉMOIGNAGES 104

EMPREINTES 106

PAROLE 114

VIGNETTES CLINIQUES 117

PORTRAITS SOCIOTOPIE 119

CONCLUSION 122

REMERCIEMENTS 126

PORTFOLIO 129



PAIR AIDANCE

Avenir

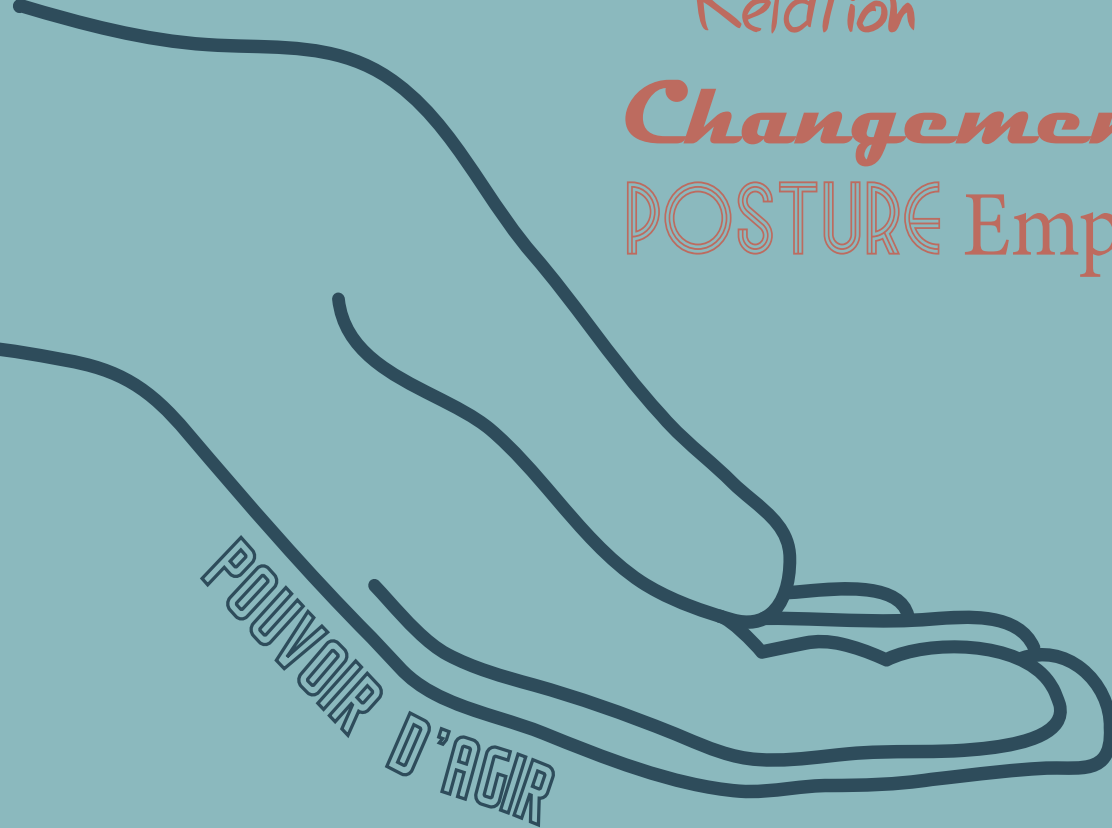
MOTIVATION

Santé Confiance

Relation

Changement

POSTURE Empathie



POUVOIR D'AGIR

Dans le cadre du DU de tabacologie, une infirmière de notre association a choisi de faire son mémoire sur la prise en charge du tabagisme chez les publics vulnérables, précaires, partant du constat que ce public ne venait pas ou n'accédait pas à notre consultation de tabacologie «classique». Pour répondre à ce besoin non couvert, elle est allée à la rencontre de ce public au sein de deux dispositifs de l'ABEJ Solidarité et a pu dresser plusieurs constats :

- Les personnes reconnaissent les effets délétères du tabac sur leur santé, mais restent enfermés dans leur comportement par perte des illusions de réussite, par manque de perspectives d'avenir, par manque de confiance en eux
- Ils n'adhéreront pas à une prise en charge en structure d'addictologie ou n'honoreront pas un rendez-vous sur l'extérieur.

La posture de la professionnelle a été d'aller vers ces fumeurs, c'est à dire d'être présente de façon informelle, sans étiquette «tabacco», être là, présente dans des temps collectifs et laisser venir les personnes, laisser la question du tabac émerger au bon moment.

Ensuite, il s'agit d'amener vers, de co-construire avec la personne, d'accompagner sa motivation, de favoriser le développement de son pouvoir d'agir,

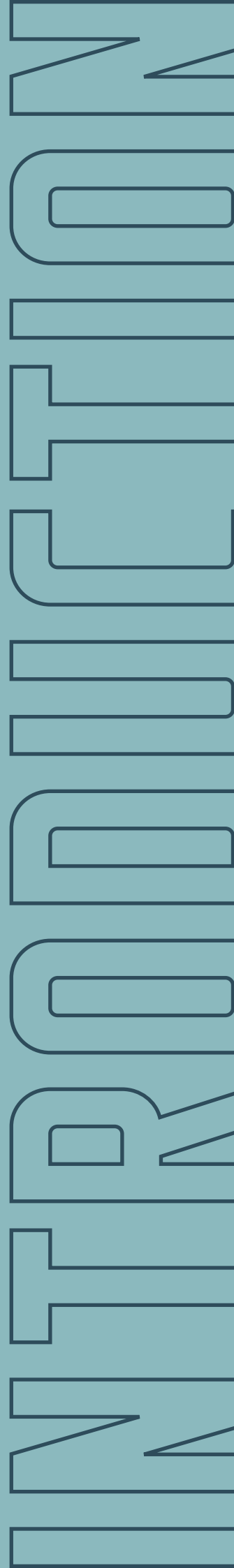
Pour accompagner la personne, contrairement à une approche collective en entonnoir, l'infirmière a testé une approche individuelle en entonnoir inversé : partir de la réalité d'une personne à un moment donné pour la sensibiliser puis, toucher son environnement proche (ses pairs), puis interpeller les équipes qui les entourent afin de déconstruire les représentations, et aider à lever les freins à la prise en charge de la question du tabac. Les professionnels, sceptiques au départ, ont finalement, montré un intérêt et ont été satisfaits de cette approche.

Ce projet d'expérimentation s'inscrit :

- Dans le cadre du programme national de lutte contre le Tabac 2018-2022, Axe 2, levier 2.2, action N° 13 : développer les actions d'accompagnement d'aide à l'arrêt du tabac au sein des structures accueillant des publics spécifiques.
- Dans le cadre du projet régional de santé 2018-2028 (PRS) qui inscrit comme action prioritaire la réduction du tabagisme dans la région.

L'Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France a inscrit au cœur de son Plan Régional de Santé 2018 - 2028, la lutte contre le tabagisme et la «dé-normalisation» de la consommation, en ciblant prioritairement les publics les plus vulnérables face au tabac (notamment les jeunes, les femmes, les personnes en situation de précarité et de handicap et les personnes inscrite dans un parcours judiciaire, notamment les plus jeunes). C'est dans ce cadre que l'expérimentation «Aller-vers tabac et précarité», menée par l'association Cèdragir, a été financée.

Le projet prend en compte le diagnostic territorialisé des Hauts de France démontrant des indicateurs sociaux et santé plus défavorables sur le territoire retenu dans notre projet. Nous avons également choisi un territoire sur lequel il n'y avait pas d'actions de tabacologie de type «aller vers» pour les publics les plus vulnérables, précaires.



ASSOCIATION
CEDRAGIR



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Cèdragir

11 rue Eugène Varlin 59160 LOMME

Tél : 03 20 08 16 60 / secretariat@cedragir.fr

Représentant légal : Monsieur Gérard TONNELET, président de l'association

Direction : Monsieur Laurent DELIGNE, directeur général

Numéro Siren : 334 781 663 / Numéro RNA : W595009485

Date de publication de la création au Journal Officiel : 01/10/1985, changement de nom publié au Journal Officiel le 02/10/2017.

TYPE D'AGRÈMENT :

- ▶ CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)
- ▶ CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues)

Délivrés par l'Agence Régionale de Santé Hauts de France / juillet 2010.

OBJET DE CÈDRAGIR

L'association Cèdragir a pour but (article 2 des statuts) :

- ▶ De promouvoir et mettre en œuvre des actions d'accueil, d'accompagnement, de soins et de prévention auprès de personnes en difficulté présentant en priorité des conduites à risques ou addictives, de leur famille et de leur entourage.
- ▶ De mener des actions avec les usagers contribuant à un mieux-être et une amélioration de leur santé.
- ▶ De mener des actions dans le cadre de la politique de réduction des risques comme un élément de sa politique globale :
 - D'approche communautaire
 - De lutte contre l'exclusion
 - D'accompagnement et de soins
- ▶ De développer un réseau de partenaires (professionnels et bénévoles) en vue d'accompagner les personnes par des outils d'information, de sensibilisation et de prévention.
- ▶ D'initier et participer à des recherches en lien avec des actions (biomédicales, sociologiques, épidémiologiques, psychologiques...), des actions d'information, de formation et toute instance de réflexion en lien avec ses missions.

FINANCEMENT

- ▶ Le csapa et le caarud sont financés par l'ars hauts de France.
- ▶ Le service d'arpej est financé par la ville de Lille, le département du nord, la caf nord et l'état (politique ville).
- ▶ La cjc de Villeneuve d'Ascq est cofinancée par la ville de Villeneuve d'Ascq.
- ▶ Le dispositif trend/sintes est financé par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies.
- ▶ La cjc de Tourcoing reçoit également une subvention de la ville de Tourcoing.

HISTORIQUE

1979

Autorisation de création du centre de soins avec hébergement collectif d'une capacité de 12 lits par l'association AFAJED - 24 rue de Verdun à Deulémont.

1980

Fermeture provisoire du centre, décidée par la DDASS.

1981

Réouverture du centre avec une capacité ramenée à 8 lits et sous réserve d'une gestion assurée par le CREAI de Lille pour une durée de 5 années. Recrutement d'une nouvelle équipe.

1983

Le centre augmente sa capacité à 12 lits : 8 lits pour le centre de soins avec hébergement collectif et 4 lits pour les appartements thérapeutiques loués à la SLE, répartis sous forme de studios sur l'ensemble de la métropole lilloise.

1984

Autorisation d'ouverture de l'atelier reprographie - 3 square Rameau à Lille.

1985

Cessation de la gestion de l'établissement par le CREAI. L'AFAJED prend le nom de l'association Le Cèdre Bleu.

1986

Autorisation de création de 8 lits supplémentaires pour les appartements thérapeutiques loués à la SLE, répartis sous forme de studios sur l'ensemble de la métropole lilloise.

1994

Ouverture d'un centre d'accueil et de traitement par la méthadone (25 places) - 8 avenue de Bretagne à Lille. 25 places supplémentaires pour le centre d'accueil et traitement par la méthadone (soit 50 places au total) - 8 avenue de Bretagne à Lille.

1995

Convention entre Le Cèdre Bleu et l'hôpital de Douai pour ouverture d'une antenne méthadone gérée par Le Cèdre Bleu (10 places).

1996

10 places supplémentaires pour le centre d'accueil et traitement par la méthadone (soit 60 places au total) - 8 avenue de Bretagne à Lille.

1998

Ouverture d'un centre d'accueil et traitement par la méthadone (antenne) - 7 rue Sadi Carnot à Armentières. 4 places mères/enfants dédiées aux appartements thérapeutiques (soit 14 appartements au total). Emménagement du service d'appartements thérapeutiques - 12 rue Armand Carrel à Lille.

2001

Ouverture d'un centre d'hébergement d'urgence de nuit pour toxicomanes actifs - 247 V. Hugo à Lille.

2003

Intégration du CSST dans le champ du dispositif médico-social.

Mise en place d'une coordination du dispositif TREND-SINTES avec l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) à Lille

Ouverture à V. d'Ascq d'une consultation cannabis et drogues de synthèse pour jeunes usagers - 8/1 chemin des Vieux Arbres.

2008

Intégration du centre d'hébergement d'urgence de nuit pour toxicomanes actifs dans le champ du dispositif médico-social comme CAARUD.

Fusion-absorption de l'association ARPEJ (Accueil Rencontre Parents Et Jeunes) qui devient un service de l'association Le Cèdre Bleu - 14 rue Alfred de Musset à Lille.

2009

Le CSST devient un CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Passage en CROSMS. L'activité TSO sur Douai est reprise par l'hôpital de Douai. Création du service pôle recherche intégrant la coordination du dispositif TREND-SINTES.

2014

Création du Pôle Ressources Jeux rattaché au CSAPA.

2016

Création de l'Équipe Mobile Parentalité E.MO.P du CSAPA.

2017

Cèdre Bleu et Réagir fusionnent pour devenir Cèdragir

2019

L'association Parachute (Bailleul - Flandres Intérieures) rejoint Cèdragir.

NOS VALEURS

COMPLEXITÉ DE L'ADDICTION

Les valeurs qui sous-tendent les projets menés par l'association Cèdragir s'appuient sur une approche des conduites addictives qui pose que l'on ne peut les réduire à la seule consommation d'une substance psychoactive ou à un comportement addictif. Elle affirme que ce phénomène d'addiction est multifactoriel.

Il s'agit alors d'intégrer dans l'élaboration et la conduite de nos actions :

- ▶ La diversité des usagers par leur histoire, leur âge, leur environnement social et affectif, leur origine culturelle, leur santé...
- ▶ La diversité des produits licites ou illicites, des addictions sans substance, et des modes de consommation...
- ▶ La diversité et l'influence des environnements socio-économiques et culturels qui font le lit d'une société particulièrement addictogène

L'association Cèdragir se doit ainsi de diversifier et de transformer ses réponses, et de prendre en compte l'évolution des besoins des personnes, l'évolution des connaissances et celle des réflexions cliniques. Elle vise également à éclairer, informer l'opinion publique et à l'amener à s'interroger.

PRATIQUES RÉINTERROGÉES, PARTAGÉES

IMPORTANCE D'UNE ADAPTATION CONTINUE

En réponse à cette complexité et évolution permanente des usages, les missions ne peuvent être statiques, il s'agit avant tout d'une logique de processus qui s'adapte par un apport de compétences, de professionnalisme, de solidarités et de réflexions éthiques sur les pratiques. Le Conseil d'Administration est alors une instance régulatrice nécessaire qui interroge sur le sens des actions menées en rapport avec les actes fondateurs et les valeurs qu'ils expriment.

Ce processus adaptatif induit le développement de nouveaux outils, supports et pratiques qui répondent aux besoins des personnes dans le respect de leur vécu, leur demande, leurs droits.

La prise en charge ne repose pas sur des doctrines ou des représentations préétablies : c'est la situation de la personne ayant une problématique addictive qui la fonde. C'est sa présence qui exprime une demande, laquelle doit être prise en compte sans attendre d'autres formalisations plus élaborées.

Ceci impose à l'institution et à ses personnels une très grande capacité d'évolution. L'intervenant doit avoir une capacité constante d'adaptation au changement d'année après année de cette réalité. C'est à lui de s'adapter à ces changements et à les anticiper, et non pas à la personne accompagnée de s'adapter à des conceptions, catégorisations la concernant, d'où la nécessité d'un soutien aux professionnels par des méthodes adéquates (formations, analyses des pratiques professionnelles, accueil et tutorat des nouveaux salariés,...).

PLURI ET TRANSDISCIPLINARITÉ

L'approche multifactorielle des phénomènes d'addiction se travaille au sein d'équipes pluridisciplinaires qui proposent en cohérence des supports multiples : aides individuelles ou collectives, adaptées et non stigmatisantes. Le cadre institutionnel est garant de la protection affective et physique tant des professionnels que des personnes accompagnées.

La mise en place de pratiques transdisciplinaires permet la coopération de professions différentes et complémentaires au sein de chaque service, mais également avec l'ensemble des partenaires impliqués, autour de la mise en œuvre du projet de la personne.

RESPECT DES DROITS ET DES PERSONNES

LE LIEN AVEC LA PERSONNE

L'association CedrAgir est particulièrement attentive à la qualité des liens interpersonnels entre professionnels et personnes (notion d'alliance thérapeutique), support essentiel à l'élaboration d'un projet de soin conçu avec chaque personne. La pratique des professionnels de l'association s'appuie sur le respect et la reconnaissance de la souffrance liée à la conduite addictive.

Il n'y a pas d'appréciation morale par rapport à la drogue et son usage. De même dans les différences que la personne ayant une problématique addictive entend entretenir avec la société. L'intervenant, individuel ou institutionnel, ne porte aucun jugement à ce niveau. Il respecte celui qui consomme et celui qui ne consomme pas.

CO-CONSTRUCTION DE L'ACTION

L'action auprès et avec les personnes connaissant des problématiques d'addiction relève d'abord d'une appréciation commune de la liberté comme valeur de base de l'existence, et d'une nécessaire solidarité de tous pour la préserver, la défendre et la restaurer.

Le rapport au cadre légal et notamment à la loi de 1970 dont l'anonymat et la gratuité, répond aux mêmes exigences. Pas plus qu'il n'y a pour l'institution de jugement à avoir par rapport au fait de consommer, d'avoir un comportement à risque, il n'y a de jugement à avoir par rapport au cadre légal. Le

fait de savoir si la personne ayant une problématique addictive est malade ou délinquante est un débat qui relève du citoyen, mais pas de l'institution qui prend la personne telle qu'elle se présente et donc telle qu'elle se voit ou se conçoit.

Pour développer l'autonomie et la qualité de vie des personnes accompagnées, ainsi que la prévention des risques, les équipes élaborent avec chaque personne un projet qui, dans une conception globale, vise à construire une offre graduée et adaptée aux besoins et attentes de la personne qui évoluent dans le temps. Il s'agit de définir avec elle ce qu'elle peut mettre en place face à sa consommation de produits (abstinence, substitution, consommation maîtrisée...). L'accompagnement du parcours intègre des notions comme la durée, les rechutes éventuelles, les rythmes personnels, le respect du choix et des possibilités de chacun...

Par ailleurs, l'association développe des outils de consultation des personnes, afin de garantir leurs droits à l'expression collective.

COMPLÉMENTARITÉ ET DIVERSITÉ DES APPROCHES

APPROCHE COMMUNAUTAIRE

Il s'agit de créer des temps permettant la rencontre, le dialogue, l'écoute et la prise en charge collective de la problématique liée à l'usage de drogues. Cette approche dévoile les potentialités de chacun, chaque personne devenant ressource pour l'autre.

A travers cette dynamique nous prenons en compte l'individu dans son contexte et nous le considérons comme une personne avec : ses expériences, ses vécus, ses désirs, ses souffrances, et «ses solutions».

PRÉVENTION

La démarche de prévention vise à :

- ▶ Promouvoir un environnement favorable à la santé
- ▶ Renforcer les compétences psychosociales notamment des jeunes et de tous les membres de la communauté
- ▶ Mieux prévenir les usages et comportements à risques, l'entrée dans une problématique addictive
- ▶ Mieux accompagner les jeunes ayant des comportements à risque et/ou en situation de vulnérabilité.
- ▶ Rendre la communauté adulte et les pairs pleinement acteurs de la prévention, du repérage, voire de l'évaluation

C'est une stratégie d'action à mener en amont de l'accès aux soins.

L'objectif peut être de raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'un trouble de l'usage et la mise en œuvre d'actions et/ou d'un accompagnement adaptés

PARENTALITÉ ET ENTOURAGE

La personne connaissant une problématique addictive peut être aussi un parent. Cette question de la parentalité traverse ainsi nos pratiques professionnelles, questionne nos fonctionnements.

La prise en compte de la parentalité est nécessaire d'une part par notre posture d'accompagnement global de la personne, d'autre part parce qu'elle constitue un frein ou un levier du parcours et de la démarche de soin de la personne.

L'association développe cette approche notamment à travers trois services spécifiques : le centre d'accueil et d'entretien familial Flandres Lys, ARPEJ et l'équipe mobile Parentalité Addiction.

DISPOSITIFS ET SERVICES

AMBULATOIRE

CSAPA LE CÈDRE

11 rue Eugène Varlin 59160 Lomme
Tél : 03 20 08 16 61
Fax : 03 20 08 05 05
accueil.lille@cedragir.fr

CSAPA/CJC CÈDR'FLANDRES

7 rue Sadi Carnot 59280 Armentières
Tél : 03 20 35 02 60
Fax : 03 20 35 02 68
accueil.armentieres@cedragir.fr

CSAPA/CJC RÉAGIR

119 rue de Dunkerque 59200 Tourcoing
Tél : 03 20 25 91 83
Fax : 03 20 03 54 82
csapa-reagir@cedragir.fr

CSAPA/CJC LA ROSE DES FLANDRES

5 rue de la Gare - 59270 Bailleul
Tél. 03 28 42 28 48
larosedesflandres@cedragir.fr

CONSULTATION JEUNES CONSOMMATEURS

8/1 chemin des vieux arbres
59650 V. d'Ascq
Tél : 03 20 47 48 08
Fax : 03 20 91 46 03
accueil.villeneuve@cedragir.fr

PÔLE RESSOURCES JEUX D'ARGENT

11 rue Eugène Varlin 59160 Lomme
Tél : 07 82 06 56 14
pole.ressources.jeux@cedragir.fr

HÉBERGEMENT

CTR LE CÈDRE BLEU

24 rue de Verdun 59890 Deulémont
Tél : 03 20 39 20 12
Fax : 03 20 39 23 34
ctr@cedragir.fr

CÈDR'AVENIR / APPARTEMENTS THÉRAPEUTIQUES

12 rue Armand Carrel 59000 Lille
Tél : 03 20 29 92 92

Fax : 03 20 29 92 99
sat@cedragir.fr

CAARUD SLEEP'IN

247 boulevard Victor Hugo 59000 Lille
Tél : 03 28 04 53 80
Fax : 03 28 04 53 89
sleepin@cedragir.fr

CAARUD JOAO

117 rue de Dunkerque 59200 Tourcoing
Tél : 03 20 46 01 10
Fax : 03 20 03 54 82
caarud-joao@cedragir.fr

FAMILLE - ENTOURAGE

ARPEJ

14 rue Alfred de Musset 59000 Lille
Tél : 03 20 93 21 21
arpej@cedragir.fr

CENTRE D'ACCUEIL ET D'ENTRETIEN FAMILIAL FLANDRES LYS

7 rue Sadi Carnot 59280 Armentières
Tél : 03 20 77 68 60
Fax : 03 20 35 02 68
entretien.familial@cedragir.fr

EMOP / EQUIPE MOBILE PARENTALITÉ

14 rue Alfred de Musset 59000 Lille
Tél : 03 20 93 58 85
parentalite.addictions@cedragir.fr

RECHERCHE

TREND / SINTES

247 boulevard Victor Hugo 59000 Lille
Tél : 03 20 07 20 94
Fax : 03 28 04 53 89
sebastien.lose@cedragir.fr



PRÉSENTATION SOCIOTOPIE

PRÉSENTATION

Sociotopie est un atelier de sciences humaines et sociales appliquées, basé en Hauts de France à Lille. L'atelier a pour vocation de tisser des liens entre recherche fondamentale, institutions et société civile, dans un horizon de transformation sociale grâce à une meilleure compréhension des individus, de leurs usages et de leurs caractéristiques socio-culturelles.

Nous réalisons des études, recherches et évaluations sociales de projet, principalement dans les domaines de l'urbanisme, de la santé publique et de l'environnement. Sociologues et anthropologues, chercheurs et enquêteurs de terrain, nous avons développé une approche transversale, nous inspirant de nos différentes disciplines en sciences humaines et sociales, mais aussi du design.

En outre, nous proposons des clefs d'observation et de compréhension des sociétés, sous forme d'accompagnement méthodologique, de formations théoriques et pratiques aux sciences humaines et sociales et à nos outils d'enquête.

L'équipe de sociotopie mobilisée pour réaliser ce projet est composée de :

MAYA LECLERCQ : consultante et chercheuse indépendante depuis plus de 10 ans en socio-anthropologie, elle est rattachée au CLERSE (université de Lille) et au LEST (université d'Aix-Marseille) en tant que chercheuse associée. Elle a dirigé de nombreuses études et projets de recherche, en France et à l'étranger, ainsi que plusieurs formations sur les sciences humaines et sociales. Maya a fondé sociotopie en 2017, dans l'objectif de travailler à l'opérationnalité de la recherche fondamentale.

ANTOINE TALVA : titulaire d'un master en sociologie mention gouvernance des risques et de l'environnement, Antoine Talva a rejoint l'équipe de sociotopie comme sociologue en 2020. Il est spécialisé sur les questions de résilience et de vulnérabilités dans les sociétés contemporaines. Durant ses études, il s'est plus particulièrement intéressé aux mobilisations internationales et aux modes de gestions citoyens des ressources naturelles, notamment au travers du paradigme des «communs». Depuis lors, il s'attelle à conjuguer les approches environnementales et sociales, tout en s'ouvrant à de nouveaux champs d'études liés à la vulnérabilité et à la santé publique.

JUSTINE ROBIN : détentrice d'un master en anthropologie appliquée aux métiers du développement durable, sa formation lui a permis d'appréhender la recherche-action par le biais d'une approche pluridisciplinaire. Elle a notamment travaillé sur des thé-

matiques liées à l'aménagement du territoire et aux politiques publiques dans les pays en voies de développement avec le laboratoire GRED (gouvernance, risque, environnement, développement) de l'institut de recherche pour le développement, avant de s'intéresser à la socio-anthropologie du corps et de l'alimentation. Après une expérience en tant que consultante indépendante, elle intègre l'équipe de sociotopie en 2022 en tant que chargée de mission en sciences sociales appliquées.

LA COMMANDE ET LES OBJECTIFS INITIAUX DE L'ÉVALUATION

L'objectif de l'étude est d'accompagner et d'évaluer le dispositif expérimental dont la finalité est la dé-normalisation du tabac auprès d'un public en situation de grande précarité.

Notre travail se décompose en deux missions principales :

- ▶ Un accompagnement méthodologique à l'évaluation interne et quantitative de l'expérimentation, dans le but d'assurer l'optimisation des outils pratiques et humains mis en place.
- ▶ Apporter un regard sociologique sur le déroulement de l'expérimentation : s'intéresser à la démarche adoptée par la tabacologue afin d'appréhender au mieux les effets que son action produit et la manière dont l'expérimentation est reçue, perçue et adaptable.

CADRE D'ÉVALUATION : UNE DÉMARCHE INDUCTIVE ET ÉVOLUTIVE

Notre approche s'est construite progressivement au cours de la première année du projet, et s'inscrit à la croisée des cadres théoriques de la sociologie de la santé, du cadre méthodologique des enquêtes qualitatives en sciences sociales, et des cadres conceptuels des études d'impact et de celui des évaluations de projet.

Avant de revenir plus en détail sur nos outils d'enquêtes, nous proposons de donner quelques explications sur l'approche évaluative que nous avons adoptée.

Nous avons mobilisé l'évaluation par méthodes génératives (ou explicatives), le sujet et les outils d'enquête et d'analyse qualitative en sciences sociales se prêtant particulièrement bien à ce type d'évaluation.

Les méthodes génératives regroupent plusieurs types d'outils évaluatifs. Nous en avons notamment utilisé trois tout au long de notre travail : les monographies (études de cas), l'analyse de contributions (quand les effets observés ne sont pas uniquement liés à l'intervention, mais sont liés à différentes raisons et contextes croisés), ou encore l'évaluation réaliste (qui s'intéresse par exemple au rôle des acteurs dans la réussite d'un dispositif)¹.

Ces trois outils ont ainsi guidé nos thématiques d'enquêtes, qui elles-mêmes ont orienté les guides d'entretiens que nous avons déployés lors des différentes phases d'enquêtes auprès des professionnels et des personnes suivies par le projet.

Ce cadre méthodologique a été construit tout au long de l'expérimentation afin de l'adapter au mieux aux réalités de terrain.

Trois axes d'observations ont été explorés :

- ▮ Premièrement, s'intéresser à la façon dont **l'expérimentation pouvait être améliorée et transférée**. Pour cela, il faut analyser la perception du projet par les différentes parties prenantes, les logiques qu'ils mettent en œuvre vis-à-vis de ce dernier et les conditions de leur adhésion à l'expérimentation.

- ▮ Deuxièmement, **questionner la manière dont l'expérimentation influe sur le tabagisme**, en identifiant les changements de comportement, les freins et leviers d'action mobilisés par l'expérimentation quant aux consommations de tabac.
- ▮ Troisièmement, **décrire et analyser la posture adoptée** par Bernadette Leroy, tabacologue de l'expérimentation, et ce qu'elle produit.

Progressivement et au regard des nombreux outils méthodologiques qui ont été mobilisés (voir «nos méthodes»), nous avons collecté un ensemble de données hétérogènes qui nous a permis d'apporter des éléments de réponse sur ces trois axes. Au fur et à mesure de l'avancée du projet, nous avons finalement fait le choix de recentrer notre analyse autour du premier et du troisième axe d'observation.

LE CHOIX DES TERRAINS

Un modèle inductif donc, jusque dans la sélection des terrains à réaliser. L'expérimentation s'est déployée au sein d'une multiplicité de structures, diverses et variées, tant dans leur nature (CHRS, LHSS, pensions de famille, accueils de jour, etc.), que dans leur configuration (espaces collectifs présents ou absents, résidence ou non, etc.). Par contrainte de temps, il nous a été nécessaire d'opérer une sélection des structures à enquêter (en termes de possibilité, d'intérêt et pertinence méthodologique et de représentativité).

La première année de terrain a permis d'expérimenter et d'éprouver différentes manières de procéder. Avait d'abord été envisagée la possibilité de réaliser un suivi «longitudinal» au sein d'un nombre de structures réduit. Cependant, au vu des réalités de terrain (turn-over des équipes important, turn-over des résidents, files actives très importantes, etc.) Et après soumission auprès des comités de pilotage, cette option a été mise de côté. Bien que pertinente, elle se serait révélée trop lacunaire. C'est ainsi que nous avons finalement choisi d'interroger une pluralité d'acteurs dans différents types de structures. Nous avons donc

¹ *Quadrant Conseil, 2019 "Formation à l'évaluation d'impact", livret de formation. 105 pages.*

opté pour un suivi moins ancré dans le temps, au sein d'un plus grand nombre de structures, ce qui nous a notamment permis de mieux comprendre la diversité des contextes d'intervention, et leur importance vis-à-vis de l'expérimentation. Pour cette raison, le deuxième axe d'observation a été rendu plus difficile à enquêter.

Ce processus de sélection a résulté des échanges avec l'association et Bernadette Leroy. Ceux-ci nous ont permis d'aborder les spécificités de chaque structure et des publics qui les composent, ainsi que la situation et le processus de mise en œuvre de l'expérimentation pour chacune des structures. Par ce biais, nous avons pu mieux cerner quelles étaient les réussites et difficultés rencontrées par et dans le processus d'expérimentation (notamment en termes d'adhésion, de cohérence et de pertinence) - ce qui a ensuite facilité notre travail de sélection en fonction des paramètres suivants :

- Niveau de réussite de l'expérimentation ;
- Difficultés rencontrées lors de l'expérimentation ;
- Type de public (jeune, âgé, bonne ou mauvaise santé...);
- Type de structures (CHRS, LHSS/LAM, pensions de famille, accueil de jour...);
- Type d'environnement (ouvert, semi-ouvert, fermé).

En outre, nous avons dû, à l'instar de l'association cedragir, nous adapter à la fluctuation des conditions sanitaires et des contraintes y étant liées au sein de structures du médico-social.

Ainsi, nous avons pu enquêter au sein de sept structures différentes : deux pensions de famille de l'abej solidarité ; un LHSS/LAM de l'abej ; une MAJT ; un caarud/accueil de jour ; deux CHRS, un de l'association visa et un de l'armée du salut (cf tableau des entretiens).

NOS MÉTHODES

Notre étude repose sur des méthodes mixtes de récolte des données :

ENTRETIENS DE CADRAGE ET ACCOMPAGNEMENT MÉTHODOLOGIQUE

Dans le cadre de notre accompagnement méthodologique à l'évaluation interne du projet, nous avons réalisé différentes réunions d'une à trois heures avec la tabacologue et l'équipe de Cèdragir :

- Quatre réunions de travail avec l'équipe du projet à Cèdragir, afin d'échanger autour de l'expérimentation, la façon dont elle se déroule, comprendre, expliciter et bien cerner les attentes de chacun.
- Une réunion d'accompagnement méthodologique pour le traitement des données quantitatives.

L'ÉTUDE D'IMPACT ET L'ÉVALUATION DE PROJET, DE QUOI PARLE T-ON ?

Une évaluation de projet a pour but d'analyser le succès ou l'échec des opérations menées, tandis que l'étude d'impact sert à identifier s'il existe un lien de cause à effet entre l'action entreprise et un changement dans la vie des bénéficiaires de l'action. Alors que l'évaluation constate la présence ou l'absence d'effets, l'étude d'impact cherche à expliquer les causes de ces effets.

En fonction des méthodologies utilisées, les évaluations et études d'impact peuvent permettre de :

- Savoir si l'intervention a vraiment fait la différence et dans quelles proportions
- Dans quelles circonstances l'intervention a le mieux fonctionné
- Pourquoi et comment l'intervention a engendré un changement
- Connaître toutes les conséquences, qu'elles soient positives ou négatives, de l'intervention.

POURQUOI ÉVALUER ?

- Faire un état des lieux, estimer en quoi et dans quel cas l'intervention produit un effet.
- Déterminer les critères de jugement de l'action.
- Améliorer et adapter la poursuite de l'action.

Source : <https://www.quadrant-conseil.fr/resources.php>

- Dix réunions mensuelles avec la tabacologue Bernadette Leroy, dont le but était de recueillir le point de vue et l'expérience de la tabacologue, de l'aider à construire et formaliser le cadre de sa pensée, d'appréhender les nouveaux terrains à réaliser.
- Des réunions complémentaires afin de co-construire et d'adapter un cadre de réflexion commun à sociotopie et Cèdragir

OBSERVATIONS ET IMPRÉGNATION DANS LES LIEUX DE VIE

Afin de nous acculturer aux différentes structures et aux publics, de découvrir les environnements des fumeurs et de permettre par la suite des échanges fluides avec les individus enquêtés, nous avons effectué des temps de présence dans les structures en amont des entretiens.

Nous avons également assisté à plusieurs entretiens de suivi et d'accompagnement réalisés par la tabacologue², avec l'accord préalable des patients concernés. Ces entretiens ont généralement eu lieu dans un espace fermé au reste du public de la structure. En position d'observateurs, nous avons pu par ce biais mieux saisir la nature des consultations mises en place par Bernadette Leroy, ainsi qu'appréhender - de façon pragmatique - de quelle manière se traduisait sa posture (l'aller-vers, l'entretien motivationnel, etc.).

ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS

L'entretien semi-directif est l'outil méthodologique principal que nous avons utilisé auprès de différents types d'acteurs et sous différentes modalités :

- ▮ Des entretiens d'une heure à une heure trente auprès des professionnels de santé et les travailleurs sociaux des structures. L'objectif était de saisir la façon dont la tabacologue s'est intégrée dans les structures, la plus-value de cette entrée et de sa posture, le regard et les attentes des professionnels sur l'expérimentation.
- ▮ Alors que la majorité des entretiens avec les travailleurs sociaux ont été réalisés de manière collective, ceux avec les responsables de service et de structures ont généralement été réalisés individuellement (voir tableau ci-dessous). Avec leur accord préalable, ces entretiens ont été enregistrés et entièrement retranscrits afin d'être relus et analysés. Cette étape de traitement des informations a permis de procéder à une analyse thématique approfondie des discours et de rester fidèle aux propos recueillis.
- ▮ Des entretiens de quinze à quarante-cinq minutes avec les résidents des structures, dont le but était de comprendre de quelle façon la posture de la tabacologue était novatrice et pertinente, comment son action était perçue et vécue. Étant donné les problématiques de

santé et troubles psychologiques de certains résidents, il n'a pas été possible de proposer un format d'entretien équivalent à celui des professionnels. La moitié des entretiens réalisés a pu être enregistrée et retranscrite. L'autre moitié a fait l'objet de prises de notes intensives.

Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel, directement au sein des structures - le face-à-face étant toujours à privilégier afin d'assurer aux personnes enquêtées un cadre optimal d'expression et de faciliter la construction d'une relation de confiance entre enquêteur et enquêté.

Nous avons fait le choix d'arrêter le recueil de données à partir du moment où nous avons été confrontés à ce qui est communément appelé la «saturation des données». Cette étape correspond au constat, que les nouveaux entretiens n'apportent pas ou peu d'informations différentes de ceux réalisés auparavant et où de nouvelles hypothèses n'émergent plus.

NOTRE POSTURE ET DÉONTOLOGIE

LA POSTURE DE L'ÉVALUATEUR EXTERNE

Comme nous l'avons précisé en introduction de cette partie, notre travail s'inscrit à la croisée des sciences humaines et sociales et des sciences évaluatives, qui ont en commun de partager à la fois la rigueur d'une démarche scientifique, les valeurs d'une démarche engagée vers l'utilité sociale des résultats, et la déontologie de leurs disciplines respectives.

Approches sociologiques et évaluatives relèvent d'une démarche théorique et empirique, se fondant sur des données de terrain collectées directement ou indirectement, et mises au regard de cadres conceptuels et théoriques. Il existe de nombreux types, durées, format d'évaluation et d'études sociologiques, mais qui ne se limitent pas non plus strictement à l'application de techniques et de méthodes. En effet, elles mobilisent également des ressources, des connaissances techniques, et une démarche scientifique, qui se caractérise notamment par une capacité d'observation, d'analyse et de réflexion³.

Si l'intérêt général et l'utilité sociale de ces deux démarches ne sont pas toujours apparus comme évident⁴ et ont même parfois été remis en cause, sociologie et sciences évaluatives ont toutes les deux pour vocation de nourrir une meilleure compréhension du monde, des phénomènes sociaux et de leurs causalités, et

² Au LHSS et à la Pension de Famille de Capinghem.

³ «La posture évaluative peut être définie comme «une application de la pensée critique dans le contexte de l'action publique. Elle se caractérise par une attitude curieuse, et la volonté de fonder sa démarche sur des éléments de preuve. Rentrer dans une posture évaluative, c'est identifier des hypothèses et poser les bonnes questions de façon à mieux comprendre, à travers une réflexion approfondie et la prise de recul, les phénomènes observés, et ainsi éclairer l'action et la prise de décision» (Buckley, Archibald, Hargraves, & Trochim, 2014. cité et traduit par Quadrant Conseil, juin 2019, Enquête sur les évaluateurs et les évaluatrices et les paradigmes dans lesquels ils inscrivent leur pratique. Projet de recherche, https://www.quadrant-conseil.fr/ressources/documents/socio_eval_PROJET.pdf).

⁴ Rey, B. «Chapitre 4. Quelques aspects éthiques de l'évaluation», dans : Gilles Baillat éd., *Évaluer pour former. Outils, dispositifs et acteurs*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, «Pédagogies en développement», 2008, p. 57-67. DOI : 10.3917/dbu.baill.2008.01.0057. URL : <https://www.cairn.info/--9782804156619-page-57.htm>

TYPE DE STRUCTURE		DATES TERRAIN	NOMBRE D'ENTRETIEN			
			Chefs de service	Travailleurs sociaux	Corps médical	Résidents
Pension de Familles (PF)	Tourcoing	17/02/21		1 (groupé)		8
	Capinghem	23/04/21 et 20/05/21		2		5
Lits Halte Soins Santé et Lits d'Accueil Médicalisés (LHSS/LAM)		15/04/21 et 22/06/21	1		1 médecin	6 (3 Acct) 1 temps d'empreinte
Maison d'accueil du Jeune Travailleur (MAJT)		02/02/22 et 21/03/22	3 dont 2 groupés			2
Point de repère - centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)		11/02/22 et 14/03/22	1	2		Temps collectifs
Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale (CHRS)	VISA - Ferme des Petites Haies	22/03/22 et 07/04/22	1			Temps collectifs
	Armée du salut	29/03/22 et 05/04/22	1	1 (collectif)		6

in fine, d'accompagner les politiques publiques vers une meilleure gestion des inégalités sociales. Il reste indispensable, pour limiter les dérives, de garantir l'indépendance (voir la partie "l'évaluation") de ces démarches⁵.

Enfin, elles ont également comme principe directeur le respect des personnes enquêtées, qui se traduit notamment par le consentement éclairé, la confidentialité et le respect de l'anonymat.

Dans le cadre de notre évaluation externe, il ne s'agit pas d'évaluer des personnes ou leur travail, mais bien d'évaluer des dispositifs, des actions, des projets. Ainsi, hormis quelques exceptions nécessaires à la bonne compréhension des résultats et avec l'accord des principaux concernés, l'anonymat a été posé sur l'ensemble des personnes interrogées (leur prénom a été changé).

Au-delà d'être une obligation déontologique, l'anonymat est aussi une question légale, cadrée par le RGPD.

Sociotopie s'engage à respecter le règlement général de protection des données (RGPD) mis en place par le parlement européen et garanti par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

SOCIOTOPIE ET LE RGPD

Le traitement et la finalité des données, ainsi que les objectifs de l'enquête, ont été expliqués à tous les participants de l'enquête, oralement. À ce titre, les données personnelles collectées et toute information personnelle sont anonymisées dans le présent rapport, de telle sorte que les individus ne puissent être reconnus. Enfin, conformément à la réglementation en vigueur¹, Sociotopie a tenu, tout au long de cette enquête, un registre actualisé de traitement des données personnelles collectées, comportant : le nom et les coordonnées des responsables de traitement, les finalités, la description des catégories de personnes concernées et des catégories de données à caractère personnel, les catégories de destinataires, les délais de conservation, la description des mesures de sécurité prises concernant le stockage de ces données.

¹ «Le règlement général sur la protection des données - RGPD», www.cnil.fr, 23 mai 2018, <https://www.cnil.fr/fr/reglement-europeen-protection-donnees> - consulté le 19/01/2021.

⁵ Mathison, S. 2018. «Does Evaluation Contribute to the Public Good?», *Évaluation*, 24(1) : 113-119 (Extraits). Traduction par Carine Gazier et Thomas Delahais; traduction et reproduction du texte avec l'autorisation de Sage Publications., <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evaluationanthologie/chapter/evaluation-contribue-t-elle-au-bien-commun/>

CONTEXTE
OPPORTUNITÉ



TABAGISME ET PRÉCARITÉ EN FRANCE

CONSOMMATION DE TABAC

La consommation de tabac en France a, depuis une cinquantaine d'années, diminué de façon significative, et notamment chez les hommes qui en sont les principaux usagers. Selon les données de l'observatoire français des drogues et des tendances addictives (ofdt), en 1974, près de 59 % des hommes de 18 à 75 ans étaient des fumeurs réguliers - occasionnels ou quotidiens. En 2018, ce chiffre a presque été diminué par deux pour atteindre aujourd'hui 35,3 %. La prévalence du tabagisme en population générale, elle, est passée de 42 % à 32 %⁶ (voir figure 1 ci-contre).

Cette diminution de la consommation est le fruit de nombreux et importants dispositifs de lutte contre le tabagisme, initiés à partir des années 1970, avec notamment la loi Veil⁷ qui pour la première fois tendait à «dé-normaliser» l'usage du tabac, ou encore la plus emblématique loi du 10 janvier 1991, dite loi Evin⁸. Depuis lors, de nombreuses autres mesures législatives et réglementaires sont venues renforcer l'arsenal de lutte contre le tabagisme en proposant une meilleure aide au sevrage (remboursements de substituts, prévention, etc.) Et en s'attaquant aussi bien à l'accès des produits (augmentation du prix du paquet, interdiction de la vente aux mineurs), qu'à l'offre (paquets neutres, interdiction des arômes et de la publicité). L'ensemble de ces mesures, essentielles, n'empêchent pas le tabagisme de rester à l'heure actuelle l'une des causes de mortalité «évitable» les plus importantes en France. En 2015, il était toujours responsable du décès prématuré de près de 75 000⁹ personnes, un chiffre qui représente alors environ 13 % de l'ensemble des décès survenus en France la même année - soit l'équivalent d'une personne sur sept. À cela, il faudrait également ajouter quelques milliers de décès annuels, imputables au tabagisme passif.

LE TABAGISME : REFLET DES INÉGALITÉS SOCIALES

Derrière une apparente uniformité et diffusion du tabagisme au sein de la population générale, celui-ci fait l'objet de nettes disparités selon les groupes sociaux - il est le reflet de très importantes inégalités sociales. À ce titre, on observe que la consommation de tabac est particulièrement élevée dans les populations détenant un faible statut socio-économique, et qu'il existe donc un lien étroit entre tabagisme et précarité sociale et économique. Les résultats du dernier baromètre de santé publique France indique par exemple que la prévalence du tabagisme quotidien est de l'ordre de 43,9 % chez les chômeurs en 2020, contre «seulement» 24,3 % pour les étudiants et 27,1 % pour les actifs occupés. De la même façon, on observe que plus le niveau de diplôme est faible, et plus le revenu mensuel par unité de consommation l'est également, alors plus la prévalence de tabagisme quotidien est élevée (voir figures 2 ci-contre, 3 et 4 page 24).

Ces chiffres nous informent sur le fait que quel que soit l'âge ou le sexe, les populations qui sont en situations de précarité sociale ont un risque plus élevé que la moyenne de devenir fumeuses et sont globalement plus nombreuses à fumer. Par ailleurs, ces éléments se conjuguent avec des niveaux de consommation qui sont également plus importants que dans la population générale (selon une étude menée en 1999, les personnes dont le niveau d'éducation est faible fument en moyenne 22 % de cigarettes en plus par jour que celles ayant un niveau d'éducation élevé¹⁰), ainsi qu'une dépendance à la nicotine supérieure (en moyenne 8,3 points au test de fagerström¹¹ contre 7 points pour les personnes n'étant pas en situation de précarité).

6 <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-lusage-occasionnel-ou-regulier-par-mi-les-18-75-ans/>

7 Loi Veil : Première loi française contre le tabagisme, adoptée le 9 juillet 1976. Elle a notamment introduit le principe d'interdiction de fumer dans les lieux publics où cette pratique pouvait avoir des conséquences délétères. Elle a également participé à la diffusion d'informations sur les risques liés à la consommation de tabac.

8 Loi emblématique de la lutte contre le tabagisme, elle est venue renforcer le caractère restrictif de la Loi Veil, en termes de consommation de tabac dans les espaces publics et à également instaurer un nouveau régime fiscal

9 Bonaldi C., Boussac M., Nguyen-Thanh V., Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme en France de 2000 à 2015, *Bulletin épidémiologique Hebdo*, 2019

10 Merson F., Perriot J., «Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique», *Santé Publique*, vol. 23, n°5, 2011, pp. 359-370.

11 Le test de Fagerström est un test qui permet de quantifier le niveau de la dépendance au tabac. Il est composé de questions sur les habitudes de consommation du fumeur et est utilisé pour adapter la prise en charge du sevrage tabagique

Figure 1 : Usage actuel (occasionnel ou régulier) de tabac parmi les 18-75 ans ; Évolution depuis 1974 (Source : OFDT, juin 2019)

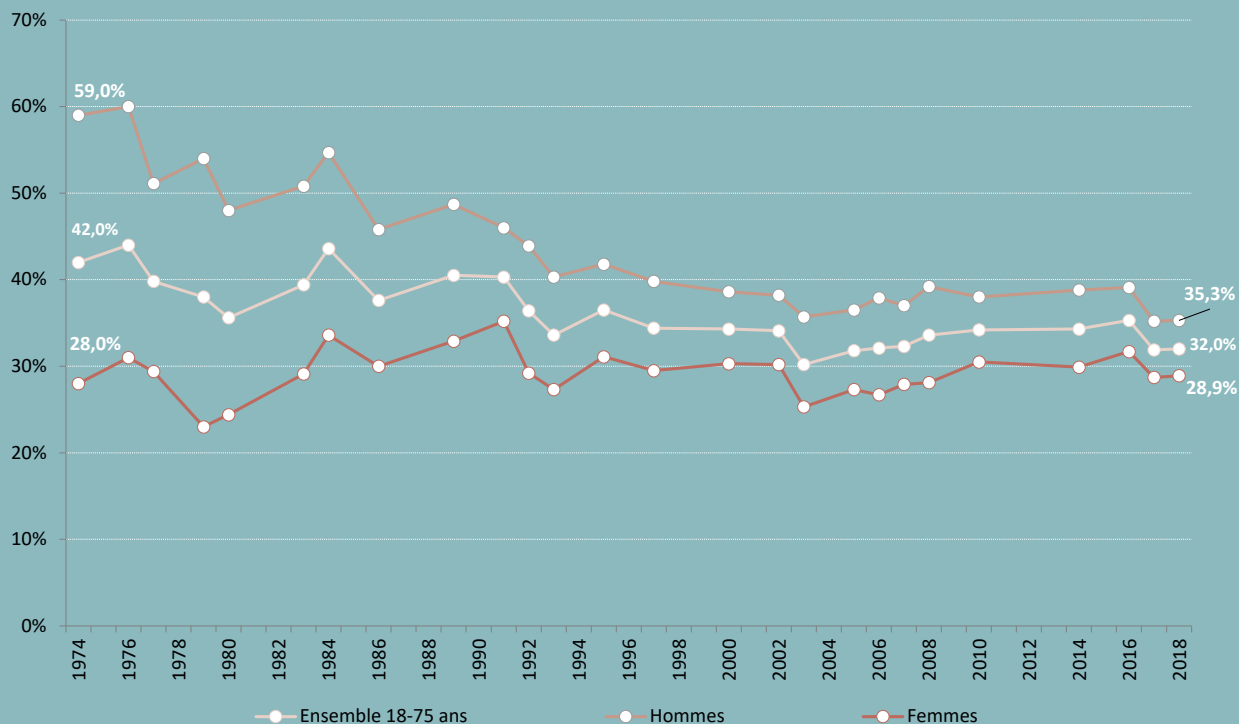


Figure 2 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le niveau de diplôme (18-75 ans), évolution 2000-2020 (source BEH Santé publique France 2021).



Figure 3 : Prévalence du tabagisme quotidien la situation professionnelle (18-64 ans) en France, évolution 2000-2020 (Source : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020).



Figure 4 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le revenu par unité de consommation (18-75 ans) en France, évolution 2000-2020 (Source : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020).



PRÉCARITÉ ET NORME SOCIALE «PRO-TABAGIQUE»

Cette prévalence du tabagisme chez les personnes en situation de précarité est loin d'être anecdotique. Elle révèle que les comportements et les attitudes face au tabac ne sont pas les mêmes, et n'ont pas évolué de la même manière, selon les classes sociales, du siècle dernier à nos jours¹². Si toute la société est touchée dans son ensemble par le tabagisme dans les années 1950, au fil des générations les classes les plus aisées ont progressivement diminué leur consommation de tabac, a contrario des plus démunies. Il existe chez ces dernières une forme de norme sociale «pro-tabagique» qui prend racine et se conjugue avec la situation de précarité. Celle-ci se caractérise par une quotidienneté instable et marquée par une insécurité permanente, qui rend toute forme de projection difficile, voire impossible - on ne sait fondamentalement pas de quoi demain sera fait. La vie est alors profondément ancrée dans le présent et centrée sur les difficultés du quotidien - c'est dans ce rapport au temps particulier que la pratique tabagique des personnes en situation de précarité trouve son sens. Les risques sanitaires liés à cette pratique sont rapportés au moment-même de la consommation, et non dans une perspective temporelle globale. C'est pourquoi ils ont tendance, les risques, à être relativisés ou minimisés par les individus, qui considèrent avant tout les aspects positifs, perçus et vécus, de la cigarette. Celle-ci apparaît souvent comme l'un des «derniers plaisirs» accessible (lié en partie à l'absorption de nicotine libérant de la dopamine dans l'organisme) dans une vie faite de multiples privations : «il ne reste plus que cela pour se détendre¹³». Le fait de fumer, pour cette population, s'inscrit donc dans une pratique «rationnelle» que le sociologue Richard Hoggart nomme le «soutien de soi¹⁴», et qui s'apparente à une forme de support symbolique et pluriel. Le tabac serait à la fois une ressource pour pallier à des difficultés matérielles et existentielles immédiates, via le plaisir qu'il procure, et pour compenser un environnement social précaire : la cigarette trompe l'ennui¹⁵, la solitude, l'inaction, la faim.

DE LA NÉCESSITÉ D'ADOPTER UNE DÉMARCHE SPÉCIFIQUE

Les éléments caractérisant cette norme sociale «pro-tabagique» sont essentiels afin d'expliquer le fait que les personnes en situation de précarité sont moins enclines à adhérer aux campagnes et mesures de prévention de la lutte anti-tabagisme déployées à «grande échelle». En effet, celles-ci interviennent principalement sur deux axes spécifiques liés à la consommation de tabac. Le premier est centré sur l'argument économique, et se matérialise par l'augmentation progressive du prix des paquets de cigarettes. Or cette mesure, bien que louable à plusieurs égards, exclut de fait les personnes en situation de précarité car, nous venons de l'exposer, leur pratique tabagique «obéit à des motifs qui échappent aux promoteurs de la lutte anti-tabac¹⁶». Plutôt que la préservation des risques annoncés du tabagisme, l'augmentation du prix des cigarettes a plutôt tendance à paupériser les conditions de vie des plus démunis et, in fine, accroître leur situation de précarité. Le deuxième, lui, cherche à favoriser l'entrée des fumeurs dans une démarche de sevrage en utilisant l'argument de la préservation d'un «capital santé» - une visée pragmatique et à première vue inclusive. Mais cette entrée particulière des campagnes de prévention exhorte les fumeurs à se projeter dans le temps, à envisager un futur désirable et libéré de la dépendance - chose qui n'est pas aisée, voire impossible, pour des personnes dont les conditions d'existence les obligent à vivre dans une forme d'urgence permanente. Pour ces différentes raisons, afin de favoriser l'entrée et le maintien dans le sevrage tabagique de la population en situation de précarité, il est essentiel d'adopter une approche spécifique et personnalisée¹⁷, qui prenne en compte, à la fois les différents contextes sociaux, ainsi que la dimension psychologique dans leur relation au tabac. Ceci d'autant plus que le sevrage requiert des capacités de préparation et des ressources cognitives spécifiques, qui auront tendance à être moindre ou diminuée dans le cas d'individus en situation de précarité.

12 Bricard, D., Jusot, F., Beck, F., Khlal, M., & Legleye, S., «L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie: une analyse selon le sexe et la génération», *Économie et Statistique*, n° 475-476, 2015, pp.89-112

13 Constance J., Perreti-Watel P., «La cigarette du pauvre», *Ethnologie française*, vol. 40, n° 3, 2010, pp. 535-542.

14 Cette fonction sociale de la cigarette est nommée «socialité de substitution» (Constance J., Perreti-Watel P., Op.Cit.

15 Molimard R., «Tabac, chômage et précarité», *Le courrier des Addictions*, vol. 10, 2008, p.4.

16 Constance J., Perreti-Watel P., Op.Cit.

17 Baha M., Le Faou A-L., «Smoker's reasons for quitting in an anti-smoking social context», *Public Health*, vol. 124, n° 4, 2010, pp. 225-231.

LA RÉGION DES HAUTS-DE-FRANCE

La région des Hauts-de-France présente des indicateurs socio-sanitaires défavorables et est répertoriée comme étant la deuxième région la plus pauvre de France métropolitaine en 2017, avec 18,3 % de sa population vivant sous le seuil de pauvreté¹⁸. Sans surprise, la prévalence du tabagisme quotidien y est la plus élevée de France avec un taux de 30,5%. 1,3 millions de personnes âgées de 18 à 75 ans fument quotidiennement.

LES POINTS CLÉS DU TABAGISME EN HAUTS-DE-FRANCE EN 2017

Les 1,3 millions de fumeurs quotidiens sont majoritairement représentés par les hommes (34,2%), les personnes à faible niveau de revenu (39,8%), ainsi que les moins diplômés (35,2%).

On observe également pour la région Haut de France¹⁹ :

- ▀ Une plus forte consommation de tabac chez les femmes enceintes : en 2016, le nombre de fumeuses au 3ème trimestre de grossesse était de 23,1%, supérieur de 20% à la moyenne nationale (16,2%).
- ▀ Moins de fumeurs chez les jeunes mais une consommation plus intensive : le nombre de fumeurs chez les jeunes de 17 ans est plus faible que dans les autres régions avec 23,7% de fumeurs quotidiens. Cependant, le nombre de fumeurs intensifs (plus de 10 cigarettes par jour) est plus élevé.
- ▀ Une consommation plus intensive et une plus forte dépendance : 74,4% des fumeurs quotidiens fument de façon intensive, soit bien plus qu'en France (66,8%). La proportion de fumeurs avec une forte dépendance est beaucoup plus élevée (23,9% contre 14,4% pour la France métropolitaine).
- ▀ Un impact sur la santé très important chez les hommes : entre 2013 et 2015, le taux de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO (broncho pneumopathie chronique obstructive) était supérieur de 20% à la moyenne nationale.

INDICATEURS PAUVRETÉ ET PRÉCARITÉ EN HAUTS-DE-FRANCE

TAUX ET HALO DE PAUVRETÉ (FIGURE 6)²⁰

Dans les Hauts-de-France, la part de la population dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté (60 % du niveau de vie médian métropolitain) est de 18,0 %.

Le taux de pauvreté est supérieur de 2,9 points à la moyenne nationale du taux de pauvreté en 2018

Le halo de la pauvreté recouvre les personnes vivant dans des ménages dont le niveau de vie est situé entre les seuils de 60 et 70 % de ce niveau de vie médian. Il regroupe 9,4 % de la population régionale en 2018.

Le niveau de vie médian des habitants des Hauts-de-France est le plus faible de France métropolitaine (figure 7)²¹

INÉGALITÉS DE SANTÉ ET D'ACCÈS AU SOIN

UN MOINDRE RECOURS AUX SOINS²²

Depuis le 1er janvier 2000, la couverture maladie universelle (cmu) garantit aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une couverture maladie complémentaire : la cmu complémentaire (CMU-C). Cette dernière joue un rôle protecteur en permettant aux personnes disposant de faibles ressources d'accéder aux soins. Dans les Hauts-de-France, le taux de recours à la CMU-C est le plus élevé de France métropolitaine (71 % en 2013 contre 63 %). Il dépasse 68 % dans quatre départements de la région, et culmine à 73 % pour le département du pas-de-calais. L'Oise est le seul département à avoir un taux de recours inférieur à la moyenne métropolitaine.

¹⁸ Belhakem N., Lermechin H., «Une pauvreté très élevée, mais moins intense», INSEE analyses Hauts-de-France, n°78, 15/05/2018.

¹⁹ Bulletin de santé publique dans les Hauts-de-France / Janvier 2019 / Santé Publique France

²⁰ Article analyse pauvreté Hauts de France insee - 2018

²¹ source INSEE 2018

²² INSEE Analyse Hauts-de-France N°74 - 29/03/2018

Figure 5 : Prévalences régionales standardisées du tabagisme quotidien chez les adultes de 18 à 75 ans en 2017 (France métropolitaine) et en 2014 (départements et régions d'outre-mer) (Source : Baromètre de Santé publique France 2017, Baromètre santé DOM 2014 (INPES)).

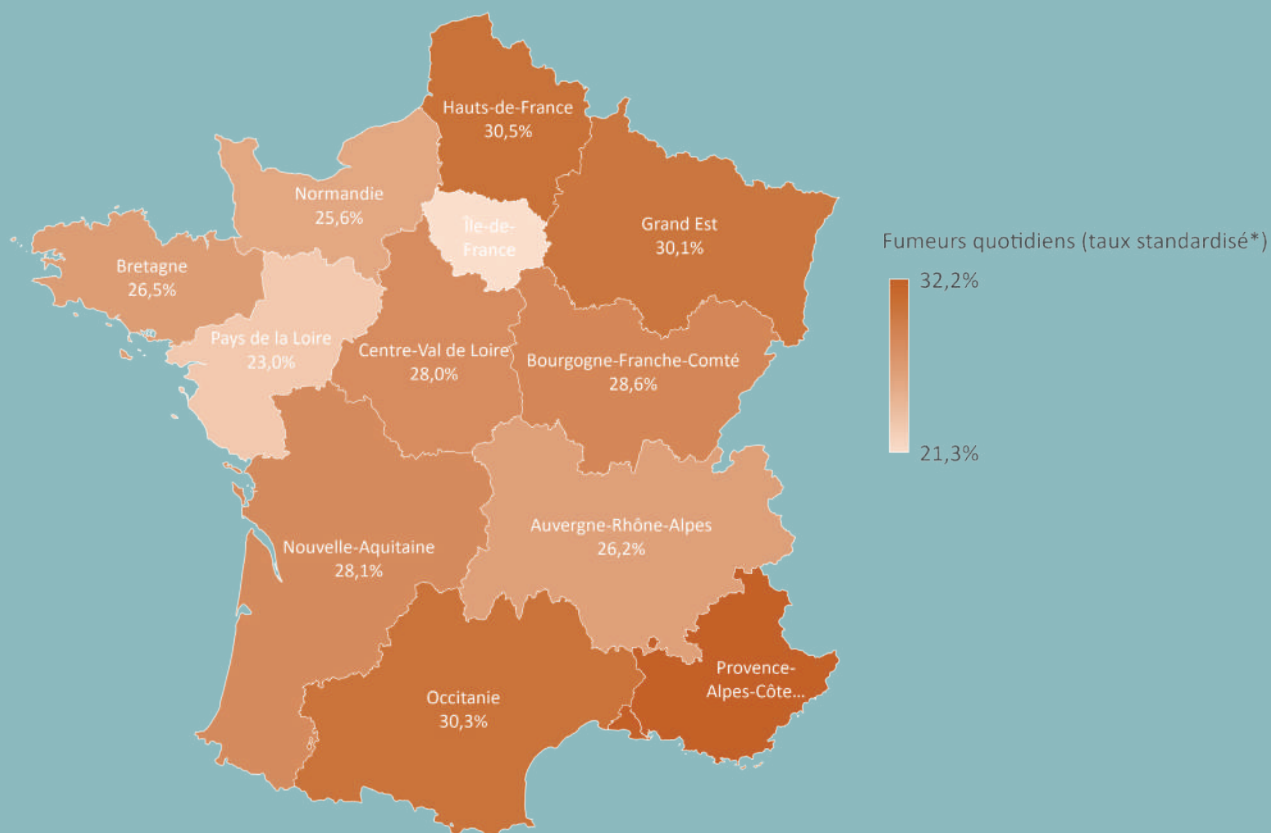
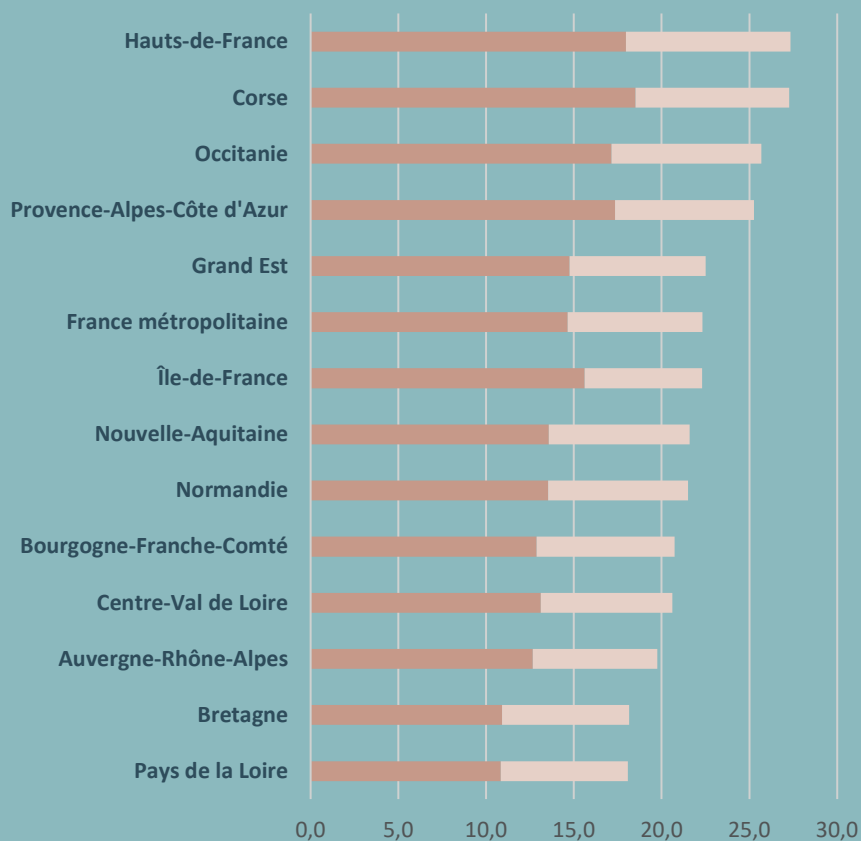


Figure 6 : Taux de pauvreté et halo de la pauvreté par région en 2018 (source INSEE 2018)



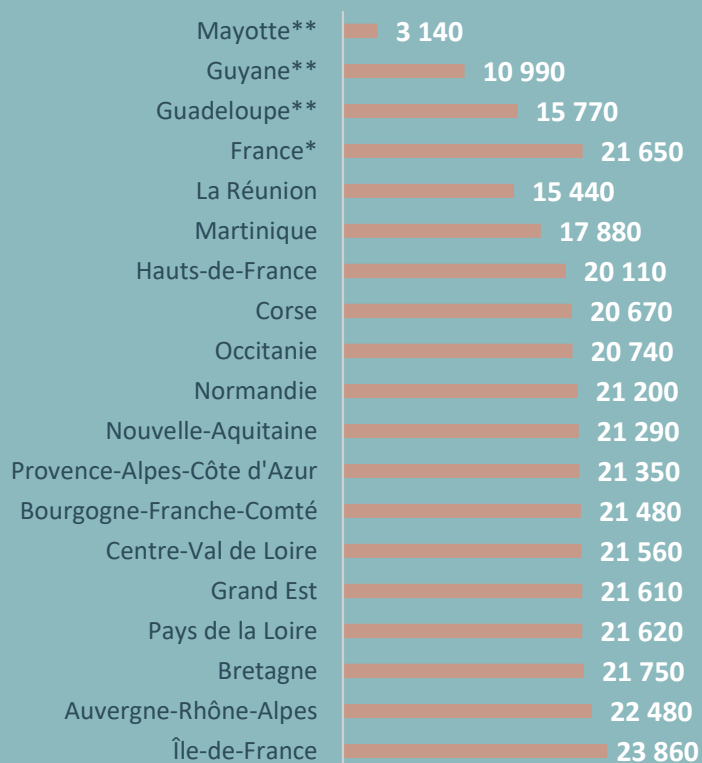


Figure 7 : niveaux de vie médians (source INSEE 2018)

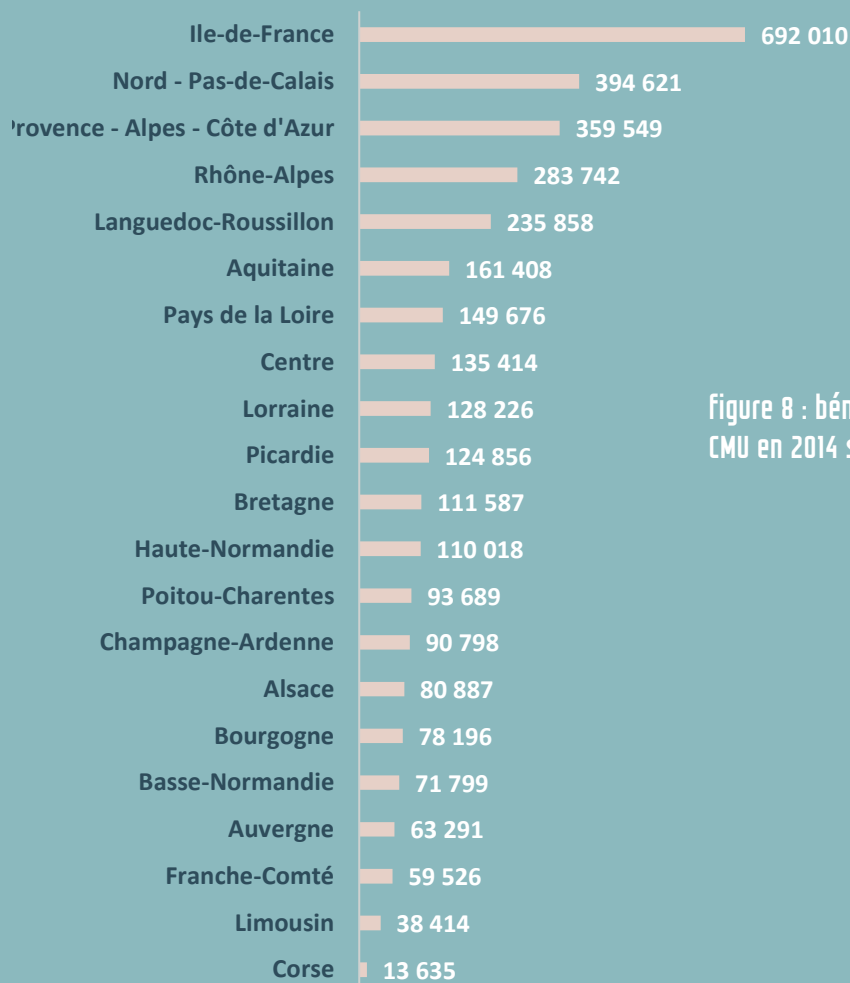


Figure 8 : bénéficiaires de la CMU en 2014 selon les régions

La population régionale recourt par ailleurs moins souvent aux soins. Parmi les personnes consommant au moins un soin au cours de l'année 2014, 38 % ont eu recours aux soins dentaires, soit le taux le plus faible de France métropolitaine (41 %). Il est encore plus faible parmi les bénéficiaires de la CMU-C (34 % contre 38 %). Les départements les plus touchés par la pauvreté ne sont pas ceux qui recourent le moins aux soins dans la région : seuls 35 % des personnes consommant au moins un soin dans la somme et l'Oise ont eu recours aux soins dentaires contre 39 % dans le nord, 38 % dans le pas-de-calais et 37 % dans l'Aisne.

Le moindre recours aux soins peut être en partie lié à la plus faible densité médicale. Si la région dispose d'une densité de médecins généralistes comparable à celle de France métropolitaine, elle est sous-dotée en médecins spécialistes.

BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU²³

En 2014, le nord-pas de calais est le département représentant le plus haut taux de bénéficiaire de la cmu parmi la population globale

En 2016 le taux de couverture des bénéficiaires reste plus élevé dans les DROM, le Nord et le pourtour méditerranéen. La répartition territoriale des bénéficiaires de la cmu-c est proche de celle observée pour les bénéficiaires du RSA et s'est peu modifiée depuis la création de la cmu-c. En 2016, en métropole, le taux de couverture moyen est de 7,3 % (8,2 % France entière, hors Mayotte). Le nord de la France et le pourtour méditerranéen (des Pyrénées orientales aux bouches-du-Rhône) se distinguent par une part élevée de bénéficiaires.

²³ Source : www.ecosante.fr, Données : Drees, Fonds CMU

CONTEXTE SPÉCIFIQUE DU PROJET

A travers notre expérience en addictologie, de ce qui a pu être expérimenté par madame Leroy dans le cadre de son Diplôme Universitaire en tabacologie (DU), nous observons trois niveaux d'acteurs à questionner, sur lesquels nous proposons d'agir à travers une approche nouvelle à expérimenter :

- Les fumeurs en situation de précarité, vulnérabilité,
- Les professionnels qui les accompagnent, accueillent,
- Les institutions et structures

BESOINS SPÉCIFIQUES DES PERSONNES EN SITUATION SOCIALE DÉFAVORABLE, EN PRÉCARITÉ.

L'article du HAL archives ouvertes, nos observations menées dans nos différents dispositifs d'addictologie, nos partenariats avec les structures sociales, nous permet plusieurs constats sur le lien entre précarité et tabagisme :

- La consommation de tabac est particulièrement élevée dans les populations présentant un faible statut socio-économique. La prévalence des maladies liées à la consommation de tabac (cardiopathies ischémiques, cancers bronchiques, broncho-pneumopathies chroniques obstructives notamment) et les décès induits sont plus élevés au sein des populations socialement défavorisées. Des problématiques médicales s'ajoutent à des situations sociales fragilisées, leur interaction peut conduire à une amplification des phénomènes de précarité, voire à un basculement dans l'exclusion.
- La notion de pauvreté, dans son aspect financier, amène un quotidien instable, un futur incertain qui entraîne la situation de précarité. Ces personnes en situation de précarité évoluent dans une insécurité permanente ayant des répercussions au niveau psychologique les empêchant d'anticiper et planifier leur existence. Leur vécu est centré sur les difficultés actuelles, le présent est sur-investi au détriment du futur. Il résulte de ces situations une faible disposition à adopter des comportements de santé protecteurs.
- Le tabagisme du fumeur en situation de précarité se caractérise par une dépendance à la nicotine plus marquée et une consommation

journalière de cigarettes plus élevée que dans le reste de la population. Le tabagisme paraît être un des rares plaisirs accessibles malgré les conséquences sanitaires et budgétaires induites. La norme sociale dans cette population est pro-tabagique

- On constate 5 à 6 fois plus de fumeurs chez les hommes et les femmes précaires
- On retrouve des particularités chez ces fumeurs en situation sociale difficile :
 - Ils reconnaissent l'aspect addictif du tabac
 - Ils minimisent la sévérité de l'addiction au tabac
 - Ils doutent des problèmes de santé liés au tabagisme
 - Ils considèrent la motivation comme l'élément-clé de la tentative d'arrêt
 - Ils estiment souvent dangereux les traitements pharmacologiques de l'aide à l'arrêt du tabac
 - Ils présentent une morbi-mortalité liée au tabac significativement plus élevée par rapport aux fumeurs plus aisés.

D'après le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n° 15, on retrouve des différences significatives selon le niveau de revenu : plus le revenu augmente, moins la prévalence du tabagisme quotidien est élevée. Elle est maximale parmi les chômeurs (39,9 %) et minimale parmi les étudiants (19,5 %). Deux groupes se différencient significativement selon le niveau de diplôme : les plus diplômés, ayant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat, parmi lesquels 19,4 % fument quotidiennement, et le reste de la population, incluant les personnes sans diplôme et celles avec un niveau inférieur ou égal au baccalauréat, au sein desquelles 28,2 % fument quotidiennement.

Nous constatons également que ce public ne vient pas dans les structures d'addictologie ou de tabacologie de droit commun. Lorsqu'il y a d'autres consommations pour lesquelles ces personnes peuvent être suivies, elles n'abordent pas leur tabagisme. Il y a une réelle nécessité d'aller vers ce public là où il vit et/ou est accueilli, pris en charge.

BESOIN DE TRAVAILLER SUR LES REPRÉSENTATIONS DES PROFESSIONNELS

Dans le cadre de nos interventions, au sein de nos dispositifs d'addictologie, nous avons pu observer plusieurs représentations ou idées reçues sur le tabagisme :

- ▶ Pour les personnes polyconsommatrices de produits : l'idée que nous ne pouvions pas accompagner la personne sur toutes ses consommations et les différents produits. Qu'il fallait en quelque sorte prioriser les drogues illicites et l'alcool et laisser la cigarette de côté, laisser le tabac pour que cela ne soit pas «trop dur» pour la personne. Nous avons pu expérimenter et réussir à travailler sur tous les produits et usages en même temps et remettre le tabac au même niveau que les produits plus «dangereux» dans la représentation des professionnels
- ▶ Pour les personnes en grande précarité : l'idée qu'il ne fallait pas leur enlever leur seul «plaisir», qu'ils n'étaient pas en demande.
- ▶ Une certaine bienveillance ou adhésion aux consommations des usagers d'une partie des professionnels fumeurs, qui voient des aspects positifs à fumer avec les personnes : médiation, apaisement, sentiment de groupe d'appartenance, gestion stress ou crises ...

Selon Catherine minot, tabacologue de la ligue contre le cancer en région : *«dans notre région, le tabac est un réconfort commun, normal, et la perception de ses effets délétères est souvent floue, empreinte de fausses croyances. Le public précaire, souvent méfiant, réfractaire aux injonctions d'arrêter de consommer un produit source de plaisir et de réconfort oblige, plus qu'ailleurs, les tabacologues à tenir compte de ces particularités. Faire bouger les représentations nécessite une empathie véritablement approfondie et authentique. Apporter des informations, partant de leurs connaissances mêmes imparfaites, ne peut se faire qu'avec délicatesse. C'est dans le sentiment d'être respecté que ce public accepte un changement de comportement qui demande du temps.»*

BESOIN DE QUESTIONNER LE RAPPORT DE L'INSTITUTION SUR LA QUESTION DU TABAC

- ▶ L'institution se questionne-t-elle sur le tabac ?
- ▶ Cette dimension est-elle traitée que sur l'aspect droit du travail ? Dans le règlement intérieur ?
- ▶ Quel positionnement de l'institution sur le tabac des usagers ?
- ▶ Quelle réflexion ?

IMPACTS
COVID19



LES CONTRAINTES SUR LA CONDUITE DE L'EXPÉRIMENTATION

Alors que nous avons envisagé un démarrage de l'expérimentation à compter de janvier 2020, l'organisation interne a rendu difficile le détachement de madame Leroy sur la mise en œuvre de l'action.

La France a connu le début de la crise sanitaire, avec ses aléas sur les effectifs de terrain et l'impossibilité de se rendre sur les lieux d'expérimentation, fermés à toute rencontre partenariale.

Ainsi, entre mars et septembre 2020, l'ensemble des services de l'association fonctionnait en mode dégradé, privilégiant l'accès aux traitements selon des modalités plus souples et l'accompagnement des personnes accueillies à distance, le but étant d'éviter toute rupture de soins. Madame Leroy et l'équipe d'encadrement du projet ont pris à cœur d'utiliser ce temps pour créer les outils de mesure de l'expérimentation, les documents de référence, et préparer les terrains potentiels à la mise en œuvre du projet. Des outils de communication à destination des partenaires ont également vu le jour à ce moment-là, ainsi que le comité de pilotage qui s'est réuni pour la première fois en septembre 2020.

En juin 2020, le travail de communication réalisé en amont dans le cadre du montage du projet a permis d'ouvrir les portes des 4 pensions de famille de l'Abej SOLIDARITE et de retourner dans les LHSS/LAM (terrain d'observation durant la formation en tabacologie de madame Leroy).

Les séances expérimentales ont pu y débiter dès septembre 2020 dans un contexte de COVID dont les contraintes ont joué un rôle négatif :

- ▶ L'effectif restreint des temps collectifs (temps de repas ou temps d'animation) a considérablement freiné «l'aller-vers».
- ▶ L'obligation des gestes barrières
- ▶ La crainte de la maladie et de ses conséquences

Les contraintes liées au covid n'ont permis l'accès à de nouvelles structures qu'à partir du 2ème trimestre 2021. Aussi avons nous choisi de prolonger plus longtemps que prévu les séances expérimentales au sein des structures déjà intégrées.

Lorsque les nouvelles structures sollicitées ont enfin pu nous accueillir, les séances ont été rythmées par les interdictions institutionnelles de temps collectifs et de rassemblements, peurs de clusters. Nous avons dû nous adapter au fil du temps.

Les dernières structures que nous avons intégrées, ont également été très impactées pour les mêmes raisons dans la mise en œuvre de l'expérimentation. Ainsi, le

fait d'avoir intégré tardivement ces structures, associé aux contraintes restrictives citées précédemment, ne nous a pas permis de mener à bien l'expérimentation telle qu'elle avait été présentée et pensée initialement.

Dès le début de la pandémie, la société francophone de tabacologie s'est positionnée en interdisant l'utilisation du testeur de monoxyde de carbone, outil d'évaluation dans le cadre du suivi tabacologique. Cette décision nous a obligés, de fait, à nous éloigner de la notion de «contrôle» et à ne se tenir qu'au secours de la personne.

COVID19 ET IMPACTS SUR LE TABAGISME

Santé publique France²⁴ a lancé depuis le début du confinement une étude en plusieurs vagues auprès de la population pour connaître ses comportements et leurs évolutions.

Selon cette enquête, environ un quart des fumeurs déclare avoir augmenté sa consommation de tabac.

Les fumeurs sont :

- ▶ 27 % à déclarer que leur consommation de tabac a augmenté depuis le confinement,
- ▶ 55 % qu'elle est stable
- ▶ 19 % qu'elle a diminué.

La hausse moyenne du nombre de cigarettes fumées par les fumeurs quotidiens (94 % des fumeurs interrogés) est de 5 cigarettes par jour. L'augmentation de la consommation de tabac est plus fréquemment mentionnée par les 25-34 ans (41 %), les actifs travaillant à domicile (37 %).

Dans le cadre de l'expérimentation, nous avons pu observer que l'ennui, l'isolement, la solitude par l'arrêt des activités et des moments collectifs conviviaux étaient les principales raisons de l'augmentation des consommations de tabac. L'anxiété et le stress liés à cette crise sanitaire se sont ajoutés au stress déjà existant dans leurs conditions de vie difficiles, instables et en insécurité.


A contrario, pour certaines personnes, l'accessibilité du tabac rendue plus difficile (y compris au delà de la frontière belge) a pu marquer une limite imposée à leur consommation.

²⁴ Source Santé Publique France - Tabac, Alcool : quel impact du confinement sur la consommation des Français ? - Publication du 13 mai 2020



OBJECTIFS
MODALITÉS



 **KAMBAH**
2021
Proche PAP7 Qui Graich'
EN 2021 pour
L'ABES

OBJECTIFS DE L'EXPÉRIMENTATION

OBJECTIF GÉNÉRAL

MODÉLISER UNE STRATÉGIE
D'INTERVENTION DE RÉDUCTION DU
TABAGISME CHEZ LES PERSONNES EN
SITUATION SOCIALE DÉFAVORABLE

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

DRESSER UN ÉTAT DES LIEUX

MENER DES SESSIONS
EXPÉRIMENTALES

TRAVAILLER SUR LES
REPRÉSENTATIONS

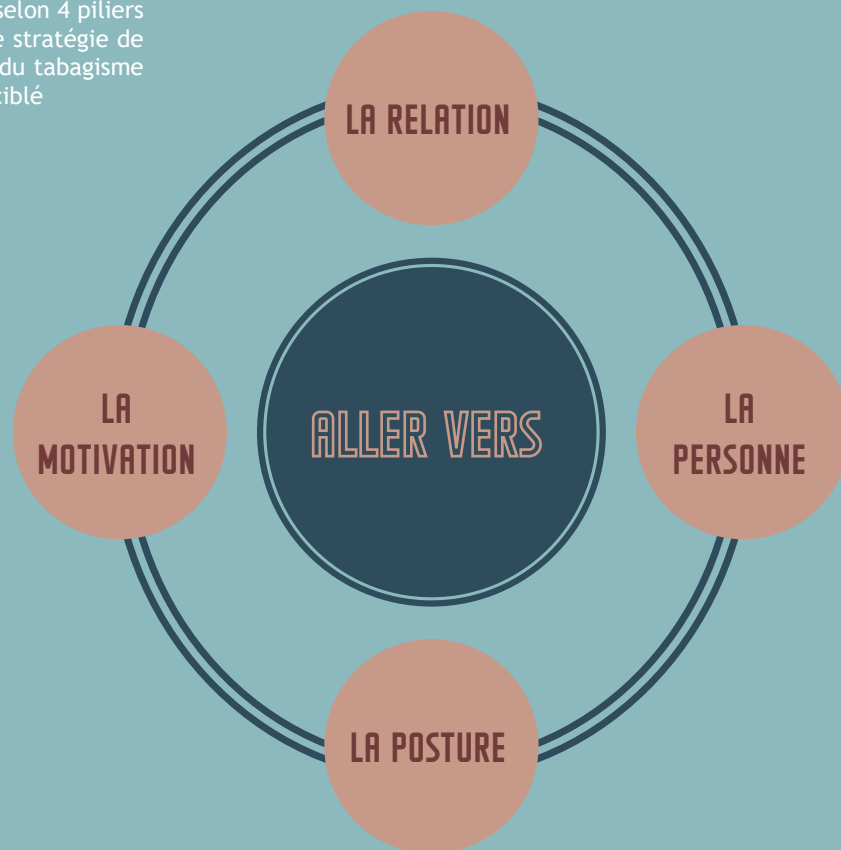
ÉTAYER ET OUTILLER LES
PROFESSIONNELS

DÉVELOPPER LE POUVOIR D'AGIR

MODÉLISER ET ÉVALUER
L'EXPÉRIMENTATION

APPROCHE

Il s'agira de confronter et d'évaluer une approche selon 4 piliers d'intervention d'une stratégie de réduction ou arrêt du tabagisme adaptée au public ciblé



LA RELATION est primordiale, elle doit être de qualité, dirigée vers le fumeur et véritablement collaborative. Elle est basée sur le modèle de l'Entretien Motivationnel. Le fumeur doit être en confiance, il doit se sentir rassuré sur le respect de son autonomie et de sa liberté de choix et d'action. Il est important de préciser qu'on n'est pas là pour dire ce qu'il faut changer et comment faire, mais plutôt, pour aider à découvrir ce qui se passe et faciliter les changements qui pourraient apparaître souhaitables.

LA PERSONNE doit se sentir prise en considération, respectée, comprise parce qu'on fait preuve d'assez d'empathie et de maîtrise du réflexe correcteur pour pouvoir se centrer sur elle sans porter de jugement. On la traite en véritable partenaire en prenant en compte son expertise, ses expériences et ses potentialités. Ainsi, elle se sent valorisée parce qu'on est attentif, parce qu'on la respecte, qu'on l'écoute, qu'on s'intéresse à ce qui est positif en elle (ses projets, ses valeurs...).

LA POSTURE PROFESSIONNELLE qui s'appuie sur une méthode de communication évolutive et efficace pour susciter et accompagner le changement en respectant la position de chacun, à chaque stade du processus de changement décrit dans le cercle de Prochaska et Di Clemente (pré contemplation - préparation - action - maintien). Elle vise à augmenter la motivation au changement.

Le professionnel ne se positionne pas comme «Expert» mais s'appuie sur l'expertise du fumeur afin de co-construire une démarche de réflexion, d'accompagnement vers un changement de comportement.

Ne pas se positionner en expert et surtout prendre le temps de l'écoute pour bien comprendre ce qui est important pour la personne et constituera la base de son accompagnement (une plainte, changement de vie...). Elle n'est donc pas invitée à formuler une demande en fonction de l'offre puisqu'il n'y a au départ, ni offre, ni demande. L'objectif est de co-construire une

démarche basée sur la réalité du fumeur, ses compétences et son expertise.

LA MOTIVATION AU CHANGEMENT

Selon les techniques d'entretien motivationnel décrits par Miller et Rollnick, la motivation au changement repose sur 4 composantes théoriques :

- ▶ Le partenariat
- ▶ Le non jugement
- ▶ L'altruisme
- ▶ L'évocation.

Le soutien de cette motivation nécessite, de manifester de l'Empathie - l'exploration de l'Ambivalence - de ne pas forcer la résistance pour éviter l'Affrontement - de faire émerger le discours changement - de renforcer le sentiment de liberté de choix - de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle.

MODALITÉS D'ACTION

DRESSER UN ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES ET POSTURES

Il nous semblait intéressant dans nos interventions de :

- ▶ Dresser un état des lieux de la culture institutionnelle et professionnelle quant au tabac ; non pas dans une posture de jugement, mais bien dans l'identification d'éléments facilitant ou freinant l'efficacité de l'expérimentation
- ▶ De mesurer les ajustements et modalités nécessaires des interventions.

Nous avons ainsi élaboré un tableau reprenant différents critères :

- ▶ La question du tabagisme est-elle abordée ?
- ▶ Comment ?
- ▶ Par quel biais ?
- ▶ Par qui ?
- ▶ Les professionnels sont-ils formés ?

Cet état des lieux étant complété par les observations sur le terrain.

MENER DES SESSIONS D'EXPÉRIMENTATION

Il s'agit en premier lieu de rencontrer le responsable de la structure afin de définir avec lui les modalités pratiques d'accueil, d'intervention et de présentation de la démarche.

L'expérimentation au sein de la structure se décline en trois axes de travail :

- ▶ Aller vers le fumeur
 - Assurer un temps présentiel neutre, informel
 - Créer et sécuriser un lien avec la personne
 - Laisser émerger une parole et un questionnement sur son tabagisme
 - Faire prendre conscience du pouvoir d'agir de la personne et l'aider à le mobiliser
 - L'accompagner à réduire les risques et/ou à amorcer le soin.
- ▶ Aller vers les professionnels
 - Échanger sur leurs représentations et leur posture quant au tabagisme
 - Partager des connaissances : supports et outils

- ▶ Aller vers l'autre
 - Sensibiliser les professionnels à la pair-aidance et à leur pouvoir d'agir sur le tabagisme
 - Favoriser et accompagner les fumeurs à l'entraide

TRAVAILLER SUR LES REPRÉSENTATIONS

Deux demi-journées d'échanges par site avec les équipes pour :

- ▶ Travailler sur leurs représentations et leurs connaissances du tabagisme avec des supports créés spécifiquement..
- ▶ Apporter des connaissances utilisables, pratiques
- ▶ Travailler sur la posture professionnelle, les outils et supports les plus efficaces pour ce public

ÉTAYER ET OUTILLER LES PROFESSIONNELS

L'approche expérimentée s'appuie également sur les possibilités de relais, de transférabilité de la posture et de la méthode auprès des professionnels, afin de permettre une continuité de l'approche d'aller vers.

Nous réaliserons donc :

- ▶ Des temps de sensibilisation à la tabacologie pour l'accompagnement du fumeur destiné à tous les professionnels rencontrés dans l'étude, au contacts du public fumeur
- ▶ Des temps de sensibilisation pour les nouveaux prescripteurs sur la substitution nicotinique et sa prescription
- ▶ Des passages de relais
- ▶ Des accompagnements à la consultation
- ▶ Des temps de transmission

DÉVELOPPER LE POUVOIR D'AGIR

Le partage d'expérience et l'entraide induisent des effets positifs dans la vie des personnes, notamment en permettant de rompre l'isolement. La pair-aidance a une vocation de réhabilitation psychosociale, et vise à permettre à l'individu de sortir du statut de «patient» pour devenir acteur de son rétablissement.

Fort de son expérience et de ses compétences acquises tout au long de son parcours de rétablissement, le pair-aidant peut :

- ▶ Redonner espoir, puisqu'il a lui-même affronté et franchi des obstacles liés à la maladie et adopté des stratégies facilitant son rétablissement,
- ▶ Soutenir et responsabiliser ses pairs dans la reprise de pouvoir sur leur vie et leur rétablissement,
- ▶ Participer à réduire la stigmatisation.

Ces partages d'expériences, transferts de compétences et parcours de rétablissement sont sources de valorisation, amélioration de l'estime et de la confiance en soi et de l'image que le fumeur dégage ; Ces points positifs attendus sont des piliers sur lesquels nous pourrions nous appuyer pour le travail de dénormalisation du tabagisme auprès des fumeurs et de leurs structures d'accueil

Nous poursuivrons deux objectifs :

- ▶ Sensibiliser les équipes à l'approche du développement du pouvoir d'agir et de la pair aidance.
- ▶ Accompagner les personnes fumeuses à développer leur pouvoir d'agir et pour les personnes volontaires à devenir pair aidant sur la question du tabac

MOYENS ET ÉCHÉANCIER

BUDGET ET SOUTIEN DE L'ARS

Dans un premier temps le projet a été déposé dans le cadre du Fond Régional Addictions sur les territoires ciblés par l'appel à projet : Cambrai, Lens/Béthune, Douai, valenciennes. Le projet initial, plus ambitieux, mobilisait deux professionnels. Les différents acteurs de ces territoires (champs addicto, AHL, précarité, sanitaire...) ont été contactés en préalable. Cela nous a permis de noter les absences de ce type de démarche et d'expérimentation, de mesurer l'attente et l'enthousiasme des acteurs pour cette expérimentation et leur témoignage de la nécessité d'aller vers un public précaire très éloigné des démarches de soins et du questionnement quant à leur tabagisme.

Après quelques échanges, l'ARS nous a proposé dans un premier temps de recentrer notre expérimentation sur le territoire de la MEL.

Le projet (retravaillé), déposé en novembre 2019, a été retenu et soutenu par l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France dans le cadre de CNR pour deux années : janvier 2020 à décembre 2021.

Du fait de la crise sanitaire, nous avons dû étaler le projet jusqu'en juin 2022 et intégrer le différentiel budgétaire dans notre budget de fonctionnement.

ÉVALUER

ÉVALUATION QUANTITATIVE

Une évaluation «quantitative» de la démarche expérimentale sera menée par cedragir. Des outils seront créés : fiches de suivi «patient» et «structure», outil excel des suivis et mesures d'effets.

ÉVALUATION QUALITATIVE

Une évaluation «qualitative» de la démarche expérimentale sera réalisée par sociotopie.

Objectif : s'intéresser à la démarche adoptée dans le processus d'expérimentation, afin de mieux appréhender les effets produits, la manière dont elle est reçue par les personnes, son adaptabilité et aussi identifier les éléments qui vont jouer un rôle dans la relation au patient.

MODÉLISER L'APPROCHE

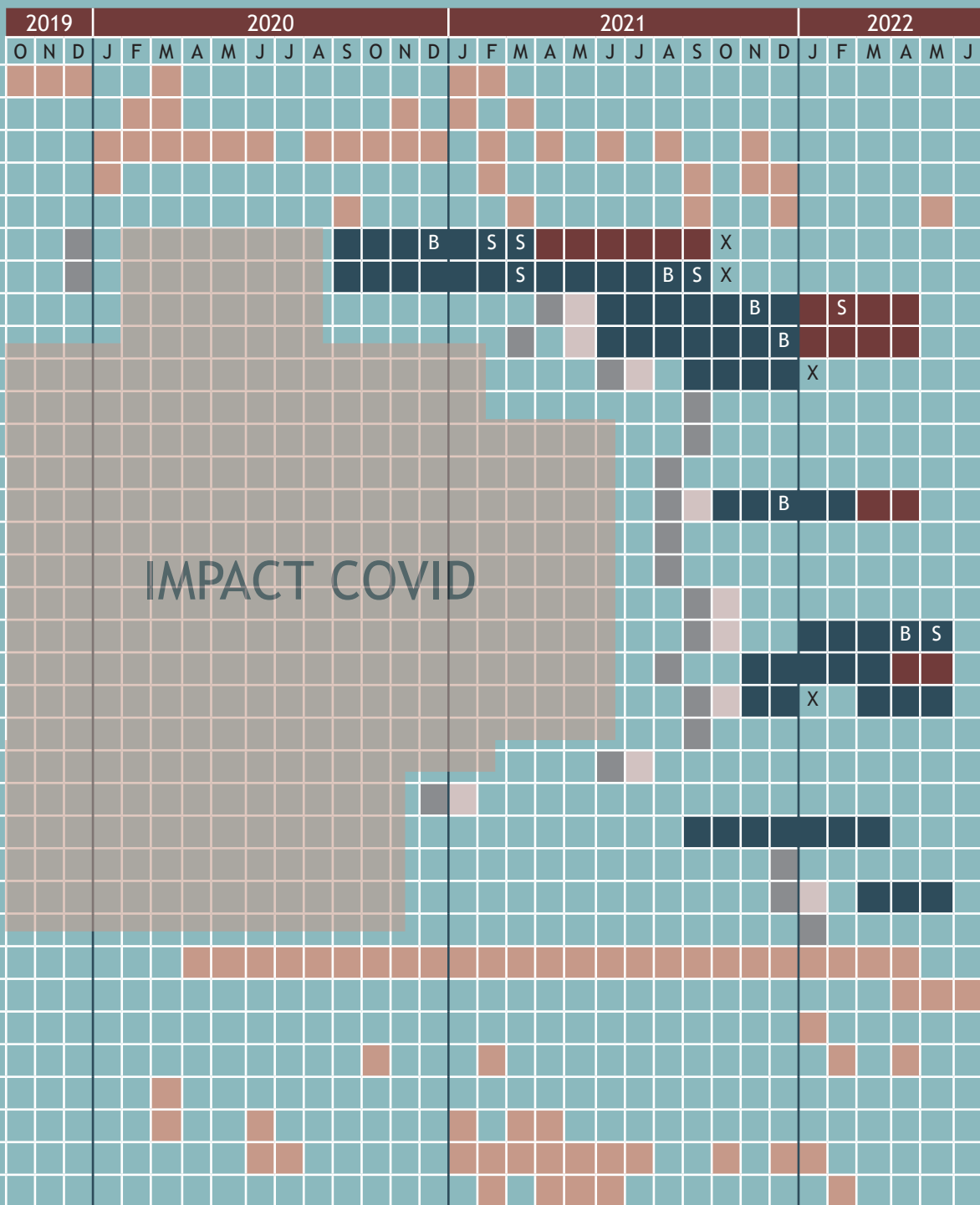
Une fois l'expérimentation menée, à travers le bilan et l'évaluation externe, les observations et l'analyse du travail mené sur le terrain, nous modéliserons la méthode, le processus de l'approche, et les outils développés.

L'objectif étant de créer un "package" transférable pour une structure et/ou des professionnels qui souhaitent mener cette approche auprès de leurs usagers.

CHARGES	Montant
I. Charges directes affectées à l'action	
60 - Achats	2 099
61 - Services extérieurs	0
62 - Autres services extérieurs	51 540
63 - Impôts et taxes	0
64- Charges de personnel	169 862
68- Dotation aux amortissements	1 500
Total des charges	225 000

PLANNING PROJET

PRÉPARATION DU PROJET	Rédaction dossier avec Mission d'appui HDFA	
	Préparation des outils	
	Rencontres point d'étapes internes, organisation	
COPILS	Préparations	
	Dates des copils	
TERRAINS D'EXPÉRIMENTATION	Pensions de familles ABEJ SOLIDARITE	
	LHSS LAM ABEJ SOLIDARITE	
	ARMEE DU SALUT CHRS Moulins de l'Espoir	
	CAARUD Point de repère ABEJ SOLIDARITÉ	
	CHRS CAPHARMAUM ALEFPA	
	EPDSAE ACCUEIL MERES ENFANTS Lambersart	
	EMMAUS CHRS	
	LA MAISONNEE ACCUEIL PARENTS ENFANTS	
	ATRI'HOME - MAJT	
	FJT Paul CONSTANT	
	AFR Accueil femmes	
	AFR accueil hommes	
	MAGDALA Accueil de jour	
	VISA ferme des petites haies	
	CHRS BETHEL	
	CHRS MARRACCI	
	EOLE	
	SOLFA	
	CHRS Rosa Parks ABEJ SOLIDARITÉ	
	Accueil mère enfant La clairière AGEMME	
	Pension de famille ALEFPA Bailleul	
	ARELI	
	ADMINISTRATION PROJET	Saisie dossiers individuels
		Rédaction du rapport
		Contacts partenaires
		Sensibilisation des équipes à l'interne
ÉVALUATION EXTERNE SOCIOTOPIE	Présentation du projet	
	Préparation des objectifs et méthodologie	
	Points d'étapes	
	Évaluation sur le terrain	



Fin ou suspension de l'expérimentation	X
Prise de contact	
Présentation du projet aux structures	
Expérimentation phase 1	
Expérimentation phase 2	
Bilan	B
Sensibilisation	S

MENER
L'EXPÉRI-
MENTATION



ne

Sois

flas

MATH

prisonnier

de

ton

vice!!

11

PILOTAGE

COMITÉ DE PILOTAGE

Le comité de pilotage mis en place, rassemblait :

- ▶ Laurent Deligne, directeur général - Cèdragir
- ▶ Bernadette Leroy, infirmière tabacologue, coordinatrice et animatrice du projet - Cèdragir
- ▶ Karine Perrier, cheffe de service
- ▶ Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS) Hauts-de-France
- ▶ Florence Glorieux, Alice Demaison, chargées de mission - Hauts-de-France Addiction
- ▶ Médecin addictologue, clinique de la Mitterrie
- ▶ Audrey Thomas, chargée de mission pôle de proximité métropole - Agence Régionale de Santé Hauts-de-France
- ▶ Sociotopie
 - Maya Leclercq, socio-anthropologue praticienne, directrice de projets
 - Antoine Talva sociologue
 - Justine robin socio-anthropologue
- ▶ Marie Dumoulin, chargée de projet - Fédération Addiction
- ▶ Vincent Morival, directeur pôle logement Abej SOLIDARITÉ

RÔLE DU COMITÉ DE PILOTAGE

Le Copil assurait les missions suivantes

- ▶ Assurer le suivi, le pilotage et l'évaluation du projet
- ▶ Proposer les ajustements et modifications nécessaires
- ▶ Réaliser des échanges et apports de connaissances, de compétences

Il a y eu 6 comités de pilotage : le 25 septembre 2020, 16 mars 2021, le 20 septembre 2021, le 10 janvier 2022, le 9 mai 2022 et 28 septembre 2022.

A chaque comité de pilotage des professionnels et des personnes accompagnées ont témoigné et échangé avec les membres du copil.

STRUCTURES PARTICIPANTES

La première structure d'accueil du projet a été celle déjà sollicitée dans le cadre de l'écriture du mémoire du DU tabacologie : Lits Halte Soins Santé (LHSS) et Lits d'Accueil Médicalisés (LAM). Puis ont suivi d'autres structures issues de la même association Abej SOLIDARITÉ : Pensions de Famille (PF), accueil de jour CAARUD et CHRS.

Les autres structures ont été choisies au regard de leur spécificité de public, tranche d'âge, type d'accueil, en lien avec notre réseau associatif.

Notre objectif en visant ces structures était de toucher un panel de public et de structures, le plus large possible, dans le champ de la précarité.

Les structures initialement visées n'ont pas toutes pu nous accueillir du fait de leur organisation, des modalités d'accueil, et du contexte sanitaire. De ce fait, nous avons eu d'autres opportunités d'intervention vers des accueils de jour et une résidence habitat jeune, mais aussi des partenaires qui n'étaient pas visés initialement.

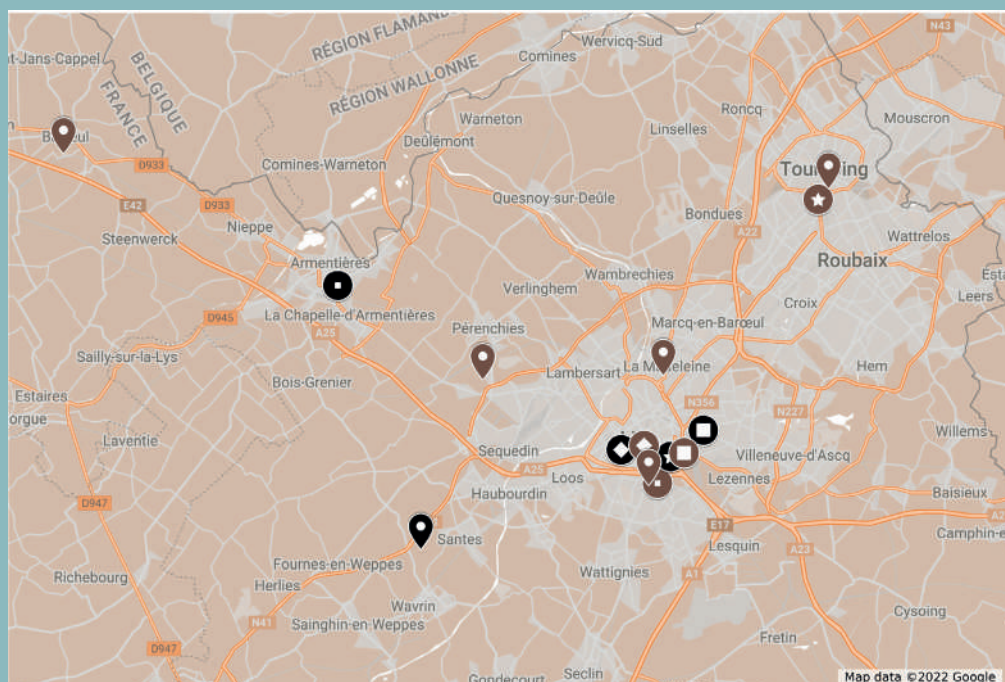
Ces différentes structures nous ont accueillies, acceptant les contours de l'expérimentation, nous ouvrant le champ des possibles. Nos observations croisées avec les professionnels nous ont permis d'aller plus loin que le projet initial.

TYPOLOGIE STRUCTURES

TYPE DE STRUCTURES	NOMBRE
CHRS	5
LAM	1
Pension de famille	5
LHSS	1
CAARUD	1
Foyer Jeunes Travailleurs	1
Accueil de jour	1

Implantation des structures participantes

-  Pension de Famille ABEJ solidarité
-  LAM et LHSS ABEJ Solidarité
-  CAARUD Point Repère ABEJ
-  CHRS Rosa Park ABEJ
-  CHRS Armée du Salut
-  CHRS Capharnaüm
-  CHRS ferme les petites haies VISA
-  CHRS BETHEL
-  Foyer Jeunes Travailleurs MAJT
-  Accueil de jour MAGDALA
-  Pension de Famille ALEFPA



DÉFINITIONS

CHRS

L'article L. 345-1 Du code de l'action sociale et des familles stipule que les CHRS accueillent des personnes qui «connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale».

Il existe aujourd'hui différents types de CHRS : en effet, certains sont des établissements spécialisés pour un type de public (femmes enceintes, personnes sortant de prison,...), d'autres sont des établissements de droit commun dit «tout public» (jeunes errants, grands exclus,...).

LITS HALTE SOINS SANTÉ (LHSS)

Les structures dénommées «lits halte soins santé» accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue.

Elles ont pour missions :

- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;

- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.

Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. La durée prévisionnelle de séjour est de 2 mois, éventuellement renouvelables. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire.

LITS D'ACCUEIL MÉDICALISÉS (LAM)

Les structures dénommées «lits d'accueil médicalisés» accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

Elles ont pour missions :

- De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
- D'apporter une aide à la vie quotidienne adaptée ;
- De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
- D'élaborer avec la personne un projet de vie et de le mettre en œuvre.

Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.

La durée du séjour n'est pas limitée et est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire composée notamment d'infirmiers diplômés présents vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

PENSIONS DE FAMILLE

C'est une structure de taille réduite qui propose des logements individuels (25 en moyenne). Elle combine des espaces collectifs et des espaces privatifs qui permettent aux personnes logées d'être chez elles sans être isolées.

Objectif : permettre à des personnes ayant pour la plupart connu de façon répétée la rue et les structures d'hébergement, de pouvoir se reconstruire et développer un projet de vie destiné à leur réinsertion sociale.

Elle s'adresse à des personnes seules, à faible niveau de ressources, en situation d'isolement ou d'exclusion sociale, dans une optique de logement durable.

FOYERS JEUNES TRAVAILLEURS

Un foyer de jeunes travailleurs (FJT) est une résidence, en France, qui loue des chambres à de jeunes travailleurs. Certains FJT acceptent également les étudiants et stagiaires. La plupart des FJT sont dotés d'un restaurant, d'un accueil et d'une laverie.

L'appellation FJT est liée à un agrément accordé par une commission régionale au terme d'une démarche complexe. Cette appellation donne droit à des subventionnements et des conventionnements, notamment par la caf.

Conditions d'accès :

- ▶ Être âgé de 16 à 30 ans.
- ▶ Être dans l'une des situations suivantes :
- ▶ En activité professionnelle
- ▶ Demandeurs d'emploi
- ▶ En formation (apprenti, en alternance, étudiant...)

Toutefois, vous êtes prioritaire si vous êtes en activité professionnelle ou en voie d'insertion professionnelle et que vous êtes âgé d'au maximum 25 ans.

LA QUESTION DU TABAC

Alors que le pourcentage de fumeurs est très important (plus de 65% de fumeurs dans 12 structures sur 14 - 5 structures à plus de 80%), la question du tabac reste très peu abordée dans les dispositifs : 70% des structures n'abordent pas cette question.

Cela est lié en partie aux représentations des professionnels : *«ce n'est pas la priorité, il y a d'autres consommations plus problématiques, leur réalité de vie est plus que difficile, c'est le seul plaisir accessible restant...»*.

Certains professionnels estiment qu'ils ne sont pas légitimes pour aborder cette question et que les situations des personnes accueillies sont suffisamment complexes et amènent d'autres priorités.

Lorsqu'elle est abordée, c'est en priorité par les professionnels socio-éducatifs sur le versant budget (à 60%), principalement lors de l'accueil de la personne. La consommation de tabac est également questionnée lors d'entretiens en lien avec la participation financière, lorsque la personne est sous tutelle, quand la structure participe à l'organisation des achats du tabac pour les résidents...

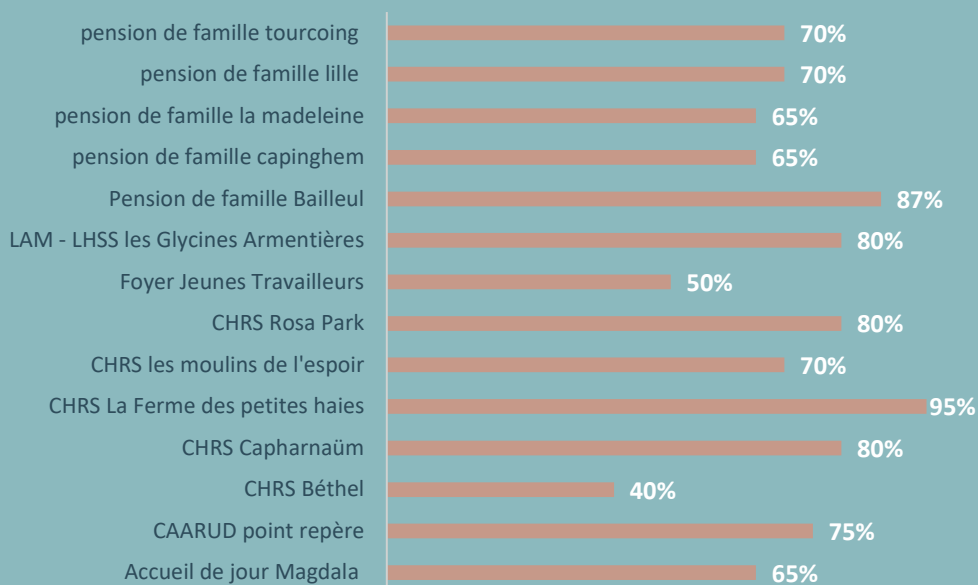
Cette question peut être abordée également par le biais du règlement intérieur si l'interdiction de fumer dans les chambres ou les locaux s'impose, mesure généralement très peu respectée au regard du public accueilli.

Enfin, elle sera abordée sur le versant santé en priorité par les professionnels médicaux ou para-médicaux lorsqu'ils sont présents dans les structures (LHSS - LAM) ou lorsque la personne est accueillie avec un traitement de substitution nicotinique prescrit au décours d'une hospitalisation par exemple.

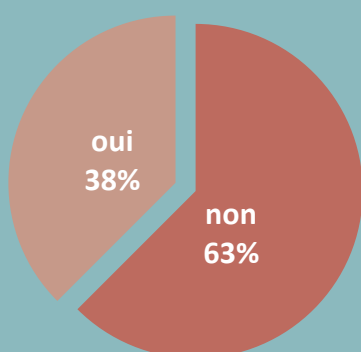
Cette question pourra parfois être abordée en action collective (sous forme de jeu) par les professionnels de l'addictologie qui réalisent des consultations avancées sur la structure.

LES STRUCTURES ET LA QUESTION DU TABAC

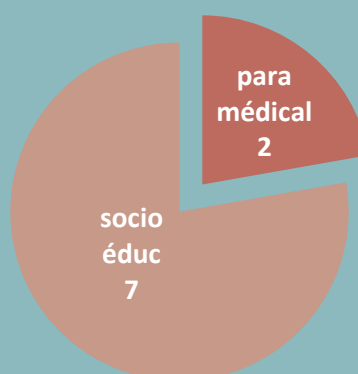
Pourcentage de fumeurs dans le public accueilli



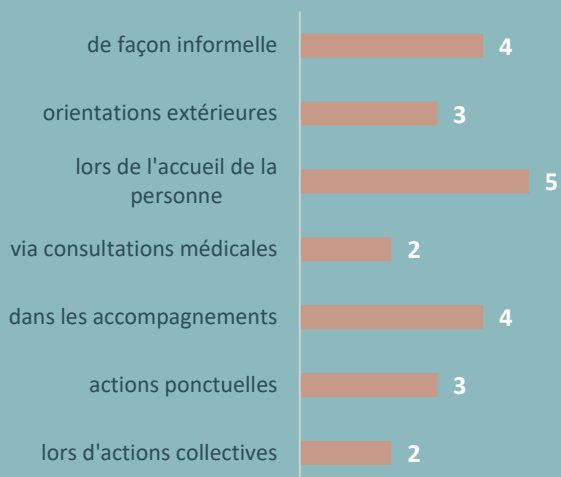
Question du tabac abordée ?



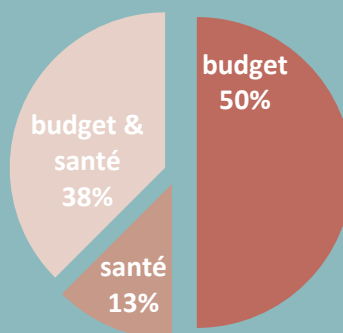
Par qui ?



Comment ?



sur quelle approche ?



LES PROFESSIONNELS

Lors des témoignages des structures au cours des comités de pilotage, nous avons pu comprendre que le projet n'avait pas attiré de réel engouement des professionnels lors de sa présentation aux équipes et avant le démarrage. Les professionnels sont restés ouverts et accueillants mais croyaient peu à l'impact de cette approche sur cette problématique auprès de leur public. Certains pouvaient même ressentir un certain dérangement quant à leurs consommations et leur rapport à ce produit.

L'expérimentation dans les structures auprès des usagers a permis à certains professionnels d'entrer néanmoins dans une démarche de questionnement, de préparation, de réduction ou de sevrage :

- 11 salariés sont entrés dans l'étude
- 10 ont bénéficié d'une prescription de substituts nicotiques
- 3 étaient en sevrage total avant la fin de l'expérimentation dans la structure concernée

Pour beaucoup de professionnels, la cigarette reste un outil parfois facilitateur de lien, comme évoqué dans certains témoignages : un outil d'entrée en relation pour les professionnels des maraudes, un outil du maintien d'une certaine «paix sociale» dans les contextes les plus compliqués, un outil de compensation pour supporter une réalité de vie insupportable qu'ils rencontrent au quotidien par le biais de l'accueil de leur public... mais tous s'accordent à réfléchir sur l'intérêt de dénormaliser l'utilisation de cet outil «dévastateur».

L'adhésion à l'expérimentation des professionnels dépend de leur représentations et leur positionnement par rapport à la consommation de tabac. Nous avons pu distinguer :

- ▮ Le regard du professionnel fumeur ou non fumeur,
- ▮ Celui du professionnel socio-éducatif
- ▮ Celui du professionnel médical
- ▮ Le regard de celui qui se sent acteur potentiel pour mobiliser son pouvoir d'agir sur cette dépendance pour lui, pour les personnes accueillies,
- ▮ Celui qui se sent visé, bousculé, "dérangé" face à une réalité (la sienne ?),
- ▮ Le professionnel qui ne se sent pas concerné ou celui qui souhaite se saisir de cette opportunité pour reconnaître, se questionner et se mettre en route pour lui, pour les autres

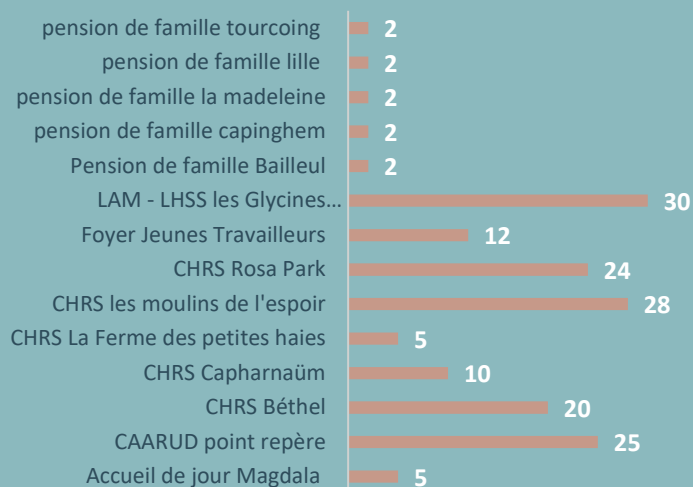
De ces regards, découle une expérimentation sur un terrain fertile ou plus difficile. L'équipe, sans en avoir vraiment conscience, peut, à des degrés divers, constituer un liant, un support, une porte d'entrée, un acteur à part entière ou au contraire, une non adhésion, non motivation, un flottement, des freins pour l'expérimentation ou pour la dynamique de changement du fumeur.

Par exemple, dans une structure lors d'un échange informel avec 2 résidents, une stagiaire a eu un discours moralisateur visant les résidents en train de fumer face à moi. Pour elle, cela allait à l'encontre du travail que j'ai mené avec eux et manquait de respect envers l'action de prévention qu'elle avait réalisée. La réaction des résidents me permet d'affirmer que ce discours, qu'ils ont considéré comme peu valorisant, n'aide en rien la personne mais au contraire, l'éloigne de sa démarche de changement. Le résident est accompagné pour développer son pouvoir d'agir pour sa santé et ses propres intérêts mais en aucun cas pour répondre à une commande d'un professionnel...

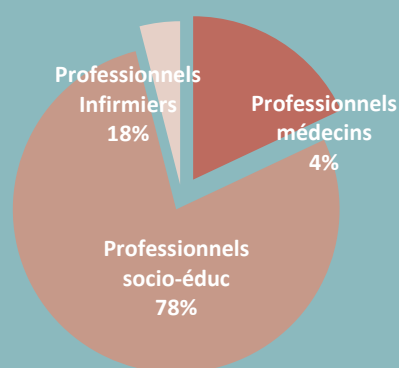
Dans une autre structure, lors d'un tour des chambres, l'éducateur qui questionnait le résident pour savoir s'il fumait ou non, s'il voulait arrêter et qu'il pouvait lui présenter quelqu'un qui était là pour cela.

LES PROFESSIONNELS

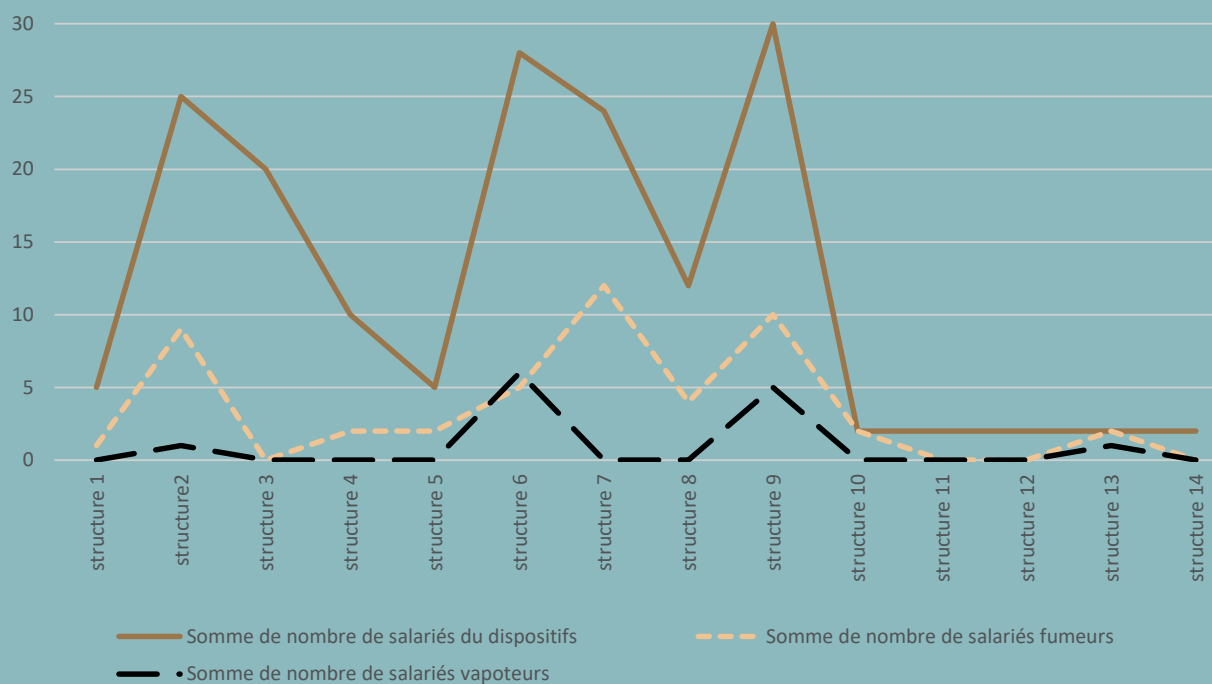
Nombre de professionnels par structures



Type de métiers représentés



Les salariés et le tabac



LE TRAVAIL MENÉ

LES SESSIONS D'EXPÉRIMENTATION

Les sessions ont été proposées et menées en plusieurs phases selon les réalités de chaque terrain :

- ▶ Une première phase de 3 à 4 mois au rythme d'une séance par semaine sur une plage journalière régulière (tous les lundis matin...)
- ▶ Un bilan intermédiaire
- ▶ Une seconde phase de 3 à 4 mois au rythme d'une séance par mois avec affichage des jours de passage et sur une plage régulière (tous les 1ers lundis du mois...)
- ▶ Un temps d'activité collective pour réaliser une empreinte

	Temps total (en jours)	Nombre de personnes suivis
Phase 1	104,9	108
Phase 2	35,9	20,0
Empreintes	8,5	/

TRAVAILLER SUR LES REPRÉSENTATIONS

Le travail autour des représentations des fumeurs et des professionnels va se faire tout au long de l'expérimentation durant :

- ▶ Le temps de présentation du projet expérimental
- ▶ Les temps informels des interventions
- ▶ Les temps de transmission autour des situations rencontrées
- ▶ Le temps de sensibilisation à destination exclusive des professionnels.

En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, les représentations des fumeurs et des professionnels sont nombreuses et doivent être déconstruites avec eux : «il y a des consommations plus graves», «c'est le seul plaisir qui lui reste», «il n'est pas en demande», «c'est un outil d'apaisement et de médiation», «outil de paix sociale», «il ne fume pas donc il n'est pas concerné», «je mets des filtres et j'avale pas ma fumée donc c'est moins grave»....

Ce travail de déconstruction des représentations doit se baser sur le principe de l'aller-vers sans distinction des fumeurs et des non-fumeurs, qu'ils soient en demande ou non. On suppose aisément que le non-fumeur

n'est pas concerné par cette question du tabac, alors qu'il fréquente lui-même des personnes fumeuses et que son action peut avoir un effet bénéfique sur le questionnement. Ce travail de déconstruction devient inefficace si les professionnels m'orientent directement vers la personne.

Si le travail de déconstruction des représentations se fait de façon linéaire sur l'ensemble du temps passé dans la structure, le temps de sensibilisation à destination des professionnels et éventuellement des usagers comme pair-aidant, a été construit autour des représentations des fumeurs et des professionnels.

Il s'agit de ne pas intervenir avec une posture jugeante, basée sur le danger, sur ce qui est «bien» ou «pas bien», «à faire» ou «ne pas faire» mais de travailler sur les idées reçues, les désinformations, les freins ; travailler ensemble à co-construire une culture commune basée sur l'échange autour d'éléments factuels.

La peur du changement amène le statu quo qui bloque la remise en question et maintient le fumeur dans son statut : peur du changement en général, peur du manque, peur de ne pas y arriver, peur de l'anxiété, peur d'une déstabilisation, peur du manque du geste, peur de la perte de quelque chose, peur de perdre son identité.

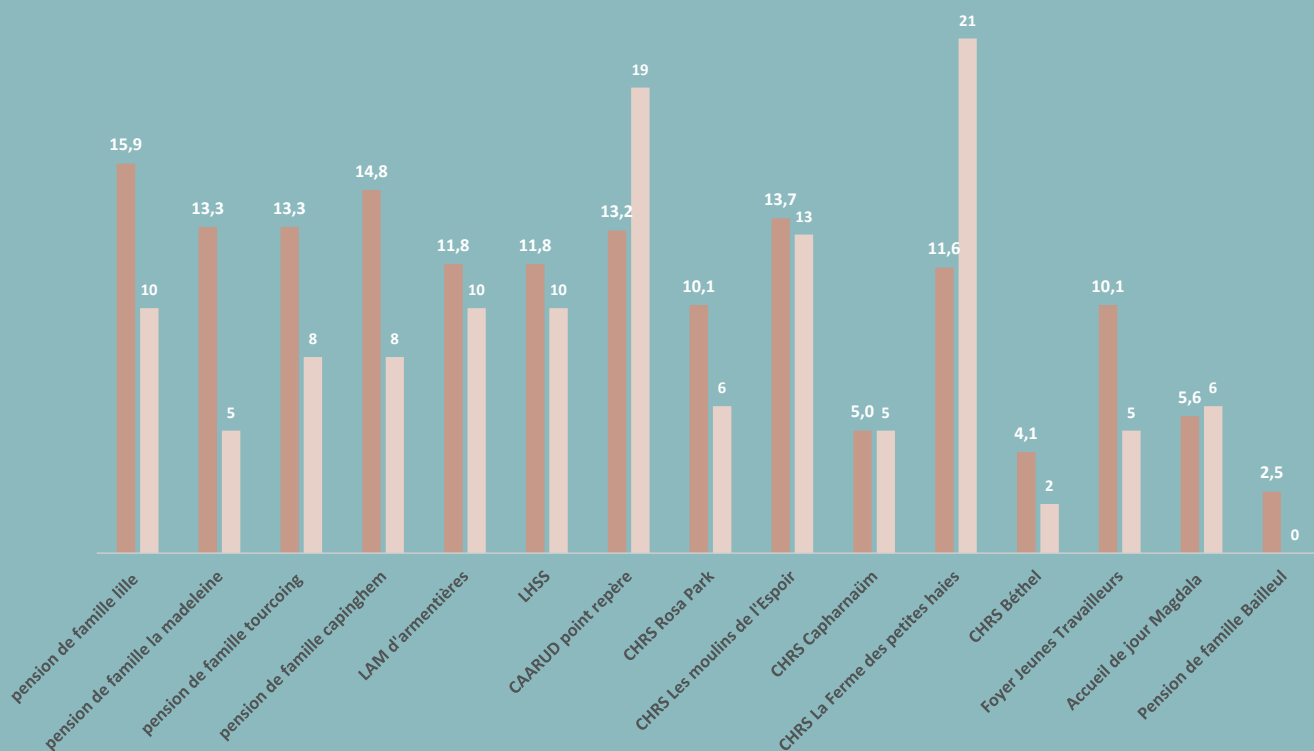
Nous avons donc besoin d'élaborer une «pédagogie» transversale qui amène des notions de tabacologie via des outils utilisables, qui amène cette idée de dénormalisation source de questionnement. Ce travail sera proposé aux équipes en fonction de leur réalité de terrain, réalité d'accueil et de public accueilli, réalité d'équipe et devra être ajusté en fonction de ces différents éléments.

EFFETS DE L'APPROCHE

Au cours de l'expérimentation nous pu établir les constats suivants :

- ▶ La valorisation du fumeur en démarche, le discours non moralisateur, le respect du plaisir du fumeur, semblent avoir un impact sur cette culture de dénormalisation dans les esprits comme un écho facilitateur de la Pair-aidance.
- ▶ Les retours reçus au fil du temps, les témoignages, les photos, les empreintes, les écrits sont des symboles de culture de dénormalisation du tabagisme dans des structures où être fumeur est identitaire. C'est un contre-pied aux représentations des professionnels comme «ne pas renoncer au seul produit plaisir accessible».

Interventions et personnes suivies par structures



- ▶ L’empreinte, temps collectif d’échanges et de réflexions autour de la problématique tabac permet :
 - Un travail de valorisation et d’engagement dans le questionnement individuel
 - D’envisager une nouvelle identité possible de non fumeur ou de fumeur régulant sa consommation

lire un questionnaire, pouvoir l’accompagner et l’orienter.

- ▶ Aux éventuels professionnels prescripteurs pour les outiller à l’accompagnement du fumeur vers un sevrage par la prescription de substituts nicotiques.

Une “pochette-outils” a été créée et remise aux équipes en fin de temps de sensibilisation.

ÉTAYER ET OUTILLER LES PROFESSIONNELS

BILAN ET TEMPS DE SENSIBILISATION

Un bilan a été proposé en réunion d’équipe après une première phase de sessions expérimentales hebdomadaires de 3 à 4 mois (nombre d’interventions, nombre de personnes en accompagnement, approche...). Ce bilan a aussi été un échange sur les regards tournés vers cette approche.

Un temps de sensibilisation a été proposé :

- ▶ À l’ensemble des professionnels en lien ou non avec les fumeurs. L’objectif est d’outiller pour mieux comprendre le fumeur, pouvoir accueil-

EXEMPLE DE BILAN INTERMÉDIAIRE DANS UNE STRUCTURE

Bilan réalisé en avril 2022 en réunion d’équipe (7 professionnels présents).

Bernadette explicite les 4 dimensions à prendre en compte quand on aborde la question de la consommation de tabac : l’état de santé, la situation sociale, la consommation de tabac, la motivation.

Ensuite elle présente à l’équipe les profil de fumeurs qu’elle a observé :

- ▶ Des fumeurs satisfaits : Bernadette est à disposition si besoin... l’idée n’est pas de pousser ni tirer vers mais amener le questionnaire

- ▶ Des fumeurs satisfaits en diminution de consommation pour raison de santé : échanges, amener de l'info sur le risque et rester à disposition.
- ▶ Des fumeurs en questionnement : faire émerger la demande, sensibiliser au changement possible
- ▶ Des fumeurs en difficultés avec le manque de tabac (contrainte budget) : action ponctuelle RDR, les aider à pallier au manque
- ▶ Des fumeurs dépendants en demande : action, suivi, accompagnement vers des objectifs réalisables
- ▶ Des fumeurs + polyaddictions : orientation en csapa, en cjc, sollicitation d'EHLA (orientation vers cure sevrage)

Elle dresse le bilan des personnes rencontrées et accompagnées

- ▶ Environ 20 à 25 personnes différentes abordées pour évoquer le sujet du tabac.
- ▶ 8 personnes accompagnées (bilan et suivi) ayant des objectifs variables : arrêt total de leur tabagisme, maintien de leur abstinence, réduction de leur consommation, gestion de leur consommation...
- ▶ Plusieurs actions proposées :
 - Essai TSN
 - Ordonnances de TSN
 - Orientation vers la vape (possibilité d'équiper gratuitement)
- ▶ Résultats :
 - 1 Personne en arrêt de tabac
 - 1 Personne équipée vape du cœur
 - 1 Personne relancée après rupture d'une tentative de sevrage
 - 2 Personnes en réduction de consommation
 - 3 Personnes non revues (problématique du suivi en accueil de jour en venant 1 matinée / semaine)

Ensuite, elle échange avec les professionnels sur :

- ▶ La 2ème phase n'a pu être réalisée car peu adaptée au regard de l'activité en accueil de jour. La 1ère phase poursuivie au rythme d'1 semaine sur 2 et fin d'expérimentation en mai...
- ▶ Proposition d'un temps de sensibilisation à la tabacologie en intermédiaire pour passer le relais, pour poursuivre, maintenir cette culture ? A programmer avec l'équipe élargie des différents lieux d'activité.
- ▶ Proposition de laisser une empreinte de l'expérimentation dans la structure : l'occasion de faire un temps collectif pour échanger autour de cette problématique et «afficher» ce temps

d'échange sous forme de tableau, photo, écrit... ? Pour garder à l'esprit ce questionnement. A envisager sur un temps d'activité collective.

ALLER VERS

«Aller vers» le fumeur en non-demande pour aborder la question du tabac c'est aussi le «laisser venir», en respectant son rythme.

Le respect de ce temps nécessaire peut amener un processus relationnel inversé, c'est alors un «aller vers» du fumeur vers le professionnel avec un questionnement, une demande. C'est aussi le professionnel qui a travers sa posture, son savoir être, laisse venir la personne. Nous avons pu noter que «l'aller vers» s'adapte facilement aux situations individuelles rencontrées :

- ▶ Aller vers le fumeur prêt à expérimenter, qui se met au travail
- ▶ Vers le fumeur qui se questionne, se prépare
- ▶ Vers le fumeur satisfait qui observe
- ▶ Vers le fumeur qui rejette.
- ▶ Aller vers les non fumeurs qui apportent leurs regards.
- ▶ Aller vers les professionnels fumeurs, professionnels non fumeurs, plus ou moins acteurs de l'expérimentation.

Aborder la notion de tabac est devenu parfois une porte d'entrée pour aborder d'autres problématiques : alcool, produits illicites, parentalité, entourage, jeux de hasard et d'argent, psycho-traumatisme... Exemple de monsieur R (portrait réalisé par Sociotopie) très isolé du soin et de tout accompagnement autour de sa problématique de parentalité, qui a pu, une fois la relation de confiance établie, rencontrer notre équipe de soutien à la parentalité, celle du CSAPA d'Armenières, puis reprendre confiance pour aller vers la médecine de ville et obtenir un médecin traitant tout en travaillant sa problématique tabac.

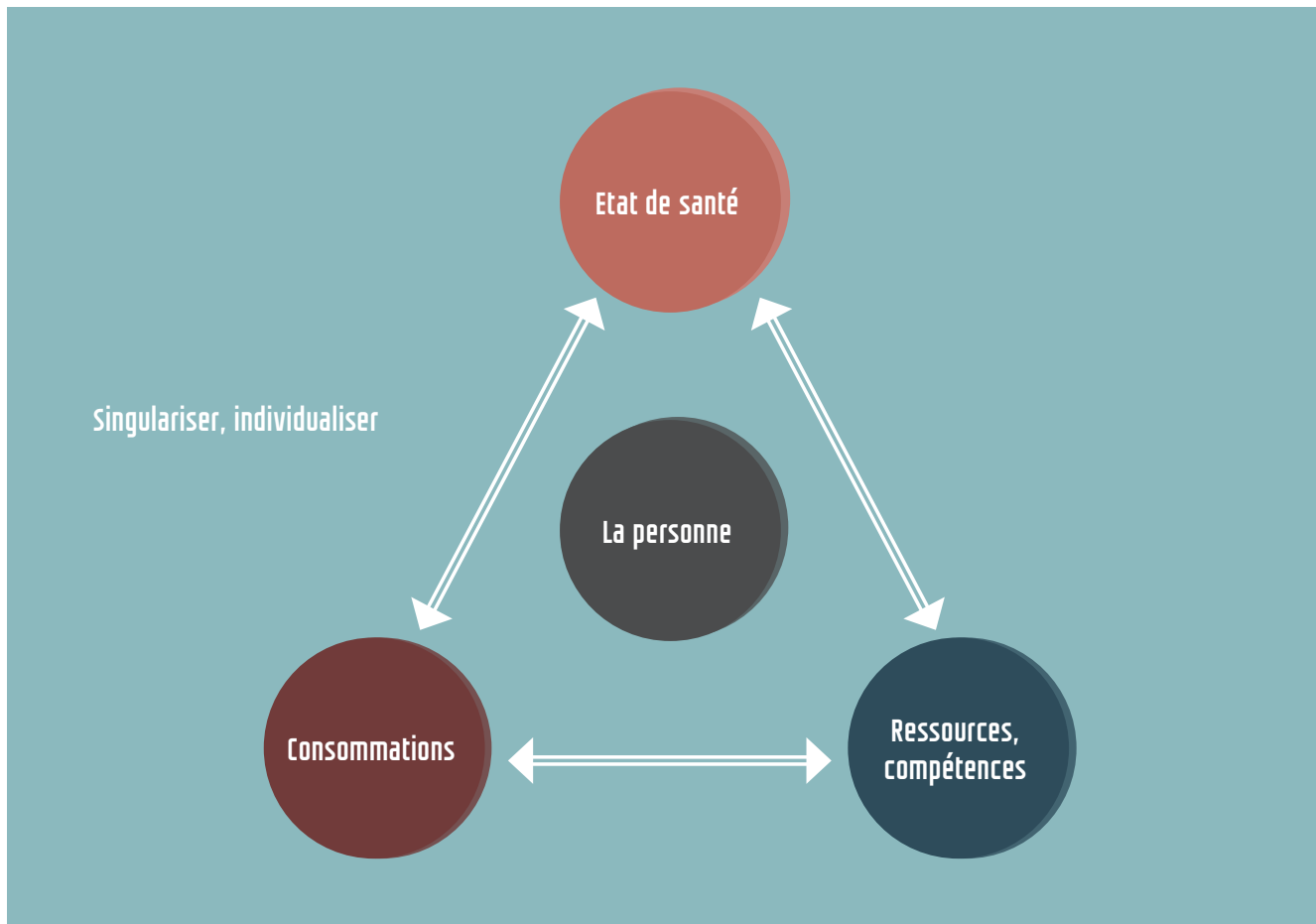
LES PILIERS DE L'APPROCHE

Confronté aux différentes réalités des structures, des publics accueillis, nous avons ajusté, développé notre approche initiale afin d'être le plus pertinent possible et ainsi pu affiner les piliers et axes de l'approche

PRENDRE LE TEMPS

Prendre le temps pour créer la relation est un pilier de l'expérimentation. Essentielle au travail dans la durée et dès le début, la relation de confiance qui s'installe alors est la base l'alliance thérapeutique.

Prendre le temps de présence informel nécessaire afin d'être repérée par d'autres personnes, d'autres professionnels et se «créer une place identifiée», «se faire adopter», «se faire accepter».



On a pu observer que le temps à investir dans chaque structure et la régularité des passages sont gages de réussite.

SINGULARISER, INDIVIDUALISER

- ▶ Prendre en compte son état de santé (la santé, selon l'OMS, est un état de complet bien-être physique, mental et social) !
 - Physique : absence de maladie,
 - Mental : les préoccupations, l'avenir incertain, l'insécurité, l'ennui, la solitude, la pathologie...
 - Social : l'hébergement, la sécurité, la situation administrative et professionnelle, la justice, les liens et les relations familiales, amicales, affectives...
- ▶ Prendre en compte la réalité de ses consommations :
 - Sa situation tabagique et son histoire avec le tabac selon son âge, le début de sa consommation, son type de dépendance, son produit, ses tentatives de réduction ou d'arrêt, ses reprises ou rechutes, son plaisir à fumer...
 - Les associations : le café, l'alcool, le jeu...
 - Les autres produits
- ▶ Prendre en compte et s'appuyer sur les ressources, compétences, savoirs expérimentiels de la personne, sa culture, ses valeurs.

CO-CONSTRUIRE

Associer la posture d'expertise du professionnel (non-jugeante) avec les savoirs expérimentiels du fumeur pour co-construire un plan d'action de régulation de consommation, de réduction des risques en fixant des objectifs personnels réalisables et encourageants.

Une alliance se crée en se maintenant aux informations, aux éléments que la personne veut bien amener (pas d'informations de l'équipe auparavant qui pourraient fausser le regard et l'attitude). Cela implique d'accepter la place du mensonge, le reformuler, en faire une force pour démontrer l'intérêt de se faire confiance pour atteindre l'objectif fixé, sans contrôle (pas de test co), ce qui laisse toute la place à la relation.

ACCOMPAGNER LA MOTIVATION

Mobiliser la motivation de la personne, c'est :

- ▶ Faire émerger chez elle une demande ou un questionnement sur sa conso
- ▶ C'est ne pas tirer vers, ne pas pousser à, mais respecter son rythme, cheminer à côté.
- ▶ C'est l'inviter à observer :
 - Les petits pas qu'il a réalisés, les valoriser.
 - Les actions de changement chez les autres afin de mobiliser sa propre motivation et s'attribuer la démarche pour soi.

- Faire évoluer la personne à travers les différents stades de motivation afin de lui permettre de changer ses consommations :
 - Pré-contemplation, le plaisir, le déni
 - Contemplation
 - Préparation
 - Action
 - Maintien
 - Rechute

De voir des changements chez les pairs, induit parfois des questionnements et amène un déclic, voire une motivation à faire une demande d'aide : c'est l'effet capillarité.

MOBILISER LE POUVOIR D'AGIR

C'est faire prendre conscience à la personne de sa capacité à agir sur des choses, à lever les freins qu'elle se met elle-même, à prioriser les actions qu'elle peut mener.

La mobilisation du pouvoir d'agir permet à chacun de se mettre en mouvement, de se valoriser, de reprendre confiance pour débiter le chemin du changement.

Nous avons utilisés auprès des fumeurs, mais aussi des professionnels des supports comme l'échelle du succès, le schéma de la zone de confort et l'échelle du processus motivationnel afin de mettre en valeur leur rôle dans la mobilisation de leur pouvoir d'agir (échelle présentée lors des bilans et au cours des temps de sensibilisation auprès des équipes).

PRENDRE EN COMPTE LES FACTEURS INSTITUTIONNELS

L'efficacité de la démarche dépend, au-delà des personnes, d'éléments institutionnels :

- La disponibilité de l'équipe, plus ou moins porteur et facilitateur, en fonction des moyens structurels, de leur réalité d'accueil du public, des contraintes de fonctionnement.
- Des réglementations, des projets d'établissements, des contrats d'admission ou des contrats de soins : par exemple sur le travail autour de l'abstinence à certains produits.
- Des situations conjoncturelles : absences de professionnels, incidents...

OUTILS CRÉÉS

OUTILS DE PRÉSENTATION DU PROJET ET SON SUIVI

- **Le powerpoint de présentation aux professionnels et partenaires.** A l'issue d'une première prise de contact avec les structures partenaires, une rencontre est proposée afin de présenter sous forme de powerpoint, le projet dans son ensemble : les constats de dé-

part, les objectifs, les modalités, les sessions expérimentales et les piliers sur lesquels reposent l'approche expérimentale d'aller vers le public fumeur en situation de précarité

- **La plaquette pour les professionnels et partenaires.** Une plaquette a été créée au début du projet pour permettre de laisser un support papier aux professionnels à l'issue de la présentation du projet. Cette plaquette reprend l'essentiel du contenu de l'approche expérimentale ainsi que nos coordonnées
- **Un tableau récapitulatif** des contacts établis et suivis qui reprend les coordonnées des structures et leur contact, les dates et échéances.
- **Un échancier** qui reprend toutes les étapes du projet dans sa construction, sa préparation, sa réalisation sur le terrain, son évaluation quantitative, son évaluation qualitative avec la collaboration du cabinet externe d'évaluation sociotopie présenté ci-dessus

OUTILS D'ACCOMPAGNEMENTS

- **Dossier de tabacologie "patient"** créé avec des critères utilisables pour l'étude ; il reprend l'âge et l'état de santé du fumeur, son rapport au tabac, sa consommation, sa dépendance avec des tests d'évaluation, ses tentatives d'arrêt, ses objectifs, sa motivation et ses freins et enfin le plan d'action et son suivi
- **Fiche de suivi "structure"**. Elle reprend la description de la structure et les coordonnées des personnes ressources, la description du public accueilli, la description de l'équipe ainsi que les éléments d'approche de la notion du tabagisme travaillés dans la structure. Elle définit les modalités d'intervention et est le support d'écriture comme "Feuille de route" à chaque date d'intervention.

OUTILS D'ANALYSE

- **Tableau de bords pour le public accompagné** : reprend les éléments du dossier "patient" ayant eu un bilan plus ou moins complet selon leur demande et leur suivi sur leur état de santé, leur situation tabagique et leur accompagnement.
- **Tableau de bords pour les professionnels et les structures** : reprend les éléments du dossier "structure"
- **Les powerpoints de présentation** de l'avancée du projet lors des comités de pilotage

OUTILS À DESTINATION DES PROFESSIONNELS

- **Rédaction d'un bilan inter-phases.** Ce bilan est rédigé avant d'être présenté en réunion d'équipe quand il est possible ; il est remis à l'équipe par mail à l'issue de ce temps et re-

prend si besoin le compte rendu de la réunion et les propositions faites.

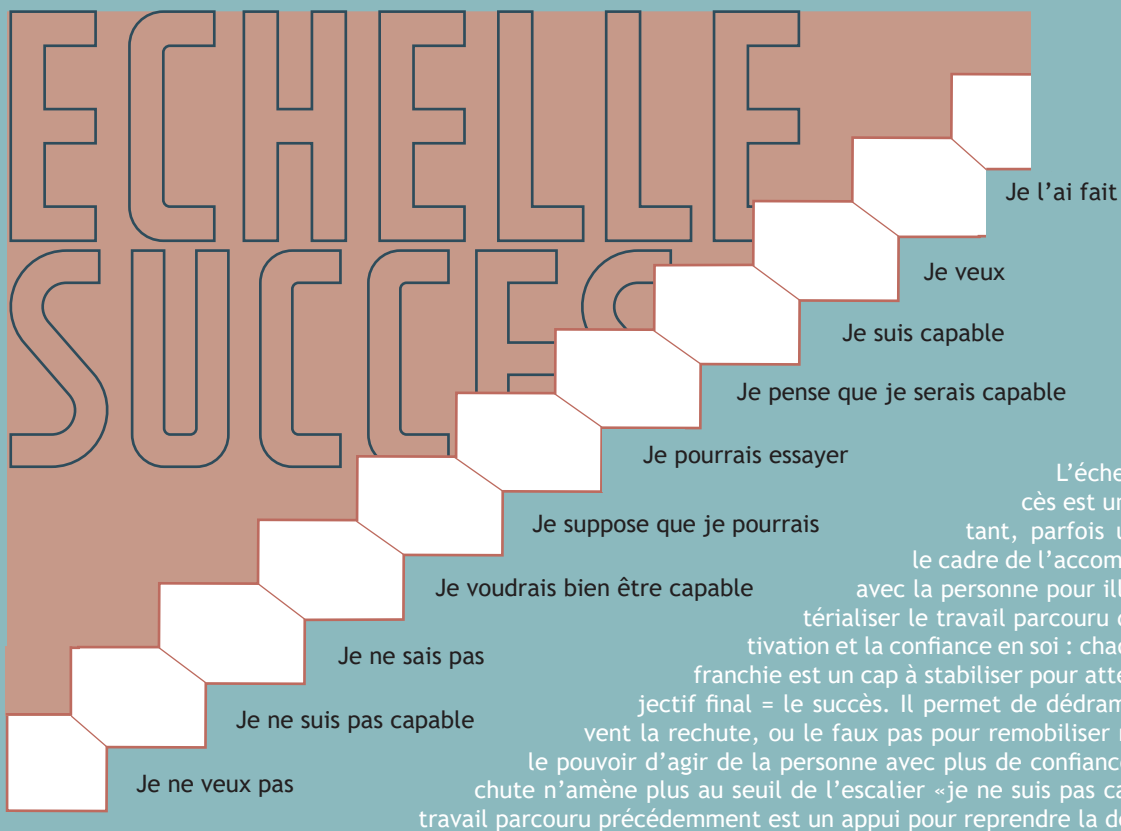
- ▶ **Le powerpoint de préparation du temps de sensibilisation** à la tabacologie ; ce support de présentation est préparé à partir de représentations, d'idées fausses afin d'échanger sur différentes notions dans un premier temps puis de poser l'information afin d'amener une culture commune. Pour exemple, on partira d'une discussion sur une idée reçue comme "la nicotine est dangereuse pour la santé" pour aborder les dangers du tabac et le rôle de la nicotine. Parmi les notions abordées on retrouve les dangers du tabac et les risques pour la santé, les goudrons, le monoxyde de carbone, la nicotine, le plaisir à fumer et la volonté du fumeur, la dépendance au tabac, le combat du stress, l'accompagnement du fumeur, la motivation, les bénéfices du changement, les freins à l'arrêt, la substitution nicotinique, la notion de craving, la cigarette électronique et quelques recommandations. Il est pertinent d'associer pendant ces temps de sensibilisation, lorsque cela est possible, des patients ayant participé à l'expérimentation comme "patients ambassadeurs", «patient experts» pour travailler la Pair Aïdance dans les structures ;
- ▶ **Le powerpoint de temps de sensibilisation à la prescription de la substitution nicotinique** à destination des éventuels prescripteurs dans les structures : on y retrouve les outils de suivi et de consultation, le test de fagerström, la mesure du CO, le test HAD pour l'évaluation du stress et de l'anxiété, la triple dépendance et son repérage, les traitements de substitution nicotinique avec les formes, les dosages, la cinétique, la prescription et son suivi.
- ▶ **Une pochette outils** remise aux équipes sensibilisées avec les documents ressources présentés lors de ce temps. Dans cette pochette on retrouve :
 - Livret RESPADD
 - Dossier consultation INPES
 - Test fagerström complet
 - Test HAD
 - Fiche évaluation du syndrome de manque
 - Liste des substituts nicotinique remboursés
 - Tableau formes tsn
 - Tableau dosages tsn en fonction de la dépendance physique
 - Copie powerpoint «substitution nicotinique»

LES EMPREINTES À DESTINATION DES STRUCTURES

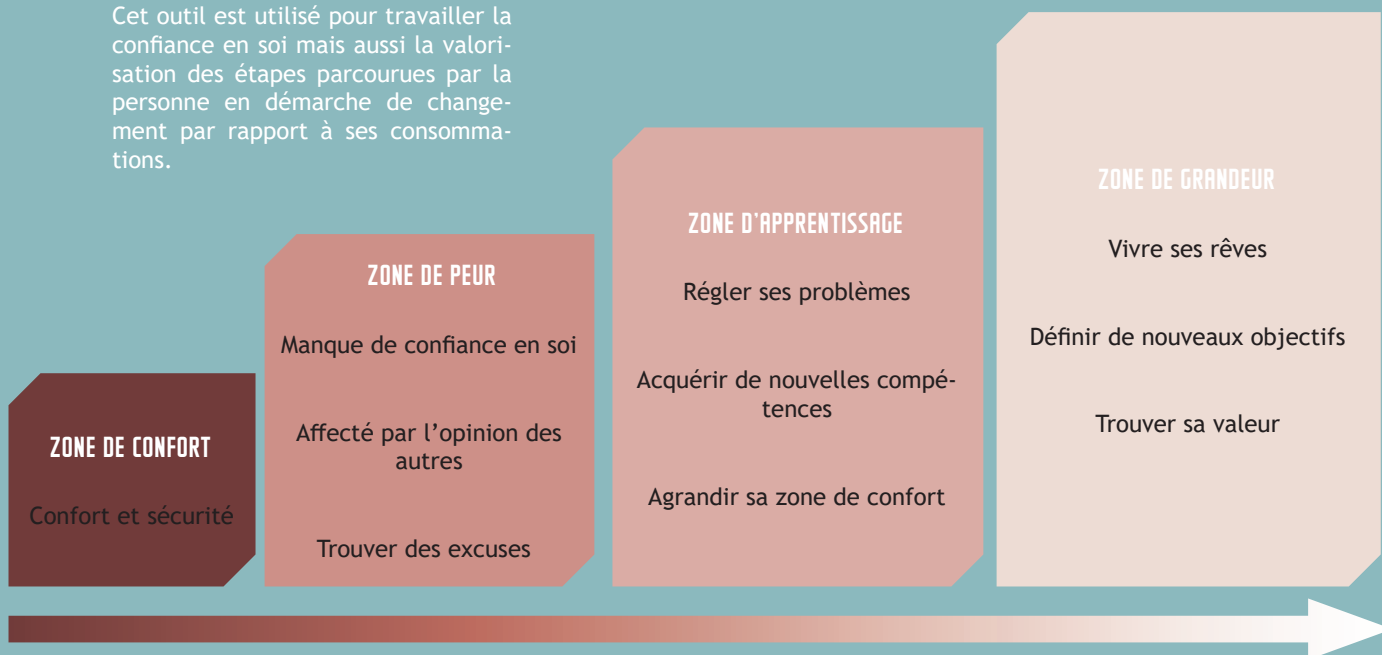
Travaillées dans le cadre du développement du pouvoir d'agir des personnes, ces outils sont détaillés dans les pages suivantes.

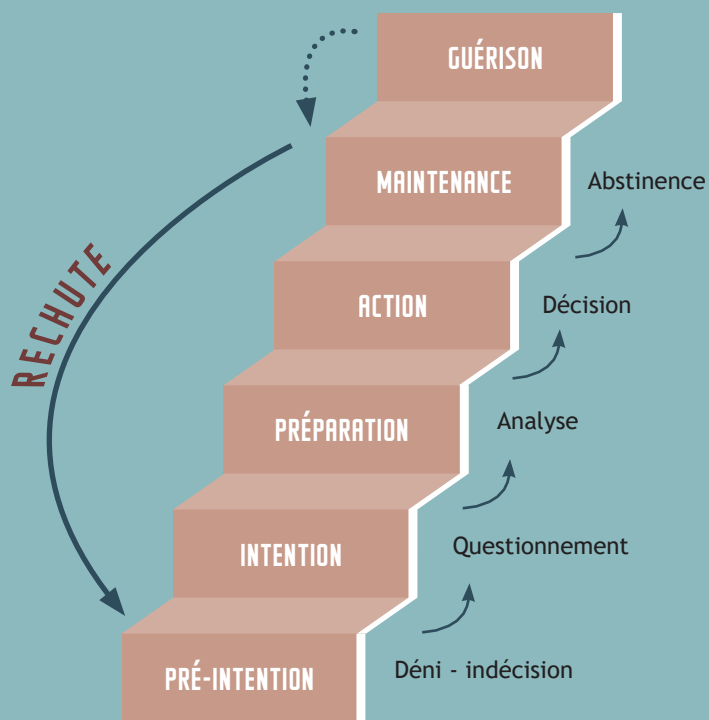
Des outils de présentation ou de préparation ont été réalisés pour certaines empreintes, par exemple un power point a été préparé pour présenter le défi NICO TEAM au CHRS VISA ainsi que les outils du défi en lui-même : étiquettes, fiches, affiches...

EXEMPLES DE SUPPORTS UTILISÉS ET ILLUSTRANT LA TRAJECTOIRE DU FUMEUR

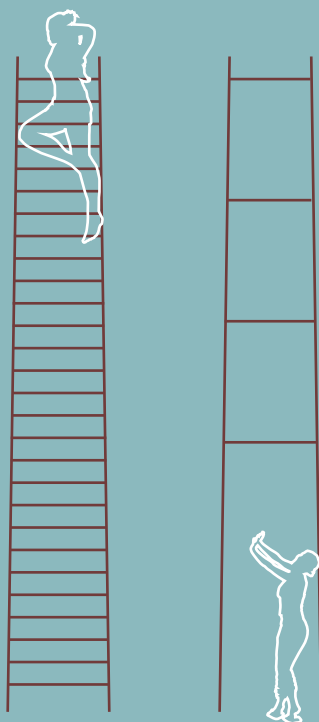


Cet outil est utilisé pour travailler la confiance en soi mais aussi la valorisation des étapes parcourues par la personne en démarche de changement par rapport à ses consommations.





Cet outil existant est utilisé avec les personnes accompagnées et les professionnels, pour montrer que la motivation vers une démarche de changement est un parcours progressif à travailler avec la personne concernée, que c'est le travail de tous. Il nous permet également de travailler la rechute avec le fumeur.



L'IMPORTANCE DES PETITS PAS

L'importance des petits pas est une image utilisée pour travailler les objectifs à atteindre : elle permet d'illustrer l'intention de fixer des petits objectifs réalisables pour atteindre par paliers un objectif final et éviter le découragement et le statu quo.

LES EMPREINTES

Le travail d'empreinte réalisé au sein de certaines structures a vu le jour au gré des interventions et, s'il n'était pas prévu dans le projet initial, a suscité beaucoup d'intérêt tant pour les équipes que pour les personnes accueillies. L'idée de cette empreinte a fait suite à une interrogation commune de laisser une trace de ce passage et de transmettre l'intérêt d'évoquer la question du tabac en partant des représentations de chacun, que ce soit autour de la notion de dépendance ou de plaisir à fumer. Ce travail co-construit avec les équipes et les personnes accueillies en fonction des réalités de chacun a servi de travail de dénormalisation, pour aborder cette question de façon ouverte et sans préjugés, de questionner les consommations de chacun, personnes accueillies et professionnels. Il s'agissait au sein des différentes structures de former des groupes de pairs et associés (travail de pair-aidance) pour réaliser un travail commun, de réflexion et de création pour que chacun s'approprie la problématique et puisse en échanger. C'est dans ce contexte d'échange et de création d'un support artistique que chacun a pu s'investir selon ses possibilités et ses envies.

Une "Empreinte" est proposée aux équipes afin de laisser une trace dans leur structure de ce travail de Dénormalisation du tabagisme, ce travail de questionnement autour de cette consommation. Ce temps est dans l'idéal, l'occasion de réunir usagers et professionnels fumeurs et non fumeurs autour de cette question et de créer une empreinte qui restera dans la structure. L'objectif est que ce travail ne tombe pas dans l'oubli à la fin de cette expérimentation.

8 structures ont réalisé leur empreinte, ce travail n'était pas prédéfini et plaqué de façon stricte, mais au contraire réfléchi en fonction des compétences et capacités puisées dans chaque groupe (écrit, défi, peinture, photo-message, support vidéo...).

PENSION DE FAMILLE CAPINGHEM

Structure : Abej SOLIDARITÉ

Participants :

- Résidents : Agnès, Jean-Alain, pascal, Rudy
- Professionnels : Vanessa, Béatrice, marine

Date de réalisation : mardi 23 février 2021

Temps dédié et prévu : matinée qui n'a pas suffi à terminer le tableau ; une seconde séance sera programmée prochainement pour associer les écrits au tableau

Idée de départ :

Faire un tableau sur la liberté : la liberté retrouvée en sortant de la dépendance tabac, la liberté sans cigarette, sortir de ce besoin...

- Agnès se propose de dessiner un oiseau en cage

ouverte,

- Impression d'images qui inspirent la liberté...
- Puis Jean Alain s'exprime verbalement, Agnès et pascal se mettent à écrire spontanément...

PENSION DE FAMILLE LA MADELEINE

Structure : Abej SOLIDARITÉ

Participants :

- Résidents : Maurice, Mylène, pascal
- Professionnelles : Mylène et Patricia

Date de réalisation : mardi 9 février 2021

Temps dédié et prévu : matinée

Idée de départ :

Partir d'un arbre avec des racines symboles des habitudes que le fumeur a et sur lesquelles il s'appuie

L'arbre de vie qui évolue avec le temps, sur un chemin qui représente le chemin du changement, vers une amélioration ;

Messages à écrire ou mots, idées plutôt négatives sur un côté de l'arbre et idées positives, de récupération, d'amélioration de l'autre côté de l'arbre.

Idée de l'arbre à empreintes sur lequel chaque personne concernée peut y apposer son empreinte de couleur.

LHSS LAM LES GLYCINES

Structure : Abej SOLIDARITÉ

Participants :

- Résidents : Blandine, Laurent, Pascal, Hervé, Jean-Philippe, Jonathan
- Professionnels : Michèle (fumeuse sevrée), Agathe (fumeuse en questionnement), Sandra (non fumeuse mais exposée au tabagisme passif)

Date de réalisation : jeudi 8/04/21

Temps dédié et prévu : une matinée (insuffisante)

Temps reprogrammé la semaine suivante

Idée de départ : affiche ou pêle mêle avec photos messages autour des représentations du tabagisme de façon individuelle

Chaque personne était invitée à réfléchir à un message qui a été imprimé

PENSION DE FAMILLE TOURCOING

Structure : Abej SOLIDARITÉ

Participants :

- Résidents : Marie-Noelle, Rachid, Sadak, Ahmed, Ahid, Rudy, Michel, Fabrice, Karim
- Professionnels : Anne-Caroline, pierre

Date de réalisation : mardi 16 février 2021

Temps dédié et prévu : matinée

Idée de départ :

Un visage qui souffle sur une fleur de pissenlit avec envolée de messages autour de la dépendance au tabac et des bienfaits de la réduction ou de l'arrêt

Messages choisis avec une note positive de préférence

PENSION DE FAMILLE MARTIN LUTHER KING

Structure : Abej SOLIDARITÉ

Participants : 5 résidents

Date de réalisation : 2^e phase expérimentation

Temps dédié et prévu : une matinée

Idée de départ :

Réalisation d'un tableau en 2 temps :

- ▶ Un atelier d'écriture avec un usager musicien, qui pense à mettre en musique le début du poème qu'il a écrit par rapport au lien qui le tient avec la cigarette et qu'il aimerait briser.
- ▶ Un temps d'échange avec les usagers accompagnés dans le cadre de l'expérimentation avec photos des participants qui s'associent à ce tableau

Mise en forme et impression de l'affiche pour la pension de famille

CARRUD POINT DE REPÈRE

Structure : abej solidarité

Participants : 1 professionnels

Date de réalisation : novembre 2021

Temps dédié et prévu : une matinée

Idée de départ :

Réaliser un écrit sur la liberté du fumeur

Cette idée fait suite à différentes discussions avec plusieurs membres de l'équipe, sur la place de la cigarette dans le contexte de vie des personnes accueillies mais aussi auprès des professionnels ; discussions multiples sur la dénormalisation de la cigarette ; discussions sur la légitimité de parler de ce produit auprès de personnes à la rue, sans papiers, sans droits, ...

Discussions sur les droits et devoirs de chacun et la liberté de garder ce produit licite, sans conséquences pour les autres (pas d'état d'ivresse, pas de changement de comportement sous emprise de ce produit) et au final sur la liberté de fumer .

Ecrit réalisé et finalisé avec un éducateur et présenté à l'équipe en réunion de bilan en déc 2021

ARMÉE DU SALUT

Structure : Armée du Salut

Participants :

- Résidents : 11 résidents (Suliman, Yaya, Pierre-Elie, Jean-claude, Thibaut, Habib, Virgil, Mickaël, Robert, Sébastien) = 1 non-fumeur, 1 ex-fumeur, 2 vapo-fumeurs, 7 fumeurs
- Professionnels : virginie (animatrice)

Date de réalisation : 2 mars 2022

Temps dédié et prévu :

En 2 temps : - travail de réflexion de groupe autour de la problématique tabac sous forme d'un brainstorming avec d'un côté des messages négatifs autour de leur tabagisme, et de l'autre des messages positifs

Idée de départ :

Réaliser 2 tableaux à accrocher dans les lieux communs, l'un sur fond noir avec des messages colorés et l'autre sur fond coloré avec des messages sombres

Photos tableaux

VISA - LA FERME DES PETITES HAIES

Structure : VISA - «la ferme des petites haies»

Participants :

- Résidents : 13 résidents (Jacques, Yves, Daniel, Jérôme, Thierry, Christian, Didier, Jean, Mickaël, Grégory, Gérard, Kevin et Vincent)
- Professionnels : Pierre

Date de réalisation : février 2022

Temps dédié et prévu : présentation faite en salle à manger pour préparer les outils et lancer le défi

(Suite annulée pour covid)

Idée de départ : réaliser un défi collectif porté par un éducateur du CHRS qui décide de lancer un élan avec les résidents vers un changement de son rapport avec le tabac et ses consommations. La présentation du Défi collectif s'est faite en collectif avec la distribution des outils individuels pour que chacun puisse cibler ses objectifs.

DONNÉES
PUBLIC



QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

Le public touché par cette expérimentation a été principalement un public masculin de plus de 40 ans avec des consommations de tabac anciennes et importantes.

Le type d'accueil dans les structures et le temps d'expérimentation ont influé sur l'accompagnement des personnes :

- ▶ **En accueil de jour**, la temporalité pour le public vivant souvent à la rue est difficile. Des personnes ont souhaité entrer dans le cadre d'une démarche de changement, sont entrées dans le bilan avec une action dès le départ (soit une orientation, un essai de traitement de substitution orale, une prescription, une approche autour de la vape....) mais n'ont pas été forcément revues du fait de cette temporalité différente
- ▶ **Dans les pensions de familles**, le temps d'expérimentation long et l'hébergement stable ont permis de revoir les personnes très souvent et presque à chaque passage pour certains ; Ceci a pu être vérifié également dans les LHSS et LAM avec des sessions expérimentales hebdomadaires même en seconde phase d'expérimentation où les sessions deviennent mensuelles.

Faire un bilan de tabacologie avec un fumeur en travaillant la non demande n'est possible que lorsque la personne est déjà en questionnement ; mais il sera bien trop tôt et le restera quand tout le travail motivationnel est à faire et il faut du temps ; c'est le cas chez les jeunes usagers par exemple ou les fumeurs sensibles à l'écoute qu'on leur accorde mais pas encore dans un processus de remise en question de leur dépendance au tabac. Ce bilan, parfois prématuré, ne restera pas inutile et permettra souvent une prise de conscience et l'amorce d'une mobilisation du pouvoir d'agir du fumeur qui accepte de faire ce point de bilan de départ. C'est l'idée de "semmer une première graine".

LA SANTÉ

Ces résultats s'appuient uniquement sur le déclaratif des personnes rencontrées et sont souvent minimisés. L'objectif de cette étude n'est pas de recenser précisément l'état de santé des fumeurs rencontrés mais de se concentrer sur ce qu'ils veulent bien nous livrer, ce qui est important pour eux et partir de leur «plainte».

Ce public fumeur reconnaît assez facilement les effets néfastes du tabac sur leur état de santé et affirme avoir des problématiques en lien avec leur tabagisme : toux, essoufflement, difficultés à l'effort physique... Mais ils font difficilement le lien avec les autres facteurs de risques cardio-vasculaires comme le diabète, l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie, qui peuvent aggraver leur état de santé. Les problématiques de santé pourtant évidentes et visibles, sont parfois peu connues ou reconnues et très souvent minimisées comme celles liées au surpoids et à la sédentarité.

Ils sont peu suivis pour les pathologies à risques pour le fumeur comme la BPCO, l'emphysème, le risque de cancer en lien également avec d'autres consommations (alcool, produits illicites).

Lorsque la relation de confiance est établie, en se basant sur l'écoute bienveillante et le respect de leurs connaissances, la personne aborde simplement les thérapeutiques suivies liées à d'autres problématiques de santé. Les traitements en cours nous précisent également le profil des personnes rencontrées en addictologie ou en psychiatrie où la place de la cigarette est très importante.

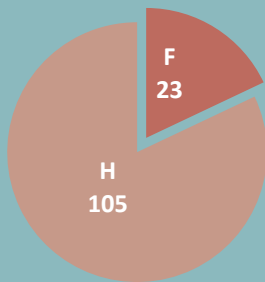
Il en est de même pour aborder la consommation d'autres produits : parler de la cigarette est souvent la porte d'entrée pour parler des consommations associées. Il sera très facile d'aborder la consommation d'alcool au même titre que la consommation du café comme produit associé : «café-clope, café-bière».

Aborder la question des produits illicites est aussi facile car la cigarette a souvent également une place en association avec ce produit; La question de la prise en charge de la dépendance et son accompagnement arrive naturellement en second temps et des demandes peuvent émerger.

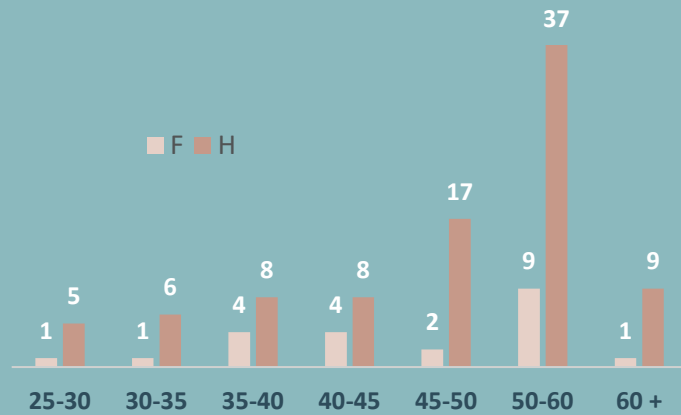
Parler du tabac peut donc être facilitateur pour aborder d'autres prises en charge et travailler une orientation (en csapa, en cjc...)

QUELQUES CARACTÉRISTIQUES

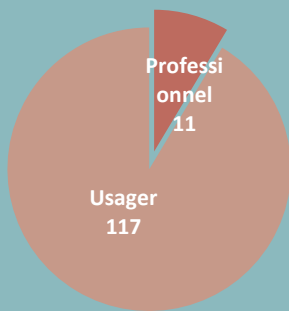
Sexe



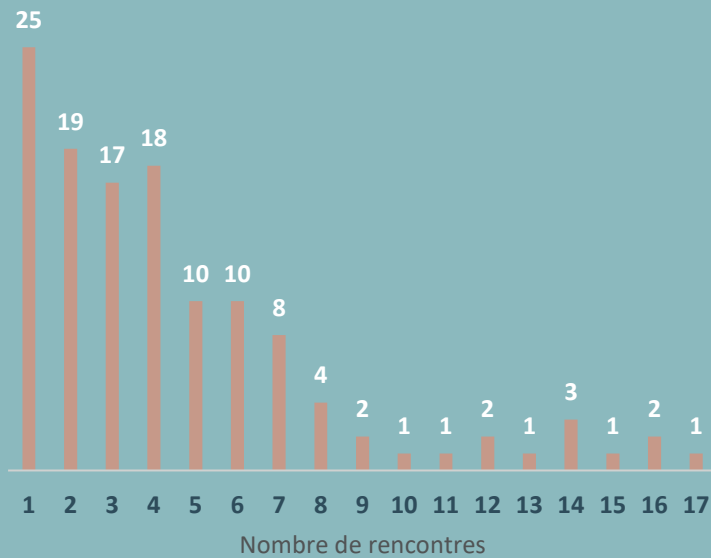
Sexe et Age



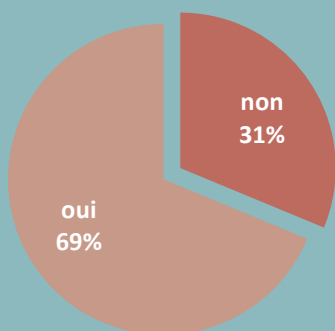
Statut des personnes



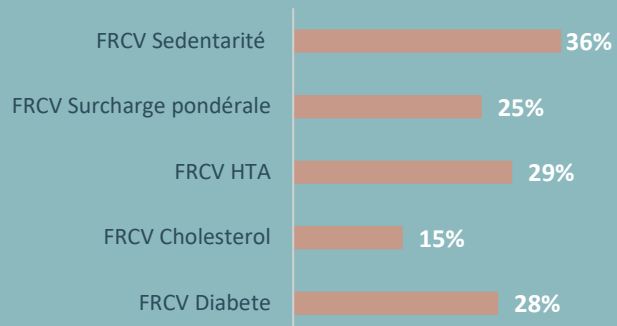
Nombre de personnes par nombre de rencontres



Avez vous des prob de santé ?

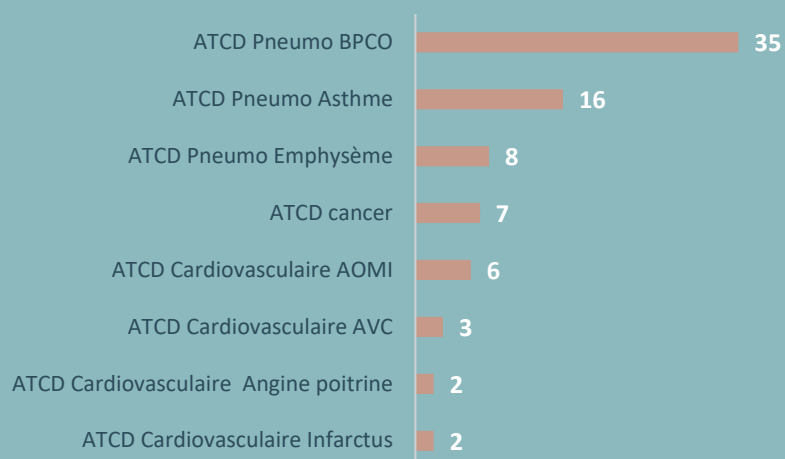


Des facteurs de risques cardio vasculaires ?

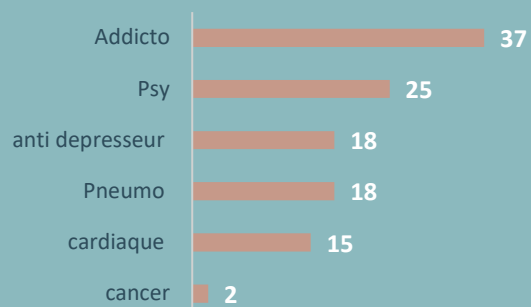


LA SANTÉ

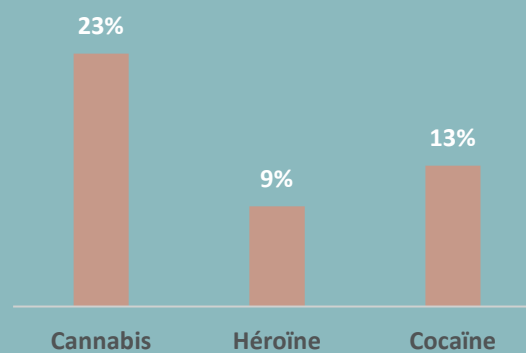
Antécédents médicaux



Traitements en cours

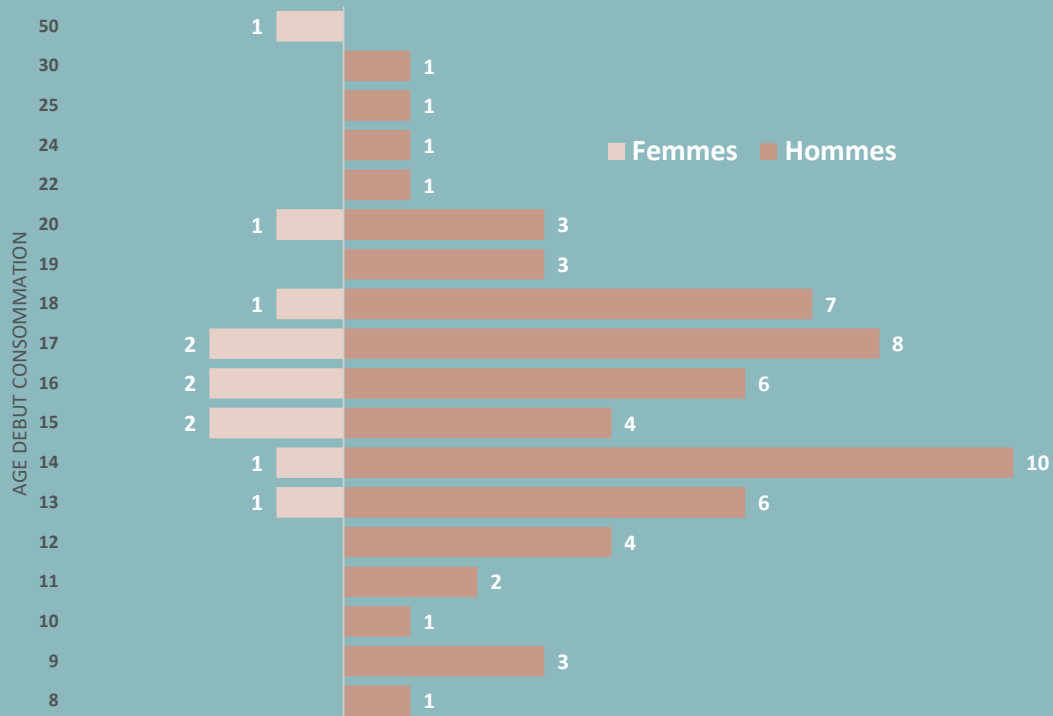


Produits illicites consommés



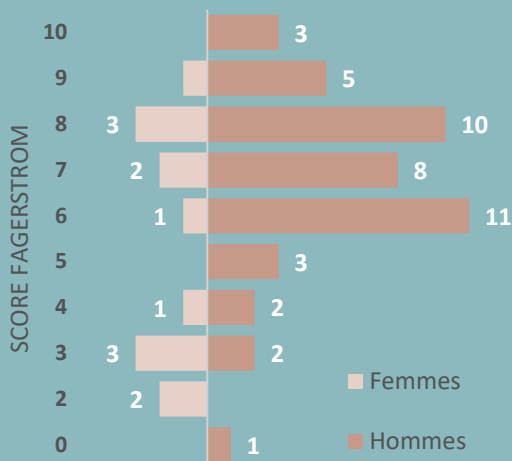
LE TABAC

Age de début de consommation selon le sexe



L'âge d'entrée dans le tabac est plus précoce chez les hommes : à partir de 8 ans par rapport à 13 ans chez les femmes. Les fumeurs en situation de précarité suivent souvent le modèle familial où la norme est pro-tabagique (avant même le départ à l'armée pour les plus anciens).

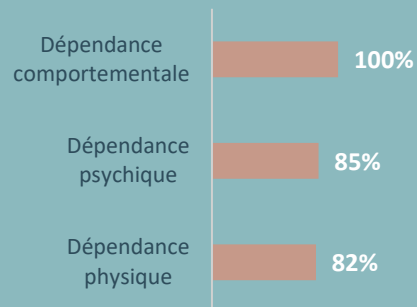
Score de Fagerström selon le sexe



La majorité des personnes a un test de Fagerström supérieur à 6, témoin d'une consommation de tabac quotidienne et d'une forte dépendance physique à la nicotine.

La totalité des personnes présente une dépendance comportementale qui témoigne ici de l'importance de la place de la cigarette dans la vie de tous les jours, dans certaines circonstances (convivialité...), dans cer-

Dépendance observée



tains environnements (à l'arrêt de bus...), en association avec le café, le verre d'alcool...

On n'accompagne pas de la même manière un fumeur qui fume nerveusement deux paquets par jour en allumant sa première cigarette dès le réveil, que celui qui fume sa première cigarette tranquillement à 10 heures du matin et sera satisfait avec 10 cigarettes par jour. Il n'y a pas qu'un seul type de fumeurs et donc qu'une

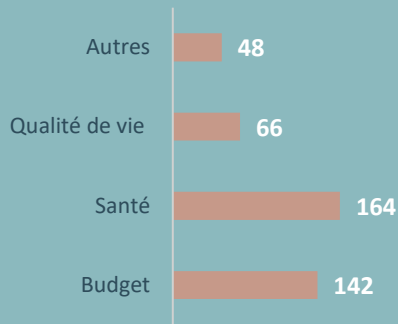
seule méthode pour arrêter de fumer. Le sevrage doit être adapté à chacun. La compréhension de la dépendance et du rapport au tabac relève d'un accompagnement individuel.

Il faut analyser, décortiquer avec le fumeur, sa dépendance physique, comportementale et psychologique et lui renvoyer en miroir pour qu'il puisse prendre

conscience et s'approprier sa propre démarche de changement.

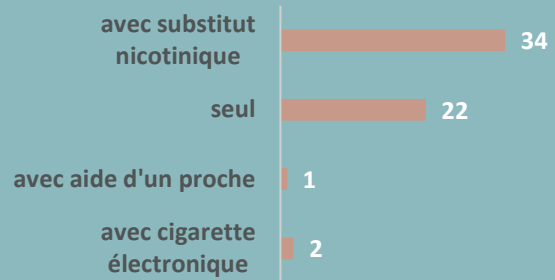
Il ne s'agit donc pas là uniquement de prescrire un traitement pour l'arrêt du tabac comme injonction pour une quelconque problématique mais d'un accompagnement d'une personne fumeuse dans sa singularité avec ses propres objectifs en mobilisant ses ressources personnelles.

Le tabac me cause des problèmes sur



Même si la prise de conscience n'est pas suffisante pour amener au sevrage tabagique, la santé est l'élément principal déclencheur vers une démarche de changement des consommations suivi du budget. On sait d'ailleurs que la majorité des fumeurs a au moins une fois tenté le sevrage pour ces mêmes raisons, mais ont échoué. La qualité de vie semble secondaire sauf quand un changement de vie se présente à l'utilisateur : attribution de son logement, mise en couple, rencontre d'un nouveau partenaire, annonce d'un heureux événement à venir.

Tentatives d'arrêt



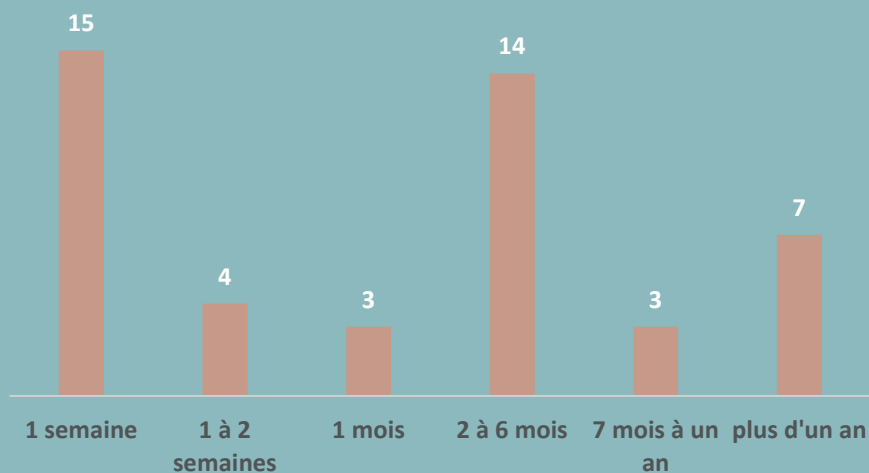
77% des personnes ont tenté d'arrêter leur consommation de tabac au moins une fois.

Cette tentative a souvent démarré avec l'aide d'un traitement de substitution nicotinique lors d'une hospitalisation ou avec le médecin traitant. Les fumeurs ont majoritairement tenté seuls un arrêt du tabac.

Dernières tentatives d'arrêt depuis

84% de personnes ont repris leur consommation dans un contexte négatif, 16% dans un contexte positif.

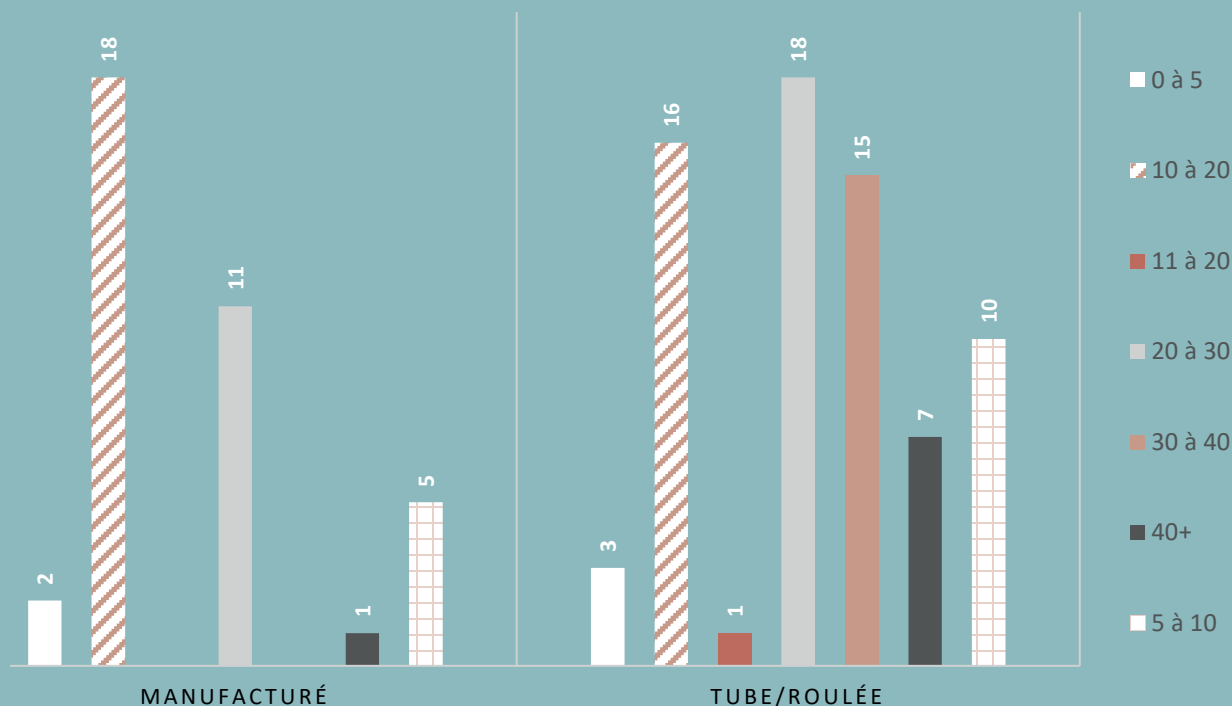
Aborder les tentatives d'arrêt du fumeur permet de valoriser le fumeur et s'appuyer sur son pouvoir d'agir qui a déjà fait ses preuves. Faire le point sur les moyens mis en œuvre et les pièges permettent de mettre en confiance le fumeur qui se connaît mieux. On sait qu'il faut souvent plusieurs tentatives pour parvenir à un sevrage définitif. L'analyse des circonstances de reprise



permet d'identifier les pièges à anticiper et de prendre conscience qu'un fumeur qui arrête sa consommation ne sera jamais un non fumeur mais un ex-fumeur : précarité, stress, solitude, ennui, insécurité, exclusion sont des circonstances favorisant la reprise.

A l'inverse, la convivialité, la consommation ou la reconsumation d'alcool, les retrouvailles, les moments festifs peuvent être aussi des facteurs déclenchant la reprise de la consommation dans un contexte vécu comme positif.

Quantités et formes de tabac consommé

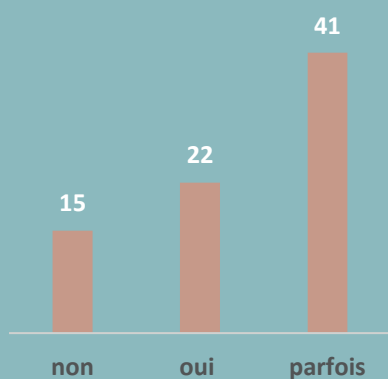


Le type de tabac consommé dépend, la plupart du temps, des quantités consommées. Cette différence se marque à partir d'une consommation quotidienne supérieure à 20 cigarettes par jour, soit un paquet de cigarettes manufacturées. L'augmentation du prix du paquet a favorisé la consommation de tubes et de roulées. La vente de tabac en vrac à moindre prix en Belgique (proximité immédiate) a privilégié la bascule vers ce produit et la poursuite des consommations de tabac au détriment de la diminution ou de l'arrêt.

Des fumeurs en grande précarité ont réduit leur consommation contraints par manque d'argent.

Des personnes qui gèrent leurs consommations sans faire appel à la générosité des autres (faire la manche, taxer les autres consommateurs...) achètent leurs cigarettes à l'unité dans de petites boutiques type épiceries (des usagers ont évoqué le prix des cigarettes à 50 centimes l'unité).

Plaisir à fumer



A la question "avez-vous encore du plaisir à fumer ?", seul 28% des personnes répondent "oui". Elles éprouvent un plaisir :

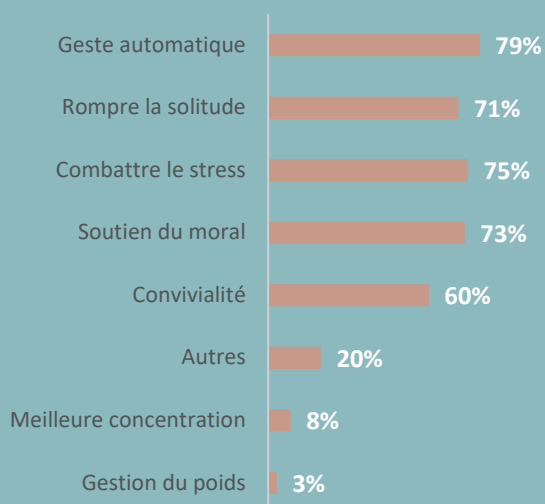
- ▶ De voir cette fumée, un plaisir de l'odeur, du goût, de la sensation, du geste, du plaisir à la faire, elle peut être une compagne de vie, une présence, un apaisement, une aide à affronter la réalité du quotidien...
- ▶ Se situe souvent autour de quelques cigarettes, la première, celle après le café, après le repas, à la pause, avant le coucher...

Le plaisir à fumer est souvent présent mais restreint. Nous constatons parmi les personnes accompagnées que plus le fumeur avance en âge, moins il éprouve de plaisir en fumant.

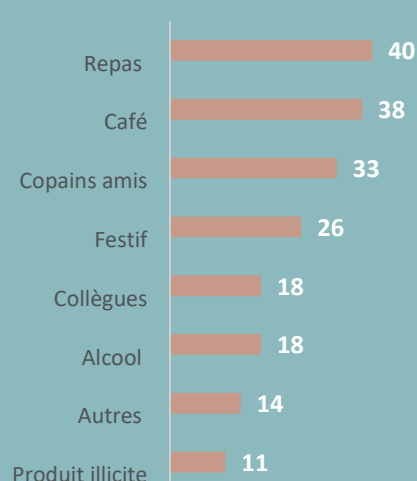
A contrario, pour les autres fumeurs, fumer est une corvée, une perte de liberté, un besoin plus qu'un plaisir, une habitude, un dégoût, une peur de la maladie, un cauchemar, une culpabilité, une triste réalité, un vice, une lutte car c'est une compagne du verre d'alcool, une prison, une perte d'argent incontrôlable, un boulet, une gêne respiratoire. Cette notion de plaisir est très importante et doit être considérée comme un élément clé dans la réussite de l'accompagnement personnalisé.

Nous pouvons tout à fait aborder cette question du plaisir avec le fumeur dépendant qui est souvent bien loin du plaisir à chaque cigarette. Ainsi accompagner au sein de la dépendance, les consommations plaisir, la dégustation, en opposition aux cigarettes automatiques, sans plaisir, permet une adhésion et une motivation du fumeur à trouver un sens à la gestion de ses consommations.

Pourquoi la personne fume ?



Association Tabac et...



On remarque facilement que la cigarette est l'outil qui accompagne le fumeur dans sa situation de précarité, fragile, isolé, en détresse avec peu de perspectives d'avenir mais focalisé sur la réalité du présent ; elle est donc très présente pour rompre la solitude, c'est une compagne de vie, une présence, elle est présente pour soulager le stress dans les représentations de la majorité des fumeurs et elle est un pilier également pour soutenir le moral dans ce contexte de vie.

Cette cigarette est aussi très majoritairement automatique, elle fait partie de l'organisation de la vie de tous les jours et est présente partout (dans la poche, sur la table devant la télévision, sur la table de nuit, dans la cuisine...), pas besoin de la chercher, il est même souvent difficile de quantifier la consommation journalière qui est régulièrement sous évaluée.

Elle arrive en association avec d'autres produits (sous évaluation avec l'alcool car produit qui fait souvent l'objet d'un sevrage dans les structures d'accueil de l'expérimentation), en association avec les repas, les rencontres, les moments conviviaux et bien sûr les autres consommations.

Selon, Patrick Peretti-Watel, dans son enquête "La cigarette du pauvre"¹ La précarité induit un stress qui incite à fumer. La cigarette devient un remède indispensable pour le combattre. Certains travaux suggèrent que pour des fumeurs en situation de grande précarité,

la cigarette peut être considérée comme un produit de première nécessité, car elle seule permet de tenir le coup.

Pour mieux comprendre le tabagisme en milieu précaire, il faut le considérer comme une pratique sociale, une activité porteuse de sens et créatrice de lien social, dont les règles, les gestes, les contextes d'usage et les significations ont fait l'objet d'un apprentissage.

La stratégie préventive qui présente le tabagisme comme une pratique «anormale», incite à considérer les fumeurs comme déviants, à les exclure davantage. Pourtant, les fumeurs n'ignorent pas les messages préventifs ni même la stigmatisation qui y est associée. Cela ne les empêche pas de justifier leur pratique en avançant certains arguments rhétoriques : le scepticisme face aux experts ou aux médias (plus présent chez les précaires), l'association du risque aux gros fumeurs plutôt qu'à soi-même, la revendication de sa propre maîtrise du risque, sa relativisation (argument surtout cité par les plus pauvres), le caractère liberticide de la lutte anti-tabac...

¹ «La cigarette du pauvre». Enquête auprès des fumeurs en situation précaire par Patrick Peretti-Watel. 2012

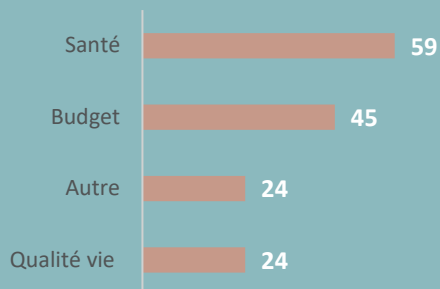


EFFETS

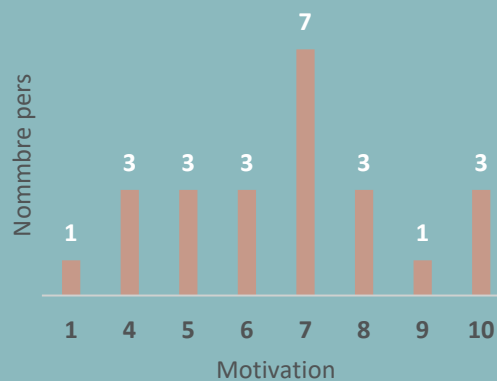


EFFETS POUR LES PERSONNES

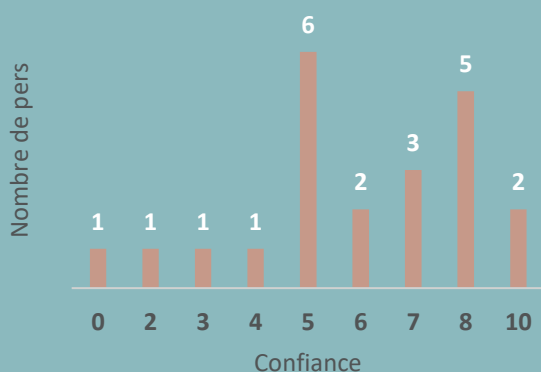
Motivation a changer pour...



Échelle de motivation

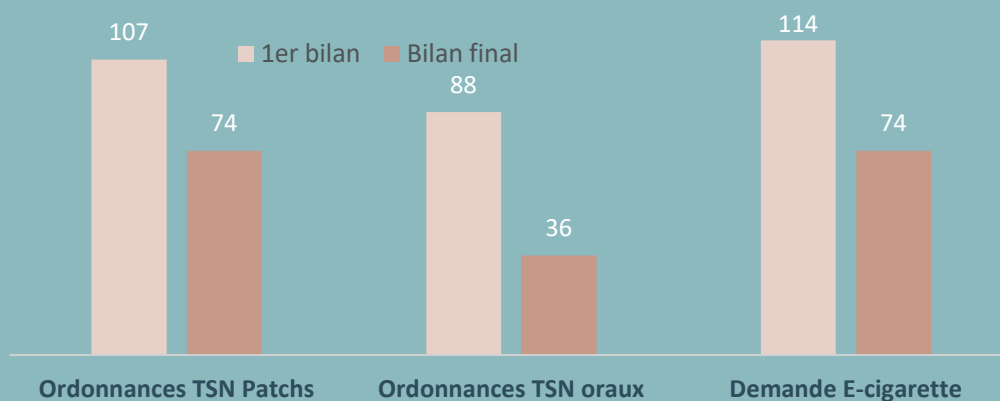


Confiance en soi (pour arrêter)



Il est difficile d'aborder la question de la motivation et de la confiance en soi en général ; pourtant en abordant la question du tabac de façon informelle, sans injonction et en ayant établi une relation de confiance et seraine, ces éléments peuvent prendre toute leur place pour certaines personnes. On remarque que l'avancée en âge et l'arrivée des problèmes de santé associés à l'augmentation du prix du tabac sont des éléments qui peuvent mobiliser la motivation au changement. S'intéresser à l'amélioration de la plainte d'un symptôme au regard d'une pathologie, diagnostiquée ou non, peut être un premier facteur de motivation intrinsèque important. La proposition d'un soutien, d'un accompagnement permet d'élever le niveau de la motivation et la confiance en soi pour atteindre un objectif final qui peut se jaloner de petits objectifs intermédiaires plus facilement atteignables (importance des «petits pas»).

Ordonnances TSN, demande de E-cigarettes



Contrairement au constat de départ que les fumeurs en situation de précarité considèrent la motivation comme le seul élément-clé de la tentative d'arrêt, qu'ils estiment souvent dangereux les traitements pharmacologiques de l'aide à l'arrêt du tabac et doutent de leur efficacité, nous remarquons qu'ils acceptent volontiers et de façon spontanée, une aide médicamenteuse dans le cadre de cet accompagnement adapté à leur questionnement et leur réalité.

Le vapotage

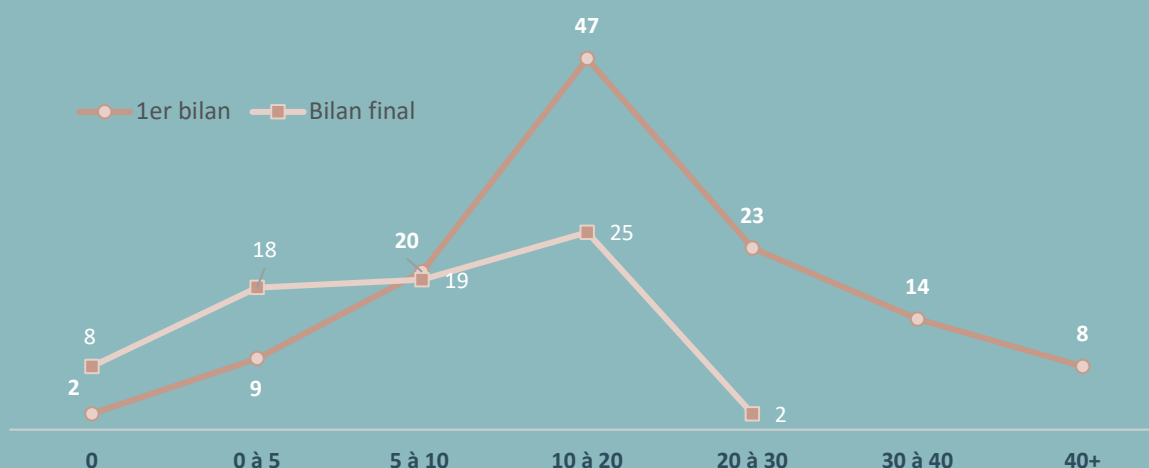
Le vapotage semble susciter l'intérêt de nombreux fumeurs comme outil de réduction des risques mais aussi pour se substituer à la consommation de tabac classique induit par leurs habitudes de vie, notamment l'ennui, la solitude, le plaisir du geste...

Au cours de l'expérimentation, lorsqu'une demande s'est présentée, l'accès à la «vapote» a pu être facilité grâce au partenariat que nous avons avec la Vape du cœur qui rend la vape accessible gratuitement à ceux

qui en sont le plus éloignés. La Vape du Cœur est une association d'aide à l'accès ou au maintien à l'e-cigarette. Dans certaines structures, la mise à disposition d'e-cigarettes a connu des limites et nécessité que l'on s'adapte : en effet l'e-cigarette a pu parfois être un outil supplémentaire de troc ou d'échanges pour répondre à d'autres besoins de consommations, chantage....

Le recours au vapotage est un outil rendu accessible au public rencontré pour travailler de façon individuelle la notion de plaisir, le budget, la réduction des risques....

Évolution consommation quotidienne/nbre de personne



A chaque rendez-vous individuel, nous questionnons l'évolution des consommations. Nous enregistrons la situation initiale du fumeur et ses consommations de départ, puis la consommation au dernier RDV. Le graphique, issu de l'ensemble des données, montre un décalage de la courbe des consommations quotidiennes vers la diminution entre le 1er bilan et le bilan final, avec :

- ▶ 6 non fumeurs supplémentaires au bilan final,
- ▶ La courbe du bilan final des fumeurs de moins de 10 cigarettes a dépassé celle du bilan initial,
- ▶ Les fumeurs de plus de 20 cigarettes ont diminué de moitié,
- ▶ On ne retrouve plus de fumeurs de plus de 30 cigarettes

AVANTAGES :

Au-delà de dénormaliser la consommation de tabac auprès des fumeurs, des professionnels et des structures sans pour autant réaliser des consultations d'aide au sevrage tabagique, on note une réelle diminution des consommations chez les personnes rencontrées dans le cadre de cette approche expérimentale.

Ces personnes, qui ne se seraient pas rendues en consultation de tabacologie et qui n'avaient aucune demande, ont, à différents niveaux, changé et adapté leur comportement avec ce produit par une prise de conscience et une analyse de leur plaisir, bénéfices, risques. L'identification de leurs problématiques, santé, budget avec des propositions d'aides simples et accessibles ont été aussi des éléments déclencheurs pour une décision de changement. L'absence d'obligation de résultats, de pression dans le cadre de rendez-vous de

consultation sur l'extérieur et la possibilité d'accès au traitement de substitution nicotinique ont eu un effet boule de neige sur la mobilisation de fumeurs.

Les fumeurs qui avaient déjà tenté le sevrage à plusieurs reprises, ont eu tendance à se re-mobiliser autrement. Les fumeurs tentés par le changement de leurs consommations à moindre risques ont pu s'essayer au vapotage par l'accès facilité du matériel grâce à la Vape du Cœur. Les gros fumeurs ont eu tendance à réduire leurs quantités en analysant de plus près leur plaisir et leurs besoins.

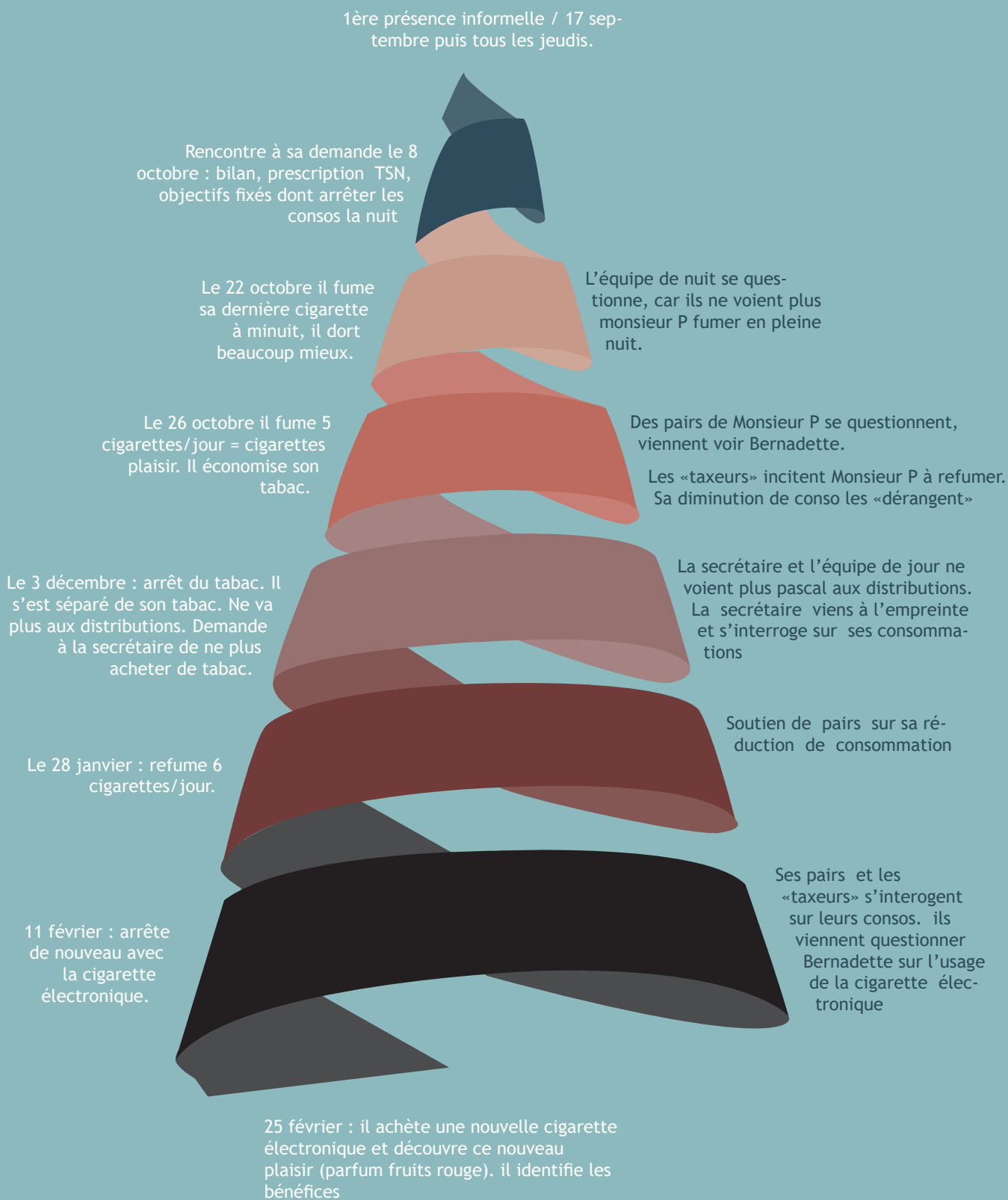
LIMITES :

L'accompagnement des fumeurs rencontrés dans le cadre d'une structure d'accueil de jour a rendu parfois difficile, voire impossible de revoir cette personne. En effet le contexte de vie en instabilité totale par le manque de sécurité, la vie à la rue ; la problématique de la temporalité, ne nous ont pas permis de refaire le point sur l'évolution de leurs consommations.

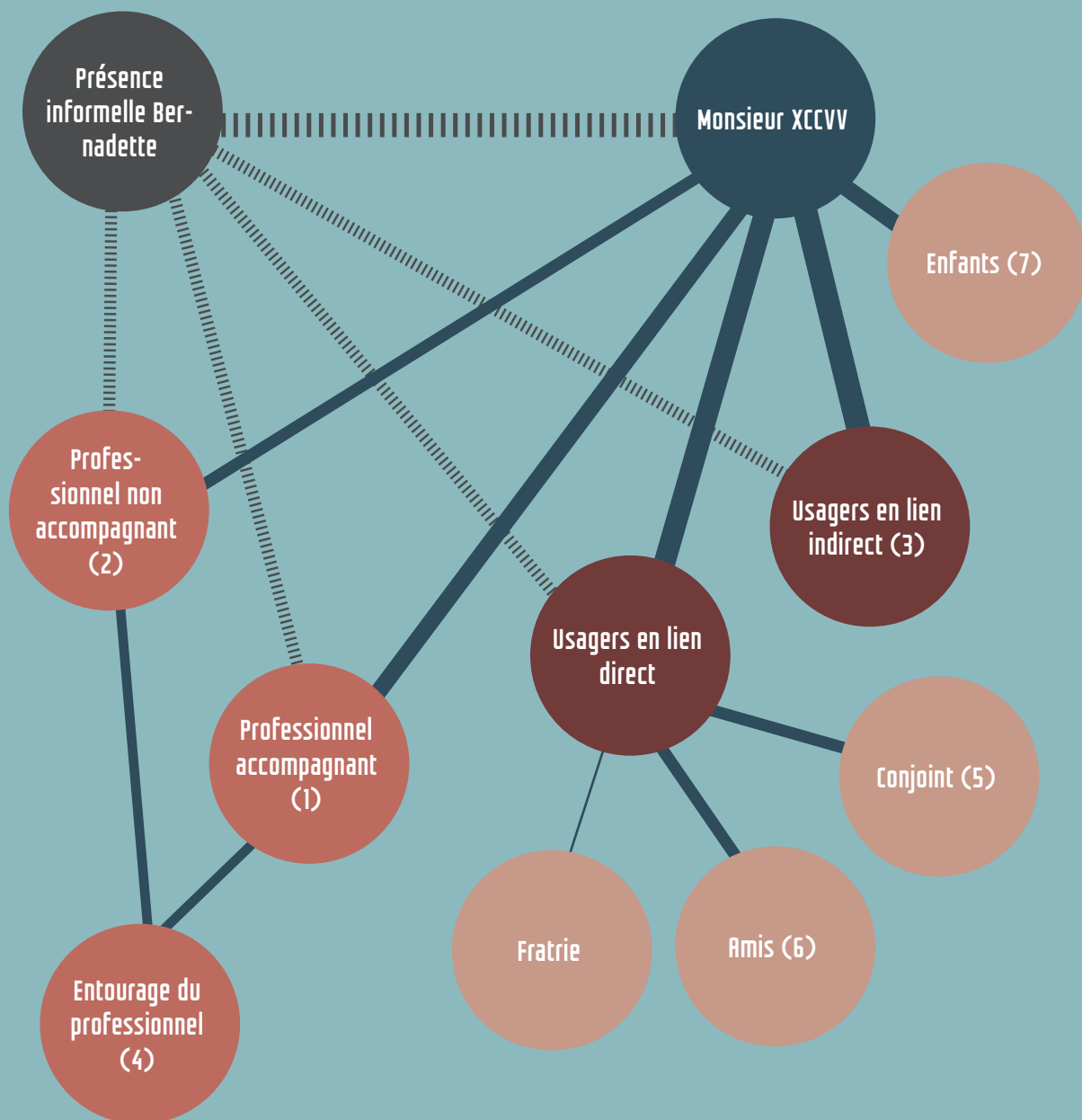
A l'issue du dernier bilan/RDV, le passage de relais et l'orientation est difficile :

- ▶ Par manque de mobilisation de la part des fumeurs eux mêmes qui n'iront pas forcément consulter sur l'extérieur pour la suite du travail
- ▶ Les professionnels manquent de temps (médecins généralistes débordés, professionnels sur-investis dans de multiples tâches...),
- ▶ Par le manque de moyens humains (pas de professionnels prescripteurs), ou le manque de mobilisation autour de cette problématique.

Entonnoir inversé / trajectoire de Mr P



Capillarité de la démarche



(1) exemple : un infirmier de nuit d'une structure est venue voir Bernadette constatant les effets de la démarche sur un résident.

(2) exemple : Une secrétaire qui achetait le tabac pour un résident, constatant les effets sur ce dernier, est venue trouver Bernadette.

(3) exemple : les résidents qui «taxaient» Mr X, suite à son arrêt induit par la démarche, n'ont plus accès à ses cigarettes et se questionnent sur leur usage

(4) exemple : une stagiaire qui ne fume pas mais qui vient pour son compagnon fumeur.

(5) exemple : Un usager qui amène sa conjointe pour un échange avec Bernadette

(6) une amie d'un usager présentée par ce dernier à Bernadette, devenue résidente, elle entame une démarche avec l'aide de Bernadette.

(7) exemple de deux fils d'usagers de la pension de famille qui ont acheté une cigarette électronique comme leurs pères qui leur en avaient parlé.

EFFETS POUR LES PROFESSIONNELS

EFFETS COLLECTIFS

Les nombreuses discussions entamées avec les professionnels, les invitations à venir témoigner aux comités de pilotages, les sollicitations comme “aidants”, les transmissions sur les situations individuelles avec ou non la prescription d’un traitement de substitution ou l’accès au matériel de vapotage ont vraiment eu un effet “d’ouverture» des professionnels vis à vis de cette problématique qui était bien souvent refoulée, laissée de côté pour répondre à toutes les représentations.

Au regard de leurs réticences de départ, les équipes reconnaissent aujourd’hui qu’il est possible d’aborder cette question du tabac dans les structures auprès des personnes les plus éloignées du soin. Ce regard collectif nouveau a donné l’envie à un éducateur de se mobiliser par rapport à ses consommations avec l’ensemble des résidents fumeurs volontaires du CHRS pour lancer un défi collectif.

Le regard des professionnels posé sur cette expérimentation a pu amener un questionnement sur la posture et l’approche «d’aller vers» pour pouvoir aborder d’autres problématiques que le tabac. Pour exemple, l’équipe d’une structure a décidé d’aborder cette réflexion en réunion d’équipe afin d’aborder d’autres consommations problématiques (alcool, cannabis, cocaïne,...) pour tenter d’anticiper, contourner, éviter les débordements, les prises de risques individuelles ou collectives.

Nous avons observé un changement sur les représentations des professionnels qui ne croyaient pas en l’efficacité d’une telle approche au départ, et qui reviennent vers nous par la suite pour accompagner un ou plusieurs usagers ou pour accompagner leur réflexion sur cette nouvelle approche.

C’est parfois l’accompagnement d’un usager qui est déclencheur d’un effet sur les professionnels :

- ▮ Exemple de l’expérimentation dans une pension de famille : l’adhésion de l’équipe mais aussi la réflexion collective de dénormalisation de l’usage de ce produit a vraiment démarré en début de seconde phase d’expérimentation à partir du regard porté sur un usager.
- ▮ Exemple d’une autre structure : l’accompagnement inattendu d’un usager, à sa demande, a déclenché une adhésion à l’approche et une mobilisation active sur la problématique du tabac (orientations de fumeurs vers Bernadette, sollicitations de professionnels...).

EFFETS INDIVIDUELS DIRECTS

Les effets pour les professionnels sont difficiles à évaluer pour eux mêmes par rapport à leur consommation. Les professionnels fumeurs sont soit réticents au projet, soit peu captifs. S’ils sont captifs, il est difficile et parfois inconfortable de les revoir, ils sont vus parfois une seule fois par manque de régularité dans les horaires, par indisponibilité...

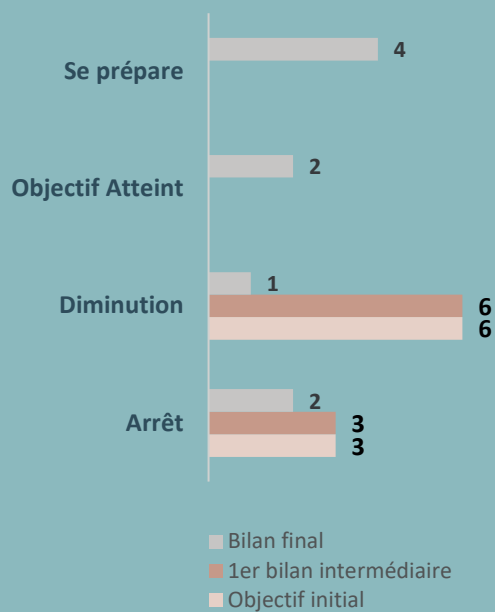
On a pu vérifier l’importance d’amener le questionnaire et de laisser le temps ; en effet, des professionnels se sont mobilisés pour eux-mêmes vers la fin de l’expérimentation et d’autres ont repris contact pour une mise en route et un accompagnement à distance.

On peut observer facilement que le sujet mobilise et amène le questionnement pour beaucoup. Cette expérimentation aura également touché les professionnels fumeurs dans leur posture, leurs représentations pour ensuite selon la situation de chacun et la motivation, s’approprier la réflexion pour lui-même. C’est pour cette raison que nous pouvons constater qu’un bon nombre de professionnels se prépare au changement signe que les représentations évoluent et que l’objectif de dénormalisation du tabagisme est en cours.

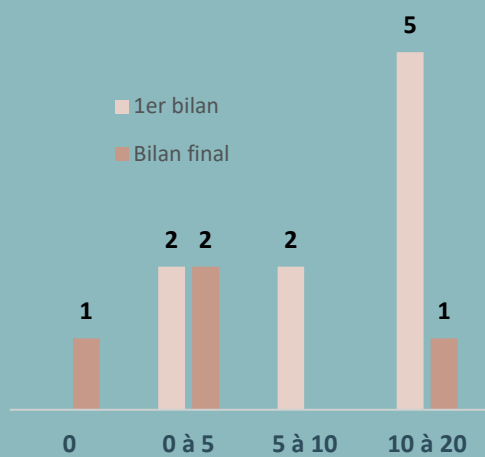
EFFETS INDIRECTS

Il s’agit ici surtout du changement du regard des professionnels sur la possibilité d’aborder la question du tabac avec leur public mais aussi l’impact sur leur façon d’accueillir un questionnaire ou une demande de leur public par rapport à cette consommation.

OBJECTIF ET RÉSULTATS POUR LES 9 PROFESSIONNELS



ÉVOLUTION CONSOMMATION QUOTIDIENNE/NBRE DE PERSONNE



8 ordonnances de TSN délivrées et 2 suivis engagés

EFFETS POUR LES STRUCTURES

AVANTAGES ET LIMITES

Après un temps d'immersion, parfois de moqueries dans des structures ou l'on n'aborde pas cette thématique, l'expérimentation amène ce sujet plus en lumière.

Je suis repérée comme «Madame Tabac», «Madame cigarette», la «dame du jeudi»... et le sujet est abordé naturellement, dans les équipes, entre résidents, entre résidents et professionnels, avec les bénévoles. On parle volontiers réduction de la consommation, gestion de la consommation de cigarettes, réduction des risques, sevrage tabagique, ordonnance de substituts nicotiniques, bénéfices attendus pour le porte monnaie, pour la santé, pour le souffle... mais aussi à l'inverse de plaisir à fumer, de l'outil indispensable à la vie de tous les jours...

Chacun s'approprie à son rythme et s'il le souhaite les passages réguliers, les «allers vers», les outils, les discussions, les témoignages, la réflexion sur sa propre dépendance.

L'empreinte laissée, quand la configuration de la structure et de son public le permet, laisse une trace de ce travail de rencontre autour d'une culture de dénormalisation de l'usage du tabac.

On peut parfois mesurer l'impact de l'approche laissée dans la structure à distance de l'expérimentation : en effet, des professionnels ont été amenés à me recontacter pour des personnes que j'avais accompagné pendant le temps de présence, ou pour d'autres personnes se questionnant... ou encore pour une orientation vers le soin en addictologie d'une personne déjà rencontrée ou pour eux mêmes par rapport à un sevrage alors qu'ils étaient en préparation lors de nos rencontres.

Les limites sont très faciles à repérer :

- ▮ S'il n'y a pas d'esprit collectif, d'esprit de convivialité,
- ▮ Si les professionnels ne sont pas ouverts à la démarche.
- ▮ Les conditions d'accueil qui limitent parfois la démarche. Les structures d'accueil de jour par exemple sont plus focalisées sur l'urgence des situations : trouver un hébergement, faire les démarches administratives, accès aux soins, besoins fondamentaux...
- ▮ La très grande précarité du public dont les besoins vitaux et fondamentaux sont légitimement à prioriser sur la question du tabac.

TÉMOIGNAGES DE PROFESSIONNELS

ABEJ SOLIDARITÉ PÔLE LOGEMENT

«Lorsque Bernadette Leroy m'a contacté pour mettre en place un projet sur la consommation de tabac au sein des établissements que je gère à l'abej SOLIDARITÉ, mes premières réactions n'ont pas été très enthousiastes. Je me suis dit en effet que nous avions d'autres priorités à gérer et que les personnes que nous accompagnons ne seraient pas du tout dans une démarche de réduction de leur consommation ou d'arrêt total. Et, comme beaucoup de travailleurs sociaux, je me disais que cette addiction n'était pas bien grave pour les personnes sans domicile et qu'elle peut même être un outil de socialisation. Cependant, lors de l'expérimentation au sein de nos Lits Halte Soins Santé, les résultats étaient prometteurs et j'ai donc accepté d'accueillir Bernadette au sein des Pensions de Famille.

Immédiatement, les premiers retours, malgré les hésitations et réticences de l'équipe au départ, ont été très positifs. Bernadette a su trouver sa place au sein des équipes en participant aux repas, en n'arrivant pas avec ses gros sabots pour parler addictions mais en venant en tant que personne à l'écoute des besoins et des demandes des résidents. Lors de mes passages dans mes Pensions de Famille, au fur et à mesure et de plus en plus, tout le monde me parlait de Bernadette, la gentille infirmière. Et rapidement, ils se sont mis à m'évoquer les conversations qu'elle avait avec eux. J'ai été surpris de voir que beaucoup entamaient des démarches de réduction de leur consommation, que certains se mettaient à essayer la cigarette électronique ou les patches. Leurs raisons étaient à la fois financières et pour leur santé. Finalement, même des salariés sont entrés dans la démarche ! Et le résultat est que plusieurs ont réussi à arrêter de fumer totalement ou ont diminué de façon spectaculaire leurs consommations.

Les clés de la réussite de Bernadette sont pour moi :

- ▮ Une écoute bienveillante et une approche basée sur l'établissement d'une relation de confiance sur la durée afin d'accompagner les personnes à leur rythme dans leurs consommations
- ▮ La possibilité de prescrire le matériel nécessaire à l'arrêt du tabac
- ▮ Une aide par les pairs. En effet, souvent, la réussite de l'un ou l'une des résidents a permis de convaincre les autres de franchir le

pas, d'oser essayer et d'avoir assez confiance pour se lancer dans un processus rompant parfois des années d'usage de tabac

- ▶ *Un travail en lien avec l'équipe que Bernadette a su fédérer et convaincre. Elle a ainsi eu des relais en dehors de ses permanences pour renforcer la démarche auprès des résidents.*

La conclusion de cette expérimentation est double : Non seulement c'est possible, même avec un public en situation de précarité, de les aider à arrêter le tabac, mais, contrairement aux idées reçues de beaucoup de travailleurs sociaux, c'est aussi une de leur demande et un de leur souhait qu'il faut prendre en compte quand on les accompagne. Une expérimentation à pérenniser !»

Vincent MORIVAL, Directeur du Pôle Logement d'Abord. ABEJ SOLIDARITE

CHRS "LES MOULINS DE L'ESPOIR" ARMÉE DU SALUT

Bilan l'action de Cèdre Agir : Aller vers Tabac et Précarité.

Le centre d'hébergement «Les moulins de l'espoir» situé au 48 rue de Valenciennes est le pôle hébergement et est constitué d'un service d'accueil d'urgence, d'un dispositif de stabilisation ainsi que d'un service de LHSS (Lit Halte Soins Santé). Le pôle hébergement accueille tout public majeur sans enfants, en situation d'extrême précarité et sans solution stable d'hébergement.

L'équipe éducative est composée de 9 travailleurs sociaux qui ont pour qualification les diplômes suivants : éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale, assistant social et moniteur éducateur. L'équipe est renforcée par une animatrice socio-éducative et une éducatrice sportive.

Les missions d'un centre d'hébergement sont la mise à l'abri, l'accueil inconditionnel, l'accès aux droits sociaux, l'insertion professionnelle, accès à des logements adaptés aux personnes et en outre l'accès aux soins.

La population marginalisée s'est éloignée du système de santé en raison de la complexité des démarches à entreprendre et parfois de la faible importance qu'elle y accorde.

Le tabac, grand oublié du diagnostic santé.

Le soin est un élément essentiel dans l'accompagnement des personnes accueillies. L'équipe oriente, accompagne et redonne accès vers le système de santé cependant la consommation du tabac était abordée qu'en lien avec la gestion du budget, le tabac n'étant pas interdit par la loi. Car la consommation de tabac était banalisée dans les pratiques éducatives. Par ailleurs, le public est très dépendant et reconnaît les effets délétères sur la santé. Il adhère peu aux soins et reste enfermé dans une habitude de fumeur.

Bernadette a réveillé nos consciences face à l'impact néfaste du tabac sur la santé

L'intervention du Cèdre Agir par l'action «Aller vers Tabac et Précarité».

En mai 2021, la cheffe de service a présenté en réunion d'équipe l'action de Cèdre Agir «aller vers Tabac et Précarité» qui est en expérimentation auprès des personnes en situation de précarité.

L'action est menée par Bernadette LEROY, infirmière diplômée d'état au Cèdre Agir et Tabacologue depuis 2019.

Les axes d'intervention :

- ▶ *Des rencontres individuelles*
- ▶ *Tentative de réduction ou de sevrage*
- ▶ *Remise en question sur le tabagisme*
- ▶ *Transmission d'information*
- ▶ *Comprendre la dépendance*
- ▶ *Méthode d'intervention*

L'infirmière tabacologue est déjà intervenue dans plusieurs centres d'accueil ou d'hébergement et a déjà connaissance de la démarche pédagogique pour entrer en contact avec le public accueilli.

L'équipe éducative a transmis une liste des personnes fumeurs.

A l'occasion d'un tour des chambres réalisé quotidiennement par un membre de l'équipe éducative, Bernadette est présentée aux personnes hébergées.

Le choix d'un lieu stratégique pour effectuer ses permanences d'entretien de suivi.

Aborder les personnes «Aller vers» avec bienveillance pour créer le lien

Proposer des outils pour la réduction des risques (patch, gomme, cigarette électronique...)

La présence de Bernadette dans notre structure a été dans un premier temps tous les lundis durant 3 mois. Dans un second temps, à partir du janvier le vendredi matin 1 fois par mois pour poursuivre l'accompagnement. Les permanences s'arrêteront fin avril 2022.

Pourquoi il faut continuer pérenniser

Depuis que Bernadette ne vient plus, P recommence à fumer cigarette sur cigarette. Le lien avec Bernadette est un fil conducteur pour l'arrêt du tabac.

Bien que formée à une approche de «l'accompagnement du fumeur» par Bernadette, l'équipe n'a pas toutes les réponses, le matériel et surtout le contact d'une tabacologue avec le public visé. Cèdre Agir a mis en place des partenariats avec «la vapote de cœur» et l'intervenante, infirmière peut faire des prescriptions médicales de patch, de gommes ...

Mobiliser pour l'arrêt du tabac et passer à la cigarette électronique est le rôle de la tabacologue, l'équipe éducative prend le relais par la suite pour accompagner les personnes accueillies à entretenir leur cigarette électronique, gérer le budget pour l'achat des

produits. Cependant on constate que les personnes ont encore besoin d'évoquer le sujet avec l'infirmière pour tenir dans le temps.

On estime que le départ de Bernadette est prématuré car après 6 mois d'invention, l'arrêt du tabac a pris sens pour les personnes accompagnées comme pour l'équipe éducative. Mais l'intérêt qu'elle a éveillé reste encore fragile et il serait utile pour tous qu'une permanence soit maintenue afin que l'arrêt du tabac soit un axe de travail constant pour tous.

Ensemble de l'équipe professionnelle

ABEJ-SOLIDARITÉ CAARUD LE «POINT DE REPÈRE» –

L'intégration de Bernadette s'est bien passée sur la structure (en tout cas c'est ce qui m'a semblé) tant à l'accueil qu'au sein de l'équipe pluridisciplinaire du Point De Repère. Nous avons trouvé que son intervention au Point De Repère avait pour la première fois permis de poser la question de la consommation de tabac sur un lieu tel que le CAARUD de l'abej-SOLIDARITÉ. En effet, pour une majorité des membres de l'équipe et pour beaucoup de gens que l'on accueille la question du tabac à toujours semblé secondaire.

Aussi, Le tabac est même utilisé comme «outil facilitateur» dans la création de liens puisque consommé tant par les gens que l'on accueille que par l'équipe... Aujourd'hui part ton intervention, cette question a pu être posé et réfléchi au sein du service... et en cela, c'est déjà une excellente chose.

A présent, nous avons des personnes accueillies qui ont commencé une réflexion sur leur consommation de tabac et même pour certaine un traitement est en place.

Par ailleurs, cette démarche d'«aller vers», pratiqué par Bernadette permet aussi de faire naître d'autres réflexions liées à la santé. Durant ces quelques mois, tu as su être reconnue comme un membre à part entière de l'équipe ce qui a permis de créer, a propos de cette question du tabac, une réflexion collective alimenter par tous.

Aujourd'hui, nous avons bien pris conscience que tes interventions avaient pour objectif d'insuffler une dynamique d'équipe sur cette question.

Est-ce que des temps d'information ou de formation sont en cours de réflexion pour que l'équipe (IDE et Educ), après avoir été sensibiliser à la question, puisse la saisir avec des outils et techniques adaptés ?

Jonas Campagne, chef de service

TÉMOIGNAGE ANNE CÉLINE DOG

Cheffe de service - Association VISA

CHRS - LA FERME DES PETITES HAIES

C'est une expérimentation vraiment très intéressante et enrichissante. Au départ on a déjà vraiment la tête dans l'addicto au niveau de l'association VISA mais le

tabac est vraiment quelque chose qui vient à la fin, on ne s'en occupe pas du tout.

Les usagers nous le disent très bien on doit déjà arrêter une addiction et le tabac c'est presque ce qui reste donc c'est pas du tout quelque chose qui est travaillé, en tout cas dans un premier temps, quand les personnes arrivent ici et sont à la sortie d'un sevrage.

On travaille plus sur l'alcool et les stupéfiants ... Les produits illicites.

L'intervention de Bernadette a été pour moi, dans la forme très intéressante, parce que comme elle nous l'avait bien expliqué, elle souhaitait intervenir sans forcément qu'on donne son CV quand elle allait arriver. Ca a vraiment été une intervention spontanée, autonome et indépendante ; en tout cas, ça n'a pas engendré de travail supplémentaire au niveau de l'équipe éducative ici. En toute honnêteté c'est très confortable aussi pour nous et du coup elle est venu vraiment à tâtons pour rentrer en contact avec les personnes une par une ou en groupe... Groupe effectivement je pense que Bernadette a aussi cette facilité à entrer en contact avec les usagers qui fait que ça a fait son petit effet boule de neige 1, 2, 3... et de tête je pense qu'on est arrivé sur les 7 mois à 21 personnes qui ont été suivies.

On a aussi sur le site de la ferme des petites haies, un atelier chantier d'insertion et ça a pu attirer des personnes et des salariés en insertion qui ont pu aussi discuter, rentrer en contact avec Bernadette et mettre en place de la gestion, de la réduction voire un arrêt de consommation. Maintenant c'est vrai que ça devient un langage un peu commun, on parle de gommes... quand on a les traitements de la pharmacie, les personnes demandent s'ils ont leur ordonnance pour avoir leurs gommes pour pouvoir continuer en fait ce qui a été mis en place avec Bernadette et je pense qu'ils ont vraiment trouvé une plus-value à réduire leur consommation de tabac que ce soit au niveau effectivement du budget parce que ça reste quelque chose qui rentre en compte dans leur gestion de budget mensuel mais aussi au niveau des bienfaits pour leur santé. Donc ce sont vraiment des points très positifs qu'on a pu observer. Puis au niveau des professionnels, Pierre l'éducateur, (comme Bernadette vous l'a montré par l'empreinte préparée sous forme de défi) est rentré lui aussi dans la boucle et dans le jeu de la réduction de ses consommations. C'est vrai que le fait d'avoir un salarié qui est avec eux, je pense que ça a également accéléré le processus de l'empreinte. Processus en suspend parce qu'on a une petite série d'épisodes covid et on espère très prochainement pouvoir vraiment mettre en place les petites affiches pour que ça puisse aussi perdurer dans le temps. La question qui est revenue lors du bilan c'est le «après» ? C'est vrai que ça fait 7 mois que nous sommes dans ce parcours de tabaco et il y a un turn-over comme dans toutes les structures alors on se dit que le fait que ça se termine c'est dommage parce qu'on n'a pas l'expérience de Bernadette pour pouvoir continuer avec son talent mais comment on

va pouvoir accrocher les personnes sur ce sujet là et pouvoir mettre en place après, avec eux, une gestion ou une réduction voire un arrêt du tabac ? Donc forcément on se dit, même si c'est pas toutes les semaines, est-ce que pour la suite une intervention tous les 15 jours, voire une fois par mois pourrait continuer à fonctionner ? Je pense que c'est vraiment une addiction qu'on traite en dernier recours, en tout cas ici, et je pense que ça vaut le coup, que ça a vraiment des bienfaits pour nos usagers de réduire voire d'arrêter.

Donc la question du «après ?» se pose, je fais un peu de propagande pro Bernadette mais l'intervention de ce type de professionnel reste un plus pour nos usagers et ce serait vraiment très intéressant qu'on puisse continuer ce partenariat avec Cedragir et avec Bernadette sur le site des petites haies.

TÉMOIGNAGE GUILLAUME - ASSOCIATION ALEFPA

Aujourd'hui à la Pension de Famille de Bailleul, en fait pour nous, c'est vraiment la dernière substance qu'on va traiter, qu'on va essayer de faire conscientiser. On travaille beaucoup l'alcool, beaucoup les stupéfiants, beaucoup l'automédication mais la cigarette c'est quelque chose dont on ne parle pas. On n'est pas prêts, on ne sait pas comment faire et Bernadette a été facilitatrice. C'est facile avec elle, on ne se prend pas la tête. Elle vient au petit-déjeuner, elle discute de tout de rien, de la pluie et du beau temps et puis ça vient tout seul, c'est facile. Aujourd'hui, nous on a pu expérimenter 4 à 5 petits déjeuners c'était court, merci Covid parce que on a eu des portes fermées en interne par rapport aux raisons sanitaires, mais vraiment je suis très envieux de vous tous. J'aimerais pouvoir reprendre ça avec Bernadette avec des temps de présence plus réguliers sur une plus longue période. Voir les résidents régulièrement qui t'ont déjà repérée. Tu as pu, chez nous, délivrer des ordonnances, donner l'accès à la vape, on a maintenant un résident qui travaille sa consommation de cigarettes et qui vape. Et j'aimerais que l'on puisse par la suite réitérer parce qu'au-delà de l'addicto il y a aussi autre chose. Elle connaît aussi les autres partenaires du territoire en dehors de l'addiction au tabac, sur d'autres facteurs, addiction alcool, addiction au jeu et du coup c'est un vrai relais dans leur parcours, dans leur quotidien.

TÉMOIGNAGE SARAH

Éducatrice Spécialisée

ACCUEIL DE JOUR - ASSOCIATION MAGDALA

Bernadette est venue 4 mois à l'accueil de jour de Magdala une fois par semaine et c'est vrai que c'était pratique pour les gens qui pouvaient parler de leur consommation de tabac et pour nous c'était un peu un repère dans la semaine. On trouve que c'est aussi un frein en moins pour les personnes car c'est un peu compliqué d'aborder la question des addictions en accueil de jour. Mais là c'est pas l'addiction principale

et de pouvoir parler de son addiction avec quelqu'un comme Bernadette, c'est à dire simplement, avec qui tu peux discuter de tout et qui ne sera pas dans le jugement, pas forcément quelqu'un qui te diras qu'il faut absolument que tu arrêtes le tabac, c'est plus facile.

Pour les personnes qui fréquentent l'accueil de jour c'est aussi un repère d'avoir la possibilité de rencontrer une personne qui peut écouter et aider.

Pour nous à Magdala, on a un atelier santé qui n'est pas forcément toujours sur l'accueil de jour et ça mériterait qu'on travaille l'idée d'une empreinte ensemble ; C'est un peu compliqué à mettre en place parce qu'on est une petite équipe mais ça me donne des idées ; ça me fait plaisir de voir toutes les initiatives des autres structures parce que ça me donne envie d'en parler à l'équipe. Je faisais partie de ces gens qui disait «bon quelqu'un va venir parler du tabac mais j'y crois pas...». Parler du tabac c'était pas pour nous. Chouette mais en fait il y a pleins de trucs à faire et puis finalement, après toutes ces interventions, je réalise aussi l'importance de traiter quelque chose qui est normalisé et du coup qu'on ne traite pas dans notre équipe. Donc merci pour tout ce que tu as pu apporter à l'équipe et surtout aux personnes qui fréquentent l'accueil de jour.

TÉMOIGNAGE VIRGINIE

Animatrice CHRS «Les Moulins de l'Espoir»

Association ARMÉE DU SALUT

J'ai été rapidement en binôme avec Bernadette car je suis animatrice et j'appréciais bien le travail de groupe que l'on pouvait mettre en place ensemble.

En faisant le point avec nous on s'est étonné de voir certaines personnes prendre des gommes, diminuer leur consommation, prendre la cigarette électronique.... On n'y croyait pas au départ. Vraiment ça nous a ouvert les yeux.

Oui, c'est possible de parler du tabac c'est vraiment possible de réduire le tabac.

Puis est venu le temps de sensibilisation. Une très bonne formation qui dure 2h sur un après-midi. Comme on avait pu observer du concret sur le terrain, la théorie nous parlait beaucoup plus. On comprenait, on posait nos questions mais vraiment on comprenait vraiment ce que la réduction des risques pouvait amener dans la structure.

Ensuite on a eu un temps d'empreinte Bernadette souhaitait laisser une empreinte dans la structure de ce travail de réduction des risques avec le tabac.

J'ai donc réuni toutes les personnes qui avaient travaillé avec Bernadette. Mais également d'autres personnes, des non-fumeurs, des vapoteurs, des vapo-fumeurs et anciens fumeurs. On s'est réuni et il y a eu un groupe de discussion vraiment important. Chacun a apporté ses idées «c'est comment quand on fume ?», «c'est comment quand on ne fume pas ?», «c'est comment quand on arrête », «qu'est-ce que ça ap-

porte de négatif ou positif ?»... Certaines personnes présentes n'avaient jamais rencontré Bernadette et ont, à l'issue de ce temps d'échange, souhaité absolument commencer le travail. Un moment de travail important qui est venu renforcer tout le travail déjà mené. On en a fait deux tableaux : «la vie avec le tabac» et «la vie sans le tabac».

Un dernier temps, le temps d'évaluation avec le cabinet externe Sociotopie s'est également déroulé en groupe avec le même collectif : un moment intéressant sur diverses questions : « qu'est-ce que vous a apporté le travail avec Bernadette ? », « les points positifs ? », « les points négatifs ? »...

Un moment où les gens avaient envie de poursuivre cette expérimentation avec d'autres personnes ; des personnes qui avaient envie de parler de la réduction des risques avec le tabac après le départ de Bernadette, donc on va réfléchir en interne voir ce que l'on peut faire, par exemple avec une personne qui avait réduit sa consommation de 50 % et qui a envie de porter ce projet avec nous. Donc vraiment ça a été pour nous une découverte.

Dans nos pratiques nous avons maintenant les mots pour parler aux personnes qui fument. On sait que c'est possible.

On pensait que c'était le dernier problème que l'on pouvait aborder.

Pour l'équipe ce tabac n'était pas considéré comme un facteur à risque ou plutôt un facteur à travailler car Le tabac n'est pas interdit dans les textes de loi... Et c'est vrai que ce n'était pas travaillé chez nous à part la partie budget. On se demandait ce que cela allait donner dans la structure quand Bernadette est arrivée.

Et puis on avait bien d'autres soucis à régler avant de penser à l'arrêt du tabac et c'est vrai que Bernadette a une facilité à entrer en contact avec les gens en venant une fois par semaine dans un lieu de passage ; Elle se positionnait et s'installait, porte ouverte, dans le salon des familles qui se trouve à l'accueil, elle allait vers les gens et on l'a également présentée lors d'un tour de chambre . Tout ça s'est fait un peu tout seul, naturellement, Bernadette parle de tout de rien, de la cigarette mais sans culpabiliser. Rapidement en confiance, on a vu le public s'élargir et venir rencontrer Bernadette le vendredi.

ÉVALUATION
QUALITATIVE
SOCIOLOGIE



DES FACTEURS HUMAINS ET SOCIAUX PLUS QUE STRUCTURELS DÉTERMINENT L'ADHÉSION DU PUBLIC À L'EXPÉRIMENTATION

TEMPORALITÉ, ARRÊT DU TABAC ET PRÉCARITÉ : DE QUOI PARLE-T-ON ?

La perception du temps diffère d'un public à l'autre ; les publics précaires ont tendance, plus que les autres, à vivre dans le présent - l'immédiateté - ou dans le passé, mais ont beaucoup de mal à se projeter dans le futur.

«Les notions d'instabilité et d'incertitude sont au centre des définitions de la précarité. Les individus confrontés à la précarité ne peuvent construire une image stable d'eux-mêmes ou une représentation cohérente du monde. Il en résulte une perception insécurisante du futur induisant plusieurs stratégies : un repli vers un passé idéalisé ou de rumination, l'enfermement dans un présent du plaisir, du fatalisme, un avenir cherchant à dépasser les contraintes ou un refuge dans l'irréalisme. Toutes ces façons d'être se caractérisent par le rétrécissement des horizons temporels futurs¹.»

Plus la précarité est grande, plus la perspective du futur est inexistante. Or, arrêter le tabac, c'est déjà se projeter dans un futur. C'est une des raisons pour laquelle l'intérêt pour l'expérimentation varie en fonction du niveau de précarité des individus rencontrés. Il n'a pas été possible de travailler avec les personnes trop «abîmées», soit car leur niveau de détresse (mental, social ou autre) est trop important, soit car leurs préoccupations sont tout autres. Ainsi, «j'ai d'autres

addictions plus importantes à régler avant», «je suis en état de stress permanent car je n'ai pas de papier», ou encore «je n'ai pas de logement, je ne sais pas où dormir ce soir» sont autant de déterminants qui freinent l'adhésion des individus à l'expérimentation.

Ainsi, trois dimensions de la précarité semblent conditionner la réussite ou non de l'action : l'état de santé physique des individus, leur état psychique et leur environnement matériel.

L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE DES INDIVIDUS

Plus les problèmes de santé sont grands, plus les injonctions à arrêter la cigarette sont fortes. Une grande partie des individus qui diminuent ou arrêtent sont ceux pour qui il est vital de le faire : ceux qui doivent se faire opérer, qui ont eu un cancer etc. (Cf portraits)

Ceci explique que l'intérêt pour l'expérimentation varie aussi en fonction de l'âge des participants : les plus jeunes n'ont pour la plupart aucun problème de santé physique. Puisque les effets néfastes du tabac se mesurent sur le long terme et qu'ils ont du mal à se projeter dans le futur, ils ne se sentent généralement pas concernés par les problèmes de santé liés au tabac. Avec eux, la tabacologue réalise de la prévention des risques et/ou les accompagne dans la gestion du manque lorsqu'ils n'ont pas assez d'argent pour racheter des cigarettes pour la fin de la semaine.

L'ÉTAT PSYCHIQUE DES INDIVIDUS

Plus les patients sont «abîmés» psychologiquement, moins ils pourront se concentrer sur leurs problèmes

¹ Merson F. & Perriot J. (2011). Précarité sociale et perception du temps, impact sur le sevrage tabagique. *Santé Publique*, 23, 359-370. <https://doi.org/10.3917/spub.115.0359>

d'addiction. Ces problèmes psychiques font justement partie des raisons pour lesquelles ces individus développent des addictions. Ces dernières ne peuvent donc pas être traitées en dehors de leurs troubles psychologiques ou psychiatriques. Ainsi, le niveau de détresse psychologique de l'individu, ou encore la façon dont est prise en compte la gestion des addictions et la santé mentale dans la structure qui l'accueille influe sur la réussite de l'expérimentation.

Aussi, lorsque les autres addictions sont trop fortes, il apparaît très difficile de traiter le tabac, indépendamment. Dans certaines structures où s'est déroulée l'expérimentation, les résidents ne sont presque jamais sobres (alcool, stupéfiants etc.). Pour ce type de résident, un accompagnement au sevrage tabagique est donc plus complexe à mettre en place.

Dans ces cas, les équipes encadrantes et les soignants se posent également la question de la légitimité d'aborder les questions de tabac, ce qui peut parfois mettre la tabacologue en difficulté.

« Même si on sait que l'ARS depuis quelques années se penche sur la question du tabac et même auprès des publics les plus précaires, ça semblait quand même être entre guillemet une blague quand tout à coup les gens nous ont dit «oh on va travailler sur les clopes!». OK, super, mais nous ils se shootent en artériel, ils fument du crack dans des conditions foireuses, ils ont les pieds qui ressemblent à rien et on va travailler le tabac ? Enfin tu vois, ça paraissait complètement fou!» (Jérémy - chef de service)

L'ENVIRONNEMENT MATÉRIEL DES INDIVIDUS

Tous les publics étudiés sont en situation de grande précarité sociale. Cependant, ils ne sont pas tous pris en charge de la même manière. Leur environnement matériel joue un rôle dans leur façon d'appréhender l'expérimentation. En effet, lorsque l'individu dispose d'un logement au sein de la structure où l'expérimentation est menée, son suivi tabacologique s'en trouve largement facilité. Il peut retrouver la tabacologue d'une semaine sur l'autre et s'engager dans un processus de changement. Au contraire, dans les structures où les individus sont de passage (à la journée ou hébergés pour de courtes périodes), il est plus compliqué de réaliser un véritable suivi et une prise en charge sur le long terme. L'hébergement apporte de la stabilité aux individus, ce qui leur permet de se projeter plus facilement dans l'accompagnement au changement.

«Dans les pensions de famille, à chaque fois que j'y retournais je revoyais les mêmes personnes, j'en croisais des nouveaux... Alors que là (au Point de Repère),

je prends la réalité de l'instant de la personne.» (Bernadette LEROY)

La tabacologue doit ainsi s'adapter à la réalité matérielle des individus. Elle adopte alors la même perception du temps qu'eux et se positionne dans leur temporalité.

Pour toutes ces raisons, l'expérimentation n'a pas abouti de la même façon auprès de tous les publics. Pour autant, la tabacologue a adapté sa méthode et son suivi en fonction. Elle couvre ainsi tout le spectre de l'arrêt du tabac : de la réduction des risques avec les publics les plus jeunes ou les plus en détresse, à l'accompagnement au sevrage pour les plus stables.

Indépendamment du type de structure, c'est plutôt le type de public qu'elle accueille qui constitue un des facteurs de réussite de l'expérimentation. Par exemple, les résultats n'ont pas été les mêmes au CHRS Rosa Park qu'à l'Armée du Salut ou encore à Visa. Il s'agit à chaque fois de CHRS, mais les publics accueillis y sont pourtant assez différents.

La tabacologue nous donne un exemple de structure dans laquelle les individus ont été très réceptifs à l'expérimentation : la Ferme des Petites Haies, Visa.

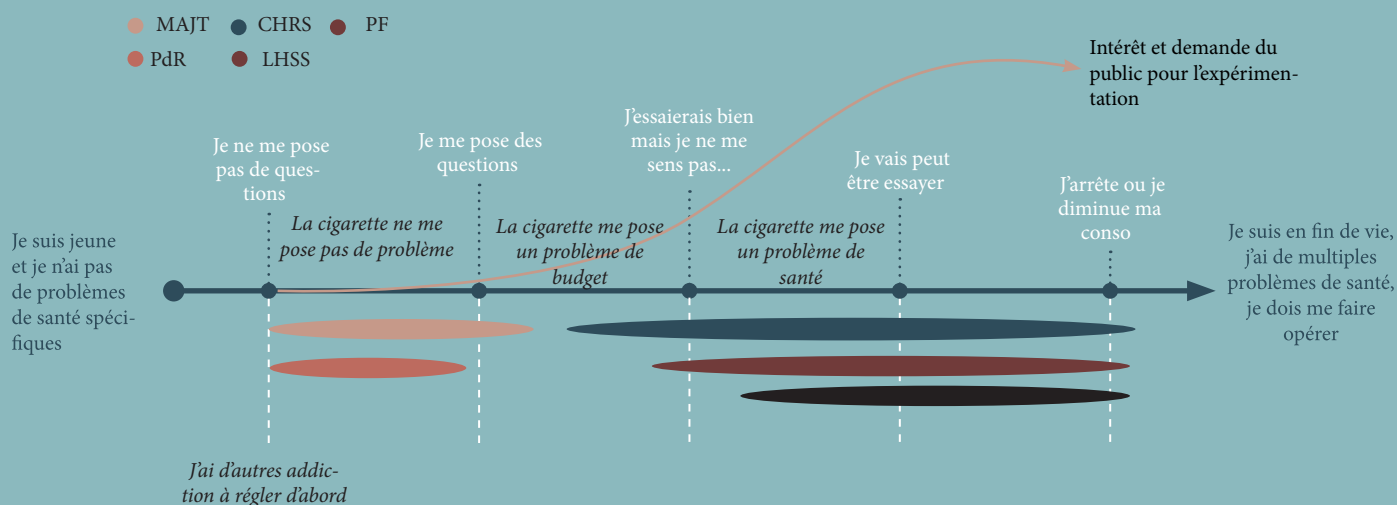
«Ils vivent dans un lieu sécurisant, ils y vivent depuis un moment et ils y sont pour un moment. Ils travaillent, ils ont arrêté l'alcool. Ils ont des objectifs, ils sont en mesure, ils sont déjà dans le boulot du changement. Ils sont dans la démarche du changement. Ils sont sevrés par l'alcool, ils sont abstinents ou tout de moins ils luttent avec ça. La moyenne d'âge n'est pas la même, ils ont tous 45 ans et plus. Tu retrouves plus ou moins les mêmes profils avec des comorbidités psy pour certains, des soucis avec la justice pour d'autres : des retraits de permis, ils ont perdu leur copine, leurs enfants veulent plus les voir, leur femme est partie... C'est des réalités de vie bien avancées. Et eux ils peuvent te formuler une demande : je ne veux pas arrêter mais je veux réduire. Ou alors je veux arrêter ; j'ai déjà les artères bouchées, je fais de l'emphysème... Que chez les jeunes, c'est plus du tatouage, et je m'adapte, je fais du tatouage aussi» (Bernadette LEROY)

DESCRIPTION DE LA MATRICE

Ces différentes observations ont permis de modéliser les déterminants qui conditionnent l'adhésion des publics rencontrés à l'expérimentation. La matrice recoupe donc l'intérêt des individus pour l'expérimentation avec leur cycle de vie, et leur cheminement vers l'arrêt du tabac (d'après les stades du changement tels que conceptualisés par Prochaska et DiClemente)²

² Dans : Prochaska et coll., 1992 ; Prochaska et coll., 1997

Figure 9 : Les déterminants de l'adhésion des individus à l'expérimentation (SOCIOTOPIE)



Si le rapport au tabac est corrélé au niveau de précarité des acteurs, alors quand le niveau de précarité évolue, le rapport à la cigarette change également.

C'est pourquoi il a été nécessaire de s'intéresser au cycle de vie des fumeurs précaires. Il est représenté en abscisse avec l'âge et le niveau de précarité des individus. Placé sur cet axe, sont indiquées en rouge les différentes raisons invoquées par les fumeurs pour entamer un travail sur leur consommation de tabac. Nous remarquons que la motivation principale des fumeurs pour diminuer leur consommation est généralement liée aux problèmes de santé.

Ces différentes motivations sont placées sur l'axe en fonction des différentes étapes (en bleu) de l'arrêt ou de la diminution du tabac lors desquelles elles apparaissent. En effet, bien qu'elles soient vécues de manière individuelle et correspondent à des trajectoires de vie, nous avons remarqué qu'elles pouvaient s'insérer dans des logiques plus générales - notamment liées à l'âge, au niveau de santé et de précarité des individus.

Enfin, chacune des structures enquêtées a été placée sur l'axe, en fonction du type de public que la tabacologue a rencontré.

Cependant, les personnes trop «abîmées», avec lesquelles il n'a pas été possible de travailler, ne peuvent entrer dans cette modélisation. Soit car leur niveau de détresse (mental, social ou autre) est trop important, soit car leurs préoccupations sont tout autres. Ainsi, comme rapporté plus haut, «j'ai d'autres addictions plus importantes à régler avant», «je suis en état de stress permanent car je n'ai pas de papier», ou encore «je n'ai pas de logement, je ne sais pas où dormir ce

soir» sont autant de déterminants qui freinent l'adhésion des individus à l'expérimentation.

CONCLUSION DE LA MATRICE :

2 groupes de structures se dégagent : la MAJT / PdR et les CHRS / LHSS / PF

LA MAJT ET LE PDR

Le premier groupe de structures accueille un public jeune (18-25 ans) qui n'a pas encore (ou peu) de problèmes de santé physique. Les jeunes ont plus de mal à se projeter dans l'avenir et à envisager la cigarette comme un danger qui engendre des problématiques de santé. Outre les jeunes précaires, le Point de Repère accueille également des toxicomanes de tout âge puisqu'il s'agit d'un CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues). Ces individus doivent gérer des addictions bien plus visibles et dangereuses sur le court terme que tabac. Les problématiques tabagiques semblent alors très éloignées de leurs préoccupations et leur prise en charge se focalise sur leur sécurité vis-à-vis de leurs autres dépendances (se piquer avec du matériel propre, éviter les overdoses, etc.)

Même s'ils résident sur place comme à la MAJT, les individus sont libres de leurs mouvements. Il n'y a donc pas de temps de présence imposé par les structures, qui sont des structures de transit. Cela rend difficile le suivi des individus par la tabacologue. Au Point de Repère en particulier, il est souvent impossible de retrouver les mêmes personnes, d'une semaine à l'autre.

L'adhésion à l'expérimentation a donc été limitée dans ce type de structure. Pour autant, elle n'a pas été nulle. La tabacologue a pu réaliser de la prévention des risques. En soulevant la question du tabac, elle a su faire naître un questionnement des pratiques chez certains individus.

LES CHRS, LHSS ET PF

Rappelons que l'expérimentation avait d'abord été conduite en Pensions de Famille. Elle s'est très bien transposée par la suite dans les LHSS et dans la plupart des CHRS. En effet, ces trois types de structures accueillent un type de public assez comparable. Il s'agit d'un public plutôt âgé, qui présente des problèmes de santé. Bien que les troubles psychologiques et/ou psychiatriques y soient aussi plus présents, ce type de public a moins de mal à envisager le tabac comme une addiction occasionnant de lourds problèmes de santé. Ces derniers font déjà partie de leur quotidien, ils n'ont donc pas besoin de se projeter dans le futur pour sentir les effets du tabac. Beaucoup d'entre eux ont déjà entamé des processus de sevrage, que ce soit pour l'alcool ou autre. Ils se situent donc à un stade plus avancé de leur cheminement et questionnement sur le tabac. Ils ont également plus d'impératifs à travailler sur leur addiction au tabac, puisque la plupart d'entre eux ont déjà subi des opérations, ou en ont de programmées.

Ce type de public est également plus «stable» puisqu'il réside, généralement sur de longues périodes, dans les structures. C'est une charge en moins pour les individus, qui n'ont pas à se soucier de trouver un logement. Même lorsqu'ils sont libres et autonomes, ils sortent peu de leur chambre. Cette présence facilite la prise en charge tabacologique sur le long terme.

L'adhésion à l'expérimentation a donc été plus évidente dans ce type de structure. La tabacologue a pu aller plus loin dans son suivi et proposer des solutions plus durables pour l'arrêt ou la diminution du tabac.

C'est dans ce type de structure qu'il a été possible de modéliser la démarche d'intervention de la tabacologue et ce qu'elle produit sur les individus et les structures (Cf modélisation de l'expérimentation présentée en conclusion de l'évaluation externe)

MODÉLISATION DE LA DÉMARCHE D'INTERVENTION (EFFETS RECHERCHÉS ET PRODUITS)

Maintenant que les déterminants de l'adhésion à l'expérimentation ont été identifiés, il convient de questionner la forme que revêt cette dernière : nous savons déjà avec quel type de patients elle fonctionne le mieux, mais il s'agit de déterminer de quelle manière et pourquoi et quels sont les effets produits ?

LA POSTURE DE LA TABACOLOGUE ET SON IMPACT SUR LES INDIVIDUS

«Bernadette dans la démarche qu'elle a, elle a une posture qui... Quelque chose qui va être dans l'informel en fait, elle se présente, elle aborde les gens un par un, elle fait des propositions... Je pense que c'est quelque chose qui est précieux parce que c'est dans un espace informel.» (Cécile - personnel soignant)

Il faut s'intéresser de plus près à la démarche adoptée par Bernadette LEROY dans le but d'appréhender au mieux les effets qu'elle produit, la manière dont elle est reçue et adaptable. Cela permet d'identifier les éléments clés de l'expérimentation qui vont jouer un rôle dans la relation au patient et différencier l'expérimentation d'un suivi tabacologique classique.

Pour la grande majorité des travailleurs sociaux et des professionnels de santé rencontrés, il n'y a pas de doute, c'est vraiment l'aller-vers qui crée les conditions de réussite de l'expérimentation. C'est un des piliers de l'expérimentation, qui permet :

- a) De s'intégrer dans le groupe et d'avoir un impact sur le collectif
- b) De créer une relation de confiance avec les individus
- c) De permettre la mise en place d'un suivi individualisé et personnalisé

Ce sont ces aller-retours permanents entre la sphère collective et individuelle qui vont, à long terme, amener les individus à requestionner leur rapport au tabac, mais aussi leurs liens avec le corps soignant.

CONCRÈTEMENT :

La tabacologue doit impulser une relation de confiance avec les individus. En ce sens, un temps d'imprégnation dans chaque structure est nécessaire. Lors des premières visites, la tabacologue passe du temps à observer le fonctionnement de la structure, les habitudes des individus, leurs aller et venus etc. Pour cela, elle doit trouver les endroits et les moments les plus adaptés pour se « poster ». Il s'agit souvent de l'accueil, point de passage stratégique dans les structures, non loin des « zones fumeurs ». Dans les pensions de famille, elle vient sur les temps de repas et mange avec les résidents. À VISA, elle profite d'une brocante organisée par l'association pour faire connaissance avec les résidents.

Elle adopte alors une approche « incognito », c'est-à-dire qu'elle ne se présente pas tout de suite comme une tabacologue, mais plutôt comme une infirmière ou une bénévole. Elle ne parle pas directement de la question du tabac, mais l'amène petit à petit, au fil des discussions. Au fur et à mesure, la tabacologue commence à être identifiée et surnommée par les individus : « la relou » ou encore « Madame Tabac ». Bien que ces sobriquets puissent paraître rudes au premier abord, ils démontrent en réalité qu'un véritable lien de confiance est en train de se créer. À l'instar des parentés à plaisanteries africaines³, les moqueries dont est victime la tabacologue font partie de tout un processus, sorte de rite de passage nécessaire à son intégration.

Une fois que la tabacologue est bien identifiée par les résidents, ces derniers se dirigent plus naturellement vers elle et se laissent plus facilement approcher.

^{3 3} La parenté à plaisanterie est une pratique sociale d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale qui permet (voire oblige) des membres d'une même famille, d'un même clan, de certaines ethnies ou d'une origine géographique commune à se moquer ou s'insulter, sans qu'il n'y ait de conséquences.

Cette approche par le collectif permet par la suite une prise en charge individualisée et personnalisée. L'intégration dans le groupe de la tabacologue permet qu'elle soit identifiée comme «pair» par les individus des structures, brisant ainsi les codes traditionnels des relations soignant-patient. Elle instaure une relation de confiance bilatérale, d'individu à individu. Elle vient ainsi déconstruire la perception des individus d'une relation asymétrique et ascendante entre soignants et soignés.

Ceci explique que dans les structures où il y a peu de vie temps de vie collectif, peu d'espaces prévus pour se regrouper ou peu de collectif de manière générale, il a été plus difficile de mettre en place l'expérimentation. Sans passage par le temps collectif, la tabacologue doit trouver d'autres moyens de créer une relation de confiance avec les individus.

Un point de vue de professionnel de la santé sur ce point :

« Je suis aussi très convaincue de la démarche, de la posture informelle, d'occuper cet espace-là dans le collectif et de se balader, de vadrouiller... Puis bien sûr de prendre des temps plus formels où elle questionne plus concrètement les consommations. Mais ces échanges-là et ce lien dans le collectif est précieux» (Madeleine - médecin)

Une fois la relation de confiance établie, la tabacologue peut entamer un **suivi individuel et personnalisé**. Un espace est alors mis à disposition pour qu'elle puisse passer du temps seule en «consultation» avec les individus, à l'écart du groupe. L'aller-vers est mis de côté pour laisser place à un «laisser-venir». L'entrevue est centrée autour d'un entretien motivationnel, visant à établir une stratégie avec l'individu, en fonction de ses besoins, ses envies et ses possibilités. Cet entretien se déroule sur la base du volontariat et ne doit pas avoir d'objectifs prédéfinis. La tabacologue propose des solutions, des stratégies et des pistes de réflexions, mais toujours sans injonctions.

«Avec Bernadette, j'ai appris quelque chose : j'arrête de leur demander d'arrêter de fumer, je les encourage quand ils diminuent. Discuter, parler de sport, les amener à s'intéresser, etc. Ce que j'ai trouvé intéressant, c'est qu'elle m'a vraiment aidé à amener les jeunes à parler d'eux-mêmes» (Raphaël - animateur socio-culturel)»

Les consultations sont adaptées en fonction du type de fumeur, mais surtout en fonction du type de personne qui vient consulter : c'est une approche holistique⁴ de

l'individu et de sa santé, dans laquelle son parcours de vie, aussi bien que ses émotions, sa psychologie ou son environnement et sa temporalité sont pris en compte. Le fumeur n'est pas réduit à sa relation au tabac, mais on s'intéresse à tous les autres aspects qui constituent son individualité et sa réalité. C'est cette perspective globale qui permet par la suite la mise en place d'un suivi personnalisé et donc, adapté et ajustable.

Un point de vue de professionnel de la santé sur ce point :

«Il y a des gens qui sont touchés d'être abordés par quelqu'un qui s'intéresse, et qui certes, vient poser la question du tabac, mais en fait vient s'intéresser à la personne plus dans sa globalité. En adoptant une posture de bienveillance, de sécurité, qui aide encore une fois à créer du lien...» (Madeleine - médecin)

«Ce n'est pas du tout le même accompagnement entre un médecin qui prône l'abstinence, qui prescrit du Champix, et Bernadette qui est sur du long terme, qui prend en compte tout un contexte de vie, une réalité qu'on ne voit pas quand les gens sont en hospitalisation ou en consultation extérieure. Bernadette en venant ici, elle a une vision assez claire de ce que vivent les gens, quel est leur parcours, et donc la dimension de l'accompagnement n'est pas du tout la même. Elle a beaucoup plus de portée.» (Viviane - éducatrice)

Après ce recentrement autour des problématiques individuelles, un retour au collectif est observé avec un effet «**tache d'huile**» ou «**boule de neige**». Le fait de voir des changements chez les personnes accompagnées par la tabacologue suscite la curiosité et motive les autres fumeurs à suivre cet exemple. Les résidents se soutiennent alors mutuellement dans leur démarche de travail autour du tabac. Un phénomène de «**pair-aidance**» se met en place, favorisant ainsi la continuité du travail de la tabacologue. Dans les structures observées, la «pair-aidance» peut prendre différentes formes : soutien moral et psychologique à son ami qui tente de réduire sa consommation, échange de gommes à mâcher de différents goûts, prêts ou dons de cigarette électronique... Aider et accompagner d'autres personnes permet une valorisation de l'estime de soi, renforçant d'autant plus la motivation. C'est donc à la fois montrer aux autres et se prouver à soi-même qu'un réel changement est possible.

La «pair-aidance» peut aussi être portée par les équipes encadrantes des structures. C'est par exemple

⁴ À l'inverse du réductionnisme qui cherche à expliquer un phénomène en le décomposant en différentes parties distinctes, le mode de pensée holiste vise à appréhender ce même phénomène comme une totalité, ses propriétés ne pouvant être expliquées à partir de ses seuls composants. Dans le cas de la santé, le point de vue holiste ne s'intéresse pas uniquement au corps des patients, mais à l'individu tout entier, sa psychologie et son environnement.

le cas à la Ferme des Petites Haies où un éducateur a choisi de participer, tout comme les résidents, à l'expérimentation. Il donne ainsi l'exemple et se place au même niveau que les personnes qu'il accompagne : au même titre qu'eux, c'est un fumeur accompagné par la tabacologue dans sa lutte contre l'addiction. Sa démarche motive plusieurs résidents à aller à la rencontre de Bernadette LEROY. Il prend par la suite le relais de la tabacologue au sein de la structure, et organise un «défi Nicoteam» pour encourager les résidents dans leur démarche de réduction du tabac.

Bien que les étapes de l'expérimentation revêtent différentes formes en fonction des structures dans lesquelles la tabacologue intervient, la posture de cette-dernière reste la même. Par conséquent le fond, et donc les résultats produits, sont généralement semblables.

UN IMPACT À TOUTES LES ÉCHELLES D'OBSERVATION⁵

Si les aller-retours entre la sphère collective et la sphère individuelle amène les individus à questionner leur rapport au tabac, l'impact de la posture adoptée par la tabacologue dépasse largement le

cadre individuel et produit des effets observables à différentes échelles (figure 10).

À L'ÉCHELLE BIOLOGIQUE (CELLE DU CORPS DE L'INDIVIDU) :

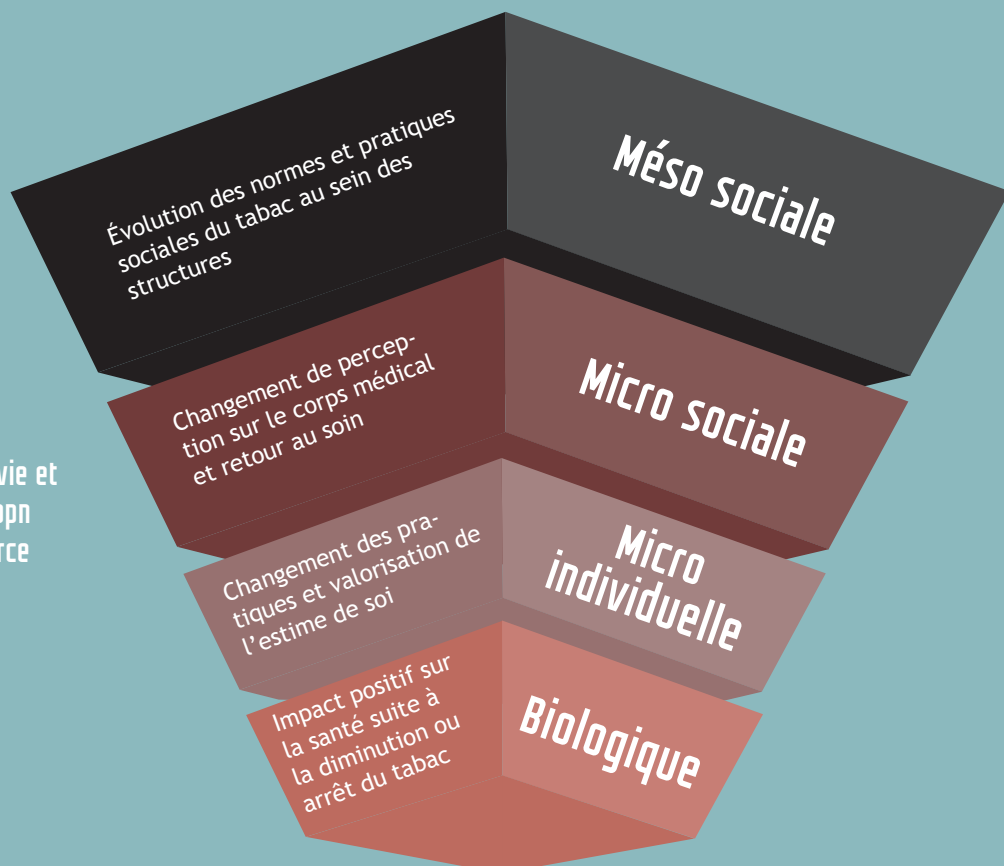
La participation à l'expérimentation induit un impact positif (réel ou ressenti) sur le corps. Sans avoir nécessairement arrêté la cigarette, la grande majorité des individus enquêtés déclarent se sentir mieux physiquement depuis l'intervention de la tabacologue. Ils disent mieux respirer, se sentir plus en forme, plus légers... De fait, la diminution ou l'arrêt du tabac à un impact positif sur la santé, qu'il est possible de mesurer médicalement.

À L'ÉCHELLE MICRO-INDIVIDUELLE (CELLE DE L'INDIVIDU) :

Nous observons un changement des pratiques quotidiennes liées à la consommation de tabac. Les individus, chacun à leur manière, vont recomposer leur quotidien autour de nouveaux gestes et de nouvelles pratiques. Par exemple, ils vont modifier leurs trajets afin d'éviter les bureaux de tabac lorsqu'ils sortent, diminuer leur consommation de café afin de limiter

⁵ La théorie des échelles d'observation est issue de la réflexion épistémologique de Dominique Desjeux, professeur d'anthropologie sociale et culturelle à la Sorbonne. Elle repose sur le principe du relativisme méthodologique : un résultat n'est vrai qu'en fonction du prisme par lequel il a été observé. Pour en savoir plus sur le sujet, voir Desjeux, D. (2004), *Les échelles d'observation en sciences sociales : un relativisme méthodologique bien tempéré*. Les sciences sociales, Paris, PUF, *Que sais-je ?*

Figure 10 : Itinéraires de vie et dénormalisation du tabac (Source Sociotopie)



les cigarettes qui l'accompagne, ne plus fumer chez eux mais uniquement dans les espaces collectifs extérieurs, etc. Ce changement de pratiques s'accompagne d'une valorisation de l'estime de soi. Chaque succès dans le changement est une fierté pour les individus, ce qui les motive d'autant plus à adopter de nouveaux comportements. Les répercussions de cette meilleure estime de soi ne sont pas visibles uniquement sur les pratiques tabagiques, mais s'observent également sur d'autres actes du quotidien ou sur d'autres problématiques (cf portrait de monsieur J qui a réussi à arrêter l'alcool grâce à son travail sur la cigarette, présenté en annexe). Ainsi, non seulement l'expérimentation a un impact sur la consommation de tabac des individus précaires, mais elle constitue aussi une porte d'entrée pour aborder les autres problématiques auxquelles ils sont confrontés au quotidien (l'alimentation, d'autres addictions, le rapport à l'autre et à la famille...). C'est ce dont témoigne un travailleur social :

«C'est bien parce qu'en fait Bernadette nous a montré que le début pouvait être la clope. Alors que nous, on avait tendance à dire que non, le début c'est d'avoir un toit sur la tête et après tu réfléchis à fumer. Mais tu peux aussi commencer par là, parce qu'il y a aussi la question de l'argent sur les clopes ! [...] Donc c'était une porte d'entrée qu'on ne soupçonnait pas et qui maintenant est bien ouverte et qu'on évoque avec moins de moqueries» (Jérémy - chef de service)

À L'ÉCHELLE MICRO-SOCIALE (CELLE DU RAPPORT DE L'INDIVIDU À L'AUTRE ET À L'EXTÉRIEUR) :

L'expérimentation rebat les cartes de la relation soignant-soigné. Là où le médecin ou l'infirmier apparaissent pour le public de l'expérimentation comme des «donneurs de leçons en blouse blanche», Bernadette LEROY fait figure d'exception. Comme le confirme un travailleur social :

«Tout d'un coup, l'infirmière ce n'est plus une dame en blouse blanche qui te fait la morale en te disant "Nan mais monsieur, vous vous shootez là alors que vous avez une plaie, faut pas faire ça !"». Souvent, les soignants sont assimilés à des gens qui nous font la morale. [...] En tout cas pour le public qu'on accueille, le soignant c'est quand même celui qui te redescend à la réalité et qui te dit que tu consommes comme un porc, que tu as des troubles psy, que tes conditions d'hygiène sont pas au top et qu'il serait bien d'arrêter de fumer. [...] Bernadette elle est pas dans ce truc-là, au contraire elle te fait la liste des choses qu'on peut faire !» (Jérémy - chef de service)

Par son approche globale de l'individu et la relation de confiance qu'elle crée, la tabacologue permet aux personnes en situation de précarité de renouer avec le corps soignant. Les relations avec celui-ci ne paraissent plus asymétriques ou descendantes. Une soignante témoigne :

«Moi j'ai une étiquette de "médecin". C'est parfois très bloquant dans la relation avec les patients, pour oser parler du produit, pour oser dire qu'ils consomment ça.» (médecin)

Au-delà de la question du tabagisme ou de l'addiction, l'approche développée par Bernadette LEROY permet ainsi de poser différemment la question du soin :

«Les choses évoluent sur les représentations de «qu'est-ce que c'est que le soin», la manière de l'aborder et de faire autrement... Et une fois de plus, cette approche permet d'amener du soin presque «sans que ça en ait l'air» [...]» (Madeleine - médecin)

Ainsi, grâce à la création d'un lien de confiance de pair à pair, l'expérimentation permet un changement de perception sur le corps médical et retour progressif au soin. Un travailleur social explique à ce sujet :

«De faciliter les relations avec un soignant, ça permet aux gens de pouvoir à nouveau réfléchir à aborder un soignant. Ce que je vois c'est que d'avoir une dame comme Bernadette, sans blouse, qui parle facilement du soin, les gens se disent «ah enfaîte on peut parler de soin ici ! Ah en fait on peut aborder des gens et parler ! Et bah tiens, je m'inscrirais bien chez le médecin pour faire un bain de pied ; tiens je m'inscrirai bien chez l'infirmière pour lui montrer l'abcès foireux que j'ai sur la jambe et que j'ose pas lui montrer depuis des mois et des mois et que je cache sous mon jean»... Et au-delà de l'aspect tabac - qui a du sens, je ne le balaie pas du revers de la main ! - au-delà de ça, je crois qu'avoir des soignants faciles d'accès dans ce type de structure, c'est très bien parce que ça facilite après l'accès au soin.» (Jérémy - chef de service)

À L'ÉCHELLE MÉSO-SOCIALE (CELLE DES ORGANISATIONS ET DES SYSTÈMES D'ACTION) :

Il est possible de constater une réelle évolution des normes et des pratiques sociales liées au tabac au sein des structures. Comme nous l'avons déjà souligné, l'expérimentation n'a pas touché uniquement les résidents des structures. En effet, elle a amené un certain nombre de professionnels à se questionner sur leur propre consommation, ou sur leurs pratiques professionnelles liées au tabac. Dans certaines structures, l'encadrement des pratiques tabagiques a même évolué. Par exemple dans une des pensions de famille enquêtée, les résidents ne sont plus conduits en Belgique pour acheter leurs cigarettes : ils doivent maintenant s'y rendre de manière autonome. Ainsi, même si, pour des raisons d'ordre structurel, la dénormalisation du tabac ne se traduit pas toujours en acte, fort est de constater qu'elle n'est pas absente dans les discours.

Rappelons également qu'avant le passage de la tabacologue dans les structures, très peu d'entre elles abordaient la question du tabac. Ce qui ne signifie pas que le questionnement sur les pratiques tabagiques était absent, mais plutôt que les professionnels manquaient de moyens pour traiter la question (cf Une norme institutionnelle pro-tabagique qui vient soulever la question de la légitimité d'aborder la question du tabac). Beaucoup d'entre eux fument, donc ne se sentent pas légitimes à aborder la problématique du tabac ; ils n'ont pas d'autres arguments que celui du prix et ne savent pas par où commencer le travail, comment conseiller ou vers qui orienter. Pour résumer leur relation, une éducatrice explique :

«Moi je me suis dit, en vrai tant mieux qu'il y ait quelqu'un de l'extérieur, parce que je me sens pas compétente à accompagner sur cette problématique, donc ça m'arrange bien. Parce que s'il n'y a personne de l'extérieur, je ne le ferais pas, parce que je ne sais pas le faire et parce que je n'aurais pas pu orienter.» (Viviane - éducatrice)

En ce sens, l'intervention de la tabacologue a permis d'outiller les professionnels des structures pour qu'ils puissent se saisir de la question. Plusieurs travailleurs sociaux en témoignent : «On a maintenant les mots pour intervenir», «ça devient un langage un peu commun, maintenant on parle de gomme etc.».

Ainsi, la dénormalisation du tabac infuse les structures et les individus à différentes échelles. L'étude des impacts de l'intervention de la tabacologue et de ce que sa posture a produit démontrent bien que l'intérêt de l'expérimentation va au-delà de ses résultats quantitatifs. Cependant, les effets observés ci-dessus nécessitent certaines conditions pour pouvoir lever les freins de l'expérimentation.

CONDITIONS DE RÉUSSITE POUR LEVER LES FREINS ET LIMITES STRUCTURELLES DE L'EXPÉRIMENTATION

UNE NORME INSTITUTIONNELLE PRO-TABAGIQUE QUI VIENT SOULEVER LA QUESTION DE LA LÉGITIMITÉ D'ABORDER LA QUESTION DU TABAC

L'entrée sur le tabac semble toute nouvelle pour la plupart des structures. Loin d'être une préoccupation pour les équipes encadrantes, il n'y a quasiment jamais de restrictions ou d'encadrement de la consommation de tabac. La plupart du temps, la question n'est pas abordée, et ceci pour de nombreuses raisons.

D'abord, la norme sociale pro-tabagique est complètement intégrée par les équipes encadrantes et est peu remise en question.

«Parce que c'est hyper ancré, que plein de gens fument, qu'on se dit que ça n'est pas si grave... Des fois moi je me souviens même leur avoir dit : «vas-y c'est bon fume c'est pas grave !» y a tellement d'autres problèmes à côté que t'as envie de dire : «vas-y fumes c'est bon ça va» ! C'est un moindre mal en fait» (Viviane - éducatrice)

Outre le fait que le tabac ne «dérange pas», normalement parlant (en termes de bruit, de visibilité), les professionnels n'ont généralement pas le temps de le questionner. Ils sont parfois eux-mêmes fumeurs, ce qui ne facilite pas l'impulsion par les professionnels de santé qui ne se considère alors pas légitime pour aborder la question. Comment avoir un discours crédible et entendable lorsqu'on est soi-même fumeur ?

Plus encore, le tabac est outil de travail. Les cigarettes sont perçues comme indispensables pour créer du lien social, pour calmer, détendre ou réconforter les résidents :

«Nous les clopes c'est un outil plus que quelque chose qu'on combat. C'est que le mec qui va en cure, on lui ramène des clopes, le mec qui va en taule, on va lui faire une visite, on lui ramène des clopes... Quand on était en maraude on avait un budget clope : on a une cartouche par mois pour créer du lien. Parce que des fois, les gens ne veulent pas boire de café, et quand tu vas accompagner quelqu'un que tu rencontres pour la première fois dans la rue, bah tu lui tends une clope... C'est vrai que ça nous perçait notre budget clope en tant qu'éducateur, donc on a demandé à notre direction si on pouvait avoir le financement d'une cartouche de clope par mois, ce qui a été accepté.» (Jérémy - chef de service)

«Dans nos sociétés, le tabac, son intérêt n'est plus à démontrer. Il y a un vrai intérêt social dans le tabac. Voilà pourquoi c'est compliqué de travailler ces questions.» (Jérémy - chef de service)

Le tabac représente aussi un des derniers plaisirs pour les individus en grande précarité. Après avoir laissé derrière eux toutes leurs autres addictions, il ne leur reste plus que ça, «la bouffe et le tabac» d'après un éducateur.

Enfin, certains professionnels se demandent parfois s'il n'y aurait pas d'abord d'autres problématiques plus importantes à travailler avant le tabagisme.

Pour toutes ces raisons, bien que l'impact du tabac sur la santé soit reconnue par les équipes, la lutte contre le tabagisme n'apparaît clairement pas comme une priorité.

DES TEMPORALITÉS ET DES IMPÉRATIFS DIFFÉRENTS, VOIRE DIVERGENTS : L'IMPORTANCE DU TEMPS LONG

Le fondement de la démarche d'intervention repose sur le temps long de l'action. Que ce soit pour l'adaptation et l'intégration dans les structures, la création d'un lien de confiance ou encore la mise en place d'une pair-aidance, l'aller-vers et la démarche de la tabacologue nécessitent un temps relativement long de présence dans les structures. Afin que les gens puissent identifier la tabacologue comme une personne ressource à même de les aider, plusieurs mois sont nécessaires. En revanche, c'est du temps que les équipes encadrantes n'ont pas toujours. Dans les structures du médico-social, outre les difficultés conjoncturelles liées à la pandémie de COVID-19 (déstructuration des services, manque de personnels soignants, fatigue des équipes...), les travailleurs sociaux ont déjà beaucoup de missions et de choses à gérer. Ils doivent en priorité réaliser les missions pour lesquelles ils ont été recrutés. Dans ce contexte, le tabac ne peut être leur priorité. Dans les structures dans lesquelles le personnel est en sous-effectif, ou avec un fort turn-over dans les équipes, les équipes encadrantes ne peuvent atteindre un tel degré de proximité et de confiance avec les résidents. La plupart des professionnels enquêtés ont manifesté un fort intérêt pour l'expérimentation, mais ont aussi exprimé un manque de temps pour pouvoir s'en saisir véritablement :

«C'est super d'avoir une tabaco qui vient de l'extérieur et qui fait ça, parce que nous en tant qu'éduc, on a pas du tout le temps de s'en occuper !» (Léa - éducatrice)

Ce constat pose également la question de la suite donnée à l'expérimentation. Qui prend le relais une fois la tabacologue partie ? Quelle trace sont laissées par l'expérimentation ? Il faut des personnes disponibles et disposées à donner de leur temps pour s'investir de cette mission. Comme l'explique une soignante :

«Pour le moment la présence de Bernadette est indispensable et nous a montré toute son efficacité avec des belles victoires de personnes qui ont arrêté de fumer. Maintenant former quelqu'un de l'équipe, il faut qu'il le veuille, mais avec le Covid, on a des gens qui sont partis... On a des postes vacants, l'année a été très dure.» (Camille - cheffe de service)

Les structures dans lesquelles les résultats de l'expérimentation sont les plus pérennes et où il y a une véritable continuité de l'action après le départ de la tabacologue sont principalement celles avec les moyens humains les plus solides : une équipe stable et qui a eu le temps de nouer des liens de confiance auprès des personnes accompagnées. La transmission d'ou-

tils et de savoir-faire autour de la dénormalisation du tabac est facilitée lorsqu'une ou plusieurs personnes de l'équipe encadrante est volontaire pour s'en saisir et a le temps de s'investir dans cette tâche. Ce fut par exemple le cas dans plusieurs types de structures, notamment grâce aux animateurs socio-culturels de ces-dernières car leurs missions internes concordaient avec l'expérimentation. À l'inverse, dans d'autres structures, des professionnels ont commencé à être formés pour prendre le relais de la tabacologue, mais faute de budget, leur poste n'a pas été reconduit ou ils ont dû changer de missions.

TROUVER SA PLACE DANS LES STRUCTURES, ENTRE AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE VENIR DE L'EXTÉRIEUR

Nous avons observé plusieurs avantages à ce que la tabacologue vienne de l'extérieur : non seulement, son activité est centrée sur cette question du tabac, mais elle permet aussi de faire le lien avec d'autres institutions (les CAPSA par exemple) et acteurs du territoire. Le temps long de l'action lui permet de rentrer plus en profondeur dans ses relations avec les fumeurs que dans une consultation tabacologique classique, et son statut de personne extérieure à la structure encourage les résidents à se confier sur des sujets plus personnels, ou qui ne sont que rarement abordés par les équipes en interne. Ils se livrent parfois plus facilement qu'avec les professionnels des structures, avec qui ils ont une relation de proximité quotidienne qu'ils peuvent avoir peur de briser. Comme l'explique une soignante :

«Que ça soit quelqu'un de l'extérieur, je pense que ça apporte... Une forme de regard neuf, quelque chose d'un peu plus impartial. Peut-être moins d'appréhension sur le fait que ça soit quelqu'un qui les connaît, biaisé un peu par des jugements en lien avec des comportements antérieurs ou des choses qui se sont passées... Parce que forcément tout se mêle un peu.» (Madelaine - médecin)

Ce regard extérieur de la tabacologue sur la situation des résidents permet la mise en place d'un meilleur accompagnement (cf portrait monsieur R). La tabacologue sert alors d'intermédiaire dans le suivi, de facilitatrice. Elle peut faire le relais entre l'individu et le reste de l'équipe ou avec d'autres professionnels de santé. De plus, puisqu'elle travaille en lien avec différentes structures, elle peut orienter les individus vers les professionnels, les associations ou les structures qui seront les plus à même de les prendre en charge en fonction de leur profil et de leurs besoins. Contrairement aux travailleurs sociaux, elle peut également prescrire. Cette dimension apparaît comme nécessaire pour le suivi tabagique.

Cependant, comme toute action extérieure, le projet peut se retrouver aux prises avec des problématiques internes aux structures. En effet, il met en scène différents acteurs aux impératifs et enjeux divers. Ces enjeux peuvent être de différents ordres : politiques, économiques, symboliques... et peuvent parfois interférer avec le projet. La posture externe de la tabacologue lui permet de s'extraire et de se distancier de ces problématiques, même si elle s'y retrouve toutefois confrontée. Les jeux de pouvoir, les rivalités internes et les rapports hiérarchiques sont autant d'enjeux auxquelles la tabacologue a dû faire face. Lorsque les querelles internes sont trop fortes, elles peuvent se révéler être de véritables freins au bon déroulement de l'expérimentation. La tabacologue doit alors trouver des façons de désamorcer ou de surmonter ces freins. Dans les situations les plus complexes, la prise en compte de ces jeux d'acteurs ajoute une charge à son travail, pouvant entraîner une lourde fatigue émotionnelle et psychologique. Pour la suite de l'expérimentation, il s'avère nécessaire d'intégrer ce paramètre à l'intervention, afin de ne pas mettre en difficulté les futurs intervenants.

Cette dimension souligne largement l'importance de travailler avec les équipes en place dans les structures. «Sans les professionnels, je ne peux rien faire» confirme Bernadette LEROY. Bien qu'elle soit autonome dans la mise en place et le déroulement de l'expérimentation, cela ne signifie pas qu'elle doive être seule à œuvrer. Pour la réussite et la continuité de l'expérimentation, créer un lien de confiance avec les professionnels des structures est primordial. En cela, la tabacologue ne fait pas de l'aller-vers uniquement avec les résidents, mais aussi avec les travailleurs sociaux et les autres soignants.

L'EXPÉRIMENTATION REPOSE SUR DES SAVOIR-ÊTRE, FORTEMENT LIÉS À LA PERSONNALITÉ DE LA TABACOLOGUE

Tout autant que ses compétences en tabacologie, c'est sur le savoir-être de la tabacologue que repose la réussite de l'expérimentation. Sa posture se fonde sur l'intelligence relationnelle⁶. La capacité d'écoute, la bienveillance, le respect de l'individu et de ses choix ou encore la capacité d'adaptation sont autant de compétences comportementales que Bernadette LEROY a mobilisées à chaque étape de l'intervention. Comme nous l'avons vu plus haut, ces savoir-être ne s'appliquent pas seulement avec les personnes accompagnées, mais aussi avec les professionnels des structures dans lesquelles se sont déroulées l'expérimentation. «Pour lui faire plaisir, ils (les résidents) auraient tout fait, et nous aussi !» rapporte l'équipe d'une des structures enquêtée. Dans une autre encore, la tabacologue «fait maintenant partie de la famille». Une éducatrice confirme :

«Bernadette, elle a des grosses qualités relationnelles et de création de lien», «elle joue énormément, c'est primordial dans le lien et dans l'approche avec nos gars. Le fait d'être bienveillant, de ne pas être dans le jugement, de ne pas être un donneur de leçon, ça, elle sait très bien le faire. Même dans son lien avec les équipes aussi. Je veux dire que c'est même quelqu'un sur qui on a pu compter pour échanger sur des situations, même en dehors du tabac...»⁷.

Ces qualités constituent de réelles compétences. Les savoir-être sont certes moins tangibles que les savoir-faire, mais ils sont de plus en plus recherchés et reconnus dans le milieu du travail, en témoigne le nombre de publications sur le sujet en sciences de gestion et en sciences comportementales. Il convient alors de les considérer comme de vrais savoir, au même titre que les savoir-faire. Leur expression est en partie liée à la personnalité du professionnel qui les exprime, mais ils ne lui sont pas spécifiquement rattachés. Il a ici été question de la posture de Bernadette LEROY, puisque c'est bien elle qui a été à l'œuvre pour cette expérimentation, mais il n'y a pas de raison de penser que les résultats et les effets produits auraient été fondamentalement différents si l'expérimentation avait été conduite par une autre personne, dotée des mêmes savoir-être.

Conclusion : des freins structurels et des déterminants sociaux surmontables

Les freins au bon déroulement de l'expérimentation sont avant tout d'ordres structurels. Mais contrairement aux déterminants sociaux sur lesquels il est plus difficile d'agir, les freins structurels peuvent facilement être levés. Surmontables, ils n'empêchent pas la réalisation de l'action. Ils influencent son déroulement et lui donnent des formes différentes en fonction des contextes et des situations des structures dans lesquelles la tabacologue intervient. C'est particulièrement le cas pour la fin et la suite à donner à l'expérimentation, qui prend des formes diverses en fonction des réalités vécues par les équipes encadrantes et des moyens humains à disposition.

Deux leviers d'action principaux ont été identifiés afin de dépasser situations de blocage : le savoir-être de la tabacologue et le soutien des équipes professionnelles au sein des structures. En effet, les professionnels de la santé et du social apparaissent comme des personnes ressources sur lesquelles s'appuyer pour la réussite de l'expérimentation. L'adhésion volontaire des publics à l'expérimentation paraît tout aussi importante que celle des professionnels.

⁶ L'intelligence relationnelle désigne un ensemble de compétences permettant aux individus de construire des relations durables et respectueuses des besoins de chacun

⁷ Pour plus d'exemples, aller voir les témoignages des professionnels

CONCLUSION ET MODÉLISATION DE L'ACTION

En guise de conclusion, nous proposons ici une modélisation globale de l'expérimentation, qui vise à décrire l'intervention et ce qu'elle a produit, tant sur les résidents des structures que sur leurs professionnels. Elle montre les différentes étapes, les attentes et les effets de l'expérimentation lorsque celle-ci se déroule dans des conditions optimales.

Il apparaît clairement que l'approche développée se fonde avant tout sur l'humain et la relation de confiance soignant-soigné. En ce sens, il est logique que la réussite de l'expérimentation tienne davantage au bon usage des savoir-être qu'à des éléments plus quantifiables. C'est pourquoi, bien qu'il nous ait été possible de réaliser une modélisation complète du déroulé de l'action, il convient de se méfier des solutions «clés en main». Puisqu'ils supposent une constante adaptation au contexte et aux environnements, les compétences relationnelles et les savoir-être sont difficilement mesurables, calquables et donc modélisables.

Pour autant, l'évaluation de l'expérimentation a démontré la plus-value de ce type d'approche et son intérêt pour aborder la dénormalisation du tabac auprès des publics en situation de précarité. La question de la transférabilité et de la suite de l'action reste ouverte :

«Comment continuer, je ne sais pas. Est-ce qu'on souhaite continuer, oui. Comment, c'est ce qu'il reste à voir.» (Jérémy - chef de service)

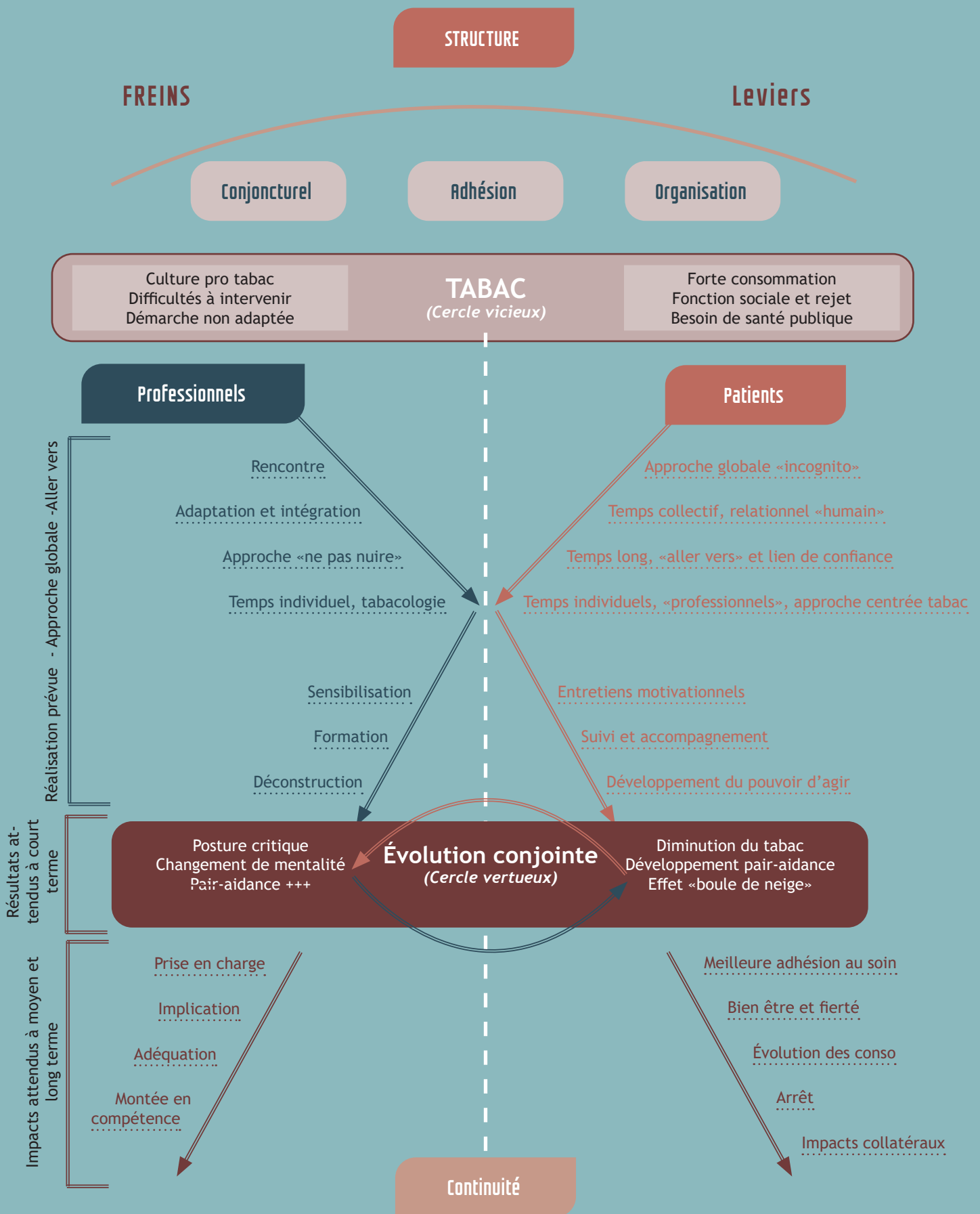


Figure 11 : Modélisation globale de l'approche (source sociotopie)

Légende

..... Elements d'approche patient

..... Elements d'approche professionnels

PERSONNES
ACCOMPAGNÉES



SINBA

Pouvoir d'Agir
Avec Motivation
Savoir-faire
Relation
Changement
Posture, Empathie

ACCOMPAGNEMENT de TABACOLOGIE

NOM : M. BACHÉME
Prénom : M. J. BACHÉME
01 67 57 60 02

roche
RS... »

Agnès

Témoignage d'Agnès lors d'une réunion de travail organisée par la Fédération Addiction sur l'alliance thérapeutique :

"Bonjour je m'appelle Agnès je viens d'avoir 53 ans je vous parle de mon parcours avec le tabac. J'ai commencé à fumer à l'âge de 17 ans. Très vite je suis passé à 3 paquets de 20 cigarettes par jour. Aujourd'hui je vapote. Quand j'achète un paquet de 20 cigarettes, il dure 3 jours. J'ai pris beaucoup de poids. Comment faire la part des choses entre arrêt du tabac et traitement faisant grossir ? Je vapote avec la cigarette électronique bien sûr, comme mon compagnon et je veux n'utiliser que la cigarette électronique. Je suis sûr que c'est pour bientôt parce que l'image d'un paquet de cigarettes dans ma tête m'écœure. Ma santé physique s'en ressent. Le budget a grimpé et je suis beaucoup plus calme.

Ça m'a plu de faire ce travail sur moi avec l'aide de Bernadette, de La prière avec un grand besoin de Liberté. Je ne veux plus me laisser mener par les distorsions de mon cerveau. Je veux aérer mes pensées et ventiler les poumons. Depuis que je fume très peu j'ai moins d'hallucinations auditives. Un grand et beau défi merci Bernadette.»

Agnès, le 2 Novembre 2021 - Pension de famille ABEJ Solidarité Capinghem

Témoignage d'Agnès lors d'un COPIL

Il y a eu dans ma vie des journées à trois paquets , ... beaucoup... !!

Maintenant, je passe devant un tabac, je n'entre pas, ça ne me pose pas de problème, ça c'est nouveau ! Je suis à un paquet de cigarettes toutes les trois semaines.

Je vapote beaucoup j'apprécie de plus en plus la vapoteuse et j'ai trouvé mon goût préféré ! Enfin !

Les aliments ont plus de goût et d'odeur.

Je suis plus calme dans la journée et je dors mieux. En fait je me sers de beaucoup d'abnégation pour me soigner et j'applique ça aussi au tabac, c'est-à-dire que je m'oublie un petit peu... un petit peu beaucoup... Pour penser à fumer ou à ne pas fumer. C'est beaucoup plus facile comme ça ! Alors quand je fume, car je fume encore, je ne me rends même pas compte que je suis en train de fumer. Après je prends peur parce que je me demande ce que j'ai fait de mon mégot?

Est-ce qu'il est éteint ? Bref, ça ne donne pas envie de fumer quoi... !

Et enfin, j'en ai marre de marcher par ambivalence sans arrêt, de me faire plaisir pour m'abîmer et rebelote alors je voudrais dire

un immense merci à Bernadette avec qui le courant est passé tout de suite et j'aimerais bien que tu reviennes par la suite.

Mylène & Patricia

Témoignage de Mylène - résidente et de Patricia Hôte de Pension de Famille lors d'un Copil

«Bonjour je suis Patricia, je travaille à la pension de famille de la Madeleine en tant qu'hôte de pension de famille. J'accompagne Mylène dans son arrêt du tabac en collaboration avec Bernadette et je vous présente Mylène .

(Mylène) bonjour, Jeune, je n'avais pas de problème avec le tabac, Même si je fumais beaucoup mais à l'âge de 18 ans, j'avais déjà les nerfs. En grandissant je suis tombée malade, puis en vieillissant, La cigarette n'allait pas avec mon état de santé parce que je fumais beaucoup et j'avais du mal à marcher. Ça me faisait mal, je n'arrivais plus à respirer. 300 mètres et je m'arrêtais. Ça m'énervait de fumer.

J'ai souhaité diminuer ma consommation. J'avais eu un traitement prescrit par mon médecin traitant mais ne l'utilisais pas. On a remis en route ce traitement, puis on l'a associé à la cigarette électronique dans un second temps.

Et j'ai arrêté de fumer pendant 3 mois. Puis j'ai repris. Mais peu de temps après, je me suis aperçu que je n'avais plus d'argent pour manger . Quand j'ai repris, je voyais que ça me rendait nerveuse de refumer, je n'étais pas bien, j'avais des difficultés à respirer. A l'arrêt du tabac, je n'avais pas de difficultés d'argent.

Puis, il y a aussi le suivi en pneumologie, le Dr me disait d'arrêter car je suis sous oxygène pour la BPCO, pour des problèmes respiratoires, c'est la maladie du fumeur.

Puis il y a le problème du poids....enfin, tout est lié. Je dois mettre une machine pour l'apnée, j'ai du mal à dormir. J'ai beaucoup grossi. Encore tout à l'heure dans l'ascenseur, je me suis regardée... J'ai vraiment pris beaucoup de poids !

Je mangeais plus depuis l'arrêt du tabac. C'est pas une solution de recommencer le tabac à cause de ça, c'est ridicule. Le problème de l'alimentation il était déjà là avant !

Quand je me regarde, je me fais une angoisse et je panique déjà à l'idée d'aller voir le médecin. Qd il fait chaud, Les gens sortent, il y a des belles femmes en jupe alors que toi tu peux pas.

(Patricia) tu ne peux pas arrêter de fumer et gérer la perte de poids en même temps c'est vraiment beaucoup. Tu te focalises sur l'arrêt du tabac et on verra par la suite pour mettre en place des petits ateliers pour faire des repas équilibrés et éviter le grignotage J'ai pu remarquer que les réflexions qu'on pouvait te faire sur ta prise de poids t'incitaient à refumer. Mais tu as fait un super parcours, il faut pas t'arrêter là ! après que tu aies des petits moments de faiblesse et que tu aies envie de fumer ça peut arriver c'est pas grave, et c'est ce que tu es en train de faire actuellement : c'est une belle victoire !

(Mylène) mais j'aimerais bien perdre du poids. Cela m'obsède. J'ai repris la cigarette et je le ressens trop !!

J'ai tenu 3 mois (plus que ça ...).

(Patricia) J'étais toujours en accompagnement à côté de toi et à chaque fois tu te reprenais très vite et ça t'a permis d'avancer parce que l'objectif premier c'était juste une diminution de consommation. Toi tu es allé jusqu'à l'arrêt total donc c'est vraiment c'est vraiment un beau succès !

J'ai rendez-vous demain chez le médecin et je suis très angoissée c'est une obsession de mon corps. Et en même temps si je fume je ne peux pas marcher. Et le médecin me dit qu'il faut marcher, en plus, j'ai déjà l'oxygénation la nuit pour le contrôle : je fume et je n'arrive pas à marcher mais pour maigrir, il faut marcher justement.... Donc il vaut mieux arrêter le tabac carrément et après faire du sport. Quand on veut maigrir, c'est pas que l'alimentation c'est le sport aussi ? Le regard des gens pour l'instant.... Il faut que je me focalise plus sur l'arrêt du tabac encore une fois.

Faut toujours penser ce qui est bien pour toi après le monde extérieur et pas forcément facile et les gens sont souvent méchants.

Et régulièrement ça dérange les autres si j'arrive et si j'arrête de fumer. Je mange pas bien parce que j'ai plus d'argent, si j'économise avec le tabac je ferai un effort sur une alimentation plus équilibrée. Avec des tomates cerises, du thon... Faire des menus. Mon problème c'est le tabac sinon je ne vais jamais marcher correctement. Mais je ne refumais pas

tous les jours, sur une semaine j'ai fumé un paquet de cigarettes, avant c'était 20 à 30 cigarettes par jour.

Si ça c'est pas beau !!

Depuis ce matin je n'ai pas fumé et je me sens pas trop en manque, je prends des nicorettes, la cigarette électronique...

Tu sais que ce soit avec moi ou Bernadette, tu as toujours une oreille attentive pour t'écouter pour tes questions. On travaille ensemble.

Patricia m'a dit : «je suis fière de toi !! Et je suis fière de moi bien sûr, c'est une belle victoire !

Oui je suis fière de ce que tu fais je crois en toi je sais que tu vas y arriver, Il faut croire en toi également !

oui mais la cigarette est vraiment un poison. j'ai arrêté plus facilement l'alcool que la cigarette. Ça pose de problème à personne, le regard sur les gens qui fument. Et j'apprécie mieux une ou deux cigarettes le matin qu'un paquet. J'ai mis une sacrée distance avec elle alors qu'avant elle était toujours là. Mon voisin Fred a aussi acheté une Cigarette électronique, il finit son paquet et se met à la cigarette électronique. Céline, l'infirmière veut aussi arrêter de fumer, je suis au courant de tout ça !!

Usagers Armée du salut

P : «Bernadette elle fait que l'on arrive à se livrer, à parler de nous, c'est comme psychologue».

T : «J'ai des problèmes aux poumons, et je sais qu'il faut que j'arrête. Avec Bernadette, j'ai utilisé la cigarette électronique. Il faut que je m'en achète une bonne maintenant. J'ai déjà été hospitalisé pour mon poumon mais on ne m'a jamais proposé un suivi tabac ; C'est important d'en parler car je ne pensais pas pouvoir m'en passer».

S : «Je fumais jusqu'à 4 paquets par jour. Je voulais diminuer, j'ai

demandé de l'aide à Bernadette, elle m'a proposé des gommes et m'a expliqué les effets de la nicotine. Je suis maintenant à 2 paquets par jour. On a un corps et il faut le garder en bonne santé. Je ne bois pas, ne me drogue pas, il faut prendre soin de son corps. Il faudrait continuer à en parler aux autres, en discuter, je veux bien partager mon expérience avec les autres».

S : «Je dois arrêter pour ma santé, mais je n'arrive pas, je sais que je dois le faire, Bernadette est venue me voir plusieurs fois. Elle m'a apporté une cigarette électronique mais ce n'est pas la même chose, j'ai du mal à me prendre en main».

S : «Je me pose beaucoup de questions sur pourquoi je fume ? Est-ce que c'est héréditaire ? car mes frères fument aussi. Pourtant je n'aime pas le goût du tabac, ça ne me fait pas plaisir de fumer, mais je n'arrive pas à arrêter. Et Bernadette m'a rassuré et j'ai pris rendez vous avec elle pour continuer le travail».

H : «je veux arrêter mais pour le moment je n'y arrive pas, je la revois à sa prochaine visite pour continuer le travail».

Le groupe de fumeur qui a rencontré Bernadette sont unanimes sur la facilité à échanger avec elle. «Elle a un regard positif, et est à l'écoute. Elle a toujours des réponses à nos questions et des solutions à nous apporter».

V a complètement arrêté de fumer le tabac avec les patchs et la vapote

M et S : La tabacologue a travaillé avec eux la diminution de la consommation de cigarettes avec les patchs et les gommes. Pour l'un, la diminution a été effective mais le deuxième n'a pas freiner sa consommation et était parfois en surdose de nicotine avec les patchs.



28/04/22 - VISA - FERME DES PETITES HAIES

THIERRY

Dessin réalisé avec mon petit fils Khalil de 10 ans :

Deux couleurs de départ, le rose et le bleu, les couleurs du Bonheur, du Plaisir.

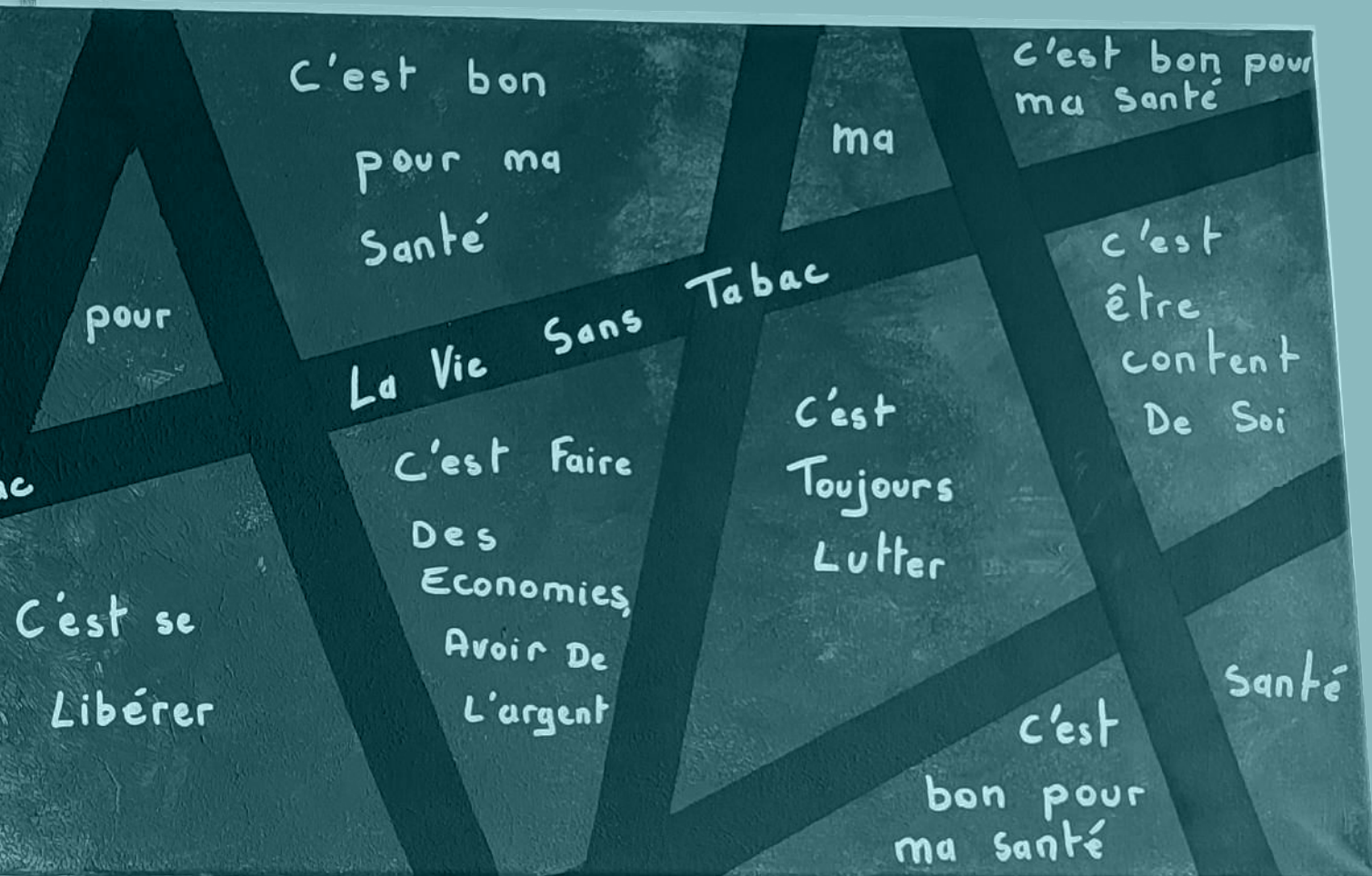
Au départ, il y a du Plaisir mais avec le temps, les problèmes apparaissent ; on devient dépendant de ces produits qui nous font mal.

Je suis fumeur et je suis diabétique : le plaisir est un leurre, il nous amène de fausses informations

quand on devient dépendant, il est trop tard, il faut se faire accompagner car ce n'est pas évident d'arrêter du jour au lendemain.

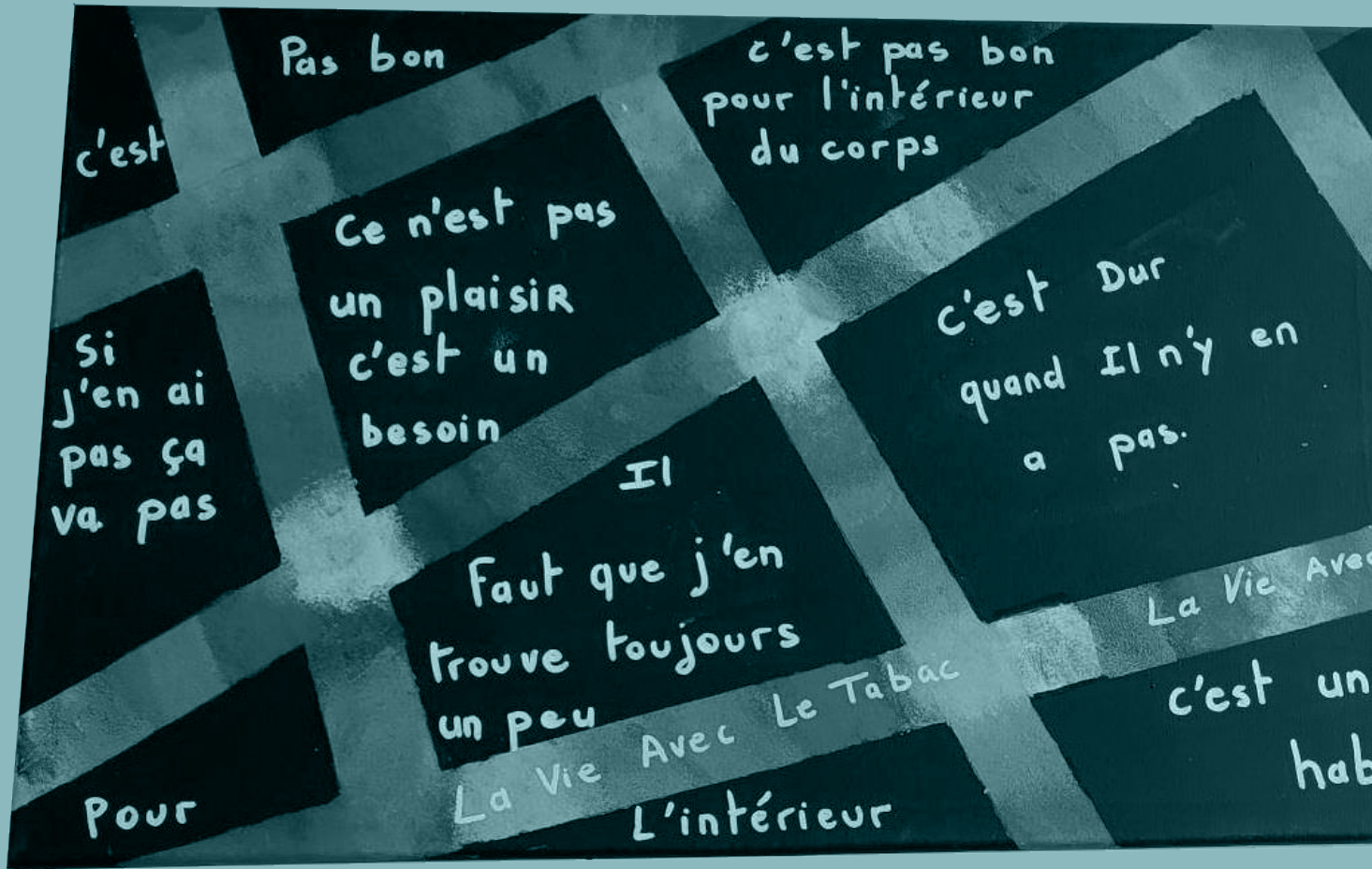
Quand on a des soucis, on pense tout de suite à ces produits : la cigarette, le sucre, les friandises, l'éclair au chocolat, les boissons, l'alcool....





ARMÉE DU SALUT - LILLE





EMPOUR

C'est
Acheter notre
mort avec
notre propre
Argent.

On est
esclave
de ça

Fumer c'est
La douleur
pas du
plaisir

La Vie Avec Le Tabac

c'est
cher

C'est pas
bon pour
l'intérieur
du corps

du
corps

Le Tabac

e
itude

EINTE S



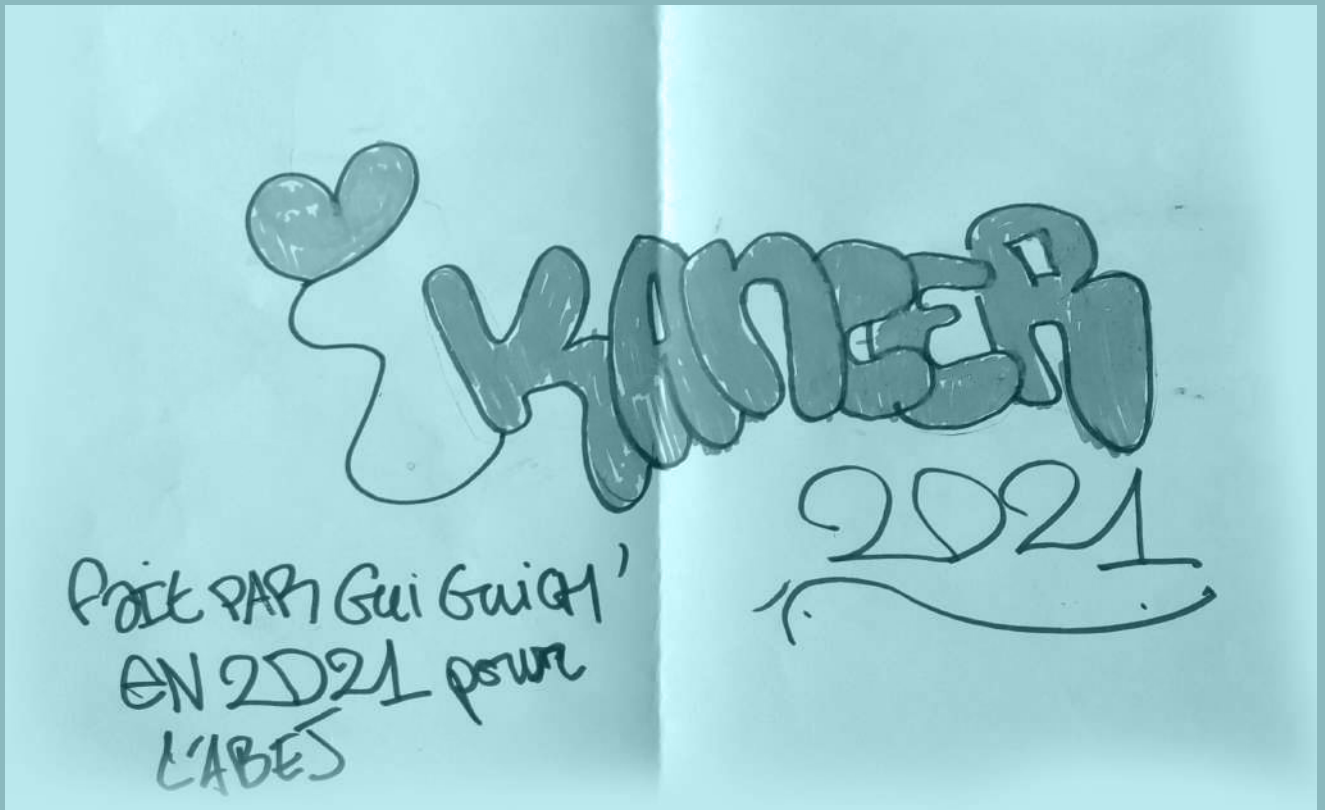
LA « NICO-TEAM' »

DE LA FERME DES PETITES HAIES – FÉV 2022



EXEMPLE DE POWER POINT CRÉÉ

TAG RÉALISÉ PAR GUILLAUME POUR EMPREINTE LES GLYCINES



EMPREINTE

LA LIBERTE

... «Je veux rester Libre de fumer... on nous oblige à... il faut arrêter...TU DOIS arrêter... On n'a pas le droit de...»...

Nos droits... nos devoirs... notre Liberté se retrouve souvent bafouée.

Nous vivons entourés de produits interdits, illicites.... La cigarette est un produit ancien, licite et pourtant on nous incite et on nous donne le sentiment que l'on nous oblige à l'arrêter...

Mais, nous restons évidemment libres de fumer !

La LIBERTE est la possibilité, le pouvoir d'agir sans contrainte ; c'est l'état de quelqu'un qui n'est pas soumis à.... Qui ne fait pas l'objet de pressions

Le rôle de la liberté peut être défini comme la possibilité qu'a une personne de penser, de s'exprimer et d'agir selon ses valeurs, ses croyances, ses besoins et ses désirs. La liberté permet donc à une personne de faire des choix.

Alors, le fumeur est-il libre de fumer ou non ?

En dehors de la dangerosité du produit, la dépendance induite par cette consommation régulière atteint inévitablement la liberté du fumeur...

LA LIBERTE de décision de fumer ou non

LA LIBERTE d'arrêter quand je veux

LA LIBERTE de se faire plaisir avec quelques cigarettes (comme le chocolat)

LA LIBERTE de vivre et d'agir sans contrainte avec ou sans elle

LA LIBERTE de fumer sans le sentiment d'être épié, jugé

La cigarette est l'outil indispensable qui permet au fumeur de vivre le stress au travail, à la maison de supporter la misère et le sentiment d'impuissance, elle est l'outil qui répond à l'ennui, l'inquiétude, l'incertitude de l'avenir, la solitude....

Elle est l'outil qui peut le priver de SA LIBERTE

Magid et toute l'équipe - réalisée dans le cadre de l'empreinte au CAA-RUD Point de Repère de l'Abej SOLIDARITE.

PASCAL DE CAPINGHEM

Le tabac, la cigarette, les tubes, les roulées et quand je n'ai pas de tabac, je fais (nous faisons les mégots) " les mégots abjects !"

Pourquoi je fume ?

- ▶ a) je suis convaincu que j'en ressens un plus grand besoin
- ▶ b) je sais que certaines formes de cigarettes roulées, cigarettes ou roulées j'aime ! il y a la cigarette la plus difficile, la première le matin avec le café, ça n'est pas forcément plus en tout cas depuis trois semaines. mais après deux ou trois heures après le réveil et lorsque je prends mes médicaments, c'est à dire 10mg de suboxone (contre l'héroïne) un Lysanxia 10mg et un brintellix antidépresseur. alors cette cigarette est une vraie drogue à accoutumance. il me la faut, quitte à faire les quatre étages, ou sortir faire un tour voir si quelqu'un peut m'offrir cette cigarette. et si je ne trouve personne pour me l'offrir, cet irrémédiablement les mégots. Mais d'une manière ou d'une autre, je la trouve, c'est celle que j'aime, je crois, le plus. voir celle que j'aime le plus.
- ▶ c) je pense, à mon frère, qui a arrêté depuis environ 15 ans, à ma belle soeur qui fumait deux paquets de clopes par jours, depuis environ trois ans, plus une clope. Quand je vois des gens courir, ça me donne envie de faire autant mais la motivation me manque d'autant que j'aime fumer et même si je sais que ça fait 35 ans que je fume sans avoir arrêté, ou alors une fois 6 mois je crois, et d'une fois un mois. donc on peut dire que depuis 25 ans je fume quotidiennement.

- ▶ d) la conscience que le cancer peut arriver. le cancer de la langue, le cancer de la gorge, des poumons ou autres. et pourtant j'y pense et puis j'oublie. puis la cigarette est toujours présente.
- ▶ e) les cigarettes que je déteste et que pourtant je fume. En effet, il y a ces satanées cigarettes que l'on ne veut pas, mais que l'on fume tout de même. Elles sont désagréables, nuisent à ma gorge, me donnent des coups de fatigue voire parfois des maux de tête, puis là je me dis de plus en plus que j'ai besoin d'aide importante, quelques personnes qui sauraient me motiver. seul je n'y arrive pas, vraiment pas, et quand le soir au coucher, je fume ma dernière clope en disant demain je fumerai une cigarette avec mon café, puis j'essayerai de n'en fumer que 4 ! mais en vain !
- ▶ f) même malade, avec une petite grippe, des maux de gorge, je fume tout de même !

En conclusion : Il me reste un long chemin pour éteindre cette cheminée qui ne cesse de dégager cette maladie en fumée depuis 35 ans. Ou alors, il faudrait qu'un beau matin, je me force à être calme, y penser très fort et être fort tenace... mais hélas, je suis faible. Puis comme je disais ci-dessus, il y a des cigarettes que j'aime fumer, mais il y en a plus que je n'aime pas du tout. Donc, si déjà je ne fumais que celles que j'aime, ça me ferait cinq par jour, ça ferait déjà un bon ralentissement ; Voici pourquoi je vous sollicite.

JEAN ALAIN 23-02-2021

Le tabac... je suis contre !!

La cigarette a décimé toute ma famille

PASCAL W 23-02-2021

Pour cesser le tabac, quel fardeau ! Mais rien n'est impossible !

Personnellement, voici comment je vois comment m'en sortir, peut-être pas à zéro cigarette/jour car il y a un plaisir pour moi à fumer.

Mais je pense à retirer les autres cigarettes, celles que je fume par geste automatique...

Savoir passer une bonne semaine avec des non-fumeurs pourrait m'aider, Pourquoi ?

Parce que lorsque je suis avec mes camarades qui sont tous fumeurs, je fume les cigarettes qu'ils me proposent et que je n'apprécie pas,

Me donnant mal de gorge, perte de l'odorat, fatigue et maux de tête.

J'aimerais tant partir une semaine à la mer, respirer profondément l'air iodé ;

Faire aussi des activités, lecture, marche, maquette de modèle réduit, dessins, etc... sans la cigarette.

ANDRÉ 1er Mars 2021

Comme un Amour qui s'arrête
J'ai voulu briser le Charme
Qui me lie à toi.

Comme un Amour qui se meurt,
Je t'ai enfouie dans mon cœur.

Comme un Amour qui s'arrête
J'ai éteint ma cigarette.
Comme un Amour qui se meurt,
Je t'ai enfouie dans mon cœur...

AGNÈS 14 janvier 21

A propos de mon sevrage tabagique avec cigarette électronique

Pas de combustion dans la e-cigarette : pas de résidus très toxiques. Celle-ci satisfait le manque et besoin de nicotine, il faut un dosage adapté à la dépendance. j'ai commencé avec un dosage de 18mg/ml de nicotine dans le liquide, aujourd'hui je suis à 12mg.

je consomme de moins en moins vite mes flacons. les goûts de tabac et de violette ont ma préférence. je ne crache plus du tout au lever et mes bronches ne sifflent plus. amélioration du teint, du timbre vocal et pas de problème lié au mégot ! je fumais 1 à 2 paquets par jour, 4 mois après j'achète un paquet de 20 tous les 10 jours ! le combat n'est pourtant pas fini ! mais quand j'ai un paquet de 20 cigarettes, j'ai hâte de l'épuiser !

23-02-2021

Plus de 10 jours sans fumer !

Passer devant un buraliste = ATTENTION !!

Rechercher dans ma @cigarette, le goût du tabac sans combustion ; Ce n'est pas de la fumée mais de la vapeur.

En vapotant, je reçois la nicotine dont j'ai besoin sans les goudrons et les 70 substances cancérigènes.

Depuis le début du sevrage, j'ai pris beaucoup de poids (effet identique de mes médicaments)

La meilleure cigarette, celle du matin. Le cancer de la langue (2014-2015) dû au tabac + alcool, ou mutation.

Rémission complète après double chirurgie.

J'ai encore fumé à la fin de mon séjour à l'hôpital en 2015 !....

Je n'ai jamais aussi peu fumé qu'en ce moment : 1 paquet de 20 cigarettes tous les environ 12 jours actuellement.

Y aller progressivement (influence sur mon système nerveux).

Avant le sevrage je fumais jusqu'à 2 paquets, 40 cigarettes/jour !...

C'est en service hospitalier psychiatrique que j'ai commencé à fumer, rien à faire, j'avais 17 ans.

JE ME LIBÈRE (au sens large) AUJOURD'HUI, J'AI 52 ANS.

ERIC 28/02/22- MAGDALA

Je suis comme un toutou avec ma cigarette, La nicotine me parle et me dit : "Ferme ta gueule et fume !"

LORS DE L'EMPREINTE ARMÉE DU SALUT

«le tabac n'est pas bon car le poumon a besoin de l'oxygène, de l'air qu'il respire !» Idée de départ : réaliser un défi collectif

«j'ai arrêté pour ma santé !»

«C'est un plaisir quand on commence, et ça devient un besoin !»

«Je suis jeune, je n'ai pas de plaisir, ça me fait mal mais je continue, je ne sais pas pourquoi...»

«Avec notre propre argent, on achète la mort, c'est comme l'alcool !»

«La cigarette me change les idées !»

«C'est une addiction, si je n'en ai pas, je ne suis pas bien !

NORIA

1ère intervention le 1er septembre avec rencontre de 8 personnes pendant la prise du repas qui me permet de me présenter.

Le 30/09, à mon arrivée dans la structure, l'ambiance est tendue en salle à manger, pas de professionnels sur place ou pas dispos et seuls Etienne et Noria sont présents en sàm ;

Etienne est souvent présent lors de mes interventions, il est non-fumeur et me partage facilement ses angoisses, ses phobies, ses TOC et face à tout cela ses peurs du relogement en pension de famille qui se prépare pour lui. Ce jour, il est en compagnie de Noria qui fait un puzzle pour s'occuper m'explique-t-elle car elle est très stressée, angoissée et tente de se calmer par tout moyen face à son manque de cigarettes ; je me présente, la discussion autour du problème commence,

Très vite, elle s'intéresse à une proposition de soulagement du manque avec une pastille... discute et s'apaise, se surprend.

Elle évoque sa vape qui ne fonctionne pas bien pour une tentative de diminution, une gestion de sa consommation avec des TSN. Elle accepte une ordonnance. Elle dit se sentir apaisée par cet échange et cette pastille qui l'a vraiment soulagée.

Le 5/10 : je la croise rapidement, en coup de vent ; elle me salue mais ne s'attarde pas, elle part.

Le 12/10 : je retourne vers elle pour prendre de ses nouvelles, elle est ravie, je lui propose de faire un petit point ensemble qu'elle accepte volontiers. Elle m'explique alors avoir regretté un échange la semaine dernière et attendait mon passage ce jour car n'a pu utiliser l'ordonnance (a écrit derrière tout ce qu'elle ressentait) ; elle a donc économisé ses TSNO pour tenir jusqu'à mon passage.

Entre ces 2 rdv, elle a très peu fumé et se surprend d'y arriver alors qu'elle n'y pensait pas jusque-là ; elle redécouvre d'autres choses dans sa vie de tous les jours, elle écrit, se remobilise, se sent valorisée, elle partage son expérience avec Etienne qui était présent dès le début de son questionnement. Elle le partage avec Fatiha qui m'interpelle ce jour par rapport à ses consommations.

Noria a fumé 1 paquet de tabac sur 2 semaines et a pourtant le budget disponible pour en acheter comme avant (20 à 30 cigarettes /jour)

Elle ne pensait pourtant pas arrêter, surtout à notre 1ère rencontre et pensait que ce n'était pas pour elle. Elle s'observe, se questionne, remarque qu'elle n'a plus de plaisir mais que la cigarette était juste son quoti-

dien ; elle a dépassé son objectif de réduction, s'est éloigné de la cigarette.

Elle écrit et fait des listes : ce qu'elle doit faire, ce qu'elle aimerait faire, avoir, ce qu'elle pense, ce qu'elle imagine,

Elle identifie des bénéfiques et les écrit :

- ▶ Pour son budget : s'est acheté le sac vert qu'elle regardait depuis longtemps dans un magasin avec les économies déjà faites
- ▶ Le changement de ses habitudes par exemple à l'arrêt de bus où elle calculait à son arrivée si elle avait le temps de fumer en fonction de l'horaire, ou pas... elle récupère ce temps d'empressement pour regarder, lire...
- ▶ Elle récupère sa voix qui s'éclaircit
- ▶ Elle retrouve ses mains libres
- ▶ Elle regarde un film complet
- ▶ Elle s'apaise et retrouve sa petite sieste l'après-midi plus posée
- ▶ Elle n'utilise presque plus sa ventoline qui reste dans son sac
- ▶ Elle refait d'autres choses, lecture, écriture...

Au fil du temps Noria avance dans ce nouveau questionnement et dans le processus de changement.

VIRGIL

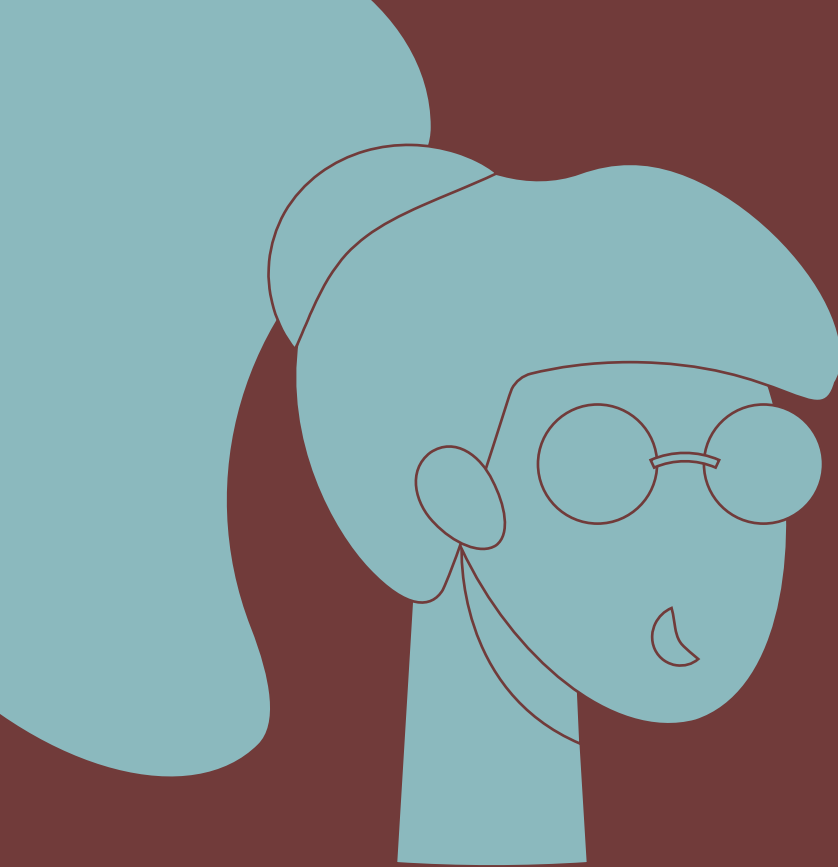
Résident des Moulins de l'espoir présent dans le collectif rencontré lors de ma 1ère intervention

Présentation comme fumeur satisfait ayant bien diminué seul en passant de 30-40 cigarettes/j à 4-5 cigarettes/j et n'ayant aucun besoin de qui que ce soit et pour quoi que ce soit.

Recroisé dans le collectif lors de mes passages, Virgil m'interpelle pour me donner les TSN qu'il avait conservé, ne s'en servant plus et me précisant que ce traitement ne fonctionnait pas de toutes façons

Déc 2021 : l'équipe m'interpelle, m'expliquant que Virgil se questionne pour se servir définitivement de la cigarette «Retour vers...»

3 janvier 2022 : Virgil me cherche pour m'annoncer avec grande fierté qu'il est à 0 cigarettes depuis 1 semaine



Madame A.

«Embrasser le Pouvoir d'Agir»

Âgée d'une cinquantaine d'années, elle réside en pension de famille depuis janvier 2019.

À l'âge de 17 ans, elle se rend à l'hôpital afin de réaliser des examens, c'est à ce moment que les médecins lui décèlent une maladie mentale. Suite à ce diagnostic, elle est admise dans une structure, au sein d'une unité psychiatrique afin d'être prise en charge, c'est là le début de son histoire avec le tabac. À cette époque, et dans cet environnement, «tout le monde ou presque fumait» et aussi, «il n'y avait absolument aucune activité». Dans ce contexte, elle a alors acheté un paquet de cigarettes, elle «s'y est mise également», pour elle, «l'hôpital égal tabac».

Depuis lors, elle s'est rapidement mise à fumer «deux paquets de blondes par jour», et quelques fois, elle ajoutait même «quelques roulées de plus» - une consommation qu'elle juge aujourd'hui comme étant de la «folie furieuse». Plusieurs fois dans sa «carrière» de fumeuse, elle a essayé d'arrêter, mais ces tentatives se sont toujours soldées par une reprise rapide, elle n'a «jamais dépassé deux jours d'arrêt» - les patchs, la faisait «souffrir d'allergies» et les médicaments «ne faisaient pas bon ménage avec son traitement». Le cancer de la langue qui a été diagnostiqué il y a quelques années, ainsi que les avertissements répétés des professionnels de santé ne lui ont pas insufflé suffisamment de détermination et de ressources pour vaincre son addiction.

La rencontre avec Bernadette Leroy a été un tournant dans la vie de fumeuse de Madame A. Quand elle a rencontré la tabacologue en charge de l'expérimentation, elle «a su qu'avec elle ça allait aller», d'une part pour son côté professionnel - «elle m'a tout expliqué, la différence entre la cigarette et la cigarette électronique en me disant qu'il n'y avait pas de combustion, alors j'ai directement accroché», d'autre part, pour son côté «humain» et à l'écoute - «avec Bernadette, ça a

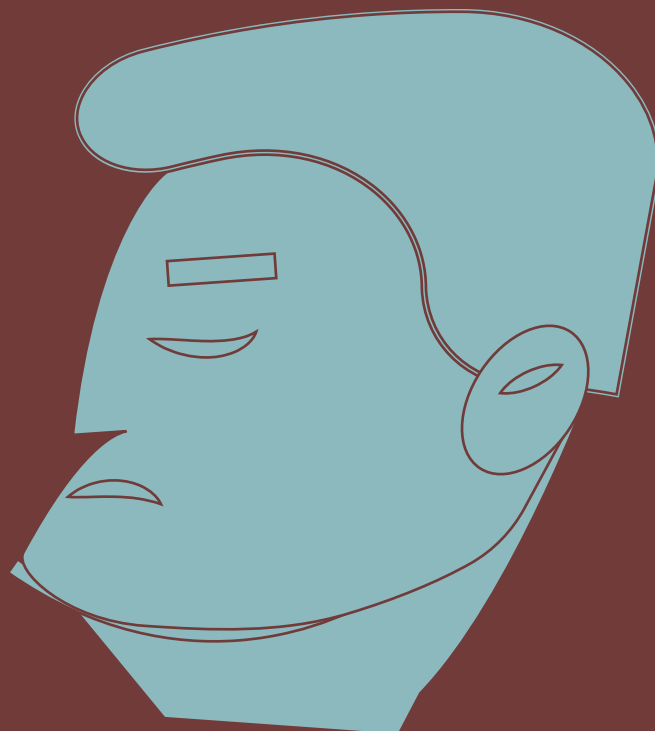
été très bien, parce que j'ai senti que j'allais faire un bout de chemin avec elle et que ça allait m'amener au bon endroit... J'avais confiance en elle».

Madame A. insiste sur le fait que Bernadette Leroy a permis de changer «son rapport à la cigarette», et que depuis qu'elle arrivée à la pension de famille, «il n'y a pas photo par rapport à avant». Aujourd'hui, sa consommation a très largement diminuée, pour la première fois depuis ses 17 ans, elle fume «un paquet de 20 tous les 12 ou 15 jours» et elle «vapote entre les deux». Cette étape est liée au fait que la tabacologue «trouve des stratégies» et qu'elle «s'adapte à la personne qu'elle a en face d'elle», en rattachant l'addiction à la cigarette à une subjectivité qu'il faut embrasser.

Aujourd'hui Madame A. est «très fière d'elle», elle a atteint son «premier objectif» de diminution et est bien déterminée à «faire mieux et arrêter de fumer complètement». Celui-ci dessine bientôt les contours de nombreux autres puisqu'elle a une «liste de défis à remplir», ce qui vient contraster avec les difficultés auxquelles elle était confrontée auparavant - elle est par exemple restée «deux ans sans parler du tout, ni geste de la tête, ni des mains». Si des événements personnels ont participé de cette remobilisation, elle insiste sur le «travail» qu'elle réalise avec Bernadette et la place qu'elle prend dans le processus du sevrage. Sa confiance en elle retrouvée participe du «pouvoir d'agir» qui l'anime à présent, cela l'a même amenée à témoigner sur son parcours en «visioconférence», la plaçant ainsi en porte-parole pour «la première fois de sa vie»

Monsieur J

«Impossible de faire sans l'autre»



Âgé d'une cinquantaine d'années, il réside en Lit Halte Soin Santé depuis 2019.

Issu du monde rural et d'un milieu social pro-tabagique, Monsieur J. commence à fumer très jeune, dès l'âge de 12 ans.

Une dizaine d'années plus tard, il ouvre un bar / tabac qu'il tiendra pendant près de 25 ans - toute sa vie s'est alors mise à tourner autour de ce lieu. Par le biais de cette activité, Monsieur J. s'est mis à fumer de façon toujours plus importante, ainsi qu'à boire de l'alcool, «toute la journée en général, mais aussi la nuit, tout le temps». Après plusieurs années de tabagisme intensif, il en vient à se réveiller la nuit pour fumer des cigarettes - mais celles-ci appellent presque instantanément l'alcool, «compagne d'une vie». Il s'est alors mis à boire également pendant la nuit, pour reprendre dès le réveil.

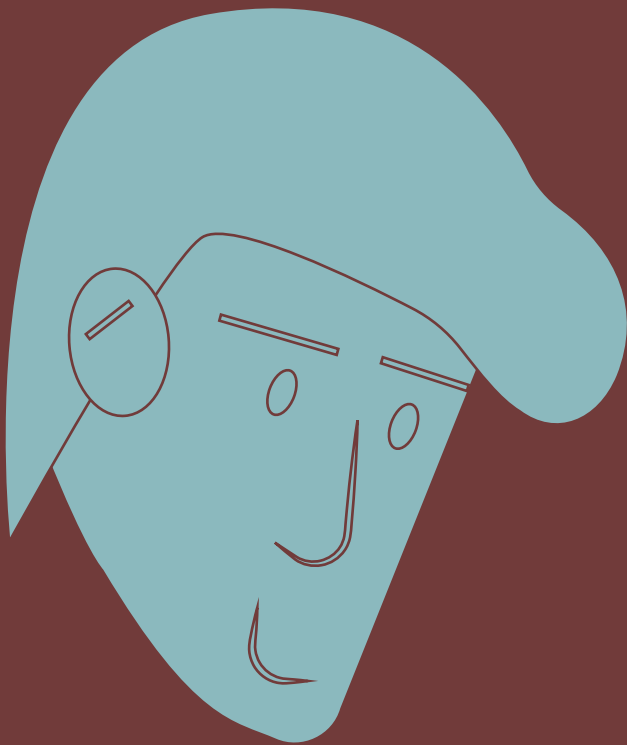
Cette sur-consommation conjuguée l'a mené à d'importantes problématiques de santé - il est cependant resté «incapable de diminuer», pris au piège par ses addictions. C'est la raison pour laquelle, faute de recours au soin et au sevrage, il est arrivé en Lit Halte Soin Santé et se déplace aujourd'hui en fauteuil roulant. Durant cette prise en charge, il entame un processus de sevrage alcoolique, mais malgré sa volonté, il n'y parvient pas et son état de santé continue de dégrader.

C'est finalement grâce à sa rencontre avec Bernadette Leroy que ses tentatives de sevrage rencontrent le succès car, pour la première fois, sa démarche est globale. Pour lui, il était «absolument impossible d'arrêter l'alcool, sans arrêter le tabac ; impossible de faire l'un sans l'autre». Il se dit très heureux d'avoir rencontré la tabacologue et de son accompagnement, elle est «très à l'écoute et comprends très bien ce qu'il ressent».

Les substituts nicotiques et l'utilisation d'une cigarette électronique ont été pour lui salvateurs, il est

ainsi passé d'une consommation quotidienne de quarante cigarettes à seulement «quelques vapes», et a entièrement arrêté sa consommation d'alcool. Ces problèmes de santé sont toujours importants, mais il a considérablement réduit les risques de les empirer.

PORT
RAITS
SOCIO
TOPIE



Monsieur S

*«Avec le courage,
réduire c'est
possible»*

Âgé d'une quarantaine d'années, il réside actuellement en CHRS.

Monsieur S. était capitaine de son équipe de football, en Albanie. Lors d'un match, il se fait une grosse fracture au bras. Il est alors opéré et doit rester plusieurs mois avec le bras en écharpe. Dès lors, il ne peut plus faire de sport, il s'ennuie et commence à fumer.

Depuis, il se considère comme "un fumeur social". C'est-à-dire qu'il considère le tabac comme un vecteur de lien social. Il fume quand il discute avec les gens, lorsqu'il va dans un bar ou pour accompagner le café. Mais il boit beaucoup de café (environ trois thermos par jour), et est très sociable, très sociable, donc il fume beaucoup. Aussi, contrairement à beaucoup de ses co-pensionnaires au CHRS, il travaille régulièrement. Il fréquente donc beaucoup de gens, amis ou collègues. Depuis qu'il est en France, il fume une quarantaine de cigarette par jour.

Cependant, la cigarette commence à lui poser problème, car il a de plus en plus de mal à s'offrir son tabac. Il doit faire le choix entre manger ou fumer car il n'a pas assez d'argent pour faire les deux. De plus prendre soin de soi et de son corps est quelque chose de très important pour lui, il ne boit pas et ne prend pas de "drogue". Un corps, on en a qu'un, mais il se rend compte qu'avec la cigarette, il est en train de l'abimer. Il résume : "la cigarette est un luxe dont le corps n'a pas besoin".

Même s'il ne peut pas toujours s'acheter ses cigarettes, il n'a jamais envisagé de changer sa consommation de tabac avant l'arrivée de Bernadette Leroy. "Je n'aurais jamais pensé que Monsieur S. aurait été intéressé pour diminuer la cigarette, j'ai

été très étonnée!" raconte l'animatrice du CHRS. Pourtant, Monsieur S. est curieux. Il avait entendu parler d'une personne qui venait pour discuter du tabac, alors lorsqu'elle frappe à sa porte, il la reçoit et partage avec elle un café et des biscuits. Il s'agissait au début uniquement de diminuer la cigarette pour des raisons de budget, mais très vite, la tabacologue a su trouver la méthode pour l'encourager à diminuer de manière pérenne et significative. A chaque visite, elle l'encourage à diminuer petit à petit , 10 cigarettes par 10 cigarettes.

Elle lui conseille d'abord la cigarette électronique, mais la première qu'il a eu ne fonctionnait pas bien. Avec la deuxième que lui rapporte Bernadette Leroy, il diminue déjà un peu, même si ça ne lui fait pas beaucoup d'effets. Sur les conseils de la tabacologue, il teste alors les gommes à mâcher à la menthe. Le goût est très fort, alors quand il en prend une, il n'a rien envie d'avaler par la suite. Il n'a donc plus envie de fumer après, ni de boire ou manger. Il a bientôt fini ses gommes, mais un autre résident lui propose d'essayer les siennes dont il ne se sert pas, au fruits rouges.

Aujourd'hui monsieur S ne fume plus qu'un paquet par jour, soit entre 15 et 20 cigarettes. il a donc divisé sa consommation par 2 et entend bien continuer en ce sens :

"J'ai vu qu'avec le courage, je pouvais diminuer !"

Monsieur R

*«Avec la confiance,
le retour au soin»*



Agé d'une cinquantaine d'années, il réside en pension de famille depuis 2017 avec son fils de 8 ans.

Monsieur R. rencontre pour la première fois la tabacologue autour d'un café, dans les espaces communs de la pension de famille où il réside. Il lui exprime spontanément l'envie de se faire suivre pour arrêter sa consommation de tabac. Dès lors, un suivi hebdomadaire se met en place.

Monsieur R. fume depuis ses 12 ans. Au début «en cachette, pour faire comme les grands», mais très vite sa consommation s'accroît : il fume entre 20 et 30 cigarettes par jour, en plus de quelques joints de cannabis. Pour lui, le tabac est un anti-stress. Il fume pour combattre le stress et rompre la solitude, combler l'ennui. Il se reconnaît addict et considère la cigarette comme un besoin plus qu'un plaisir. Il exprime son envie d'arrêter de fumer d'abord pour des raisons de budget, mais invoque également des raisons de santé, de qualité de vie, et surtout son fils de 8 ans.

Grâce à sa rencontre avec Bernadette LEROY, en moins d'un mois monsieur R. a réduit sa consommation de moitié. Un an après l'expérimentation, il ne fume plus du tout de cigarettes.

Au-delà de l'accompagnement au sevrage tabagique, une réelle relation de confiance se crée avec la tabacologue. Les consultations ne sont pas seulement l'occasion d'aborder la problématique du tabac, mais elles sont aussi des moments d'écoute et d'échanges. Monsieur R. aborde son problème avec le cannabis, la difficile gestion de son budget, son domicile, son inactivité professionnelle ou encore ses difficultés familiales.

Solitaire et méfiant, il sort peu de chez lui et est souvent en confrontation avec les professionnels qui l'accompagnent. Très éloigné du soin, il ne se rend jamais en consultation à l'extérieur de la pension de famille. Pourtant, il accepte l'accompagnement de la tabacologue, qui le redirige alors vers d'autres professionnels.

Monsieur R. est aujourd'hui suivi par l'Équipe MOBilité Parentalité de CédraAgir, avec qui un véritable lien de confiance s'est établi. Il a également accepté de consulter un médecin généraliste et est suivi dans un CSAPA pour sa consommation de cannabis. Ainsi, les consultations tabacologiques ont permis à monsieur R. de renouer avec des professionnels de santé et de sortir de son enfermement. D'après lui, ce qui a fait la différence, c'est le suivi et l'accompagnement sur le long terme : «J'ai été habitué à être beaucoup lâché... et elle (Bernadette LEROY), elle ne l'a pas fait. L'infirmière psy m'a lâché. [...] Elle m'accompagnait sur un suivi psy. Plus de nouvelles, je l'ai relancée, et c'est une autre infirmière qui a pris le relais. Je voulais être rassuré... Et j'ai plus jamais eu de nouvelles».

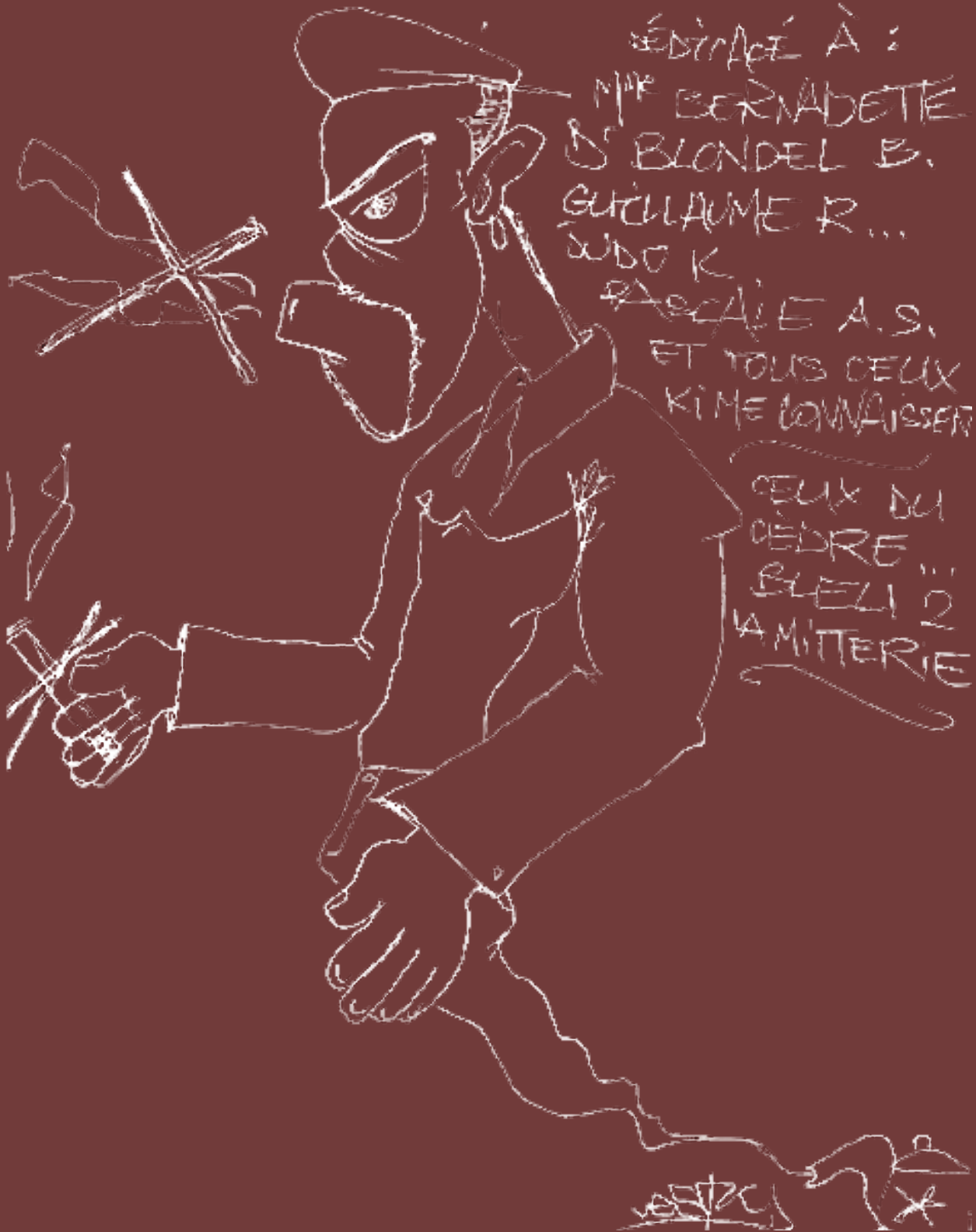
CONCLUSION

A man with glasses and a goatee, wearing a white shirt and a striped tie, is holding a sign. The sign is white with black text. He is also wearing a watch on his left wrist and a ring on his left hand. A lanyard with keys is visible around his neck. The background is a plain wall with a power outlet on the right side.

125€ partis en fumée par
mois !

REMERCIEMENTS

DESURS LE GAZILE" STOP À LA CIGARETTE!



DÉDICACÉ À :
M^{ME} BERNADETTE
D'BLONDEL B.
GUILLAUME R...
DUDO K.
RACALE A.S.
ET TOUS CEUX
KI ME CONNAISSENT

CEUX DU
CEDRE ...
BLELI 2
LA MITTERIE

Nous remercions l'ensemble des acteurs professionnels et usagers, ayant participé, à différents niveaux, à ce projet expérimental, par l'accueil qu'ils ont réservé à l'expérimentation dans leurs structures, par l'évaluation de cette nouvelle approche, par les témoignages et l'investissement des personnes et usagers accueillis, par leur participation au Comité de Pilotage et par leur contribution à l'écriture du dossier et de ce rapport.

- ▶ Bernadette LEROY, infirmière IDE qui a inspiré ce projet et a mené l'expérimentation durant ces trois années.
- ▶ Laurent DELIGNE, Directeur Général de l'association CEDRAGIR qui a cru à la naissance de ce projet, l'a soutenu, encadré et dirigé.
- ▶ Le cabinet externe d'évaluation SOCIOTOPIE et particulièrement Maya LECLERCQ, Antoine TALVA, et Justine ROBIN, qui au-delà de l'évaluation externe, nous ont permis un enrichissement mutuel et humain réciproque.
- ▶ L'ensemble des professionnels de l'association CEDRAGIR et particulièrement Karine PERRIER cheffe de service du CSAPA Le Cèdre pour leur soutien et leur accompagnement.
- ▶ Les professionnels des Pensions de Famille : de l'Association ABEJ SOLIDARITE, plus particulièrement, Vincent MORIVAL et Aurélie GRIMMELPONT, de l'association ALEFPA.
- ▶ Les professionnels de l'équipe des Lits Halte Soins Santé et Lits d'Accueil Médicalisé et leurs Responsables : Les Glycines de l'association ABEJ SOLIDARITE.
- ▶ Les professionnels des équipes d'accueil de jour et particulièrement Patrick LE STUNFF, Jonas CAMPAGNE et Isabelle CANONNE : Le Point de Repère de l'Association ABEJ SOLIDARITE. Accueil de jour de l'association MAGDALA.
- ▶ Les professionnels des équipes de CHRS et particulièrement Kim DEMEURIE CHRS Capharnaüm de l'association ALEFPA., Marie MULLIER et Pascal WARTEL CHRS Rosa Parks de l'association ABEJ SOLIDARITE, Tania PLOUVIER et Virginie GAMEZ Les Moulins de l'Espoir de l'association ARMEE DU SALUT, Anne Céline DOG CHRS La Ferme des petites haies de l'association VISA, Amanda BORA et Anne RUFF CHRS Béthel de l'association Béthel Hébergement.
- ▶ Les professionnels des équipes du Foyer Jeunes Travailleurs Thumesnil de la Maison d'Accueil du Jeune Travailleur et particulièrement Gabriel NZEKWU, Olivier DEVOS, Noémie GOUILLART et Pierre GIRAUD.
- ▶ L'Agence Régionale de Santé (ARS) pour leur intérêt porté à ce projet et leur financement, particulièrement Mme Audrey THOMAS pour son soutien et son attention.
- ▶ La Mission d'Appui de Hauts de France Addiction pour leur accompagnement à l'écriture du dossier de demande Fonds Addictions et des bilans ARS, particulièrement Alice DEMAISSON et Florence GLORIEUX.
- ▶ Les membres du Comité de Pilotage
- ▶ les usagers et les professionnels des structures qui nous ont apporté leurs témoignages : Agnès, Patrick, Mylène, Pierre, Gaby, Guillaume, Patricia, virginie, Sarah
- ▶ Les usagers qui nous ont accordé leur confiance.

PORTFOLIO

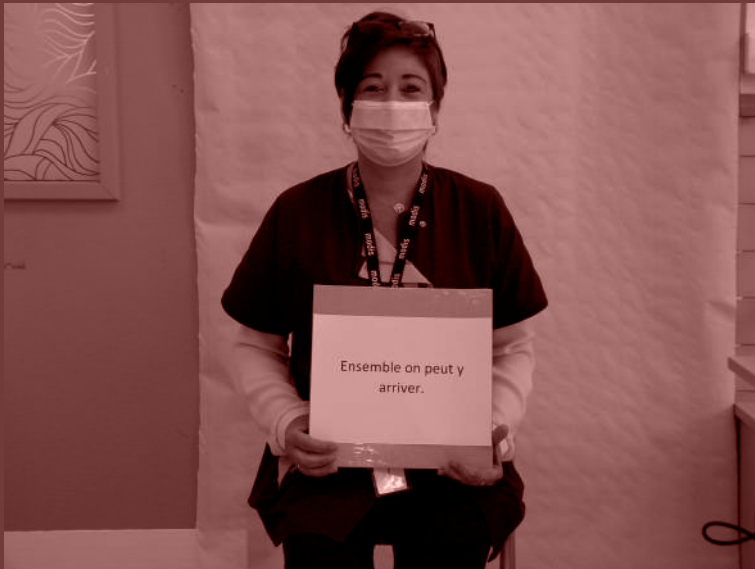




Céline IDE et Justine
- 2ducatrice , pension
de Famille de Lille



Témoignage



LHSS/LAM les Glycines -
ABEJ solidarité - Armen-
tières



