Améliorer la prise en charge du tabagisme en première intention dans les **CSAPA**

PRATIQUE(S

Améliorer la prise en charge du tabagisme en première intention dans les **CSAPA**

De l'analyse des pratiques et postures professionnelles d'un réseau à l'élaboration de recommandations partagées

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements 6
Pourquoi ce guide 7
Notre approche 7
Avant-propos 8

Annexes 58
Bibliographie 60

INTRODUCTION
13

1. MOBILISATION DE L'ÉQUIPE ET ORGANISATION INTERNE DU CSAPA 17

A. Introduire une réflexion sur le tabagisme au sein de l'établissement ... 18

B. Former l'équipe à la prise en charge du tabagisme 22

C. Ajuster l'organisation interne du CSAPA 23

D. Rédiger une fiche action dans le projet d'établissement 24

E. Inscrire le CSAPA dans la démarche « Lieu de santé sans tabac » 26

Schéma synthétique 27

Témoignage de Virginie Fontaine, psychologue et coordinatrice du CSAPA ESI 14 à Lisieux 28

2. MOBILISATION DES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS ET COMMUNICATION AUPRÈS DE LA POPULATION GÉNÉRALE 31

A. Favoriser l'identification du CSAPA par les professionnels de premier recours comme structure ressource 32

B. Mettre en place des actions en direction de la population générale 36

Schéma synthétique 38

Témoignage de Marie-Alice Robert, médecin addictologue au CSAPA Les Apsyades à Nantes 39

3. LES OUTILS À DISPOSITION DU CSAPA 41

A. Appliquer les principes de l'entretien motivationnel 42

B. Identifier les comorbidités ayant un impact sur le sevrage et orienter ... 44

C. Évaluer et prendre en charge la dépendance physique 45

D. Évaluer et prendre en charge la dépendance comportementale et psychologique 49

Schéma synthétique 52

Témoignage de Damien Souchet, infirmier addictologue au CSAPA Trapèze à La Madeleine 53

CONCLUSION
55

REMERCIEMENTS

Ce guide de la collection Pratiques a été réalisé grâce à la mobilisation, aux apports et aux réflexions des intervenants de terrain issus du champ de l'addictologie.

La Fédération Addiction souhaite remercier les professionnels ayant participé au projet et plus particulièrement :

- **Catherine Benner,** médecin addictologue au CSAPA Oppelia Passerelle 39,
- **Eliane Blanche-Barbat,** médecin addictologue au CSAPA du Centre hospitalier de Jonzac,
- **Dorothée Boursier,** infirmière au CSAPA La Boussole,
- **Laurine Brochard,** chargée de mission prévention-formation au CSAPA Oppelia Nautilia,
- **Maud Caverzasio,** directrice au pôle Addiction Nord Franche-Comté de l'AHS-FC,
- **Maxime Cloquié,** directeur au CSAPA Le Pélican,
- **Cassandra Crochemore,** infirmière au CSAPA Oppelia Nautilia,
- **Bertrand Dautzenberg,** professeur honoraire de Pneumologie, Sorbonne université, médecin tabacologue,
- **Kelly Echard,** chargée de mission prévention-formation au CSAPA Oppelia Nautilia,
- **Virginie Fontaine,** psychologue au CSAPA ESI14,
- **Dominique Guignard,** infirmière au CSAPA du Centre hospitalier de Jonzac,
- **Nadia Kantorowicz,** infirmière addictologue au CSAPA Lyade Lyon,
- **Annaïg Le Pennec,** médecin responsable du CSAPA et CAARUD de l'EPSM de Caen,
- **Marie-Alice Robert,** médecin addictologue au CSAPA les Apsyades,
- **Damien Souchet** infirmier addictologue au CSAPA Trapèze,
- **Stéphane Viel,** directeur au CSAPA Cicat,

Ainsi que :

- **Stéphan Jean,** directeur du CSAPA ESI 14 et délégué régional adjoint de la Fédération Addiction pour la Normandie, qui a tenu le rôle de référent du projet auprès de **Tanguy Girardet**, chargé du pilotage de ce projet sous la supervision de Marine Gaubert, responsable du pôle "Pratiques professionnelles".
- **Catherine Delorme, Laurence Emin, David Saint-Vincent et Véronique Garguil,** membres du conseil d'administration de la Fédération Addiction pour leur relecture et leurs conseils.
- **Jean-Michel Delile,** président de la Fédération Addiction pour sa relecture ;
- **La direction générale de la santé et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA),** pour leur soutien financier et leur relecture.

POURQUOI CE GUIDE ?

Ce guide a pour but d'aider les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), structures médico-sociales spécialisées en addictologie, à améliorer la prise en charge du tabagisme, que ce soit pour des personnes ne consommant que du tabac ou des personnes associant d'autres substances psychoactives. Ce document constitue un appui méthodologique ainsi qu'un recueil de ressources.

Il est organisé en 3 parties :

- Un axe sur l'organisation interne à mettre en œuvre
- Une partie sur le travail partenarial à réaliser
- Un recueil des outils thérapeutiques que peut proposer le CSAPA.

NOTRE APPROCHE : L'ACCOMPAGNEMENT À L'ARRÊT DU TABAGISME

Arrêter totalement de fumer du tabac est la manière la plus efficace de réduire significativement les risques sur la santé. La diminution de la consommation a certes des effets positifs concernant certaines conséquences délétères chroniques (par exemple l'inflammation des bronches ou le déclin de la fonction ventilatoire) mais cela n'a aucun impact en ce qui concerne la mortalité liée au tabagisme, notamment consécutive aux cancers. Ainsi, l'arrêt total du tabac, qu'il soit progressif ou net, reste la situation idéale à recommander et à envisager avec la personne.

Toutefois chacun a son histoire et une façon d'avancer qui lui est propre. Le choix idéal est celui qui convient *in fine* à la personne, dans la mesure où celui-ci est éclairé.

AVANT-PROPOS

Intégrer le tabagisme dans le champ des addictions !

Les CSAPA sont le fruit de la fusion en 2007 de filières « produits » jusqu'alors séparées, « alcool » et « toxicomanies » aux drogues illicites, pour lesquelles les usages de tabac n'étaient pas un enjeu central. Dans les rapports d'activité standardisés des centres spécialisés, le tabac ne figurait même pas dans la liste des produits principaux conduisant à la consultation et n'était mentionné qu'en produit associé. Certes, il était largement utilisé par les usagers de ces centres mais cela semblait un problème annexe par rapport aux problèmes d'alcool ou de drogues malgré la gravité de la morbi-mortalité induite. Les demandes liées exclusivement à une problématique « tabac » étaient et restent trop rares, en fort contraste avec la haute prévalence du tabagisme en population générale.

Le temps est donc venu dorénavant d'achever le parcours engagé en 2007 et de permettre aux CSAPA de devenir pleinement « toutes addictions » en développant l'accueil direct de personnes fumant du tabac sans autre comorbidité addictive.

Dans cette perspective, il est utile en premier lieu de rappeler l'impact majeur du tabagisme chez les populations actuellement reçues en CSAPA et c'est cette réalité qui a poussé les équipes à développer leurs compétences dans le traitement du tabagisme, compétences qu'il s'agit dorénavant de mettre également au service de « simples » fumeurs.

Sur le plan international, entre 70 et 84 % des patients accompagnés pour une addiction fument du tabac contre 20 à 30 % en population générale : des prévalences trois à quatre fois plus élevées ! Et même en contrôlant les conditions socio-démographiques, les prévalences du tabagisme restent deux fois plus élevées chez les personnes présentant des addictions que dans le reste de la population[1]. Il y a des variations selon les produits d'addiction, elles sont ainsi encore plus élevées chez les personnes dépendantes des opiacés que chez celles dépendantes de l'alcool. Ces taux élevés de tabagisme ont une large part de responsabilité dans les pathologies présentées par les personnes dépendantes et dans leur mortalité prématurée[2]. La moitié environ des personnes dépendantes à des substances décèdent de maladies liées au tabac. De plus, dans la plupart des cas, ces décès surviennent chez les addicts avant l'âge de 60 ans alors qu'en population générale environ 30 % (« seulement »…) des personnes décèdent de maladies en lien avec le tabac et plutôt après 70 ans[3].

Or des interventions efficaces et diversifiées existent pour réduire les risques liés au tabac mais elles ne sont pas suffisamment intégrées dans les programmes de soins des addictions pour différentes raisons aussi bien structurelles que culturelles4. Certaines réticences, souvent fondées sur des idées fausses, sont en effet très fréquentes aussi bien chez les patients que chez les professionnels et elles nuisent à l'intégration d'une offre d'accompagnement et de soins « tabac » dans les centres spécialisés en addictions. L'une des difficultés les plus fréquentes est la sous-estimation des risques (lointains, différés) liés au tabac au regard des problèmes déjà lourds, souvent urgents et immédiats, posés par les addictions à l'origine de la consultation (drogues, alcool…). Cela conduit à différer *sine die* la prise en compte de la problématique « tabac ».

> « C'est déjà assez dur comme cela, on ne va pas (« me » ou « lui ») rajouter un sevrage supplémentaire qui risquerait de compliquer les autres. On aura le temps de voir plus tard ».

Beaucoup de professionnels craignent aussi qu'inviter les personnes accompagnées à se préoccuper en même temps de leur problème de tabac ne les fasse fuir et nuise à l'accompagnement en cours.

1. Guydish, J., et al., *An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment*. Addiction, 2016. 111(2): p. 220-30.
2. Hurt, R.D., et al., *Mortality Following Inpatient Addictions Treatment: Role of Tobacco Use in a Community-Based Cohort*. JAMA, 1996. 275(14): p. 1097-1103.
3. Bandiera, F.C., et al., *Tobacco-Related Mortality among Persons with Mental Health and Substance Abuse Problems*. PLOS ONE, 2015. 10(3): p. e0120581.
4. Knudsen, H.K., et al., *Structural and cultural barriers to the adoption of smoking cessation services in addiction treatment organizations*. J Addict Dis, 2010. 29(3): p. 294-305.

> « Il n'est pas venu pour ça… C'est le seul plaisir qui lui reste… »

D'autre part, la dépendance au tabac, quoique très périlleuse à terme, est très singulière dans le champ des addictions car elle ne provoque pas, du moins dans un premier temps, de troubles aigus notables, ni somatiques ni psycho-comportementaux. Son apparente innocuité et sa puissance addictive exceptionnelle font que la consommation de tabac, bien que très nocive à terme, concernait un peu tout le monde, y compris des soignants, mais semblait « normale ». Il n'allait donc pas de soi d'orienter ces personnes dépendantes « normales » et « innocentes » vers des structures spécialisées en « toxicomanie », lieux, eux-mêmes « marginaux », d'accueil de patients aux profils psychosociaux très éloignés. De ce fait, l'accueil des fumeurs de tabac s'est initialement plutôt développé en médecine de premier recours et dans les hôpitaux (notamment pour les professionnels de santé fumeurs…) plutôt que dans les CSAPA et plus dans la médecine des dommages, avec des pneumologues ou des cancérologues, qu'avec des psychiatres ou des addictologues.

Avec le constat que

> « la part des personnes sollicitant un CSAPA pour cesser leur consommation de tabac était faible, environ 5%[5] »,

une des mesures du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019 a été de fixer l'objectif d'

> « amplifier la part prise par ces structures dans la lutte contre le tabac et d'en faire des centres ressources pour les fumeurs, y compris les jeunes, à travers les consultations jeunes consommateurs (CJC) qui leur sont rattachées ».

Cet objectif a été relayé dans l'action 13 du PNLT 2018-2022 afin de poursuivre l'accompagnement au sevrage du tabac dans les CSAPA.

Si auparavant, patients, professionnels et institutionnels semblaient se retrouver pour ne pas réellement intégrer la question du tabac en « mono-addiction » dans le champ d'actions des CSAPA, il devenait évident que ce temps était révolu. En pratique, chez des personnes dépendantes de l'alcool ou de drogues illicites, le tabagisme avait semblé jusqu'alors être une question accessoire, soit d'une autre nature, à traiter ailleurs, soit secondaire, à traiter une fois que le « vrai » problème aurait été réglé… Et pourtant, cette dépendance était particulièrement fréquente et dramatique pour ces usagers qui, pour nombre d'entre eux et notamment les plus précaires, fréquentaient surtout les CSAPA ou les CAARUD. Il était donc temps que les choses évoluent, il fallait dépasser craintes et réticences.

En effet, contrairement à une idée largement répandue dans les milieux professionnels, l'offre de soins « tabac » ne perturbe pas le traitement d'autres addictions ayant motivé le recours en CSAPA. Les recherches témoignent bien au contraire de l'efficacité du traitement du tabagisme intégré au traitement d'autres addictions. Non seulement ces traitements sont efficaces dans cette population également mais ils ont aussi un effet favorable sur les autres addictions présentées[6,7]. A l'inverse, la poursuite du tabagisme a un effet péjoratif sur la prise en charge des addictions associées et s'accompagne d'un plus grand risque d'échec ou de récidive[8].

5. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnrt2014-2019.pdf
6. Thurgood, S.L., et al., A *Systematic Review of Smoking Cessation Interventions for Adults in Substance Abuse Treatment or Recovery*. Nicotine Tob Res, 2016. 18(5): p. 993-1001..pdf
7. McKelvey, K., J. Thrul, and D. Ramo, *Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review*. Addict Behav, 2017. 65: p. 161-170.
8. Weinberger, A.H., et al., *Cigarette Smoking Is Associated With Increased Risk of Substance Use Disorder Relapse: A Nationally Representative, Prospective Longitudinal Investigation*. J Clin Psychiatry, 2017. 78(2): p. e152-e160.

De même, il est important de rappeler inlassablement que l'arrêt du tabac est toujours efficace et utile pour la santé quel que soit l'âge. Une importante étude prospective récente[9], avec suivi d'une cohorte de plus de 550 000 sujets représentatifs de la population des Etats-Unis (25-84 ans), a confirmé que l'usage actuel du tabac double les taux de mortalité mais que si les fumeurs arrêtent, ils réduisent tous leur excès de mortalité et ce d'autant plus nettement qu'ils ont arrêté jeunes : l'arrêt avant 35 ans permet de retrouver les mêmes taux de mortalité que les non-fumeurs, arrêter avant 45 ans réduit l'excès de mortalité de 90 % et de 66 % avant 65 ans.

Il est ainsi établi que l'intégration d'interventions et de services dédiés au tabagisme dans les centres spécialisés en addictologie comme les CSAPA peut améliorer globalement l'efficacité de la prise en charge globale de l'addiction, soutenir le rétablissement des personnes et réduire les dommages majeurs du tabac sur la santé[10]. C'est donc, à tout point de vue, un enjeu essentiel que d'inciter les CSAPA à s'investir dans ce champ et à renforcer leur action pour mieux accompagner les personnes. C'est d'autant plus indispensable que leur culture en réduction des risques et des dommages (RdRD) en fait un secteur ouvert à l'utilisation raisonnée de différents dispositifs (comme pourraient l'être les produits du vapotage dans certaines conditions, rappelées par l'avis du Haut Conseil de la santé publique[11] en date du 26/11/2021) qui facilitent l'accès des fumeurs ambivalents à un accompagnement « tabac », y compris avec une visée finale d'abstinence totale[12], en complément d'autres formes d'aide (médicaments, psychothérapies…). Cette porte d'entrée RdRD peut faciliter l'inscription de ces personnes jusqu'alors hésitantes dans des stratégies d'arrêt de la consommation de tabac. Les CSAPA ont ainsi un rôle important à jouer dans la mise en œuvre de l'avis du Haut Conseil de la santé publique sur les vapes. Cette recommandation considère que

> « les SEDEN (systèmes électroniques de délivrance de la nicotine) pourraient être utilisés pour atteindre des publics vulnérables (en raison de co-addiction, de comorbidités, de facteurs sociaux…) à forte dépendance nicotinique, ayant exprimé une préférence pour les SEDEN et présentant une faible adhésion aux traitement validés. La priorité reste en effet l'amélioration de leur accès aux soins et de leur prise en charge ; dans ce cadre, les traitements validés doivent être proposés en première intention ».

Enfin, il est à noter que si, en l'état actuel des connaissances, les médicaments et les TSN restent les traitements à utiliser en première intention[13], il apparaît que des outils comme les vapes pourraient aussi avoir une bonne efficacité pour l'arrêt complet du tabac pour certains publics, comme le suggèrent deux revues Cochrane[12].

Par ailleurs, le recul actuel du tabagisme en France conduit à sa concentration progressive sur des populations vulnérables comme les personnes en difficultés socio-économiques, les chômeurs, les jeunes… Autant de situations où les vulnérabilités psychosociales jouent un rôle important et où le savoir-faire des CSAPA en approche globale pourra être d'un précieux recours, d'autant qu'ils sont souvent les mieux placés pour recevoir ces publics et les accompagner au long cours.

L'heure est donc venue d'aller au bout du processus d'intégration de la question du tabagisme dans le champ des addictions prises en charge en CSAPA pour qu'en bonne coordination avec les autres partenaires, ils puissent également accompagner en première intention des personnes en difficultés « exclusives » avec le tabac. Il va de soi qu'en tant que structures spécialisées, la priorité de l'accueil restera orientée vers les situations complexes (co-addictions, comorbidités psychiatriques, populations vulnérables) mais elle ne doit plus être exclusive. Dans leur logique d'ouverture à la population générale et de réelle promotion d'une offre d'accompagnement « toutes addictions », les CSAPA doivent s'ouvrir aussi aux « simples » fumeurs et le faire savoir. Cette implication des CSAPA dans la réduction d'une addiction à très haute prévalence, répandue en population générale, peut de plus contribuer à la « déstigmatisation » des addictions mais aussi à l'ouverture de ces structures à la population. C'est donc un enjeu important qui entraine une évolution des pratiques et qui nécessite un difficile mais prometteur travail sur les représentations, non seulement pour les professionnels mais aussi pour le grand public qui parfois soit ne connaissent pas les CSAPA soit s'en méfient un peu. Nous espérons continuer à solliciter et sans nul doute à bénéficier de l'appui des pouvoirs publics dans cette nouvelle dynamique de la lutte contre le tabac, ambitieuse et bénéfique pour la santé de tous.

Mais cet objectif d'ouverture impose aux professionnels des CSAPA eux-aussi de travailler sur leurs propres représentations. La situation a d'ailleurs déjà bien évolué depuis l'époque où les professionnels étaient eux-mêmes nombreux à fumer de concert avec les usagers dans les centres. Cette époque est heureusement révolue mais le travail sur les représentations et la débanalisation doit se poursuivre et même se renforcer encore. C'est une condition préalable à une réelle mobilisation pour intensifier notre action face au tabagisme. C'est un enjeu décisif pour les CSAPA et les personnes accompagnées.

Nous ne saurions trop remercier les nombreux collègues et administrateurs de tous horizons professionnels et institutionnels qui ont accepté de consacrer temps et énergie à élaborer ce guide. Nous sommes certains, au regard de sa qualité, qu'il sera une base solide et indispensable pour renforcer l'implication des CSAPA dans cinq axes prioritaires :

- Prévention : poursuivre la dénormalisation (y compris chez les personnes consultant pour d'autres conduites addictives !), contribuer avec les Consultations jeunes consommateurs (CJC) à l'objectif de première génération sans tabac (2032),
- Repérage : rechercher la consommation de tabac chez toutes les personnes accueillies et tout particulièrement dans les populations vulnérables, pas seulement pour cocher une case dans un rapport d'activités mais bien pour proposer un soutien motivationnel et une aide au sevrage,
- Traitement : être en mesure de proposer en première intention les interventions probantes d'aide à l'arrêt du tabac,
- Réduction des risques : en lien avec des entretiens motivationnels, proposer certains nouveaux dispositifs, dont le vapotage, qui sont conformes à la règlementation, et promouvoir des protocoles indiquant l'intérêt des approches RDR dans le domaine de l'accès à des soins de sevrage, tout en restant très vigilant au risque de substituer la consommation de tabac par d'autres produits dont la nocivité n'est pas établie aujourd'hui,
- Politique institutionnelle : communiquer, mobiliser et former les équipes et les partenaires, monitorer et évaluer continuellement, contribuer au futur programme de lutte contre le tabac, dans le sens d'une meilleure intégration du tabagisme dans le champ des addictions et de leur prise en charge.

Merci encore à toute l'équipe-projet et au groupe de travail pour nous donner ce nouvel élan !

Jean-Michel DELILE,
président de la Fédération Addiction.

9. Thomson, B., et al., *Association Between Smoking, Smoking Cessation, and Mortality by Race, Ethnicity, and Sex Among US Adults*. JAMA Netw Open, 2022. 5(10): p. e2231480.
10. Hser, Y.I., W.J. McCarthy, and M.D. Anglin, *Tobacco Use as a Distal Predictor of Mortality Among Long-Term Narcotics Addicts*. Preventive Medicine, 1994. 23(1): p. 61-69.
11. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138
12. Hartmann-Boyce, J., et al., *Electronic cigarettes for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021(9). ; Lindson N. et al., *Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults: component network meta-analyses*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 9. , October 2023.
13. https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/produits-de-vapotage-cigarette-electronique/article/recommandations-concernant-l-usage-des-produits-de-vapotage-cigarette

INTRO DUCTION

Si les premières graines de tabac sont arrivées en 1520 en Europe, il faut attendre 1843 pour que la première cigarette industrielle soit commercialisée. Au sortir de la Seconde guerre mondiale, la cigarette s'impose comme un produit de consommation courante en France. Les premières études épidémiologiques des années 1950 prouvant la toxicité du tabac aboutissent au vote de la loi Veil de 1976 qui marque le début de l'intervention des pouvoirs publics dans la lutte contre le tabagisme. En 1977 est créée la première consultation de tabacologie à l'hôpital de Nanterre. Traditionnellement, l'offre de soins proposée aux fumeurs reposait donc majoritairement sur le secteur hospitalier et la médecine de ville. Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), ancêtres des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), prenaient en charge le tabagisme mais pour les personnes en situation de polyconsommation, c'est-à-dire en complément d'une autre substance psychoactive. Néanmoins, les évolutions sociales et législatives de ces dix dernières années prouvent la nécessité d'une évolution de ce modèle avec l'émergence des CSAPA comme acteurs de premier plan dans la prise en charge du tabagisme. Ces évolutions sont de plusieurs ordres :

• Une nouvelle approche plus généraliste pour les CSAPA

Le décret du 14 mai 2007, qui décrit les missions des CSAPA, précise que ceux-ci doivent s'adresser aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives, licites ou non, y compris le tabac. Ce changement réglementaire rompt avec l'approche par produit et inscrit les CSAPA dans une démarche généraliste. Le tabac est désormais considéré de façon consensuelle comme une drogue et l'accompagnement, en première intention, à l'arrêt de sa consommation fait partie des missions d'un CSAPA. De la même façon, les CSAPA sont ainsi des structures adéquates pour les personnes qui, en réduisant leur consommation de tabac, pourraient augmenter leur usage d'autres substances psychoactives. Malgré cette évolution réglementaire, la pratique des CSAPA reste aujourd'hui centrée sur la prise en charge du tabagisme en seconde intention chez des personnes en situation de polyconsommation.

• Une diversification et une montée en compétences des acteurs œuvrant dans l'accompagnement en tabacologie

Les évolutions des offres pharmaceutiques de médicaments contenant de la nicotine (traitement de substitution) avec initialement les patchs transdermiques et les substituts oraux, leur accessibilité via le remboursement à 65 % de l'Assurance Maladie, ainsi que la campagne « Mois sans tabac », ont fortement favorisé l'évolution des pratiques professionnelles. Les acteurs œuvrant dans la prévention du tabagisme se sont ainsi multipliés : premier recours, secteur libéral, hôpital… Par leur expertise et leur rôle de spécialiste du secteur des addictions, les CSAPA pourraient ainsi jouer un rôle de coordination dans ce nouveau parcours de santé proposé aux fumeurs.

• Les CSAPA : des structures particulièrement adaptées pour accueillir certains profils de fumeurs

Depuis 2014, les programmes nationaux de lutte contre le tabac témoignent de la conduite d'une politique publique ambitieuse en la matière, avec un objectif :

> « arriver à la première génération sans tabac en 2032 c'est-à-dire moins de 5% de jeunes de 18 ans fumeur quotidien ».

Cependant, la baisse historique constatée du nombre de fumeurs entre 2014 et 2019 masque de nombreuses disparités. Les résultats sont ainsi inquiétants pour les personnes en difficulté socio-économique, les jeunes et les fumeurs faisant face à des reprises de consommation répétées. Même s'ils sont ouverts à la population générale, les CSAPA, par leur culture de la pluridisciplinarité, leur accessibilité sur le territoire et leur expérience auprès des publics jeunes, pourraient constituer une nouvelle offre de soins particulièrement adaptée pour ces populations.

- Les personnes en difficulté socio-économique

Les données tabac publiées par Santé publique France en 2022[14] confirment que les écarts se creusent sur les usages de tabac selon les niveaux de revenu. La prévalence du tabac a ainsi augmenté parmi les personnes moins diplômées, à 32% en 2021 contre 29% en 2019. Un écart de 15 points est ainsi observé entre les personnes sans diplôme et les titulaires d'un diplôme du supérieur. Dans la tranche d'âge 18-64 ans, le tabagisme est également bien plus important parmi les personnes au chômage que parmi les actifs (45,7% contre 26,6%). Le tabagisme constitue ainsi l'un des facteurs majeurs des inégalités sociales de santé. Il est directement responsable d'une partie importante de la différence d'espérance de vie selon les catégories sociales. Face à ce constat, les CSAPA, structures de proximité, pluriprofessionnelles et dont les soins sont gratuits, sont des acteurs pertinents pour accompagner ces fumeurs.

- Le tabagisme des jeunes : un enjeu de santé publique de premier ordre

L'âge moyen de la première cigarette se situe entre 14 et 15 ans, et près de 70 % des adolescents qui consomment leur première cigarette deviendront, au moins temporairement, des fumeurs quotidiens[15]. La situation est fortement liée à la situation scolaire des jeunes. Ainsi, selon l'enquête ESCAPAD de 2022, alors que parmi les jeunes scolarisés dans les filières générales et technologiques, un peu plus de quatre sur dix (42,8%) ont déjà expérimenté le tabac, la proportion s'élève à près d'un sur deux dans les filières professionnelles (49,9%) et à deux sur trois chez les jeunes en apprentissage (67,3%) ou sortis du système scolaire (65,5%)[16].

Même si la plupart des pathologies liées au tabac se déclarent à l'âge adulte, elles trouvent leur fondement dans le développement de la dépendance au tabac dès le plus jeune âge. On sait, par ailleurs, que les industriels du tabac et les fabricants de produit de vapotage ont à cœur de cibler les plus jeunes pour induire une dépendance durable et une fidélité à la marque d'initiation. La « puff » et le tabac chauffé sont ainsi deux illustrations de nouveaux produits du tabac visant particulièrement les jeunes. Tout cela souligne combien la période de l'adolescence doit être considérée comme un moment clé pour déployer les stratégies de prévention les plus efficaces afin de limiter drastiquement l'entrée dans le tabagisme, le vapotage et la consommation de tout produit instaurant une dépendance. Les CSAPA, gestionnaires des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), ont l'expérience de la prévention chez les plus jeunes. Les professionnels des CJC savent tisser le lien avec les jeunes et évoquer leurs consommations à risque. Les CSAPA sont donc des structures adaptées pour prendre en charge la dépendance aux produits du tabac et aux autres produits contenant de la nicotine dès son stade le plus précoce.

- Les personnes faisant face à des reprises de consommation répétées

En consultation de tabacologie, les profils des personnes demandeuses d'aide se sont progressivement modifiés depuis dix ans. À la suite de l'intensification des mesures de prévention du tabagisme et de l'introduction des substituts nicotiniques, de nombreuses personnes ont réussi à arrêter, alors que d'autres sont encore en difficulté avec leur consommation. Il s'est ainsi constitué un noyau dur de personnes se trouvant dans une impasse. Ces dernières pourraient donc être orientées vers les CSAPA, structures spécialisées en addictologie.

- Les femmes enceintes

Les CSAPA peuvent se mettre en lien avec les sage-femmes exerçant en libéral ou en maternité afin d'accompagner les femmes enceintes dans l'arrêt du tabac. Le caractère pluridisciplinaire des CSAPA, comprenant un suivi médical, psychologique et social, est bien adapté aux besoins spécifiques des femmes enceintes.

• Prendre en charge le tabac en CSAPA constitue une porte d'entrée pour évoquer d'autres consommations à risque

Le tabac étant moins stigmatisé socialement que d'autres substances psychoactives, il peut être plus facile pour le professionnel de créer une relation de confiance avec la personne accueillie. De ce fait, celle-ci pourra s'ouvrir sans crainte du jugement sur les autres produits éventuellement consommés. Par ailleurs, du fait du caractère généraliste des équipes accompagnantes, les CSAPA sont les structures adéquates pour les personnes qui, en réduisant leur consommation de tabac, risquent d'augmenter leur usage d'autres substances psychoactives.

14. Santé publique France ▸ https://www-santepubliquefrance-fr.translate.goog/presse/2022/l-interruption-de-la-baisse-de-la-prevalence-du-tabagisme-se-confirme-en-2021

15. ▸ https://www.larevueduprraticien.fr/article/entree-des-adolescents-dans-le-tabagisme-en-france

16. ▸ http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_3.html

1. MOBILISATION DE L'ÉQUIPE ET ORGANISATION INTERNE DU CSAPA

Cette première partie détaille les différentes étapes organisationnelles nécessaires pour renforcer l'accueil de personnes fumant du tabac en CSAPA.

A. INTRODUIRE UNE RÉFLEXION SUR LE TABAGISME AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT 18

- Échanger autour des bénéfices que les fumeurs retirent du tabac 18
- Échanger autour des croyances normatives des professionnels du CSAPA 18
- Travailler sur la légitimité des professionnels fumeurs ou vapoteurs à accompagner le public consommant du tabac et leur proposer une aide 20
- Sensibiliser au rôle essentiel des infirmiers 21

B. FORMER L'ÉQUIPE À LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME 22

C. AJUSTER L'ORGANISATION INTERNE DU CSAPA 23

D. RÉDIGER UNE FICHE ACTION DANS LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT 24

E. INSCRIRE LE CSAPA DANS LA DÉMARCHE « LIEU DE SANTÉ SANS TABAC » 26

Schéma synthétique 27

Témoignage de Virginie Fontaine, psychologue et coordinatrice du CSAPA ESI 14 à Lisieux 28

A. INTRODUIRE UNE RÉFLEXION SUR LE TABAGISME AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

Accueillir les personnes venant spécifiquement pour leur consommation de tabac implique au préalable de lever les éventuels freins liés aux représentations personnelles des professionnels du CSAPA.

Tout d'abord, il est essentiel que l'ensemble de l'équipe du CSAPA soit convaincue de la nécessité de prendre en charge le tabagisme et ainsi d'ouvrir le CSAPA aux personnes venant uniquement pour ce produit. Si la majorité des professionnels des CSAPA accompagnent le tabagisme dans les cas de polyconsommation, ils sont moins nombreux à être sensibilisés à l'accompagnement du tabac en produit principal. La première étape est donc de travailler sur les représentations du tabagisme au sein de l'équipe. Ce temps d'échanges sera articulé autour de trois axes :

Échanger autour des bénéfices que les fumeurs retirent du tabac

Identifier et comprendre les raisons qui poussent à fumer aidera l'équipe à accompagner les personnes qui souhaitent arrêter. Ainsi, il est intéressant d'évoquer en équipe ces raisons. Parmi celles-ci, on trouve :

• Diminuer le stress
La première est bien sûr le stress, quelle qu'en soit la source. La cigarette apporte une sensation de détente et donne une sensation d'énergie. Les fumeurs peuvent apprécier le goût âcre de la fumée dans la bouche, la sensation de chaleur de la fumée. La cigarette est souvent vue par les personnes comme une aide pour surmonter des émotions difficiles.

• Faire face à l'ennui ou à la solitude
L'ennui ou encore la solitude peuvent également amener certaines personnes à fumer.

• Le tabac comme acte tendance et socialisant
Comme pour les jeunes, il peut exister chez les adultes une composante sociale du tabagisme avec par exemple les soirées entre amis, les repas de famille, la pause cigarette avec les collègues de travail, etc. Une certaine convivialité est associée à ce produit.

• Le tabac comme rituel
Pour certains, le café du matin s'accompagne forcément d'une cigarette, pour d'autres c'est la « pause-clope » de l'après-midi, à chacun sa cigarette favorite ! La consommation de tabac s'apparente alors à une habitude de vie, voire à un geste réflexe ou rituel.

En définitive, la cigarette joue un rôle différent pour chacun, elle est intimement liée au fonctionnement psychologique de l'individu et à son cadre de vie.

Échanger autour des croyances normatives des professionnels du CSAPA

Il s'agit ici de discuter avec les membres de l'équipe de certaines idées préconçues sur le tabac :

> « Le tabac n'est pas une substance suffisamment toxique pour être prise en charge en CSAPA. »

Le tabagisme est la première cause de décès évitable en France (environ 75 000 morts par an). Un fumeur sur deux décèdera d'une maladie en lien avec sa consommation de tabac[17]. La consommation de tabac est associée à environ 17 localisations différentes de cancers. Dans 80 % des cas, le tabagisme est la principale cause de l'apparition de la BPCO[18]. Selon l'OMS, un décès sur 5 dus à une maladie cardiaque est lié au tabagisme. Il suffit de quelques cigarettes par jour, de tabagisme occasionnel ou d'exposition

17. Santé Publique France, *« Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la santé ? »*, mai 2023 : ▸ https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante

18. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO); source : Santé publique ▸ https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bpco-et-insuffisance-respiratoire-chronique

à la fumée secondaire pour que le risque de maladie cardiaque augmente.

> « Pour certaines personnes que nous accompagnons, fumer est un de leurs rares plaisirs, il n'y aurait pas d'intérêt à ce qu'elles arrêtent. »

Quel que soit l'âge, il y a toujours un bénéfice à arrêter le tabac et les effets peuvent être très rapides. Après 1 an d'arrêt, le risque d'infarctus est réduit de 50%[19] et celui d'un d'accident vasculaire cérébral diminue également et équivaut à celui d'une personne n'ayant jamais fumé. Après 5 ans, le risque de cancer du poumon est réduit de moitié. 10 à 20 ans après, l'espérance de vie redevient identique à celle d'une personne n'ayant jamais fumé. Il n'est jamais trop tard pour arrêter.

Par ailleurs, la vulnérabilité sociale est une raison supplémentaire pour arrêter de fumer, en raison de l'impact économique de la consommation de cigarettes. En moyenne, selon Santé publique France, la consommation moyenne d'un fumeur en France est de 13 cigarettes par jour, soit 2374 euros à l'année.

> « Fumer peu n'est pas dangereux. »

Le risque existe quelle que soit la quantité de cigarettes fumées. Même les « petits » fumeurs augmentent significativement leur risque d'accident cardiovasculaire : +48% chez les hommes et +57% chez les femmes dès la première cigarette quotidienne par rapport à un non-fumeur[20]. Fumer peu n'est donc pas un indicateur pertinent : il s'agit plutôt de regarder la consommation dans la durée, car plus celle-ci est longue, plus elle induit des risques de maladies. Selon Tabac Info Service, doubler la dose de tabac, c'est doubler les risques mais doubler la durée de consommation de tabac, c'est multiplier les risques par 22.

> « L'arrêt du tabac aggrave les symptômes de santé mentale comme l'anxiété et la dépression. »

Des études ont montré que le tabagisme pourrait avoir un impact négatif sur la santé mentale des personnes, et qu'arrêter de fumer pourrait réduire l'anxiété et la dépression. Les personnes qui arrêtent de fumer ne risquent pas de voir leur humeur se dégrader à long terme, qu'elles aient ou non un problème de santé mentale. Elles constateront des améliorations de leur santé mentale, comme une réduction des symptômes d'anxiété et de dépression[21].

Il est aussi intéressant de discuter de l'action des lobbies de l'industrie du tabac en faveur de la banalisation et de la normalisation du tabac[22]:

Il est possible d'aborder ce sujet en équipe grâce au jeu « Le vrai faux paquet » créé par le GISME (Groupe d'invitation à la santé et au mieux être). Il se présente sous la forme d'un paquet de cigarettes dans lequel sont rassemblées 16 fiches construites autour d'une question et de sa réponse. En utilisant l'arme de l'humour grinçant, ces fiches dénoncent les tromperies et manipulations des lobbies du tabac. Ce jeu est disponible via certaines associations régionales Promotion Santé (anciennement IREPS) et via le CRIPS Île-de-France.

Il y a 60 ans, l'industrie du tabac ciblait principalement les populations masculines qu'elle séduisait en vantant la cigarette, comme étant l'attribut obligé de l'homme moderne, branché et dynamique. Cet objectif atteint, l'industrie du tabac s'est tournée vers les femmes car les fumeuses étaient encore très minoritaires. Flairant là un potentiel de profits substantiels, l'industrie a déployé des stratégies pour changer l'image de la femme par le marketing, faisant de la cigarette un objet d'émancipation. De la même manière, malgré l'interdiction de vente de tabac aux mineurs, les jeunes constituent un public-cible, avec l'apparition et le développement de produits à destination des plus jeunes (« puff », tabac chauffé, tabac à rouler…)

19. ▸ https://www.stop-tabac.ch/sante/maladies-pulmonaires/maladies-cardiovasculaires/infarctus/
20. ▸ https://www.stop-tabac.ch/sante/maladies-pulmonaires/maladies-cardiovasculaires/infarctus/
21. ▸ https://www.cochrane.org/fr/CD013522/TOBACCO_larret-du-tabac-ameliore-t-il-la-sante-mentale

22. Les lobbies du tabac organisent « *l'anti prévention du tabagisme* » B.Dautzenberg, Les tribunes de la santé (2018) ▸ https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2018-1-page-91.htm

Jusqu'à une date récente, les lobbyistes répandaient l'idée simple que lutter contre le tabac, c'était lutter contre le plaisir et la convivialité et tentaient de faire croire à l'opinion publique que les « antitabac » étaient des censeurs hygiénistes et prohibitionnistes. Si aujourd'hui, les publicités pour le tabac sont interdites, les lobbies du tabac utilisent des moyens détournés pour influencer la population :

• Le cinéma est un vecteur important pour les politiques de marketing d'initiation au tabagisme. La stratégie est d'inscrire le tabagisme dans un mode de vie. La Ligue contre le Cancer, aidée d'Ipsos, a visionné plus de 150 films français sur la période de 2015 à 2019. Ce travail d'envergure a permis d'attester de la surreprésentation de la consommation de tabac dans le cinéma français par rapport à la prévalence du tabac en population générale. « Entre 2015 et 2019, 90,7% comprennent au moins un événement, un objet ou un discours en rapport avec le tabac : personnes en train de fumer, présence de cendriers, cigarettes, personnage qui parle de tabac… »[23]. L'un des objectifs de cette surreprésentation du tabac à l'écran est d'accrocher ou de raccrocher les personnes. Il peut également s'agir de placement de produits, rappelant la force économique des lobbies du tabac.

• Une enquête de Reuters a révélé que le géant de la cigarette Philip Morris avait mené une campagne de marketing pour son nouveau dispositif de « tabac chauffé » utilisant des influenceurs en ligne, embauchés par les compagnies de tabac pour promouvoir leurs produits.

Face à la baisse progressive du nombre de fumeurs en France, les produits de tabac chauffé sont, depuis 2014, le nouveau cheval de bataille de l'industrie du tabac et font l'objet d'une commercialisation agressive. Si leur apparence se rapproche de celle d'un vaporisateur personnel, il s'agit bien d'un produit du tabac contenant des mini-cigarettes qui délivrent la nicotine en shoot (qui crée la dépendance physique) et non de façon régulière et sans à coup comme le fait la vape (ce qui permet le plus souvent de réduire progressivement les doses quotidiennes de nicotine).

Travailler sur la légitimité des professionnels fumeurs ou vapoteurs à accompagner le public consommant du tabac et leur proposer une aide

Un juste équilibre est à trouver lorsque l'on fume en tant que professionnel. Cet équilibre doit se construire sur une double dimension : du côté de chaque professionnel fumeur et du côté de l'organisation du travail et de la vie dans les établissements.

Du côté des professionnels fumeurs ou vapoteurs, il n'est pas nécessaire de nier le fait que l'on fume lorsque la question survient. Au contraire, associer les professionnels et les personnes accueillies à la réflexion sur le tabac est un moyen de montrer que cette problématique touche énormément de personnes de catégories socioprofessionnelles différentes et que l'on ne cherche pas à stigmatiser le comportement d'une de ces catégories en particulier. Ce sont bien des mécanismes qui dépassent les individus qui ont conduit à ériger le tabac comme un facteur de convivialité, un moyen de réponse

23. Communiqué de presse : La Ligue contre le cancer publie les résultats de la 3ème édition de son étude, réalisée avec Ipsos, sur la présence du tabac dans les films français, (2021).
https://www.ligue-cancer.net/articles/tabac-et-cinema

au stress, etc. Toutefois, il est nécessaire de ne pas maintenir la cigarette comme un élément du lien qui existe entre les professionnels et les personnes accompagnées. En d'autres termes, il est essentiel de substituer d'autres moments de convivialité à ceux de la pause cigarette, le principe étant de ne pas fumer pendant un moment de convivialité avec les personnes.

Le CSAPA peut aussi proposer une aide aux professionnels souhaitant profiter de la démarche au sein de l'établissement pour questionner leur propre consommation de tabac :

• Consultations de tabacologie gratuites sur le temps de travail et prescription de traitements de substitution nicotinique (TSN).

• Groupes de paroles : organiser des sessions de groupe où les professionnels peuvent partager leurs expériences, se soutenir mutuellement et recevoir des conseils pratiques pour faire face aux défis liés au sevrage tabagique. Ces groupes offrent un espace sécurisé pour exprimer leurs préoccupations et obtenir un soutien émotionnel.

• Programmes de gestion du stress : le CSAPA peut mettre à disposition des professionnels des programmes de gestion du stress, tels que des séances de relaxation, ou d'exercice physique, pour les aider à trouver des alternatives saines et efficaces aux pauses cigarette.

Sensibiliser au rôle essentiel des infirmiers

La loi de modernisation de notre système de santé, en date du 26 janvier 2016, autorise la prescription des traitements nicotiniques de substitution par les infirmiers. Malheureusement, il est constaté que cette possibilité pour les infirmiers est encore peu connue. Il est donc essentiel que les infirmiers du CSAPA jouent un rôle prépondérant dans l'action de l'établissement sur le tabagisme. Ils doivent être soutenus par la direction comme parfaitement qualifiés pour apporter leur expertise dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac. Plus globalement, lors des échanges avec les partenaires, les professionnels du CSAPA sont encouragés à diffuser activement cette information afin de maximiser l'impact positif que les infirmiers peuvent avoir dans l'accompagnement à l'arrêt du tabagisme.

À l'issue de cette phase de sensibilisation avec les membres de l'équipe, il est recommandé de constituer une équipe projet au sein du CSAPA. Cette équipe projet, de préférence composée de 3 ou 4 professionnels, issus de métiers différents mais avec un ou une infirmière, pourra constituer un relai auprès des autres membres du CSAPA.

B. FORMER L'ÉQUIPE À LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME

Ce travail de formation et de sensibilisation doit être porté principalement par l'équipe projet. Il est conseillé de former en interne les médecins, les infirmiers, mais aussi les psychologues, les travailleurs sociaux ainsi que les agents d'accueil du CSAPA pour certains modules. Il n'est pas indispensable d'avoir des connaissances avancées en tabacologie. Une formation de base type RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève) suffira. Elle sera dispensée après un rapide état des lieux des besoins des professionnels du CSAPA.

L'équipe projet pourra s'appuyer sur les ressources en ligne suivantes :

- Les différentes ressources du Respadd et particulièrement le guide **« premiers gestes en tabacologie »**
- La formation (MOOC) : **« tabac : arrêtez comme vous voulez »** créée par la Société française de tabacologie.
- Les ressources publiées par les Dispositifs spécifiques régionaux en addictologie : **2PAO, Coreadd Nouvelle-Aquitaine, ERREAGE, la SRAE, Hauts de France Addictions, Arca Sud, DAPA Normandie, ...**
- Le site **intervenir-addictions.fr**, à destination des professionnels de premier recours
- Le **portail Addict'AIDE** https://www.addictaide.fr/tabac/
- Le site du **Mois sans tabac** et ses émanations régionales
- Le guide **« jeunes et tabac »** de la Fédération Addiction et du Respadd
- Le kit d'intervention **« TAPREOSI, tabac et précarité »** de la Fédération Addiction et de la Fédération des acteurs de la solidarité.

Il est aussi possible de prévoir une formation en présentiel :

- Dans le cadre du développement professionnel continu, une formation pour les prescripteurs des traitements de substitution nicotinique peut être proposée. Celle-ci se déroule sur 2 jours et permet de renforcer ses connaissances en tabacologie.
- Le Respadd propose une formation repérage précoce et intervention brève en tabacologie bénéficiant d'un réseau national de formateurs agréés.
- Les dispositifs spécifiques régionaux en addictologie proposent, le plus souvent, des formations.
- D'autres associations/organismes de formation peuvent dispenser des formations sur ce sujet.
- Tout professionnel peut avoir une formation qualifiante à la tabacologie via les DIU (diplôme inter-universitaire) / DU (diplôme universitaire).

Ces formations en présentiel peuvent être prévues pour l'ensemble des professionnels de la structure, mais si cela s'avère difficile à mettre en œuvre et coûteux, il est recommandé de former en priorité les membres de l'équipe projet qui à leur tour pourront sensibiliser leurs collègues.

C. AJUSTER L'ORGANISATION INTERNE DU CSAPA

L'accompagnement d'un plus grand nombre de fumeurs venant en première intention peut éventuellement nécessiter une réorganisation du fonctionnement du CSAPA.

- Afin de s'adapter aux personnes travaillant avec des horaires « de bureau », des créneaux d'ouverture sur l'heure du midi et en fin d'après-midi peuvent leur être réservés.
- Il est possible de développer des consultations par visio-conférence et par téléphone. Ce type de consultations est particulièrement adapté aux attentes de certaines personnes quant au suivi de leur sevrage. En revanche, le premier rendez-vous d'accueil et d'évaluation, tout comme certains tests (CO testeur), ne peuvent être effectués qu'en présentiel. Ces consultations en ligne, relativement courtes (20 minutes environ) permettent notamment d'être réactif pour affiner le dosage en substituts nicotiniques.
- Il ne semble pas nécessaire d'aménager une salle d'attente différenciée entre les fumeurs venant en première intention et les autres personnes accueillies dans le CSAPA. Il est également possible de privilégier les rendez-vous sur les créneaux réservés aux fumeurs.
- Il est utile de laisser de la documentation en libre-service, comme les publications de Santé Publique France qui traitent de nombreux sujets liés au tabac et qui peuvent être commandées gratuitement.
- Le CSAPA peut également travailler en lien avec le médecin traitant du patient, dans une dynamique d'arrêt de la consommation ou de réduction des risques.

D. RÉDIGER UNE FICHE ACTION DANS LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Il est recommandé d'inscrire la question de la prise en charge du tabagisme au sein d'une fiche action qui sera ajoutée au projet d'établissement. Elle clarifiera les objectifs du CSAPA sur le tabagisme et permettra d'inscrire ce sujet de manière pérenne dans la politique de l'établissement.

EXEMPLE DE FICHE ACTION >>>

PRISE EN CHARGE EN PREMIÈRE INTENTION DES PERSONNES DÉPENDANTES AU TABAC

OBJECTIF(S)
• Repérer l'abus ou la dépendance et proposer une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

PUBLICS VISES
• Personnes adressées par les professionnels de premier recours
• Personnes en situation de reprise de consommation
• Personnes en difficulté socio-économique

PERSONNEL INTERVENANT
• Professionnels du CSAPA

ACTIONS
• Évaluation de la dépendance.
• Prescription TSN et suivi médical selon le protocole de soins.
• Thérapie brève.
• Mois sans tabac.
• Atelier « Marche ».
• Etc.

PARTENARIAT FORMALISE
• Association X
• Mairie de X
• Etc.

PARTENARIAT INFORMEL
• Médecins de ville.
• Pharmaciens de ville.

ESTIMATION DE LA FILE ACTIVE

Une deuxième fiche action visant à proposer aux professionnels du CSAPA fumeurs ou vapoteurs de s'inscrire dans une démarche d'arrêt, pourra être ajoutée.

>>>

ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS FUMEURS OU VAPOTEURS

OBJECTIF(S)
• Aider les professionnels désireux d'arrêter de fumer.

PUBLICS VISES
• Professionnels de l'établissement

PERSONNEL INTERVENANT
• Professionnels du CSAPA
• Professionnels extérieurs si besoin (pour exercices de relaxation, de gestion du stress notamment)

ACTIONS
• Consultations gratuites
• Prescription de TSN
• Programmes de gestion du stress pour contrecarrer la « pause cigarette »
• Etc.

PARTENARIAT FORMALISE
• X
• ARS

PARTENARIAT INFORMEL

ESTIMATION DE LA FILE ACTIVE

E. INSCRIRE LE CSAPA DANS LA DÉMARCHE « LIEU DE SANTÉ SANS TABAC »

Dans le cadre du Plan national de lutte contre le Tabagisme (2018-2022), le ministère de la Santé et l'Institut national du cancer ont lancé en 2018 le déploiement du dispositif « Lieu de santé sans tabac » (LSST) au sein des établissements de santé. Le Respadd accompagne la démarche. Ce dispositif permet d'évaluer son établissement en réalisant un audit avec pour objectif d'atteindre un des niveaux proposés :

- le **niveau Bronze** bénéficie uniquement d'une auto-évaluation : un établissement ayant obtenu au moins 27 points et moins de 107 points peut s'auto-certifier "niveau Bronze level" dans sa mise en place de la stratégie LSST.
- le **niveau Silver** bénéficie d'une évaluation externe par des auditeurs missionnés nationaux. Il s'applique pour un résultat à l'audit LSST entre 108 et 125 points inclus.
- le **niveau Gold** bénéficie d'une évaluation externe par des auditeurs missionnés internationaux. Il s'applique pour un résultat à l'audit LSST égal ou supérieur à 126 points

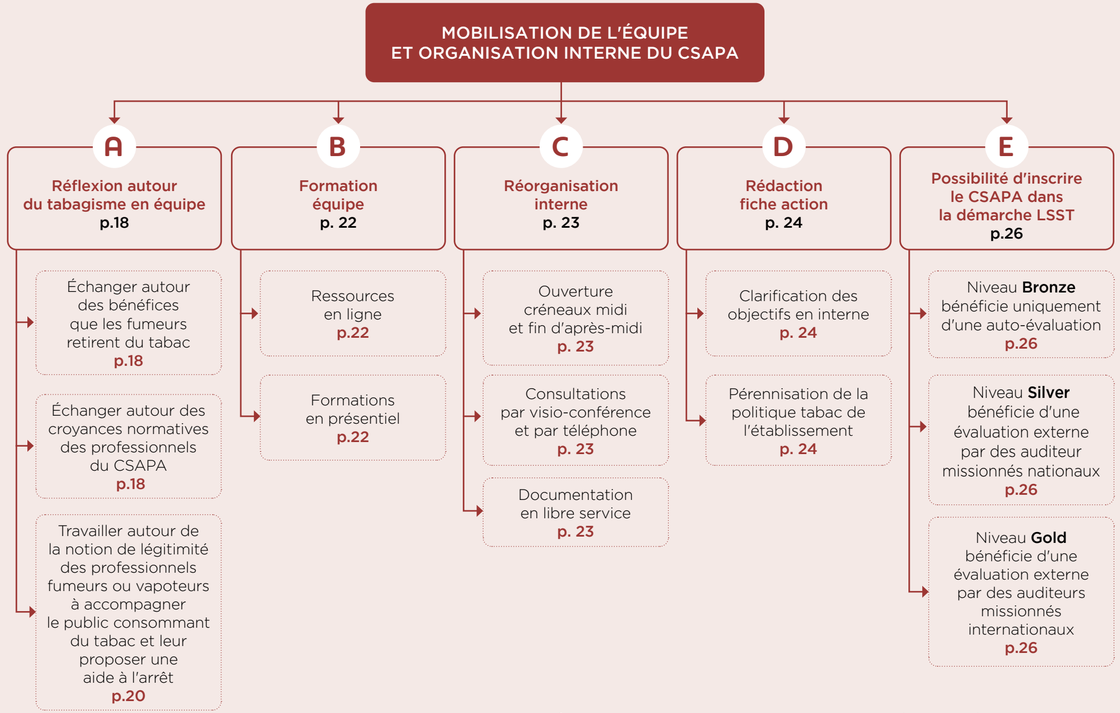
Selon le score obtenu par le CSAPA, le Respadd contactera l'établissement pour l'accompagner, gratuitement, vers le niveau visé. À l'issue de la démarche, la signature d'une « charte LSST »[24] permettra d'officialiser l'engagement de l'établissement dans la stratégie « Lieu de santé sans tabac » et ainsi de communiquer sur ce projet auprès des professionnels de la structure et des visiteurs. Si vous souhaitez en savoir plus, vous pouvez contacter le Respadd à l'adresse : contact@respadd.org et consulter le site www.lieudesantesanstabac.org

En interne, cette démarche LSST pourrait être envisagée comme l'aboutissement de la réorganisation du CSAPA et du travail de sensibilisation et de formation des professionnels de la structure.

Lieu de santé sans tabac

24. https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2022/10/Charte-LSST-MAJ-avril-22.pdf

SCHÉMA SYNTHÉTIQUE DE LA PARTIE 1



TÉMOIGNAGE

VIRGINIE FONTAINE, PSYCHOLOGUE ET COORDINATRICE DU CSAPA ESI 14 À LISIEUX

Virginie Fontaine est psychologue et coordinatrice du CSAPA ESI 14 à Lisieux. Dans cet entretien, elle revient sur les transformations en interne du CSAPA pour améliorer l'accueil des personnes consommatrices de tabac.

Quels sont les résultats de votre CSAPA concernant l'accueil des personnes consommant du tabac ?

Jusqu'en 2016, la file active des personnes venant pour une consultation tabac au CSAPA était d'environ 5%. En seulement trois ans, cette file active a triplé pour se situer aujourd'hui aux alentours de 15%. Les résultats de notre CSAPA prouvent que la sensibilisation des équipes est un levier fondamental pour accueillir plus de fumeurs venant en première intention.

Comment avez-vous formé l'équipe du CSAPA au tabagisme ?

Nous avons formé un psychologue et un médecin au DIU tabacologie de l'Université Paris 13.

Au niveau médical, la coordinatrice médicale du CSAPA forme en interne les infirmier(e)s diplômé(e)s d'Etat et les internes en médecine générale.

Au niveau associatif, une référente tabac a été nommée. Elle coordonne les actions et les missions des membres de l'équipe mobilisés et renforce les passerelles entre le soin et la prévention.

Dans le but de renforcer les connaissances en tabacologie, d'harmoniser les pratiques et de créer une culture commune, il est maintenant proposé aux nouveaux salariés d'ESI14 de participer à une journée de sensibilisation en tabacologie.

Comment accueillez-vous les personnes fumant du tabac au sein du CSAPA ?

Nous avons fait le choix d'accueillir au sein de notre structure les fumeurs de tabac comme tout autre consommateur de substances psychoactives. Il n'y a ainsi pas de salle d'attente ou de locaux réservés spécifiquement aux fumeurs. En revanche, nous avons monté un programme de partage d'expériences destiné aux consommateurs de tabac. Nous expérimentons ainsi des « consultations solidaires » avec des anciens fumeurs de tabac ayant bénéficié d'une prise en charge au CSAPA. Ces derniers rencontrent des fumeurs qui souhaitent s'inscrire dans une démarche d'arrêt, afin de témoigner de leurs expériences.

Enfin, avez-vous rédigé une fiche action sur le tabac au sein du projet d'établissement ?

En effet, cette fiche a permis de synthétiser notre engagement sur le tabagisme.

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉPENDANTES AU TABAC

OBJECTIF(S)
- Repérer l'abus ou la dépendance et proposer une prise en charge globale et pluridisciplinaire
- Orienter vers des structures de soins (consultation de tabacologie du CHG de Lisieux ou de Falaise).

PUBLICS VISES
- Adolescents
- Adultes
- Parents
- Famille

PERSONNEL INTERVENANT
- Medecins (DU de Tabacologie, DU d'addictologie).
- Psychologue, (DU de Tabacologie).
- Infirmières.

ACTIONS
- Évaluation de la dépendance.
- Orientation vers les structures spéciales.
- Prescription TSN et suivi médical selon le protocole de soins.
- Thérapie brève.
- Mois sans tabac.
- Atelier « Marche ».

PARTENARIAT FORMALISE
- CHG de Lisieux (consultations de tabacologie).
- Mairie de Falaise (consultations de tabacologie).

PARTENARIAT INFORMEL
- Médecins de ville.
- Pharmaciens de ville.

ESTIMATION DE LA FILE ACTIVE
- 100 personnes par an.

2. MOBILISATION DES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS ET COMMUNICATION AUPRÈS DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Il s'agit ici de construire un partenariat de qualité avec les professionnels de premier recours et de faire connaître l'action du CSAPA sur le tabagisme auprès de la population générale.

A. FAVORISER L'IDENTIFICATION DU CSAPA PAR LES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS 32

- Faire connaître le CSAPA auprès des professionnels de premier recours 32
- Faire monter en compétences les professionnels de premier recours 32

B. METTRE EN PLACE DES ACTIONS EN DIRECTION DE LA POPULATION GÉNÉRALE 36

Schéma synthétique 38

Témoignage de Marie-Alice Robert, médecin addictologue au CSAPA Les Apsyades à Nantes 39

A. FAVORISER L'IDENTIFICATION DU CSAPA PAR LES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS COMME STRUCTURE RESSOURCE

Parmi les professionnels de premier recours exerçant en libéral, on retrouve notamment les médecins généralistes, les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes. Ces soins de premier recours sont essentiels dans la mesure où ils représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé. Dans le travail à mener avec les acteurs de premier recours, deux axes sont essentiels pour le CSAPA :

Faire connaître le CSAPA auprès des professionnels de premier recours :

Actuellement, la connaissance du dispositif médico-social spécialisé en addictologie par les professionnels de santé s'avère inégale. Certains professionnels de premier recours ont encore des représentations sur les CSAPA, notamment sur le fait qu'ils seraient exclusivement dédiés à la « toxicomanie » et à l'alcool. Il faut donc insister sur le travail d'identification du CSAPA comme structure accueillant les fumeurs en première intention.

Dans cette optique, il est conseillé au CSAPA de :

- Envoyer une lettre type aux professionnels de premier recours (trame en annexe 1)

- Prendre contact avec les coordinateurs des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Les MSP regroupent des professionnels de santé autour d'une même patientèle. Les CPTS sont composées de professionnels de santé qui souhaitent travailler ensemble pour améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des patients sur un territoire. À ce titre, les CSAPA sont invités à rejoindre les CPTS de leur territoire lorsqu'elles existent. Ces deux dispositifs permettront de faire coopérer le CSAPA avec les professions libérales de premier recours du territoire, et ainsi de mieux coordonner le parcours. Les coordinateurs des MSP et des CPTS apportent une expertise en suivi administratif et en gestion de projet. Ils peuvent ainsi informer les membres de la MSP ou de la CPTS de l'initiative du CSAPA sur le tabagisme.

- Identifier les dispositifs territoriaux en santé les plus dynamiques de son territoire pour les contacter et leur proposer un partenariat sur la question du tabac. La Fédération Addiction a mis en ligne une boîte à outils sur ces dispositifs.[25]

Faire monter en compétences les professionnels de premier recours

Le CSAPA, en tant qu'acteur spécialisé en addictologie, doit se positionner comme une ressource à la disposition des professionnels de premier recours. Il est ainsi utile de contacter les CPTS et les MSP pour leur proposer une formation RPIB (repérage précoce et intervention brève).

Le RPIB tabac vise à favoriser la transmission de savoir-être et savoir-faire en donnant aux professionnels de santé les ressources pour repérer et accompagner les personnes fumeuses dans une dynamique d'arrêt du tabagisme.

Les outils de RPIB tabac sont centrés autour de 3 axes :

25. https://www.federationaddiction.fr/actualites/politique-publique/la-boite-a-outils-sur-les-dispositifs-territoriaux-en-sante/

26. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

• Repérer

Les personnes qui consomment du tabac ne sont pas forcément en demande d'accompagnement et donc n'abordent pas spontanément le sujet. Or, le tabagisme constitue un élément à part entière du tableau clinique que le professionnel a intérêt à interroger pour une bonne connaissance de son patient, car c'est un déterminant de santé important. Les professionnels de premier recours sont ainsi invités à intégrer la question du tabac dans l'entretien médical, au même titre que les autres produits et antécédents et les habitudes de vie (situation professionnelle, conduites alimentaires, sommeil, hygiène de vie, etc...). Si la personne interrogée est en effet fumeuse, le professionnel de premier recours pourra s'aider des tests CDS (cigarette dépendance scale) et Fagerström simplifié pour mesurer sa dépendance au tabac.

Le questionnaire CDS (en annexe 2) est un auto-questionnaire en 12 items explorant la dépendance tabagique. Il permet de repérer 3 niveaux de dépendance :

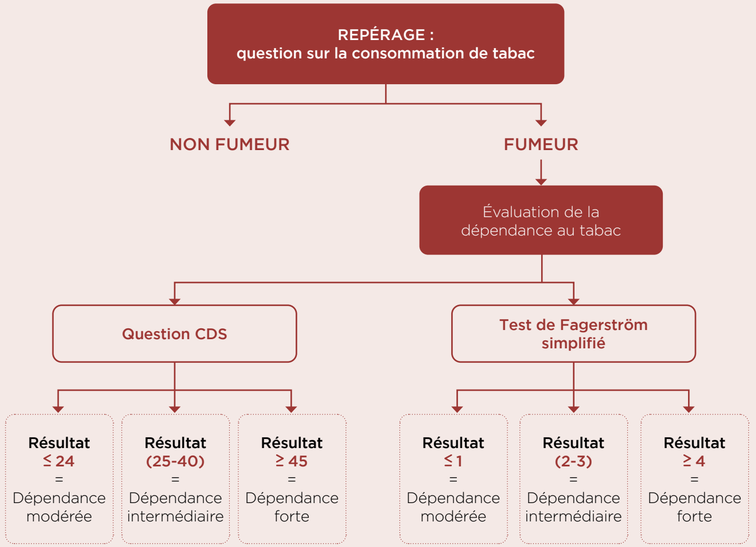
- Dépendance modérée : score ≤ 24
- Dépendance intermédiaire : score entre 25 et 44 inclus
- Dépendance forte : score ≥ 45

Le test de Fagerström (en annexe 3) simplifié est un outil associé à la recommandation de bonne pratique de la Haute autorité de santé « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ».[26]

Les résultats du test de Fagerström doivent être interprétés comme suit :

- Dépendance modérée : score ≤ 1
- Dépendance intermédiaire : score entre 2 et 3
- Dépendance forte : score ≥ 4

REPÉRAGE DE LA CONSOMMATION DE TABAC PAR LES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS



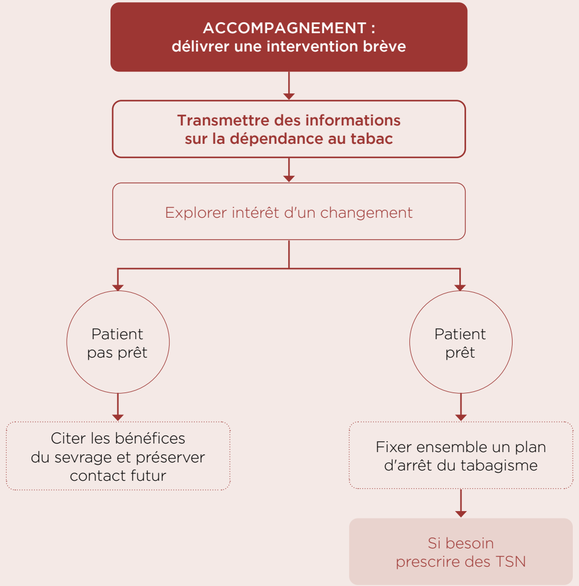
• Accompagner

Le professionnel de santé de premier recours doit premièrement demander à la personne ce qu'elle connait sur les risques liés à la consommation puis lui transmettre de l'information valide sur les dangers induits par la consommation de tabac. Cette information peut être complétée par la mise à disposition de documents pour les personnes, comme ceux édités par Santé publique France. Le professionnel pourra ensuite explorer l'intérêt de l'arrêt du tabac avec la personne. Si elle est ouverte à l'idée, le professionnel pourra concevoir avec elle un plan d'arrêt du tabagisme. Ce plan comprendra les manières de suivre la progression (carnet de bord, calendrier), les stratégies pour faire face aux situations à risques, ainsi que les alternatives au tabac fumé. Le professionnel pourra fixer les rendez-vous des prochaines consultations pour établir un suivi régulier.

En cas de nécessité d'un recours à un traitement médicamenteux dans le cadre d'un sevrage tabagique, le médecin généraliste sera amené à prescrire des substituts nicotiniques. Les kinésithérapeutes, les sage-femmes, infirmiers et chirurgiens-dentistes peuvent aussi prescrire des substituts nicotiniques, et ce depuis le 1er janvier 2016. Afin d'aider ces professionnels non médecins à prescrire ces produits, l'Assurance Maladie en Bretagne a formalisé un guide de quelques pages, disponible en ligne. Ce guide présente les différents produits existants et propose des référentiels afin de déterminer la durée du traitement et la posologie à prescrire[27]. Si la personne n'est pas encore prête à s'engager dans un sevrage tabagique, le professionnel pourra, avec celle-ci, repérer les bénéfices ou non d'une modification de sa consommation sur sa santé, son budget et son bien-être personnel. Il respectera son choix et sera à la disposition de la personne pour en reparler.

27. Guide « Accompagner son patient dans un arrêt du tabac avec les TSN », Assurance Maladie Bretagne, ARS Bretagne, 2021, disponible sur le site du Mois sans tabac de Bretagne

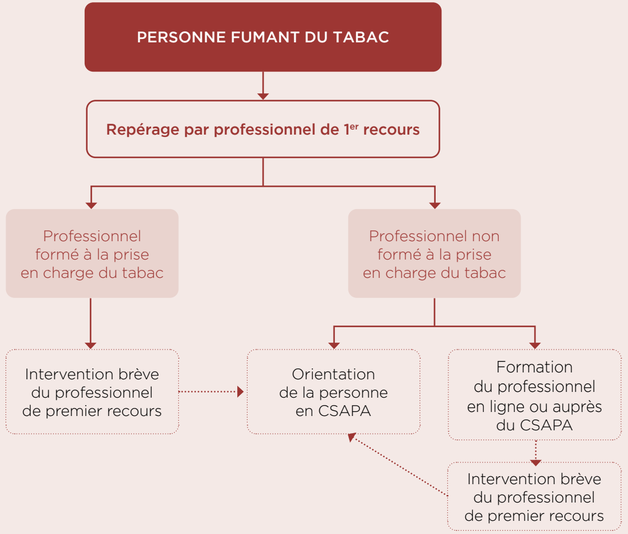
INTERVENTION BRÈVE DE LA PART DES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS



• Orienter

Si le professionnel de premier recours n'a pas la formation suffisante pour intervenir lui-même, il peut identifier et solliciter les CSAPA de son territoire pour être conseillé ou pour leur orienter une personne. Le prérequis pour une orientation optimale tient à l'intégration du professionnel de premier recours dans un travail d'équipe, par exemple sous la forme d'un partenariat avec le CSAPA. L'enjeu de ce partenariat est de pouvoir mieux apprécier, en intervision ou en supervision, les éléments comportementaux ou contextuels de l'usage du patient. Pour préciser le cadre d'activation de ce partenariat, il faut définir un niveau de coordination : réunions occasionnelles (pour des mises au point ou des informations sur les activités) ou réunions régulières (par exemple, mensuelles) pour les membres actifs dans l'organisation des filières de prise en charge. Les CSAPA peuvent ainsi former les professionnels de premier recours au RPIB ainsi qu'à la prescription de traitements substituts nicotiniques. Le professionnel de premier recours peut aussi décider de se former lui-même en ligne (par exemple, grâce au site intervenir-addictions.fr, les autres outils de formation présentés précédemment sont aussi utiles).

PARCOURS DE SOINS ENTRE LE PREMIER RECOURS ET LES CSAPA



B. METTRE EN PLACE DES ACTIONS EN DIRECTION DE LA POPULATION GÉNÉRALE

Pour faire connaitre l'action du CSAPA auprès des fumeurs, il est important d'augmenter sa visibilité auprès du CSAPA auprès d'acteurs locaux tels que les missions locales, les lycées, les centres communaux d'action sociale, les centres médico-psychologiques et les associations. La période du Mois sans tabac est particulièrement propice pour communiquer sur les actions du CSAPA auprès de ces partenaires.

Depuis 2016, l'opération Mois sans tabac se déroule chaque année au mois de novembre. Le dispositif est porté par le ministère de la Santé et Santé publique France, en partenariat avec l'Assurance maladie. Le Mois sans tabac est un défi collectif national décliné localement et qui vise à accompagner tous les fumeurs dans leur démarche d'arrêt du tabac. Toutes les organisations peuvent mettre en place des actions dans ce cadre. Il est ainsi possible de commander gratuitement des outils (affiches, flyers) dès le mois de septembre sur l'espace partenaire du Mois sans tabac. Par ailleurs, l'opération Mois sans tabac est relayée au niveau local par des « ambassadeurs ». Ces ambassadeurs sont des associations intervenant dans le champ de la promotion de la santé ou de la prévention des addictions. Leurs missions, en tant qu'ambassadeur, sont plus plurielles : plaidoyer en faveur de l'opération, soutien méthodologique et formation auprès des porteurs de projets et reporting. Les coordonnées de ces ambassadeurs, pour chacune des régions, sont disponibles sur simple demande à l'adresse : **moisanstabac@santepubliquefrance.fr** La journée mondiale sans tabac (31 mai) peut aussi être l'occasion de tenir un stand dans les locaux des partenaires mentionnés.

Il peut être envisagé de développer des consultations avancées afin d'assurer l'accès aux soins pour les personnes ne recourant pas spontanément au CSAPA. Celles-ci peuvent se dérouler dans une structure partenaire du CSAPA (CHRS, mission locale, centre communal d'action sociale, mairie, lycées d'enseignement professionnel et général, ainsi que centres de formation des apprentis…).

Des actions innovantes peuvent être organisées comme une marche pour sensibiliser aux dangers du tabac et faire connaître les consultations tabac. Ainsi, une marche de 6 km autour du centre-ville de Lisieux est organisée par le CSAPA du Pays d'Auge à l'occasion du 31 mai. Le groupe réunit des usagers de tabac, des professionnels du CSAPA, des associations, des médecins généralistes et des acteurs institutionnels (mairie, département etc.) La presse locale est invitée. L'objectif est d'accroitre la visibilité et la notoriété du CSAPA auprès des acteurs locaux de la santé.

Plusieurs CSAPA ont par ailleurs participé au projet de mise en place du label « Ville sans tabac » avec leur commune et la Ligue contre le cancer. Les lieux extérieurs proposés à l'interdiction de fumer au sein du label Ville sans tabac sont des lieux dédiés à l'enseignement, à la pratique sportive, aux loisirs et recevant fréquemment des enfants et des mineurs. Ces lieux doivent faire preuve d'exemplarité et limiter au possible l'exposition des enfants au tabagisme tant dans son expression visuelle que dans sa pratique active ou passive.

Enfin, il est pertinent de faire connaître l'action du CSAPA sur le tabac par une communication active sur le site internet et sur les réseaux sociaux. Aujourd'hui, la France compte 60 millions d'internautes, soit environ 90 % de la population. Environ 52 millions de français utilisent au moins un réseau social, soit 80 % de la population. Il est donc essentiel que les CSAPA prennent le tournant des réseaux sociaux pour améliorer leur notoriété auprès de la population, notamment en ce qui concerne l'accompagnement des fumeurs. Cette communication est particulièrement efficace auprès des jeunes.

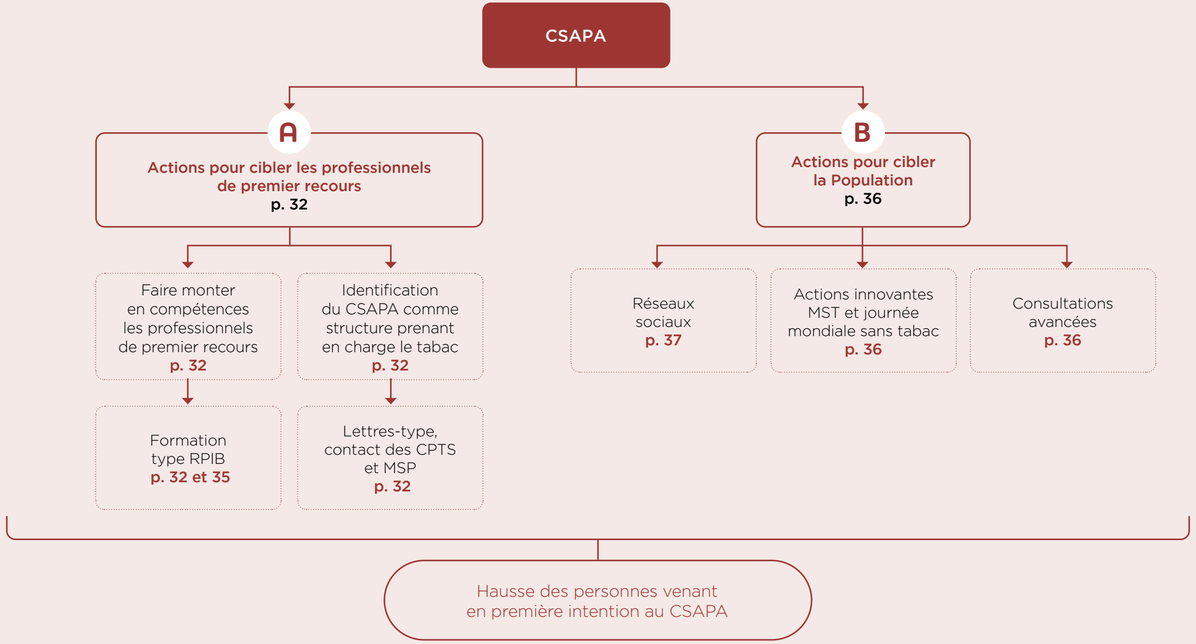
Les 4 réseaux sociaux suivants sont les plus pertinents pour la communication du CSAPA :

- **Facebook :** C'est le réseau social qui comporte le plus d'utilisateurs en France (40 millions). Il permet de partager tout type de contenu (textes, vidéos, partager des liens, etc.) et d'animer une conversation avec son public.
- **X (ex Twitter) :** environ 13 millions de Français utilisent X. Ce réseau est particulièrement intéressant pour faire connaître l'actualité du CSAPA auprès des comptes des autorités publiques, de la presse locale et des élus.
- **Instagram** compte 22 millions d'utilisateurs. Ce réseau qui propose de créer du contenu principalement sous forme d'images est très apprécié par les jeunes (81 % des jeunes âgés de 16 à 25 ans utilisent Instagram).
- 16 millions de Français utilisent **Linkedin**. Réseau professionnel, il permet de diffuser du contenu de qualité et de tisser un réseau avec ses partenaires.

Dans la pratique, plusieurs conseils peuvent être formulés pour élaborer cette communication sur les réseaux sociaux :

- Il est important de respecter la charte graphique de votre établissement ;
- Il est possible d'utiliser un logiciel pour produire des illustrations adaptées au format des réseaux sociaux (Canva, Adobe Express, Visme…). ;
- Il est conseillé de publier du contenu 1 à 2 fois par semaine. Les sujets concerneront le tabac mais auront une approche plus globale avec des message d'encouragements, des témoignages et des conseils.
- L'équipe projet pourra :
  - proposer les sujets de futures publications. Ce travail étant assez chronophage, il est conseillé de tenir un calendrier des prochaines publications et de ne pas les réaliser le jour-même.
  - répondre aux questions et sollicitations de personnes via les réseaux sociaux.

SCHÉMA SYNTHÉTIQUE DE LA PARTIE 2



TÉMOIGNAGE

MARIE-ALICE ROBERT, MÉDECIN ADDICTOLOGUE AU CSAPA LES APSYADES À NANTES

Marie-Alice Robert est médecin addictologue au CSAPA Les Apsyades. Dans ce témoignage, elle revient sur les actions qu'elle met en œuvre pour faire connaître l'action du CSAPA auprès des professionnels de premier recours et de la population.

Pourriez-vous nous donner un exemple d'actions que vous menez auprès des professionnels de premier recours ?

« Les Midis de l'addictologie » regroupent une fois par mois les médecins généralistes volontaires du territoire nantais dans les locaux du CSAPA. Une formation de base en addictologie leur est dispensée, avec une attention particulière mise sur le repérage et l'orientation des patients fumeurs vers le CSAPA. Ces réunions entre médecins et professionnels du CSAPA permettent ainsi de s'identifier mutuellement et de poser les bases du partenariat dans l'accompagnement des patients.

Quelles actions innovantes menez-vous pour toucher le grand public fumeur de tabac ?

Chaque année en novembre, le Mois sans tabac est l'occasion pour notre structure de mettre en place des actions contre le tabagisme. Ainsi, nous travaillons avec la ville de Nantes pour l'organisation de journées forum. Ce type de grand rassemblement dans un lieu public passant a l'avantage de permettre d'aller au-devant des usagers. Concrètement, nous sommes présents sur une place publique et les passants ont la possibilité de venir discuter avec des professionnels du CSAPA ou de pneumologie grâce à la présence de la Société française de pneumologie. De la documentation est proposée via l'IREPS et ils peuvent également tester leur souffle via un CO testeur.

Nous avons également formé des professionnels de la ville de Nantes ou de l'insertion sur les questions du tabagisme grâce à une formation de formateurs du Respadd. Nous avons ainsi réalisé des accompagnements dans un centre d'aide par le travail où la question du tabac est parfois plus compliquée à aborder car les éducateurs se trouvaient en difficulté pour en parler. Nous avons donc réalisé une journée de formation sur les addictions, les risques liés au tabac, la réduction des risques, etc. Cela leur a permis de développer une posture commune et de mettre de mots sur la question.

Enfin, au sein du CSAPA, j'ai animé des ateliers de sophrologie à l'occasion du Mois sans tabac. Ces groupes pouvaient être destinés à des personnes hors de notre file active.

Quel est l'intérêt de s'inscrire dans une opération comme le Mois sans tabac ?

Ce n'est pas forcément facile d'atteindre les usagers consommant uniquement du tabac. En nous rattachant à l'opération Mois sans tabac, nous pouvons utiliser plus facilement divers canaux : le bouche à oreille, les radios locales, le Facebook de la ville de Nantes, etc.

Par ailleurs, c'est vraiment vécu comme un défi, une expérience du moment donc sans jugement et culpabilisation en cas d'échec. Enfin, le Mois sans tabac permet d'évoquer la consommation de tabac chez nos patients qui nous consultent déjà pour d'autres produits.

3. LES OUTILS À DISPOSITION DU CSAPA

Le caractère pluriprofessionnel des CSAPA est un atout pour accompagner les personnes en difficulté avec le tabac.

A. APPLIQUER LES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL 42

- Définition 42
- Répondre aux craintes des fumeurs liées à l'arrêt du tabac 43
- Souligner les bienfaits de l'arrêt du tabac 3 2

B. IDENTIFIER LES COMORBIDITÉS AYANT UN IMPACT SUR LE SEVRAGE ET ORIENTER.... 44

- Les comorbidités psychiatriques 44
- Les comorbidités somatiques pulmonaires 44

C. ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LA DÉPENDANCE PHYSIQUE..... 45

- Évaluation de la dépendance physique 45
- Prise en charge de la dépendance physique 45

D. ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LA DÉPENDANCE COMPORTEMENTALE ET PSYCHOLOGIQUE..... 49

- Évaluation de la dépendance comportementale 49
- Évaluation de la dépendance psychologique.....49
- Prise en charge des dépendances comportementales et psychologiques.....49

Schéma synthétique 52

Témoignage de Damien Souchet, infirmier addictologue au CSAPA Trapèze à la Madeleine..... 53

A. APPLIQUER LES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Définition

Lors des séances d'évaluation et d'accompagnement, il est utile d'adopter une approche centrée sur la personne : l'entretien motivationnel. L'objectif de l'entretien motivationnel est de : « susciter ou de renforcer la motivation au changement de comportement » de la personne. Il s'agit ainsi d'explorer avec elle : « son ambivalence, ses craintes, les bénéfices d'un arrêt, ses motivations et sa confiance dans la réussite ».

L'entretien motivationnel peut s'effectuer aussi bien en individuel qu'en groupe.

Les principes clefs de l'entretien motivationnel sont :

- Se montrer à l'écoute et favoriser l'évocation de sa pratique
- Être bienveillant, dans l'empathie
- Utiliser des questions ouvertes telles que : que vous apporte le fait de fumer ?
- Valoriser la personne et sa démarche
- Ne pas faire autorité ou se positionner comme un expert
- Éviter la confrontation, la persuasion
- Coopérer afin de fixer un objectif réaliste

Attention au réflexe correcteur : les professionnels, poussés par le désir d'aider l'autre et influencés par leurs propres représentations, peuvent avoir tendance à formuler à la place de la personne des arguments en faveur du changement. On nomme cela le réflexe correcteur. Ce faisant, ils privent la personne d'une forme d'autonomie et renforcent la résistance. L'usager a alors tendance à contre-argumenter en faveur d'un non-changement pour préserver son autonomie. Ce type d'intervention est contre-productif. Dans l'entretien motivationnel, l'intervenant cherchera notamment à éviter ce réflexe correcteur et à soutenir l'autonomie de la personne.

Plusieurs organismes proposent des formations à l'entretien motivationnel. Parmi eux, on retrouve notamment :

- L'association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel (AFDEM) à Paris, Lyon, Strasbourg et Bordeaux avec une formation de base et d'approfondissement
- La Fédération Addiction et d'autres associations ou organismes du secteur de l'addictologie
- Certaines instances régionales d'éducation et de promotion de la Santé (IREPS).

Répondre aux craintes liées à l'arrêt du tabac

• **Le syndrome de sevrage :** la perspective d'arrêt du tabac peut être freinée par la crainte de l'échec et d'avoir à faire face au syndrome de sevrage. Une prise en charge efficace (avec en première intention les différents traitements de substitution nicotinique) permet de réduire et même d'annuler le syndrome de sevrage. Il est important d'en informer la personne et de la rassurer.

• **La prise de poids :** cela n'arrive pas à tout le monde, mais la prise de poids est un effet secondaire possible de l'arrêt réussi du tabagisme par sevrage métabolique (20 cigarettes/jour permettent en effet de brûler 200 calories qui vont se surajouter en cas d'arrêt du tabac) et/ou comportemental (augmentation de l'appétit). Cela ne doit pas empêcher d'essayer d'arrêter mais il est important de considérer cet aspect dans le suivi. Le site Manger-Bouger.fr prodigue des conseils et ressources utiles pour améliorer son hygiène de vie et ainsi ne pas prendre de poids.

• **Les changements d'humeur :** ils sont un des symptômes fréquemment présents au début du sevrage. Ils sont dus au sevrage physique de nicotine : irritabilité, anxiété, fébrilité, humeur triste, insomnie… Ils peuvent être parfaitement contrôlés par un traitement de substitution nicotinique et peuvent se poursuivre jusqu'à maximum 12 semaines après l'arrêt de la cigarette. Des aides existent au sein du CSAPA, comme le suivi par un psychologue. Les professionnels du CSAPA peuvent aussi orienter vers des suivis hors de leur structure.

Souligner les bienfaits de l'arrêt du tabac

• **À court terme :** les premiers bienfaits de l'arrêt du tabac se ressentent très rapidement après la dernière cigarette, en quelques jours. Il suffit de 24 heures (sans fumer bien sûr) à l'organisme pour éliminer complètement le monoxyde de carbone ; le goût et l'odorat reviennent dès les premiers jours ; le rythme de respiration et le tonus commencent aussi à s'améliorer[28].

• **À moyen terme :** l'arrêt du tabac prolonge et accentue les premiers effets ressentis, vers plus de sérénité. C'est le début d'un sevrage réussi ! Un an après la dernière cigarette, d'autres bienfaits pour la santé font leur apparition. La fertilité augmente ; le risque d'AVC (accident vasculaire cérébral) est similaire à celui d'une personne qui n'a jamais fumé ; et le risque d'infarctus du myocarde est réduit de moitié.

• **À long terme :** plus l'arrêt du tabac est prolongé, plus les bénéfices pour la santé et l'organisme sont importants. D'ailleurs, il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer : en fumant votre dernière cigarette à 40 ans, vous prolongez votre espérance de vie de 7 ans. Et de 4 ans, si vous décidez d'arrêter à l'âge de 50 ans. À long terme, les risques de maladies continuent à diminuer. C'est particulièrement le cas du cancer du poumon : plusieurs années après la dernière cigarette, le risque est réduit de moitié.

• Bienfaits sur la **santé mentale :** une meta-analyse du journal Cochrane confirme que l'arrêt du tabac améliore le bien-être mental. Par rapport aux personnes ayant continué à fumer, les personnes ayant arrêté de fumer ont montré des réductions plus importantes de l'anxiété (données probantes recueillies auprès de 3141 personnes dans 15 études)[29].

• Un temps spécifique peut être dédié au calcul des **coûts** induits par la consommation et ce que l'arrêt pourrait permettre d'acheter. Tabac Info Service propose sur son site et son application une calculatrice très utile qui permet de calculer le cout mensuel, annuel (moyenne des Français 2374 euros) et sur 5 ans de sa consommation de cigarettes.

• Un argument, trop souvent méconnu, qui peut venir soutenir l'effort de sevrage est celui de l'écologie et de la préservation de l'environnement. En effet, le tabac, à tous les niveaux, est une industrie très polluante pour la planète. L'industrie du tabac crée 2 millions de tonnes de déchets solides chaque année d'après une étude de l'organisation mondiale de la santé. Cette énorme quantité est causée par les déchets constants que sont le paquet de cigarettes, ainsi que l'emballage plastique qui l'entoure.

28. ▸ https://sante-pratique-paris.fr/addiction/tabagisme-arret
29. ▸ https://www.cochrane.org/fr/CD013522/TOBACCO_larret-du-tabac-ameliore-t-il-la-sante-mentale

B. IDENTIFIER LES COMORBIDITÉS AYANT UN IMPACT SUR LE SEVRAGE ET ORIENTER

Les comorbidités psychiatriques

Les psychologues et psychiatres éventuellement présents dans l'équipe du CSAPA, pourront, s'ils l'estiment nécessaire, orienter le patient vers un professionnel de santé spécialisé.

a) Les troubles du comportement alimentaire

On dénombre dans la classification internationale du DSM-5 plusieurs grandes catégories de troubles du comportement alimentaire. Les plus courants sont l'anorexie, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Les personnes atteintes de trouble du comportement alimentaire fument plus que la population générale[30]. Les professionnels de santé devront donc porter une attention particulière aux éventuels TCA et orienter le cas échéant le patient vers une prise en charge spécialisée.

b) Le trouble anxieux et dépressif

Le fait de fumer est un marqueur d'un risque accru de dépression. Les résultats d'une étude menée par des chercheurs de l'Université de Jérusalem montrent un taux de dépression plus important chez les fumeurs[31]. Par ailleurs, fumer plus de 20 cigarettes par jour accroît le risque d'agoraphobie, d'anxiété généralisée et d'attaque de panique chez le jeune adulte. Ceci est la conclusion d'une étude américaine qui a examiné le lien de causalité entre le tabagisme chez les adolescents et les troubles de l'anxiété chez les jeunes adultes[32]. Le test BITS (Brimades Insomnies Tabac Stress) permet de détecter la détresse chez les jeunes patients, et le lien éventuel avec leur consommation de tabac.

c) Les autres troubles psychiatriques

La fréquence de la consommation de tabac chez les patients souffrant de trouble schizophrénique concerne 60 à 90 % des sujets selon les études, contre 23 à 30 % en population générale[33].

La proportion de fumeurs chez les patients bipolaires est de 60 à 70% soit 2 à 3 fois plus élevée par rapport à la population générale (25-30%)[34].

d) La poly-consommation

Les co-addictions sont assez fréquentes (alcool, cannabis, addictions comportementales, etc.) et complexifient la prise en charge. Sur le plan international, entre 70 et 84 % des patients accompagnés pour une addiction fument du tabac contre 20 à 30 % en population générale. Mais le caractère spécialisé des CSAPA permet justement de proposer un accompagnement pour ces patients en situation de poly-consommation. Le professionnel devra faire particulièrement attention à l'effet de compensation sur un autre produit addictif.

Les comorbidités somatiques pulmonaires

Les maladies respiratoires causées ou associées au tabagisme sont nombreuses : asthme, infections respiratoires, bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou encore emphysème pulmonaire.

• Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Parmi ces maladies, la BPCO est mal connue du grand public. Pourtant, les fumeurs y sont largement exposés (90 % des BPCO surviennent chez des fumeurs ou chez des anciens fumeurs). La BPCO est une inflammation chronique des voies respiratoires. Cela se manifeste d'abord par une toux et des expectorations matinales, puis progressivement par une diminution de la capacité respiratoire. Les signes de la BPCO sont alors une bronchite chronique et un essoufflement (lors d'un effort physique puis même au repos).

• Asthme

L'asthme peut précéder l'initiation tabagique (dans ce cas, la consommation tabagique le rend plus symptomatique) ou apparaître après (la question de la causalité se pose).

30. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17056404/
31. https://www.timesofisrael.com/study-says-smoking-is-bad-for-mental-health-too
32. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/193251
33. Article "Tabac et schizophrénie: aspects épidémiologiques et cliniques », A Dervaux, X Laqueille, (2008).
34. Article "Tobacco Use in Bipolar Disorder", D Thomson, M Berk, S Dodd, M Rapado-Castro, S.E Quirk, P.K Ellegaard, L. Berk, O.M Dean, (2015)

C. ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LA DÉPENDANCE PHYSIQUE

Évaluation de la dépendance physique

La dépendance physique est due essentiellement à la présence de nicotine dans le tabac. Elle se traduit par une sensation de manque. Connaître son niveau de dépendance à la nicotine est une première étape pour envisager le recours à des outils permettant de pallier le manque. Le niveau de dépendance à la nicotine varie en effet pour chaque fumeur. Il est possible de l'évaluer :

- Par des questionnaires d'auto-évaluation : questionnaire de Fagerström et test de dépendance à la cigarette (Cigarette Dépendance Scale « CDS »). La question de la durée du délai entre le réveil et la première cigarette est essentielle. Si la personne a une forte envie de fumer dès le réveil, cela signifie qu'elle doit être accompagnée par un substitut nicotinique de 24 heures.
- Par le test CO testeur : la mesure du CO testeur est un instrument qui permet de faire une prescription plus juste pour les traitements de substitution à la nicotine. C'est aussi un outil motivationnel intéressant. La valeur mesurée dépend de la quantité de cigarettes fumées, de leur qualité (roulées ou non), de la manière de fumer (inhalation profonde ou superficielle), et du délai entre la dernière cigarette et le test. Le CO testeur permet donc de mesurer la concentration de CO dans l'air expiré. L'intérêt de la mesure est sa répétition dans le suivi du sevrage, pour entretenir la motivation du fumeur sur la voie de l'arrêt. Il permet donc d'objectiver le degré de consommation de tabac du fumeur.

Prise en charge de la dépendance physique

a) En première intention : les traitements nicotiniques de substitution

Les traitements nicotiniques de substitution (TNS) représentent le traitement recommandé en première intention, pour tous les fumeurs (y compris chez les femmes enceintes). Ce sont des médicaments dont la balance bénéfice / risque est prouvée et favorable pour l'arrêt du tabac et ils sont recommandés en première intention par la HAS. Ces traitements médicamenteux sont recommandés pour soulager les symptômes de sevrage, réduire l'envie de fumer et prévenir les rechutes. Une synthèse de plus de 136 études (Cochrane Collaboration – 2018)[35] a démontré que le recours aux TNS augmente de 50 à 60 % les chances de réussite du sevrage tabagique. La HAS préconise de combiner des formes orales de substituts nicotiniques pour lesquelles la nicotine est libérée rapidement (gommes, comprimés, pastilles, inhaleurs ou sprays buccaux) à des patchs pour lesquels la nicotine se libère progressivement (durant 16 ou 24 heures selon les cas). La personne trouvera les associations qui lui conviennent le mieux en prenant conseil auprès de son médecin ou pharmacien. La prescription doit être adaptée au cas par cas par un professionnel de santé : l'enjeu est d'adapter la posologie et le type de produits (gomme, comprimé à sucer, spray, patch et les différentes saveurs…) afin d'éviter que la personne ne soit mise dans une situation inconfortable, à cause d'un sur ou sous dosage. Cela peut être une cause d'échec de l'accompagnement à l'arrêt.

À noter que les autorisations de mise sur le marché des TNS recommandent le fait de ne pas fumer pendant la mise sous patch. Le risque est en effet celui d'une potentialisation des effets de la nicotine.

Lorsqu'une personne ressent l'envie de fumer malgré un patch, il y a deux possibilités différentes :

- Si elle ressent des envies physiques, cela indique que le patch n'est pas assez fortement dosé (analyser notamment l'envie de fumer au réveil)
- Si ce sont des envies psychologiques

35. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29852054/

ou comportementales, cela indique que la personne doit particulièrement travailler sur ses habitudes et sur l'apprentissage de nouvelles techniques pour gérer les émotions et sensations difficiles. Les deux hypothèses ne s'excluent pas l'une l'autre et peuvent très bien coexister.

Les TNS peuvent être délivrés dans le CSAPA par le médecin et les infirmiers. Les TNS sont aussi accessibles en pharmacie. La plupart sont pris en charge à 65 % par l'assurance maladie, et 35% par les mutuelles sans avance de frais, à condition d'avoir fait l'objet d'une prescription. Pour les patients ayant une affection longue durée (ALD) et pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, la prise en charge est de 100%.

Les équipes du CSAPA doivent considérer les TNS comme un outil de première intention utile au sevrage tabagique. C'est la réussite d'un accompagnement bien pris en charge et bien adapté avec les substituts nicotiniques qui va donner confiance à la personne et l'amener à un sentiment d'efficacité dans l'arrêt du tabac.

b) En seconde intention : la Varénicline (Champix) et le Bupropion

Etant donné que ces deux médicaments ont une efficacité comparable aux TNS, mais présentent davantage d'effets indésirables, tous deux sont donc recommandés en deuxième intention dans le cadre d'un suivi médical. Ils ne sont délivrés que sur prescription.

• La Varénicline

La Varénicline (commercialisée sous le nom de Champix®) est un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques cérébraux à l'acétylcholine.

Elle a une action supérieure au placebo dans l'aide au sevrage tabagique à 6 mois et supérieure au Bupropion à 12 semaines. Elle n'a pas montré de supériorité par rapport aux traitements nicotiniques de substitution et notamment aux patchs nicotiniques, ni à une combinaison de TNS.

Les effets indésirables de la Varénicline sont de deux types :

- modérés : troubles du sommeil (insomnie, rêves anormaux), troubles gastro-intestinaux (nausée, constipation, flatulences) et maux de tête ;
- sévères : dépression et comportements suicidaires ou auto-agressifs, hostilité, agitation.

Avant qu'un fumeur ne puisse avoir accès au traitement complet, il doit suivre un traitement test de 2 semaines pour déterminer s'il supporte bien le médicament.

La Varénicline, est prise en charge à 65 % par l'Assurance maladie et par les complémentaires santé en ce qui concerne le reste à charge.

• Le Bupropion

Le chlorhydrate de Bupropion à libération prolongée (commercialisé sous le nom de Zyban®) a été développé à l'origine comme antidépresseur (c'est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines). Il a été proposé dans un second temps pour faciliter l'arrêt du tabagisme chronique.

Le Bupropion a une action supérieure au placebo dans l'aide au sevrage tabagique à 6 mois, mais n'a pas d'action supérieure aux traitements nicotiniques de substitution. En outre, il a une action inférieure à la Varénicline.

Ses effets indésirables sont de deux types :

- modérés : réactions cutanées ou allergiques, troubles neuropsychiatriques (insomnie chez 30 à 40 % des sujets, angoisse), troubles neurologiques (vertiges, céphalées ou convulsions), bouche sèche, nausées ;
- sévères : dépression, comportements suicidaires et auto-agressifs., hypertension artérielle, angor et/ou infarctus du myocarde.

Le Bupropion n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

c) À certaines conditions : la vape – vaporisateur personnel

Les produits du vapotage sont apparus sur le marché français il y a une dizaine d'années. La nocivité du tabac fumé repose en effet très majoritairement sur celle de ses produits de combustion (produits goudronnés cancérigènes, monoxyde de carbone), or le vapotage n'entraine pas de combustion. Toutefois, l'inhalation du liquide de vapotage n'a pas aujourd'hui fait la preuve de son innocuité.

Par ailleurs, il est essentiel que le vapotage soit utilisé en usage exclusif (sans tabac fumé associé), le vapofumage est ainsi déconseillé. L'intérêt de la vape est qu'elle répond aux dimension psychologiques et comportementales du tabagisme. Le vapoteur conserve en effet un certain geste (objet à la main, goût, vapeur à recracher), un rituel et une sociabilité (pause vape). Ces dispositifs contenant de la nicotine, la personne conserve également l'accès à ce produit, ce qui facilite la transition.

La vape doit donc être considérée par les équipes du CSAPA comme un outil utile d'aide au sevrage dans le cadre de protocoles établis (voir avis 26 novembre 2021 ci-dessous) La réussite du passage à la vape renforce le sentiment d'efficacité de la personne, ce qui peut l'amener à accepter d'avoir dans un deuxième temps recours aux TNS. L'utilisation de la vape doit alors rester limitée dans le temps avec comme objectif son arrêt progressif.

Les équipes du CSAPA travailleront dans le cadre d'une démarche de soins gradués et protocolisés, selon deux situations :

1. Pour les personnes remplissant les critères du HCSP

Dans son avis du 26 novembre 2021[36], le Haut Conseil de la santé publique souligne que les « connaissances fondées sur les preuves sont insuffisantes pour proposer les SEDEN (système électronique de délivrance de la nicotine : autre terme pour définir la vape) comme aides au sevrage tabagique dans la prise en charge des fumeurs par les professionnels de santé ». Toutefois, « Le HCSP considère que les SEDEN pourraient être utilisés pour atteindre des publics vulnérables (en raison de co-addiction, de comorbidités, de facteurs sociaux…) à forte dépendance nicotinique, ayant exprimé une préférence pour les SEDEN et présentant une faible adhésion aux traitement validés ».

Pour les personnes remplissant les critères de l'avis du HCSP, le professionnel du CSAPA accompagnera la personne dans une démarche d'arrêt avec l'utilisation de la vape.

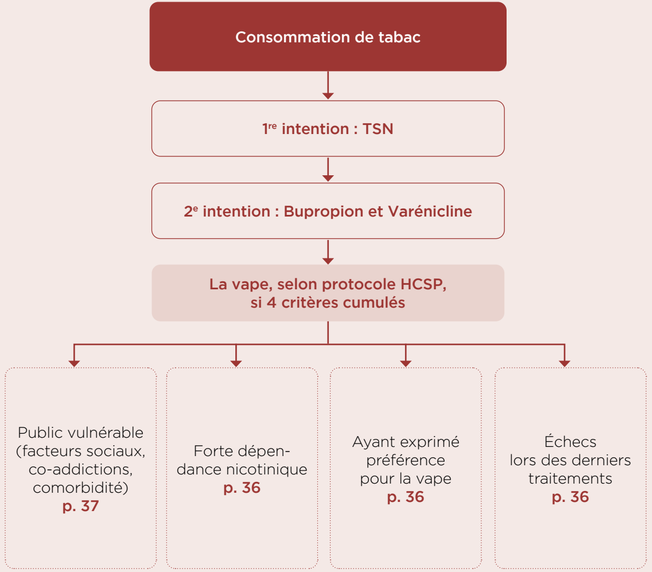
2. Pour les personnes ne remplissant pas les critères du HCSP

Les produits de vapotage étant en vente libre, les usagers du CSAPA peuvent s'en procurer en dehors d'une prise en charge dans le cadre du système de soins. Le HCSP souligne à ce sujet que « l'absence des connaissances fondées sur les preuves n'exclut pas que le rapport bénéfices/risques de ces produits utilisés hors système de santé puisse représenter une aide pour certains consommateurs et contribuer ainsi à améliorer leur santé ». Ainsi, si la personne souhaite utiliser la vape, les équipes du CSAPA échangeront avec elle sur ses précédents traitements de sevrage et sur les raisons d'un éventuel échec des TNS. En cas d'utilisation de produits du vapotage, il est indispensable que les consommateurs de ces produits s'assurent de leur conformité avec la réglementation, notamment vérifier que le taux de nicotine est inférieur à 20 mg/ml, que l'étiquetage comporte les informations de sécurité (tels que pictogrammes, mention d'avertissement, mention de danger, conseils de prudence, etc.) et que l'emballage du produit est conforme (fermeture de sécurité pour les enfants, indice tactile de danger). La fabrication de mélanges liquides pour dispositifs de vapotage et l'ajout de substances sont déconseillés.

En tout état de cause, les professionnels maintiendront l'alliance thérapeutique avec la personne.

36. ▸ https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138

CRITÈRES DE L'AVIS DU 26 NOVEMBRE 2021 DU HCSP



D. ÉVALUER ET PRENDRE EN CHARGE LA DÉPENDANCE COMPORTEMENTALE ET PSYCHOLOGIQUE

Évaluation de la dépendance comportementale

Le tabac est associé à des circonstances, à des personnes et à des lieux qui suscitent l'envie de fumer. Quand on envisage d'arrêter de fumer, il est donc important de réfléchir à ce que l'on pourrait faire dans ces circonstances pour pallier l'envie de fumer ou éviter ces situations, au moins au début. Cette préparation est essentielle pour apprendre à vivre dans son environnement habituel sans avoir recours au tabac. L'outil « Tire ta clope[37] » conçu par le CRIPS Île-de-France facilite l'identification des situations propices à la consommation.

Évaluation de la dépendance psychologique

En tant que fumeur, la cigarette peut être utilisée comme un moyen de se faire plaisir, de gérer son stress ou son anxiété, de surmonter ses émotions, de se stimuler, de se concentrer, etc. La dépendance psychologique est liée aux effets psychoactifs de l'acte de fumer et peut apparaître peu de temps après les premières cigarettes fumées. Elle varie considérablement d'un fumeur à l'autre. Le test de Horn (en annexe 4) permet d'analyser les situations liées à la consommation (stimulation, anxiété, plaisir, etc.).

Prise en charge des dépendances comportementales et psychologiques

a) Travailler sur des outils concernant l'approche corporelle du sevrage tabagique

Il a été prouvé que l'activité physique permet de lutter contre le *craving*, soit la pulsion irrépressible qui pousse à fumer une cigarette[38]. Il est, alors, recommandé de pratiquer une activité physique deux à trois fois par semaine pendant 30 minutes au moins. Dans le cadre du « sport sur ordonnance », les personnes souhaitant arrêter de fumer et ayant une affection longue durée, ou des facteurs de risques (obésité, surpoids, hypertension…) peuvent bénéficier d'une prescription pour pratiquer une activité sportive adaptée au sein des maisons sport-santé gratuitement et avec l'accompagnement d'un préparateur physique.

b) Mobiliser le soutien des pairs

Tout au long de la dynamique de changement, il peut aussi être pertinent de faire appel au savoir expérientiel des personnes elles-mêmes, c'est ce qu'on appelle la pair-aidance. Des personnes ayant arrêté de fumer ou ayant fait des tentatives d'arrêt peuvent alors partager leurs expériences au service des personnes souhaitant le faire.

Pour mobiliser le soutien de pairs, il est possible de proposer d'intégrer un groupe de pairs-aidants comme ceux du Mois sans tabac. L'idée qui fonde ces groupes est que leurs membres peuvent à la fois s'aider les uns les autres, en échangeant des idées, des suggestions et des solutions, en partageant des sentiments et des ressentis. Ces groupes peuvent être constitués en présentiel, dans les locaux du CSAPA, et peuvent être co-animés avec un professionnel du CSAPA. Il est aussi possible de proposer aux personnes de rejoindre un groupe en ligne.

37. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe_test_de_horn.pdf
38. https://www.em-consulte.com/article/1069445/effets-de-l-activite-physique

Pour des conseils sur l'accompagnement à l'arrêt :

- Le groupe #jenefumeplus sur Facebook compte plus de 20 000 membres.
- Des groupes par région existent sur Facebook dans le cadre du Mois sans tabac.

Si l'on souhaite des conseils sur le vapotage et sa pratique :

- L'association So Vape héberge Infovape qui est à la fois une plateforme et un groupe Facebook d'auto-support composé d'usagers de la vape.
- Aiduce : association indépendante des utilisateurs de cigarette électronique a pour objectif la représentation et la défense des consommateurs de vape.
- La vape du cœur a pour but de venir en aide à toute personne majeure, en situation de précarité, en distribuant gratuitement des produits de vapotage cédés par donation (vaporisateurs personnels, e-liquides et accessoires).

c) Éducation thérapeutique et développement des compétences psycho-sociales

Il importe de faire connaître les mécanismes des addictions aux fumeurs accueillis. Cela permettra notamment de soutenir la personne en montrant que son addiction au tabac n'est pas liée à un manque de volonté mais bien à des mécanismes biopsychosociaux.

Par ailleurs, il convient d'informer les fumeurs sur la composition du tabac et sur les substances toxiques présentes dans la fumée.

Les risques liés aux conduites addictives reposent schématiquement sur l'intrication de trois types de facteurs :

1. Liés à la dangerosité et au caractère +/- addictif du produit ou du comportement lui-même ;
2. Liés aux caractéristiques individuelles des personnes, « innées » ou acquises ;
3. Liés aux environnements – au sens large – plus ou moins protecteurs. La compréhension de ce mécanisme permet de voir là où l'on peut agir pour réduire les fréquences de consommation et limiter leurs conséquences.

Quel que soit l'objectif initial de la personne, il est essentiel de valoriser ses compétences psychosociales (compétences d'auto-régulation, de gestion du stress, d'affirmation etc.). Les CPS sont un ensemble de ressources psychologiques et d'aptitudes sociales. Elles permettent de maintenir des comportements favorables à sa santé, de répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne dans les relations avec autrui, sa propre culture et son environnement (définition de l'OMS, 1993).

d) Les thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitives aident, d'une part, les personnes à identifier, évaluer et modifier les pensées automatiques associées à une émotion positive ou négative, ici liée à l'addiction au tabac. D'autre part, elles consistent à modifier les comportements à problème par l'apprentissage de nouveaux comportements. Une revue de littérature réalisée par *Cochrane* a prouvé que les séances individuelles de TCC augmentent d'environ 50 % les chances de réussir d'arrêter la cigarette[39].

e) Proposer des applications sur smartphone

De nombreuses applications sur smartphone offrent la possibilité de constater les bénéfices d'un arrêt en temps réel : économies, indicateurs de retour à la normale des risques de cancers, etc. Ce sont autant d'informations qui concrétisent les progrès réalisés et permettent de rester motivé. Parmi ces méthodes de coaching, on peut notamment retenir :

- Tabac info service.
- *Smoke free*. L'application prend notamment en compte l'éventualité de reprises.

39. https://www.cochrane.org/CD001292/TOBACCO_does-individually-delivered-counselling-help-people-stop-smoking

- *QuitNow*, qui donne accès à un réseau d'entraide.
- *Kwit*, inspirée des thérapies cognitives et comportementales.
- *Kanopee*, application qui offre une démarche digitale de RPIB, avec des accompagnants virtuels.

f) Soutien social

La prise en charge non pharmacologique des addictions repose sur un soutien psychosocial, notamment en cas de désocialisation, qui permet de préserver ou de favoriser l'intégration sociale, et d'accompagner le patient dans les démarches éventuellement nécessaires pour atteindre cet objectif (accès aux droits, démarches socioprofessionnelles, soutien juridique…).

g) Anticipation et gestion des reprises de la consommation

La reprise de la consommation peut être la conséquence de différents facteurs qu'il faudra évaluer, notamment s'il s'agit d'un traitement de substitution nicotinique inadapté. Elle peut survenir lors de la consommation d'autres substances psychoactives (notamment l'alcool) ou lors d'évènements émotionnels.

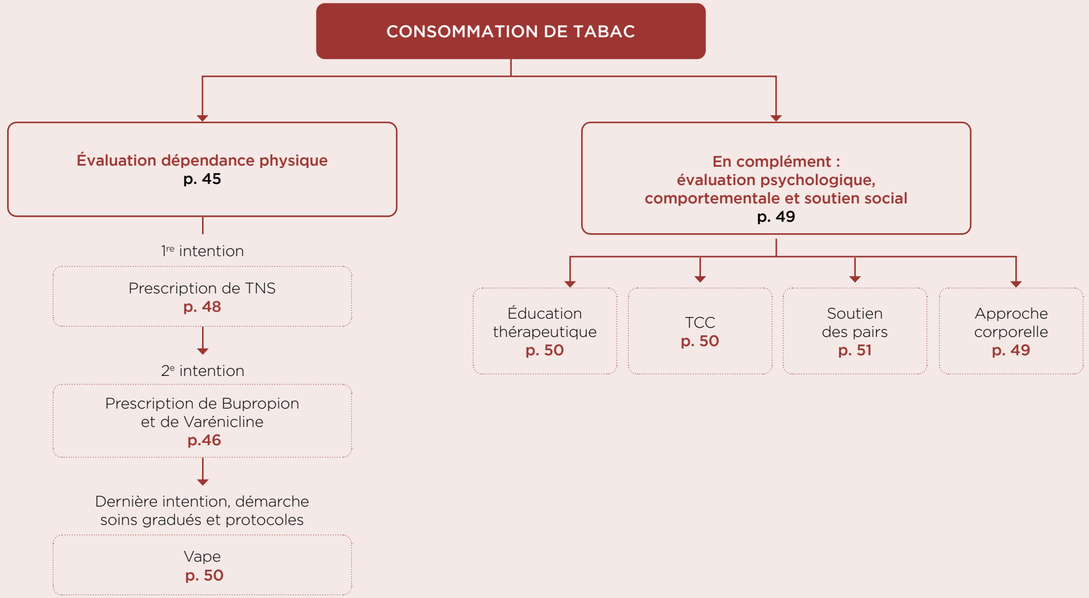
La gestion d'une reprise de la consommation est une dimension essentielle dans l'aide à l'arrêt du tabac : elle consiste à anticiper les situations à risques et les stratégies à mettre en place. Une situation à risques bien gérée augmentera le sentiment d'efficacité personnelle et donc les chances de réussite de l'arrêt du tabac. Une situation mal gérée peut à l'inverse faire baisser ce sentiment d'efficacité et générer un sentiment de dévalorisation. Le risque de rechute est alors important.

À noter : dans un objectif de dédramatisation, il est préférable d'éviter le mot rechute et d'utiliser à la place l'expression « reprise de la consommation ».

En cas de reprise de la consommation :

- Amener la personne à verbaliser son sentiment par rapport à cela ;
- La rassurer sur le fait que cela fait partie des étapes de la réussite ;
- L'aider à reprendre le contrôle de sa consommation : identifier les émotions et croyances associées à la reprise de la consommation, travailler sur les situations déclenchantes, repérer le craving et les nouvelles stratégies à mettre en place ou à renforcer ;
- Réajuster si nécessaire les traitements médicamenteux ou la dose de nicotine.

SCHÉMA SYNTHÉTIQUE DE LA PARTIE 3



TÉMOIGNAGE

DAMIEN SOUCHET, INFIRMIER ADDICTOLOGUE AU CSAPA TRAPÈZE À LA MADELEINE

Damien Souchet est infirmier addictologue au CSAPA Trapèze (association la Sauvegarde du Nord) à la Madeleine dans le Nord. Dans ce témoignage, il revient sur sa pratique professionnelle dans l'accompagnement des consommateurs de tabac.

Pourriez-vous nous décrire les outils que vous utilisez dans votre pratique professionnelle pour accompagner les fumeurs ?

En général, le suivi d'un patient s'étend sur 3 à 6 mois, avec au début du suivi une séance toutes les 2 semaines, puis 1 séance par mois. La personne est invitée à revenir me voir pendant 1 an, notamment lors des changements de saison qui influent sur la consommation de tabac.

La première séance est essentielle : la personne m'explique son histoire de vie, ses habitudes liées au tabac, et ses éventuelles co-addictions. Cette séance me permet de collecter un maximum d'informations pour mieux comprendre les besoins de la personne. L'important est de pouvoir créer un dialogue fondé sur les bénéfices de l'arrêt, les encouragements et de tisser un climat de confiance. À l'issue de cette première séance, je peux envisager un programme de soins adapté aux besoins de la personne.

Les TNS sont évidemment essentiels dans la mesure où ils répondent au besoin de nicotine, sous une forme différente du tabac, en évitant la toxicité des cigarettes. Pour être au plus juste dans la délivrance du TNS, je m'aide de deux outils :

- Test de CO (le taux de monoxyde de carbone est proportionnel à la nicotine dans le sang)
- Le test de Fagerström. La question la plus importante de ce test est celle de l'envie de fumer au réveil, qui indique le besoin d'un Patch dosé pour 24 heures.

Néanmoins, la prise en charge de la dépendance physique au tabac est rarement suffisante. Il est généralement nécessaire de s'intéresser aussi aux dépendances psychologiques et comportementales engendrées par le tabac. Je peux ainsi orienter certains de mes patients vers une thérapie comportementale et cognitive auprès d'un psychologue du CSAPA. Cette thérapie leur permettra de mieux gérer leurs émotions, et de ne pas recourir automatiquement au tabac en cas de sensation pénible. Certaines personnes souhaitent aussi utiliser la vape. Je m'assure que ce produit correspond bien à leur profil et à leurs besoins. Enfin, je travaille avec mes patients sur la gestion des reprises de consommation qui fait partie du parcours de sevrage tabagique.

Comme vous pouvez le constater, l'accompagnement du tabagisme est donc loin d'être unilatéral et standardisé. Il faut s'adapter à l'histoire de vie du patient et à ses habitudes de consommation. Grâce à un suivi régulier les premiers mois, à la prescription de TNS adaptés aux besoins du fumeur, et en déployant d'autres outils complémentaires, tels que les TCC, la prise en charge sera de qualité, et le fumeur aura toutes les chances de réussir son sevrage. Selon moi, c'est la pluralité des outils disponibles et la diversité des professionnels qui font la force des CSAPA dans l'accompagnement des personnes fumant du tabac.

CONCLUSION

L'élaboration de ce guide, et les propositions d'interventions qui en découlent, s'inscrivent pleinement dans le programme national de lutte contre le tabac (PNLT 2023-2027) et ont été au coeur de nos contributions. Celui-ci préconise de

> « renforcer l'accompagnement personnalisé des fumeurs vers l'arrêt du tabac, notamment par l'outillage renforcé des professionnels de santé et du secteur social ».

Dans la continuité du précédent PNLT, les CSAPA sont identifiés comme des structures ressources qu'il faut continuer à soutenir dans leur mission de prise en charge du tabac.

Ce guide invite les professionnels des CSAPA à aller plus loin dans la lutte contre le tabagisme. Il propose notamment un appui méthodologique, des outils et des ressources pour améliorer l'accueil et l'accompagnement des consommateurs de tabac en première intention.

Bien que la plupart des CSAPA accompagnent les usagers vers la diminution ou l'arrêt du tabac en proposant des substituts nicotiniques, peu d'entre eux accueillent en première intention les fumeurs de tabac sans autres addictions. Ce guide incite à réfléchir à ce constat et à lever les freins pour faire évoluer cette situation. En effet, l'accompagnement des fumeurs de tabac dans les CSAPA peut se heurter à une culture professionnelle privilégiant l'accompagnement des usagers de substances dites « plus dommageables », reflet d'idées préconçues chez certains professionnels de santé. Par ailleurs, dans certains CSAPA, le moment partagé autour d'une cigarette entre le soignant et la personne participerait à l'alliance thérapeutique et n'est donc pas perçu comme une problématique de santé prioritaire. La réticence de certains professionnels consommateurs de tabac à accompagner les fumeurs peut aussi reposer sur des questions de légitimité et/ou de culpabilité. Enfin, l'organisation, parfois figée des soins addictologiques spécialisés sur certains territoires, ne facilite pas toujours la coordination des parcours de soins des fumeurs.

La lutte contre le tabagisme comme priorité nationale de santé publique de premier plan, a impulsé un changement de paradigme qui s'inscrit toutefois dans un temps long. Cette prise en compte de la question du tabac, nécessite en effet un travail en profondeur de réflexion, impliquant les usagers, les professionnels des CSAPA, leurs partenaires de premier recours et les financeurs. La Fédération Addiction sera présente pour accompagner les CSAPA qui s'impliqueront dans cette démarche d'ouverture et d'évolution des pratiques.

Certains CSAPA, sous l'impulsion de professionnels particulièrement investis dans la lutte contre le tabagisme, ont ouvert leurs portes aux fumeurs de tabac. Ils se sont formés, ont parfois réussi à fédérer leurs collègues pour structurer des modalités d'accueil et d'accompagnement des fumeurs, le plus souvent à moyens constants. Certains d'entre eux ont participé à la réalisation de ce document ; qu'ils en soient ici remerciés comme tous ceux qui s'engageront dans cette réflexion.

Ce guide est donc le fruit d'une démarche participative qui s'est appuyée sur les pratiques et les expériences professionnelles des CSAPA associatifs et hospitaliers. Il propose des pistes de réflexion pour délimiter les champs d'intervention des CSAPA en tabacologie, ainsi que les publics pouvant être concernés. Il invite, selon les moyens dont disposeront les CSAPA, à mettre en œuvre un continuum d'actions allant de la prévention, à l'intervention précoce, au soin et à la réduction des risques et des

dommages. En cohérence avec les publics spécifiques accueillis dans les CSAPA, ce guide attire l'attention sur certains profils de fumeurs vulnérables : les jeunes, les personnes en difficulté socio-économique, et les fumeurs faisant face à des reprises de consommation répétées, dont les femmes enceintes. Ce document est aussi un plaidoyer pour offrir à ces personnes un espace d'accueil, d'écoute bienveillante et d'accompagnement global prenant en compte non seulement leur consommation de tabac, mais aussi leur histoire personnelle pour les rendre actrices de leur propre changement.

Ces dernières années, les moyens financiers attribués aux CSAPA dans l'amélioration de la prise en charge du tabagisme ont concerné essentiellement la formation, le renforcement des Consultations jeunes consommateurs, l'achat de substituts nicotiniques ou le développement d'actions dans le cadre du Mois sans tabac. Les préconisations de ce guide incitant les CSAPA à se saisir de la question du tabac ne pourront, pour certaines, être appliquées à moyens constants et mériteront un soutien financier des pouvoirs publics. De plus l'appropriation de ce sujet par les équipes, et l'identification des CSAPA comme structures prenant en charge le tabagisme nécessite un travail de fond qui s'étalera sur plusieurs années. Certains CSAPA ont déjà entamé cette démarche. *In fine*, les CSAPA devront trouver un bon équilibre dans leur offre d'accompagnement des usagers en fonction de leurs consommations. L'ouverture des CSAPA à cette problématique de santé publique de premier plan pourra avoir des impacts très positifs pour les usagers de tabac, pour les professionnels des CSAPA et leurs partenaires de premier recours, et renforcera la place des CSAPA dans l'offre de soins addictologiques.

Pour les usagers de tabac, cette ouverture leur offrira

- Un meilleur accès aux soins tabacologiques de proximité et gratuits ;
- Un accompagnement pluriprofessionnel bienveillant dans le cadre d'une prise en charge addictologique globale, positive et adaptée ;
- La possibilité d'aborder d'autres consommations de substances et/ou d'autres conduites à risque à partir d'un produit peu marqué socialement.

Pour les professionnels des CSAPA, elle favorisera :

- Une montée en compétences et une expertise en tabacologie ;
- Un enrichissement et un élargissement de l'offre de soins ;
- Une diversification des profils d'usagers ;
- Une intensification de l'ouverture des pratiques professionnelles vers les partenaires extérieurs (médecine de ville, nouveaux prescripteurs, partenaires sociaux…), afin de mobiliser tous ceux dont la mission est aussi d''accueillir, de repérer et d'accompagner les fumeurs de tabac.

Pour les partenaires de premier recours, elle facilitera :

- Les échanges, voire une sensibilisation sur les problématiques de tabacologie ;
- Les orientations pour leurs usagers fumeurs de tabac ;
- Une meilleure visibilité de l'organisation de la tabacologie sur le territoire.

Enfin pour les CSAPA, s'ouvrir à l'accompagnement des fumeurs de tabac en première intention leur permettra :

- D'évoluer vers des structures sans tabac ;
- De légitimer leur place dans la lutte contre le tabagisme en première intention et en polyconsommation et de participer à ce véritable enjeu de santé publique ;
- De développer l'intersectorialité (médico-sociale, ville, sanitaire) et d'assurer un rôle de coordination du parcours de soins du fumeur avec les différents partenaires ;
- D'intervenir le plus précocement possible auprès du public jeune ;
- D'amplifier la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Ce guide constitue une base de travail qui ambitionne d'impulser une dynamique collective pour améliorer l'accompagnement des fumeurs. Les CSAPA, par leur pluridisciplinarité, leur accessibilité et la richesse de leurs modes d'interventions ont de véritables atouts pour parvenir à cet objectif.

Stéphan JEAN
Référent du projet
Délégué adjoint de l'Union Régionale Normandie - Fédération Addiction

ANNEXES

Annexe 1 : exemple de courrier destiné aux professionnels de premier recours

Coordonnées du destinataire

Date et lieu

Objet : Accompagnement en CSAPA des personnes fumant du tabac

Madame, monsieur,

J'ai le plaisir de vous informer que notre CSAPA a récemment lancé une nouvelle politique destinée à accueillir davantage de personnes souhaitant diminuer voire arrêter leur consommation de tabac. Dans ce contexte, nous sollicitons votre précieuse collaboration pour nous adresser les patients que vous estimez pouvoir bénéficier de notre aide dans cette démarche.

Notre équipe expérimentée de professionnels est spécialement formée pour accompagner les fumeurs dans leur processus de sevrage tabagique. Nous mettons à leur disposition des méthodes et des outils éprouvés pour les soutenir tout au long de cette étape essentielle vers une meilleure santé.

Si vous avez des patients qui expriment le désir de réduire leur consommation de tabac ou d'arrêter complètement de fumer, nous serions ravis de les accueillir au CSAPA. Nous leur offrirons une écoute bienveillante, des conseils personnalisés et des stratégies d'accompagnement adaptées à leurs besoins spécifiques.

Par ailleurs, nous souhaitons vous rappeler que notre équipe est également à votre disposition pour toute information ou sensibilisation que vous pourriez nécessiter concernant l'accompagnement des fumeurs. Nous sommes prêts à partager notre expertise et nos ressources pour améliorer la prise en charge globale de vos patients en matière de tabagisme.

Votre collaboration est d'une importance capitale pour la réussite de cette initiative.

N'hésitez pas à nous contacter au [votre numéro de téléphone] ou par courrier électronique à [votre adresse e-mail] si vous avez des questions ou si vous souhaitez nous référer des patients. Nous sommes impatients de collaborer avec vous et de poursuivre ensemble notre mission de prévention et de soins.

Nous vous prions d'agréer l'expression de nos salutations distinguées.

Cordialement,

Annexe 2 : test de CDS (cigarette dépendance scale)

« Testez votre dépendance à la cigarette » , site du Respadd : https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2021/11/Test-CDS.pdf

Annexe 3 : test de Fagerström

« Test de dépendance à la nicotine » , site Ameli : https://www.ameli.fr/sites/default/files/test-dependance_cpam-gers.pdf

Annexe 4 : test de Horn

Évaluation des situations liées au tabagisme, site de l'HAS (tabac info service) : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe_test_de_horn.pdf

BIBLIOGRAPHIE

Notes

1. Guydish, J., et al., *An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment*. Addiction, 2016. 111(2): p. 220-30.

2. Hurt, R.D., et al., *Mortality Following Inpatient Addictions Treatment: Role of Tobacco Use in a Community-Based Cohort.* JAMA, 1996. 275(14): p. 1097-1103.

3. Bandiera, F.C., et al. *Tobacco-Related Mortality among Persons with Mental Health and Substance Abuse Problems.* PLOS ONE, 2015. 10(3): p. e0120581.

4. Knudsen, H.K., et al., *Structural and cultural barriers to the adoption of smoking cessation services in addiction treatment organizations.* J Addict Dis, 2010. 29(3): p. 294-305.

5. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnrt2014-2019.pdf

6. Thurgood, S.L., et al., *A Systematic Review of Smoking Cessation Interventions for Adults in Substance Abuse Treatment or Recovery*. Nicotine Tob Res, 2016. 18(5): p. 993-1001.

7. McKelvey, K., J. Thrul, and D. Ramo, *Impact of quitting smoking and smoking cessation treatment on substance use outcomes: An updated and narrative review.* Addict Behav, 2017. 65: p. 161-170.

8. Weinberger, A.H., et al., *Cigarette Smoking Is Associated With Increased Risk of Substance Use Disorder Relapse: A Nationally Representative, Prospective Longitudinal Investigation.* J Clin Psychiatry, 2017. 78(2): p. e152-e160.

9. Thomson, B., et al., *Association Between Smoking, Smoking Cessation, and Mortality by Race, Ethnicity, and Sex Among US Adults.* JAMA Netw Open, 2022. 5(10): p. e2231480.

10. Hser, Y.I., W.J. McCarthy, and M.D. Anglin, *Tobacco Use as a Distal Predictor of Mortality Among Long-Term Narcotics Addicts.* Preventive Medicine, 1994. 23(1): p. 61-69.

11. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138

12. Hartmann-Boyce, J., et al., *Electronic cigarettes for smoking cessation.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021(9). ; Lindson N. et al., *Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults : component network meta-analyses*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 9. , October 2023.

13. https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/produits-de-vapotage-cigarette-electronique/article/recommandations-concernant-l-usage-des-produits-de-vapotage-cigarette

14. Santé publique France : https://www-santepubliquefrance-fr.translate.goog/presse/2022/l-interruption-de-la-baisse-de-la-prevalence-du-tabagisme-se-confirme-en-2021

15. https://www.larevuedupraticien.fr/article/entree-des-adolescents-dans-le-tabagisme-en-france

16. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_3.html

17. Santé publique France. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la santé. 20 : https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante

18. http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/MAJ_nov2012/PROG_BPCO_arrete_le_22-10-2012.pdf

19. https://www.stop-tabac.ch/sante/maladies-pulmonaires/maladies-cardiovasculaires/infarctus/

20. https://www.stop-tabac.ch/sante/maladies-pulmonaires/maladies-cardiovasculaires/infarctus/

21. https://www.cochrane.org/fr/CD013522/TOBACCO_larret-du-tabac-ameliore-t-il-la-sante-mentale

22. Les lobbies du tabac organisent l'anti prévention du tabagisme » B.Dautzenberg, Les tribunes de la santé (2018) https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2018-1-page-91.htm

23. Communiqué de presse : La Ligue contre le cancer publie les résultats de la 3ème édition de son étude, réalisée avec Ipsos, sur la présence du tabac dans les films français, (2021), https://www.ligue-cancer.net/articles/tabac-et-cinema

24. https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2022/10/Charte-LSST-MAJ-avril-22.pdf

25. https://www.federationaddiction.fr/actualites/politique-publique/la-boite-a-outils-sur-les-dispositifs-territoriaux-en-sante/

26. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

27. https://www.bretagne.ars.sante.fr/

28. https://sante-pratique-paris.fr/addiction/tabagisme-arret

29. https://www.cochrane.org/fr/CD013522/TOBACCO_larret-du-tabac-ameliore-t-il-la-sante-mentale

30. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17056404/

31. https://www.timesofisrael.com/study-says-smoking-is-bad-for-mental-health-too

32. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/193251

33. Article "Tabac et schizophrénie: aspects épidémiologiques et cliniques », A Dervaux, X Laqueille, (2008)

34. Article "Tobacco Use in Bipolar Disorder", D Thomson, M Berk, S Dodd, M Rapado-Castro, S.E Quirk, P.K Ellegaard, L Berk, O.M Dean, (2015)

35. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29852054/

36. https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1138

37. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe_test_de_horn.pdf

38. https://www.em-consulte.com/article/1069445/effets-de-l-activite-physique

39. https://www.cochrane.org/CD001292/TOBACCO_does-individually-delivered-counselling-help-people-stop-smoking

FÉDÉRATION ADDICTION

Prévenir | Réduire les risques | Soigner

La **Fédération Addiction** est un réseau d'associations et de professionnels de l'addictologie.

Son ambition : développer des réponses adaptées aux addictions, qui placent l'usager au centre. Avec 850 établissements et services de santé adhérents et plus de 500 adhérents individuels (professionnels du soin, de l'éducation, de la prévention, de l'accompagnement et de la réduction des risques), la Fédération Addiction est le premier réseau d'addictologie de France.

Retrouvez nos autres guides et l'offre de formations de la Fédération Addiction sur **portail.federationaddiction.fr**

FÉDÉRATION ADDICTION
104 rue Oberkampf
75011 Paris
01.43.43.72.38
www.federationaddiction.fr

Rédaction :
Tanguy Girardet,
chargé de projet
sous la supervision
de Marine Gaubert,
responsable du pôle
"Pratiques professionnelles"

Conception graphique :
Nelly Gibert,
Mediis Studio

Impression :
Rivet Presse Edition
24 rue Claude-Henri-Gorceix
BP 1577 87022 Limoges Cedex 9

Achevé d'imprimer en mai 2024

FÉDÉRATION ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

104 rue Oberkampf - 75011 Paris
Tél. : +33 (0)1 43 43 72 38
www.federationaddiction.fr

Soutenu par le GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité