

L'infirmier(ère) face aux addictions

CONFÉRENCE

organisée par le

RESPADD

en collaboration avec la

FÉDÉRATION ADDICTION

5 DÉCEMBRE 2012

—

PARIS 15^e


sous le haut patronage du

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Sommaire

PLENIERE D'OUVERTURE.....	3
• Anne Borgne.....	3
• Jean-Yves Grall.....	3
• Jean-Pierre Couteron.....	4
• Anne Barrier.....	5
• Karim Mameri.....	5
• Danièle Jourdain-Menninger.....	6
L'INFIRMIER(ERE) FACE AUX ADDICTIONS : situation actuelle et bilan des actions récentes.....	8
• Philippe Michaud.....	8
• Questions de la salle.....	9
VU D'AILLEURS : la situation en Belgique.....	10
• Jacques Dumont.....	10
• Questions de la salle.....	12
L'INFIRMIER(ERE) FACE AUX ADDICTIONS : situation en CSAPA et CAARUD	13
• Delphine Vilain.....	13
• Sylvie Fusier.....	15
• Michelle Rotaru.....	16
• Véronique Delaforge.....	17
• Questions de la salle.....	19
SITUATION CLINIQUE PARTAGEE.....	19
• Agnès Bethune.....	20
• Brigitte Rosset.....	21
• Christiane Valles.....	21
• Anne Diakhaté.....	21
• Questions de la salle.....	23
CONCLUSION.....	24
• Albert Herszkowicz.....	24
• Anne Borgne.....	24

PLÉNIÈRE D'OUVERTURE

 **Anne Borgne**
Présidente du RESPADD

Anne Borgne ouvre cette journée sur le thème « Infirmier(ère) face aux addictions » ; journée inscrite dans le cadre des recommandations du plan gouvernemental de prise en charge et de prévention des addictions. Le RESPADD s'est engagé dans la mise en œuvre d'actions et de formations en addictologie à destination des professionnels libéraux. Il a ainsi intégré un groupe de travail « infirmiers » mis en place par la Direction Générale de la Santé (DGS), en partenariat avec la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) ; ce groupe étant constitué, en outre, du Groupement des Infirmiers au Travail (GIT) et de l'Ordre National des Infirmiers (ONI). C'est à ce titre qu'une campagne d'actions, d'information et de formation visant les infirmiers libéraux et de santé au travail a débuté en 2011. Le RESPADD s'est également associé à l'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie (IPPSA) – dont le représentant Philippe Michaud interviendra au cours de cette matinée – afin de proposer des formations au Repérage Précoce Intervention Brève (RPIB) adaptées au contexte d'exercice des infirmiers et infirmières. Enfin, le RESPADD a collaboré avec la Fédération Addiction, l'IPPSA et la DGS à l'élaboration d'un guide d'aide à la pratique en addictologie à destination du personnel infirmier.

 **Dr Jean-Yves Grall**
Directeur général de la Santé

Le Dr Jean-Yves Grall a tenu à être présent à cette journée pour témoigner du soutien de la DGS (et plus généralement, du ministère de la Santé) aux missions du personnel infirmier. Le rôle des infirmiers(ères) est central. Ce sont eux qui sont au plus près des patients, de leurs familles et de leurs entourages. Ce lien de proximité et de confiance permet aux patients de leur confier plus facilement leurs problèmes et de leur demander, ce qui est souvent le cas, des conseils. Les infirmiers représentent, ainsi, l'un des leviers essentiels dans le domaine des soins, préventifs et curatifs, des addictions. C'est pour cette raison que le Dr Jean-Yves Grall a souhaité que des actions soient engagées avec la profession.

La DGS a ainsi constitué, en partenariat avec la MILDT et le RESPADD, un groupe de travail afin de définir ces actions comprenant, notamment, des représentants du GIT et de l'ONI. Le Dr Jean-Yves Grall tient, à ce titre, à remercier les participants de ce groupe pour la qualité du travail déjà accompli. C'est dans ce cadre qu'une campagne d'actions visant les infirmiers libéraux et les infirmiers de santé au travail a débuté courant 2011 et s'est poursuivie tout au long de l'année 2012. Cette journée organisée par le RESPADD est l'occasion de réaliser un premier bilan des actions réalisées et surtout de les étendre et de les approfondir.

Le bilan des actions menées jusqu'à ce jour est déjà très positif. Environ 60 000 affiches intitulées « Je peux en parler ici » incitant au dialogue sur les addictions ont été envoyées aux professionnels libéraux et aux professionnels exerçant dans le réseau de la santé au travail. 60 000 flyers représentant des questionnaires d'évaluation des consommations ont été diffusés. Cette large diffusion contribue à l'appropriation de ces outils utiles pour la prévention et la bonne orientation des patients concernés. Enfin, environ 5 000 guides d'aide à la pratique en addictologie ont été diffusés. Au-delà de ces outils pratiques, des sessions de formation ont été également organisées dans les régions et assurées par l'IPPSA. L'amélioration de la prise en charge et de la prévention des addictions passe par ces

formations. Ainsi, 5 sessions de formation en repérage précoce et intervention brève ont permis de former 79 participants et il convient dorénavant de réfléchir à l'élargissement de cette formation. Son intégration dans le cursus des instituts de formations en soins infirmiers peut constituer une des pistes de réflexion.

Le Dr Jean-Yves Grall souhaite à l'ensemble des participants une journée riche en échanges.

● **Jean-Pierre Couteron**

Président de la Fédération addiction

Jean-Pierre Couteron se propose de brosser un rapide portrait de nos sociétés addictogènes, marquées aujourd'hui, sur fond de crise économique, par une grande banalisation de l'expérience addictive. Force est de constater que nos sociétés fonctionnent – comme en témoignent les messages publicitaires – sur l'hyper-sollicitation de la pulsion, qu'elle soit agressive ou érotique. Notre culture de l'excès et de la sensation forte se rapproche dangereusement de la notion de « défonce ».

Cette société addictogène exige des professionnels qu'ils se mobilisent, qu'ils fassent appel à leurs compétences et cela dans une posture de proximité et de collaboration. Le danger est alors que cet appel à un travail en commun aboutit à créer des « Babel » modernes où chaque professionnel convié viendrait armé de sa spécialité et de ses référentiels et cela sans toujours faire l'effort de comprendre comment l'autre travaille. Jean-Pierre Couteron est convaincu que pour construire une réponse cohérente à cette société et à ses addictions (dans leur dimension multifactorielle), les professionnels doivent se montrer capables d'articuler des réponses variées et graduées ; et de les articuler sans les mettre en posture contradictoire.

La Fédération addiction a pour ambition de réunir dans un seul groupe des professionnels de la prévention, des professionnels du soin et des professionnels de la réduction des risques. Or, la profession infirmière est l'une des seules à décliner l'ensemble de ces fonctions.

La fonction éducative : les addictions interrogent la fonction éducative. Or, l'infirmier(ère) tient une place centrale dans le travail d'éducation. Un rôle d'autant plus important qu'il s'inscrit dans une société obsédée par l'immédiateté où les solutions chimiques et techniques sont toujours prêtes à se substituer à la solution éducative. En milieu scolaire ou professionnel, cette fonction est souvent prise en charge par les infirmiers(ères).

La fonction thérapeutique : la profession infirmière a été le témoin de l'évolution des prises en charge des addictions. Pendant longtemps, les infirmières ont croisé les sujets dans leur posture de victimes de l'addiction. Progressivement, avec l'arrivée de nouveaux traitements (les traitements de substitution) et de nouvelles pathologies (sida et VHC), l'infirmier(ère) a été intégré au dispositif de soins et participe de la grande diversité de l'accès aux traitements.

La fonction réduction des risques : la fonction réduction des risques est connue dans son côté le plus spectaculaire avec les CAARUD et les équipes qui vont au contact des usagers. Aujourd'hui, cette fonction se décline également dans un travail éducatif pour, par exemple, aider des jeunes à préparer une soirée ou d'anticiper sur une sortie.

Pour conclure, Jean-Pierre Couteron fait observer que ces trois fonctions peuvent facilement être mises en opposition. Cette journée permettra de démontrer que loin de s'opposer, ces différentes fonctions (éducatives, thérapeutiques et réduction des risques) peuvent se compléter dans une culture commune qui donnera enfin une densité et une solidité aux réponses qui seront apportées.

 **Anne Barrier**

Présidente du Groupement des infirmiers(ères) du travail

Anne Barrier présente le Groupement des Infirmiers(ères) au travail (GIT), une association dont le rôle est de promouvoir la profession dans toutes ses disciplines, de développer la réflexion et la recherche dans le domaine de la santé au travail, mais également d'encourager la formation et la spécialisation en santé au travail et de valoriser tous les domaines d'expertise. Enfin, le GIT contribue au débat sur les problématiques de santé au travail, comme de santé publique, et sur la réforme de l'organisation des services de santé au travail et de la médecine du travail. C'est dans ce contexte que le GIT a été sollicité avec le Conseil de l'Ordre pour participer au groupe de travail MILDT/DGS, les infirmiers(ères) du travail étant, en matière d'addictions, directement au contact des salariés et donc directement impactés par les problématiques liées à l'alcool ou aux toxicomanies. Dès 2011, l'association a commencé à réfléchir sur les modalités à mettre en œuvre pour sensibiliser la profession des infirmiers sur les problématiques d'addiction. Le GIT a collaboré à l'élaboration de plaquettes qui ont été diffusées en début d'année 2012. Cette même année, le RESPADD a mis en place des formations sur le repérage précoce et intervention brève en addictologie. Le GIT s'est employé à relayer cette information.

Anne Barrier se propose de revenir brièvement sur la loi portant réforme sur l'organisation de la médecine du travail. Au regard de la loi de 2011 (et des différents décrets parus au mois de mars 2012), les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé du travailleur. Pour cela :

- ils conduisent des actions de santé au travail, conseillent les employeurs et les travailleurs (ou leurs représentants) ;
- ils assurent le suivi de santé des salariés ;
- ils contribuent à la traçabilité des expositions et à la veille sanitaire.

Les missions de conseil portent sur les risques professionnels, les conditions de travail et, depuis 2011, la prévention de la consommation d'alcool et de drogues sur les lieux de travail. Ce dernier point fait donc partie intégrante des missions de l'ensemble des collaborateurs en santé au travail.

S'agissant plus particulièrement la profession infirmière, la loi prévoit la mise en œuvre de l'entretien infirmier. Dorénavant, les visites avec le médecin du travail seront amenées à s'espacer et les salariés rencontreront, à intervalle régulier, les infirmiers(ères) du travail dont le rôle est ainsi appelé à évoluer. Ces entretiens sont mis en place dans les entreprises depuis le 1^{er} juillet 2012. La loi précise également que la formation des infirmiers(ères) en santé au travail devient obligatoire.

En conclusion, Anne Barrier est persuadée que « le meilleur est à venir » et que toutes les actions menées doivent être poursuivies en 2013.

 **Karim Mameri**

Secrétaire Général de l'Ordre national des infirmiers

Karim Mameri se réjouit de voir autant d'infirmiers réunis dans la salle. Secrétaire général de l'Ordre national des infirmiers, Karim Mameri est avant tout infirmier dans un service de pédiatrie en Seine-Maritime. Cette journée lui semble d'autant plus importante que le risque d'addiction concerne également les enfants et pose un certain nombre de problèmes spécifiques. Sa présence aujourd'hui lui permet de constater avec satisfaction le succès de cette journée consacrée au rôle de la profession infirmière dans le domaine des addictions et permet de rappeler aux politiques et aux décideurs le rôle et l'importance du travail infirmier sur le terrain.

Les infirmiers(ères) sont aujourd'hui en première ligne, et cela quels que soient leurs champs d'expertise, face à des populations vulnérables, aux victimes d'addiction (tabac, alcool). Mais ces professionnels, qu'ils exercent dans les milieux scolaires, dans les entreprises, dans les CSAPA, dans les centres hospitaliers sont avant tout des professionnels de terrain. La problématique de l'addiction touche toutes les couches de la société. Bien évidemment, ces addictions s'expriment de différentes manières selon que l'on s'adresse à des enfants, des adolescents ou des adultes. La lutte contre la toxicomanie constitue une priorité du gouvernement partagée par l'ensemble des professionnels de santé. Il en résulte que le rôle de prévention par l'éducation à la santé et le dépistage des situations à risque sont des domaines essentiels. Cette fonction de prévention est rappelée, notamment dans le cadre des pratiques addictives et de l'éducation à la santé, dans le décret de compétences de la fonction infirmière.

Le Conseil de l'ordre des infirmiers a pour mission, non seulement, de contribuer à la promotion de la santé publique et de la qualité des soins, mais également d'assurer la promotion des compétences de la profession infirmière. Les infirmiers(ères) doivent pouvoir développer leur rôle de premier recours face aux addictions. L'émergence d'infirmiers spécialisés en addictologie ou en tabacologie doit pouvoir permettre une meilleure prise en charge, une meilleure coordination et une meilleure formation de l'ensemble des professionnels de terrain. Mais encore faut-il en accroître le nombre, promouvoir leur compétences et les faire reconnaître. Il faut peut-être aussi repenser les modèles de prise en charge. Il ne faut pas oublier, qu'en matière de soins de proximité, les infirmiers(ères) jouent un rôle aussi incontournable que méconnu.

Bien évidemment, pour que la profession infirmière puisse réellement exprimer ses compétences, il faut qu'elle en ait le temps et les moyens. Les infirmières en santé du travail ou les infirmières scolaires doivent pouvoir disposer des moyens suffisants pour mettre en place des actions de prévention des risques. L'innovation en la matière est essentielle. Ainsi, à titre d'exemple, les infirmiers tabacologues ont su, au travers d'associations professionnelles, se mobiliser et ont été amenés à demander, à l'instar d'autres professionnels, de pouvoir prescrire des substituts nicotiniques sans « passer par la case médecin ». Il est aussi important de reconnaître le travail de liaison des infirmiers. L'entretien infirmier évoqué précédemment doit être considéré comme un soin à part entière. Il convient, enfin, de renforcer la formation des jeunes infirmiers(ères). L'implication du Conseil de l'ordre des infirmiers dans ces différents domaines est forte, l'objectif étant de « bouger les lignes » et de faire en sorte que les décideurs mettent en place des dispositifs efficaces au service de la population.

Pour conclure, Karim Mameri rappelle que l'une des premières actions du Conseil de l'ordre des infirmiers(ères) a été, avec l'aide du Respadd, l'envoi, en 2012, de brochures à plus de 35 000 représentants de la profession infirmière, notamment libérale, sur le rôle infirmier face aux conduites addictives. Les infirmiers et infirmières sont en première ligne et, en qualité de professionnels de santé de proximité, ils peuvent contribuer à une meilleure prise en charge et une meilleure prévention des addictions.

 **Danièle Jourdain-Menninger**

Présidente de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Danièle Jourdain-Menninger a été récemment nommée Présidente de la MILDT et n'avait pas encore eu l'occasion de rencontrer les représentants de la profession infirmière. Dans une vie professionnelle antérieure – à l'Inspection générale des Affaires sociales – elle a eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'apprécier, sur des thématiques sensibles et qui touchent de près l'évolution de nos sociétés, l'implication professionnelle des personnels infirmiers. Ils

ont su la guider dans les explications de leurs nombreuses et importantes missions et dans leurs relations de partenariat avec les autres professionnels. Danièle Jourdain-Menninger est imprégnée de toutes ces analyses qui, aujourd'hui, lui seront extrêmement précieuses en tant que présidente de la MILDT. C'est pourquoi elle est particulièrement heureuse de participer au lancement de cette journée dont elle apprécie tout particulièrement le thème. Le Premier ministre a signé une lettre de mission (consultable sur le site de la MILDT) qui confirme que la MILDT travaille non pas dans le cadre des produits, mais des addictions. Au-delà des drogues, l'alcool, le tabac et les mésusages de médicaments font partie des préoccupations et feront l'objet des travaux du futur plan gouvernemental.

Pour rappel, le plan gouvernemental 2008-2011 prévoyait la création et la mise à disposition de formations et d'outils d'aide au repérage, au conseil minimal et à l'orientation ; formations et outils adaptés aux infirmiers et infirmières libérales. Un groupe de travail a été constitué et, très rapidement, il a été décidé d'élargir ces actions à tous les infirmiers(ères) supposés rencontrer les patients concernés. Mettre en place des outils et des formations implique de créer les éléments de travail qui permettront de prévenir les addictions et/ou d'accompagner les usagers de drogues.

Le futur plan 2013-2015 poursuivra ces orientations :

- Concernant, **les infirmiers(ères) scolaires** les programmes de formation ROC-ADO déjà en cours constituent une source d'inspiration importante.
- Concernant **les infirmiers(ères) des services de santé au travail**, il est plus que jamais important de les aider à aborder les questions de l'addiction. Le futur plan y consacra une place importante et les actions entamées dans le secteur des entreprises privées seront – Danièle Jourdain-Menninger l'espère – élargies aux trois fonctions publiques.
- Concernant **les infirmiers(ères) hospitaliers**, ils sont également concernés par l'ensemble des dispositifs mis en œuvre notamment au travers du repérage des conduites addictives et l'orientation.
- Concernant **les infirmiers(ères) en EHPAD**, ils sont, bien souvent, confrontés à la problématique « alcool et médicaments » ; problématique bien enracinée dans des trajectoires de vie ou des trajectoires de soins.
- Concernant **les infirmiers(ères) libéraux**, s'ils sont également concernés par ce travail, il conviendra d'intégrer leurs contraintes de temps et la gestion de leurs déplacements.

Ces engagements prévus par des textes qui placent la profession dans une approche large du patient doivent permettre au système de soins de répondre à la prise en charge des addictions comme à celle des maladies chroniques. Différents outils sont mis à disposition des infirmiers et infirmières, notamment des affiches et des fiches techniques avec des questionnaires pour aider au repérage des consommations problématiques et préconiser la conduite à tenir. Des formations ont également eu lieu, notamment sur le repérage précoce et l'intervention brève. Cette journée du 5 décembre s'inscrit dans la suite de ces formations.

Il apparaît que la profession infirmière est aujourd'hui l'une des plus aptes à être à même de rencontrer un patient souffrant d'une addiction. Danièle Jourdain-Menninger ajoute même que la profession infirmière est une profession aimée. Cette reconnaissance que la population éprouve à leur égard aide les infirmiers et les infirmières à développer ce travail d'accompagnement qui ne peut se construire que dans une relation de confiance. Les infirmiers(ères) sont formés à l'approche globale des patients et sont amenés à travailler avec tous les acteurs des champs sanitaires et sociaux et il importe de consolider cette relation tant avec les outils mis à disposition qu'avec la formation initiale et continue. Danièle Jourdain-Menninger profite de l'occasion pour remercier tous les partenaires qui contribuent à ce travail : la DGS, la Fédération addiction, le RESPADD, le GIT, l'Association française des infirmiers en tabacologie et tous les professionnels. La MILDT est à la disposition et à

l'écoute des infirmiers(ères) et Danièle Jourdain-Menninger les invite à faire remonter leurs préoccupations et leurs suggestions, car un plan gouvernemental doit se nourrir aussi de ce qui se passe sur le terrain.

L'INFIRMIER(ERE) FACE AUX ADDICTIONS : situation actuelle et bilan des actions récentes

● Philippe Michaud

Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie

Philippe Michaud a en horreur le terme « conduite addictive ». En effet, les conduites de consommation ne sont pas toutes addictives. Ainsi, s'agissant de l'alcool, la majorité des personnes en consomment de façon contrôlée et ont, à ce titre, peu à craindre des dommages consécutifs à leur consommation. Il est donc important de rappeler qu'il est possible, toutefois, de réaliser des interventions précoces auprès des personnes dont les consommations pourraient (ou pas) créer des dommages dans le futur ; personnes pour lesquelles le changement de comportement sera moins compliqué que pour celles qui sont fortement dépendantes à une consommation. C'est ainsi que Philippe Michaud distingue les consommateurs « à risque » (qui peuvent modérer leur consommation) des consommateurs avec un niveau de dépendance élevé. C'est sur la première population que l'on peut le plus efficacement agir en termes de santé publique.

Philippe Michaud se propose de présenter la démarche de l'IPPSA dans l'Education nationale. Celle-ci a été initiée en 2005 dans l'académie de Versailles et a été déployée en trois phases. Elle visait les médecins scolaires, mais surtout les infirmières scolaires. Axée dans un premier temps sur l'alcool, elle a été étendue à l'ensemble des consommations. La démarche repose sur le **questionnaire DEP-ADO** développé au Québec et sur **les interventions brèves motivationnelles**.

Le questionnaire DEP-ADO (disponible sur Internet) comprend environ 20 questions et permet de classer les adolescents selon trois niveaux de risques :

- Feu vert : pas de problème lié à la consommation.
- Feu jaune : La consommation devrait être réduite, problème en émergence.
- Feu rouge : Le problème est évident, l'adolescent devrait être orienté vers une structure spécialisée.

Ce questionnaire d'origine québécoise est utilisé pour distinguer les consommations « à risques » qui peuvent être traitées en premier recours et les consommations dangereuses qui doivent être traitées en second recours au travers de consultations spécialisées. Le questionnaire constitue, à ce titre, un outil de communication entre ces deux niveaux d'intervention.

L'entretien motivationnel est une méthode centrée sur la personne qui permet d'augmenter la probabilité du changement de comportement. Il est parfaitement applicable dans le cadre d'interventions brèves.

L'IPPSA a réalisé, dans sa première phase de travail, une étude ROC-ADO l'objectif étant d'évaluer l'efficacité d'un repérage systématique des consommations d'alcool et d'autres substances psychoactives chez les élèves du secondaire par les médecins et infirmières scolaires. Des médecins et des infirmières scolaires ont été formés à l'utilisation du DEP-ADO comme outil de repérage et d'évaluation des niveaux de risques et aux entretiens motivationnels. Deux groupes de jeunes ont été formés. Dans le premier groupe, le questionnaire DEP-ADO était systématiquement réalisé. Dans le second groupe, les jeunes

recevaient une information en classe, qui les invitait à consulter l'infirmière scolaire « si besoin ». Cette étude a montré que, contrairement aux attentes, l'utilisation « systématique » de la DEP-ADO par les infirmières et médecins scolaires n'augmentait pas l'orientation vers les Consultations jeunes Consommateurs (CJC). Toutefois, elle a permis de démontrer que l'utilisation de ce questionnaire augmentait la fréquentation par les jeunes (quel que soit leur niveau de risque) des consultations spontanées des médecins et infirmières scolaires ainsi que leurs compétences relationnelles.

- Dans une seconde phase de travail, l'IPPSA a décidé de travailler sur deux axes :
l'augmentation des compétences des personnes formées aux entretiens motivationnels
- **et les capacités de formations internes à l'Education nationale.**

L'étude CAPRICA a démontré que les compétences en entretien motivationnel s'amélioraient si les personnes formées bénéficiaient d'une forme de supervision. S'agissant des capacités de formation interne, l'IPPSA avait pour objectif de lancer une dynamique autonome à l'intérieur de l'Education nationale tout en économisant de l'énergie et de l'argent. Dix co-formateurs (médecins et infirmières scolaires) issus de l'académie de Versailles ont été ainsi formés. Deux d'entre elles se sont formées comme formatrices à l'entretien motivationnel avec l'Association francophone pour la diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM)

La troisième phase de travail avait pour objectif de lever l'obstacle du manque de connaissance réciproque en créant une culture commune au 1er et 2e recours. L'IPPSA a proposé de travailler sur la création d'une culture commune grâce à la formation conjointe à l'utilisation de la DEP-ADO et à l'approche motivationnelle des médecins et infirmières scolaires et des intervenants spécialisés dans les Consultations Jeunes Consommateurs au sein des CSAPA. Cette formation commune permet de créer non seulement un langage commun, mais également des connaissances communes qui permettent de faciliter l'orientation d'un jeune repéré à l'école et accepterait l'idée de discuter d'une éventuelle aide spécialisée. Au total, 124 intervenants ont été formés dont 17 personnes de CJC dans trois régions. Il a été également proposé de faire, à l'occasion de ces formations, une communauté de pratique, un concept également né au Québec.

L'objectif aujourd'hui est de continuer d'animer et de renforcer la communauté de pratique et de généraliser à l'échelle nationale la formation de formateurs issus des CJC et de l'Education nationale.

Qu'en est-il des autres infirmières ? Il existe plusieurs expériences de prévention secondaire appuyées sur les infirmières en soins primaires, en milieu hospitalier et en santé du travail. Force est toutefois de constater que ces expériences ciblent le plus souvent la consommation excessive d'alcool.

En guise de conclusion, Philippe Michaud est convaincu que les infirmiers(ères) peuvent jouer un rôle essentiel dans le domaine de la prévention secondaire. Certes, si l'acquisition de savoir-faire complexes comme ceux de l'entretien motivationnel n'est facile pour personne, elle n'est pas inaccessible. Philippe Michaud milite aujourd'hui pour que ce type de formation soit inscrit dans la formation initiale des professionnels de santé. Pour les professionnels sur le terrain, il est bien évidemment possible de leur proposer les formations adéquates, lesquelles doivent être renforcées par des supervisions (ou des interventions) et réalisées par des pairs professionnels.

Une première question porte sur les formations RPIB. Philippe Michaud rappelle que le RESPADD et l'IPPSA ont travaillé pendant une année pour réaliser des formations directement destinées aux infirmiers(ères). 5 sessions d'une journée ont été organisées autour de la question des conduites addictives par l'approche de la prévention secondaire. Ces sessions ont rencontré un vif succès. Philippe Michaud, en tant que formateur, a beaucoup appris de sa rencontre avec les infirmiers et infirmières. Il a appris que chez les infirmières, comme chez d'autres professionnels de santé, la disponibilité constitue un élément clé. Il a été, par ailleurs, conforté dans l'idée que la prévention secondaire doit s'inscrire dans des dynamiques de service ou des dynamiques hospitalières.

Anne Borgne évoque les interventions précoces auprès des consommateurs de tabac. Il a été démontré qu'il existe une relation assez forte entre les consommations de tabac et d'alcool.

Une intervenante dans la salle insiste, à ce titre, sur l'importance de réaliser des entretiens motivationnels, y compris au cours des entretiens en tabacologie. Les entretiens motivationnels permettent de créer une forme de dynamique.

Une intervenante, infirmière de santé au travail au CEA de Saclay, souhaite revenir plus en détail sur la question du passage de l'information à la prévention. Malheureusement, la notion de soins est très difficile à introduire en entreprise, essentiellement pour des raisons de stigmatisation des salariés.

Philippe Michaud rappelle que le service de santé au travail est le seul service dans l'entreprise qui peut se targuer d'être indépendant par rapport à l'employeur, même si, il en convient, cette indépendance n'est pas toujours perçue par les employés. Quoi qu'il en soit, toute démarche nécessite la collaboration et l'approbation des instances représentatives du personnel. Cela étant dit, le risque est de déployer une action de santé publique qui soit, au final, perçue par les employés comme une forme de « flicage ». L'IPPSA propose à la location des bornes qui offrent la possibilité à une entreprise ou à un service de santé au travail de proposer des questionnaires d'autoévaluation aux salariés.

La question, selon un intervenant, est de savoir, en matière de santé au travail, comment on peut aborder des problèmes d'addiction avec un salarié sans qu'il se rétracte de peur d'être jugé ou de perdre son emploi. Le service de santé au travail, lorsqu'il souhaite déployer une démarche de santé publique, doit s'adresser à l'ensemble des personnels et poser les mêmes questions à tout le monde. Ces démarches doivent être systématiques et être présentées de manière éthique. Elles ne peuvent pas être commandées par la direction de l'entreprise, mais s'inscrire dans une véritable politique de santé publique.

VU D'AILLEURS : la situation en Belgique

● **Jacques Dumont**

>Tabacologue clinicien – Bruxelles, Belgique

Jacques Dumont est infirmier, tabacologue et formateur en entretien motivationnel. Il travaille dans un hôpital universitaire et dans un organisme qui coordonne des actions autour du tabagisme.

Le rôle infirmier tel qu'il est défini en Belgique par la loi indique que l'infirmier(ère) est tenu d'informer et de conseiller le patient et sa famille par rapport à l'ensemble des

comportements de santé. La définition légale du cadre infirmier indique que, selon l'organisation interne de l'hôpital, des tâches spécifiques peuvent être confiées aux cadres intermédiaires, notamment l'éducation du patient et l'introduction de nouvelles procédures et méthodes de travail. Le DI RHM (résumé infirmier de l'activité) spécifie que : « *Lorsqu'une éducation est fournie à un patient ou à une personne significative, elle est scorée dans l'enregistrement DI-RHM du patient pour lequel l'éducation est destinée. L'éducation du patient consiste en une prise en charge infirmière visant à faciliter l'apprentissage de savoir, savoir-faire et savoir-être en vue d'atteindre un changement de comportement chez le patient, sa famille ou une personne significative. Un plan de soins d'éducation doit au moins comprendre un bilan des connaissances, aptitudes, compétences du patient, des sessions d'éducation programmées et une évaluation des résultats obtenus.* » Toutes les conditions légales sont remplies pour que les infirmiers(ères) belges puissent intervenir dans les domaines de l'addictologie. Malheureusement, dans la réalité, si le nombre d'infirmiers(ères) tabacologues a été développé en Belgique (la France ayant servi de modèle), les interventions infirmières sont beaucoup plus limitées pour l'alcool et les autres drogues.

Jacques Dumont évoque la création, en 2010, du groupe « Envol » au sein du CHU Érasme, qui s'intéresse à la consommation d'alcool des patients. Ce groupe a été créé à l'initiative d'une infirmière et d'un médecin gastro-entérologue et a permis de développer une démarche systématique de formation et d'intervention auprès des patients hospitalisés. Ce groupe s'est étendu à l'ensemble de l'hôpital et dans d'autres institutions. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire ont suivi des formations à l'entretien motivationnel.

Concernant plus spécifiquement le tabagisme, les hôpitaux en Belgique disposent pour la plupart de centres d'aide aux fumeurs et d'infirmiers(ères) spécialisés en tabacologie. Pourquoi s'occuper du tabagisme en tant qu'infirmier ? Pour Jacques Dumont, la réponse est simple. Le tabagisme est le premier facteur de risque évitable. Sa prévalence est, en Belgique, élevée et est estimée à 27 % de la population. De surcroît, les infirmiers(ères) ont une approche globale de la personne et sont habitués à travailler en interdisciplinaire. Enfin, la revue *Cochrane* a récemment prouvé dans un article l'efficacité de l'intervention infirmière dans la lutte contre le tabagisme. La spécialité en tabacologie peut être réalisée par n'importe quel professionnel de santé. Cette formation interuniversitaire est coordonnée par le FARES.

Jacques Dumont aborde la question de l'**entretien motivationnel**. L'entretien motivationnel est une méthode de communication participative orientée vers un objectif précis. Elle se focalise tout particulièrement sur le langage du changement. L'objectif est de renforcer les motivations personnelles et l'engagement vers le changement. Il repose à la fois sur un style relationnel, sur un ensemble de techniques semi-directives et un ensemble de stratégies centrées sur la personne à aider. L'entretien motivationnel se veut une approche pragmatique et concrète. Il est, de surcroît, « facile à apprendre » et accessible à tous. La philosophie de l'entretien motivationnel repose sur :

- La collaboration ;
- L'évocation ;
- Le respect de l'autonomie de la personne.

Quatre processus fondamentaux sont mis en avant :

- Créer l'alliance
- Focaliser
- Susciter l'évocation
- Planifier

Ces quatre processus sont imbriqués les uns dans les autres, et l'abandon de l'un d'entre eux peut annuler la démarche dans son ensemble.

La communication en santé repose sur trois moyens d'interagir avec le patient. Le soignant peut, à ce titre, diriger, suivre ou guider le patient. Le soignant **dirige** le patient lorsqu'il veut obtenir des informations précises ou lorsqu'il fait face à des situations d'urgence (la personne n'a plus le choix). Le soignant **suit** le patient lorsqu'il souhaite que celui-ci vive une situation émotionnelle difficile et riche en émotion, l'objectif étant d'aider la personne à exprimer ce vécu émotionnel. Le soignant **guide** le patient lorsque son objectif est d'évoquer et renforcer une motivation à changer de comportement. Il serait pour le moins inapproprié de diriger le patient lorsque l'on veut travailler un changement de comportement. De même, suivre un patient sera inapproprié en cas de situation d'urgence médicale.

Cela étant dit, la motivation est un sentiment complexe. C'est un processus dynamique multidimensionnel, influencé par des facteurs internes et externes, pouvant varier en intensité et dans le temps. Les trois composantes majeures pouvant définir la motivation sont l'importance accordée au changement, la confiance dans la capacité à changer et la disposition au changement. La motivation est, par ailleurs, fortement ambivalente. Nombreux sont ceux qui éprouvent ou manifestent simultanément deux sentiments, deux attitudes opposées à l'endroit d'un même objet, d'une même situation. Le désir et la crainte d'arrêter de fumer, par exemple. L'idée de l'entretien motivationnel est d'aider les soignants à « freiner leur réflexe correcteur » lorsque le patient fait preuve d'ambivalence ; ambivalence qui peut faire naître la discorde.

L'entretien motivationnel est axé autour du discours du changement. Six catégories de discours sont ainsi répertoriées.

- Le désir de changer : les déclarations en faveur du changement (“Je voudrais...”, “J'aimerais...”, “Je souhaite...”)
- La capacité de changer : les déclarations sur l'aptitude au changement (“Je pourrais...”, “Je peux...”, “Je pourrais être capable de...”)
- Les raisons de changer : les déclarations spécifiques en faveur du changement (“Je me sentirais sûrement mieux si..”, “J'ai besoin de plus d'énergie pour jouer avec les enfants...”)
- Les besoins de changer : les déclarations sur la nécessité du changement (“Je devrais...”, “Je dois...”, “Il faudrait vraiment que...”)
- L'engagement de changer : les déclarations sur la probabilité du changement (“Je vais...”, “J'ai l'intention de...”)
- Les premiers pas : les déclarations sur les actions entreprises (“Je suis effectivement sorti et...”, “Cette semaine, j'ai commencé à...”).

Le rôle du soignant est de repérer ces différentes catégories de discours.

Les compétences de base dans l'entretien motivationnel sont les questions ouvertes, l'écoute réflexive, l'information et le conseil, la valorisation. La compétence principale, et la plus difficile, est l'écoute réflexive qui permet de refléter les propos des patients pour les aider à aller plus loin. Il est important de respecter le cheminement de la personne.

Jacques Dumont conclut son exposé en citant l'un de ses professeurs, Jean-François Malherbe :

Le problème fondamental de notre civilisation n'est pas de savoir s'il est acceptable ou non d'interdire la publicité pour les produits du tabac ou même sa consommation, mais bien de ne pas refouler l'expression de l'angoisse quand elle se fait jour et d'inventer de nouvelles façons de l'appivoiser.

● Questions de la salle

Anne Borgne évoque l'adhésion de la Belgique au réseau « hôpital sans tabac ». Comment expliquer que ce réseau n'est pas devenu RESPADD ?

Jacques Dumont explique que la principale difficulté est politique. Il rappelle que la Belgique a six ministres de la Santé. Pourtant, il est évident que l'on gagne en qualité des soins en développant une approche globale.

Une intervenante souhaiterait connaître le positionnement de Jacques Dumont face aux patients qui consomment du cannabis et qui décident d'arrêter le tabac. Comment est géré ce type de co-consommation ?

Ce cas de figure n'est pas rare. Jacques Dumont travaillera, en tant que tabacologue, avec cette personne en lui rappelant qu'il est difficile d'arrêter le tabac en maintenant sa consommation de cannabis. Le dialogue qu'il s'évertuera d'instaurer reposera principalement sur la motivation réelle de la personne.

Anne Borgne juge cette question particulièrement intéressante. Il serait dommageable de répondre à cette personne qu'il est impossible d'arrêter une consommation sans l'autre. Cela étant dit, il faut analyser la demande du patient. Si sa demande concerne uniquement l'arrêt du tabac, le soignant l'accompagnera sur cette demande. Le patient vivra son expérience de réussir ou de ne pas réussir d'arrêter le tabac et il pourra, le cas échéant, avancer et construire une décision d'arrêter les deux ; mais cela sera sa décision.

Une intervenante, infirmière en CSAPA, évoque la cigarette électronique.

Jacques Dumont indique que les cigarettes électroniques sont, en principe, interdites à la vente en Belgique. Toutefois, un modèle spécifique est vendu en pharmacie. Ces cigarettes sont de plus en plus utilisées. Jacques Dumont n'hésite pas à rappeler aux patients, s'ils expriment le besoin d'aborder le sujet, que l'on ne dispose pas d'études sur le sujet et qu'il n'en recommande pas la pratique. Toutefois, force est de constater que certaines personnes arrivent à arrêter de fumer grâce à la cigarette électronique. Une fois de plus, si le cheminement de la personne doit être respecté, le soignant peut préférer conseiller l'utilisation de substitutions nicotiques.

Anne Borgne rappelle que si la vente de cigarettes électroniques est interdite en pharmacie, de nouvelles boutiques ouvrent leurs portes, notamment à Paris, offrant aux usagers un éventail diversifié de cigarettes électroniques dont on ne connaît pas le contenu. Elle reçoit régulièrement des patients en consultation qui ont réussi à diminuer leur consommation, voire à arrêter leur consommation, de tabac à l'aide de ces cigarettes.

Jacques Dumont ajoute qu'il est difficile aujourd'hui de définir une position qui tienne compte à la fois de la réduction des risques, de l'aide à arrêter le tabac, des éventuels dangers chimiques. Il lui semble qu'il serait pour le moins dommageable de mener une bataille acharnée contre la cigarette électronique chez ceux qui l'utilisent, avec un certain succès, pour réduire ou arrêter leur consommation de tabac.

L'INFIRMIER(ERE) FACE AUX ADDICTIONS : situation en CSAPA et CAARUD

Modératrice : **Lydie Baudet**
CSAPA Segalen, Clichy-la-Garenne

Delphine Vilain intervient cet après-midi en introduction des deux tables rondes sur la place et le rôle des infirmiers et infirmières dans les CSAPA et les CAARUD. Face aux addictions, l'infirmier joue un rôle central dans l'ensemble des dispositifs mis en place. Son intervention va de la prévention à la prise en charge des addictions, en passant par la promotion, l'éducation pour la santé, le repérage, l'intervention précoce et l'accompagnement. Il joue également un rôle indispensable dans l'organisation des filières de prise en charge et de soins, intervenant dans l'accès aux soins, dans les soins proprement dits et dans la coordination du parcours de soins du patient. Il est important de souligner que la compétence des infirmiers est pleinement intégrée dans la composition des équipes médico-sociales pluridisciplinaires (voire interdisciplinaires) mises en place dans les CAARUD ou les CSAPA, établissements au sein desquels les infirmiers interviennent dans l'ensemble des missions qui y sont développées.

Dans les CAARUD, les infirmiers(ères) interviennent dès l'accueil et la prise de contact avec le patient. Ils interviennent aussi dans le cadre des missions de soutien aux usagers dans l'accès aux soins, que ce soit dans l'aide à l'hygiène et l'accès de soins de première nécessité ou dans l'orientation vers les systèmes de soins spécialisés ou de droit commun. Ils peuvent intervenir, enfin, dans la mise à disposition de matériels de prévention et de réduction des risques, mais également dans le cadre des interventions de proximité ou des dispositifs de veille et d'alerte. L'Ile-de-France regroupe 21 CAARUD qui représentent une file active d'environ 20 000 usagers. Sur l'ensemble de ces structures, le « temps infirmier » est de moins de 8 ETP d'IDE pour 5 000 actes pratiqués. L'effort entrepris pour développer le temps infirmier doit donc être amplifié et confirmé et ces résultats démontrent que les infirmiers et les infirmières ont leur place dans ces structures.

Les infirmiers(ères) jouent également un rôle primordial dans les CSAPA et participent à l'ensemble des missions dévolues aux structures, qu'il s'agisse des missions obligatoires (accueil, information, évaluation, orientation et réduction des risques) ou des missions facultatives. Si les CSAPA regroupent des compétences médicales, paramédicales, psychologiques, sociales et éducatives, les « temps médecins » ou les « temps socio-éducatifs » sont tels, que les infirmiers ou infirmières peuvent se trouver, à certains moments de l'organisation, en première ligne. L'Ile-de-France dispose de 70 CSAPA avec une file active d'environ 50 000 patients. Le « temps infirmier » est de moins de 120 ETP d'IDE pour 330 000 actes (soit la moitié des actes pratiqués). Là encore, comme pour les CAARUD, preuve est faite que la compétence infirmière doit être pleinement intégrée dans les équipes pluridisciplinaires.

En termes de perspectives, force est de constater – et cette journée témoigne de cette nécessité – que ces pratiques professionnelles doivent être reconnues, peut-être même référencées. Mme Delphine Vilain insiste sur la mutualisation des savoirs et des savoir-faire, sur le partage des expériences et des pratiques. Elle pose également la question des formations, et notamment des formations partagées entre les professionnels qui interviennent dans les CSAPA et les CAARUD.

La coopération entre les professionnels de santé constitue une autre piste de réflexion. Cette perspective est proposée dans l'article 51 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire. Ce dispositif national, mis en œuvre au niveau régional, a pour enjeu, notamment, l'optimisation de la prise en charge et du parcours de soins des patients, l'évolution de l'exercice professionnel et l'extension des champs d'intervention des professions paramédicales, mais également, l'optimisation du temps des professionnels de santé. L'idée est de déléguer les activités non prévues réglementairement à un autre professionnel. Cette démarche, à l'initiative des professionnels, se veut volontaire et pragmatique et relève de l'observation faite selon laquelle la profession infirmière est sollicitée sur l'ensemble des missions et

parfois « à la place d'autres professions ». Ainsi, à titre d'exemple, l'on pourrait imaginer que si le médecin délivre la première ordonnance, les renouvellements soient, en revanche, confiés à des infirmiers. Il en est de même en ce qui concerne l'administration des médicaments. Ce dispositif de coopération est en cours de construction.

Ce contexte souligne les nombreuses possibilités de reconnaissance et de valorisation des activités réalisées par les infirmiers et les infirmières au sein des CSAPA et des CAARUD.

 **Sylvie Fusier**
CSAPA APS CONTACT, Provins

Sylvie Fusier est infirmière dans un CSAPA spécialisé en toxicomanie. Pour rappel, les infirmières ont été amenées à intervenir dans les CSAPA à partir du moment où il a été permis de substituer l'héroïne.

Les infirmiers et infirmières ont pour fonction de substituer, essentiellement, l'héroïne, les médicaments de substitution disponibles étant le Subutex, la Méthadone et, plus récemment, le Suboxone. Leurs différences portent autour de l'usage qu'en fait la personne et de sa stabilité dans le soin. Le principe de la substitution s'appuie également sur le fait de pouvoir accompagner la personne dans des modifications de comportement, de mode de vie, voire de pensée, pour ensuite, l'accompagner éventuellement vers un sevrage de la substitution. On peut, à ce titre, entendre que la personne restera substituée toute sa vie, au même titre qu'un diabétique peut continuer de prendre son antidiabétique oralement parce qu'il refuse de suivre son régime de façon réglementaire.

L'accueil, dans le CSAPA, se fait par la porte d'entrée éducative. Une évaluation est faite avec un éducateur. Une orientation médicale et psychologique est ensuite réalisée et les besoins de substitution sont évalués. Les infirmiers et les infirmières jouent un rôle également en matière de prévention des risques. Il n'est pas rare d'observer qu'une personne qui commence une substitution n'est pas encore tout à fait prête pour arrêter la consommation du produit, auquel cas, il peut arriver que l'infirmier(ère) donne la substitution et participe à un échange de seringues, ceci afin de pouvoir expliquer tous les risques encourus et, parfois, de dissiper quelques idées erronées. La substitution exige une prescription médicale, laquelle est délivrée uniquement par un médecin de centre ou des médecins hospitaliers. À noter qu'un médecin urgentiste ne peut prescrire une substitution, une induction se faisant au cours de plusieurs jours. Le dosage est évalué et une analyse d'urine est faite quotidiennement (pour évaluer l'éventuelle consommation conjointe de Subutex et de Méthadone). Les personnes peuvent également être accompagnées vers des suivis biologiques. Ainsi, pour les femmes, un accompagnement (qui peut être physique), vers des gynécologues est également proposé. Enfin, le CSAPA accompagne les personnes en injonction de justice.

Sylvie Fusier intervient régulièrement dans les instituts de formations en soins infirmiers et organise des ateliers d'animation autour de la santé et de l'hygiène alimentaire. En effet, les addictions aux opiacés font que certaines personnes vont jusqu'à oublier de manger ou, plus généralement, de prendre soin d'elles-mêmes. La substitution a pour avantage que les personnes se rendent au CSAPA toutes les semaines et sont, à ce titre, suivies plus régulièrement et plus attentivement que les personnes suivies en consultation cannabis ou de dépendance tabacologique. Il n'est pas rare de voir certaines personnes, compte tenu de leur isolement social et familial, s'installer dans un suivi à long terme, voire à très long terme.

Michelle Rotaru rappelle l'historique des CSAPA spécialisés en alcoologie. En effet, pour prendre en charge une personne éprouvant des difficultés avec l'alcool, il est important de comprendre l'évolution de la conception de la prise en charge depuis le début du siècle dernier avec la place prédominante des associations d'anciens buveurs qui assuraient un suivi non médicalisé. Les premiers centres d'hygiène alimentaire (CHA) ont ouvert en 1970. Ouverts en permanence, ils avaient pour mission d'accueillir et d'écouter les personnes et l'accent avait été mis sur le recrutement du buveur excessif et le traitement rééducatif. Les Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) sont nés en 1983. On assiste au passage d'une structure de dépistage et de conseil du buveur excessif à une institution d'accueil, de soin et de prévention. Le suivi est réalisé en ambulatoire et est réservé à toute personne confrontée à un problème d'alcoolisation, quel qu'en soit son stade. L'accompagnement se veut médical, relationnel et social. Les CHAA deviennent en 1998 des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). Ces centres assurent la majorité des soins ambulatoires destinés aux patients en difficulté avec l'alcool. La prise en charge est dorénavant pluridisciplinaire. En 2002, les CSAPA prévoient la fusion entre les CCST et les CCAA.

Cette dernière évolution se caractérise par l'abandon de l'approche par produit et par la recherche du traitement du problème global de la personne. Si le CSAPA propose une intervention spécifique en direction des personnes ayant des problèmes d'alcool, le dépistage des pratiques addictives, l'éducation du patient et l'information sont inscrits au titre des missions dévolues à l'infirmier(ère) et cela quel que soit son domaine d'intervention. Les infirmiers(ères) doivent ainsi acquérir des notions dans le domaine du repérage précoce.

Ce **repérage précoce** est nécessaire pour évaluer un mésusage d'alcool. Il peut s'effectuer lors du premier entretien d'évaluation. Il doit être, le plus souvent, utilisé de manière systématique et informelle. Le repérage précoce repose sur plusieurs outils :

- La CDA (Consommation Déclarée d'Alcool) est calculée sur le nombre de verres standards consommés sur la semaine précédente (en distinguant les consommations de la semaine des consommations des week-ends). Cette CDA peut être abordée dans le cadre des habitudes de vie.
- Les questionnaires d'évaluation. Ces questionnaires peuvent être intégrés au fil de la conversation. Michelle Rotaru insiste sur le fait que ces questionnaires n'auront de valeur que s'ils sont utilisés avec d'autres outils. En effet, de nombreuses pathologies sont liées à la consommation d'alcool.
- Les examens biologiques.

À noter qu'un outil ne doit jamais être « suivi à la lettre ». Il doit être adapté à la personne.

La démarche de repérage développée dans le CSAPA a pour second objectif de chercher les problèmes collatéraux et les dommages induits par l'alcool au niveau somatique et psychologique. Il est nécessaire, à ce titre, d'évaluer les comorbidités antérieures ou induites par la consommation d'alcool (troubles anxieux, troubles de l'humeur ou de la personnalité) et – ce qui est essentiel – les risques suicidaires. L'infirmier(ère) pourra également rechercher des difficultés d'ordre judiciaire, familiale, sociale ou professionnelle. Un autre objectif est de rechercher l'existence de consommations associées (tabac, drogues illicites, médicaments détournés de leur usage, les addictions sans produit). La qualité de vie et l'environnement sont également évalués, ainsi que la motivation au changement.

Le repérage ayant été réalisé, le CSAPA peut alors intervenir. Sur ce point, Michelle Rotaru présente l'**intervention brève** dont l'objectif est de modifier les comportements de consommation afin de réduire les risques et les dommages liés à l'alcool. Pour inciter le

changement, le soignant doit être bref. Il adopte une attitude respectueuse et empathique, sans jugement et cela quelle que soit la présentation ou le niveau de compréhension du patient. Plus important encore, le soignant doit être curieux de l'autre. Enfin, le choix du patient doit toujours être respecté. Le plan d'intervention passe, en partie, par l'information. Le soignant doit fournir au patient des éléments objectifs sur la consommation d'alcool pour essayer de provoquer une prise de conscience. Il fournira également des informations sur les bénéfices personnels d'une réduction de la consommation. Si le soignant donne ainsi son avis, il doit toujours en demander la permission au patient. « L'avis doit être clair, mais n'oblige pas ». Le soignant peut également proposer des objectifs et un éventail de solutions de prise en charge.

En conclusion, Michelle Rotaru rappelle que si les infirmiers(ères) disposent d'outils, ceux-ci ne doivent pas être le centre des entretiens : « c'est le patient qui doit être placé au centre des entretiens ».

● **Véronique Delaforge**
CAARUD LOGOS, Nîmes

Véronique Delaforge est infirmière depuis une dizaine d'années dans le CAARUD LOGOS à Nîmes. Elle exerce ses activités au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un psychologue, de deux éducateurs et d'un chef de service (également éducateur). Le CAARUD est une structure ouverte sur la rue, en centre-ville et en accès libre. Ouvert cinq demi-journées par semaine, le lieu se compose de deux pièces d'accueil, d'une infirmerie, d'un bureau éducatif, d'une buanderie, de toilettes et d'une salle de douches. Trois professionnels sont présents pendant les heures d'ouverture afin de garantir la sécurité et la tranquillité des personnes et des lieux. Le CAARUD accueille entre 20 et 30 personnes par demi-journée dans le cadre de l'accueil mixte. 395 personnes différentes ont été accueillies en 2012 et la file active est essentiellement composée d'hommes âgés entre 25 et 35 ans.

Les CAARUD s'inscrivent dans une politique de **réduction des risques**. La structuration du dispositif a pour objectif de prévenir et de réduire, en s'adaptant aux besoins locaux, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants, y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives (alcool ou médicaments), et ainsi à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs. La structure s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans des démarches de soins ou dont les modes de consommation (ou les produits qu'ils consomment) les exposent à des risques majeurs. Une attention particulière est apportée aux usagers les plus précarisés. Historiquement, la réduction des risques est devenue une politique nationale de santé publique en 2004, les CAARUD étant ouverts dès l'année suivante.

Les missions des CAARUD sont les suivantes :

L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour les usagers de drogues. L'accueil est mixte sans préalable et anonyme (il est toutefois demandé aux personnes de fournir un prénom). Si les personnes sont accueillies dans l'état dans lequel elles se trouvent, elles doivent respecter les personnes et les lieux. L'objectif est de créer un lien de confiance dans le plus grand respect de l'utilisateur, avec ses désirs et ses potentialités, et de le responsabiliser en tant qu'acteur du maintien de sa santé. Ayant remarqué, au fil du temps, la faible proportion de femmes fréquentant la structure, le CAARUD LOGOS propose désormais un temps et un lieu spécifique réservés aux femmes un après-midi par semaine. La file active féminine a rapidement augmenté et le CAARUD accueille, depuis son ouverture en mars 2011, 41 personnes différentes, dont 3 enfants. La structure propose également l'intervention, une fois par mois, d'une esthéticienne professionnelle dans le cadre d'un atelier de soins sociaux et esthétiques. Cet atelier, qui permet, notamment, de travailler sur l'estime de soi, rencontre un vif succès. Il est prévu, début 2013, d'organiser, en partenariat avec la psychologue du CSAPA

LOGOS, un atelier d'initiation à la mosaïque en vue, notamment, de dédramatiser cette fonction et de permettre une rencontre qui puisse éventuellement favoriser une démarche de soin.

Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins. Ce soutien comprend l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité. Les liens de proximité avec le CSAPA ont permis de signer une convention en partenariat avec le médecin addictologue qui intervient au CAARUD deux demi-journées par mois pour faciliter l'accès au dépistage et à la vaccination. Sa présence a permis à Véronique Delaforge d'établir des protocoles de soins en lien avec la pratique infirmière : la délivrance de médicaments en accès libre et de pansements (en lien avec les types de consommation ou les conditions de vie), la réalisation sur place de prélèvements sanguins veineux avec des ordonnances préétablies.

L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun. Pour répondre à cette mission, il est nécessaire de rencontrer, en amont, les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, dentistes, centres de planification, gynécologues, sages-femmes, pédicures, ophtalmologistes). Le CSAPA LOGOS offre la possibilité de rencontrer un psychiatre et un médecin gastro-entérologue qui assure une vacation une fois par semaine. Tous ces liens vont permettre aux personnes les plus précarisées d'accéder à l'ensemble de ces dispositifs. Bien évidemment, le CAARUD travaille avec toutes les associations caritatives. Chaque accompagnement va aussi permettre de maintenir ou de créer de nouveaux liens qui vont étoffer le carnet d'adresses de la structure.

L'incitation au dépistage des infections transmissibles. Le CAARUD propose depuis un an et demi des TROD (Test rapide d'orientation au dépistage) et des buvards (tests par prélèvements capillaires). Le CAARUD travaille avec les Centres de Dépistage Anonyme et gratuit (CDAG) et une fiche navette a été coécrite pour faciliter les liens. Une fiche navette a également été rédigée avec les équipes du centre de planification. Si la politique de réduction des risques a permis de diminuer de manière drastique les transmissions de VIH, elle n'a malheureusement pas eu le même impact sur le VHB et le VHC. 50 % à 70 % des personnes accompagnées par le CAARUD sont porteuses du virus de l'hépatite C. Si la virulence du virus est certainement en cause, le CAARUD se doit néanmoins de renouveler ses messages, notamment concernant le partage du petit matériel d'injection ou des pailles de sniff.

Le soutien dans l'accès au droit, l'accès au logement, l'insertion ou la réinsertion professionnelle. Les personnes accueillies par le CAARUD sont de plus en plus précaires. Près de la moitié ne dispose pas d'hébergement stable. Beaucoup de personnes ne disposent d'aucune couverture sociale, non pas parce qu'elles n'y ont pas droit, mais parce qu'elles ne sont plus en capacité de faire les démarches. Le CAARUD les accompagne à la CPAM et à la mairie (documents d'identité).

La mise à disposition de matériels de prévention des infections. Le CAARUD propose, en interne, tous les matériels accessibles. Des ateliers de projection de films d'information sur la réduction des dommages liés aux pratiques de consommation sont régulièrement proposés. Véronique Delaforge se forme elle-même régulièrement sur les nouvelles pratiques de consommation via le tissu associatif. Le CAARUD anime depuis 2008 un programme d'échange de seringues avec des pharmaciens.

L'intervention de proximité à l'extérieur du centre en vue d'établir un contact avec les usagers. Le CAARUD propose des interventions dans les CHRS (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale) et prend le temps de rencontrer les équipes qui assurent au quotidien l'accueil et l'accompagnement des personnes pour aborder plusieurs thématiques (les modes de transmission de pathologies virales, les propositions de dépistage). Véronique Delaforge intervient une fois par mois, la nuit de 22 heures à 2 heures du matin auprès des personnes prostituées. Ce travail est mené depuis cinq ans avec une association qui dispose d'un camping-car permettant ainsi d'aller à la rencontre des personnes dans les différents lieux du centre-ville de Nîmes. Des informations leur sont fournies sur la prévention des risques, le dépistage

ou la contraception. Enfin le CAARUD organise des interventions en milieu festif (feria de Nîmes, le Pont du Gard) et accueille tout au long de l'année de nombreux stagiaires (éducateurs, infirmiers, psychologues, conseillers d'insertion et de probation).

Enfin, le CAARUD a une **mission d'alerte**, sur les produits signalés sur le territoire, auprès des usagers. Il travaille avec un laboratoire à Montpellier qui analyse des échantillons de produits qui sont quelquefois confiés par les usagers.

Véronique Delaforge souligne la nécessité de travailler avec les équipes locales et régionales. Seule la coopération permet au CAARUD de répondre, au mieux, aux besoins des personnes qu'il accueille. Enfin, Véronique Delaforge insiste sur la question du logement qui devient plus prégnante chaque jour. « Il est extrêmement difficile de s'inscrire dans une démarche de soins lorsqu'on est à la rue ».

● Questions de la salle

Une personne dans la salle demande à Véronique Delaforge si certains usagers la sollicitent pour passer à l'étape suivante, à savoir la consultation en CSAPA pour, notamment, avoir accès à des soins.

Véronique Delaforge le confirme. Le CAARUD est situé à proximité du CSAPA ce qui facilite les échanges. De surcroît, elle note une demande importante de soins pour l'hépatite C, lesquels peuvent conduire à d'autres soins. Le simple fait de s'adresser à un CAARUD constitue une première étape vers une démarche de soins. Toutefois, l'une des difficultés à laquelle est confronté le CAARUD est qu'il accueille une population extrêmement précarisée et qu'il est difficile d'imaginer un soin de l'hépatite pour une personne qui ne dispose pas d'un hébergement ou d'un environnement familial ou social stable.

Une infirmière présente dans la salle souhaite apporter son témoignage. Elle travaille pour une mission Médecins du Monde qui s'intitule « l'Éducation aux risques liés à l'injection ». Elle est témoin quotidiennement des pratiques d'injection des populations les plus précaires en gare du Nord, à Paris. La mission propose des séances d'éducation et elle considère que son action s'inscrit parfaitement dans une réelle démarche de soins. Son objectif n'est pas le sevrage, mais l'accompagnement et la démystification du soignant.

Philippe Michaud fait observer que la décision d'un changement de comportement ne pourra être prise que par le sujet lui-même. Le rôle des professionnels de santé est de se mettre au service d'un processus de changement.

SITUATION CLINIQUE PARTAGEE

Modérateur : **Nicolas Bonnet**
Directeur du RESPADD

Nicolas Bonnet propose d'organiser cette dernière table ronde autour d'un cas pratique.

Thomas est un jeune apprenti embauché en alternance au service maintenance d'une entreprise industrielle de 700 salariés. Il a été accueilli, à son entrée, par le service médical pour la visite d'embauche et a été déclaré apte au poste d'apprenti mécanicien. Il rencontrera au quotidien l'infirmière et une relation de confiance s'installera progressivement. Après plusieurs semaines, l'infirmière recevra un appel du chef d'atelier

qui lui signalera les absences et les retards répétés de Thomas. À son retour, Thomas va se rendre au service médical de sa propre initiative et exposer ses problèmes familiaux.

● **Agnès Bethune**

Infirmière du travail, Grand port maritime du Havre

Agnès Bethune se propose de présenter le dispositif de visite d'embauche. Le Grand Port Maritime du Havre est une entreprise de plus de 1700 salariés et les apprentis font l'objet d'une surveillance médicale renforcée. La visite médicale d'embauche est précédée d'un **entretien préalable réalisé par l'infirmière**. Cet entretien porte sur le dossier médical de l'apprenti, ses antécédents familiaux et médicaux. Le questionnement, à ce stade, est purement factuel. Une discussion sera engagée sur sa vie quotidienne, les sports qu'il pratique et ses loisirs, mais également sur sa consommation de tabac et d'éventuelles autres substances psychoactives. En effet, certains postes exigent, pour des raisons de sécurité, des contrôles urinaires pour la recherche de cannabis. La question de l'alcool est uniquement évoquée en fonction du ressenti sachant qu'il est plus facile d'aborder ce sujet avec un apprenti qu'avec un salarié âgé de 35 à 45 ans. L'infirmière expliquera à l'apprenti que cette recherche de cannabis n'est pas faite dans un but de répression, mais plutôt de prévention. Par ailleurs, il est à noter que lors de la journée d'intégration des jeunes embauchés, une information est faite sur la consommation des substances psychoactives (alcool et cannabis) et de leurs incidences sur l'organisme. Cette présentation permet alors d'engager le dialogue sur ce sujet.

Dans le cas pratique choisi, l'infirmière est informée par la hiérarchie des retards non justifiés et de l'absentéisme de l'apprenti. Un **entretien motivationnel** sera alors réalisé avec le jeune. Le médecin pourra demander, le cas échéant, de réaliser un contrôle par éthylotest avant toute prise de poste. Cette démarche peut avoir un effet positif sur certaines personnes qui, lorsque le test est positif, prennent alors réellement conscience de la situation et peuvent, de ce fait, engager une véritable analyse par rapport à leur consommation d'alcool. L'apprenti sera suivi régulièrement et un accompagnement personnalisé lui sera proposé. L'entreprise bénéficie des services d'une assistante sociale. Deux groupes « alcool » spécialisés respectivement dans la prévention et dans l'aide ont été mis en place. Le groupe prévention, auquel appartient Agnès Bethune, se déplace sur le site pour réaliser des entretiens dans les services ; entretiens au cours desquels les risques liés à l'alcool sont présentés. Le groupe aide regroupe des salariés bénévoles qui ont été confrontés à l'alcool. Il organise une permanence hebdomadaire et reçoit les salariés qui le souhaitent. Leur anonymat est, bien évidemment respecté et protégé. Enfin, l'apprenti pourra être orienté vers le Comité d'Établissement qui lui proposera des loisirs et des pratiques sportives. L'infirmière du service de médecine au travail pourra également se mettre en contact, uniquement si l'apprenti donne son accord, avec l'infirmière scolaire, les centres d'addiction ou la Maison des Adolescents.

L'une des principales difficultés pour les services de médecine au travail est que les actions qu'ils mènent dans le domaine de la prévention ne sont pas toujours reconnues par la hiérarchie. Or, bien souvent, les directions ne savent pas réagir face à une personne qui n'est plus en mesure d'assumer son poste de travail. Souvent ces personnes sont isolées et leur travail est confié à une autre personne. Amener cette personne au service médical constituerait une forme de délation. Un travail doit donc être réalisé en amont par les services médicaux sur la question de la prévention. Cela étant dit, la situation dans l'entreprise a évolué. Il y a 15 ans, lorsqu'Agnès Bethune a intégré le service médical, le mot « alcool » était banni du vocabulaire. Force est de constater que le sujet n'est plus tabou.

● **Brigitte Rosset**
Infirmière scolaire

Dans son travail, Brigitte Rosset recevra le jeune au cours d'un premier bilan de dépistage pour valider son orientation. Le dépistage infirmier est assez classique (la vue, l'odorat, le poids) mais permet de prendre un premier contact avec l'apprenti. L'entretien est directif avec un questionnaire relativement fermé. L'infirmier(ère) précise bien que son positionnement n'est pas dans la sanction.

Si le jeune est conduit à rencontrer à nouveau l'infirmière scolaire, celle-ci doit s'assurer que son accueil se fera dans un esprit d'ouverture. L'objectif est de construire une relation de confiance afin de faire ressortir les problématiques. L'infirmière scolaire doit savoir faire preuve d'empathie et de respect envers son autonomie et la connaissance qu'il a de lui-même. L'entretien ne sera plus directif, mais guidant. Il peut être réalisé sur la base d'un partenariat avec l'infirmière de santé au travail, mais uniquement si le jeune le souhaite. Ses désirs et ses besoins doivent toujours être respectés. L'entretien doit, à ce titre, s'appuyer sur les valeurs du jeune en question et sur ce qu'il estime qui lui permettra d'avancer. S'agissant des outils, Brigitte Rosset utilise **l'entretien motivationnel**. Elle peut utiliser également les questionnaires ROC-ADO (qui peuvent être utilisés lors du premier entretien de dépistage). Aucune démarche ne sera entreprise sans demander au préalable l'avis du concerné. Des liens peuvent être établis avec l'ensemble du corps éducateur, avec des médecins, l'assistante sociale, la conseillère d'éducation et éventuellement, les jeunes étant pour la plupart mineurs, avec les parents.

On retrouve Thomas 15 ans plus tard. Il est hospitalisé suite à un accident de scooter. Son hospitalisation nécessite une immobilisation et Thomas va déclarer une dépendance au tabac. Une infirmière lui rend visite. Au cours de l'entretien clinique, Thomas va déclarer une consommation de tabac autour de 20 cigarettes par jour, une consommation quotidienne de cannabis et des ivresses régulières.

● **Christiane Valles**
Infirmière addictologue, centre hospitalier de Cahors
● **Anne Diakhaté**
Infirmière addictologue, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

Thomas est donc reçu aux urgences. Les médecins urgentistes réalisent les premiers examens et préconisent une hospitalisation de quelques jours. La première chose que le patient demande à l'infirmière des urgences est s'il peut fumer. L'infirmière est tenue, dans un premier temps, de faire un rappel à la loi. Il est interdit de fumer dans un établissement de santé. Dans un second temps, elle lui propose de l'aide pour s'abstenir de fumer. N'importe quelle infirmière peut proposer une substitution à un patient. Cette situation peut être l'occasion de dépister d'autres consommations de substances psychoactives. Pour cela, plusieurs outils sont disponibles.

Pour le tabac, il est possible d'évaluer la dépendance d'un patient à la nicotine au travers de deux questions (ces deux questions sont les plus importantes du questionnaire de dépendance à la nicotine de Fagerström dont elles constituent 60 % du score) :

- Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?
- Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

Pour l'alcool, le questionnaire DETA-CAGE permet, en quelques questions, d'évaluer la dépendance des patients

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Au moins deux réponses positives au test, témoignent de l'existence très probable de problèmes liés à une consommation excessive d'alcool.

Pour le cannabis, le questionnaire CRAFFT est souvent utilisé. Il repose sur le questionnaire suivant :

- Êtes-vous déjà monté dans un véhicule (auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui était imprégné ou qui avait consommé de l'alcool ou des drogues ?
- Avez-vous déjà utilisé de l'alcool ou des drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou pour tenir le coup ?
- Utilisez-vous de l'alcool et des drogues quand vous êtes seul ?
- Avez-vous déjà oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou des drogues ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes en consommant de l'alcool ou des drogues ?
- Votre famille ou vos amis vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou votre usage de drogues ?

Deux réponses positives (ou plus) à ces questions sont évocatrices d'une consommation nocive.

Christiane Valles tient à préciser qu'elle n'utilise pas ces tests tels quels, mais s'emploie plutôt à les glisser dans l'entretien.

S'agissant de Thomas, l'entretien a permis de déterminer qu'il consomme environ 20 cigarettes par jour et qu'il consomme quotidiennement du cannabis. Il déclare également des ivresses régulières, essentiellement le week-end.

Le tabac

L'hôpital (de la Pitié-Salpêtrière) a bâti un protocole d'aide à la prescription des substituts nicotiques. Pour évaluer la dose initiale de substituts nicotiques à administrer, il suffit de se reporter au tableau établi dans le cadre du protocole du Pr Dautzenberg. Plusieurs types ou marques de patchs, qui permettent une distribution moyenne de nicotine, sont disponibles. Selon la préférence du patient, des solutions sous formes orales peuvent également lui être conseillées (des comprimés, des gommes et des inhalateurs).

L'alcool et le cannabis

La démarche consiste essentiellement à informer le patient des risques liés à sa consommation. S'agissant plus spécifiquement du cannabis, le diagnostic d'usage nocif se fait sur l'existence de troubles de gravité croissante survenant chez un sujet consommateur régulier ou intensif. Il peut s'agir de troubles de la concentration et de la mémoire, mais également de chute des investissements relationnels, voire des troubles psychiatriques manifestes. Le syndrome de sevrage cannabique peut entraîner de l'agitation anxieuse, de l'insomnie, de l'irritabilité ou de l'agressivité ainsi que des troubles digestifs (nausées, vomissements, perte d'appétit)

Si les démarches engagées auprès du patient ne sont pas satisfaisantes, l'infirmier(ère) peut alors faire appel aux équipes de liaison en soins en addictologie (ELSA). Si le but premier est de faire que le temps d'hospitalisation se passe bien pour le patient, le but second est de préparer sa sortie ; pour cela, les équipes de liaison peuvent orienter le patient vers des addictologues, un CSAPA ou son médecin généraliste. Bien évidemment, le choix incombe au patient. Cela étant dit, l'hospitalisation lui a permis, pendant un moment, d'arrêter ses consommations de tabac, d'alcool ou de cannabis. S'il a été bien entouré, peut-être qu'il décidera, à sa sortie, d'arrêter une ou plusieurs consommations. Cette petite expérience d'arrêt peut le conduire, à l'avenir, à entreprendre un arrêt un peu plus long. L'hospitalisation est l'occasion pour les patients de faire des expériences.

Questions de la salle

Christiane Valles et Anne Diakhaté ont présenté plusieurs questionnaires, lesquels peuvent être utilisés par tous les infirmiers ou infirmières. Cela étant dit, Nicolas Bonnet estime que leur utilisation nécessite une formation.

Anne Diakhaté souhaite que ces questionnaires soient intégrés dans le cursus d'enseignement des infirmiers(ères). Il revient, par ailleurs, aux équipes de liaison de former, en interne, le personnel.

Un intervenant dans la salle regrette que les programmes d'enseignement occultent la question des addictions. Toutefois, il est toujours possible de contourner cet obstacle en distillant dans le nouveau programme des formations transversales sur ce sujet.

Nicolas Bonnet insiste alors sur l'expérimentation du sevrage partiel qui constitue une réelle technique de réduction des risques liés à la consommation de tabac. Même sans réelle motivation initiale, les patients ont la possibilité, grâce aux substituts nicotiques, de réduire leur consommation de tabac sans ressentir les signes de manque. Cette table ronde témoigne de la nécessité absolue de mettre en place des équipes de liaison dans les hôpitaux ; équipes dont les résultats sont très concluants.

Nicolas Bonnet interroge ensuite Agnès Bethune sur l'organisation des dépistages urinaires en entreprise. Ces dépistages sont-ils aléatoires ou programmés plusieurs mois à l'avance ?

Agnès Bethune répond que les dépistages sont réalisés à l'embauche à la demande du médecin du travail et en accord avec les syndicats et les membres du CHSCT. Cela étant dit, il convient de noter que cette pratique peut s'avérer quelque peu discriminatoire. En effet, aucun contrôle n'est réalisé sur les personnels administratifs ou sur les cadres et pourtant les risques sont présents.

Une intervenante dans la salle, infirmière dans un service de santé au travail, s'étonne que les dépistages pratiqués ne concernent que le cannabis. Par ailleurs, au moment de l'embauche, il est systématiquement expliqué aux salariés qu'ils doivent, compte tenu de leur poste, être en pleine possession de leur état de vigilance. Les substances psychoactives, cannabis et autres, mettent en péril leur sécurité, celle de leurs collègues et des usagers. Ainsi, dans son entreprise, les prélèvements urinaires sont réalisés pour dépister les traces de cannabis, d'amphétamines ou de dérivés de la morphine. Les salariés sont interrogés sur leur prise de médicaments, y compris de sirops contre la toux ou de pastilles contre la gorge. Il a été démontré, par exemple, que les traitements antihistaminiques peuvent jouer sur l'état de vigilance. Quoi qu'il en soit, les salariés sont déclarés inaptes temporairement tant que les tests sont positifs.

Agnès Bethune indique que les dépistages réalisés à l'embauche peuvent concerner d'autres substances que le cannabis. Quant à l'éventuelle décision d'inaptitude, celle-ci sera prise par le médecin du travail. Dans sa présentation, Agnès Bethune a insisté sur son rôle en tant qu'infirmière.

CONCLUSION

● **Albert Herszkowicz**

Direction générale de la Santé

Cette journée a été aussi passionnante que riche. Si les participants ont dû absorber un grand nombre d'informations et de sigles, Albert Herszkowicz souhaite insister sur ce qui constitue, pour le ministère de la Santé, le cœur de cette journée : la place de la profession infirmière dans le parcours de soins ou de vie des personnes qui, de près ou de loin, ont une relation avec une ou plusieurs addictions. Le besoin (ou l'illusion) de consommer des substances psychoactives n'est jamais un phénomène de courte durée. Il n'existe pas de « baguette magique » et les parcours sont, dans la majorité des cas, de longue durée. L'objectif premier est d'essayer d'aider les personnes à réguler, maîtriser ou abandonner les consommations nocives. Pour cela, Albert Herszkowicz est convaincu que toutes les démarches doivent s'appuyer sur ce qu'il nomme « l'attitude soignante ». Les infirmiers(ères) et les médecins s'appuient, de par leur engagement et leur éthique, sur une fonction soignante. Pour ne pas se laisser envahir par les différentes pressions externes (sociales, financières et autres) ou par ses propres pressions internes, les professionnels de santé doivent s'appuyer sur le savoir qu'ils ont acquis, sur leur expérience, sur le partage avec les autres.

En matière d'addictions, la profession infirmière dispose d'une grande diversité. On serait, a priori, en droit de s'interroger sur ce qu'il y a de commun entre une infirmière qui travaille dans un CSAPA, une infirmière qui travaille dans un service de santé au travail, des infirmières qui travailleront dans les futures salles de consommation à moindre risque ou des infirmières qui travaillent dans les milieux scolaires ou hospitaliers. Malgré cette diversité de situations professionnelles, les infirmiers(ères) sont unis autour de l'attitude soignante et de la déontologie. Albert Herszkowicz suggère d'organiser, au niveau national et local, **des échanges et des confrontations amicales entre les différents représentants de la profession infirmière**. Le temps n'est-il pas venu que les infirmières en CSAPA rencontrent des infirmières en service de santé au travail ? Que des infirmières en milieu hospitalier rencontrent des infirmières scolaires ? Cette profession a pour caractéristique d'avoir une proximité forte avec les patients, lesquels patients sont souvent plus aptes à confier leurs problèmes à une infirmière qu'à un médecin. Ces rencontres permettront d'échanger des idées et de confronter les pratiques pour aider la cause de la prévention. C'est à ce titre que Albert Herszkowicz se félicite que la DGS ait donné son appui à cette journée et espère que cette œuvre pourra être poursuivie à l'avenir.

● **Anne Borgne**

Présidente du RESPADD

Anne Borgne conclut cette journée d'une très grande richesse en remerciant l'ensemble des participants qui ont su démontrer, de par leur présence, l'intérêt qu'ils portent à la

problématique des addictions. Elle espère pouvoir organiser une journée similaire dans chaque région. Enfin, Anne Borgne remercie le ministère de la Santé, la MILDT, la Fédération addiction, l'IPPSA, l'AFIT et le GIT.