

COLLOQUE

ORGANISÉ PAR LE RESPADD

En collaboration avec l'AFIT&A
(Association Francophone des Infirmières
en Tabacologie et Addictologie)

15 OCTOBRE
2018
PARIS

BONNES PRATIQUES INFIRMIÈRES en ADDICTOLOGIE

SALLE ÉMILE LAFFON
MAISON DES ASSOCIATIONS
DE SOLIDARITÉ (MAS)

10 RUE DES TERRES AU CURÉ
75013 PARIS

Informations et inscriptions :
www.respadd.org

ASSOCIATION DES
INFORMATICIENS
DE FRANCE

AFIT&A
Association Francophone des Infirmières
en Tabacologie et Addictologie

respadd
Association Francophone des
Infirmières en Tabacologie et Addictologie

Lieu de santé
sans tabac

Oris
Personne
Vivante

MNH

Sommaire

INTRODUCTION	3
Moi(s) sans tabac 2018 : NOUVEAUX DEFIS.....	5
• Olivier Smadja	5
TABLE RONDE AFIT&A	8
• Présentation du livret premiers gestes en tabacologie	8
• Le livret en pratique : l'exemple des cas-cliniques	9
SE FORMER EN 2018 : Développer ses compétences motivationnelles.....	12
• Intervention brève motivationnelle.....	12
• Programme EM-ADO	14
SMOKITTEN, le jeu vidéo pour arrêter de fumer.....	16
LA PRESCRIPTION POUR LES INFIRMIÈRES.....	17
PUBLICS SPÉCIFIQUES, CULTURES PARTAGÉES : les enjeux de la pratique infirmière en addictologie.....	18
CONCLUSION	22

La France compte 700 988 infirmiers et infirmières sur son territoire au 1^{er} janvier 2018. Ils travaillent dans des milieux très différents, tels qu'hôpitaux, domicile, milieux scolaires et pénitentiaires, EHPAD, ainsi que dans la santé mentale pour n'en citer que quelques-uns. Dans leur exercice quotidien, quel que soit leur domaine de compétence, ils prennent en charge des personnes souffrant de troubles addictifs, et au minimum fumeuses de tabac.

La synthèse du Plan de prise en charge et de prévention des addictions précise que : « *Les addictions restent, en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples, sanitaires, médicaux et sociaux. Les conduites addictives, en particulier les consommations de tabac, les abus d'alcool et dans une moindre mesure, de substances psychoactives, interviennent ainsi dans 30 % de la mortalité précoce (soit avant 65 ans) et évitable* ». Plus loin, dans ce même document, il est également souligné qu'environ « *20 % des personnes hospitalisées ont des difficultés dans la gestion quotidienne de leur consommation de substances psychoactives* ». Il en résulte que les infirmiers sont en première ligne pour parler d'addiction avec les patients dont ils s'occupent.

Il est essentiel de fournir aux personnels soignants des outils spécifiques permettant le repérage des addictions – notamment du tabagisme – et la réalisation d'une intervention efficace, empathique et non chronophage. Cependant, aborder la question d'une éventuelle addiction n'est pas chose aisée. Par crainte de mettre en cause la bonne relation thérapeutique, parce que l'on pense que ce n'est pas le moment adéquat, par manque de temps ou de formation sur les outils relationnels, la question des consommations est peu abordée, les demandes d'aides sont peu exprimées et les possibilités d'aide au sevrage encore mal connues. Or, s'agissant plus spécifiquement du tabac, 58 % des fumeurs souhaitent arrêter de fumer. La rencontre avec un professionnel de santé doit être pour chaque patient une occasion privilégiée d'aborder la question des conduites addictives et il doit se sentir autorisé à en parler.

L'élargissement du droit de prescription par la loi du 26 janvier 2016 et la prise en charge de la substitution nicotinique par les Caisses d'assurance maladie constituent des avancées majeures pour l'aide au sevrage. Cependant, les nouveaux prescripteurs, notamment les infirmiers, n'ont pas tous acquis les connaissances suffisantes dans ce domaine, leur permettant d'être complètement à l'aise dans le rôle qui leur est dévolu. La mise en œuvre de bonnes pratiques infirmières en addictologie doit être soutenue de manière institutionnelle par des programmes de formation pour tous les professionnels de santé.

Les infirmiers tabacologues et/ou addictologues se sont plus spécifiquement formés dans ce domaine. Ils jouent un rôle important dans le traitement des situations problématiques. Trop peu nombreux, ils ne peuvent toutefois être présents dans tous les domaines d'exercice de la profession infirmière. Ils constituent pourtant aujourd'hui de véritables courroies de transmission du savoir auprès de leurs collègues et des institutions.

L'AFIT&A présentera, au cours de la matinée, le livret « *Premiers gestes en tabacologie* », fruit de sa collaboration avec le RESPADD. Cet outil simple et concret pourra apporter à tout infirmier les connaissances nécessaires lui permettant d'aborder la question du tabac. Ce livret est le troisième volet de la démarche « *Lieux de santé sans tabac* » initié par le RESPADD et à laquelle l'AFIT&A a également contribué.

Le tabagisme est une priorité de la politique de prévention portée par la Ministre des Solidarités et de la Santé. Cette politique est déclinée, notamment, dans le nouveau programme de lutte contre le tabac 2018-2022 sous la forme de quatre axes et de 28 actions définies pour une mise en œuvre dans les 5 prochaines années.

Ce programme contient un axe intitulé : « *Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage* ». L'AP-HP a souhaité s'inscrire plus particulièrement dans cet axe et tendre vers l'action n°10 qui vise à faire des établissements sanitaires et médicosociaux des lieux exemplaires dans la lutte antitabac. Aujourd'hui, force est de constater que rares sont les établissements disposant d'une politique volontariste en la matière.

Pourtant, les conséquences nocives du tabac sont bien connues, notamment en cas d'intervention chirurgicale. Il est donc plus que jamais nécessaire de développer et de mettre en œuvre des actions d'accompagnement des fumeurs lors de leur passage à l'hôpital. Les professionnels de santé sont, par ailleurs, nombreux à fumer. Ils sont donc peu motivés pour aborder ce sujet avec leurs patients. Enfin, les patients fumeurs doivent pouvoir bénéficier d'un environnement aidant et empathique afin de les accompagner vers la décision d'arrêter de fumer, mais aussi tout au long de ce cheminement.

Depuis 2016, les équipes soignantes et médicales de l'AP-HP se mobilisent tous les mois de novembre en faveur de l'action nationale « *Moi(s) sans tabac* », dont l'objectif est d'aider les fumeurs à s'impliquer collectivement pour tenter d'arrêter de fumer. Afin de préparer cette campagne, le RESPADD et ses membres – en l'occurrence l'AP-HP – ont élaboré un guide de bonnes pratiques. De surcroît, afin de former et de soutenir les professionnels et de promouvoir un discours bienveillant vis-à-vis des fumeurs, le centre de formation de l'AP-HP organise, en collaboration avec le RESPADD, des sessions de formations de formateurs-relais adaptées aux professionnels de santé. Ces sessions sont ouvertes, depuis peu, aux infirmières libérales.

Pour conclure, Fatima THOR cite un passage de la circulaire DGS/DS n°330 datant du juin 1999 : « *L'hôpital n'est pas un lieu ordinaire... Il est un lieu d'accueil pour les malades, un lieu de travail et enfin un lieu de visite [...] Ce lieu où les professionnels luttent chaque jour pour faire reculer la maladie doit être exemplaire* ».

● **Patrick Chamboredon, président de l'Ordre national des infirmiers**

Patrick CHAMBOREDON souligne au préalable combien il apprécie d'être présent aujourd'hui parmi de très nombreux infirmiers et infirmières. Il indique ensuite que l'Ordre national des infirmiers a diffusé largement, auprès de ses 250 000 infirmier(ère)s adhérents, le livret « *Premiers gestes en tabacologie* », lequel a rencontré un très grand succès. Patrick CHAMBOREDON souhaite notamment, à travers son discours, saluer le travail et l'engagement du RESPADD et de l'AFIT&A, à la fois contre le tabac et pour la santé publique.

L'Ordre national des infirmiers soutient pleinement les efforts réalisés aujourd'hui pour renforcer le rôle des infirmiers et infirmières dans la lutte contre le tabagisme. De nombreux représentants de la profession souhaitent cependant pouvoir bénéficier de formations complémentaires en tabacologie.

Le sujet du tabac est une préoccupation majeure pour L'Ordre qui s'est, cette année, fortement impliqué dans « *Moi(s) sans tabac* ». Un courrier a été envoyé à l'ensemble des adhérents afin de les inciter à promouvoir l'opération et à en devenir moteurs.

Moi(s) sans tabac 2018 : NOUVEAUX DEFIS

● **Olivier Smadja**
Santé publique France

Olivier SMADJA rappelle, en préambule, que l'opération « *Moi(s) sans tabac* » – inspirée de la campagne britannique « *Stoptober* » dont l'objectif principal est d'inciter les fumeurs à tenter d'arrêter de fumer – rentre dans sa troisième année. Les premières données d'efficacité recueillies à partir du Baromètre santé montrent que la première édition a suscité 380 000 tentatives d'arrêt. 21 % des personnes ayant fait une tentative d'arrêt au moment de cette première édition sont toujours non-fumeuses au moment de l'enquête. Par ailleurs, la campagne contribue à l'augmentation du recours à des aides (cigarette électronique, traitements de substitution nicotiques, professionnels de santé, Tabac info service).

Les post-tests quantitatifs et qualitatifs de l'édition 2017 attestent d'une notoriété à un très haut niveau (en progrès par rapport à 2016). La marque « *Moi(s) sans tabac* » est ainsi très connue du grand public ; de plus, la campagne est dans le peloton de tête de celles qui donnent le plus envie d'arrêter de fumer. Si les post-tests attestent donc d'un pouvoir incitatif très important, il est toutefois souligné que les candidats à l'arrêt, exposés ou non à la campagne, préparent peu ou pas leur sevrage. Par ailleurs, l'arrêt du tabac reste perçu comme un « Everest » difficile à franchir, ce qui constitue un frein à la participation.

« *Moi(s) sans tabac* » fait donc face à plusieurs défis qu'il convient de relever lors de la nouvelle édition de 2018.

■ Défi n°1 : Anticiper l'arrêt du tabac

Pour aider les fumeurs à anticiper l'arrêt et choisir le traitement adapté, la stratégie a consisté à les inciter à se projeter, dès le mois d'octobre, dans ce qui se passera pour eux en novembre. Pour ce faire, la campagne a changé son dispositif publicitaire. Ainsi, cinq spots différents sont diffusés (télévision et web) en octobre afin de rendre la tentative d'arrêt plus accessible. Chacun de ces films sera diffusé pendant une semaine et correspondra à des dates et à des messages clés du sevrage. S'ils contiennent des messages positifs sur l'arrêt du tabac, ils se veulent avant tout réalistes et montrent les difficultés auxquelles seront confrontés les fumeurs (manque, irritabilité, prise de poids). Chaque spot est conclu par une invitation à s'inscrire : « *Maintenant vous savez. Maintenant vous pouvez. Le mois sans tabac revient en novembre. Inscrivez-vous dès maintenant sur tabac-info-service.fr* ».

■ Défi n°2 : Atteindre les fumeurs les plus fragiles

Bien que l'écart de prévalence entre les fumeurs – selon leur niveau de revenu, de diplôme ou d'activité – commence à diminuer, il reste important (plus de 20 points selon l'indicateur observé). Inciter, aider et soutenir les fumeurs des catégories socioprofessionnelles les plus faibles, et qui sont donc souvent les plus fragiles, à arrêter de fumer est donc un axe très fort de l'édition 2018. Dès lors, la campagne se déploie dans les médias via une stratégie d'achat d'espaces publicitaires ciblée (TF1, France télévision) et hors média via des partenariats renforcés avec des organisations nationales (Caisse des Allocations familiales, Pôle emploi) ou régionales (centres d'hébergement, épiceries solidaires), en contact direct avec les fumeurs.

Olivier SMADJA évoque la création, en partenariat avec TF1, d'un programme long – « Promis, c'est la dernière » – dont les six épisodes (de 45 minutes) seront diffusés de fin octobre à fin novembre, le samedi en fin de matinée (10 h 45), une tranche horaire très regardée par les personnes qui ont le plus faible niveau de revenus. Ces programmes suivent deux célébrités et sept anonymes soutenus par une tabacologue et un *coach* au cours de leur sevrage tabagique. Ils se veulent très pédagogiques, leur objectif étant d'aider les fumeurs à mieux comprendre leur tabagisme et à appréhender les modalités d'arrêt du tabac. En suivant le parcours de fumeurs dans leur tentative d'arrêt, les six épisodes sont l'occasion de faire la pédagogie du sevrage en abordant les différentes étapes de l'arrêt (motivations à l'arrêt, identification des freins, traitements existants, stratégies de maintien de l'abstinence, etc.). L'émission a vocation à atteindre davantage de fumeurs – notamment ceux qui ne consultent pas – que le ferait une simple campagne publicitaire.

■ Défi n°3 : Mieux accompagner les fumeurs

Pour arrêter de fumer, les fumeurs doivent, au-delà de leur volonté, être accompagnés. Santé publique France a développé Tabac info service, un outil spécifique leur permettant d'obtenir de l'aide à distance. Une campagne d'appels sortants plus proactive sera mise en place. Ainsi, les fumeurs s'étant inscrits à « *Moi(s) sans tabac* » se verront proposer de passer un mini test de *Fagerström*. Ceux dont le score est supérieur à 4 pourront choisir d'être rappelés par Tabac info service qui leur proposera un rendez-vous avec un tabacologue.

La campagne s'adresse également aux professionnels de santé. Un post-test qualitatif réalisé auprès de 24 médecins généralistes fin 2016 les avait montrés assez sévères et très critiques envers le dispositif « *Moi(s) sans tabac* », notamment dans ses modalités pratiques, et sur la place faite aux médecins. Impliquer le plus grand nombre de professionnels de santé dans l'arrêt du tabac reste ainsi un défi. La stratégie de Santé publique France n'est pas de créer des nouveaux outils spécifiques pour les professionnels de santé, mais plutôt de communiquer directement auprès d'eux via leurs réseaux de prédilection et de nouer des partenariats avec les médias qu'ils consultent. Fondamentalement, la stratégie appliquée aux professionnels de santé est similaire à celle qui vise le grand public.

En conclusion, Olivier SMADJA souligne que chaque édition de « *Moi(s) sans tabac* » constitue un défi. Si le concept reste inchangé, d'une année sur l'autre, il doit cependant être suffisamment différent de l'édition précédente pour intéresser les fumeurs, qu'ils aient ou non participé aux éditions antérieures. Cette différenciation peut porter autant sur ses aspects créatifs, que médiatiques ou partenariaux.

● Échanges avec la salle

Une intervenante, infirmière en psychiatrie, indique que plusieurs patients et collègues lui ont fait savoir que le mois de novembre n'était pas la bonne période pour l'arrêt du tabac. Ils proposent que l'opération soit organisée avant les vacances, une période beaucoup moins stressante, éventuellement pendant le mois de juin.

Olivier SMADJA estime qu'il n'y a pas de bonne ou meilleure période pour arrêter de fumer. Certains fumeurs estiment qu'il est beaucoup plus difficile d'arrêter de fumer pendant l'été, période où ils vont davantage fréquenter les terrasses et donc être plus exposés à la fumée des autres. Il n'est donc pas convaincu que le mois de juin soit plus favorable. Le mois de novembre a été choisi en s'inspirant d'une étude réalisée en Grande-Bretagne. Cette étude a montré que certaines périodes de l'année étaient plus propices à l'arrêt du tabac, notamment les mois de janvier et de septembre (les mois des bonnes résolutions) et que les mois

d'octobre et de novembre étaient ceux où le nombre de tentatives d'arrêt chutait le plus fortement. Le fait d'organiser « *Moi(s) sans tabac* » au mois de novembre devrait ainsi permettre de relancer la dynamique d'arrêt du tabac en fin d'année. À ce jour, les données du Baromètre santé donnent raison aux organisateurs.

TABLE RONDE AFIT&A

Modératrice : Stéphanie Vannobel-Genou, Reims

📍 **Présentation du livret Premiers gestes en tabacologie**

👤 **Lionel Louis**

EPISM de la Sarthe, Le Mans

Les infirmiers tabacologues, soutenus par l'AFIT&A, demandaient, depuis longtemps, la possibilité de prescrire en toute autonomie des substituts nicotiques pour les patients pris en charge, que ce soit sur le mode hospitalier, ambulatoire ou libéral. Jusqu'à dernièrement, il était reconnu à l'infirmière tabacologue les capacités d'évaluation du besoin nicotique chez le patient, de l'accompagnement à la préparation du sevrage et du suivi de celui-ci. Cependant, elle ne pouvait en aucun cas prescrire légalement ce que tout un chacun pouvait se procurer librement auprès de son pharmacien. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 – autorisant dorénavant la prescription des traitements de substitution nicotique par les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les masseurs kinésithérapeutes et les infirmières – est venue combler ce manque.



Cette loi qui aura trois ans dans quelques mois reste malheureusement trop méconnue d'une grande partie de la profession et les possibilités qu'elle offre sont sous-exploitées. Qu'il s'agisse de défaut d'informations, défaut d'intérêt, frein médical ou institutionnel, les raisons en sont assurément diverses. Deux sont cependant souvent évoquées ; la première est une certaine forme de réticence, voire une peur, à prescrire, la seconde découle d'un manque de formation. En effet, même si les infirmier(ère)s ont revendiqué la possibilité de prescription et que la DGS a estimé nécessaire cet élargissement du droit, il n'en reste pas moins que les infirmier(ère)s sont encore perçus culturellement comme un « exécuteur ». Il était donc important d'envisager un outil permettant aux soignants de disposer des moyens d'agir en première intention avec cette nouvelle compétence qui leur est attribuée. Après quelques échanges avec le RESPADD, la décision de créer un guide à destination des soignants a rapidement fait l'unanimité. Le guide « *Premiers gestes en tabacologie* » a vu le jour à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2018.

Avant de présenter le guide plus en détail, Lionel LOUIS tient à préciser que celui-ci ne s'adresse pas prioritairement aux initiés à la tabacologie mais bien à tous les infirmiers et infirmières, ainsi qu'aux autres prescripteurs potentiels. Le repérage systématique du tabagisme et l'action en première intention doivent devenir l'affaire de tous.

Le guide « *Premiers gestes en tabacologie* » est composé de 8 onglets.

- 📄 L'onglet 1 est consacré à l'addiction au tabac et offre un focus sur les différents aspects de la dépendance. Il présente les signes de manque et les différentes interactions entre le produit, l'individu et l'environnement.
- 📄 L'onglet 2 porte sur le repérage et la prise en charge systématique du fumeur. Une première partie plutôt théorique offre des informations sur l'abord du patient, l'entretien motivationnel (EM), les différents modes de consommation, l'organisation du suivi et les bénéfices à l'arrêt. La seconde partie – intitulé « ce qu'il faut faire » – fait référence à la méthode des 4 A (*Ask, Advise, Assist, Arrange*).

- L'onglet 3 présente les différents traitements nicotiques de substitution (TNS). Une première partie théorique détaille les conditions de prescription et de prise en charge de ces traitements. Un focus est fait sur les symptômes du sous-dosage et du surdosage. Dans la seconde partie, tous les TNS sont présentés sous forme de fiche avec le mode d'emploi, les dosages et des conseils de précaution d'emploi. Cet onglet propose un exemple d'ordonnance.
- L'onglet 4 est consacré au vaporisateur personnel (VP). Il est rappelé que le VP peut-être un outil d'aide à l'arrêt ou à la réduction du tabac et apporter une réduction des risques liés au tabagisme. Il peut être utilisé seul ou associé à des TNS.
- L'onglet 5 propose plusieurs cas cliniques et les conduites à tenir.
- L'onglet 6 détaille 10 messages clés.
- L'onglet 7 est proposé pour les personnes qui souhaitent creuser davantage la question de la tabacologie. Il contient diverses informations sur l'entretien motivationnel, la prise de poids, le suivi des patients, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et toutes les formations existantes en tabacologie.
- L'onglet 8 regroupe plusieurs annexes couvrant différents sujets sur les différents tests d'évaluation de la dépendance (Fagerström, CDS 12 et Q-Mat).

 **Le livret en pratique : l'exemple des cas cliniques**
 **Stéphanie Vannobel-Genou**
 Reims

Stéphanie VANNOBEL-GENOU présente plusieurs cas cliniques, l'objectif étant d'aider les participants à cette journée à se familiariser avec le guide.

■ Cas clinique 1

M. Dépendant doit être prochainement hospitalisé pour une chirurgie. Le professionnel de santé profite de l'occasion pour réaliser une intervention brève en tabacologie s'appuyant sur la méthode des 4 A.

- ASK / Poser la question de la consommation de tabac
 - Il s'agit de s'enquérir de l'usage du tabac en posant la question : « *Vous arrive-t-il de fumer ?* » (pages 8, 11 et 12 du guide)
- ADVISE / Donner le conseil d'arrêt
 - M. Dépendant étant un fumeur, l'objectif est de lui délivrer un conseil d'arrêt. Le professionnel de santé peut lui signifier que toute consommation de tabac préopératoire peut être problématique (pages 9 et 12 du guide). Il peut également lui demander quels bénéfices il aurait à changer sa consommation (page 10 du guide). Il convient de veiller à garder une attitude bienveillante, non anxiogène et d'éviter toute injection d'arrêt. En revanche, le soignant peut signifier au patient que changer sa consommation semble important pour sa santé (page 12 du guide). L'objectif est de susciter le changement.
- ASSIST / Proposer une aide à l'arrêt
 - Si M. Dépendant est d'accord pour aller plus loin dans la démarche, une aide peut lui être proposée. Le soignant l'informe qu'il existe différentes aides et propose, avec l'accord du patient, d'évaluer sa dépendance tabagique

(page 12 du guide). Le guide présente plusieurs exemples de questionnaires de dépendance. Si le test CDS 12 (pages 34-35 du guide) est très complet et aborde toutes les dimensions de la dépendance, il est un peu long et exige un entraînement. Il est préférable, dans le cadre de l'intervention brève, d'utiliser le test de Fagerström simplifié en deux questions (page 33 du guide). Les résultats du test doivent être communiqués au patient avant de lui proposer une aide à l'arrêt ou à la réduction de sa consommation à l'aide d'un traitement nicotinique de substitution. Un tableau (page 12 du guide) permet de mesurer la posologie en fonction des réponses apportées au test de Fagerström. Il convient d'avertir le patient que le sous-dosage est fréquent et le rassurer sur les rares surdosages, lui expliquer que l'association patch et formes orales est recommandée et lui présenter les modalités d'utilisation des TNS (pages 16 à 19 du guide).

■ ARRANGE / Proposer un rendez-vous de suivi

- L'ordonnance pour les TNS étant rédigée, le soignant propose au patient de commencer avec cette prescription et d'en reparler rapidement. Au cours du rendez-vous, le soignant s'aperçoit que M. Dépendant ne fume plus que 6 cigarettes par jour (contre 20 précédemment) et qu'il vapote, ce qui n'était pas prévu lors du premier entretien. Dans le cas où un fumeur a déjà un VP, il est recommandé de ne pas le décourager (pages 22-23 du guide). M. Dépendant demande s'il pourra continuer à utiliser son VP pendant son hospitalisation. La fiche-mémo sur le vapotage en établissement de santé (page 38 du guide) précise que : « *dans une chambre individuelle, les patients sont autorisés à vapoter en dehors de la présence du personnel soignant et dans des proportions raisonnables* ».

■ Cas clinique 2

M. Jebois, 40 ans, est reçu par une infirmière en service d'addictologie. Il doit être hospitalisé trois semaines pour un sevrage alcoolique. Comme pour le cas précédent, l'infirmière réalise une intervention brève. Elle lui pose la question de sa consommation tabagique (ASK) et lui donne un premier conseil d'arrêt (ADVISE) lui rappelant que l'hospitalisation peut être un temps privilégié pour envisager un changement de consommation. Si le patient refuse l'aide proposée, l'infirmière doit lui préciser qu'elle reste à sa disposition et qu'il pourra toujours revenir lui en parler. Si le patient accepte l'aide, elle lui propose d'évaluer sa dépendance tabagique (ASSIST) de préférence à l'aide du test CDS 12 (l'entretien a lieu dans un service d'addictologie) et lui prescrit, en fonction du résultat, un TNS. Il s'agira enfin de s'assurer du suivi tabacologique (ARRANGE) pendant l'hospitalisation. Il est recommandé (page 12 du guide) de réévaluer la posologie à 24 h et, si besoin, de faire appel au tabacologue de l'établissement ou aux équipes de l'ELSA. Dans tous les cas, un suivi du patient doit être organisé à la sortie et il doit être réorienté soit vers son médecin traitant, soit vers des consultations en tabacologie ou addictologie.

■ Les messages clés

Pour conclure la présentation, Lionel LOUIS présente les messages clés détaillés dans l'onglet 6 du guide.

- Aborder la question du tabagisme est l'affaire de tous et doit être systématique.
- Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. La durée d'exposition au tabac est souvent plus problématique que la quantité fumée.

- La substitution nicotinique est le médicament de première intention à proposer à tous les fumeurs. L'association de formes transdermiques et formes orales est à privilégier.
- Il est possible de fumer avec un traitement nicotinique de substitution.
- Il n'y a pas de contre-indication aux traitements nicotiniques de substitution.
- Le vapotage est moins dangereux que le tabagisme.
- Fumer réduit l'efficacité de nombreux traitements et accroît les complications chirurgicales.
- Les tentatives de réduction, de changement de comportement, de substitution temporaire et d'arrêt sont des expériences positives qui rapprochent de l'abstinence.
- Arrêter de fumer pendant 1 mois multiplie par 5 les chances d'arrêt.
- Arrêter de fumer améliore la qualité de vie.

● Échanges avec la salle

Une intervenante considère que le guide ne s'adresse pas à des publics spécifiques. Elle souhaite toutefois savoir si ce livret contient des recommandations pour les femmes enceintes.

Lionel LOUIS confirme qu'il avait été décidé, en rédigeant le guide, de ne pas cibler des populations spécifiques. Ce guide a été conçu comme un outil pratique et adaptable, utilisable dans tous les lieux et auprès de toutes les populations. L'objectif est de systématiser l'évaluation de la dépendance au tabagisme. Toutefois, Lionel Louis rappelle que le précédent guide du RESPADD – « Prendre en charge les fumeurs dans les lieux de santé » – traite des situations spécifiques, notamment de la grossesse.

Gilles CONDORIS, infirmier, s'interroge sur la méthode à suivre pour expliquer à un patient que fumer réduit l'efficacité d'un traitement.

Stéphanie VANNOBEL-GENOU estime que l'objectif ne doit pas tant être d'expliquer les interactions entre le tabac et les traitements que d'informer, tout simplement, le patient de cet état de fait.

Jean-Loup DUROS, médecin coordinateur du réseau Tab'agir, évoque la sortie du patient. Pour assurer un maintien du sevrage à long terme, des contacts et relais doivent être organisés afin que le fumeur ne se sente pas démuni ni seul à sa sortie de l'hôpital.

Une intervenante, infirmière, regrette que le VP ne soit pas encore considéré comme un TNS à part entière. Si le guide consacre un chapitre entier au vapotage, son usage en tant que traitement de substitution ne semble pas assez reconnu. Pourtant, plusieurs études, encore trop rares, prouvent que les arrêts du tabac des utilisateurs de VP sont plus longs que ceux des personnes qui utilisent des TNS.

Lionel LOUIS n'hésite pas, dans la pratique, à orienter des patients vers le vaporisateur personnel. Dans le cas où un fumeur souhaite fortement utiliser un VP (certains ont des expériences très négatives avec les patches), il est recommandé de ne pas le décourager. Il faut, dans ce cas, l'accompagner et le conseiller sur l'utilisation de cet outil comme pour tout TNS.

Isabelle HAMM rappelle que les établissements de santé ne disposent pas de VP et ne peuvent donc pas les proposer aux patients en cas d'hospitalisation.

Nicolas BONNET ajoute, en complément, que le VP n'est pas un médicament et ne peut donc pas être considéré comme un TNS. Il représente toutefois un outil de réduction des risques et d'aide à l'arrêt du tabac. Le RESPADD soutient cet outil depuis le début de sa diffusion en France.

SE FORMER EN 2018 : Développer ses compétences motivationnelles

Modératrice : Fanny Male, Campus Picpus AP-HP, Paris

Fanny MALE rappelle, en préambule, que l'entretien motivationnel a prouvé son efficacité dans l'accompagnement des personnes, patients et usagers, nécessitant d'être accompagnés vers des comportements favorisant un meilleur état de santé et une qualité de vie. C'est aussi bien le cas en addictologie que dans d'autres disciplines où la chronicité des pathologies oblige les professionnels du soin à développer leurs compétences. Actuellement, le champ de compétences des infirmier(ère)s s'élargit ; leur exercice s'articule en effet autour d'une dualité de modèles de référence, c'est-à-dire un modèle d'auxiliaire médical et un modèle qui reconnaît la spécificité de savoirs complexes. Parce que les infirmier(ère)s conçoivent les patients comme des sujets de soin qu'ils/elles ont développé des compétences afin d'établir non pas un rapport de soin, mais une véritable relation de soin en se centrant sur le sujet, sur ses besoins, en lui reconnaissant son autonomie de choix et d'action et en le considérant non plus comme un patient mais comme un véritable acteur de ses soins.

Les deux présentations qui suivent sont des retours d'expérience qui, à partir de projets portés et développés avec le RESPADD, s'appuient sur la formation de professionnels aux approches motivationnelles. Ces deux projets ont une finalité commune, celle de promouvoir l'accompagnement des usagers et des patients vers des changements de comportement, ainsi que de renforcer leur autonomie.

 **Intervention brève motivationnelle**

 **Julie Marty**

ELSA hôpital Cochin, Paris

Julie MARTY rappelle certaines définitions. L'intervention brève est une démarche rapide (10 minutes). Efficace et simple, elle peut être faite par tous les professionnels de santé. La démarche est centrée sur la personne et orientée vers le changement. Elle est d'inspiration motivationnelle.

Pour rappel, l'entretien motivationnel (EM) est une méthode de communication, à la fois directive et centrée sur la personne, qui vise l'augmentation de la motivation (intrinsèque) au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. L'EM se fait en partenariat, pour et avec la personne, sans aucun jugement de valeur. Les personnes possèdent une grande partie de ce dont elles ont besoin pour changer ; il s'agit de le faire émerger. Ainsi, l'EM vise, avant tout, à valoriser la personne. La démarche s'appuie sur deux questions fondamentales :

■ « Selon vous, quels seraient les principaux bénéfices à modifier votre consommation de tabac ? »

■ « Selon vous, qu'est-ce que vous pourriez faire pour réussir à arrêter de fumer ? ».

Le repérage des fumeurs doit être systématique. Le soignant interroge donc le patient sur son statut tabagique. Si celui-ci confirme qu'il fume, il lui est proposé d'évaluer, avec son accord, sa dépendance. Cette évaluation est la première porte d'entrée à l'intervention brève. Deux tests sont disponibles : le CDS et le Fagerström simplifié en deux questions (l'heure de la première cigarette et le nombre de cigarettes fumées par jour). Le score du test de repérage doit être systématiquement restitué, car il permet d'ouvrir le dialogue et de percevoir les attitudes générales du patient à l'égard du sujet tabac (ainsi qu'à l'égard de l'intervenant). Julie MARTY rappelle qu'il s'agit d'un repérage, pas d'un diagnostic.

L'intervenant peut ensuite fournir des informations sur le risque du tabac en s'appuyant sur le principe du « demander-fournir-demander ». Ainsi, il s'agira de demander à la personne ce qu'elle connaît des risques du tabac puis lui fournir, après avoir demandé son accord, des compléments d'information en fonction des préoccupations exprimées. L'intervenant doit toujours demander à la personne ce qu'elle pense des informations qui lui ont été fournies. Il doit, par ailleurs, éviter les mots « qui fâchent » et veiller à valoriser les savoirs du patient. L'intervenant propose ensuite des objectifs (il ne les impose pas) en laissant le choix à la personne et lui offre la possibilité de programmer une autre consultation. Un résumé des échanges est réalisé en fin d'entretien et de la documentation est remise à la personne afin qu'elle puisse continuer à s'informer.

Julie MARTY présente par ailleurs la formation des formateurs-relais à laquelle elle a participé. Celle-ci a duré deux jours et a été réalisée dans les locaux du RESPADD. Elle regroupait 24 participants (professionnels de santé, prescripteurs de TNS et cadres de santé). Cette formation avait pour objectifs de démocratiser la prise en charge, de rendre systématique le repérage et de diffuser les bonnes pratiques.

Julie MARTY s'est vue proposer, après cette formation, l'opportunité de former à son tour des personnes à l'utilisation de l'intervention brève. Elle a ainsi développé, en collaboration avec Emilie Beauvillier (RESPADD), quatre modules de formation dans le cadre de l'édition 2018 de « *Moi(s) sans tabac* ». Les objectifs étaient d'approfondir les connaissances sur le tabac, d'identifier les freins et les ressources d'aide à l'arrêt, et de développer les compétences des participants afin de mieux accompagner les fumeurs vers l'arrêt du tabac. La formation visait également à inciter et aider les participants à se saisir de l'opération « *Moi(s) sans tabac* » pour mettre en place des actions de prévention.

La formation se déroulait sur une journée. Le matin, Emilie Beauvillier a présenté le programme de l'édition 2018 de « *Moi(s) sans tabac* », les nouveautés par rapport à la précédente édition, les outils mis en place. Les bases de la tabacologie et de la prescription de TNS ont été présentées sous forme d'un quizz interactif. Julie MARTY précise que la formation n'avait pas pour objectif de former des tabacologues mais d'aider les participants à répondre aux questions que peuvent leur poser les fumeurs. Cette matinée a notamment permis de rassurer les infirmier(ère)s et de calmer les craintes que certaines éprouvent sur la prescription de TNS. L'après-midi a été consacré à l'approche motivationnelle et à l'intervention brève. La démarche a été présentée sous forme de jeu et tous les participants ont pu tester l'intervention brève en endossant le rôle de patient et celui de soignant. Des outils (kits, affiches, tests, le livret « *Premiers gestes en tabacologie* ») ont été remis en fin de session à chaque participant.

Une évaluation de la formation a été réalisée, soulignant que les participants ont été rassurés. Ils se sont notamment rendu compte que l'intervention brève était réellement à portée de tous.

 **Programme EM-ADO**

 **Cécile Isoard**

Infirmière scolaire, Lycée Montdory, Thiers

Cécile ISOARD indique être infirmière scolaire depuis 3 ans. Elle travaille dans un lycée et suit une population âgée de 15 à 20 ans. Comme la plupart des infirmières, elle n'a pas appris, au cours de sa formation initiale, à aider les personnes en situation de dépendance. Une fois son poste pris, elle s'est retrouvée très rapidement en difficulté vis-à-vis de certains lycéens fumeurs de cannabis. Après avoir suivi plusieurs formations sur le sujet, Cécile Isoard a décidé de se former à l'entretien motivationnel (EM), en espérant que cette démarche lui apporte les outils dont elle sent avoir besoin.

L'EM est particulièrement adapté aux jeunes. La démarche a pour objectif de guider le consommateur de substances en appuyant sur les ressources dont il dispose. L'EM se fonde sur le respect et la confiance en la capacité de l'individu à changer. Cécile ISOARD confie que cette approche lui a permis de mieux écouter les élèves et d'identifier les petits signes, les discours de changement, mais également les ambivalences et les résistances au changement. Les situations de déni et de résistance étant fréquentes à l'adolescence, l'EM a été imaginé et construit notamment à partir de ces variables et pour lever ces obstacles. En se montrant très attentive aux propos que les jeunes lui tiennent, Cécile ISOARD a pu à gagner leur confiance, ce qu'elle estime fondamental. Elle a par ailleurs réussi, grâce à l'EM, à découvrir les ressources et les forces des jeunes, ajoutant qu'« *Ils ont beaucoup à nous apprendre* ».

Cécile ISOARD a depuis suivi une formation afin de devenir elle-même formatrice en EM. Cette formation écrite et portée par le RESPADD s'appuie sur plusieurs partenaires, dont l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes (co-instigateur et financeur), le Rectorat de l'Académie de Clermont-Ferrand, l'ANPAA, la Fédération Addiction et OPPELIA. Les objectifs étaient de poursuivre la diffusion de l'approche motivationnelle en région Auvergne Rhône-Alpes pour diversifier les compétences des acteurs de la prévention secondaire, encourager les échanges de pratiques entre les deux niveaux de recours, donner plus de visibilité aux CJC et optimiser la prévention et l'orientation en milieu scolaire.

En conclusion, forte de son expérience, Cécile ISOARD invite tous les soignants à se former à l'EM. Si la formation demande un investissement personnel en temps, elle leur permettra de révolutionner leurs pratiques et de gagner en efficacité.

 **Échanges avec la salle**

Fanny MALE tient à souligner que la formation à l'EM n'est pas une finalité en soi. Elle constitue une étape et un outil. Elle doit s'inscrire dans un projet beaucoup plus vaste, une stratégie qui contribue à la professionnalisation des personnels. La formation ne peut pas être un point final. Elle permet aux participants de prendre, ne serait-ce que momentanément, des distances avec leur pratique. Le plus important est cependant de revenir ensuite dans la pratique et de l'aborder avec un nouveau regard, avec l'envie de tester l'EM et de partager avec ses collègues.

Jean-Loup DUROS, médecin coordinateur du réseau Tab'agir, interroge Cécile Isoard sur les spécificités de l'EM vis-à-vis des adolescents.

Cécile ISOARD estime que l'une des principales spécificités des adolescents est leur incapacité à se projeter dans les temps. Leur temporalité est différente de celle des adultes. Pour un adolescent, deux ans représente l'éternité. Ainsi, il est impossible d'orienter des adolescents sur des objectifs à long terme.

Fanny MALE rappelle que l'adolescence est une période de transition au cours de laquelle le sujet cherche à se construire et à s'affirmer. L'approche motivationnelle permet d'appuyer sur la capacité, voire même la compétence des adolescents à penser et à créer. L'EM permet de mettre en exergue les potentiels, les ressources et aide les jeunes à prendre en main leurs décisions et leurs choix.

SMOKITTEN, le jeu vidéo pour arrêter de fumer

● **Vanessa Rousset**

Centre Hyg e – Institut de cancérologie Lucien Neuwirth, Saint-Priest en Jarez

Vanessa ROUSSET présente SMOKITTEN, un jeu pour arrêter de fumer ou ne pas commencer. Il est le fruit d'un partenariat entre le Centre Hyg e et DOWiNO, un studio de création dont la mission est de sensibiliser, éduquer, former à des problématiques de développement durable, de responsabilité sociale, de santé publique, de solidarité. Le centre Hyg e est la plate-forme de santé publique du Cancéropôle Lyon Auvergne Rhône-Alpes. Son rôle au sein du partenariat est d'assurer la caution scientifique des messages qui seront diffusés dans le jeu et d'en réaliser l'évaluation.

SMOKITTEN est avant tout un projet collaboratif, de par sa conception par une équipe pluridisciplinaire, mais aussi par son mode de financement original. En effet, sa création a été rendue possible par le soutien de partenaires, mais aussi grâce à une campagne de crowdfunding sur Ulule, qui a permis de récolter 25 000   grâce à l'apport de plus de 400 contributeurs. Tout au long du projet, ces différents soutiens ont testé le jeu, apportant leurs idées et participant à la création du jeu.

La création de SMOKITTEN est n e du constat que le jeu vidéo est aujourd'hui une des premières industries culturelles au monde. Gr ce à l'essor des smartphones et des tablettes, elle touche désormais toutes les couches de la population. Cependant, contrairement aux autres médias, le jeu vidéo n'aborde que très rarement des sujets d'utilité sociale tels que la santé publique.

Le jeu a été décliné en deux versions : une première – SMOKITTEN – pour arrêter de fumer et une seconde – SMOKITTEN PARK – pour ne jamais commencer. Ces deux versions sont reliées entre elles. La première version, destinée aux adultes, est payante. La seconde, qui s'adresse plutôt aux enfants, est gratuite.

Les concepteurs du jeu ont voulu qu'il soit communautaire. Ainsi, les fumeurs ayant téléchargé le jeu pourront créer une communauté SMOKITTEN (constituée de leurs amis, enfants, collègues) et la solliciter en cas de besoin pour ne pas craquer. En effet, le soutien d'une communauté est essentiel dans la réussite de son sevrage tabagique. Le jeu permet d'actionner le bouton « help » qui enverra une notification à toute la communauté, laquelle pourra envoyer instantanément un message de soutien personnalisé.

Le principe du jeu est de s'occuper d'un petit compagnon virtuel, un chaton fumeur qui voudrait arrêter sa consommation de tabac. Le joueur dispose de 222 jours pour aider SMOKITTEN à ne pas craquer. Pour cela, il bénéficie de 8 mini-jeux qui pourront être débloqués au fur et à mesure du temps, lui permettant de lutter contre l'envie de cigarette, en se d foulant ou en se relaxant. Les mini-jeux ont été spécifiquement conçus pour lutter contre la période de « *craving* », ces quelques minutes où l'envie de fumer est forte et où on veut la combattre. Certains jeux vont permettre de se défouler, en tapotant frénétiquement sur son écran, d'autres au contraire de se relaxer.

SMOKITTEN habite sur une  le virtuelle qui reflète son état de santé. Ainsi, au fur et à mesure de son sevrage, la faune et la flore reviendront sur l' le. Les mini-jeux permettent au joueur de

gagner des pièces de monnaie virtuelles qui lui offriront la possibilité d'acheter des plantes et des fleurs pour embellir l'île. Chaque jour sans tabac décrémentera le compteur de 222 jours qui surplombe l'île... Au joueur de découvrir ce qu'il se passe quand il arrive à zéro. Le joueur pourra également suivre sa progression via un *dashboard* (tableau de bord) personnalisé et recevra des messages de succès au fil de son épopée. Soutenu, suivi et relaxé, le joueur pourra évoluer sereinement dans son sevrage.

La version pour les non-fumeurs – SMOKITTEN PARK – est très similaire. Elle propose les 8 mini-jeux de la première version. De nombreux messages de prévention seront également adressés aux joueurs, afin de les inciter à ne jamais commencer la cigarette. Cette version s'adresse en priorité aux plus jeunes. Les messages ont été conçus avec des collégiens, l'idée étant de s'inspirer de leur perception du tabac et de leur langage.

LA PRESCRIPTION POUR LES INFIRMIÈRES

● **Brigitte Cadet**

Infirmière tabacologue, CHRU Tours

Brigitte CADET rappelle que désormais, en application de la Loi de modernisation du système de santé de janvier 2016, les substituts nicotiques peuvent être prescrits par :

- les médecins, y compris les médecins du travail aux travailleurs ;
- les chirurgiens-dentistes, en application de l'article L. 4141-2 ;
- les sages-femmes, en application de l'article L. 4151-4 ;
- les infirmiers ou les infirmières, en application de l'article L. 4311-1 ;
- les masseurs-kinésithérapeutes, en application de l'article L. 4321-1.

La Loi de modernisation du système de santé annonce l'évolution de la profession infirmière vers de nouvelles compétences en pratique avancée.

Les tabacologues du CHRU de Tours ont saisi cette opportunité afin de prendre en charge le tabagisme des patients hospitalisés dès leur admission dans l'optique d'améliorer leur bien-être et leur confort, tout en veillant à éviter les systèmes de manque. Brigitte Cadet rappelle qu'au-delà des traitements proprement dits, le simple fait de parler du tabac avec les patients permet, dans certains cas, d'initier ou de projeter une diminution, voire un arrêt de la consommation tabagique.

Pour appliquer la loi et donner aux infirmier(ère)s les moyens de prescrire, une démarche a été engagée au sein du CHRU. L'UCT (Unité de coordination de tabacologie) a rédigé une plaquette. Les cadres supérieurs de l'hôpital ont été sensibilisés et la plaquette a été mise à la disposition du personnel infirmier. La CME a également été informée et un onglet spécifique a été créé pour les infirmier(ères) dans le DPP (Dossier Patient Partagé) afin qu'ils puissent prescrire des TNS.

La plaquette a été conçue comme un outil pratique. La première partie s'appuie sur une approche motivationnelle. En effet, le personnel infirmier n'est pas formé pour évoquer la question du tabac avec les patients. La deuxième partie présente les différents substituts nicotiques et les posologies. Un paragraphe spécifique est consacré aux signes de sous-dosage et de surdosage (une des principales craintes des personnels). Une troisième partie

reprend quelques messages clés pour orienter et rassurer les infirmier(ère)s dans leur prescription. Au dos de la plaquette, les personnels trouveront des informations sur la loi, sur le DPP, la rédaction des ordonnances ainsi que les coordonnées des membres de l'UCT.

L'UCT propose, depuis plusieurs années, une formation « *aborder les fumeurs* ». À ce jour, plus de 78 soignants du CHRU ont été formés (soit 10 en moyenne par an). Une trentaine de prescriptions infirmières de TNS a été inscrite sur le DPP. Fin septembre, l'UCT a réalisé une enquête auprès des cadres et du personnel infirmier des unités dans laquelle elle intervient le plus souvent. L'enquête révèle une forte demande d'accompagnement de la part des infirmier(ère)s de l'établissement.

L'UCT a défini de nouveaux objectifs visant à rendre les infirmier(ère)s autonomes dans le repérage, l'information et la prescription. L'Unité s'assurera que tous les infirmiers disposent de la plaquette en passant régulièrement dans les services. Elle s'engage par ailleurs à accompagner les infirmiers lors des premières prescriptions sur le DPP et sur les ordonnances de sortie. Le personnel infirmier sera, par ailleurs, incité à orienter le patient, après son hospitalisation, vers un accompagnement pour le suivi. En effet, prescrire des TNS pendant un mois ne peut être une fin en soi.

PUBLICS SPÉCIFIQUES, CULTURES PARTAGÉES : les enjeux de la pratique infirmière en addictologie

Modératrice : Aurélie Haroche, rédactrice en chef, rubrique « Pro et Société » au journal international de médecine

● **Thomas Chihaoui**
Infirmier libéral, Paris

Thomas CHIHAOUI évoque les enjeux liés à l'accompagnement des personnes qui usent de substances psychoactives dans la pratique libérale. Il propose de présenter, en préambule, le paysage de l'activité des infirmiers libéraux. Celle-ci s'appuie sur des modalités d'exercice spécifiques puisque l'infirmier intervient au domicile des patients sur prescription médicale. Le patient s'attend donc à ce que l'infirmier intervienne pour un soin particulier, en l'occurrence celui qui est signifié par le médecin prescripteur. Les soins prescrits obéissent à une nomenclature précise – la NGAP – qui a été établie par la CNAM en 1972 et dont les derniers textes remontent à 2005. Celle-ci établit la liste des actes qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie. Il s'agit donc de soins qui justifient d'une certaine technicité, plus ou moins grande. Malheureusement, les soins relationnels tels qu'ils peuvent exister dans les entretiens infirmiers n'apparaissent pas dans la nomenclature.

Malgré tout, la mise en place des NMR (Nouveaux Modes de Rémunération) permet aujourd'hui le déploiement de nouvelles modalités de prise en charge dans les soins de premier recours notamment dans les lieux d'exercice pluriprofessionnels tels que les MSP (Maisons de Santé pluriprofessionnelles). Les NMR favorisent l'approche pluridisciplinaire et permettent de financer les activités d'ETP. Les actions en addictologie ou l'accompagnement à l'arrêt au tabac peuvent être proposés dans ce cadre.

L'usage de substances psychoactives est un fait social. Qu'il s'agisse des substances licites ou illicites, la file active d'un cabinet d'infirmiers libéraux semble représentative des fréquences

de consommation telles qu'elles ont pu être évaluées par l'OFDT. Ainsi du tabac à la MDMA, en passant par l'alcool et la cocaïne, tous les usages peuvent être rencontrés en soin à domicile.

Si l'un des enjeux est de ne pas craindre d'aborder la question des addictions avec les patients, l'intervention des infirmiers libéraux pose avant tout la question de la formation en addictologie. En l'état, la formation initiale ne permet pas d'apporter des informations minimales suffisantes pour aider les soignants à repérer les usages les plus problématiques et n'aide pas à faire preuve d'un certain « savoir-être » avec les patients. Seule la formation continue permet aux infirmiers libéraux de se former aux problématiques addictives.

Les modalités d'intervention s'appuyant sur une approche motivationnelle ont toutes leur intérêt dans la pratique libérale pour permettre aux soignants d'aborder la question de l'addiction avec leurs patients. La question n'est cependant pas tant de repérer les signes d'une conduite addictive que d'orienter efficacement le patient. L'infirmier libéral a, ainsi, un rôle d'orientation, aux côtés du médecin traitant, dans la prise en charge des personnes.

Pour orienter les patients, l'infirmier doit avoir une connaissance des dispositifs existants, d'une manière globale mais également de leurs spécificités structurelles. Cette connaissance doit être aussi singulière, car elle doit s'ancrer dans la spécificité des territoires. Thomas CHIHAOUI souligne ainsi l'intérêt des rencontres interprofessionnelles entre les soignants de premier recours (infirmiers et médecins généralistes) et les professionnels de l'addictologie. Ces rencontres rendent l'orientation vers des structures addictologiques plus efficaces dès lors qu'elles favorisent le travail interdisciplinaire.

 **Guylaine Diener**
EPS Barthélémy-Durand, Étampes

Guylaine DIENER indique travailler dans un ELSA, au sein de l'EPS Barthélémy-Durand à Étampes. Pour rappel, la mission principale des ELSA est d'intervenir auprès des patients dans les services des établissements de santé en appui et en soutien aux équipes présentes. Son action s'oriente autour de trois axes : les patients, les soignants et le partenariat.

S'agissant des patients, l'ELSA a un rôle de repérage, d'écoute, d'information, d'orientation et d'accompagnement. L'équipe propose également des traitements et veille à leur mise en place avec l'objectif – évidemment – d'améliorer l'accès aux soins addictologiques des patients hospitalisés, dans une optique de réduction des risques et des dommages. S'agissant plus spécifiquement des soignants, l'ELSA a pour mission de sensibiliser, former, assister et conseiller les équipes soignantes des différents services non addictologiques. L'ELSA a également pour mission de développer, dans une approche partenariale, des liens avec les différents acteurs intra et extrahospitaliers (médecins généralistes, pharmaciens, CSAPA, CAARUD, CMP et Centres de soins résidentiels en addictologie) pour améliorer la prise en charge et le suivi des usagers.

Guylaine DIENER présente ensuite deux cas cliniques, le premier dans un hôpital général et le second dans un hôpital Psychiatrique.

- Dans le premier cas, Marc, 35 ans, est admis en OPH pour des troubles visuels unilatéraux d'apparition brutale avec des taches noires. L'ELSA est intervenue auprès du patient pour repérer des éventuelles polyconsommations et des mésusages de traitement de substitution aux opiacés. L'entretien a révélé que le patient était suivi depuis 8 ans par un médecin généraliste pour un traitement de substitution aux opiacés par buprénorphine haut dosage (BHD). Il consomme

régulièrement du cannabis et de l'alcool, associé à un tabagisme chronique. L'entretien a également révélé un mésusage de la BHD, par voie intraveineuse, et une réutilisation du matériel d'injection. L'évaluation minutieuse des pratiques d'injection du patient met en évidence un ensemble de conduites à risques. L'ELSA intervient, en urgence, pour aider le patient à arrêter les injections par voie veineuse de BHD et initier, pendant son hospitalisation, un traitement non injectable par chlorhydrate de méthadone. L'éventuel sevrage à l'alcool et au cannabis a également été évalué. Son tabagisme a été pris en charge avec la proposition d'un TNS. L'ELSA a, pour finir, orienté le patient vers un CSAPA pour sa prise en charge après sa sortie de l'hôpital.

- Dans le second cas clinique, Chloé, jeune femme brillante de 21 ans, est hospitalisée dans un hôpital psychiatrique dans le but d'un sevrage pour apparition d'angoisse de type psychotique et surconsommation massive d'alcool et de cocaïne. Le service hospitalier demande à l'ELSA d'évaluer les consommations de la patiente. L'entretien révèle une consommation excessive avec des prises de risques multiples. Les consommations de cocaïne et d'alcool sont quotidiennes et la patiente fait preuve d'une très grande tolérance à l'alcool. Elle met toujours en avant, lors de l'entretien, des angoisses et des idées récurrentes d'agressions sexuelles multiples et répétées opérées par de multiples tiers, éveillant les soupçons d'un probable PTSD ou de délires psychotiques. Après plusieurs entretiens avec l'équipe de psychiatrie et l'ELSA, il semble que les consommations permettent à Chloé de calmer ses angoisses. Les symptômes de la psychose apparaissent évidents au fur et à mesure de son hospitalisation. Il est décidé de placer la patiente sous traitement antipsychotique permettant d'envisager une amélioration des troubles (particulièrement des angoisses) et de travailler à l'acceptation de la maladie afin qu'elle accepte une prise en charge et des soins en addictologie (avec des séjours en soins résidentiels).

Dans les deux cas, l'ELSA a eu pour rôle de confirmer l'usage et/ou le mésusage d'une substance, ou encore l'existence d'un comportement addictif. Il a également eu pour mission de différencier l'usage à risque, dont les dommages ne sont pas toujours visibles, du trouble de l'usage de substance (TSU) qui peut être léger, modéré ou sévère. La nature des interventions d'une ELSA varie toutefois selon l'environnement de santé. Dans un hôpital général, les durées d'hospitalisation sont souvent très courtes et l'ELSA doit intervenir le plus rapidement possible. Dans un hôpital psychiatrique, l'ELSA est davantage confrontée aux résistances et idées reçues des soignants, notamment en ce qui concerne le tabac. En effet les équipes soignantes sont rarement favorables au sevrage tabagique. Guylaine DIENER a pu observer que les problèmes somatiques, notamment liés au tabagisme, étaient souvent négligés dans les hôpitaux psychiatriques. Si l'intervention de l'ELSA est bien acceptée dans les hôpitaux généraux, voire même sollicitée, les problèmes psychiatriques sont toujours prioritaires dans les hôpitaux psychiatriques et une forme de concurrence apparaît souvent entre les équipes psychiatriques et les ELSA.

En conclusion, Guylaine DIENER rappelle que tous les cas sont singuliers et tous posent question. Cette singularité des patients engage la créativité et la disponibilité des soignants. Toute rencontre devrait, à ce titre, participer à un changement de comportement ou du moins à une prise de conscience précédant ce changement du comportement. Connaître ses collègues au sein de l'établissement de santé permet de trouver un appui auprès de personnes ressources qui montrent un certain intérêt pour l'addictologie. Toutefois, savoir intervenir et louver avec la résistance de tout le monde demande une grande adaptabilité de la part des ELSA. Il convient à ce titre, de former, encore et toujours plus, les soignants afin que ELSA et équipes soignantes soient en mesure de mutualiser leurs compétences. Guylaine DIENER appelle à un décloisonnement des disciplines afin qu'addictologues et professionnels de santé puissent travailler ensemble, mieux et autrement.

Fabienne YOU indique être infirmière addictologue et coordinatrice de l'Unité de tabacologie du CHU de Nantes. Cette Unité (UCT) est une équipe pluridisciplinaire composée de cinq médecins tabacologues, une sage-femme tabacologue, une infirmière tabacologue, deux psychologues, deux diététiciennes et un médecin acupuncteur.

L'UCT intervient auprès de quatre établissements et répond donc à un grand nombre de demandes. Tous les membres de l'équipe ont été formés à l'entretien motivationnel, certains au TCC. L'UCT propose des formations en interne et en externe, un des objectifs étant de former des auxiliaires en tabacologie dans tous les services des établissements.

L'UCT fait aujourd'hui face à plusieurs défis. Les effectifs sont trop faibles et ne permettent pas de répondre à toutes les demandes, d'autant plus que les équipes interviennent sur des sites éloignés géographiquement. Par ailleurs, les médecins tabacologues étant seulement présents deux demi-journées par semaine dans l'UCT (soit 0,2 ETP), il est très difficile de les réunir et de les mobiliser pour des interventions extérieures. Fabienne You avoue être en mesure de réunir l'équipe au complet seulement deux fois par an.

● **Échanges avec la salle**

Aurélie HAROCHE souligne la difficulté que les services en addictologie rencontrent pour se faire connaître, voire se faire accepter, au sein des établissements de santé.

Guylaine DIENER confirme ces difficultés. L'objectif, selon elle, doit être de repérer au sein des établissements les personnes qui expriment une réelle sensibilité ou un intérêt pour l'addiction. Malheureusement, elle-même est aujourd'hui confrontée à de nombreuses idées reçues sur le tabac, notamment au sein des hôpitaux psychiatriques. Certains médecins estiment encore aujourd'hui que le patient se confie plus facilement pendant les pauses cigarette que pendant les entretiens à proprement parler. Quoi qu'il en soit, le sevrage tabagique n'est jamais perçu comme une priorité.

Une intervenante ajoute que, bien souvent, les soignants considèrent la maladie psychiatrique et la consommation de tabac comme intimement liées, au point d'être indissociables l'une de l'autre.

Une intervenante, infirmière, confirme que les réticences et les a priori sont, en général, plus forts chez les soignants alors que bien souvent les patients sont demandeurs et souhaitent s'engager dans une tentative d'arrêt du tabac. D'ailleurs, les patients, tout spécialement en hôpital psychiatrique, sont fiers lorsqu'ils arrivent à diminuer, voire arrêter complètement leur consommation de tabac.

Guylaine DIENER abonde dans ce sens. Cependant, elle rappelle que certains patients psychiatriques sombrent dans une forme de léthargie ou de grande tristesse lorsqu'ils arrêtent la consommation d'une substance, notamment du cannabis. L'arrêt complet de la consommation peut, chez certains, entraîner des tendances suicidaires. Chaque cas est singulier.

Fabienne You indique faire face aux mêmes problématiques, notamment au sein de l'hôpital Saint-Jacques où les résistances sont encore très fortes. Bien souvent, elle est considérée, dans les établissements, comme « la dame antitabac ». Toutefois, l'organisation

d'événements comme la Journée mondiale sans tabac ou le « *Moi(s) sans tabac* » permet d'ouvrir le dialogue et, de ce fait, de faire évoluer les mentalités.

Anne BORGNE félicite les intervenants pour leur engagement sans faille. Elle regrette cependant que les actions menées au sein des établissements pour décliner la démarche « *Lieux de santé sans tabac* » reposent encore trop souvent sur les épaules de quelques individus. La mise en place de cette démarche devrait pourtant s'appuyer sur une stratégie globale et s'inscrire dans la politique des établissements.

Aurélié HAROCHE s'interroge sur le rôle des infirmières dans la lutte antitabac. Il lui semble en effet qu'elles se montrent parfois trop timides et n'osent pas parler de la consommation de tabac avec les patients.

Fabienne YOU indique que les infirmières ont besoin de formation, ne serait-ce que pour se sentir légitimes dans cette mission.

Aurélié HAROCHE souligne que le sevrage est souvent perçu comme une punition et rarement comme un moyen d'améliorer la qualité de vie. Elle considère nécessaire de changer le regard des soignants sur le sevrage.

Guylaine DIENER ajoute que beaucoup de soignants sont eux-mêmes fumeurs et pensent, à tort, qu'ils ne sont ainsi pas légitimes pour évoquer la question du tabac avec leurs patients et leur prodiguer des conseils.

Aurélié HAROCHE évoque l'éventuelle mise en place de formations initiales mixtes en addictologie, réunissant médecins et infirmières.

Fabienne YOU déclare y être plus que favorable. L'entretien motivationnel pourrait effectivement être abordé en formation initiale dans des cursus mélangés, permettant ainsi aux différents professionnels de santé – infirmières, médecins, kinésithérapeutes... – de se rencontrer et d'échanger sur leurs pratiques.

Guylaine DIENER revendique également un décloisonnement des différentes disciplines. Tous les professionnels de santé disposent de compétences spécifiques et doivent apprendre à travailler ensemble.

CONCLUSION

Anne BORGNE, présidente du RESPADD, souligne la richesse de cette journée d'échanges. Celle-ci a permis de mettre en lumière la grande diversité des métiers, des exercices et des expériences. Les intervenants ont tous montré leur fort investissement dans la lutte contre les addictions, et notamment contre l'usage du tabac. Cet investissement doit aujourd'hui imprégner toute la profession infirmière, nécessitant de briser les résistances, autant celles des infirmier(ères) que celles des médecins. Malheureusement, certains médecins n'imaginent pas encore confier entièrement un patient à une infirmière. L'autorisation donnée au personnel infirmier de prescrire des TNS constitue à ce titre une petite (et utile) révolution.

Pour conclure ce colloque sur une note optimiste, Anne BORGNE souhaite évoquer tous les progrès enregistrés dans la lutte contre le tabac. Le « *Moi(s) sans tabac* » est aujourd'hui connu de tous. La stratégie « *Lieux de santé sans tabac* » est désormais inscrite au titre des axes prioritaires du Plan national de lutte contre le tabac 2018-2022. Le fonds de prévention

du tabagisme a été mis en place et constitue une manne pour financer quantité d'actions de prévention. Le remboursement des TNS et l'ouverture de leur prescription à divers professionnels de santé constituent également une avancée formidable. Le mouvement est lancé.