

ACTES

RENCONTRE RÉGIONALE
organisée par le RESPADD en collaboration
avec la FÉDÉRATION ADDICTION et l'IPPSA

Tabac,
alcool,
drogues:

L'infirmier(ère) FACE AUX ADDICTIONS

MERCREDI 02 OCTOBRE 2013

→ SALLE POLYVALENTE, MAISON DES
ASSOCIATIONS | LYON 4^{ème} arrondissement

28, rue Denfert-Rochereau

Inscription gratuite mais obligatoire sur
www.respadd.org

Rencontre régionale du RESPADD

«L'infirmier(ère) face aux addictions »

Actes de la journée de Lyon,
Maison des associations du 4^{ème}
arrondissement, 2 octobre 2013

Rédaction :

Anne-Cécile Cornibert

RESPADD

Pour plus d'information :

Contact : contact@respadd.org

[Le programme de la rencontre en PDF](#)

Plénière d'ouverture

Intervenants :

Phuc Nguyen, délégué régional du RESPADD

Philippe Michaud, président de l'Institut de promotion de la prévention secondaire en addictologie - IPPSA

Damien Thabouret, délégué régional Rhône-Alpes de la Fédération Addiction

Raphaël Glabi, Directeur adjoint de la santé publique, Agence régionale de santé Rhône-Alpes

Philippe Michaud ouvre ces rencontres à l'attention des infirmiers(ères) et remercie le RESPADD de les avoir rendues possibles. En quelques mots : ces journées régionales entendent promouvoir auprès des infirmiers(ères) les dispositifs innovants en matière de prévention et de prise en charge des conduites à risques mais aussi, et c'est un de leurs objectifs premiers : valoriser le rôle et la légitimité de l'infirmière en addictologie.

Phuc Nguyen salue à son tour cette initiative du RESPADD. Les addictions ont ceci de particulier que tout individu est susceptible d'en faire l'épreuve plusieurs fois dans son parcours de vie, dans son jeune âge, comme à l'âge adulte, dans le cadre de son travail, par exemple. Cet état de fait permet d'envisager facilement la pertinence des infirmiers(ères) dans le travail de repérage. Phuc Nguyen évoque son expérience en ELSA. Le travail de son équipe ne s'épuise pas dans la prise en charge des patients manifestant un trouble addictif. Il s'agit d'insuffler véritablement une culture addictologique au sein des services de l'hôpital qui permette un repérage en amont par les personnels soignants. Par ailleurs, l'hôpital n'a pas l'apanage de la prise en charge des conduites addictives et l'ensemble des interventions de cette conférence en témoignent. C'est à la fois toute la richesse et toute la complexité du travail de prévention et de repérage des conduites addictives,

et la pertinence de conférences comme celles-ci, privilégiant le partage des connaissances et l'échange sur les pratiques.

Damien Thabouret présente la Fédération Addiction et notamment son intérêt prégnant pour la thématique « l'infirmier(ère) face aux addictions ». Qu'il s'agisse du rôle de l'infirmier(ère) dans la délivrance de traitements de substitution ou le dépistage des hépatites pour ne citer que ces deux types d'intervention, l'infirmier(ère) est au centre des dispositifs. Concernant la réduction des risques, Damien Thabouret rappelle le travail de la Fédération Addiction sur l'élaboration de réponses adaptées et systématisées comme l'intervention précoce, la réduction des risques afin que les informations qui circulent ne s'opposent pas entre elles et constituent des outils pragmatiques. Il évoque le concept de « société addictogène » développé par Jean-Pierre Couteron, société caractérisée par un renforcement des stimulations sensorielles et un affaiblissement des moyens d'auto et d'hétéro-contrôle et des moyens de gérer des situations. Une journée comme celle-ci est importante en ceci qu'elle permet le regroupement des professionnels différents, une mise à l'épreuve des expériences de terrains et constitue une opportunité de les faire évoluer au contact d'expériences discordantes ou complémentaires.

Raphaël Glabi, directeur adjoint de la santé publique de l'ARS Rhône-Alpes, se félicite de la tenue de cette journée qui devrait favoriser les échanges et la montée en puissance des compétences. L'ARS a souhaité devenir partenaire de cette initiative au niveau régional, pour témoigner de son attachement et de son intérêt pour les dispositifs de prise en charge des conduites à risques et pour la promotion du rôle des infirmiers(ères). Dans le plan régional de santé 2012-2017, la question des addictions est très clairement inscrite dans les priorités de santé (projet régional). L'enjeu est d'importance puisqu'il s'agit de promouvoir des attitudes favorables à la santé, de prévenir certaines pathologies et en priorité les cancers, ou de réduire la mortalité évitable. Ce plan se décline selon deux axes qui sont d'une part la poursuite et le renforcement des outils existants pour la prévention des conduites à

risques auprès des populations repérées comme vulnérables et d'autre part l'effort consenti de prise en charge pluridisciplinaire en addictologie, dans l'articulation des différentes structures et modes d'intervention en vigueur : médicosocial, sanitaire, ambulatoire afin que chaque type d'accompagnement trouve une place dans le dispositif, qu'il s'agisse de la prévention, de la réduction des risques et de l'accompagnement médico-social. C'est en privilégiant une vision globale que des réponses pertinentes pourront être apportées. Le personnel infirmier a évidemment toute sa place dans ce dispositif pluridisciplinaire du fait de sa présence sur l'ensemble de la chaîne d'accompagnement (CAARUD, ELSA, CSAPA...). Pour citer quelques chiffres, l'ARS Rhône Alpes recense 39 CSAPA et 33 ETP IDE pour 72 000 actes dans ces seules structures. Autant dire que l'activité y est soutenue.

Raphaël Glabi remercie le RESPADD pour l'organisation de cette rencontre et souhaite des échanges fructueux aux participants.

Plénière 1 :

« L'implication infirmière dans la prévention secondaire »

Intervenant : Philippe Michaud, président de l'IPPSA

Philippe Michaud se présente comme à la fois « médecin du soin » et « médecin de santé publique ». Sa pratique du soin s'effectue en CSAPA à Clichy, structure qui a la particularité d'être issue d'une fusion entre un centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) et un centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Ce CSAPA se distingue par la présence d'une infirmière dès le premier entretien, celle-ci étant considérée comme la plus apte à se comporter de façon optimale en présence d'une personne en situation de consommation

de produits. Elle parviendra quasi naturellement à nouer une relation de type horizontal i.e. empathique et non condescendante.

Quant au lexique, Philippe Michaud recommande une certaine prudence dans l'utilisation des termes. Parler de « conduites addictives » est égarant car toute consommation n'est pas de type addictive, et ce terme « addiction » se voit utilisé très souvent à mauvais escient. Il s'agit bien plutôt à chaque fois de conduites de consommation avec des degrés de gravité/fréquence. Même chose pour ce que l'on nomme parfois « la maladie alcoolique », terme fautif auquel il faudra préférer celui de troubles du comportement multifactoriel, un syndrome d'intensité plus ou moins forte. Il ne s'agit pas là de coquetterie langagière mais de combattre les représentations inadaptées à la notion de conduites à risques.

Quelle est dans ce contexte la spécificité de la réduction des risques ?

Il s'agit d'une intervention qui opère en amont du développement d'une pathologie. Elle s'effectue non pas auprès des personnes souffrant déjà de pathologies liées à leurs consommations, mais auprès des populations perçues comme vulnérables. Ce n'est pas une politique de prévention primaire qui vise à empêcher que les non-consommateurs deviennent consommateurs. C'est une **prévention secondaire** qui touche les personnes engagées dans des pratiques potentiellement dommageables pour leur santé ou déjà dommageables, sans pour autant que l'on puisse caractériser ces usagers comme dépendants. Il est important de bien distinguer l'acquisition d'une dépendance et le dommage physique lié à une consommation.

A titre d'exemple, même dans des proportions extraordinaires, la consommation d'alcool n'entraînera pas nécessairement l'apparition d'une cirrhose. Or, avec 40 g d'alcool par jour, consommation acceptable socialement, un individu se situe déjà dans une zone à risques. La gravité du dommage n'est pas liée exclusivement au niveau de consommation mais bien plutôt à la sensibilité de l'individu. Nouvel exemple éloquent : consommer un verre d'alcool pour une femme augmente de 10 % le risque de développer un cancer du sein. Or ce niveau de consommation se situe

en-deçà du seuil de risques sur lequel on semble s'accorder aujourd'hui. Par ailleurs, d'après une littérature abondante, consommer entre 0 et 1 verre d'alcool diminue le risque de mortalité cardiovasculaire chez les hommes de plus de 40 ans. Ces données montrent en quoi la notion de risques est complexe et difficile à appréhender.

La précocité des consommations constitue également un facteur de risques avéré, d'où l'importance de s'intéresser aux consommations des jeunes. Il ne faut pas attendre que la consommation s'installe pour intervenir. Les modalités d'intervention précoce sont relativement simples à mettre en place et accessibles à des publics non spécialisés. Que les gens soient dans le risque ou le dommage débutant, ils se situeront alors à un niveau de dépendance faible au produit voire inexistante. Un changement de comportement sera plus facile. Or lorsqu'il s'agit de sensibiliser et de conseiller 2 à 3 millions de personnes, cette responsabilité ne peut pas être assignée aux seuls CAARUD qui reçoivent 100 000 usagers par an. D'où la place cruciale des infirmières dans ce processus essentiel de prévention secondaire. Il y a 640 000 infirmières en France contre 200 000 médecins dont 1000 à 2000 médecins et infirmiers(ères) addictologues confondus.

Afin de maîtriser la prévalence des risques et des dommages liés aux consommations, se concentrer sur le premier recours et les interventions brèves est essentiel. C'est pour prendre en charge des dommages sévères ou des dépendances que les structures spécialisées seront à privilégier.

Philippe Michaud illustre son propos à partir de deux enquêtes réalisées au sein de l'Académie de Versailles auprès de médecins et infirmières scolaires.

L'étude **ROCADO**, étude randomisée contrôlée effectuée avec l'outil **DEP-ADO**, outil validé, éligible pour le repérage des consommations des jeunes de 13 à 25 ans, a mis à l'épreuve l'hypothèse selon laquelle une formation à l'entretien motivationnel adaptée dans des situations propices à l'intervention brève auprès des jeunes améliore le processus d'orientation des usagers

vers des structures adaptées. Les infirmiers(ères) scolaires ont été formé(e)s à l'usage du questionnaire DEP-ADO et à l'entretien motivationnel tandis que 1000 adolescents scolarisés ont été convoqués pour renseigner le questionnaire DEP-ADO. En fonction de leur « score », ils bénéficiaient soit d'une intervention brève soit d'une orientation vers une Consultation jeunes consommateurs (CJC). Or les résultats de l'étude ne sont pas allés dans le sens de l'hypothèse proposée : l'utilisation systématique du questionnaire DEP-ADO n'augmente pas le nombre d'orientations vers les CJC. En vérité, il est très difficile d'orienter un jeune repéré dans le cadre de l'éducation nationale vers une consultation adaptée. Toutefois, certains bénéficiaires ont pu être observés, gage de la pertinence du dispositif en tant que tel au regard d'une campagne de sensibilisation en classe : un lien a pu se créer entre le jeune et l'infirmier(ère) avec le(a)quel(le) il s'était entretenu, profitable à la fois pour le jeune qui trouvait là un appui et pour l'infirmier(ère), heureuse d'avoir su acquérir et mettre à profit de nouvelles compétences relationnelles.

Issue du constat que, le plus souvent, l'infirmier(ère) scolaire peut faire preuve d'une bienveillance contre-productive, l'étude **PAPRICA** a quant à elle cherché à mesurer l'impact d'une formation des infirmières à l'entretien motivationnel sur les comportements des infirmiers(ères) en termes de prise en charge. La formation à l'entretien motivationnel n'avait pas entraîné spontanément des changements importants dans les modes de prise en charge. Subsistaient en effet des comportements et réflexes très didactiques de la part des infirmiers(ères) formé(e)s. Cependant, en comparant deux groupes dont l'un était sous supervision, l'étude a montré qu'il est néanmoins possible de faire évoluer les infirmiers(ères) vers une meilleure appréhension des situations, en freinant ce réflexe correcteur. Les séances sous supervision avaient été en effet particulièrement bénéfiques, entraînant une amélioration très nette des compétences et du savoir-être pour l'entretien motivationnel.

Une deuxième phase et un deuxième axe entendaient renforcer les capacités de formation interne des personnels de l'éducation nationale. Or pour pouvoir toucher les quelques milliers d'infirmières en exercice en milieu scolaire, il a fallu former des co-formateurs, médecins et infirmières scolaires. La troisième phase baptisée **FORMADO** se présentait comme une étude pragmatique. Elle entendait combler la distance entre intervenants de premier recours et intervenants de second recours, œuvrant au sein des CJC, ce qui a permis une meilleure connaissance mutuelle des acteurs, le partage des cultures, et une amélioration des capacités de transfert et de suivi de l'enfant scolarisé vers le centre spécialisé.

Une mise en perspective de nos pratiques au regard de celles de nos voisins anglais ou américains est instructive à cet égard. Les infirmiers(ères) sont très impliqué(e)s en Grande-Bretagne dans les interventions brèves et évalué(e)s comme au moins aussi performant(e)s que les médecins dans cette activité. Aux Etats-Unis, un pôle d'urgences ne peut être accrédité que s'il dispose de personnel apte à réaliser des interventions brèves, notamment pour la prise en charge des traumatismes liés à une consommation d'alcool. On y a d'ailleurs observé une nette diminution des récidives. Or cette logique n'est pas encore bien implémentée en France bien qu'il s'agisse d'une logique de santé publique extrêmement forte.

Qu'en déduire du rôle de l'infirmier(ère) dans la prévention secondaire en milieu scolaire ?

L'infirmier(ère) joue un rôle essentiel quelle que soit sa position : en ville, à l'hôpital, dans les structures de soins et prévention. Elle a un accès direct à la population générale et bénéficie aussi sur le plan relationnel d'un sens de l'écoute et de l'empathie favorables au repérage de personnes ayant des conduites à risques. L'acquisition d'un savoir complexe comme l'entretien motivationnel n'est pas hors de portée. Il requiert certes un investissement personnel mais lorsque les structures sont disposées à maîtriser cette pratique, l'organisation des soins se voit optimisée de façon considérable.

En urgences pédiatriques, est-il préférable d'utiliser le DEP-ADO ou l'ADOSPA d'un abord plus facile ?

Il sera toujours préférable d'utiliser l'ADOSPA plutôt qu'aucun questionnaire. Cependant le questionnaire DEP-ADO présente un degré de fiabilité supérieur. Ce questionnaire est certes d'une utilisation moins évidente, reste qu'il donne plus d'outils pour analyser la consommation du répondant puisqu'il traite à la fois de la nature des consommations et des effets ressentis par le consommateur. Plus sensible et spécifique, il permet par ailleurs de saisir des nuances que n'aurait pas évoquées spontanément le répondant et de pouvoir les réinvestir dans une stratégie motivationnelle. Si la personne est reçue dans le cadre des urgences, notamment pour un traumatisme lié à une alcoolisation, le plus important sera de lui demander comment c'est arrivé et comment elle vit sa consommation d'alcool. C'est ce qui aura le plus de poids sur le plan motivationnel.

L'utilisation du questionnaire DEP-ADO nécessite-il une formation préalable à l'entretien motivationnel ?

Une formation préalable à l'entretien motivationnel donnera une efficacité accrue au recours au questionnaire DEP-ADO. Cependant l'expérience et la pratique d'entretiens constituent parfois une très bonne formation qui permet de prendre confiance et de gagner en compétences. Plus on repère et plus on intervient et plus on intervient plus on devient pertinent dans sa pratique. C'est un processus d'amélioration continu.

Table ronde 1 :

« L'infirmière de santé au travail- un rôle de prévention des conduites addictives »

Modérateur : Thomas Chihaoui, coordinateur scientifique, RESPADD

Intervenants :

Béatrice Juilliard, Groupement des infirmiers(ères) au travail (GIT)

Sylvie Rouault, Groupement des infirmiers(ères) au travail (GIT)

Pascal Joly, Groupement des infirmiers(ères) au travail (GIT)

Béatrice Juilliard propose un aperçu des dispositions législatives en matière de conduites à risques au sein de l'entreprise. La première directive cadre date de 1989. Elle évoque de façon indirecte la question des conduites à risques en ce qu'elle traite des risques professionnels. Avec la réforme de la santé en travail de 2011 et son décret d'application apparaît la question du rôle de l'infirmière de santé au travail notamment dans l'éducation et la prévention au niveau des entreprises. Dans l'article L43 11 du code de la santé publique, l'infirmier(ère) est présenté(e) comme participant à diverses actions d'éducation à la santé, de prévention et de formation.

Quelles sont les conduites à risques rencontrées le plus souvent au sein des entreprises ?

Les conduites à risques sont fréquentes : de l'utilisation de son téléphone portable pour des jeux en réseau ou d'un lecteur de musique en contexte d'activité nécessitant un haut niveau de vigilance, à la consommation d'alcool ou de substances psycho-actives (SPA) sur le lieu de travail, le risque encouru est loin d'être négligeable. Même hors de l'entreprise, la prise d'alcool ou de SPA peut générer des effets plusieurs heures, y compris pendant la reprise de l'activité, générer un défaut de vigilance et constituer un danger potentiel pour soi-même et pour autrui. De plus, en ce qui

concerne les produits licites, il n'est pas rare que des employés parviennent à se procurer des substances médicamenteuses, sans contrôle thérapeutique, soit en consultant différents médecins, soit par l'intermédiaire de l'internet.

Par ailleurs, 40 % des accidents de trajets mortels sont évalués comme étant liés à une consommation d'alcool.

Loin de n'affecter que la santé de l'individu, toute conduite à risque peut s'inscrire dans un contexte de fragilité sociale et économique, autant de facteurs aggravants entraînant le plus souvent isolement et désocialisation, eux-mêmes favorisant les prises de risques.

Quels sont les recours de l'employeur ?

En fonction de la gravité et de la récurrence des conduites à risques, l'employeur est en droit d'effectuer une mise à pied ou un licenciement.

On lit en effet dans l'article L4122-1 du code du travail qu' « il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail. »

Cependant, les salariés étant sous la responsabilité de leur employeur, si ceux-ci se livrent à des comportements à risques au sein de l'entreprise, l'employeur doit s'assurer que son employé est hors de danger, sans quoi il peut être accusé de non-assistance à personne en danger. Ainsi lit-on également à l'article L 4141 du code du travail que « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, y compris des travailleurs temporaires. Le chef d'établissement doit, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, prendre en considération les capacités de l'intéressé à mettre en œuvre les précautions nécessaires par la sécurité et la santé. »

L'air expiré n'est pas considéré comme un échantillon biologique aussi peut-il être réalisé par l'employeur. Cependant ce contrôle n'est possible que s'il est prévu au règlement intérieur, que sa contestation soit possible et définie, qu'il

soit justifié par la nature des tâches à accomplir et que l'état d'ébriété présente un danger pour les personnes et les biens. (Cour de cassation, chambre sociale, 24 février 2004, n°01-47000).

Comment s'organise une démarche de prévention en entreprise ?

Une démarche de prévention en entreprise est une démarche qui se doit d'être réfléchie collectivement afin d'être acceptée par les parties prenantes : le service de santé au travail (SST), le pôle qualité-sécurité-environnement (QSE), l'employeur, le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)... Les modalités de cette démarche de prévention peuvent être incluses dans le document unique, dans la partie dédiée à la prévention des risques. Le règlement intérieur peut également apporter quelques compléments. Il peut mentionner, le cas échéant, les personnes désignées au sein de l'entreprise auprès desquelles le salarié peut trouver recours et conseil s'il le souhaite. L'entreprise peut également rédiger une charte en concertation avec les autres partenaires en présence énonçant précisément les principes et engagements de l'entreprise face aux conduites à risques ou constituer des groupes prévention pour l'éducation et l'information des salariés.

Les médecins du travail ont également un rôle important dans la prévention des conduites à risques. Cependant ils sont de moins en moins nombreux au sein des entreprises. Outre les visites d'embauche et visites périodiques censées évaluer l'aptitude du salarié à son poste de travail, l'employeur peut solliciter une visite spécifique pour ce dernier, si ses performances faiblissent. Cependant, dans ces conditions, le médecin ne proposera pas un diagnostic mais statuera uniquement sur l'aptitude ou l'inaptitude du salarié à son poste de travail. Par ailleurs, cette demande ne peut motiver une sanction (article R. 4624-18 du code du travail).

Le développement de la prévention individuelle des conduites addictives en entreprises

Sylvie Rouault présente son expérience du développement de la prévention individuelle des conduites addictives en entreprise au sein d'un service couvrant 1489 entreprises adhérentes, représentant 10561 salariés et basé à Crest dans la Drôme. Ce service est composé d'un directeur, de deux médecins, deux intervenants en prévention des risques professionnels, deux infirmiers, 4 secrétaires.

Ce projet de développement de la prévention individuelle des conduites addictives trouve son origine dans une demande formulée par deux entreprises et s'inscrit dans le cadre d'un DIU d'infirmier(ère) au travail. Il répondait à un besoin persistant de données épidémiologiques formulé par les tutelles (INPES, OFDT, ORS) et prenait place dans le cadre de la réforme de santé au travail du 20 juillet 2011.

Quant au **contexte problématique**, les consommations de produits psychoactifs sont des facteurs aggravants de risques professionnels. En effet, on observe que 20 à 30 % des accidents du travail sont liés à des conduites à risques (alcool, drogues illicites ou médicaments psychotropes), selon les données du baromètre santé de l'OFDT 2010, la consommation d'alcool étant responsable de 10 à 20 % de ces accidents. De plus, le travail peut potentialiser les conduites addictives. En effet, toujours selon les données du baromètre 2010 de l'OFDT, 36.2% des fumeurs, 9.3% des consommateurs d'alcool et 13.2% des consommateurs de cannabis déclarent avoir augmenté leur prise de substances du fait de problèmes liés au travail ou à leur situation professionnelle au cours des 12 derniers mois.

Au regard du **contexte législatif**, la loi du 20/07/2011 concernant la prévention des risques professionnels individuels et collectifs liés aux consommations de produits psycho actifs est désormais inscrite dans les missions des SST. Par ailleurs, l'article L4622-2 du Code du travail précise que : « *Les SST conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs*

représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de ...prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail... »

Enfin, en termes de « **territoire à risques** », la Drôme se voit dans une situation préoccupante si l'on compare les taux d'hospitalisation liée à l'alcool en France.

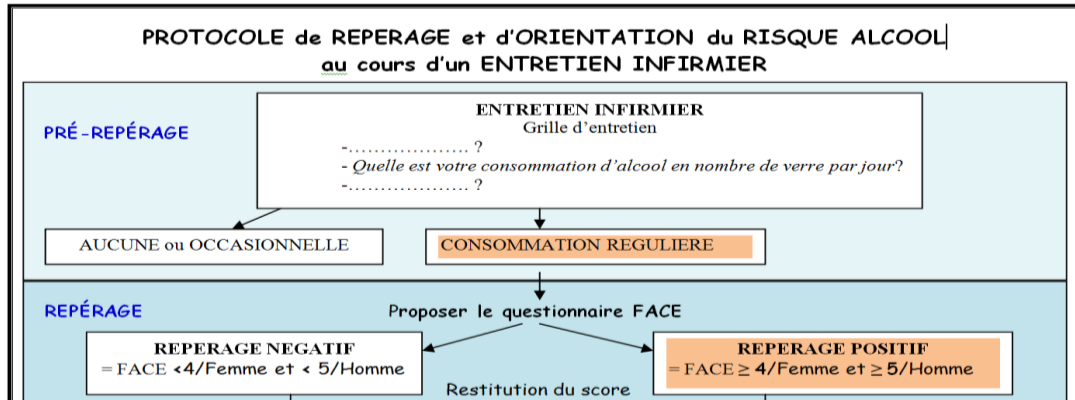
Comment l'infirmière en service de santé au travail interentreprises peut-elle contribuer à la prévention des conduites addictives en milieu professionnel ?

Il existe plusieurs actions susceptibles de participer à ce développement. Il s'agira notamment de développer la prévention collective en participant au développement des AMT en collaboration avec le médecin du travail ou encore de développer la prévention individuelle lors des entretiens infirmiers en réalisant des interventions brèves.

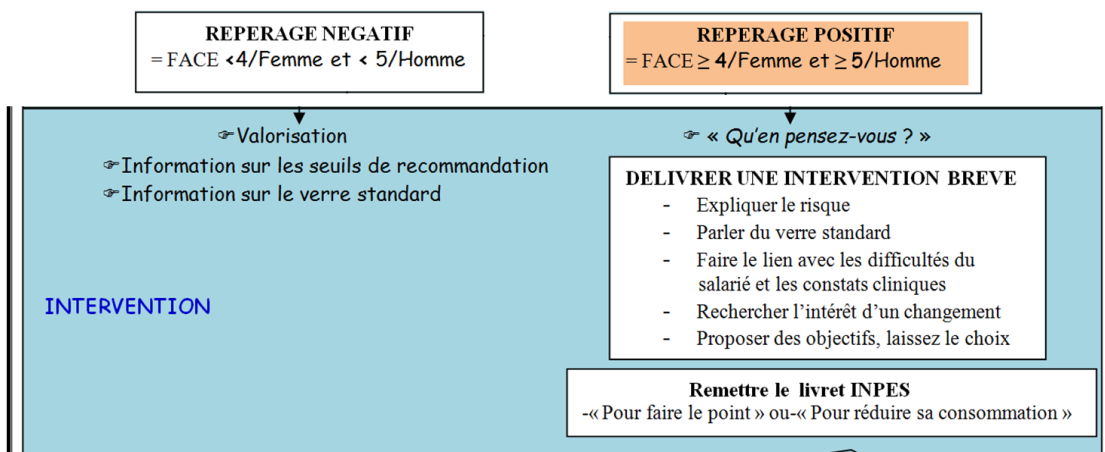
Sylvie Rouault précise qu'elle a été formée au RPIB dans le cadre d'une formation organisée par le RESPADD et assurée par le Docteur Philippe Michaud. Formation qui l'a confortée quant au rôle de l'infirmier(ère) du travail dans le repérage des conduites à risques.

Le bilan des actions réalisées en prévention collective/ AMT est de 5 interventions de 2h réalisées auprès de 14 salariés. Ces actions consistaient en la projection d'un film de 5 mn intitulé « Dépendances et addictions » suivie d'un débat autour de 3 questions : Quels sont les dangers du cannabis ? Quand la consommation d'alcool devient-elle dangereuse ? Qui est responsable lors de l'accident d'un salarié sur son lieu de travail, alors que ce dernier était sous l'emprise d'alcool et/ou de cannabis ? - qui constituent d'ailleurs et c'est important de le noter, - le moment le plus riche en échanges, puis de la présentation d'un diaporama composé d'un propos introductif intitulé « Les addictions, de quoi parle-t-on ? », d'une introduction aux principaux produits et à leurs effets, d'un exposé sur le cadre juridique en vigueur, d'une liste des interlocuteurs vers lesquels se tourner pour en savoir plus et d'un quizz. Un questionnaire de satisfaction individuel et

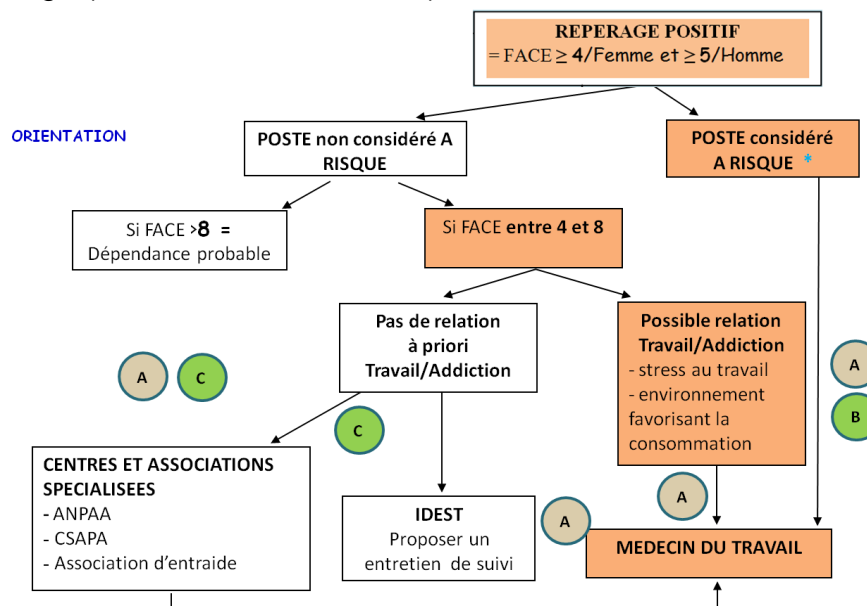
anonyme permettait enfin de mesurer l'adhésion des publics à ces interventions. Ces interventions ayant été par ailleurs l'occasion de la remise individuelle de 3 documents : le questionnaire CAST, le questionnaire AUDIT et un livret d'orientation réalisé par l'ANPAA qui précise les structures



présentes sur le territoire. Le protocole de repérage et d'orientation du risque



alcool est alors présenté dans différentes phases en fonction des résultats du repérage (cf. schémas ci-dessous)



A noter : la notion de **valorisation lors d'un repérage négatif** trop souvent négligée par les soignants est pourtant importante.

Qu'est-ce qu'un poste à risque?

En vérité, le Code du travail ne donne pas de définition précise des postes à risques. On s'accorde cependant pour considérer que les postes à risques sont les postes susceptibles d'exposer les personnes ou les biens à un danger. La jurisprudence se concentre essentiellement sur les postes faisant appel à un véhicule ou des machines dangereuses qui peuvent causer des dommages à des tiers : les conducteurs de véhicules, chauffeurs livreurs, conducteurs de poids lourds, les caristes, les conducteurs de camions transportant des produits inflammables, les conducteurs de bus de la RATP, les agents techniques de chauffage, les postes nécessitant la manipulation de machines dangereuses , les postes nécessitant la manipulation de produits dangereux, les postes nécessitant le port d'armes.

Quels ont été les principaux résultats obtenus ?

En termes de résultats suite aux 800 entretiens réalisés : 53 questionnaires FACE ont été proposés, 129 personnes ont reçu un « conseil minimal » dont 23 étaient positifs soit une proportion de 2,9 %, et 2 personnes parmi celles-ci ont été orientées vers le médecin du travail.

Quelles perspectives pour la prévention individuelle à partir de ces premiers résultats ?

Cette première expérience de repérages systématiques a permis de mettre en évidence un besoin de formation prégnant de tous(te)s les infirmiers(ères)

de santé au travail du service au RPIB, couplée à une formation en interne sur la prévention des usages de cannabis par un médecin du travail addictologue et à une formation individuelle à l'entretien motivationnel. Par ailleurs, un effort s'impose en termes de développement d'une veille sanitaire par la définition d'indicateurs communs tels le nombre de FACE, de CAST et les scores obtenus, le nombre de « conseil minimal », la période et durée de l'arrêt du tabac, les orientations proposées (médecin du travail, service spécialisé, suivi infirmier) et enfin un suivi des indicateurs.

Quels sont les apports essentiels de ce travail de méthodologie et d'organisation du repérage ?

Ce travail a permis de développer la prévention des conduites addictives. Il a par ailleurs favorisé la collaboration entre le médecin et les équipes soignantes, promu les compétences des équipes infirmières et permis une formalisation de leurs modes d'intervention.

Table ronde 2

« L'infirmière scolaire : intérêts et enjeux de la prévention secondaire »

Modérateur : Sylvain Jerabek, directeur du pôle Lyade, ARHM-Lyon

Intervenants :

Véronique Ducard, IDE conseillère technique DASDEN 69

Emmanuelle Estrat, IDE conseillère de santé, lycée de Forez, Feurs (42)

Sylvie Bertrand, IDE conseillère de sante, lycée Ampère, Lyon 2

Sylvain Jerabek présente les différentes structures qui composent le [pôle Lyade](#) et plus globalement les synergies entre les centres accessibles en région Rhône-Alpes susceptibles d'accueillir des jeunes présentant des comportements à risques identifiés comme tels. Structures de type CSAPA « résidentiel » pour le renforcement de l'abstinence post-sevrage, CSAPA ambulatoires pour la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant des comportements de type addictif avec ou sans produits, pôle accueil écoute jeunes « Ecouter et prévenir » qui cherche à soulager la souffrance psychique des jeunes, autant de dispositifs assurant un maillage tenu du territoire. Lyade entend travailler sur un mode collectif et collaboratif. Un partenariat étroit et privilégié relie le pôle Lyade et les établissements scolaires. Pour ne citer qu'une des actions menées dans ce cadre, un travail important a été réalisé avec des lycées de la région pour que les intervenants en addictologie soient identifiés par les étudiants et ainsi faciliter l'accès aux CJC. L'identification des structures existantes, le rapprochement entre usagers et structures de soin constituent certains des axes privilégiés de ces partenariats avec l'Education nationale.

Véronique Ducart apporte des éléments de cadrage quant au rôle de l'infirmière conseillère de santé et plus globalement à celui de l'Education

nationale face aux consommations à risques. Malgré une certaine proximité entre la démarche qui est celle de l'infirmier(ère) au travail et celle de l'infirmier(ère) conseillère de santé, une différence de taille réside dans le fait que les actions s'adressent le plus souvent à des personnes mineures d'où une méthodologie et des axes qui s'en distinguent. Par ailleurs, qu'il (elle) agisse en milieu rural, semi-rural ou urbain, l'infirmier(ère) se voit confronté(e) à un environnement de travail à chaque fois très spécifique (ressources en présence, temps de la consultation, partenaires, isolement...). L'importance du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) est rappelée dans ce contexte. Cette instance s'inscrit dans le pilotage de chaque établissement scolaire du second degré, conformément aux dispositions des articles R 421-46 et 421-47 du Code de l'éducation. Il constitue une instance de réflexion, d'observation et de proposition et conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière d'éducation à la citoyenneté et à la santé et de prévention de la violence, intégré au projet d'établissement. Le CESC organise le partenariat en fonction des problématiques éducatives à traiter. Aussi cette instance confère-t-elle sens et cohérence aux actions menées par les infirmiers(ères) au sein des établissements.

L'infirmière conseillère de santé

Emmanuelle Estrat ouvre son propos en précisant que sa perception du risque en milieu scolaire, ses affinités méthodologiques, son savoir-être et son savoir-faire, sont issus de sa propre expérience, qu'elle ne prétend en aucun cas dresser comme un modèle, mais simplement exposer dans une dynamique de partage et d'échanges de pratiques.

Qu'est-ce qui distingue l'infirmier(ère) en milieu scolaire ?

Un premier constat : l'infirmier(ère) conseillère de santé se voit confronté(e) à des besoins d'élèves bien spécifiques. Il (Elle) exerce au sein d'une équipe pluridisciplinaire sans présence médicale immédiate. Par ailleurs, la

formation initiale des infirmiers(ères) n'est pas suffisante pour qu'ils (elles) parviennent aisément à répondre aux besoins et aux conduites à risques repérés chez les élèves, d'où un besoin prégnant de formation. Emmanuelle Estrat évoque les différentes formations qu'elle a suivies afin d'acquérir une expertise avérée pour prévenir et prendre en charge les conduites à risques au lycée, notamment une approche de la tabacologie à travers le dispositif Education Santé Loire du Codes 42, une formation à l'écoute dans le cadre d'un DU « techniques de relaxation », le RPIB grâce au réseau Loiréadd, et l'entretien motivationnel au sein du CSAPA de Villeurbanne.

Si l'on se réfère aux textes existants venant caractériser le rôle de l'infirmier(ère) de l'Education nationale et au cadre général de ses missions telles qu'elles sont spécifiées dans le bulletin officiel du 25 janvier 2001, on voit bien toute l'ampleur du travail qu'il implique. Ainsi y lit-on que l'infirmier(ère) doit non seulement promouvoir la réussite des élèves par la promotion de leur santé mais aussi participer « plus largement à la politique de prévention du pays en matière de prévention et d'éducation à la santé ». Parmi les actions en direction de l'ensemble des élèves, l'infirmière au sein des établissements scolaires doit « accueillir et accompagner les élèves, organiser les urgences et les soins, dépister, organiser un suivi infirmier, développer une dynamique d'éducation à la santé, mettre en place des actions permettant d'améliorer la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie.

Qu'en est-il de la prévention secondaire auprès des lycéens ?

Elle s'effectue soit à la demande de l'élève qui vient formuler une demande d'aide ou d'accompagnement, vient exprimer un mal-être, des symptômes ou une simple question, avec ses propres mots, soit il s'agit d'une initiative de l'infirmier(ère), soit ponctuelle, soit systématique issue de la demande d'un tiers, famille, élève...

En quelques mots, la consultation infirmière c'est un espace dédié pour le repérage des consommations, les interventions brèves, l'entretien

motivationnel, la promotion des compétences psychosociales, la médiation auprès de la famille et/ou de l'équipe pédagogique, l'orientation de l'élève vers une structure plus adaptée à sa prise en charge, le cas échéant. En ce qui concerne le repérage des comportements à risques, il peut être soit systématique soit spécifique, réponse à la formulation d'une inquiétude. Le questionnaire INPES de pré-consultation sera alors utilisé en amont lors de la proposition de consultation.

La consultation infirmière

Lors d'une consultation, il est important que l'élève ait une idée claire des motivations qui ont mené à cette rencontre, qu'il ait bien conscience de son caractère confidentiel. Au fur et à mesure des échanges, l'entretien doit s'orienter vers l'environnement de l'élève, ses perceptions au regard de sa santé, ses sentiments et son vécu de sa scolarité et s'ouvrir vers ce qui constitue le quotidien de l'élève, ses hobbies, ses passions hors du lycée, ses nouvelles libertés de lycéen. L'entretien permettra également que s'ouvre un espace d'échange autour des consommations de produits, les modes de consommation, les types d'expérimentation, le contexte et la fréquence des usages. L'infirmier(ère) sera alors particulièrement attentif(ve) aux usages et perceptions du risque de l'élève, aux bénéfices attendus de ces usages voire au déplaisir qu'ils peuvent provoquer. Les consommations ici sont entendues au sens large : substances psychoactives mais également alimentation, écrans...Un dialogue avec l'élève peut alors s'ouvrir sur le risque en tant que tel, les tentatives de modération ou d'arrêt, fructueuses ou infructueuses, les freins, les difficultés identifiées, les envies et les doutes de l'élève au regard de ses consommations, dialogue à l'issue duquel des motifs de changement peuvent émerger chez l'élève. Et dans cette hypothèse, l'infirmier(ère) proposera alors un suivi, un accompagnement spécifique, et/ou une orientation vers une structure de prise en charge appropriée.

Emmanuelle Estrat conclut son propos en rappelant la pertinence de l'infirmier(ère) dans le repérage des conduites à risques, du fait de sa

présence quasi constante auprès des élèves lors de leur scolarité. Oui la prévention secondaire est tout à fait envisageable et souhaitable dans le cadre des consultations infirmiers(ères) si l'on s'entend pour y voir une tentative systématique pour réduire les effets des facteurs de risques présents au sein des établissements et pour cela les identifier, les reconnaître, s'y attarder, et tenter d'incliner insensiblement les élèves vers un changement de comportements.

Quelle est la durée moyenne d'une consultation ?

Emmanuelle Estrat essaie d'accorder entre 35 et 45 minutes parfois plus aux étudiants dans le cadre d'une consultation. Pour les cas préoccupants, l'étudiant est-il d'emblée orienté vers une structure de soins ? Pas nécessairement. S'il y a urgence, il y a bien sûr un protocole à suivre. En fonction de son état, il peut rentrer chez lui accompagné de ses parents ou retourner en cours si son état est stable mais, dans ces circonstances, un suivi sera cependant assuré dans la durée. Certes, tous(tes) les infirmiers(ères) en fonction de leur contexte d'exercice ne peuvent accorder autant de temps à chaque consultation. Les lundis et mardis sont parfois sursaturés et on peut observer dans des établissements de taille plus importante, des consultations qui ne dureront guère plus de 7 minutes en moyenne.

Quant au dépistage systématique c'est un objectif que l'infirmier(ère) peut viser mais ce dépistage sera bien évidemment raisonné, progressif et étendu dans le temps.

L'entretien individuel n'est-il pas plus pertinent en contexte scolaire que toute action collective ?

C'est une question difficile. La proximité permise par un entretien individuel est en effet précieuse et souvent essentielle pour que s'établisse une relation de complicité et de confiance. Cependant l'action collective permet que le débat soit restitué dans sa dimension multifactorielle, que soient identifiées

les pressions sociales, les facteurs économiques, politiques et culturels impliqués dans les consommations et comportements à risques. Par ailleurs, décentrer la prévention du dialogue entre l'étudiant et l'infirmier(ère) peut être salutaire et interroger la responsabilité de l'établissement : quand est-il de l'existence de règles et d'un règlement ? Y a-t-il des sanctions en cas de manquements aux règles ? Des équipements sportifs/ récréatifs destinés aux étudiants sont-ils accessibles ? Tous ces éléments participent en quelque façon à « la santé de l'établissement » et peuvent avoir un sens pour comprendre la prévalence ou non de conduites à risques en milieu scolaire.

La prévention des conduites à risques en lycée urbain

Sylvie Bertrand présente son établissement. Celui-ci est composé de 1700 lycéens et 625 collégiens, l'infirmierie étant commune pour les deux établissements. Les habitudes de consultation sont différentes chez les lycéens et les collégiens : plus définies et répondant à un besoin réel chez le lycéen, plus anarchique et sans véritable motif parfois pour le collégien. Aussi a-t-il fallu consentir à la création d'échelons de priorité, et s'attacher à traiter les situations considérées comme urgentes.

Quelles actions de prévention collectives peut-on mettre en œuvre à profit ?

Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) fonctionne relativement bien au sein de cet établissement malgré des tensions parfois pesantes entre les infirmiers(ères) et les assistantes sociales peu enclines à céder leur terrain de prédilection.

L'objectif des interventions infirmières est ici le bien être de l'élève et sa réussite, ces deux finalités étant évidemment imbriquées.

Après avoir tenté d'évaluer les comportements à risques les plus préoccupants, la consommation d'alcool est apparue comme particulièrement prégnante dans cet établissement au regard des autres conduites à risques. Elle a donc constitué la porte d'entrée privilégiée pour réfléchir à des actions de prévention capable de mobiliser les élèves et de

faire évoluer les comportements. Chose assez malaisée, les outils de prévention proposés (*brain storming*, kits vidéo) apparaissant toujours peu ou prou aux élèves comme parfaitement déconnectés de la « vraie vie » (diabolisation des pratiques, dramatisation outrancière et risible...). L'organisation de débats sur les conduites à risques, plébiscitée par les élèves a permis de déclencher un intérêt vif pour ces questions. En pratique, l'élève devenait acteur de sa santé et citoyen en apprenant les réflexes et conduites à observer devant un malaise chez un de ses camarades, à réfléchir sur la meilleure façon de porter secours à autrui, à repérer des conduites à risques...Autant d'outils pragmatiques d'éducation à la santé et à la citoyenneté qui ont su faire leurs preuves.

En quoi consiste alors les entretiens en individuel et quelle est leur fonction ?

Si un élève a été repéré comme passible de mettre sa vie ou celle des autres en danger du fait d'un comportement à risques, une rencontre a lieu avec l'infirmière et toute l'équipe pédagogique qui participera activement à l'accompagnement de l'élève vers un mieux-être et une scolarité plus paisible. Si l'orientation vers un centre spécialisé s'avère nécessaire, elle sera proposée à l'élève, la démarche de soins exposée.

A cet âge où l'élève est encore dans la recherche de sensations immédiates et d'expérimentations, on peut évidemment prévoir une évolution favorable de sa conduite, bien plus évidente que chez des personnes usagères de longue date.

La prévention avec ou sans éthylotest ?

L'utilisation de l'éthylotest ne fait pas l'unanimité : intéressant pour sensibiliser les élèves à leurs consommations et prévenir une conduite à risques en véhicules motorisés, ou superflu, l'élève étant le plus souvent en mesure de savoir s'il a trop consommé et assez ingénieux pour déjouer les mesures de prévention des alcoolisations excessives lors des soirées lycéennes, notamment. Tout se passe en effet parfois comme si, quelles que

soient les précautions prises pour éviter que l'alcool soit abondamment consommé dans ces milieux festifs, les élèves semblent les seuls capables de s'influencer mutuellement et de se responsabiliser pour observer une certaine prudence dans leurs consommations. Il n'y a pas de mode de prévention miracle, seulement des approches plus ou moins fructueuses, l'adhésion de l'élève étant à chaque fois un élément si ce n'est suffisant du moins nécessaire à leur succès.

Pour en savoir plus sur les orientations pour une politique éducative de santé dans les territoires académiques, consulter les textes [ici](#)

Pour en savoir plus sur la mise en place d'actions de prévention en établissements scolaires, consulter le rapport [ici](#)

Table ronde 3 :

« La place de l'IDE dans les dispositifs de spécialisés en addictologie »

Modérateur : Caroline Guiguet, déléguée régionale Rhône Alpes adjointe de la Fédération Addiction

Intervenants :

Didier Régis, Société d'entraide et d'action psychologique – SEDAP, Dijon

Carole Devun, centre Rimbaud, Saint-Etienne

Sandra Vallon, service d'addictologie, CH de l'Arbresles

Isabelle Devaux, service d'addictologie, CH de l'Arbresles

La prévention des risques au sein des centres d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues licites ou illicites (CAARUD) est présentée par Didier Régis et Carole Devun. Suite à un bref historique des avancées législatives, à l'issue desquelles paraît en 2005 un décret inscrivant la réduction des risques comme politique nationale de santé publique donnant naissance aux CAARUD, les objectifs et modes d'action des CAARUD se sont développés.

Quelles sont les modalités d'accueil et d'intervention en CAARUD ?

L'accès au CAARUD est anonyme et gratuit. L'accueil a lieu au sein de permanences fixes et régulières ou sur rendez-vous soit à l'initiative d'un tiers soit par la médiation d'actions de proximité.

Quels sont les domaines d'intervention de la réduction des risques au sein des CAARUD ?

Toute personne peut y trouver des conseils avisés concernant les phases de consommation, l'hygiène de vie, le suivi médical et les droits sociaux. Les

infirmiers(ères) interviennent quant eux (elles) plus spécifiquement sur les produits (composition, risques) et les pratiques (consommation à moindres risques, risques en lien avec les pratiques de consommation). Ainsi des informations y sont disponibles notamment quant à la composition de drogues issues de coupages ou à l'existence de « faux produits » qui auront des effets secondaires non négligeables. Beaucoup d'information utile pour la réduction des dommages y sont transmises : la consommation d'alcool peut potentialiser les effets des médicaments utilisés comme produits de coupage, il est impossible de reconnaître un vrai comprimé d'ecstasy d'un faux comprimé sans analyse en laboratoire. Certains mélanges sont antagonistes : ainsi en est-il des mélanges cocaïne + ecstasy ou héroïne + kétamine qui entraînent parfois une augmentation des overdoses et peuvent générer des accidents...

Quelle est la particularité de l'accompagnement de rue ?

La mission du centre Rimbaud à Saint Etienne s'appuie sur certaines valeurs comme la non-discrimination, la neutralité, le non-jugement, la bienveillance. Il s'agit de faire réfléchir les usagers plutôt que de chercher à les convaincre. Il s'agit d'aller vers les personnes, et cette notion d' « aller vers » est essentielle, aller vers les personnes où elles se trouvent, et où elles se situent dans leurs consommations. On peut y trouver notamment du matériel d'injection à moindre risques. L'accueil est anonyme et gratuit, c'est un accueil à *bas seuil d'exigence*. Il s'agit de se mobiliser au plus près des réalités des usagers de drogues, être côte à côte, les accompagner vers un mieux-être global et tenter de réduire les dommages possibles liés à leurs consommations.

Les personnes rencontrées sont des personnes en situation de grande précarité, souvent isolées, déliées socialement, en errance. Les jeunes gens sont le plus souvent en rupture familial, d'autres errent avec leur sac à dos et s'attardent un peu dans la ville, d'autres encore sont des consommateurs de longue date, parfois sans domicile, marginaux et porteurs de comorbidités psychiatriques.

La « maraude »

Au centre Rimbaud à St Etienne, la maraude a lieu en binôme, un éducateur spécialisé et un(e) infirmier(ère). Ce binôme va à la rencontre des gens dans l'espace public, dans les squats parfois ou à domicile. Ils veulent avant tout être identifiés et aussi repérer les personnes qui pourraient trouver un recours dans le CAARUD. Lorsque la rencontre a lieu, vient le temps de l'approvisionnement, la construction d'une relation de confiance. Cette rencontre dépasse le stade de la réduction des risques et de l'accompagnement médical, c'est cela et plus encore, c'est le long chemin qui peut parfois conduire à une véritable « réhabilitation sociale », à l'acceptation d'un traitement de substitution voire à un sevrage. Une personne ayant été privée de droits, de toit pendant parfois plusieurs années a besoin de nouveaux repères, d'un accompagnement dans la durée pour des besoins allant des premiers soins à des démarches administratives auprès des CAF, de l'Assurance maladie... Accompagnées ces personnes sont plus susceptibles d'être mieux reçues, d'être confortées dans la réussite de ces démarches, de croire en la possibilité d'une recouvrance médicale et sociale et de persévérer.

Quelle est la philosophie de la réduction des risques ?

La réduction des risques donne tout son sens à la notion de libre choix. Elle tente d'appréhender la personne tout entière comme évoluant dans un environnement complexe et multifactoriel (sociologique, culturel, biologique, psychologique). Elle cherche à pourvoir l'utilisateur des outils nécessaires pour prendre lui-même des décisions éclairées au regard de ses désirs, doutes et de ce qui lui apparaît comme essentiel dans son projet de vie.

Quels sont les principales avancées issues de la réduction des risques ?

Les nouvelles infections à VIH liées à des consommations de drogues ont vu leur prévalence décroître significativement.

On observe une amélioration nette de l'accès des usagers aux dispositifs socio-sanitaires et thérapeutiques pour près de 65 % des usagers contre 10 % en 1990.

Pour l'année 2008 on recensait moins de 100 overdoses contre plus de 600 en 1994.

L'intervention en équipe d'addictologie

Isabelle Devaux et Sandra Vallon travaillent toutes deux dans un service de sevrage au centre hospitalier de l'Arbresles. Il est composé de 15 lits.

Les patients y sont adressés le plus souvent soit à la demande d'un médecin de l'établissement soit à la demande d'un médecin addictologue.

A son arrivée, un projet de soin est élaboré avec le patient afin qu'il soit véritablement partie prenante et moteur dans cette démarche. C'est un premier travail de motivation effectué avec le patient et en cela, une première démarche de soin. Ce contrat donne des repères au patient, c'est un engagement du patient et de l'équipe soignante dans le soin. C'est aussi pour le patient parfois en situation de marginalité la possibilité de retrouver une certaine hygiène de vie. Le respect des horaires l'hygiène alimentaire, la non-consommation de produits dans l'établissement participent à la redéfinition d'un cadre de vie structurant pour ces personnes.

Si le patient accepte ce contrat, c'est cette fois le cadre de soins qui lui sera explicité : comment se déroule le séjour ? Quels seront les soins prodigués ? Quelle en sera la durée ? Il s'agit d'hospitalisation programmée. Ainsi pour un sevrage des consommations d'alcool, d'héroïne, de cocaïne, les soins dureront 15 jours. Pour un sevrage des consommations de benzodiazépine ou de cannabis, la durée préconisée sera de 21 jours.

Comment s'effectue la prise en charge du patient ?

La prise en charge peut s'effectuer par groupes à travers des ateliers thérapeutiques animés par des médecins, psychologues, infirmiers(ères) mais aussi des groupes de parole ainsi qu'une prise en charge individuelle avec les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, psychiatres, assistantes sociales.)

Quelle sera plus spécifiquement le rôle de l'infirmier(ère) dans le service ?

L'infirmier(ère) accueille le patient. Elle lui fait part des modalités de déroulement du soin. C'est un premier lien particulièrement important parce qu'il décidera aussi de l'adhésion ou non du patient au protocole. L'écoute et la qualité de l'accueil sont en effet primordiales. Le séjour, les moyens mis en œuvre dans l'établissement pour la prévention des risques, les étapes du cheminement dans le soin (observance, adhésion). Les infirmiers(ères) ont également un rôle à jouer dans le sevrage physique. Dans le cadre d'un sevrage des consommations d'alcool, les patients rejoignent souvent le service alors qu'ils sont sous l'emprise de l'alcool. Il s'agit alors de réfléchir à la nécessité d'un protocole de perfusion, d'un test urinaire, ou de bandelettes urinaires pour repérer les conduites à risques.

Par ailleurs, et c'est ici rappeler la notion de coordination attachée à leur fonction, les infirmiers(ères) apportent leur expertise aux équipes pour les aider à repérer les comportements d'usage nocif et/ou de dépendance des personnes se présentant aux urgences ou hospitalisées, quel que soit leur motif d'hospitalisation. Enfin, il leur appartient également de développer des liens avec tous les acteurs intra et extra hospitaliers (travail en réseau en amont et en aval de l'hospitalisation) pour assurer la continuité de leur action dans le temps.

Conclusion :

Phuc Nguyen, délégué régional du RESPADD, région Rhône-Alpes

Phuc Nguyen ne cache pas sa satisfaction au regard de la richesse des échanges et de la pluralité des perspectives envisagées lors de ces échanges. Il rappelle à quel point l'infirmier(ère) est devenu(e) incontournable en addictologie et à quel point la coordination, le partage des connaissances et le transfert des compétences sont plus que jamais au cœur de l'optimisation des actions de prévention et de prise en charge des conduites à risques. Phuc Nguyen remercie l'ensemble des participants et des intervenants et espère que cette journée leur a été aussi profitable et riche d'enseignements qu'elle l'a été pour lui.