



Dispositif : Référents Addictologie au Centre hospitalier Le Vinatier





Pourquoi ?



Objectif ?



Comment ?



En pratique ?



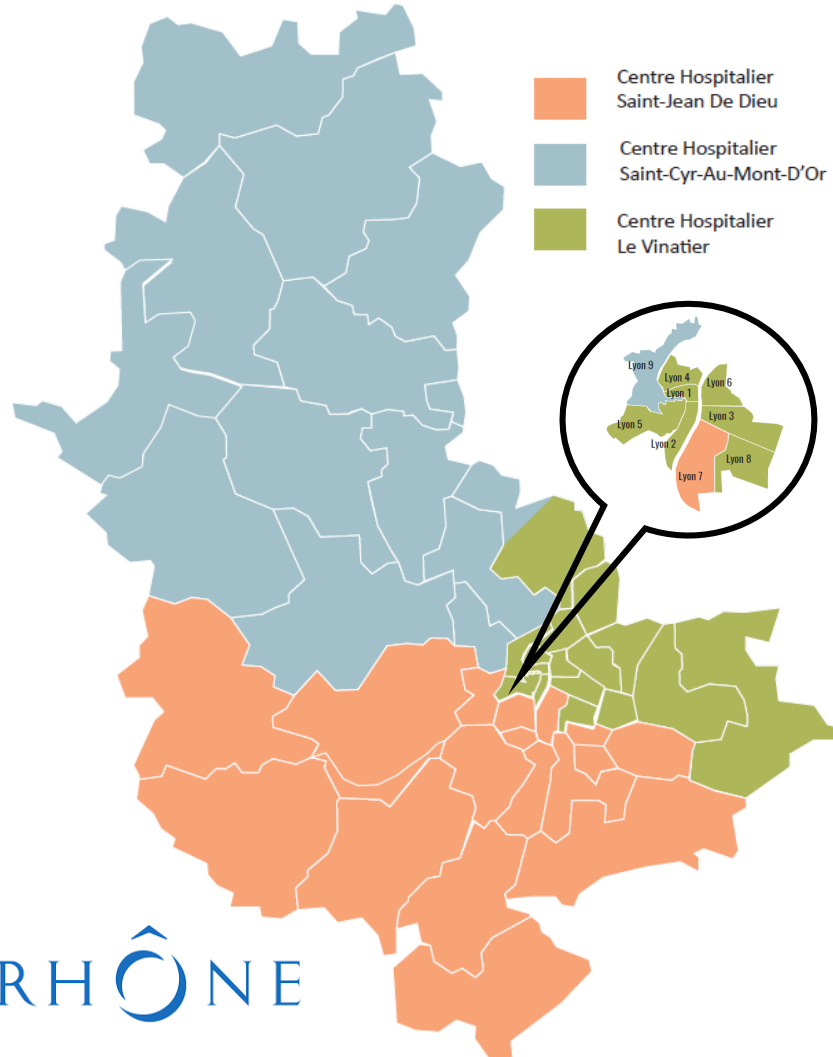
Conclusion...



L'hôpital en quelques chiffres

Journée d'étude « Accompagner l'intégration des approches psychiatriques et addictologiques pour les pathologies duelles » - 27 janvier 2022 - soutenue par





- Centre Hospitalier Saint-Jean De Dieu
- Centre Hospitalier Saint-Cyr-Au-Mont-D'Or
- Centre Hospitalier Le Vinatier

Soit 793 656 habitants :

- ↳ Soit 46,4% de la population Rhodanienne
- ↳ Pour 15% du territoire de Rhône
- ↳ Le territoire de l'hôpital est composé de 7 arrondissements lyonnais, des communes de l'Est lyonnais et d'une partie des communes de la vallée de la Saône. Il s'agit donc d'un territoire essentiellement urbain, avec quelques zones de type semi-rural.

RHÔNE

LE DÉPARTEMENT



L'hôpital en quelques chiffres

Les Professionnels de santé au service des patients : 2595,66 ETP

- . Personnel médical : 173,30 ETP
- . Personnel non médical : 2422,36 ETP

Les structures et équipements

- . 33 CMP
- . 33 CATTTP
- . 638 lits d'hospitalisation à temps complet
- . 232 places d'hôpital de jour
- . 3 places d'hôpital de nuit
- . 40 lits de médecine
- . 15 lits de soins de suite et de réadaptation

Le plateau médico-technique

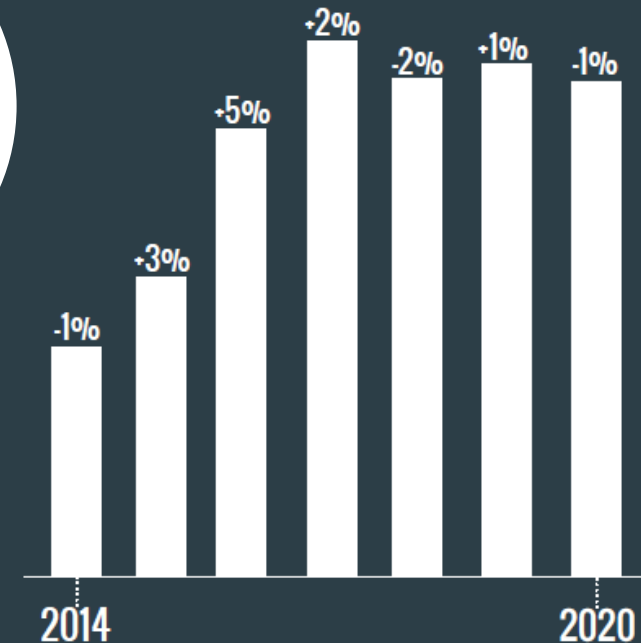
- . Un service de radiologie
- . Un service d'odontologie
- . Un service de stimulation magnétique transcranienne
- . Une unité d'électro-convulsivo-thérapie
- . Une unité d'exploration hypnologique

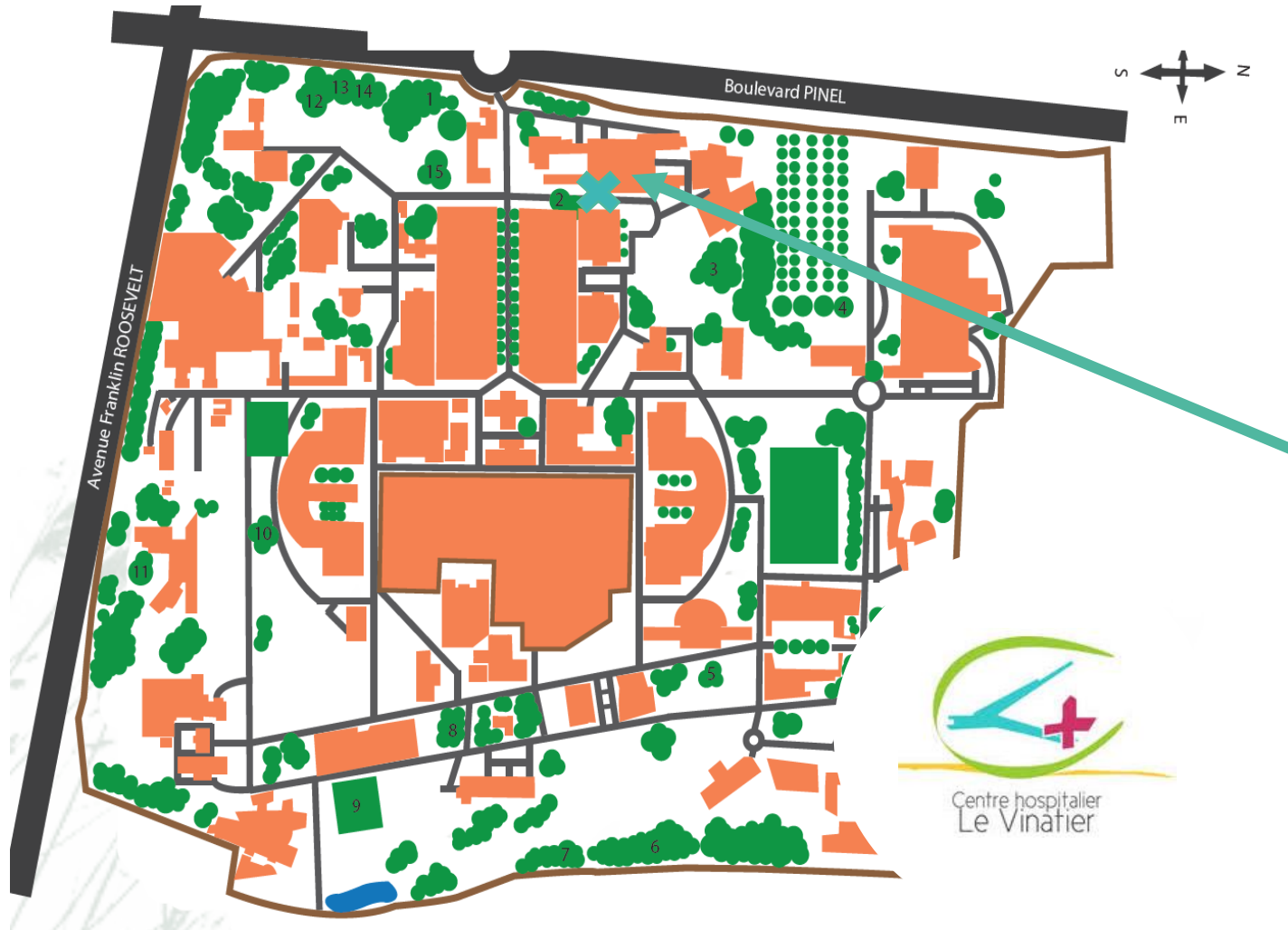


La file active

En 2020, le Centre Hospitalier Le Vinatier a accueilli 26 318 patients de tous âges :

- . 3 582 patients à temps complet
- . 2 164 patients à temps partiel
- . 24 605 patients suivis en ambulatoire







ELSA

**Equipe de Liaison
et de Soins en
Addictologie**

**Secrétaire (0.5 ETP)
Infirmière (1 ETP)
Assistante sociale (0.5
ETP)
Psychologue (0.5 ETP)
PH Addictologue (0.6 ETP)**

Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie



Pourquoi ?



Objectif ?



Comment ?



En pratique ?



Conclusion...



Stratégie nationale
de santé
2018-2022

REDUIRE LES PREVALENCES DES PRATIQUES ADDICTIVES (TABAC, ALCOOL, SUBSTANCES PSYCHOACTIVES LICITES ET ILLICITES, ADDICTIONS SANS SUBSTANCES) ET LEURS CONSEQUENCES NOCIVES

La consommation de substances ou le recours à des pratiques ayant une interaction avec le fonctionnement du cerveau concernent la très grande majorité de la population. Ces pratiques peuvent entraîner des conséquences graves (accident après alcoolisation, surdose mortelle) et chroniques (addictions et maladies chroniques). En dépit de progrès indéniables dans ce domaine, une épidémie active d'hépatites virales de type C persiste chez les usagers injecteurs de drogues, avec une prévalence biologique du VHC de 64 %.

Les politiques publiques doivent donc viser à réduire le nombre de personnes souffrant d'une addiction, à aider ces personnes à mieux vivre et sortir de leur dépendance et à prévenir les accidents aigus et les maladies induites par ces substances (cancers, maladies cardiovasculaires, maladies infectieuses). Les usages ou pratiques problématiques sont marqués par d'importantes inégalités sociales de santé. La mise en place d'un parcours de santé « addictions » doit permettre d'offrir aux personnes le nécessitant, une offre adaptée de prévention, de réduction des risques et de prise en charge sanitaire et sociale tout au long de la vie.



Stratégie nationale de santé 2018-2022

- **Réduire** l'accessibilité des substances, en particulier pour les plus jeunes, notamment en agissant sur la fiscalité (tabac, alcool...)
- **Dénormaliser** les usages nocifs, notamment par le biais de campagnes de communication fortes et innovantes et par l'évolution des espaces publics (lieux sans tabac)
- **Améliorer** les pratiques professionnelles de repérage précoce, de prise en charge et de réduction des risques et des dommages (réduction des risques à distance, salles de consommation à moindre risque, accompagnement des événements festifs...)
- **Faciliter** l'accès à une prise en charge en soutenant les démarches d'arrêt (Moi(s) sans tabac, accès facilité aux traitements de substitution et de sevrage) et en améliorant la fluidité des parcours
- **Réduire** les inégalités sociales de santé par des stratégies ciblant les populations vulnérables (jeunes, femmes enceintes, travailleurs pauvres, personnes sans domicile, personnes incarcérées....)



Labels	Questions	Modalités de réponses	Consignes
Indicateur : Prise en charge des addictions			
Dans l'ensemble du dossier du patient, rechercher, dans les 7 jours après l'admission (J0), les éléments suivants :			
ADD_1	Repérage de la consommation actuelle de tabac	O 1. Oui : patient fumeur. O 2. Oui : patient non-fumeur. O 3. Non, avec justification O 4. Aucune information retrouvée	
ADD_1_1	Proposition d'aide à l'arrêt de la consommation du tabac <i>Rechercher au cours de l'ensemble du séjour</i>	O 1. Oui O 0. Non	

Labels	Questions	Modalités de réponse
ADD_4	Traitement habituel : prescription de benzodiazépines ou apparentés	O 1. Oui O 2. Non O 3. Ne sait pas
ADD_4_1	Bilan des prescriptions de benzodiazépines ou apparentés	O 1. Oui O 0. Non
ADD_5	Repérage de la consommation d'autres substances addictives <i>A titre descriptif (n'entre pas dans le calcul de l'indicateur)</i>	O 1. Oui O 2. Non, avec justification O 3. Aucune information retrouvée

comprenant notamment les cathinones (méphédronne, méthyone, MDPV, NRG...) et les cannabinoïdes de synthèse :

- les hallucinogènes dont la LSD et les champignons hallucinogènes ;
- le gamma-hydroxybutyrate (GHB), le gamma-butyrolactone (GBL) ;
- la kétamine ;
- les solvants volatils.

Le repérage peut prendre la forme d'un bilan biologique



HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

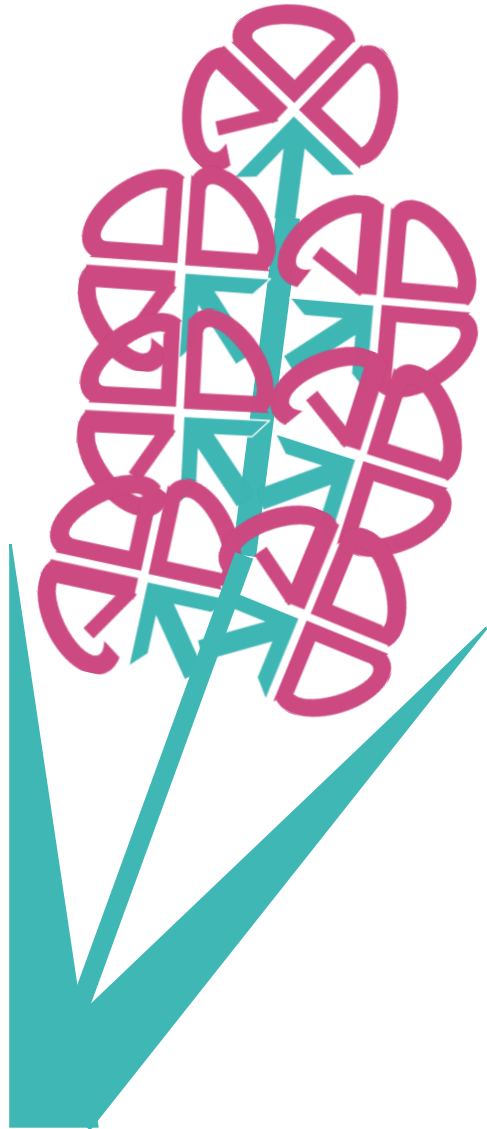
Développement des nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins en psychiatrie et santé mentale

Labels	Questions	Modalités de réponses	Consignes
ADD_2_1	Proposition d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool <i>Rechercher au cours de</i>	O 1. Oui O 0. Non	<p>Cocher « Oui » si au moins une proposition d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool est retrouvée sur l'ensemble du séjour.</p> <p>Cocher « Non », si aucune proposition n'est retrouvée OU si l'information est illisible</p> <p>Remarques : La proposition d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool peut notamment prendre la forme de : - intervention brève concernant la réduction de la consommation ou l'arrêt d'alcool (information sur les risques concernant la consommation de l'alcool, échange sur l'intérêt personnel pour réduire ou arrêter la consommation de l'alcool, explication sur les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation d'alcool) ; - proposition d'un accompagnement, d'une aide au sevrage... ; - traitements d'aide au maintien de l'arrêt de l'usage.</p> <p>Cocher « Oui : consommation » s'il est indiqué que le patient consomme du cannabis Cocher « Oui : pas de consommation » s'il est indiqué que le patient ne consomme pas de cannabis Cocher « Non, avec justification » s'il est tracé qu'aucun repérage n'a pu être réalisé, avec une justification de sa non-réalisation</p> <p>Les justifications peuvent être de plusieurs natures : refus du patient, état psychiatrique et/ou somatique ne permettant pas ce repérage (violence, agitation, absence d'échange verbal, autre).</p> <p>Cocher « Aucune information retrouvée » si aucun repérage n'est retrouvé et sans justification de sa non-réalisation OU si l'information est illisible</p> <p>Remarques : Le repérage peut être réalisé au travers de différents moyens : - utilisation d'échelle (CAST) ; - présence de commentaires sur le statut du patient vis-à-vis du cannabis, sans utilisation d'échelle (ex. patient consommant du cannabis/patient ne consommant pas de cannabis, consommation de cannabis/pas de consommation de cannabis...); - Bilan biologique</p> <p>(HAS, Rapport d'élaboration, Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève: alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, Novembre 2014)</p>
		O 1. Oui : consommation O 2. Oui : pas de consommation O 3. Non, avec justification O 4. Aucune information retrouvée	<p>Cocher « Oui » si au moins une proposition d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation de cannabis est retrouvée sur l'ensemble du séjour.</p> <p>Cocher « Non », si aucune proposition n'est retrouvée OU si l'information est illisible</p> <p>Remarques : La proposition d'aide à l'arrêt ou la réduction de la consommation de cannabis peut notamment prendre la forme de : - intervention brève concernant la réduction de la consommation ou l'arrêt de cannabis (échanger sur les bénéfices à diminuer ou arrêter la consommation, proposer des repères pour la réduction) ; - proposition d'un accompagnement ;</p>
		O 1. Oui O 0. Non	<p>Cocher « Oui : consommation à risque » s'il est retrouvé au moins un repérage de la consommation d'alcool à risque, nocive, épisodique massive et/ou une dépendance.</p> <p>Cocher « Oui : pas de consommation à risque » s'il est retrouvé au moins un repérage de la consommation effective d'alcool mais qu'elle n'est pas à risque ou si non-consommation.</p> <p>Cocher « Non, avec justification » s'il est tracé qu'aucun repérage n'a pu être réalisé, avec une justification de sa non-réalisation</p> <p>Les justifications peuvent être de plusieurs natures : refus du patient, état psychiatrique et/ou somatique ne permettant pas ce repérage (violence, agitation, absence d'échange verbal, autre).</p> <p>Cocher « Aucune information retrouvée » si aucun repérage n'est retrouvé et sans justification de sa non-réalisation OU si l'information est illisible</p> <p>Remarques : - Le repérage de la consommation peut être réalisé au travers de différents moyens : o Utilisation d'échelles (FACE, AUDIT C, AUDIT, CAGE-DETA, MAST) ; o Présence de commentaires sur le statut du patient vis-à-vis de l'alcool ; sans utilisation d'échelle (ex. patient consommant de l'alcool/patient ne consommant pas d'alcool, consommation d'alcool/pas de consommation d'alcool...).</p> <p>- La consommation est dite « à risque » quand l'habitude de consommer de l'alcool risque de retenir sur la santé, physique et/ou psychique, et/ou d'avoir des répercussions dans le domaine social ou relationnel, on parle alors de dommages physiques, psychiques ou sociaux.</p> <p>- La consommation est dite « nocive » quand elle s'accompagne de dommages physiques, psychiques ou sociaux.</p> <p>- La consommation épisodique massive est définie comme une consommation de plus de 60g (soit 6 unités standard) d'alcool en moins de 2 heures.</p> <p>- La dépendance à l'alcool est définie par la perte de contrôle de sa consommation d'alcool quand 2 des 6 points proposés sont présents : o tolérance accrue ; o syndrome de sevrage en cas de diminution ou d'arrêt de consommation ; o persistance de la consommation malgré les conséquences et les conseils ; o obsession vis-à-vis de l'alcool ; o consommation incontrôlable ; désir puissant ou compulsif de consommer de l'alcool.</p> <p>(HAS, Rapport d'élaboration, Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève: alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, Novembre 2014)</p>



culture

ADDICTION



Développer une
culture
en addictologie

Au



Centre hospitalier
Le Vinatier



Pourquoi ?



Objectif ?



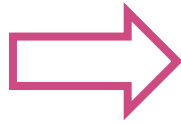
Comment ?

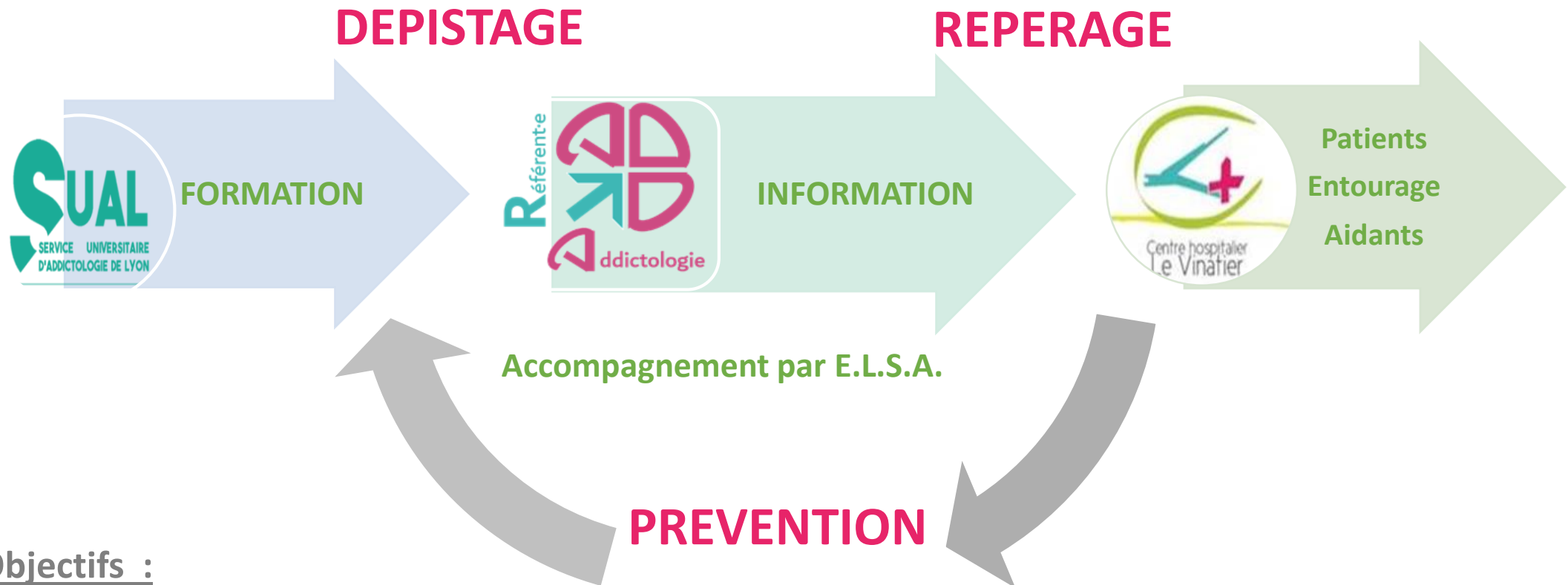


En pratique ?



Conclusion...





Objectifs :

- Compétences techniques et/ou Comportementales à acquérir ou améliorer.
- Faciliter l'adéquation entre le SUAL et les lignes de soins des différents services.
- Institution : développer une culture commune en addictologie.



Pourquoi ?



Objectif ?



Comment ?

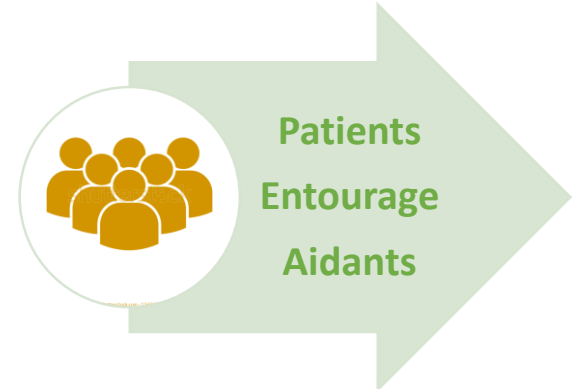
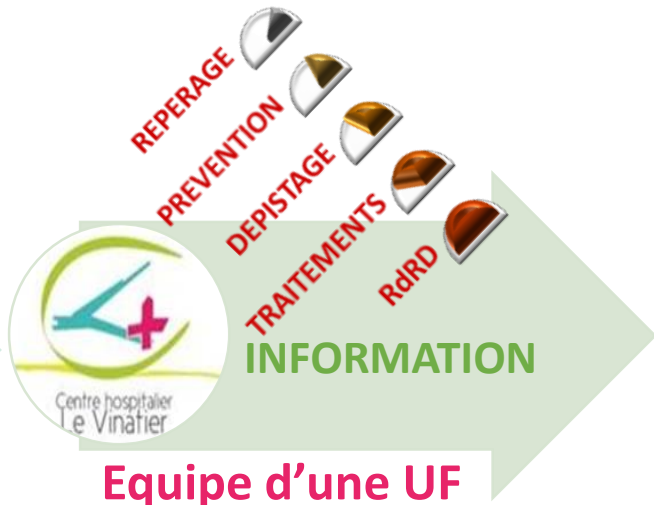


En pratique ?



Conclusion...





X 35





Désigné par les cadres des UF (sur la base du volontariat, motivation et de compétences listées dans la fiche de mission IRA.)

35



Mises à jours des listes et inscription dans le dispositif des nouveaux IRA : turn over des infirmier sur le CHV...

Référente
Addictologie



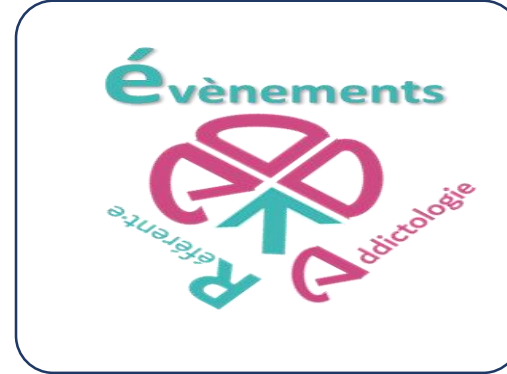
Accompagner individuellement les IRA dans leurs missions auprès de leurs équipes.



Mobilisé de groupe IRA



Faire reconnaître et valoriser les compétences des IRA



Lettre d'information des Référent.e en Addictologie

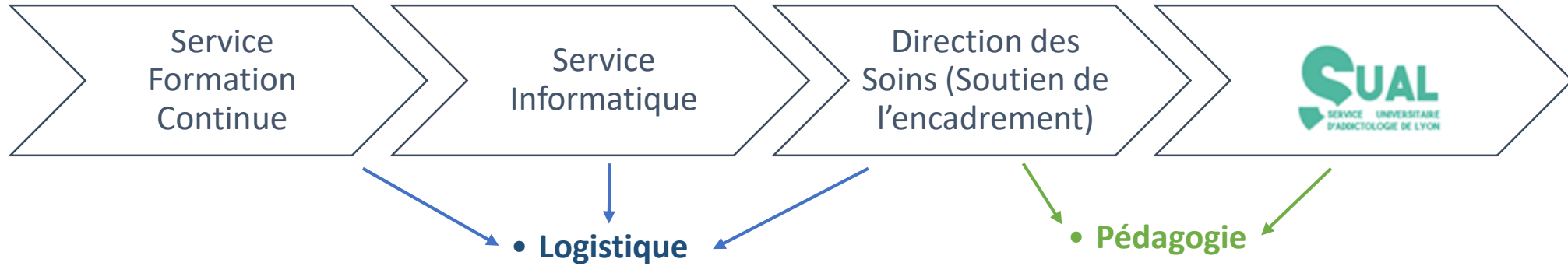
- Choix éditorial (Sujets/Chroniques...)
- Comité de rédaction
- Comité de relecture
- Illustration / présentation
- Comité scientifique

- Choix des sujets
- Organisation logistiques
- Présentations
- Convivialité

- Organisation d'évènement sur CHV
- Veille des appels à projets (ARS/recherche...)
- Adaptation ou création projet au CHV
- Recherche de partenaires

Comité de Lutte contre les Addictions et Prévention

- Rédaction du règlement interne (Utilisation, détention de substance au CHV)
- Harmonisation des pratiques des UF (attitudes de dépistages, protocole en cas produit trouvé au CHV...)



- 
- Formation initiale : 8h (Dispensée tous les 6 mois aux nouveaux IRA)
- 
- Journée des IRA : 8h tous les 3 mois
- 
- Addict' HEURE : 1h (présentiel ou visioconférence / podcast) approfondir, réactualiser ses connaissances
- 
- Forum de discussions des IRA
- 
- Documentations communes : (cortexte / blue kango / Disque dur G)



? Infirmier Référent en addictologie » ?

OUI
MAIS
non

En fait non ... On ne va pas
les dénommer ainsi !



Pourquoi ?





Chez les paramédicaux, en particulier chez les infirmier(ière)s, la référence est une « veille histoire ».

Elle est connue sous 2 angles différents :



A – Le référent du patient, soignant assurant le suivi privilégié d'un patient donné durant son parcours de soins;



B – Le référent d'une modalité de Prise En Charge, soignant plus spécialisé que ses collègues dans une modalité particulière de Prise En Charge Patient.



A /

- ↳ Concernant la première acception du terme référence infirmière il s'y est dorénavant substitué la notion de « case manager », un professionnel de santé se chargeant tout au long du parcours de soins du patient de coordonner les interventions de santé réalisées pour et avec une personne concernée.
- ↳ Le case-manager assure une prise en charge holistique des « intérêts » du patient, dans la totalité des dimensions de cette Prise En Charge.



B/

- ↳ La notion de « référence addictologique » faisait elle plutôt appel au second sens « historique » de l'acception de « référence ».
- ↳ Il s'agit, dans ce cas, d'un professionnel de santé plus particulièrement formé à la thématique spécifique (en l'occurrence ici l'addictologie).
- ↳ Il s'agit également d'un « soignant » ayant un tropisme pour cet aspect de la prise en charge d'une patientèle, car, in fine, on ne fait vraiment bien que ce pour quoi on développe un réel intérêt professionnel et personnel!



Rançon du succès de cette référence par tropisme et compétences, c'est le fait d'en avoir probablement abusé au sein de nos établissements hospitaliers !

C'est ainsi qu'au fil des années, nous avons vu « fleurir » les références infirmières :

- Référent douleur
- Référent nutrition
- Référent sport adapté
- Référent Education Thérapeutique
- Etc...



Les managers (médecins responsables de pôle ou de services, cadres supérieurs de santé, cadres de santé) craignent que les professionnels désireux de se spécialiser dans un domaine précis du soin perdent leur polyvalence et/ou refusent à terme de « pratiquer leur art » avec l'aspect généraliste qu'impose l'exercice infirmier à l'hôpital.



C'est pourquoi, dans un contexte de ressources humaines en pleine attrition, en particulier un environnement en ressources humaines où les infirmier(ère)s se font de plus en plus rares dans nos hôpitaux, la notion d' « infirmier(ère)s référent(e)s agit managérialement comme un « repoussoir ».



De plus, la « référence infirmière » dans son acception ancienne porte en germe un autre risque.

Puisqu' « untel » est le spécialiste paramédical du domaine, par exemple la Prise En Charge addictologique, cela « devient son affaire », et les autres paramédicaux, non seulement lui « laisse la main » mais se désintéresse totalement du domaine dont un de leur collègue est « LE spécialiste »...



C'est pourquoi, dans la Prise En Charge paramédicale, des problématiques d'addictologie au Centre Hospitalier le Vinatier, nous ne parlerons pas d' « infirmier (ère) référent (e) en addictologie », mais ...

« d'Ambassadeur de la Prise en Charge addictologique »



De quoi il s'agit ?

Qui est cet « Ambassadeur » ?

Quel est son rôle ?



- ↳ **L'infirmier(ère) qui se destine à être, au centre Hospitalier le Vinatier, « Ambassadeur addictologie » est avant tout un professionnel paramédical ayant un tropisme pour l'addictologie.**
- ↳ **Une fois encore, dans le domaine éminemment humain du soin, l'intérêt particulier pour une thématique spécifique de santé est le gage d'un engagement plein et entier du professionnel paramédical.**



Le rôle de ces infirmier(ère)s « Ambassadeurs addictologie » N'en est pas moins fondamental ...



Le Centre Hospitalier le Vinatier est un établissement hospitalier de taille importante, avec une file active dense.

Comme vous avez pu le constater, dans le début de cette présentation, l'équipe de l'ELSA est quantitativement une petite équipe.

L'ELSA a des mission de repérage, de Prise En Charge directe des patients et de réorientation de ceux-ci.

L'ELSA a aussi une mission de formation des équipes et une mission d'éducation thérapeutique.



Remplir toutes ces tâches, dans un établissement où l'on décompte 15 000 venues annuelles aux urgences, est absolument inenvisageable avec une équipe paramédicale quantitativement réduite.

L'ELSA doit donc, au plan paramédical, être secondé sur l'établissement pour mener à bien sa mission.

Comme cela a pu être indiqué précédemment, l'erreur à ne pas faire est de tenter de déporter « structurellement » une charge de travail procédurée et exclusive en addictologie, en « captant » dans les autres pôles des infirmier(ère)s qui ne feraient QUE de l'addictologie au « bénéfice de l'ELSA ».



Ce qui a par contre une chance d'être opérant, au plan infirmier, ce n'est donc pas la référence infirmière en addictologie, mais le rôle largement disséminé **d'AMBASSADEUR** !

Ces **AMBASSADEURS** restent des infirmier(ère)s polyvalents et ne s'extraient pas de leurs missions communes au sein des pôles cliniques dans lesquels ils sont affectés.

Nous avons essayé la référence infirmière, en addictologie, mais aussi pour d'autres problématiques (ex : infirmier(ère)s référents douleur), et cela ne s'est jamais montré ni opérant, ni efficace !



« **L'Ambassadeur en addictologie** », C'EST un infirmier (ière) qui a :

- ↳ Un tropisme personnel pour l'addictologie;
- ↳ Une formation plus poussée que celle de ses collègues « généralistes » en addictologie;
- ↳ Un savoir sur les pathologies comorbides et les co-occurrences;
- ↳ Une bonne connaissance des différents traitements existants;



« **L'AMBASSADEUR** en addictologie », C'EST un infirmier (ière) qui a :

- ↳ *Une capacité à repérer les signes symptomatiques d'une pathologie addictive;*
- ↳ *Une capacité pédagogique;*
- ↳ *Une capacité à transférer à ses pairs, en proximité, ses compétences et à s'assurer de l'effectivité de ce transfert.*



Les infirmier(ière)s « **AMBASSADEURS** en addictologie » :

- ↳ *Diffusent une culture addictologique commune sur l'établissement ;*
- ↳ *Font office de « pilier » dans l'équipe, sans être le « spécialiste qui fait », mais en réalisant l'acculturation de leurs pairs (au sens d'un(e) infirmier(ière) facilitant l'adaptation d'une équipe paramédicale à une nouvelle culture) ;*
- ↳ *Diffusent plus harmonieusement les informations, de par leur meilleure connaissance du réseau addictologique interne à l'établissement.*



↳ **Ce bon connaisseur de l'addictologie, cet « ambassadeur », c'est celui qui :**

- ∞ Informe ses collègues dans le domaine spécifique;
- ∞ Sensibilise à la Prise En Charge addictologique;
- ∞ Promeut les évènements dans le domaine, qu'ils soient nationaux ou locaux (« journée sans tabac », « Dry January », Journée locale de l'addictologie au sein de l'hôpital, etc.);
- ∞ Harmonise les pratiques paramédicales dans le domaine;
- ∞ S'assure de la bonne traçabilité dans le domaine au sein du dossier patient;
- ∞ Collecte les data utiles à la Prise En Charge du patient et aux travaux de recherche.



C'est d'ailleurs pour constituer et régulièrement renforcer ce réseau interne que les « **ambassadeurs en addictologie** » sont réunis chaque trimestre par l'équipe de l'ELSA.

Ces 4 quatre rencontres annuelles ont pour objectifs :

- ↳ *De créer un lien entre ambassadeurs par « tropismes convergents » ;*
- ↳ *De s'informer sur la thématique addictologique ;*
- ↳ *D'actualiser ses compétences au regard des nouvelles données de la science ;*
- ↳ *D'échanger entre « Ambassadeurs » sur les meilleurs stratégies à adopter pour sensibiliser et faire partager une « culture addictologique commune » à leurs pairs paramédicaux.*



Le but

**est donc bien d'acculturer
et de conseiller pour permettre aux personnels soignants,
aux collègues de proximité,
de faire et de « bien faire » dans le domaine,
Et en aucun cas de « faire à la place de ... »**



Comité de Lutte contre les Addictions et Prévention





Centre hospitalier
Le Vinatier



Évènements



Journée d'étude « Accompagner l'intégration des approches psychiatriques et addictologiques pour les pathologies duelles » - 27 janvier 2022 - soutenue par





Pourquoi ?



Objectif ?



Comment ?



En pratique ?



Conclusion...





Lundi 14/10/19

08:30

Organisation des Copils

Inscription : Add'DOC / CLAP / Evènements

09:00

RDRD (Dr Icard)

Film (5 min) / discussions

Présentation du concept de RDRD

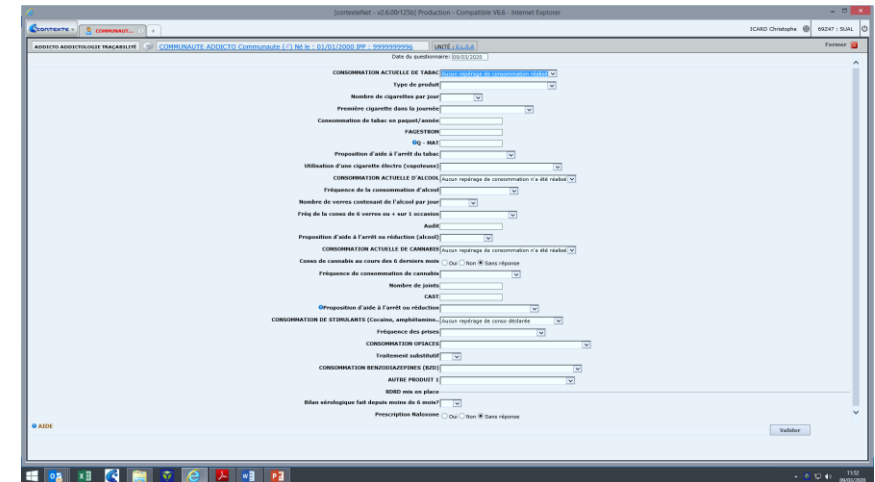
Atelier : mise en pratique au CHV

14:00

Nudges (Dr Longuet)

Présentation du concept de RDRD

Atelier : mise en pratique au CHV



Dépistage et traçabilité des soins des patients du CHV





Lundi 14/10/19

08:30 Organisation des Copils

Inscription : Add'DOC / CLAP / Evènements

09:00 RDRD (Dr Icard)

Film (5 min) / discussions

Présentation du concept de RDRD

Atelier : mise en pratique au CHV

14:00 Nudges (Dr Longuet)

Présentation du concept de RDRD

Atelier : mise en pratique au CHV



INSTRUCTION

Protocole d'accès à la Naloxone

INS-__-__
Version __

Date d'application :
01/12_/2019__

Rédaction :

Dr ICARD

Vérification :

Dr MEGARD

Validation :

Dr ROLLAND

MODIFICATION(S) APORTEE(S) PAR LA NOUVELLE VERSION DU DOCUMENT

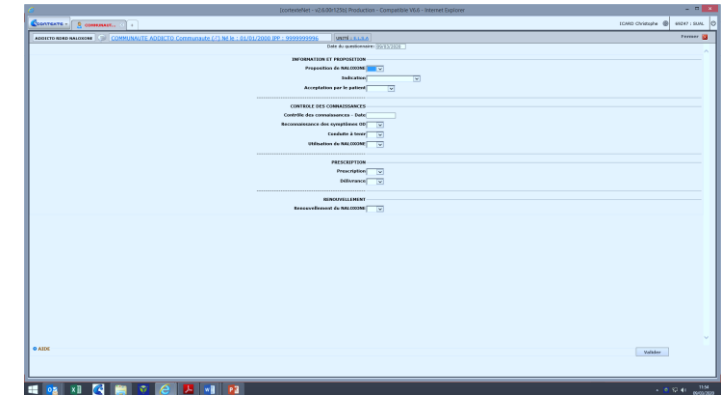
- Mise en place de ce protocole dans le cadre d'un plan de RDRD

1. OBJET ET DOMAINE D'APPLICATION

Ce document a pour objet des modalités de la prescription, informations, délivrances de il s'applique au personnel des unités du CHV

Patients cibles : sortants.es d'hospitalisation et Ambulatoire UPRM

2. PRINCIPES/CONTENU



- Formation sur RDRD
- Adaptation et mise en place concertée des ses soins à l'hôpital
- Traçabilité du Repérage, Information, Prescription, et Dispensation par les infirmier.e.s (aidé.e.s par Référent.e.s en addictologie et/ou médecin de UF ou ELSA)

Évènements



Journée des Ambassadeurs en addictologie Lundi 6 janvier 2020



9h à 10h30 : **Notions de Tabacologie**

10h30 à 12h : **Cas cliniques de Tabacologie**

13h30 à 15h : **Retours moi(s) sans tabac**



15h à 17h : Elaboration **questionnaire & mise en place**



PROCEDURE

Utilisation des Traitements Substitutifs à la Nicotine (TSN)

PRO-___-___
Version 01

Date d'application :
01/02/2020

Rédaction :
C. ICARD

Vérification :
R. MEGARD

Validation :
B. ROLLAND

MODIFICATION(S) APPORTEE(S) PAR LA NOUVELLE VERSION DU DOCUMENT

Document initial



- **Dépistage et traçabilité**
- **Dotation de Traitement de Substitution Nicotinique dans chaque UF par PUI**
- **Prescription et dispensation par les infirmier.e.s (aidé.e.s par Référent.e.s en addictologie et/ou médecin de UF ou ELSA)**



Ambassadeur
Addictologie

Merci !





Les partenaires

