**Fiche synthèse :**

* **Le 27 avril 2006** : création par le président de la République un plan global de prise en charge et de prévention des addictions.
* A**nnées 1970** : changement dans la prise en charge en addictologie. (Évolution positive).
* **Circulaire du 30 novembre 1970** qui va permettre la création de structures spécialisés dans la prise en charge des problématique liées à l’alcool.
* **Loi du 31 décembre** qui va permettre la création des « Centres Spécialisées de Soins aux Toxicomanes » (CSST).
* **En 1982** création de l’organisme français « Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie » **(MILDT)** En **2014** l’organisme est renommé **MILDECA** « Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives ».
* **Plan addiction 2007-2011 :** a permis un grand changement dans la prise en charge des personnes en addictologie, notamment avec la discipline « addictologique ».
	+ - 2009 Loi HPST : La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) : a permis une réorganisation territoriale, entraînant une pluridisciplinarité pour une meilleure prise en charge en addictologie.

**La prise en charge :** La prise en charge d’une addiction est pluridisciplinaire. Elle repose le plus souvent sur l’association d’une prise en charge psychologique individuelle et collective, d’un traitement médicamenteux pour certaines et d’un accompagnement social. Peut s’étaler sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Son succès dépend de la motivation de la personne souhaitant être sevrée. Il est aussi conseillé de rencontrer un professionnel en addictologie afin d’évaluer sa consommation, sa dépendance, ses motivations à arrêter pour établir un protocole d’arrêt adapté à son propre cas.

* La prise en charge hospitalière : différentes structures médico-sociale (comme le CSAPA, CAARUD, hôpital de jour, unités d’addictologie, SSRA)
* Les Équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) : Crées en 1996

L’infirmier à différents rôles. Il doit intervenir auprès des patients aux urgences et/ou pendant une hospitalisation. Ainsi il développe des liens avec différents acteurs intra et extra hospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge de ses patients et leur suivi.

* La prise en charge ambulatoire : elle se base sur trois lieux principaux : les structures spécialisées, les centres de soins, d’accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et la médecine de ville.
* CSAPA : structures à caractère médico-social assurant vis-à-vis des personnes en difficulté avec leur conduite addictive un accueil de proximité, une prise en charge pluridisciplinaire (médicale, psychologique, sociale et éducative) et un suivi tout au long du parcours de soins. ». Ils sont accessibles à tous gratuitement et anonymement.
* CAARUD (Centre d’accueil et d’accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues) : x permettent aux usagers exposés à des risques sanitaires et sociaux une prise en charge. Ils peuvent y trouver un accompagnement et du matériel de façon à réduire les risques sanitaires.
* La médecine de ville : maillon important de la prise en charge, les médecins sont accessibles plus facilement il développe un lien avec les patients.

En ce qui concerne la prise en charge hospitalière et ambulatoire en addictologie, l’infirmier à différents rôles :

* Intervenir auprès des patients aux urgences et/ou pendant une hospitalisation.
* Développer des liens avec différents acteurs intra et extra hospitaliers
* Améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi.
* Réinsertion optimale dans la société éviter l’isolement sociale.

**Récapitulatif des prises charge hospitalière selon les établissements :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Établissements** | **Objectifs** | **Conditions d’admissions** | **Rôle IDE** |
| **Service de psychiatrie** | * Vise à stopper le comportement addictif
* Maintien de l’abstinence (prévention des rechutes)
* Accompagnement des patients afin de sortir de son état de crise
* Aider le patient à retrouver une stabilité psychique
* Permettre la continuité des soins
* Mettre en sécurité le patient
 | Phase aiguë/ urgence psychiatrique (à la suite d’une consommation ou manque et/ou avec une pathologie psychiatrique associés | * Entretiens individuels
* Admission et installation dans le service
* Réunion pluridisciplinaire
* Prise en charge global (mise en place d’un traitement)
* Éducation thérapeutique
* Évaluation du patient (comportementale et somatique)
* Évaluer l’état de santé du patient, son évolution
* Suivi du patient
 |
| **CSSRA (Centre de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie)** | * Rompre la dépendance alcoolique / produits psychoactifs
* Améliorer l’état physique et psychique du patient
* Reprise d’un rythme de vie quotidien, équilibre (projet de vie)
 | Personnes dépendantes ou en poursuite de soins (à la suite d’une phase aigüe du sevrage ou aide au maintien de l’abstinence. | * Assurer la continuité des soins
* Accompagner le patient dans son parcours
* Suivre le sevrage ; présence, réassurance, entretien
* Surveillance des patients à risques
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Établissements** | **Objectifs** | **Conditions d’admissions** | **Rôle IDE** |
| **Service d’addictologie** | * Prévenir et réduire les conséquences liées aux usages de substance psychoactives ;
* Accompagnement du patient dans son sevrage (adaptation des traitements)
 | Programmée ou non  | * Bilan d’accueil et de suivi
* Information et éducation du patient et de son entourage
* Évaluation, dispensation du traitement
 |
| **ELSA (les équipes de liaison et de soins en addictologie)** | * Former, assister et sensibiliser les soignants des différents services, structures
* Intervenir auprès des patients aux urgence, pendant l’hospitalisation
* Orienter les patients vers différents dispositifs.
 | Pas d’admission (l’équipe est mobile elle se déplace dans les services)  | * Accueil et écoute
* Évaluation médico-psycho-social
* Orientation des patines
* Formation du personnel
 |
| **HJA (Hospitalisation de jour en addictologie )**  | * Favoriser le maintien de l’abstinence
* Msie en place d’habitudes de vie plus saine
* Restaurer les interactions sociales éviter l’isolement
* Diminuer les angoisses
* Réduction des risques de sevrage
 | Personnes adultes souffrant d’une malade d’une maladie addictive sévère.  | * Accueil et élaboration d’un projet thérapeutique individualisé
* Définition du programme thérapeutique
* Entretien infirmier
* Atelier thérapeutique
* Repas thérapeutique
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Établissement**  | **Objectifs**  | **Conditions**  | **Rôle IDE**  |
| **CSAPA (Centres de Soins d’Accompagnement et de Prévention en Addictologie)** | * Accueillir les personnes en état de souffrance psychique
* Prévenir des risques et des dommage liés aux consommations, aider à mieux les imites où les prévenir
* Orienter les patients selon leur pathologie
* Traiter les comorbidités
* Meilleure qualité de vie
 | Pas de minimum d’âge, sans conditions de régularité de séjour Sur demande de médecin, justice ou l’initiative | * Entretien d’accueil et d’orientation
* Recueil de données nécessaires à l’élaboration du projet thérapeutique avec des actions de prévention et d’infos
* Relation d’aide thérapeutique
* Évaluer la demande et les besoins du patient ou de son entourage
 |
| **CAARUD (Centres d’Accueil et d’Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues)** | * Réduire et prévenir les dommages liés aux usages de substance psychoactives,
* Réduire les risques transmission des infections
 | Respect de l’équipe et des autres usagers, interdiction de consommation sur place  | * Assurer l’accueil collectif des usagers
* Gestion des prestations de services
* Entretien infirmier
* Accompagner les usagers à l’accès aux soins.
* Favoriser l’accès à l’information et au matériel de prévention et réductions des risques
 |