



— **Schéma d'Addictologie en  
Aquitaine et réflexion sur  
les compétences et  
savoirs à mobiliser**

**Dr Martine Valadié-Jeannel**

**Médecin ARS Aquitaine**

**Chef de projet schéma d'Addictologie**

# Préalables

- Cette présentation s'inscrit dans le cadre d'une journée AMISP portant sur **compétences médicales en Santé Publique et décision**
- Une approche consiste à considérer **la compétence** comme un **processus dynamique d'adaptation de l'activité aux situations**
- **« une certaine manière d'agir, reconnue comme efficace, permettant d'atteindre un résultat socialement attendu, dans un ensemble homogène de situations »** (EHESP)
- A partir d'un exemple de démarche de « planification » comme **l'élaboration d'un schéma d'addictologie, réfléchir aux compétences mobilisées.**
- Il ne s'agit pas de décrire un référentiel de compétences, ni un modèle, ni une norme de comportement mais de proposer des repères sur les ressources à mobiliser pour orienter, concevoir un schéma adapté, le mettre en œuvre, en suivre le déroulement.
- Démarche différente du référentiel métier qui décrit les fonctions et tâches prescrites pour un métier donné

# — Contexte d'élaboration du schéma en Aquitaine en 2008

- Rapport sur les aspects spécifiques et communs aux différentes substances psychoactives
- Réforme CSAPA : le virage addictologique
- Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et Plan gouvernemental MILDT
- Le Schéma d'addictologie: une commande du CTRI
- Les ARS sont en projet .....

# Finalités du schéma

Déterminer l'offre **médico sociale** nécessaire en articulation avec l'offre **sanitaire** et de **ville** pour satisfaire les besoins de la Région Aquitaine dans le domaine de la **prévention**, du **soin** et de l'**accompagnement en addictologie**

Préciser clairement les **missions**, le cadre des **coopérations et coordinations** entre les structures de façon à assurer la complémentarité et non la juxtaposition

Déterminer les **perspectives de développement** (créations, transformations, regroupements, suppressions)

Définir les **critères d'évaluation** des actions

# — Méthode d'élaboration

— Mobilisation de ressources internes et externes à l'institution

— **Constitution d'un groupe projet** ; un chef de projet médecin inspecteur niveau régional MVJ et des correspondants territoriaux, sur chaque territoire de santé un binôme médecin inspecteur et/ou infirmière de SP et IASS.

— **Implication en interne** des services études et statistiques, médico-social, offre de soins (ARH), prévention (GRSP), service communication au niveau régional, dès la conception du projet.

— **Implication en externe** Education nationale, Jeunesse et sports, justice, direction du travail, MILDT, Assurance maladie, collectivités territoriales, représentants associatifs gérants des structures médico-sociales et associations spécialisées en addictologie, personnes qualifiées, CEIP, représentants des établissements de santé, représentants des médecins de ville, représentants des usagers.

# — Des instances de travail

— **La commission régionale Addictions Aquitaine CRAA** présidée par le DRASS

— **Bureau de la commission** animé par le MISP chef de projet: détermine le cadrage du processus d'élaboration, assure le suivi des travaux, participe à l'examen des résultats des groupes de travail à chaque étape ; prépare les réunions de la CRAA, prépare les documents de travail à l'attention de la CRAA, construit le processus d'évaluation des actions conduites dans le cadre du schéma

— **Des groupes thématiques: 1°Prévention, 2°Articulations sanitaires, médico-social, ville,3°Publics spécifiques, 4°Formations, 5°Indicateurs de suivi et d'évaluation du schéma, 6°Communication et annuaire d'acteurs**

— Chaque groupe de travail a une lettre de mission du DRASS psdt CRAA

— **Des rencontres territoriales** afin de réaliser un diagnostic au plus près des réalités et préoccupations de proximité et d'articuler les orientations données au schéma avec les projets médicaux de territoires

# — Des productions

— Etat des lieux portant sur :

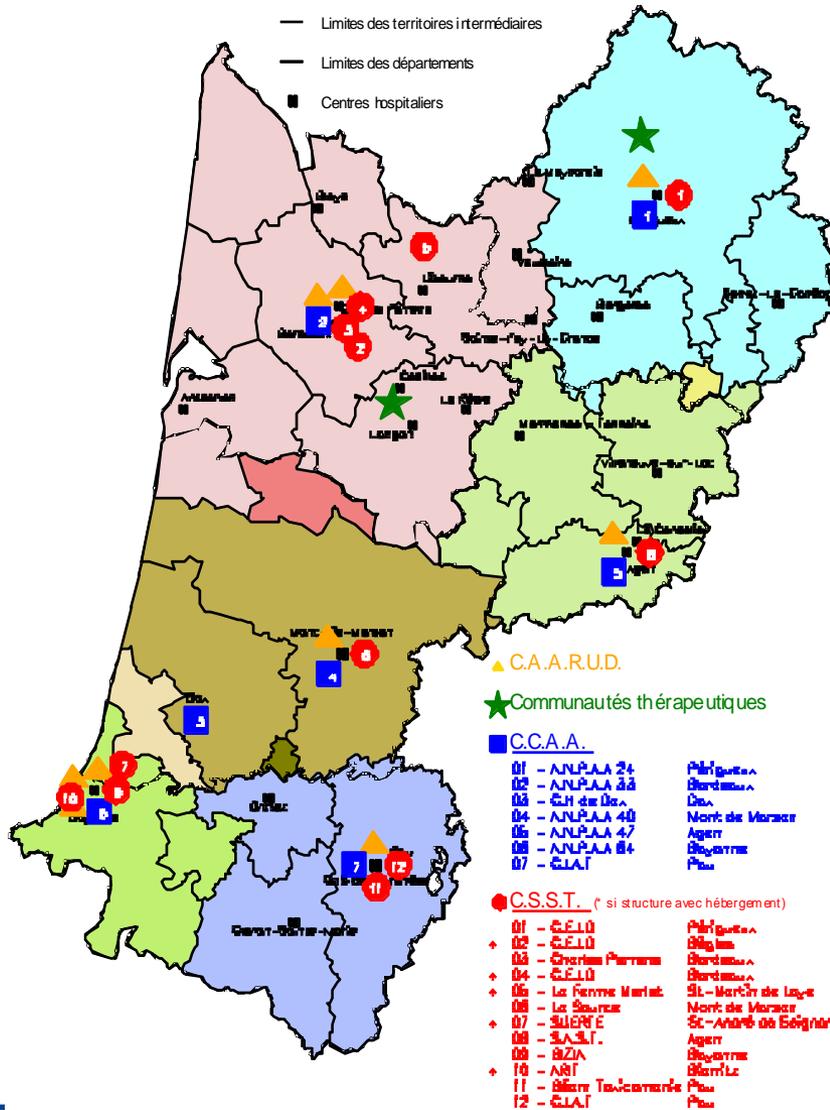
- **Les données sociodémographiques caractérisant l'Aquitaine**
- **Les consommations de substances psychoactives et leur retentissement sur la santé en Aquitaine**
- **Les fiches de synthèse caractérisant les principaux faits marquants par département**
- **Un état des lieux des ressources en Aquitaine** en matière de prévention, d'offre médico-sociale, CSST, CCAA, CTR, ACT, CT, CAARUD, CJC
- **Un bilan portant sur l'offre sanitaire:** ELSA, Cs , UHCD, HDJ, SSR, PSY, réseaux de santé Addiction, CAPS..
- **Un bilan des formations** initiales et continues en Addictologie
- **Une analyse de la filière en addictologie par territoire de santé**

# — Diagnostic partagé

- Aquitaine, territoire de viticulture, pays de fêtes, axe de circulation des produits vers l'Espagne,
- Le niveau d'expérimentation des jeunes de 17 ans supérieur à celui du reste de la France pour les 3 produits psychoactifs les plus expérimentés : l'alcool, le tabac et le cannabis
- Des problèmes spécifiques d'accès aux soins, à la prévention et à la réduction des risques concernant les jeunes marginalisés, les femmes usagères de substances, les migrants, la population carcérale
- Richesse des structures intervenant en Addictologie, mais peu articulées entre elles, inégalement accessibles en fonction des territoires et encore très centrées et/ou repérées pour certaines sur une approche par produits (alcool/toxicomanies)

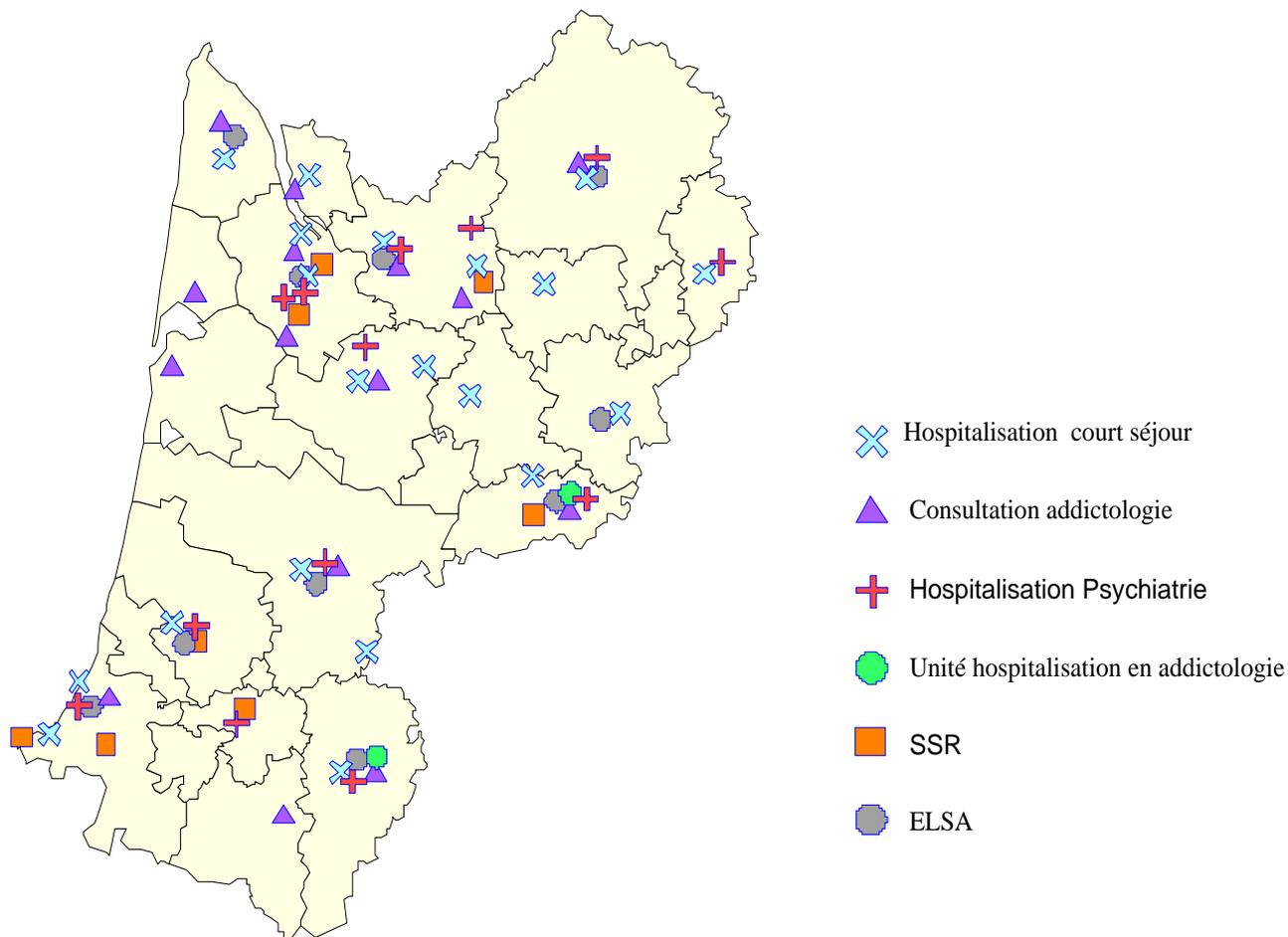
# Les structures d'addictologie en Aquitaine

## Structures supports en addictologie en Aquitaine



# Les structures sanitaires

*La prise en charge des addictions dans le secteur sanitaire, Aquitaine, 2007*



Source : DRASS / DDASS Aquitaine

Fonds de cartes Arctique © Tous droits réservés

0 25 50 km

# Concertation autour de 8 objectifs stratégiques

- 1) Mise en œuvre de **CSAPA pivots de territoire**
- 2) Développement d'actions de **repérage précoce des usages nocifs de SPA dans une perspective d'intervention précoce**
- 3) Accompagnement des usagers engagés dans des pratiques à risques, visant à **réduire les dommages** associés à ces pratiques
- 4) Offre de **solutions d'hébergement adapté de type social, médico-social, sanitaire équitablement répartie sur l'ensemble de la région**
- 5) Développement d'actions de **prévention globales et intégrées sur les territoires de santé**
- 6) Promotion de **formations initiales et continues en addictologie**
- 7) **Observation des pratiques addictives, veille sanitaire et évaluation des modalités de prise en charge**
- 8) Accompagnement, mise en œuvre, suivi et communication du schéma

# — Structuration de la filière de soins en 3 niveaux et CSAPA pivot

## — Niveau de proximité (niveau 1) :

- des réseaux d'addictologie en soutien aux MG
- une unité fonctionnelle d'addictologie
- des antennes et/ou consultations avancées

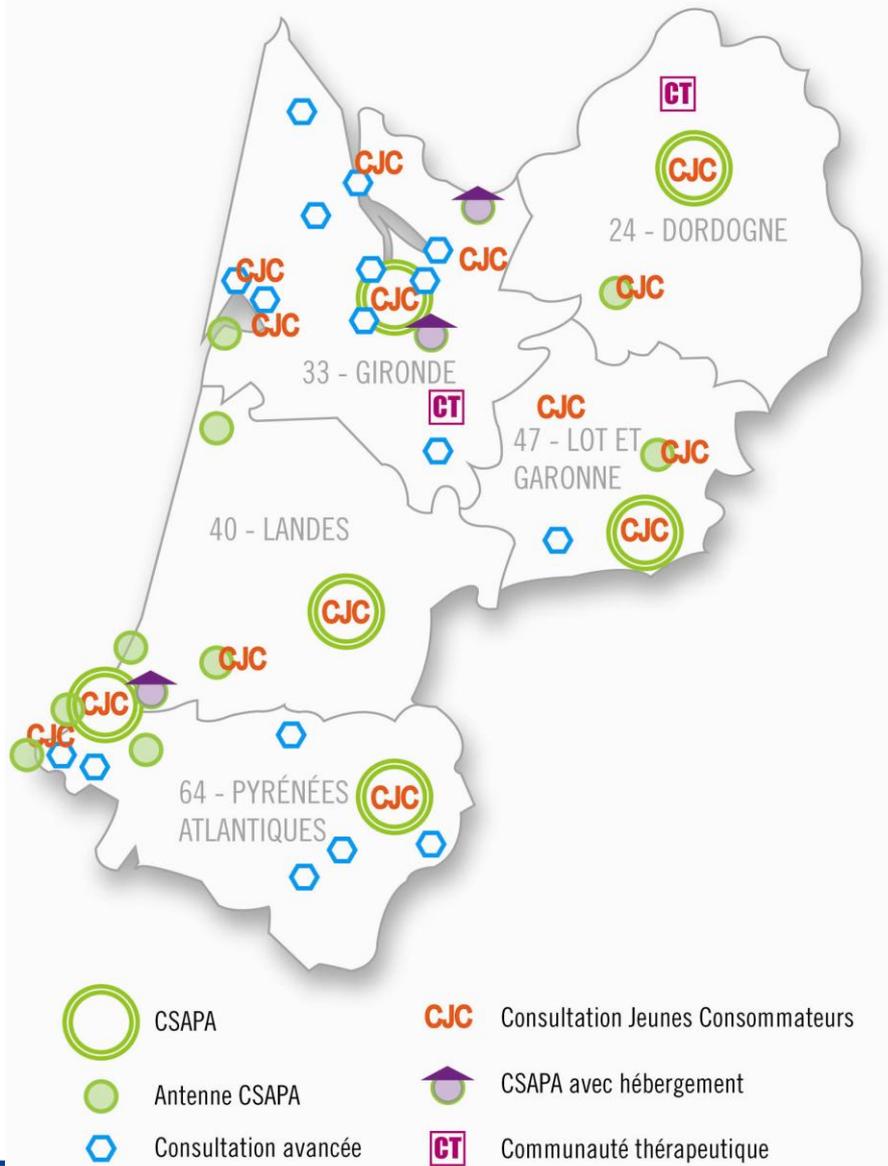
## — Niveau de recours (niveau 2) :

- au moins un CSAPA généraliste avec une consultation “jeunes consommateurs” (CJC)
- des CAARUD consolidés
- au moins un service d'ACT
- une ELSA et une consultation d'Addictologie dans chaque hôpital disposant d'un service d'urgences
- une unité d'hospitalisation pouvant réaliser des sevrages complexes
- au moins un SSR

## — Niveau régional (niveau 3) :

- Enseignement, formation recherche, coordination

# Les CJC confortées en Aquitaine :



# — Le suivi du schéma : des réalisations

- **Des CSAPA et des CJC mieux connus**, mieux repérés par les acteurs de premier recours grâce aux visites de déléguées santé
- **Des formations RPIB déployées sur les différents territoires**  
passage de formations centrées sur des produits à des formations centrées sur des publics: RPIB jeunes, RPIB durant la grossesse, RPIB seniors (plus de 1500 professionnels formés)
- **Des démarches proactives en direction des entreprises, lycées professionnels** en lien avec EN, société de médecine du travail, ARACT, CARSAT, DIRECCTE, AFNOR, ANPAA, chambre de commerce
- **Mobilisation territoriale/situations d'ivresses**: campagne de communication, maraudes et accompagnement par les pairsTAF/Unicité
- **Expérimentation d'1 protocole de pec des IEA jeunes aux urgences** -évaluation et généralisation du protocole, articulations avec les CJC

## — De nouveaux défis à relever

- Part importante de jeunes s'engageant dans une consommation régulière et/ou problématique d'une ou plusieurs substances
- Consommations et pratiques en hausse au cours des dernières années: ivresses aiguës, cocaïne
- La porosité des espaces festifs
- L'usage de drogue par voie injectée ou sniffée demeure la première cause de contamination par le virus de l'hépatite C
- Réduire l'attractivité des substances, développer le niveau d'information et les compétences psychosociales des jeunes
- Renforcer la prise en charge la plus précoce/ repérage des consommations, des vulnérabilités
- Continuer à travailler sur le maillage territorial , articulations offre médicosociale, hospitalière et de ville, l'implication des acteurs, médecins de premier recours, CJC, CAARUD.....

## — Des éléments de discussion....

— Tenir compte *du contexte de l'élaboration et de la mise en œuvre du schéma*: période de réorganisation, passage des DRASS aux ARS, nouvelles modalités de gouvernance en Santé

— Mobiliser une expertise, des dynamiques d'acteurs dans la durée. ***Le schéma ne s'arrête pas à son écriture.*** Du Schéma d'addictologie au PRS : **quel accompagnement dans la durée ?** Quelles formations nécessaires pour les médecins de santé publique amenés à piloter ou à participer à un schéma?

— **Assurer la cohérence de la démarche**: un schéma sur des objectifs co-construits régionalement avec une temporalité mais aussi des décrets, des circulaires qui interviennent sur le temps du schéma....

— **Une succession de réajustements et de microdécisions** dans la mobilisation de sources de financement à « articuler » pour la mise en œuvre du schéma (FIR, MIGAC, ONDAM MS, T2A, MILDT ..)

# Multiplicité des situations professionnelles des MISP

— **Contrôle** par rapport à une norme, visites de conformité

— **Instruction** ex de demande d'autorisation

— **Inspection** suite à un dysfonctionnement,

— **Évaluation** par exemple d'un projet de prévention, d'un dispositif ex PASS

— **Conseil** pour la mise en œuvre d'un programme d'actions, ex soutien à la réalisation d'un diagnostic territorial

— **Gestion** d'un risque sanitaire collectif, avéré ou probable, ex TIAC, méningite

— **Communication** externe sur des données ou évènements sanitaires et sur les actions de l'institution

— **Analyse** de l'état de santé d'une population, de ses déterminants, pour mettre en adéquation l'offre de services avec les besoins

— **Pilotage** de dispositifs d'actions pour prévenir ou gérer un problème de santé publique, ex programme, schéma régional addictions

# — Compétences et/ou qualifications ?

— **Qualification : reconnaissance à un moment donné d'acquis de la formation ouvrant généralement à des droits statutaires** (grille, conventions collectives) ex qualification des médecins en Santé Publique, en Addictologie, en Epidémiologie ....

— **Compétence: un concept plus englobant donc un peu fourre tout**

— **Aptitude à traiter un problème grâce à la connaissance approfondie d'un domaine** (Robert)

— Il n'y a pas nécessairement correspondance entre le domaine de connaissance et la nature du problème

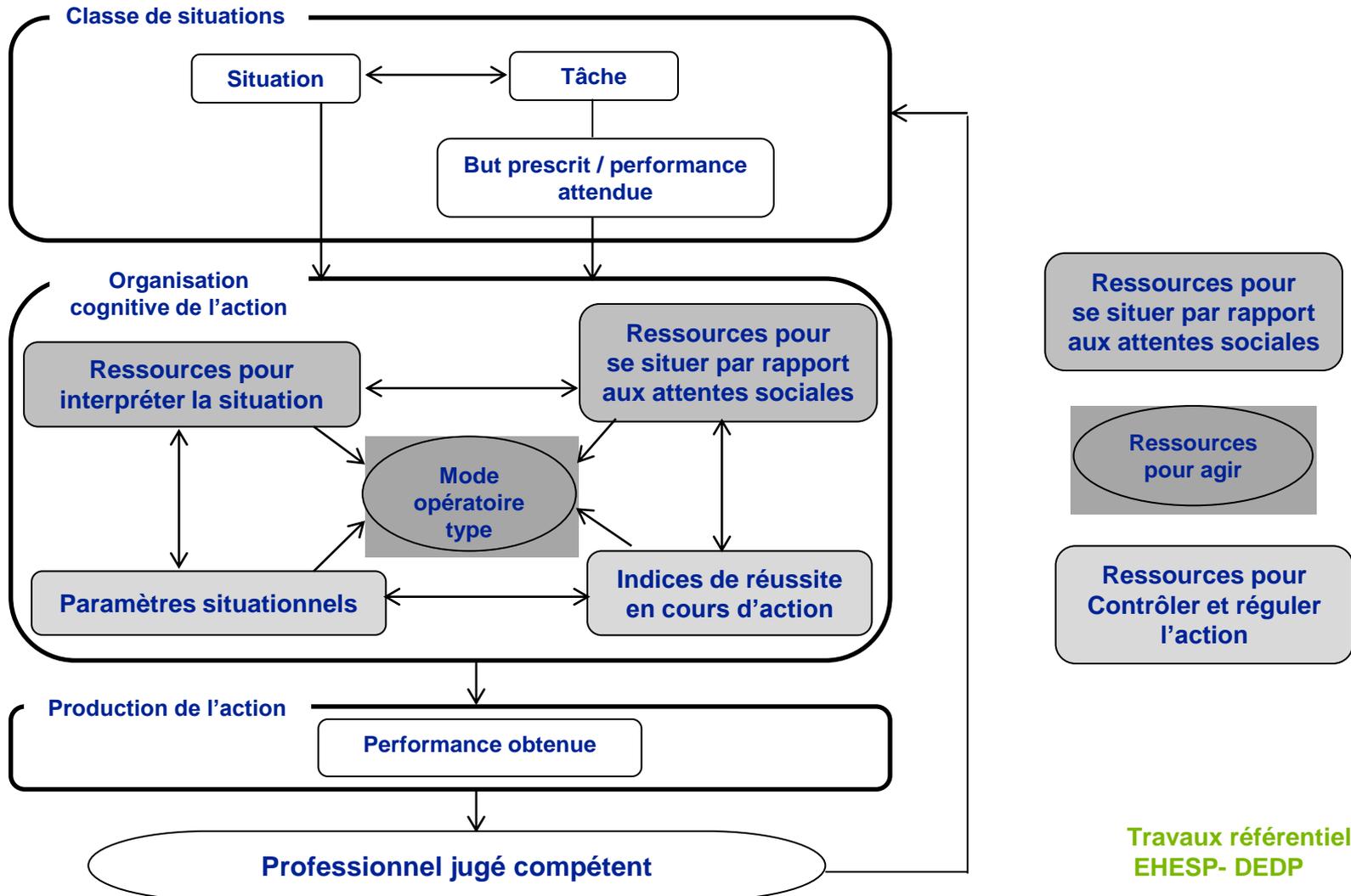
— Ainsi la compétence c'est aussi la capacité de se former soi même, de former les autres et de les animer pour résoudre des problèmes

— Capacité à tirer parti de ses ressources pour apprendre à savoir, à former, à diriger et à communiquer

— Un professionnel ne réinvente pas à chaque fois ses façons de faire

— **La compétence est une manière d'agir, reconnue comme efficace et permettant d'atteindre un résultat dans un contexte donné**

# Mobilisation de ressources et compétence



# — Schéma et mobilisation de savoirs et de compétences

- Positionnement d'un référent Addiction en ARS : **transversalité de la thématique et compétence au travail en intersectoriel**
- Positionnement de la Commission régionale Addiction et CRSA : une **synergie à créer entre instances informelles et formelles ....**
- **Des enjeux importants en matière de compréhension, de partage des informations, de concertation des acteurs .....**
- **Compétences de communication, traduction, vulgarisation**
- **Des données épidémiologiques à mobiliser** (Enquêtes ESCAPAD, OFDT, baromètre santé INPES, dispositif Trend ....)
- Mais aussi : **des données sociales, anthropologiques, démographiques, économiques, de science politique, transdisciplinarité à faire vivre**
- **Des échanges nécessaires sur les nouvelles modalités de prévention, l'approche expérientielle, le repérage et l'intervention brève (RPIB et EBM), la réduction des dommages, les stratégies de soins efficaces**

## — Des pistes de réflexion 2 peut être plus

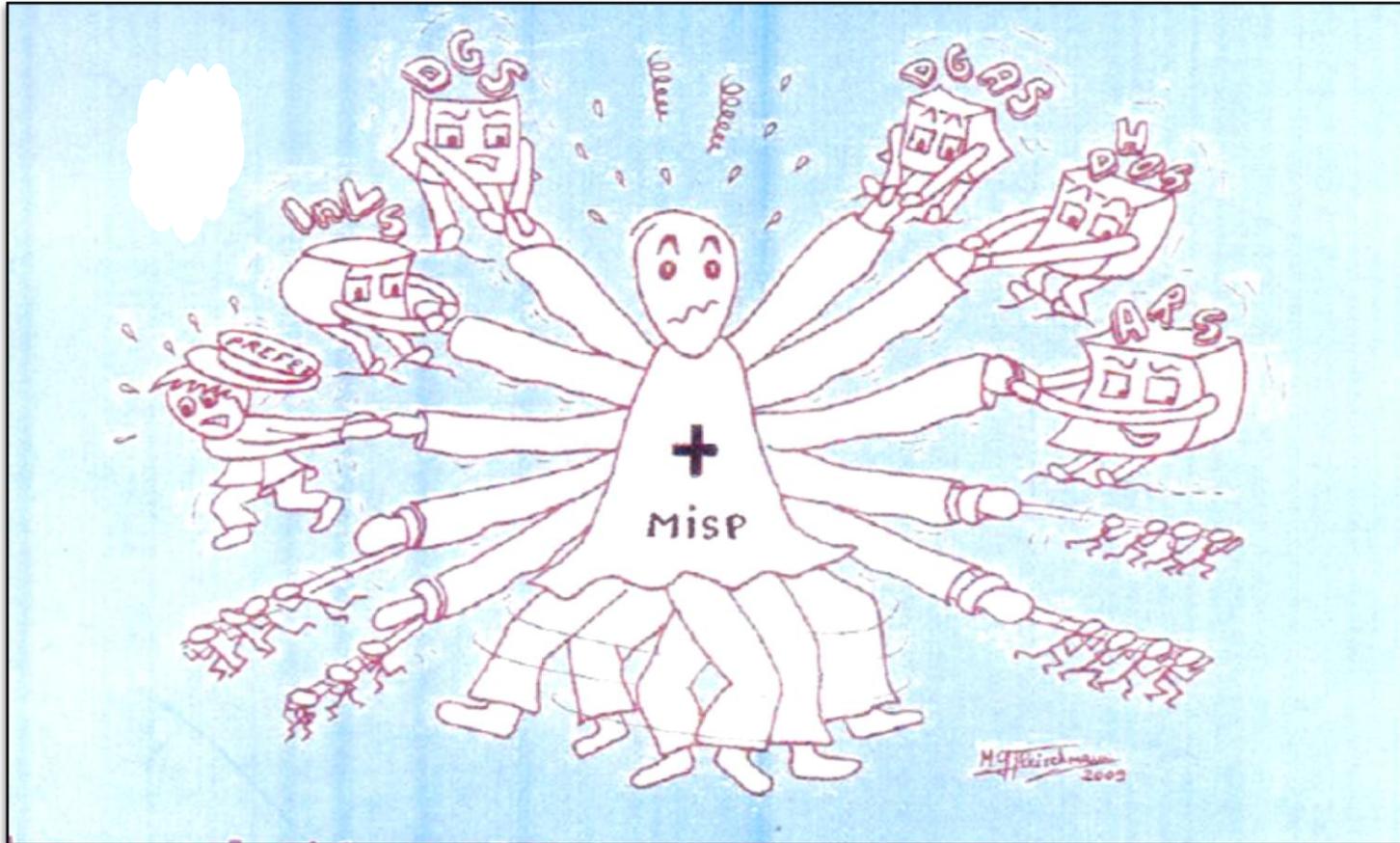
— Articulations nécessaires entre situations professionnelles des MISP, compétences à développer et mise en œuvre du DPC

— Cadre de loi HPST et stratégie nationale en santé, dans une perspective de plus grande participation des citoyens aux décisions relatives à la santé, de territorialisation des actions, de nécessaire développement des démarches factuelles basées sur les preuves, de recherche permanente d'amélioration de la qualité, sécurité des soins et des services: comment développer une meilleure interaction entre expertise des professionnels de Santé Publique et organisations?

— Un rôle essentiel à jouer pour les MISP au sein des ARS



**Mais les MISP... Tout le monde se les arrache et il y en a si peu !**



**Alors comment rendre ce métier plus attractif ?**

# Remerciements

- A l'AMISP Maryse Simonet, Cécile Anglade, Chantal Gravelat, pour la proposition de ce thème de communication et leur confiance
- A tous mes collègues de l'ARS, médecins, infirmières, inspecteurs, avec lesquels se poursuit un cheminement sur cette thématique des addictions
- A tous les intervenants professionnels d'addictologie, institutionnels et associatifs qui permettent une grande richesse d'échanges
- Aux intervenants du bureau des pratiques addictives de la DGS qui avec la DGOS ont mis en œuvre une véritable animation interrégionale des référents addiction des différentes régions et parfois même une forme de compagnonnage se traduisant par des mises en commun d'outils, échanges de pratiques.