



EHESP

Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion : **2009 - 2011**

Date du Jury : **mars 2011**

L'intégration de la recentralisation des actions de santé dans le pilotage de la politique de lutte contre les infections sexuellement transmissibles en Bretagne

Vintilă Adrian MOHANU

R e m e r c i e m e n t s

Je tiens à remercier :

- **Madame Stéphanie Farge**, mon maître de stage, Responsable du Département Prévention et Promotion de la Santé de l'ARS Bretagne, pour son soutien et pour m'avoir fourni les clés de la compréhension de beaucoup d'enjeux de mon sujet d'étude.
- **Monsieur Jean-Pierre Tronche**, Directeur du Pôle ressources à l'ARS Bretagne, pour m'avoir confié ce sujet et pour avoir nourri par nos échanges ma réflexion
- L'ensemble des personnes qui ont voulu me rencontrer, et plus particulièrement le personnel du Département Prévention et Promotion de la Santé pour la qualité de son accueil

S o m m a i r e

Introduction.....	1
1 Les infections sexuellement transmissibles – la complexité d’un enjeu de politiques de santé publique partagé entre l’Etat et les collectivités locales .	7
1.1 Définitions.....	7
1.2 Un enjeu de santé publique.....	8
1.3 Les solutions proposées par l’Etat pour la résolution de la propagation des IST	13
1.3.1 La déclinaison territoriale des actions de l’Etat.....	13
1.4 Les motivations et le contexte de la recentralisation des actions concernant les IST.....	20
2 La Région Bretagne – Une hétérogénéité de situations départementales dans le contexte de la recentralisation.....	23
2.1 Le dispositif de mise en œuvre de la recentralisation.....	23
2.2 Quel pilotage régional dans la mise en œuvre de la recentralisation des actions de lutte contre les IST ?.....	26
2.3 Les variations de la recentralisation de la lutte contre les IST sur le territoire breton	29
2.3.1 L’Etat en Finistère a fortement réinvesti la lutte contre les IST	29
2.3.2 Les Côtes d’Armor – un poids important de l’histoire dans la recentralisation de la lutte contre les IST	34
2.3.3 Ille et Vilaine – le Conseil général garde la compétence IST, mais travaille en étroite collaboration avec les services de l’Etat	36
2.3.4 Le Morbihan- la recentralisation ne produit pas des effets significatifs	40
3 Perspectives pour dépasser les difficultés dans le pilotage régional de l’activité de lutte contre les IST	43
3.1 Principales difficultés à un pilotage régional.....	43
3.1.1 Les différences de dotations financières freinent une politique régionale homogène	43
3.1.2 Les IST constituent le domaine le moins prioritaire dans les actions de prévention sanitaire en Bretagne.	45
3.1.3 Difficulté à corroborer les actions recentralisées avec les appels à projets. .	45

3.2	Proposition d'amélioration de la politique de lutte contre les IST.....	47
3.2.1	Assurer un pilotage régional	48
3.2.2	L'articulation des différents dispositifs existants par la création des outils institutionnels de pilotage régional	49
3.2.3	Une feuille de route fixée principalement par le schéma régional de prévention.....	50
3.2.4	Le rôle des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale dans la restructuration et la mise en place de la politique régionale de lutte contre les IST.....	51
	Conclusion.....	55
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence(s) Régionale(s) de Santé
ARSB	Agence Régionale de Santé Bretagne
ASPH	Association of schools of public health
BOP	Budget opérationnel des programmes
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CCAS	Centre communal d'action sociale
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CG	Conseil général
CHIC	Centre Hospitalier Intercommunal
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIDAG	Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CISIH	Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine
CNRS	Centre national de recherches scientifiques
COFIL	Comite de pilotage
COREVIH	Comité de Coordination de Lutte contre l'Infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine
CPEF	Centre de planification et d'éducation familiale
CSP	Code de la santé publique
CSST	Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
CT	Chlamydiae trachomatis
DAV	Dispensaires antivénéériens
DGD	Dotation générale de décentralisation
DGF	Dotation globale de fonctionnement
DGS	Direction générale de la santé
DDASS	Direction départementale des affaires sociales et sanitaires
DRASS	Direction régionale des affaires sociales et sanitaires
GRSP	Groupement régional de santé publique

HPST	(loi)- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « Hôpital, patients, territoires »
IASS	Inspecteur de l'action sanitaire et sociale
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
InVS	Institut de veille sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LOLF	Loi organique relative à la loi de finances
MIG	Mission d'intérêt général
MISP	Médecin-inspecteur de santé publique
MST	Maladie sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORSB	Observatoire régional de la santé de Bretagne
PMI	Protection maternelle et infantile
PRSP	Plan régional de santé publique
PSRS	Plan stratégique régional de santé
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

A la fin de l'été de l'année dernière la presse française alertait l'opinion publique sur la recrudescence des infections sexuellement transmissibles (IST). Ainsi *Le Figaro* du 20 août fait état d'une forte augmentation des infections au gonocoque¹. *Le Monde* du 7 septembre suite au constat de la recrudescence des IST reprend les propos alarmistes du docteur Jean-Marc Bohbot, infectiologue, directeur médical de l'Institut Alfred-Fournier, « *On tire la sonnette d'alarme. C'est l'alerte rouge* ». Cette effervescence de la presse sur un sujet de santé publique était déterminé par la publication le 19 août par l'Institut de veille sanitaire (InVS) d'un communiqué de presse qui annonçait que les infections à gonocoques sont en augmentation depuis plusieurs années. Selon les résultats fournis à l'Institut de veille sanitaire (InVS) par deux réseaux spécialisés dans la surveillance de ces infections (RENAGO et RésIST), l'augmentation s'est poursuivie entre 2008 et 2009 (+52 %). Cette progression a été observée sur l'ensemble du territoire. Elle est légèrement moins importante en Ile-de-France (+38 %) où on constate une augmentation chez les hommes (+44%) et une relative stabilité chez les femmes (-5 %). Dans les autres régions en revanche, l'augmentation du nombre de cas (+54 %) se vérifie à la fois chez les hommes (+51 %) et chez les femmes (+75 %). L'augmentation de l'incidence des urétrites masculines observée par les médecins généralistes du réseau Sentinelles en 2009 corrobore les constats des réseaux de surveillance spécialisée.

Le préambule du *Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014* fait état de près de 7 000 nouvelles infections par le VIH chaque année en France. Environ 40 000 à 50 000 personnes sont infectées par le VIH sans le savoir. On observe ainsi une hausse des gonococcies de 52 % entre 2008 et 2009 qui concerne les deux sexes. L'actualité de l'épidémie de Syphilis est toujours forte, affectant les homo-bisexuels masculins même si le nombre de cas chez les hétérosexuels augmente également. Entre 2000 et 2006, environ 2000 cas ont été déclarés avec une co-infection au VIH et à la syphilis pour un cas sur deux. L'infection à *Chlamydiae trachomatis* (CT) est l'IST bactérienne la plus fréquente

¹ Les infections à gonocoques sont des IST dues à la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*. Elles touchent essentiellement des sujets jeunes, le plus souvent des hommes (environ 85 %), chez qui elles provoquent des urétrites douloureuses. Le diagnostic d'infection gonococcique est relativement aisé chez l'homme en raison de ses symptômes, et son traitement par antibiotique simple et efficace. L'infection non traitée peut être à l'origine de complications graves et favoriser la contamination par d'autres IST.

chez les femmes. La propagation et la gravité de cette infection tiennent à sa découverte souvent tardive, avec un retentissement plus grave chez les femmes (*risques de salpingite, grossesse extra-utérine, stérilité*). La contamination passe inaperçue chez 60 à 70 % d'entre elles. La prévalence observée est maximale chez les femmes de 18 à 24 ans (3,6 %). Enfin les infections à papillomavirus sont très fréquentes chez la femme jeune et régressent le plus souvent spontanément. Elles sont néanmoins responsables d'une évolution possible en cancer du col de l'utérus (*80 % des cancers du col de l'utérus*). Ainsi, au moins une femme sexuellement active sur deux a été exposée au cours de sa vie.

L'explication de cette recrudescence qui a attiré l'attention de la presse serait due essentiellement au relâchement des comportements sexuels à risque. A la fin des années 80, la peur du Sida avait entraîné une baisse des IST. Avec l'arrivée des trithérapies, cette peur du Sida ne semble plus marquer les esprits autant qu'au début des années 1990. Dans ce cas pour les professionnels du champ sanitaire et social il est opportun de s'interroger sur l'impact des politiques mises en œuvre pour résoudre ce problème de santé publique et, si leurs résultats ne sont pas satisfaisants, sur les modalités de reformulation.

La politique de lutte contre les IST et le VIH n'a pas échappée aux transformations qu'a connues la santé publique en France dans le dernier temps. Les politiques de santé publiques ont été soumises dans la dernière quinzaine d'années à plusieurs phénomènes interconnectés : la reconnaissance progressive de l'échelon régional comme niveau pertinent d'élaboration des politiques de santé; une évolution des rôles des autorités publiques et parapubliques investies dans ce domaine ayant conduit, notamment, à un réajustement des missions de l'administration déconcentrée ; une affirmation continue de l'importance des territoires comme espaces de décision et d'implantation ; des réformes d'envergure, plus ou moins convergentes (lois de décentralisation, de santé publique, loi organique relative aux lois de finances, réforme de l'État et de l'Assurance Maladie)².

L'échelon régional comme niveau de pilotage des politiques de santé publique s'est vu progressivement renforcé. Ainsi les ordonnances de 1996 puis un décret de 1997³ ont accordé une reconnaissance au niveau régional pour

² Jabot F., Loncle P., *Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers*, « Santé publique », volume 19, Supplément N°1, 2007.

³ Décret n°97-360 relatif aux conférences régionales de santé

l'émergence des politiques de santé et ont instauré des conférences de santé destinées à mobiliser l'ensemble des acteurs pour identifier des priorités de santé publiques. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique réaffirme et renforce l'échelon régional par la mise en place des programmes régionaux de santé (PRSP) et des groupements régionaux de santé publique (GRSP) pour assurer leur mise en œuvre et leur suivi. En fin, la *loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « Hôpital, patients, territoires » (HPST)* consacre l'échelon régional pour le déclinaison et l'adaptation locale des politiques nationales de santé. Les agences régionales de santé (ARS) sont les créations institutionnelles qui, à partir du 1-er avril 2010, assurent le pilotage régional des politiques sanitaires, médicosociales et de santé publique.

Les collectivités locales ont été associées à ce mouvement progressif de régionalisation. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés locales offre la possibilité aux conseils régionaux de s'investir dans le champ de la santé publique, possibilité qui a été saisie par un certain nombre parmi eux (Bretagne, Pays de la Loire, Rhône-Alpes)⁴. La situation est néanmoins différente en ce qui concerne les conseils généraux. Les premières lois de décentralisation (1982-1983) ont confié aux conseils généraux les prérogatives de prévention sanitaire (la vaccination, les IST, la tuberculose et le cancer) accompagnée d'une dotation générale de décentralisation (DGD) afférente. La loi n° 2004- 809 du 13 aout 2004 a recentralisé à l'Etat les activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose et de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. Ce processus de recentralisation a fait suite au constat que les activités de contrôle de ces infections transmissibles étaient conduites de façon très inégale sur l'ensemble du territoire en fonction des priorités relatives des collectivités qui en avaient la charge. Cependant, cette loi a également prévu la possibilité que les Conseils généraux gardent, s'ils le souhaitent, toute ou une partie de ces activités en passant une convention avec l'Etat par le biais des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Cette recentralisation a été rendue effective au 1^{er} Juillet 2006. La recentralisation a produit des situations très différentes entre les régions et, à l'intérieur d'une même région, entre chaque département qui la composent.

⁴ Ibidem., p.23.

Notre objet pour ce travail de recherche se propose de circonscrire la politique de lutte contre les IST en région Bretagne dans le contexte de la recentralisation. Ce choix d'objet n'est pas aléatoire ou anodin. Ce dossier constituait une préoccupation de l'Unité de santé publique du Pôle santé de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) de Bretagne où nous avons débuté notre stage d'élève-inspecteur à la fin de l'année 2009. Cette préoccupation demeure, après la création de l'ARS, pour le Département Prévention/Promotion de la Santé du Pôle Santé Publique où se poursuit notre stage. Ce mémoire s'inscrit également dans la continuité des deux autres travaux, réalisés par les stagiaires nous ayant précédé, sur la recentralisation des actions de lutte contre la tuberculose et, respectivement, de vaccinations.

Notre travail tentera, à travers un état des lieux régional de la recentralisation des actions de lutte contre les IST, de comprendre quels effets a produit cette recentralisation sur le pilotage régional. Même si la recentralisation a constitué notre préoccupation principale, ce travail se propose également de réfléchir à l'intégration de cette question dans l'élaboration d'une politique régionale sur la thématique « vie sexuelle et affective », et à son articulation avec d'autres dispositifs existants. S'il fallait énoncer dans une manière interrogative notre problématique, nous proposerions : *Comment élaborer une politique régionale homogène et efficace de lutte contre les IST, en intégrant les particularités de la recentralisation ?* Pour répondre à cette problématique nous formulons plusieurs hypothèses principales : a) La pilotage régional a été très réduit du fait des disparités entre les départements de la région ; b) Cette faiblesse de pilotage s'explique par la place la moins importantes de la lutte contre les IST dans l'ensemble des actions recentralisées qui ont capté plus d'énergie. C) Un dispositif de concertation régionale intégrant les conseils généraux et d'autres partenaires concernés par cette problématique pourrait réduire les disparités entre les départements.

Pour parvenir à répondre à notre problématique et vérifier nos hypothèses nous avons déployé une méthodologie combinant plusieurs méthodes : la recherche bibliographique sur plusieurs domaines, l'étude des documents et des textes législatifs, les entretiens semi-directifs, des visites sur site. Nous avons interviewé 18 professionnels investis dans cette problématique au niveau de chacune de quatre délégation territoriale (DT) et du siège de l'ARS Bretagne, des conseils généraux qui ont gardé la compétence IST, de la Direction générale de la

santé (DGS), de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), des quatre centres de dépistage et d'une association. Les entretiens ont été pour la plupart individuels, mais aussi en binôme ou en trinôme. Une grande majorité des entretiens ont été enregistrés en demandant toujours l'accord des interviewés. Un devoir de rigueur méthodologique nous a déterminé de retranscrire tous les entretiens. Ce chantier nous a demandé beaucoup de temps surtout dans le contexte d'un travail de finalisation d'une thèse de doctorat en science politique qui sera soutenue à une semaine de l'écriture de ces lignes et en sachant que le français n'est pas notre langue native, une conjonction des situations moins habituelles pour un élève-IASS. Une autre méthode a été la visite d'un centre de dépistage pendant une journée « portes ouvertes » et d'une association investie dans la lutte contre les IST.

Munis de ces outils méthodologiques nous avons tenté d'investir notre problématique en proposant dans une première partie de saisir les enjeux de santé publique représentés par les IST pour en suite se focaliser davantage sur les motivations de la mise en œuvre de la recentralisation. Nous avons procédé dans une deuxième partie à l'exposition des spécificités de la recentralisation de cette compétence de santé publique en Bretagne. A la base de cet état des lieux nous avons proposé, dans une troisième partie, des perspectives de réorganisation du pilotage régional de la politique de lutte contre les IST tout en montrant le rôle de l'IASS dans ce travail.

1 Les infections sexuellement transmissibles – la complexité d'un enjeu de politiques de santé publique partagé entre l'Etat et les collectivités locales

1.1 Définitions

Pour bien mettre en évidence le propos de notre travail il convient de créer un cadre de référence des concepts, dont nous aurons besoin tout au long de notre démonstration. Nous souhaitons mettre en analyse des concepts opératoires qui nous guideront tout au long de notre travail. Nous partirons de ce que Pierre Bourdieu désigne comme « concept indigène », quand il parle de la notion de « habitus »⁵. Ces concepts opératoires guideront comme des points d'ancrage durant notre analyse. Ce cadre de clarifications conceptuelles sera un outil très important parce qu'il donnera ce que nous pouvons appeler, dans l'acception de Durkheim, des « prénotions »⁶ (Durkheim, 1893). Après, nous introduirons ces concepts dans un système conceptuel qui peut créer la pertinence de leur utilisation parce que notre but n'est pas bien le débat sur les concepts, que leur utilisation pertinente dans l'analyse d'une politique publique. Il ne s'agit pas ici de faire une analyse approfondie des notions que nous utilisons. Notre travail n'a pas l'ambition de se lancer dans une analyse minutieuse des concepts, mais de les clarifier pour mener une réflexion sur les transformations d'une politique sectorielle en Région Bretagne.

Les infections sexuellement transmissibles (IST), comme l'appellation même l'indique, se transmettent la plupart du temps lors d'un rapport sexuel. Il existe plus de trente bactéries, virus et parasites sexuellement transmissibles. Plusieurs, dont le *virus de l'immunodéficience humaine* (VIH) et la *syphilis*, se transmettent aussi de la mère à l'enfant pendant la grossesse et à l'accouchement, et par les transfusions sanguines et les greffes.

Les agents pathogènes sexuellement transmissibles les plus courants sont d'origine bactérienne, virale ou parasitaire.

⁵ Bourdieu P., *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*, Paris, Editions du Seuil, 1992, p.251.

⁶ Durkheim E., *De la division du travail social*, Paris, PUF, 1893.

Infections bactériennes courantes

- *Neisseria gonorrhoeae* (responsable de la gonorrhée ou de l'infection à gonocoque);
- *Chlamydia trachomatis* (responsable des infections à Chlamydia);
- *Treponema pallidum* (responsable de la syphilis);
- *Haemophilus ducreyi* (responsable du chancre mou);
- *Klebsiella granulomatis* (précédemment connu sous le nom de *Calymmatobacterium granulomatis* responsable du granulome inguinal ou donovanose).

Infections virales courantes

- Virus de l'immunodéficience humaine (responsable du sida);
- Virus Herpes simplex type 2 (responsable de l'herpès génital);
- Papillomavirus humain (responsable de condylomes acuminés, certains sous-types pouvant entraîner un cancer du col de l'utérus);
- Virus de l'hépatite B (responsable de l'hépatite et, pour les cas chroniques, de cancers hépatiques);
- Cytomégalovirus (responsable d'inflammations de divers organes dont le cerveau, l'œil et l'intestin).

Organismes parasitaires

- *Trichomonas vaginalis* (responsable de la trichomonase vaginale);
- *Candida albicans* (responsable de la vulvo-vaginite chez la femme; de la balanoposthite chez l'homme).⁷

1.2 Un enjeu de santé publique

Jeannine Pommier et Olivier Grimaud⁸, en partant de certains auteurs et de la définition de l'Association of schools of public health (ASPH) considèrent qu'il n'existe pas de définition « absolue » de santé publique. Ces deux auteurs invitent d'intégrer les enjeux de santé publique dans un écosystème durable⁹ pour assurer les conditions en lesquelles les gens peuvent être en bonne santé. La santé

⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/fr/index.html>

⁸ Pommier J., Grimaud O., *Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles*, « Société française de santé publique/Santé publique », 2007, N°19.

⁹ Ibidem, p.10

publique pourrait donc être définie comme étant ces missions par lesquelles « sont réalisées au moyen de technologies et d'interventions de promotion de la santé et prévention de maladies afin d'améliorer et d'augmenter la qualité de la vie »¹⁰. En ce qui concerne le contexte français les fonctions essentielles de santé publique sont évoquée à l'article 2 de la *loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. Cette loi affirme la responsabilité de l'Etat dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé publique qui doit prendre forme à travers la détermination des objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé. Cet article de la loi du 9 août qui se retrouve dans l'article L1411-1 du Code de la santé publique désigne les domaines attribués à la politique de santé publique. Les neuf domaines concernent :

- 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
- 2° La lutte contre les épidémies ;
- 3° La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;
- 4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;
- 5° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
- 6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;
- 7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire;
- 8° La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
- 9° L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;
- 10° La démographie des professions de santé.

La *loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires* dite « Hôpital, patients, territoires » (HPST) réaffirme à l'article 118 la responsabilité de l'Etat pour mener la politique de santé publique. Ainsi les agences régionales de santé (ARS) sont chargées, en

¹⁰ Ibidem, p.10

tenant compte des spécificités de chaque région, de « mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile. »¹¹. *Le schéma régional de prévention* (art. R.1434-3 du Code de santé publique- CSP) inauguré par cette même loi représente l'outil fonctionnel chargé de décliner le Plan stratégique régional de santé (PSRS) sur les problématiques de prévention, promotion de la santé, de la santé environnementale et de la sécurité sanitaire.

A la lumière de la définition de la notion de santé publique et du cadrage législatif et institutionnel évoqué les IST constituent un enjeu majeur de santé publique par leur prévalence, par la préoccupation des pouvoirs publics et par les politiques publiques mises en œuvre pour y répondre. Cet enjeu de santé publique semble être préoccupant tant au niveau mondial, que européen ou national français. Les chiffres au niveau mondial sont très significatives. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), chaque jour près d'un million de personnes contractent une IST). On enregistre chaque année dans le monde plus de 340 millions de nouveaux cas d'infections bactériennes et protozoaires sexuellement transmissibles Ce chiffre englobe l'infection à VIH. En l'absence de traitement, les infections à gonocoque et à Chlamydia chez la femme entraînent une infection génitale haute dans une proportion des cas pouvant aller jusqu'à 40 %. Dans un cas sur quatre, l'infection conduit à la stérilité. Une syphilis précoce non traitée chez la femme enceinte entraîne un taux de mortinatalité de 25 % et cause 14 % des décès de nouveau-nés – soit un taux global de mortalité périnatale d'environ 40 %. Ainsi, la prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes en Afrique se situe entre 4 % et 15 %. De nouveaux vaccins contre l'infection due au papillomavirus humain pourraient empêcher que, chaque année, dans les pays dénués de ressources, environ 240 000 femmes meurent précocement des suites d'un cancer du col de l'utérus. A l'échelle mondiale, pas moins de 4000 nouveau-nés perdent la vue chaque année à la suite d'une infection ophtalmique due à une gonococcie ou une chlamydie maternelle qui n'a pas été soignée¹².

¹¹ Article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « Hôpital, patients, territoires » (HPST)

¹² OMS- *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015. Rompre la chaîne de la transmission*, Editions de l'OMS, 2007.

Selon l’OMS¹³, vu les tendances sociales, démographiques et migratoires, le nombre de personnes exposées aux infections sexuellement transmissibles va continuer d’augmenter considérablement. La charge de morbidité est plus lourde dans les pays en développement, mais elle devrait s’accroître aussi dans les pays industrialisés en raison de la prévalence des infections virales incurables, de l’évolution des comportements sexuels et de l’essor des voyages. Les infections sexuellement transmissibles et leurs complications ont un coût socio-économique important. Elles comptent parmi les dix motifs de consultation les plus courants dans la plupart des pays en développement et grèvent à la fois le budget national de la santé et le revenu des ménages.

Quant à la France, malgré des mesures de prévention entreprises, le constat est d’une recrudescence des IST et du VIH comme nous l’avons déjà exposé dans l’introduction. La prévalence des IST que les données épidémiologiques attestent ont déterminé les décideurs publics d’agir, de construire des politiques publiques pour y répondre. Nous envisageons dans notre travail seulement les politiques publiques de prévention et moins celles de traitement, ce que Claude Thiaudière désigne comme « les usages politiques de la prévention »¹⁴. Ces mesures ont concerné tant le niveau international (OMS), européen, que national.

La *stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2006–2014*¹⁵ a été élaborée dans le cadre d’un vaste processus consultatif faisant intervenir toutes les parties prenantes au sein du Secrétariat de l’OMS ainsi que les Etats Membres et d’autres partenaires de l’extérieur. Elaborée entre septembre 2002 et mars 2006, la stratégie mondiale s’inspire des stratégies de lutte contre les infections sexuellement transmissibles conçues par les bureaux régionaux de l’OMS et de consultations avec les experts de toutes les Régions. Elle tient compte aussi des recommandations formulées par deux groupes consultatifs de l’Organisation, le groupe consultatif sur la sexospécificité et le groupe consultatif d’experts des infections sexuellement transmissibles, y compris celle due au virus de l’immunodéficience humaine. Elle vient compléter la stratégie du secteur de la santé contre le VIH/SIDA et la stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs. La lutte contre les IST devrait faire

¹³ Idem.

¹⁴ Thiaudière C., *Sociologie du sida*, Paris, Editions La Découverte, 2002, p. 46.

¹⁵ OMS - *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015. Rompre la chaîne de la transmission*, Editions de l’OMS, 2007

partie intégrante de services complets de santé sexuelle et génésique. Cette stratégie a été élaborée pour servir de cadre à une action mondiale accélérée contre les infections sexuellement transmissibles. Elle vise notamment l'objectif principal d'inciter les gouvernements et les partenaires nationaux et internationaux de l'action de développement à lutter plus activement contre les IST.

Au niveau de l'Union européenne, même si la santé représente une compétence exclusive des Etats membres, à partir du Traité de Maastricht il y a eu des préoccupations de prévention. Ainsi son article 129 affirme que « L'action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé »¹⁶. L'article 152 du Traité d'Amsterdam¹⁷ réaffirme cette vocation de la Communauté. L'UE s'est préoccupé principalement dans le domaine des IST du SIDA. Le premier programme *Europe contre le Sida* couvrait la période 1991-1993 et a été prolongé sur la période 1993-1994. Comme le montre Sébastien Guigner la vocation de la Communauté pendant cette période, à travers ces programmes a été d'apporter « un concours à des actions de prévention, d'information, de formation, de recherche, de collecte de données épidémiologiques et comportementales, de soutien social et psychologique et de lutte contre les discriminations »¹⁸. Dernièrement l'Union européenne à travers une Communication de la Commission¹⁹ a inauguré le « Programme d'action européen pour lutter contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose par les actions extérieures (2007-2011) ». Il visait à tirer parti des meilleures pratiques, de l'expérience acquise dans les actions extérieures et des politiques communautaires menées dans ce domaine pour soutenir un programme d'action qui s'adresse aux pays en développement et aux pays à revenu intermédiaire.

Pour lutter contre la progression de ces infections et influencée par tous ces instruments de politiques publiques du niveau européen et international, la France a adopté une stratégie à la base des plans nationaux (dont le VIH/SIDA ont été la

¹⁶ Traité sur l'Union européenne, *Journal officiel n°C du 29 juillet 1992*

¹⁷ Traité d'Amsterdam modifiant le Traité sur l'Union européenne, les traités instituant les Communautés européennes et certains actes connexes, *Journal officiel n° C 340 du 10 Novembre 1997*

¹⁸ Guigner S., « L'institutionnalisation d'un espace européen de la santé entre intégration et européanisation », *Thèse présentée devant l'Université de Rennes1*, Ecole doctorale « Droit, Science politique et Philosophie » pour l'obtention du doctorat de l'Université de Rennes1, Mention « Science politique », Soutenue publiquement le 2 décembre 2008, p.198.

¹⁹ COM/2005/0179 final

cible d'une attention particulière) et des lois nationales avec une déclinaison ou application territoriales.

1.3 Les solutions proposées par l'Etat pour la résolution de la propagation des IST

1.3.1 La déclinaison territoriale des actions de l'Etat

La lutte contre les IST a plus d'une centaine d'année en France. Ainsi la Loi de santé publique du 15 février 1902 instaurait les dispensaires antivénéériens qui faisaient du dépistage et du traitement des maladies sexuellement transmissibles. A ces dispensaires antivénéériens étaient d'ailleurs souvent accolés des dispensaires antituberculeux²⁰. Les dispensaires antivénéériens dont l'appellation dévient caduque le 22 juin 2000 se répartissaient en trois catégories :

1° Les dispensaires antivénéériens publics gérés par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics ;

2° Les dispensaires gérés par les associations reconnues d'utilité publique, par les sociétés mutualistes, les organismes de sécurité sociale et les caisses d'assurances sociales agricoles qui, par décision du ministre de la Santé publique et de la Population, sont assimilés aux dispensaires publics et se trouvent, de ce fait, soumis aux dispositions applicables à ces organismes ;

3° Les dispensaires privés gérés soit par des organismes privés en dehors des conditions prévues au paragraphe précédent, soit par des particuliers.

Ces dispensaires ne peuvent pas être ouverts sans l'agrément préalable du préfet, donné sur proposition du directeur départemental de la Santé, après avis du médecin consultant régional de vénéréologie. Les décisions du préfet seront soumises, pour approbation, au ministre de la Santé publique et de la Population.²¹

Mais l'apparition de l'épidémie du SIDA a posé le problème de l'anonymat pour ces dispensaires antivénéériens. En fait en 1985 ont été développés les premiers tests capables d'identifier la présence d'anticorps contre le VIH ce qui permettait de détecter les patients infectés par le VIH mais asymptomatiques. Par ailleurs, ces tests permettent de détecter le VIH chez les donneurs de sang. Ceci

²⁰ Entretien MISP – ARS Bretagne

²¹ Article L 295 du CSP, abrogé le 22 juin 2000

a pour effet indésirable le fait que nombre de personnes, n'osant pas faire la demande de test, venaient donner leur sang afin de se faire tester pour des risques qu'ils ont pris. Ce problème sera résolu en 1988 par la mise en place des *centres de dépistage anonyme et gratuit* (CDAG). Un de nos interlocuteurs souligne cette question de l'anonymat déterminante pour la création des CDAG : « *le dépistage du VIH, il avait été demandé à ce que ce soit fait dans des conditions anonymes et gratuites, alors que les dispensaires antivénéériens, de mon temps, ne faisaient pas automatiquement ça* ». ²² Un arrêté ²³ du 8 juillet 2010 permet la levée de l'anonymat sous certaines conditions.

En France, la lutte contre les IST se réalise à travers des plans nationaux. Les orientations stratégiques sont élaborées avec la contribution des patients, des associations, des professionnels sanitaires et sociaux, des administrations. Depuis 2004, les IST ont été rattachées au VIH. C'est-à-dire qu'avant il y avait un plan de lutte contre le VIH et depuis 2004, c'est un plan de lutte contre VIH et IST. Cette fusion de ces deux problématiques est considérée de bon augure comme nous déclare un médecin-inspecteur de santé publique (MISP) de l'ARS Bretagne : « *Avant c'était uniquement VIH. Ce qui était idiot, tout le monde était d'accord pour dire que c'était trop restrictif. Donc maintenant, on associe bien évidemment le VIH et les IST. (...) Le plan en préparation, il est VIH / IST, ce qui est logique.* » ²⁴.

Les raisons de ce rapprochement sont liées aux liens de causalité qui existent entre les deux types d'infections :

- Le virus VIH et les IST se transmettent principalement par voie sexuelle. La transmission sanguine du VIH est aujourd'hui très limitée compte tenu de la sécurité des produits sanguins et de la réduction drastique des nouvelles transmissions entre usagers de drogue ;
- Certaines IST favorisent la transmission du virus VIH, notamment l'herpès et la syphilis primaire. Le virus VIH et certaines IST (syphilis, lymphogranulomatose vénérienne - LGV et hépatites) ont une prévalence

²² Entretien MISP – ARS Bretagne.

²³ Arrêté du 8 juillet 2010 *fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles*. JORF n°0166 du 21 juillet 2010.

²⁴ Entretien avec un MISP de l'ARSB

accrue chez les homosexuels masculins et nécessitent une stratégie globale prenant en compte l'ensemble des risques et comportements de ce groupe.

- L'incidence de l'infection par le VIH et l'incidence des IST sont des indicateurs communs du comportement sexuel et de prévention dans la population générale à un temps donné.
- La proposition de dépistage des IST facilite la proposition de dépistage de l'infection par le VIH en globalisant la problématique sida dans une proposition de santé générale moins « redoutée »

Par ce rapprochement thématique on constate la consolidation d'une approche globale qui dépasse la seule composante médicale des infections. Ainsi sont prises en compte la contraception, les grossesses non désirées, les agressions sexuelles etc.. Ces programmes encouragent une vision transversale de la santé à travers des objectifs à accomplir qui vont de la prévention à la lutte contre les discriminations. Sont prises en compte des aspects comme le dépistage, le suivi et la prise en charge thérapeutique.

Ces plans nationaux qui sont mis en œuvre à travers un maillage territorial complexe souvent avec des confusions de compétences. Ainsi les CDAG qui avaient essentiellement la mission de faire du dépistage du VIH, l'objet d'une politique bien plus manifeste de l'Etat que les autres IST, fonctionnaient, après leur création, en partie dans des dispensaires antivénériens, donc du ressort du département, et en partie sous la tutelle de l'Etat. Le dépistage des IST, en dehors du VIH et des hépatites B et C, est assuré par les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST). Les CDDIST ont été créés par la Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, la même qui introduit la recentralisation des actions de santé, et représentent les héritiers des dispensaires antivénériens. Ces dispensaires antivénériens étaient du ressort exclusif des départements après La loi du 22 juillet 1983 qui confie aux départements une compétence de droit commun en matière d'aide sociale légale et en matière de prévention sanitaire. A l'esprit de cette loi le département est ainsi responsable : de l'aide sociale à l'enfance, de l'aide aux personnes handicapées adultes (aide à domicile, allocation compensatrice pour tierce personne), de l'aide aux personnes âgées, de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, de la lutte contre les fléaux sociaux.

Le partage de missions entre les CDAG et les CIDDIST n'a pas des contours très stricts, les enchevêtrements réciproques sont complexes et la gestion des ces deux dispositifs s'avère compliquée. Une responsable de la Direction générale de la santé nous exprime cette complexité : *« En fait, on se trouve avec un dispositif qui fonctionne avec deux niveaux : un niveau CDAG, un niveau CIDDIST. Dans certains endroits, les CDAG et les CIDDIST cohabitent. C'est le même personnel, etc. Il y a d'autres endroits où il n'y a que des CDAG, des endroits où il n'y a que des CIDDIST. Mais, à la limite, que ce soit mis en œuvre par les collectivités territoriales ou par un autre opérateur, c'est toujours la même histoire. C'est-à-dire qu'on a toujours ces deux types de consultation avec des rapports d'activité différents et des financements différents ; même si c'est les mêmes personnes, les mêmes lieux, etc. Donc, c'est très, très compliqué. »*²⁵

La séparation des tâches entre ces deux structures souvent n'est pas très claire et leurs ancrages historiques complexes créent une difficulté de pilotage régional comme le remarque un médecin-inspecteur de santé publique (MISP) du siège de l'ARS Bretagne en charge du dossier : *« Les dispensaires antivénéériens, c'est quelque chose de très ancien. Alors après, moi je n'en sais rien, je vous dis ça comme ça, je n'ai pas tous les éléments sur l'historique mais les problèmes d'il y a vingt ans, c'était la syphilis et la gonococcie et c'était pris en charge par les dispensaires antivénéériens. Il y a eu une phase de déclinaison de l'épidémie, est apparue l'épidémie de SIDA pour laquelle le système a été jugé peu efficace et on a mis en place des centres de dépistage anonyme et gratuit, des CDAG. Là dans c'est une politique Etat, avec des enveloppes hospitalières, et des CDAG qui pour la plupart sont gérés par des établissements de santé, à l'exception, je n'ai jamais bien compris pourquoi, du Morbihan où les CDAG sont sous la compétence du Conseil général »*²⁶. Même si la loi l'a décidé, cette transformation des dispensaires antivénéériens en CIDDIST ne semble pas être totalement dépourvue de confusion sur le terrain, en pratique, comme le pointe le même interlocuteur : *« il y a une confusion, c'est qu'on ne sait plus très bien... enfin dans la théorie on sait très bien ce que c'est qu'un CIDIST, mais quand on demande aux gens ils ne savent pas vraiment si leurs dispensaires antivénéériens sont devenus des CIDIST*

²⁵ Entretien avec une responsable du Bureau des infections par le VIH, IST et hépatites de la Sous-direction de la prévention des risques infectieux de la Direction générale de la santé (DGS)

²⁶ Entretien MISP – ARS Bretagne.

ou pas, il y a une confusion là-dedans »²⁷. Néanmoins il faut remarquer que la majorité des dépistages des IST, ça se fait dans les consultations de médecine générale parce que « La plupart des gens qui ont des problèmes d'IST et qui ont des symptômes, ils vont chez leur médecin généraliste, ils rentrent dans un circuit de soin classique ».²⁸

La mise en œuvre des objectifs de ces plans nationaux se faisait depuis 2005 à travers les plans régionaux de santé qui étaient le reflet d'une accélération du mouvement de régionalisation de la santé en France. Cette régionalisation, amorcée à partir des années 1970, a connu un moment important au milieu des années 1990. Les ordonnances de 1996²⁹ puis le décret de 1997³⁰ ont eu la vocation d'attribuer au niveau régional une reconnaissance pour l'élaboration de la politique de santé. Ainsi il est instauré, d'une part, des conférences régionales de santé destinées à mobiliser l'ensemble des acteurs pour identifier des priorités de santé, et d'autre part, un donnant un cadre légal aux démarches de programmation engagées depuis quelques années.³¹ Cette tendance de régionalisation se confirme par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique³² qui met en place des plans régionaux de santé publique (PRSP) et de groupements régionaux de santé publique (GRSP) pour en assurer leur suivi. Cette régionalisation prévue par les textes serait plutôt une déclinaison des différents plans nationaux que l'expression d'une véritable politique régionale de santé. Didier Truchet fait une analyse de la régionalisation promue en 2004 en ce sens : «Malgré l'apparition en 2004 des plans, conférences et groupements régionaux de santé publique ou l'existence (théorique) des programmes régionaux de l'assurance maladie, il est illusoire de croire qu'il soit possible de déterminer au niveau régional de véritables objectifs de santé publique, car, dans une matière aussi sensible, ils ne peuvent être que des modulations des objectifs nationaux : c'est sur tout le territoire national, et non en quelques régions seulement, qu'il faut tendre au meilleur niveau possible de protection de la santé. Que l'on puisse, ici ou là, décider de « mettre le paquet » sur telle action qui paraît particulièrement

²⁷ Idem.

²⁸ Idem.

²⁹ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins
Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

³⁰ Décret n°97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé

³¹ Préfecture de Région Bretagne – « La Bretagne en santé. Plan régional de santé publique. 2006-2010

³² Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

nécessaire compte tenu de la situation locale, sans doute, mais cela ne peut pas aller très loin, car la population n'admettrait pas que, corrélativement, on en *laisse tomber d'autres* »³³.

La Région Bretagne, du fait de la faible prévalence des IST et du SIDA (9^{ème} région française pour les cas déclarés), n'a prévu aucune programmation régionale spécifique. Il faut rappeler qu'il existe des pôles de référence et des structures de coordination comme par exemple le Comité de Coordination de Lutte contre l'Infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (COREVIH) dans le domaine du VIH/SIDA. Les COREVIH ont remplacé en 2005 les Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH). Une circulaire³⁴ a apporté des précisions sur les modalités de mise en place, le territoire de référence, les missions, les modalités de fonctionnement, les membres et les partenaires des COREVIH, instaurés par un décret du 15 novembre 2005³⁵. Ce comité de coordination est chargé de :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de la formation, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé ;

- participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de cette prise en charge et à l'harmonisation des pratiques ;

- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques³⁶.

En ce qui concerne le partage des compétences dans ce domaine entre les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), Olivier Borraz montre succinctement ses termes. Selon ce chercheur du Centre national des recherches scientifiques (CNRS), spécialiste des risques et de la sécurité sanitaire, les DRASS « ont pour tâche de planifier les ressources affectées à la lutte contre le sida, d'harmoniser et de coordonner les différentes programmations départementales tandis qu'il revient aux DDASS de mettre en œuvre et de

³³ Truchet D. (2006), *Dossier. Aspects historiques et institutionnels*, « Les Tribunes de la Santé », Vol. 3, N°12, 2006, p.25.

³⁴ Circulaire N°DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005

³⁵ Décret no 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

³⁶ Idem, Art. D. 3121-35.

financer sur les crédits déconcentrés les actions locales »³⁷. Ces actions étaient coordonnées et financées dans le cadre du GRSP et après 1-er avril 2010 reprises par le Département Prévention et Promotion de la Santé de l'ARS et conduites dans une logique régionale.

Les stratégies d'actions ont été établies d'une part en direction de la population générale (éducation et prévention essentiellement), et d'autre part en direction des populations vulnérables (prostituées, détenus....) afin d'adapter les actions de prévention (y compris la réduction des risques) et de développer les aides au dépistage, au logement et au travail. Le PRSP envisage des actions de prévention du VIH et des autres IST essentiellement par une de ses approches populationnelles identifiées, en occurrence les jeunes. En fait les jeunes constituent une population ciblée dans les programmes basés sur les modifications de comportements. Il s'agit d'intervenir en amont sur les comportements à risque.

La plupart des actions de 2009 ont été reconduites en 2010 par la décision du CA du GRSP du 26 janvier 2010. Le plus important montant des actions financées correspond au département d'Ille et Vilaine avec 248 272 €. Il suit le Morbihan avec 139 225€, le Finistère avec 121 440 € et les Côtes d'Armor avec 77 205€. Les actions dites régionales ont été financées à l' hauteur de 44 150 €. On constate la présence sur 2008, 2009 et 2010 des promoteurs régionaux constants comme SIDA- Info-service, AIDES et les CODES ou des acteurs avec une activité plus localisée comme les villes, les lycées, les collèges, les hôpitaux, les missions locales ou les associations locales (Arpèges- Cornouaille dans le Finistère, Liberté Couleurs en Ille et Vilaine etc.).

Les actions de prévention sur le territoire national n'étaient pas homogènes. Face à cette hétérogénéité entre les territoires et à une résurgence des infections sexuellement transmissibles à partir de l'année 2000 (ces infections arrivaient souvent dans des populations déjà contaminées par le VIH), l'Etat engage une réflexion suite à laquelle il propose une solution – la recentralisation.

³⁷ Borraz O. (avec la collaboration de Loncle-Moriceau P. et Arrouet C.), Les politiques locales de lutte contre le SIDA. Une analyse des trois départements français , Paris, L'Harmattan, 1998, p.179

1.4 Les motivations et le contexte de la recentralisation des actions concernant les IST

Schématiquement, avant la recentralisation, le VIH dépendait de l'Etat et les IST dépendaient des collectivités territoriales. La recentralisation a été motivée par deux enjeux majeurs. Un premier visait la mise en corrélation des actions contre la propagation des IST avec les plans VIH. La nécessité d'un tel rapprochement est souligné par un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dd 2003 : « Ainsi les centres de vaccination, la lutte contre la tuberculose et les maladies vénériennes sont de la responsabilité du département. Mais la lutte contre l'ensemble des maladies transmissibles, dont le SIDA, relève de la responsabilité de l'Etat. Or, toutes les études montrent que les personnes venant consulter pour une MST sont aussi celles qui sont le plus exposées à une contamination par le virus du SIDA »³⁸.

Un deuxième enjeu tenait des inégalités territoriales des actions de prévention et de dépistage corroborées avec la résurgence des MST et de la tuberculose surtout dans certaines régions fortement urbanisées où elle pose des vraies problèmes de santé publique³⁹. En fait l'article 37 de la Loi du 22 juillet 1983 a attribué aux départements, parmi d'autres responsabilités sanitaires, « la lutte contre les fléaux sociaux » dans laquelle on inclue les maladies vénériennes. Ce transfert de compétences s'est accompagné des transferts financiers correspondant au déroulement des ces nouvelles activités et services. Le même rapport de l'IGAS faisait le constat d'une variabilité des actions des départements en matière de santé, d'une hétérogénéité entre les différents départements, mais aussi d'une recrudescence des infections. Egalement il est ressorti que les écarts entre Français et migrants en matière de contamination par le SIDA sont liés à des disparités importantes dans le recours au dépistage et à un traitement précoce. Il constate aussi un relâchement des comportements de prévention et des prises de risques importantes suite à la découverte des nouveaux traitements.

Ce rapport recommande d'agir afin de répondre à ces deux constats principaux : « La persistance de la tuberculose et des MST dans la plupart des départements et grandes villes visitées par la mission, le récent relâchement des

³⁸ Inspection Générale des Affaires Sociales, Rousseau- Giral A.C., « La prévention sanitaire des maladies sexuellement transmissibles, du SIDA et de la tuberculose », Rapport N°2002 153. Janvier 2003, p. 7

³⁹ Ibidem, p.7.

pratiques en ce qui concerne le VIH et les MST, les risques liés à l'afflux de certaines populations à risque plaident pour le renforcement du système de veille sanitaire »⁴⁰. Une des recommandations du rapport suggérait le rapprochement des CDAG et des CIDDIST pour corréliser la lutte contre le SIDA avec la lutte contre les IST. Comme ces structures dépendaient des deux tutelles différentes se posait la question de les réunir dans un souci de simplification de la gestion administrative et financière⁴¹.

Suite aux constats du rapport de l'IGAS et aux recommandations faites la solution choisie a été de recentraliser les actions de santé confiées auparavant aux départements. Après avoir montré les grands enjeux de santé publique représentés par la lutte contre les IST, présenté l'organisation de la politique afférente en ciblant sur le contexte de l'émergence de ce dispositif spécifique de la recentralisation, il convient dans une deuxième partie de se pencher sur les modalités de sa mise en œuvre. Nous illustrerons les spécificités de la recentralisation de ce domaine de santé publique par l'exemple de la région Bretagne.

⁴⁰ Idem, p.52.

⁴¹ Idem, p.54.

2 La Région Bretagne – Une hétérogénéité de situations départementales dans le contexte de la recentralisation

Pour saisir la situation en Bretagne il convient de présenter le dispositif national pour ensuite comprendre sa mise en œuvre dans cette région. Nous verrons que la recentralisation de la lutte contre les IST a connu des situations contrastées en Bretagne sur un fond d'un pilotage régional réduit.

2.1 Le dispositif de mise en œuvre de la recentralisation

Avant de présenter l'exemple de la Bretagne il est opportun de montrer quels sont les leviers proposés pour la mise en œuvre de la recentralisation. Cette recentralisation est opérée par la *Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales*. Néanmoins la recentralisation vêt un caractère optionnel. Il convient de souligner que, en matière de santé publique, la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales « recentralise » en confiant désormais à l'Etat, et à lui seul, la responsabilité des campagnes de prévention et de lutte contre les grandes maladies, mais les collectivités territoriales pourront toutefois, si elles le souhaitent, exercer (*et, s'agissant des départements, continuer à exercer*) des activités en ce domaine dans le cadre de conventions conclues avec l'Etat (*article 71*). Conformément à l'article 199-1 de la loi ces conventions devaient être conclues avant le 31 juillet 2005. En même temps les départements qui n'ont pas signé de convention se voyait à partir de 2005 réduire la dotation globale de fonctionnement (DGF)⁴² d'un montant égal au droit de compensation établi en 1983 et attribué par le transfert initial de compétences, actualisé du taux d'évolution cumulé de la dotation générale de décentralisation (DGD)⁴³ jusqu'en 2005. Si un département souhaite conclure avec l'Etat une convention dans l'un

⁴² La DGF, instituée par la loi du 3 janvier 1979 (Loi n°79-15 du 3 janvier 1979 instituant une dotation globale de fonctionnement versée par l'Etat aux collectivités locales et à certains de leurs groupements et aménageant le régime des impôts directs locaux pour 1979), est un prélèvement opéré sur le budget de l'Etat et distribué aux collectivités locales pour la première fois en 1979. Son montant est établi selon un mode de prélèvement et de répartition fixé chaque année par la loi de finances. Elle est versée aux régions depuis 2004. Cette dotation est constituée d'une dotation forfaitaire et d'une dotation de péréquation. Source : www.insee.fr

⁴³ La DGD assure la compensation financière des transferts de compétences qui ne donnent pas lieu à un transfert de fiscalité. Les charges résultant des transferts de compétences intervenus entre l'Etat et les collectivités locales depuis 1984 sont compensées par un transfert de ressources. Celui-ci est effectué par transfert d'impôts d'Etat et pour le solde par le versement d'une dotation budgétaire, la dotation générale de décentralisation (DGD). Elle est depuis 2004 intégrée, pour 95% de son montant, dans la dotation forfaitaire de chaque département. Source : www.insee.fr

ou plusieurs domaines de santé publique visés par la recentralisation aucune réfaction ne sera opérée sur la DGF pour la compétence conservée.

Cette idée d'assouplir la recentralisation devait permettre la continuité des services qui marchaient bien. Un de nos interlocuteurs de l'administration centrale montre cette préoccupation en ce qui concerne la lutte contre les IST lors de la construction du texte de la loi : *« L'idée, c'est de recentraliser la lutte contre les IST pour qu'on mette en cohérence avec ce qui se passait avec le VIH. A l'époque, quand on a commencé à rédiger le texte de loi, on a été un peu timorés parce qu'on avait l'impression que dans certains départements c'était très bien organisé et on a eu peur qu'en recentralisant tout, c'est-à-dire en récupérant tout, on casse ce qui marchait. C'est pour ça qu'on a eu cet article de loi qui est à deux niveaux. C'est-à-dire que pour les collectivités territoriales qui le souhaitent à continuer à s'investir dans la lutte contre les IST, ils peuvent passer convention et c'est eux qui vont être les opérateurs. La responsabilité sera à l'Etat mais ce sont eux qui seront les opérateurs. Et pour les départements qui souhaitaient se désengager, l'Etat reprenait complètement l'activité et trouvait les opérateurs (...)! C'est comme ça que s'est construit le texte. »*⁴⁴. En réaffirmant la responsabilité de l'Etat cette loi renforcerait la loi de santé publique adoptée quelques jours auparavant, le 9 août, qui énonçait cent objectifs prioritaires dont le VIH/SIDA.

Deux circulaires parues dans l'année 2005 apportaient des précisions sur la mise en œuvre de la recentralisation. Une première circulaire du 6 mai⁴⁵ demandait la réalisation d'un état des lieux concernant les activités déroulées par les départements et d'apprécier dans quelle mesure les activités que les départements souhaitaient garder répondait aux besoins de santé publique de la population. Cette circulaire demandait également un premier chiffrage des financements à prévoir pour les établissements et structures en cas de désengagement des départements. Face aux difficultés d'accomplir toutes ces dispositions une deuxième circulaire, du 18 juillet⁴⁶, rappelle les conditions de la mise en œuvre des actions de prévention sanitaire et précise les modalités de

⁴⁴ Entretien avec une responsable du *Bureau des infections par le VIH, IST et hépatites de la Sous-direction de la prévention des risques infectieux de la Direction générale de la santé (DGS)*

⁴⁵ Circulaire interministérielle DGS/SD5A/SD5C/SD6A n° 2005-220 du 6 mai 2005 relative à la mise en œuvre du transfert à l'Etat des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles

⁴⁶ Circulaire interministérielle N°DGS/SD5A/SD5C/SD6A/DGCL/2005/342 du 18 juillet 2005 relative à la mise en œuvre de la recentralisation des activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles et aux orientations pour la négociation des conventions permettant l'exercice de ces activités par les départements.

négociations de conventions prévues par la loi permettant l'exercice de ces activités par les départements. Cette circulaire réaffirme la responsabilité de l'Etat dans la réalisation des objectifs de santé publique dans le domaine de la prévention. Ainsi même dans les cas où les départements garderaient les compétences, l'Etat aura un droit de regard sur les activités déroulées par les départements. Dans ce sens les conventions conclues avec les départements devaient préciser les objectifs poursuivis, les catégories des bénéficiaires concernées, les moyens mis en œuvre, la référence à la DGD comme subvention accordée par l'Etat, ainsi que les données à transmettre à l'Etat et les modalités d'évaluation des actions entreprises. Même dans les situations où les départements continuent à exercer les prérogatives des actions⁴⁷ de prévention sanitaire, les DDASS et les DRASS ont un rôle important dans la dimension de contrôle et de suivi des programmes. Avec un recul de cinq ans une responsable de l'administration centrale souligne cette place centrale conférée aux DDASS qui l'ont accomplie d'une manière très satisfaisante : « *Au niveau des DDASS, les gens s'en sont vraiment bien occupés. Il y a eu vraiment un effort de fait pour réorganiser le système. Pour le coup, ça a été un plus par rapport à ce qui existait avant. C'est-à-dire qu'on a repensé le système.* »⁴⁸

Néanmoins la recentralisation n'a pas été dépourvue des difficultés. Du fait, comme nous l'avons mentionné déjà, d'une hétérogénéité des situations départementales préexistantes, le transfert de compétences a été compliqué. A la fin de 2006 Sylvie Malsan parlait d'une « bonne réforme, temporairement mal engagée », en pointant les difficultés de la recentralisation : « l'Etat devait rétribuer les crédits, ce qui a été long à mettre en place lorsqu'il a fallu transférer l'enveloppe financière d'une structure de ville à une structure hospitalière, et compte tenu de la diversité des situations locales : dotations DAV – CDAG, parfois couplées, département qui se désengage de son DAV, mais conserve la compétence de lutte contre la tuberculose etc.. Mais surtout, certaines CDAG ont été pendant plusieurs mois fragilisées en raison du départ des médecins, formés et expérimentés, pour qui le statut du médecin territorial à celui de praticien

⁴⁷ Il faut mentionner que la protection maternelle et infantile n'a pas fait l'objet de la recentralisation.

⁴⁸ Entretien avec une responsable du *Bureau des infections par le VIH, IST et hépatites* de la *Sous-direction de la prévention des risques infectieux* de la *Direction générale de la santé (DGS)*

hospitalier ne s'est pas fait ou qui ont été affectés à d'autres activités. »⁴⁹. Malgré ces difficultés de démarrage, selon le même auteur, la situation commençait à s'arranger progressivement et le conventionnement avec l'Etat devient « gage de cohérence du dépistage des IST et du VIH sur l'ensemble du territoire »⁵⁰.

Nous avons montré les raisons qui ont déterminé le pouvoir législatif de recentraliser les actions de prévention sanitaire confiées aux départements par les lois de décentralisation de 1983. Nous avons présentée la manière dont cette recentralisation s'est mise en œuvre par un transfert complexe de compétences du fait de son caractère optionnel et d'une hétérogénéité de situations locales. Nous tacherons par la suite de cibler plus particulièrement notre analyse sur le déroulement de la recentralisation concernant les IST en Région Bretagne, même si notre analyse jusqu'au présent n'a pas manqué des renvois à la situation bretonne.

2.2 Quel pilotage régional dans la mise en œuvre de la recentralisation des actions de lutte contre les IST ?

Dans la Région Bretagne deux départements (Côtes d'Armor et Finistère) ont recentralisé la lutte contre les IST et dans deux autres (Morbihan et Ille et Vilaine) les conseils généraux ont gardé la compétence. Une différence considérable est constatée également en ce qui concerne la dotation budgétaire. Ainsi pour l'année 2007 le département du Finistère bénéficiait de 616500€ contre seulement 1311€ pour le département des Côtes d'Armor. En ce qui concerne la dotation aux conseils généraux les enveloppes sont assez proches entre les deux départements qui ont gardé la compétence IST. Pour la même année 2007 le Conseil général d'Ille et Vilaine a reçu 113705€ et celui de Morbihan 104233€. A ce premier aperçu nous constatons des situations départementales hétérogènes sur l'ensemble de la région. Face à ces disparités régionales nous pouvons nous interroger sur la manière de coordination régionale de la recentralisation.

Il semble que la coordination régionale réalisée par la DRASS (et depuis le 1-er avril 2010 l'ARS) des actions recentralisées concernant les IST a été assez

⁴⁹ Malsan S. (novembre 2006), *Une bonne réforme temporairement mal engagée*, « Le journal du SIDA », N°190, novembre 2006, p.24.

⁵⁰ Ibidem, p.24

diluées, presque inexistante. Les actions de la DRASS se sont centrées essentiellement sur des actions de prévention du VIH et du SIDA dans le cadre du GRSP par la thématique vie sexuelle et affective. Le COREVIH, l'instance de santé de coordination régionale, tend à faciliter la prise en charge globale des personnes concernées par l'infection à VIH, elle contribue à l'équité et à l'accessibilité des soins sur tout le territoire afin de rapprocher les domaines de la prévention, du dépistage, du soin, de la recherche clinique et de favoriser l'implication des malades et usagers du système de santé. Dans ce cadre un maillage territorial d'opérateurs a été pérennisé.

Cette faiblesse du pilotage régional des actions recentralisées dans le domaine des IST semble avoir plusieurs explications. Premièrement les textes encadrant la recentralisation désignaient les DDASS comme l'interlocuteur de la négociation des conventions avec les conseils régionaux. En 2005 le personnel de la DRASS en charge de la thématique vie sexuelle et affective n'a pas été associé à cette démarche de conventionnement. Une autre explication serait la démarcation qui se faisait entre le dépistage des IST qui était par le passé du ressort des conseils généraux et les actions de prévention et promotion qui découlait de la DRASS. Dans cette configuration les opérateurs n'étaient pas toujours les mêmes ce qui n'a pas facilité l'harmonisation des actions de dépistage recentralisées avec celles de prévention/ promotion déroulées par la DRASS. Le MISP en charge du dossier à la DRASS (et ensuite à l'ARS) pointe cette difficulté pour le pilotage régional : *« Bien sûr que ça devrait être mis en cohérence, mais comme on a l'effet catalogue, il y a plein de partenaires, en tout cas un certain nombre de partenaires, qui développent des actions d'information, sont-elles en lien avec ceux qui font du dépistage, parfois c'est les mêmes acteurs, parfois non. C'est là, c'est pour ça qu'il faudrait qu'il y ait une politique régionale qui serait déclinée en départements sur quel type d'action de promotion on fait, quel type de dépistage on fait, où est-ce qu'on le fait, comment on le fait. Il y a un décalage, bien sûr »*⁵¹ En conséquence le rapprochement des deux domaines était compliqué par la gestion financière. Si les actions de prévention/promotion de la santé dans le domaine de la vie sexuelle et affective étaient financées par le GRSP, les actions de dépistage, essentiellement les CDAG, étaient financées par des enveloppes hospitalières et des enveloppes des missions d'intérêt général

⁵¹ Entretien MISP – ARS Bretagne

(MIG)⁵². Néanmoins cette question de gestion financière devrait favoriser le pilotage régional parce qu'en mode LOLF (Loi organique relative à la loi de finances) l'enveloppe régionale englobe tant le financement des actions prévention/promotion que des les actions recentralisées dans le cadre du BOP (Budget opérationnel des programmes) 204⁵³.

A ces explications se rajoute la compétence exclusive de la DRASS en ce qui concerne la politique régionale de lutte contre le SIDA qui a pu canaliser davantage les ressources humaines que la lutte contre les autres IST, champ nouveau de travail. L'investissement de cet important chantier du SIDA a pu contribuer à la diminution de l'attention de la DRASS en direction des IST. La nouveauté des IST dans le champ de la DRASS (ARS par la suite) corroborée avec l'attention accrue portée sur le SIDA est une troisième explication, même si n'est pas la plus importante, du faible pilotage de la DRASS. Dans ce sens Jaeho Eun montre comment le problème du SIDA a la tendance d'accaparer l'action publique au détriment d'autres domaines de santé publique : « L'espace public étant limité dans sa capacité de d'accueillir de *nouveaux* problèmes à traiter, le problème qui attire plus d'attention que d'autres est, sans surprise, plus susceptible d'accéder à l'agenda politique. L'analyse du problème du sida montre aussi qu'une attention plus importante au sida s'accompagne d'une moindre attention à d'autres problèmes voisins tels que le cancer ou la drogue »⁵⁴. Cette politique de lutte contre le SIDA trouvait également bien l'articulation avec les actions de prévention/ promotion coordonnées par la DRASS. Cette situation en Bretagne n'a pas un caractère de singularité en France. Olivier Borraz, qui a fait une analyse dans trois départements français (La Gironde, L'Hérault et le Val d'Oise) des politiques locales de lutte contre le SIDA, constate cet aspect : « une des caractéristiques les plus remarquables de la lutte contre le sida/VIH à l'échelon local tient aux liens qui entretiennent les actions de prise en charge avec

⁵² Par la création de la dotation MIG (Mission d'Intérêt Général), le législateur a souhaité maintenir pour les établissements publics ou privés les activités de service public en dehors du principe de tarification à l'activité, et compenser les charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général par une dotation spécifique. Cette dotation est destinée à financer la part des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements qui ne peuvent être tarifée à l'activité.

⁵³ Prévention et sécurité sanitaire

⁵⁴ Eun, J., *Sida et action publique. Une analyse du changement de politiques en France*, Paris, l'Harmattan, 2009, p. 398.

les actions de prévention. Loin de demeurer des dispositifs distincts, il s'agit au contraire des dispositifs étroitement interconnectés »⁵⁵.

Dans cette configuration d'une faiblesse d'un pilotage régional des actions recentralisées, dans le domaine des IST on aurait plus une addition des politiques départementales qu'une politique régionale forte. Il faut néanmoins préciser l'hétérogénéité des situations départementales. Il y a donc deux départements qui ont recentralisé (Côtes d'Armor, Finistère), mais leur situation est différente. Deux autres (Ille et Vilaine, Morbihan) ont souhaité garder la compétence IST. Il faut rappeler que même si les départements continuaient d'exercer la compétence, des cadres d'action étaient fixés à travers des conventions conclues entre les Conseils généraux (CG) et les DDASS. Ces conventions affirment le rôle de garant de l'Etat pour la réalisation des actions, tout en fixant le cadre de ces actions déroulées par les CG. Marie-José Movrel donne aux conventions un caractère contraignant : « Ces Conventions représentent un moyen de contrainte pour s'assurer que les collectivités se conforment à ce nouveau partage de compétences »⁵⁶. Mais la recentralisation a connu bien des variations en région Bretagne en fonction de la situation héritée dans chaque département et des volontés des Conseils généraux.

2.3 Les variations de la recentralisation de la lutte contre les IST sur le territoire breton

Pour avoir une image sur l'ensemble du territoire de la région Bretagne des actions de lutte contre les IST, il convient de s'arrêter sur la situation de chaque département, n'importe s'ils ont gardé la compétence ou si elle a été recentralisée. Nous montrerons les variations qu'a pu vêtir la recentralisation sur l'ensemble de la région. Une analyse totalement isolée de la recentralisation n'aurait pas sens et pour cela nous avons essayé de faire le lien avec les autres dispositifs existants.

2.3.1 L'Etat en Finistère a fortement réinvesti la lutte contre les IST

⁵⁵ Borraz O. (avec la collaboration de Loncle-Moriceau P. et Arrouet C.), *Les politiques locales de lutte contre le SIDA. Une analyse des trois départements français*, Paris, L'Harmattan, 1998, p.305.

⁵⁶ Movrel, M.-J., *La recentralisation des activités de prévention par la vaccination. Mise en œuvre en région Bretagne – modalités et perspectives*, EHESP, Mémoire professionnel d'IASS promotion 2008-2010, mars 2010, p.11

Le Conseil Général du Finistère a d'abord souhaité d'avoir à sa disposition une année de réflexion. Ensuite il a été conclu une convention d'une durée d'un an. Après un an il a décidé d'abandonner les compétences de prévention sanitaire (IST, vaccination, tuberculose), en gardant que la lutte contre le cancer. Le Président du Conseil Général du Finistère a informé, en mars 2006, le Préfet de sa décision de ne pas garder les trois compétences. Le CG du Finistère a eu la volonté politique de désinvestir les aspects de santé et de se concentrer sur le social et le médico-social.

En 2007 le montant des actions recentralisées était réparti de la manière suivante : 615500€ pour les IST, 458400€ pour la vaccination, 918600€ pour la tuberculose. La lutte contre les IST dans le Finistère bénéficiait du plus important montant parmi les quatre départements bretons, aspect pointé par un MISP chargé du dossier IST à la Délégation territoriale (DT) du Finistère de l'ARS : « *Evidemment, maintenant, avec le recul, quand on fait la comparaison, on ne regarde que ce qui est dans la poche de l'Etat et on trouve que le Finistère est très, très doté* »⁵⁷

Le Préfet, après avis favorable du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), a habilité, par arrêtés préfectoraux de décembre 2006, deux structures en tant que CIDDIST, une structure située au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Brest, et l'autre au Centre Hospitalier Intercommunal (CHIC) de Quimper. Ces deux hôpitaux avaient auparavant des CDAG et la volonté de la DDASS à l'époque à été de bénéficier des acquis existants pour réussir la mise en place des nouvelles structures à créer après la recentralisation de la lutte contre les IST. En même temps ces deux hôpitaux avaient déjà des conventions financières avec le CG concernant la tuberculose.

Pour réinvestir les domaines de santé suite à la recentralisation la DDASS du Finistère a engagé durant l'année 2006 une réflexion commune avec trois centres hospitaliers (Brest, Quimper et Morlaix) qui réalisaient auparavant, à travers des conventions avec le CG, des actions dans les trois domaines de prévention recentralisés. Les centres de Brest et Quimper déroulaient des actions dans les trois domaines, en temps que le centre de Morlaix avait investi que la lutte contre la tuberculose. La solution adoptée consistait dans une stratégie globale pour les trois compétences reprises. La question qui a ressurgi a été liée aux décalages de dotations budgétaires allouées aux trois domaines de l'ensemble des actions recentralisées. De 1,9 millions d'euros au total, il y avait 1,3 dédiés à la tuberculose. La DDASS et ses partenaires voulaient équilibrer l'effort financier entre les trois domaines. Pour obtenir la fongibilité des crédits, un

⁵⁷ Entretien avec un MISP en charge du dossier des IST à la DT du Finistère de l'ARSB

projet d'ensemble de structuration des compétences reprises par l'Etat a été remonté au Ministère.

Ce projet avait l'ambition de créer au sein de chaque établissement hospitalier un véritable pôle de santé publique. L'objectif était d'optimiser l'utilisation des ressources allouées, de coordonner les divers intervenants pour une prise en charge transversale et offrir aux usagers de meilleures accessibilités et continuité de services. Dans le cadre de ce projet d'ensemble un sous-dossier concernant les futures deux CIDDIST a été intégré. Pour le pilotage de la lutte contre les IST a été créé un Comité départemental relatif à la mise en œuvre de cette nouvelle compétence. Il comprenait : un médecin et un infirmier référent de chaque CIDDIST, un MISP de la DDASS et les partenaires institutionnels ou associatifs concernés par la politique de lutte contre les IST (Protection maternelle et infantile – Centre de planification et d'éducation familiale : PMI – CPEF, médecine universitaire et scolaire, associations et collectifs de lutte contre le SIDA, représentants de médecins libéraux gynécologues et dermatologues, etc...). Les missions de ce comité, réuni au moins une fois par an et présidé par le médecin inspecteur de santé publique, sont : l'information des partenaires, l'examen des rapports d'activité des centres, la validation technique des orientations.

Suite à la remontée de ce projet, le Ministère a accepté d'abonder le BOP 204, pour équilibrer les trois compétences. Ainsi les sommes allouées à la tuberculose ont été diminuées ce qui a permis une dotation plus conséquente pour les IST. Ce comité de planification a eu néanmoins des difficultés à se pérenniser. Il a fonctionné pendant l'année 2007, mais après ses attributions ont été reprises par le COREVIH qui a été créé en 2008 et qui avait une obligation légale (Circulaire N°DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005) d'existence.

La mise en place des CIDDIST adossés aux CDAG a permis de mutualiser les moyens, même si une séparation de gestion des deux structures est bien présente. Les CDAG fonctionnent sur des budgets MIG des hôpitaux et les CIDDIST reçoivent leurs crédits de la DRASS (DT – ARS depuis le 1-er avril 2011) du BOP 204. De ce fait il y a également deux rapports d'activité et de performance bien distincts. Le MISP de la DDASS en charge de cette problématique a été particulièrement vigilant pour que les activités ne soient pas comptées deux fois. Néanmoins la séparation en pratique s'avère moins évidente car il y a une mutualisation des moyens humains.

Le binôme CDAG- CIDDIST a permis dans le Finistère de dynamiser et renforcer la lutte contre toutes les IST. Autour de ces deux centres s'est constitué un maillage de prévention avec d'autres partenaires comme les centres de planification familiale et les centres pénitenciers (exemple : Brest). Ce rapprochement CIDDIST – CDAG a permis le développement d'une approche de santé publique et un gain d'efficacité comme le constate le MISP de la DT du

Finistère de l'ARS, adepte de la logique de mutualisation de moyens : « *Il faut mutualiser les moyens pour être plus efficace, je crois* »⁵⁸. En même temps comme dans le Finistère le VIH et le SIDA avait une prévalence très réduite, la création des CIDDIST a permis l'orientation des actions de dépistage vers le dépistage et la prévention d'autres IST. Ainsi en collaboration avec les centres de planification familiale, un axe majeur développé a porté sur le dépistage de la *chlamydiae* qui est l'IST d'origine bactérienne la plus fréquente chez la femme. L'accent mis sur le dépistage de la *chlamydiae* se justifie par le fait qu'elle est une de principales causes d'infertilité chez les jeunes femmes.

La DDASS et ensuite l'ARS a exercé son obligation de suivi sur les actions des centres de dépistage par l'intermédiaire des rapports annuels. En même temps les données des activités étaient renseignées annuellement dans le logiciel SOLEN de la DGS qui centralise toutes les données des actions recentralisées. Néanmoins cette base d'information n'est pas renseignée par tous les opérateurs et de ce fait une analyse complète de leurs activités n'est pas possible.

L'Etat réinvestit dans le Finistère la lutte contre les IST par une démarche de prévention et de rapprochement avec le domaine VIH. Nous avons choisi d'illustrer la réorganisation de la lutte contre les IST dans ce département par un exemple concret d'un centre de dépistage

Le CIDDIST – CDAG du CHIC de Quimper – une approche de santé publique

Le CDDIST de Quimper a été créé par un arrêté préfectoral du 20 décembre 2006. Ce CIDDIST a été adossé au CDAG préexistant. Le CIDDIST bénéficiait d'un praticien hospitalier et d'une infirmière à 80% du temps. Suite au départ de celle-ci, l'infirmière du CDAG a investi 50% de temps de travail. Lors de notre enquête en octobre 2010, la volonté était de récupérer au moins le temps perdu d'infirmière.

Le VIH n'étant pas une problématique majeure dans le département, le Centre de Quimper a adopté une approche surtout de prévention pour maintenir ce niveau bas d'infection, mais également lutter contre les autres IST. Par exemple une recrudescence a été constatée en ce qui concerne la syphilis, un dépistage positif étant constaté presque chaque mois pour l'année 2010.

La création du CIDDIST en étroite relation avec le CDAG préexistant a permis une approche intégrée VIH/autres IST, en sachant que les facteurs de risque sont communs entre les deux infections et que la vulnérabilité à la contamination accroît si une infection est déjà présente. Pour éviter les infections ou les surinfections le personnel du centre adopte un discours de prévention

⁵⁸ Entretien avec un MISP en charge du dossier des IST à la DT du Finistère de l'ARSB

auprès des personnes qui viennent se faire dépister. Le responsable du centre souligne cette approche de prévention : « *Le but est de traiter les infections, mais, aussi, que ça ne se renouvelle pas* »⁵⁹.

Ce centre ne limite pas ses actions de prévention aux personnes qui viennent se faire dépister, mais également à travers des actions « hors murs ». Dans l'année 2010 la cible principale a été le milieu scolaire avec comme objectif de réduire les inégalités d'accès à la prévention et au dépistage des jeunes sur l'ensemble du territoire. Ont été visé prioritairement les lycées professionnels. Avec l'accord et le concours de l'Education nationale, les actions déroulées en milieu scolaire comportaient trois étapes. Dans une première étape une séance d'information est déroulée en classe. Dans une deuxième étape un dépistage est proposé aux élèves qui le souhaitent, les résultats étant rendus lors d'une troisième étape. D'autres publics visés par les actions de prévention sont les personnes en situation de précarité par l'intermédiaire des centres communaux d'action sociale (CCAS) ou les personnes homosexuelles auprès desquelles le Centre de Quimper a accès en collaboration avec des associations comme AIDES.

Les actions de prévention du Centre CIDDIST-CDAG de Quimper sont déterminées également par le constat d'un relâchement des comportements à risque qui font que les IST connaissent une recrudescence après une certaine baisse. Selon des témoignages des patients l'Internet aurait favorisé de faire, surtout dans le milieu homosexuel, ce qu'on pourrait appeler « le tri sérologique », c'est-à-dire que les personnes séropositives ou séronégatives choisissent des partenaires dans la même situation pour éviter à se protéger. Dans cette stratégie le risque d'autres IST est ignoré comme nous illustre notre interlocuteur médecin dans ce centre : « *J'ai eu un patient il y a quelque jours contaminé par la hépatite C par rapport sexuel. Il avait choisi un partenaire séropositif VIH, mais il n'avait pas pensé à la hépatite C* »⁶⁰. A cela se rajoute une sorte de banalisation du SIDA suite à la découverte des trithérapies ce qui fait que les nouvelles générations sont moins effrayées par le SIDA : « *Ce n'est plus une maladie mortelle et beaucoup des jeunes homosexuels n'ont pas connu l'époque terrifiante du VIH, n'ont pas vu leurs amis mourir et donc n'ont pas la même crainte de cette maladie* »⁶¹. La banalisation du SIDA semble à ne pas être la seule explication sociologique au relâchement des comportements à risque comme le montre Claude Thiaudière : « Les hypothèses de ce relâchement de la prévention ne peuvent se résumer à un regain d'optimisme lié aux progrès thérapeutiques. D'autres causes sont également à considérer, comme l'entrée dans la sexualité de nouvelles

⁵⁹ Entretien avec un médecin, responsable du CIDDIST- CDAG du CHIC de Quimper.

⁶⁰ Entretien avec un médecin, responsable du CIDDIST- CDAG du CHIC de Quimper

⁶¹ Idem.

générations moins *sensibles* aux discours publics et relativement distantes vis-à-vis du militantisme anti-sida pourrait être un facteur de la baisse de vigilance. Mais plus qu'un brusque relâchement des précautions (le *relaps*) ou d'une lassitude quant aux normes de prévention, il pourrait s'agir d'un glissement vers des nouvelles prises de risque. Celles-ci, liées à la modification des contextes sociaux de la sexualité, et de la signification accordée aux pratiques, aboutiraient à des nouveaux décrochages entre les *injonctions* prophylactiques (préservatif, homogamie, *safe sex*, etc.) et les significations accordées aux pratiques sexuelles. »⁶².

Même si un relâchement des comportements de prévention est constaté par les professionnels du centre la situation des contaminations se trouve en dessous de la situation nationale et le centre de Quimper s'engage dans la pérennisation de cette approche de prévention pour justement maintenir cette situation. Le responsable du CIDDIST- CDAG de Quimper résume cette démarche active de santé publique : « *C'est vrai que nous sommes dans une région où, tant mieux pour nous, ce n'est pas une problématique majeure, donc on ne peut pas inventer un public qui n'existe pas. C'est pour cela qu'on se axe beaucoup sur la prévention et faire en sorte que les jeunes par exemple soient acteurs de leur santé physique et mentale et de leur donner le moyen de l'être et d'avoir l'information nécessaire par rapport à ça. Je pense que c'est déjà énorme même si ça paraît humble et ça ne fait pas de bruit, mais c'est important.* »⁶³

Il faut remarquer que cette approche est partagée par d'autres partenaires, associatifs ou institutionnels, avec lesquels travaille le centre de Quimper. Egalement cet investissement dans la direction de la prévention tant auprès du public vulnérable et de la population générale surtout jeune est soutenu par les deux MISP en charge du dossier de la thématique « vie sexuelle et affective » du siège de l'ARS et de la DT du Finistère. Cette vision commune entre les acteurs impliqués dans la prévention et l'augmentation de l'enveloppe financière après la négociation du Ministère a permis dans le Finistère de réinvestir dans des bonnes conditions la compétence de lutte contre les IST transférée du Conseil général suite à la possibilité de recentralisation.

2.3.2 Les Côtes d'Armor – un poids important de l'histoire dans la recentralisation de la lutte contre les IST

Les Côtes d'Armor représentent le deuxième département breton où la lutte contre les IST a été recentralisée. La grande difficulté de la situation dans ce

⁶² Thiaudière, op. cit., p.85.

⁶³ Entretien avec un médecin, responsable du CIDDIST- CDAG du CHIC de Quimper

département a été la mince enveloppe (1311€) qui a été récupérée suite à la recentralisation pour ce domaine. D'ailleurs cette question financière semble à avoir été le motif principal pour lequel le CG n'a pas souhaité garder la compétence IST. Cette situation pourrait s'expliquer principalement par des raisons historiques. Premièrement, toute suite après la décentralisation de 1983, le Conseil général a peu investi la lutte contre les IST, en se focalisant essentiellement sur la vaccination dans le contexte de l'obligation de certains vaccins qu'il devait assurer. Après la diminution de l'activité de vaccination, l'attention du CG a été orientée vers la lutte contre le cancer, une problématique de santé publique dans les années 2000. Le peu d'intérêt porté à la problématique des IST par le Conseil général pourrait être lié aussi à la faible prévalence de cette question dans le département des Côtes d'Armor. Les consultations des IST se faisaient dans des centres médico-sociaux, mais elles ont glissé vers le CDAG après sa création en 1988. En quelque sorte d'une manière informelle les CDAG faisaient du dépistage des IST même avant la recentralisation. L'investissement faible du CG sur cette thématique a pesé logiquement sur l'enveloppe financière dédiée par le Ministère. Comme lors de la recentralisation la base de calcul des crédits récupérés par l'Etat a été le budget de l'année 2004, cette enveloppe financière correspondait aux crédits utilisés dans cette année par le CG pour la lutte contre les IST.

Evidemment avec ce montant récupéré la DDASS n'a pas pu mettre en place un CIDDIST. Les crédits ont été utilisés pour les testes de syphilis. Malgré l'impossibilité de créer un CIDDIST la compétence de dépistage des IST a été exercée d'une manière indirecte à travers le CDAG qui fonctionne depuis 1988 au Centre Hospitalier de Saint Briec. En fait même si les personnes viennent pour le dépistage du VIH, il est effectué un dépistage des autres IST et prises en charge en cas de résultat positif. Il y a également une orientation des toxicomanes vers le CDAG par l'association Sida'Armor, mais dans l'absence d'une convention. Les MISP en chargé de cette politique au sein de la DT des Côtes d'Armor expriment leur impuissance face à la demande du personnel du CDAG de financer au moins des formations sur les IST. Il a existé même l'idée de créer un CIDDIST adossé au CDAG, mais encore le manque de crédits a mis à l'échec cette initiative.

La prévention dans le domaine des IST est réalisée dans ce département essentiellement par l'association Sida'Armor par le biais du financement GRSP. Les actions sont orientées prioritairement en milieu scolaire et en direction des personnes toxicomanes. Sida'Armor gère aussi un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)⁶⁴ qui s'inscrit donc dans une logique de prévention. La prévention des

⁶⁴ Les CAARUD sont issus de la loi du 9 août 2004 qui visait notamment à regrouper les dispositifs de réduction des risques (boutiques, bus, automates, « sleep in ») au sein de structures uniques.

IST est souvent construite dans une vision transversale, elle pouvant resurgir à travers d'autres thématiques. Ainsi les actions financées par le GRSP auprès les jeunes sur les thématiques « Conduites additives » et « Prévention du suicide » comportent également un volet de prévention des conduites à risque sexuel.

Pour la mise en place de la recentralisation des actions de lutte contre les IST dans les Côtes d'Armor, les services de l'Etat (DDASS, DRASS, ARS) ont du adopter la stratégie de la transversalité pour exercer cette nouvelle compétence. En fait l' « héritage » organisationnel et financier repris du Conseil général n'a pas permis le développement d'un CIDDIST. Nous sommes dans les termes de la fameuse théorie de la « path dependence »⁶⁵ quand les choix du passé limitent ou verrouillent l'action du présent comme le montre Patrick Hassenteufel, un des plus connus spécialistes français dans l'analyse des politiques publiques, surtout sociales et de santé : « La notion de *path dependence* permet donc d'expliquer le caractère fortement contraint des choix présents puisque le domaine du possible est verrouillé par l'existant, découlant d'un choix initial. L'accent est ainsi mis sur la difficulté à revenir sur ce choix initial.»⁶⁶. Dans le département des Côtes d'Armor l'Etat a été confronté aux difficultés liées aux choix du passé lors que la compétence IST était exercée par le Conseil général. Le montant repris pour cette compétence du CG n'a pas permis la mise en place d'une politique propre de dépistage et de prévention des IST, qui s'exerce néanmoins par des voix contournées par le biais du CDAG et des actions financées par le GRSP.

2.3.3 Ille et Vilaine – le Conseil général garde la compétence IST, mais travaille en étroite collaboration avec les services de l'Etat

Le Président du Conseil Général a fait connaître rapidement au Préfet de département son intention de garder les activités de prévention des IST et vaccinale. Une convention portant délégation de compétences en matière d'IST et de vaccination a été signée le 29 juillet 2005. Conformément aux articles 2 et 6 de cette convention le cahier des charges fixant des objectifs a été signé le 21 avril

Ils peuvent être portés par des structures associatives ou des établissements publics de santé, sous réserve que ces derniers gèrent également un Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST). Il s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, accidents, etc.). Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés. Source : www.drogues-info-service.fr

⁶⁵ La traduction littérale en français serait « dépendance au sentier » ce qui n'est pas pleinement satisfaisant. Bruno Palier (2004) propose de la traduire par « dépendance au chemin emprunté. Patrick Hassenteufel (2008) avance une traduction moins littérale, mais plus explicite comme « dépendance vis-à-vis des choix du passé ». Toutefois la tendance la plus habituelle des travaux en français est celle de la reprise telle quelle de la notion en anglais.

⁶⁶ Hassenteufel P. (2008), *Sociologie politique : action publique*, Paris, Armand Colin, p.242.

2006. Le Conseil général a souhaité garder la compétence IST en lien étroit avec l'activité de contraception et planification familiale. Le dépistage des IST était adossé aux centres départementaux de planification. L'activité de dépistage des IST avait une forte connotation d'action sociale parce qu'elle visait les jeunes en difficultés, même mineurs et les non-assurés sociaux. Le dépistage était donc organisé dans des centres de planification à l'occasion de la contraception. Le dépistage visait toutes les IST, y compris le VIH. Suite à la recentralisation des CIDDIST ont été mis en place. Le Conseil général a une définition assez large des CIDDIST. Pour les médecins en charge du dossier IST du Conseil général il y en a 12 CIDDIST en Ille et Vilaine : 8 gérés directement par le Département, 2 gérés par *Mouvement français de planning familial* et 2 gérés par les centres hospitalier (CHU de Rennes et l'hôpital de Saint Malo).

L'acceptation de la qualité de CIDDIST en Ille et Vilaine est source de confusion entre le Ministère et le Conseil général. Les deux institutions n'ont pas la même définition ce qui met la DT d'Ille et Vilaine dans un important dilemme, non encore tranché, comme nous a décrit le MISP en charge du dossier IST : *« Ca c'est la grande question. C'est très compliqué parce qu'ici il n'y a pas de CIDDIST labélisé en tant que tel. C'était un des objectifs du département dans le plan « Vie affective et sexuelle » de faire le point sur les CIDDIST et de labéliser les centres qui pouvait l'être en, CIDDIST. On n'a pas réussi à le faire pour des questions de temps, mais c'est encore un objectif. Quand le Ministère nous demande tous les ans, donnez nous la liste des CIDDIST, c'était en 2008 j'avais demandé la liste de tous les centres qui faisaient le dépistage des IST. Il avait les centres du Conseil général, il y avait les centres du Mouvement français du planning familial et le Centre de Pontchaillou, ça faisait en gros une douzaine. J'ai envoyé la liste au Ministère et la responsable du Ministère m'a appelé et m'a dit : je ne comprends pas, pour nous il y a un seul CIDDIST dans le 35 qui est à l'hôpital. Je lui ai dit, il n'y a aucun CIDDIST de labélisé dans le département. Celui de Pontchaillou se dit CIDDIST c'est vrai, il fait quelques examens c'est vrai, mais il ne fait pas énormément, le Conseil général il fait beaucoup plus. J'ai dit pourquoi vous ne voulez prendre en compte les autres. Elle m'a dit, non, non, il n'y a pas eu de recentralisation dans votre département, je ne prends pas en compte dans la liste. Donc officiellement pour le Ministère il y a un CIDDIST non labélisé pour moi au niveau du département et tous les autres le Ministère ne les prend*

pas en compte. »⁶⁷ Comme pour le Ministère il y a un seul CIDDIST en Ille et Vilaine pour lequel il est demandé un rapport d'activité, l'appréciation du dépistage est faussée parce qu'il omet le plus important volume des activités de dépistage qui sont adossées aux activités de planification. De cette confusion est liée également l'embarras de l'utilisation des crédits qui sont alloués au CG suite à la convention signée dans le contexte de la recentralisation. Le CG ne fait pas la différenciation entre les sommes dédiées à l'activité de CIDDIST et celles dédiées à l'activité de planification familiale.

Un amalgame est repérable sur ces questions budgétaires comme nous montrent les propos du médecin en charge de ce dossier au CG d'Ille et Vilaine : *« Ils (l'Etat) demandaient aussi les montants par rapport à un budget et comme c'est confondu dans le tout, on n'avait pas un montant d'une somme qu'on pourrait attribuer aux CIDDISTs. (...) Pour l'activité CIDDISTs il y a une convention avec l'Etat de tel sorte qu'il y a un montant de la DGD qui a été évalué au moment de la signature de la convention. Nous on finance effectivement l'activité vaccination et l'activité CIDDIST. Jusqu'à présent on n s'est pas penché, au moins depuis 2009 depuis quand je suis là, dans le détail des coûts. Par exemple nous remboursons des frais de laboratoire et des médicaments, car les centres de planification sont autorisés à délivrer des médicaments dans certaines circonstances. Jusqu'à maintenant je n'ai jamais eu l'occasion de voir ce qui relevait de la planification, de la maîtrise de la fécondité et de l'activité prévention des IST ».*⁶⁸ La difficulté de défalquer les crédits affectés au dépistage est beaucoup liée à l'approche globale de santé publique adoptée par le Conseil général. L'activité de dépistage est accessoire à l'activité de contraception et d'éducation à la vie sexuelle et affective. Ces activités de prévention et promotion de la santé pointent les risques qui peuvent être encourus, dont les IST. Le CG a déroulé des actions en ce sens en milieu scolaire et des actions de prévention et de dépistage du SIDA à travers un bus itinérant ou sur le marché de Landrel.

Le Conseil général ne circonscrit pas l'activité de dépistage, mais l'intègre dans une approche globale de la santé comme le souligne un de nos interlocuteurs: *« Je trouve intéressant effectivement, l'approche une peu globale de la santé, à la fois dans la prévention, le dépistage et le traitement. Du coup on*

⁶⁷ Entretien avec le MIST en charge du dossier « IST/Vie affective et sexuelle » à la DT d'Ille et Vilaine de l'ARSB

⁶⁸ Entretien avec le médecin du CG d'Ille et Vilaine en charge du dossier « Vie affective et sexuelle »

aborde cette question là, pas d'une manière forcément directe, mais plutôt en rapprochant la personne dans toute sa globalité, dans toutes les dimensions je dirais »⁶⁹. Sur ces questions de prévention le CG général travaille en collaboration avec la DT d'Ille et Vilaine de l'ARSB qui partage la même vision globale de la prévention.

Au niveau départemental un Comité « vie sexuelle et affective » a été mis en place. Il comprend plusieurs acteurs institutionnels (ARS, Conseil Général, Education nationale) et associatifs concernés par cette thématique. Il se réunit une-deux fois par an et élabore un plan d'action. Le plan de 2009 s'inscrit dans le cadre des priorités inscrites dans le « Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2005 – 2008 », « le projet de plan national de lutte contre les hépatites B et C 2008 – 2011 » et le « Programme Régional de Santé Publique pour la Bretagne 2006 – 2010 ». L'objectif de ce plan d'action est de focaliser les interventions sur des problèmes prioritaires du département. Ainsi pour le plan 2009 a fixé plusieurs priorités : l'analyse des données VIH, VHC et IST au niveau départemental VHC, des actions en direction : des étrangers et des migrants (renforcer la formation et l'accompagnement auprès des professionnels pour mieux aborder les questions de la prévention et de la sexualité ; soutenir les actions directes pertinentes en cours sur ces populations), des hommes ayant des relations avec d'autres hommes (renforcer les actions pour un accès à un dépistage précoce VIH et VHC, prendre en compte de manière globale la santé des homosexuels y compris le VIH, au-delà des seules actions de prévention), des usagers des drogues (intégrer systématiquement dans les actions de prévention chez les usagers de drogues la problématique de la transmission du VHC ; expérimenter, avec l'accord de la DGS, un programme d'accompagnement à l'injection dans le cadre d'un CAARUD), des clubs libertins (augmenter le nombre des interventions), en direction des personnes prostituées (améliorer l'accès à l'information de prévention).

En Ille et Vilaine le Conseil général a assuré la continuité de ses actions et même s'il garde la compétence IST des collaborations existent avec l'ARS. Les contraintes imposées aux deux structures par la vaccination contre la grippe H1N1 fin 2009, début 2010 ont atténué l'investissement dans ce domaine qui semble à se redynamiser à travers notamment ce comité départemental « Vie affective et

⁶⁹ Idem.

sexuelle ». Les deux structures institutionnelles affichent une volonté de travailler ensemble dans ce domaine.

2.3.4 Le Morbihan- la recentralisation ne produit pas des effets significatifs

Par délibération du 21 juin 2005, le Conseil Général a pris la décision de poursuivre l'ensemble des activités de prévention sanitaire visées par la recentralisation. La Convention de délégation a été signée le 31 juillet 2005. La motivation pour la poursuite des activités semble à être la volonté du CG de s'inscrire dans la continuité et plus particulièrement dans le secteur des IST de permettre la pérennisation des deux centres de dépistage situés à Vannes et à Lorient. Ces centres de dépistage sont appelés dans la convention et les discours des deux personnes du Conseil Général que nous avons rencontrées des CDAG ce qui pourrait prêter à confusion, en sachant la place et le rôle habituels des CDAG comme nous avons expliqué plus en amont de notre travail. Ces centres de dépistage même s'ils sont appelés CDAG ne font pas que du dépistage du VIH, mais également des autres IST. Il y a un centre de dépistage aussi à Pontivy qui un CIDAG (Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit), mais qui n'est pas sous l'autorité du Conseil général. Créé en 1999 ce centre est inter-hospitalier et réalise le dépistage du VIH et des autres IST en assurant l'anonymat et la gratuité. Le dépistage ne se réalise exclusivement à travers les CDAG, mais également il se fait dans beaucoup d'autres endroits : chez le médecin généraliste, en milieu hospitalier, dans les centres de planification familiale.

La convention prévoit des actions d'information et de sensibilisation. Ces actions sont réalisées essentiellement en milieu scolaire, mais aussi en direction des populations vulnérables comme les utilisateurs des drogues, les personnes handicapées ou les personnes en détention. Le médecin qui coordonne les centres de Vannes et Lorient a mis en place plusieurs actions « hors murs » comme les opérations d'information et dépistage à travers un bus.

Le Conseil général fournit annuellement des rapports d'activités à la DDASS (actuellement à l'ARS). Le dossier de la lutte contre les IST ne constitue pas un axe prioritaire pour la DT de Morbihan de l'ARS Bretagne. Toute suite

après la recentralisation des rencontres techniques avec des partenaires ont eu lieu en 2006 et 2007. Ces rencontres se sont arrêtées car la DDASS ne privilégiait pas ce domaine. Il existe un Comité de pilotage (COPIL) départemental à la vie sexuelle et affective, mais qui se réunit rarement. Une des difficultés pour dynamiser ce domaine semble à être liée à l'absence d'un interlocuteur du CG sur l'ensemble de territoire pour la thématique IST, en dehors des médecins des CDAG. L'arrivée au 1-er octobre d'un nouveau médecin au CG qui a repris ce dossier pourrait stimuler le travail en commun.

La DDASS a investi le champ du domaine de la vie sexuelle et affective par le biais des actions financées par le GRSP. Par le GRSP étaient financées des actions qui s'intègrent dans une vocation d'éducation à la vie sexuelle et affective. Il est visé prioritairement le milieu scolaire pour des actions qui concernent la relation à l'autrui, la contraception. Dans ce cadre la DT ne semble pas avoir une stratégie bien définie, même si elle a l'intention d'y réfléchir. Le financement des actions des promoteurs avec des dimensions nationales ou régionales, rend difficile la saisie de leurs spécificités locales comme souligne un MISP en charge de ce dossier : *« Des structures qui ont, à la fois, une envergure nationale, régionale et territoriale, c'est difficile, quand même, le dialogue local. Quelle place ils ont ? Au niveau financier, ce n'est quand même pas anodin par rapport aux GRSP, par exemple. Donc, je pense que c'est notre devoir, à un moment donné de regarder ça »*⁷⁰.

La DT du Morbihan affiche une vision globale de la prévention dans le domaine de la sexualité et la vie affective dans le contexte de la recentralisation, mais elle ne semble pas avoir une stratégie bien définie, même si elle a l'intention d'y réfléchir : *« Après, c'est vraiment la vision globale. On a bien entendu que votre mission, c'était sur la sphère recentralisation. Nous, on resitue ça, vous avez compris, dans un ensemble global. Quel lien avec le soin, l'hospitalier, par exemple ; les autres collectivités. Vous savez qu'il y a des animations territoriales de santé, qui sont peu investies sur le sujet, pour l'instant. On attend la désignation des conférences de territoires. Il y a l'école, le Rectorat, l'Université. Maintenant, on est séparés du pôle social. Par rapport au public migrant, au public précaire, certains publics jeunes en insertion, on avait des interlocuteurs au sein*

⁷⁰ Entretien avec un MISP de la DT du Morbihan de l'ARS Bretagne en charge du dossier « Vie affective et sexuelle ».

de la maison. Là, ce n'est plus le cas. Il y a un partenariat à retravailler »⁷¹. A l'heure que nous avons déroulée notre enquête de terrain dans ce département, c'est-à-dire début du mois d'octobre 2010, nous avons constaté une atmosphère d'expectative. Les acteurs départementaux concernés semblent à attendre que la configuration consécutive à la réforme du système d'organisation administrative dans le champ social et sanitaire se parachève.

En guise de brève conclusion on pourrait dire que dans le Morbihan la poursuite par le Conseil général des actions de lutte contre les IST, a eu comme conséquence une implication plus restreinte de la DDASS dans ce secteur. Même si des actions sont entreprises, il n'y a pas eu une stratégie bien définie de travail. Sans doute la faible prévalence des IST dans ce département est une des explication d'une attitude plus passive. Nos interlocuteurs nous ont fait part de leurs volonté de dynamiser davantage ce secteur une fois que les incertitudes sur le nouveau fonctionnement institutionnel seront dissipées.

Nous avons vu comment la recentralisation de la lutte contre les IST s'est mise en place en Bretagne. Les situations sont disparates et des difficultés de pilotage régional sont repérables. Dans une troisième partie nous tenterons d'analyser ces difficultés pour ensuite trouver des pistes d'amélioration.

⁷¹ idem.

3 Perspectives pour dépasser les difficultés dans le pilotage régional de l'activité de lutte contre les IST

Il faut remarquer que la lutte contre les IST ne constitue pas une problématique majeure en Bretagne du fait de la faible prévalence à l'échelle du territoire national. Les modalités de mise en œuvre de la recentralisation montre une hétérogénéité des situations sur l'ensemble de la Région Bretagne. Nous avons constaté des cas-figure très différents d'un département à l'autre. Nous ne pouvons non plus esquisser deux catégories de situations départementales qui pourraient situer d'un côté les deux départements qui ont recentralisé la compétence IST et, d'un autre côté, les deux départements où les conseils généraux ont gardé la compétence.

Dans le même sens en ce qui concerne les dotations financières les différences sont importantes. Si pour les départements qui n'ont pas recentralisé les différences ne sont pas significatives, il y a un important écart entre les deux départements qui ont recentralisé. Ainsi le département du Finistère bénéficie d'une somme de 616500€ et le département des Côtes d'Armor de seulement 1311€. Ces différences de dotations budgétaire ont mis incontestablement l'accent sur la capacité ou l'incapacité d'investir ce champ. Face à ces situations disparates la DRASS a été démunie pour assurer une coordination régionale. En détaillant des éléments présentés déjà en deuxième partie, nous abordons par la suite l'analyse des principales entraves qu'on pourrait identifier à ce pilotage régional de la lutte contre les IST pour ensuite proposer des pistes d'amélioration.

3.1 Principales difficultés à un pilotage régional

Comme nous l'avons rappelé la principale difficulté est liée à ces différences considérables entre les départements. Mais elle n'est pas la seule. D'autres données à prendre en compte dans l'analyse pourraient expliquer le pilotage régional très dilué.

3.1.1 Les différences de dotations financières freinent une politique régionale homogène

Comme l'a déjà montré Marie-José Movrel⁷², la question financière qui accompagne la recentralisation est complexe. Il y a une zone d'incertitude qui n'a

⁷² Movrel, M.-J., op.cit.

pas été tranchée. Ainsi comme la convention de délégation ne stipule pas clairement l'obligation pour le Conseil Général de financer les prérogatives maintenues dans le contexte de la recentralisation à hauteur de la DGD transférée, il transparait souvent la conviction pour les référents du dossier des services de l'Etat que la motivation financière a été très importante dans les décisions des conseils généraux pour poursuivre les activités de lutte contre les IST. En application à l'article 199-1 de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 modifiée relative aux libertés et responsabilités locales, la subvention versée pour l'application des conventions est constitué du montant conservé de la dotation générale de décentralisation relatives aux activités concernées. Selon des renseignements recueillis par Marie-José Movrel⁷³ auprès du Ministère en charge des Collectivités Locales, les DGD ne sont pas des subventions fléchées. Elles sont versées dans le « pot commun » du budget⁷⁴ des Conseils Généraux à la fonction 4 « Prévention médico sociale », sous fonction 42 « Prévention et éducation pour la santé ». Cette motivation financière des conseils généraux qui est pointée par nos interlocuteurs des services de l'Etat semble à concerner toutes les autres activités de prévention sanitaire qui ont fait l'objet de la recentralisation selon les constats de Marie-José Movrel : « La compensation financière a pu être perçue comme une dominante dans la décision des Conseils Généraux de poursuivre ou pas les activités de prévention sanitaire.(...) Ils ne veulent pas s'investir à pertes dans des missions qui ne ressortent pas de leur compétence primaire, et qui de surcroît pourraient à terme grever lourdement leur budget général»⁷⁵. Les collectivités locales pourraient appeler à tout possibilité de transfert de compétence pour réconforter leurs situations financières dans l'attente d'une réforme des impôts locaux⁷⁶. D'un autre côté la faiblesse de la dotation budgétaire pourrait être une des explications pour laquelle le Conseil général ne souhaite pas garder la compétence comme il est le cas dans les Côtes d'Armor.

La question de la dotation budgétaire héritée de la recentralisation a constitué un frein dans le déploiement d'une politique homogène sur l'ensemble du territoire breton. Il est certain que dans les Côtes d'Armor avec un financement

⁷³ Ibidem.

⁷⁴ Nomenclature budgétaire et plan de Comptes M52 relatif à la comptabilité des départements

⁷⁵ Movrel, M.-J., op.cit., p.36.

⁷⁶ Lambert A. (- Rapport du groupe de travail présidé par), *Les relations entre l'Etat et les collectivités locales*, Révision générale des politiques publiques, 2007.

d'un petit plus de 1000 euros il n'est pas possible de dérouler une politique ambitieuse dans ce domaine.

3.1.2 Les IST constituent le domaine le moins prioritaire dans les actions de prévention sanitaire en Bretagne.

Tous nos interlocuteurs du siège de l'ARS ou des DT s'accordent à dire que la lutte contre les IST ne constituent pas une activité prioritaire dans leurs préoccupations de prévention sanitaire. Une place beaucoup plus importante occupait la vaccination par son caractère obligatoire. La vaccination a occupée même toute l'énergie du personnel durant la crise de la grippe H1N1. La place moins importante de la lutte contre les IST peut être saisie à travers aussi la proportion du financement qui est le moins élevé parmi les quatre missions qui sont entrées sous l'incidence de la recentralisation.

Cette place moins prenante de la lutte contre les IST peut avoir plusieurs explications, mais la principale raison semble à être la faible prévalence des IST en Bretagne (par exemple dans le domaine du VIH, la quatrième région la moins touchée). La Bretagne a moins de populations à risque comme les migrants précaires, les communautés homosexuelles, les personnes qui utilisent des drogues. Il est difficile à savoir dans cette faible prévalence quelle est le rôle des politiques menées et quelle est la place des caractéristiques socio-économiques.

Il ne faut néanmoins sous-estimer l'impact des actions de prévention qui par le ciblage sur le public jeune et les populations à risque contribuent sans aucun doute à cette faible incidence. Si la politique de dépistage des IST se déploie par le biais des CDAG et des CIDDIST gérés soit par les anciennes DDASS (actuellement par les DT de l'ARS) si l'Etat a repris la compétence, soit par les conseils généraux s'ils ont gradé la compétence, pour la politique de prévention les choses sont plus complexes.

3.1.3 Difficulté à corroborer les actions recentralisées avec les appels à projets.

La loi de santé publique de 2004 renforce le pilotage régional par la mise en place des PRSP qui devaient assurer la cohérence de différents dispositifs. Le mis en œuvre de ces plans et leurs suivis était assuré par le GRSP. Le GRSP

fonctionnait par une logique d'appel à projet sur des thématiques régionales. Après la création de l'ARS qui a représenté également la fin du GRSP comme structure institutionnelle de pilotage, ces appels à projets ont été repris par le Département Prévention et Promotion de la Santé du Pôle Santé Publique. Dans le contexte de la recentralisation, les choses n'étaient pas très claires. Est-ce que le GRSP a repris les actions de santé recentralisée ou c'est un autre service de la DRASS? La difficulté d'un pilotage régional resurgit du fait que la recentralisation a été négociée par les DDASS, donc dans une logique départementale, comme nous a expliqué le MISP d'ARS siège en charge du dossier de lutte contre les IST : « *La recentralisation a fait l'objet d'une discussion en elle-même, indépendamment des politiques. Elle a été abordée essentiellement, j'ai l'impression, sous un angle budgétaire, dans lequel la région n'a, à mon sens, pas été impliquée. La DRASS, à l'époque, n'était pas impliquée dans la recentralisation, c'est resté une gestion par départements* »⁷⁷. A notre question si une coordination régionale des actions recentralisées existe la réponse de notre interlocuteur a été sans aucun équivoque : « *Non, d'où le fait, ce qu'on répète à chaque fois, à savoir qu'il n'y a pas de politique régionale en matière de lutte contre la tuberculose, ni sur les IST, ni en matière de vaccination. Puisque c'était la logique du texte : chaque département, chaque DDASS, a négocié avec son conseil général la façon d'envisager la recentralisation. Moi je n'ai aucune information sur ce qui s'est passé en 2006, je n'ai pas du tout été associé à la démarche.* »⁷⁸

Dans ce contexte il y a eu une difficulté d'articulation entre les projets soutenus par le GRSP dans la thématique « Vie sexuelle et affective » et les actions issue de la recentralisation, même si elles ont été reprises par l'Etat. Tous nos interlocuteurs des DT ont identifié comme un point faible, problématique l'harmonisation de ces deux dispositifs. Bien sur les choses se compliquent davantage quand le Conseil Général a gardé la compétence. Les personnels de l'ARS qui travaillent sur ce dossier sont face à embarras de positionnement et de pilotage entre ces dispositifs et entre ces plusieurs acteurs qui n'ont pas la même lecture du dossier. Le témoignage d'un de nos interlocuteurs est édifiant pour ce manque de clarté dans le pilotage des actions qui surgissent des logiques différentes sans pouvoir bien s'articuler : « *La question que je me pose et je pense*

⁷⁷ Entretien MISP ARS siège en charge du dossier de lutte contre les IST.

⁷⁸ Idem.

que ce serait bien qu'on ait tous la même lecture, en tout cas, quand on parle de lutte contre les inégalités, jusqu'où on confie la mission ou pas ? Ça, c'est source, pas de mésentente, mais d'interprétation qui peut être différente pour l'Etat — ARS maintenant—, pour le Conseil Général, et peut-être d'un département à l'autre. Par exemple, est-ce que l'éducation à la sexualité dans les écoles relève de ce chapitre là, parce qu'en termes de financement et d'organisation, ça a des conséquences très importantes. Donc, qui doit piloter, qui doit animer et quels sont les moyens en face ? Vous me dites : « est-ce que ça dépend du GRSP ? » Je n'en sais rien »⁷⁹. On a l'impression que ces actions se déroulent en parallèle, cet émiettement des dispositifs étant peu propices à une coordination régionale forte.

Il ne faut pas néanmoins faire une séparation binaire qui ne reflète pas la réalité entre d'un côté le dépistage qui serait du ressort de la recentralisation, et d'un autre côté la prévention/promotion de la santé qui serait dans la logique de l'appel à projets. Les centres de dépistage, CDAG et CIDDIST, font beaucoup d'action de prévention, promotion à travers des actions « hors murs » en direction de la population générale ou des publics vulnérables. Le personnel est mis dans l'embarras dans son travail quotidien étant perceptible un état de expectativa d'une clarification d'un pilotage articulé de ces dispositifs.

3.2 Proposition d'amélioration de la politique de lutte contre les IST

Après avoir identifié ces trois points problématiques de fonctionnement du système de lutte contre les IST, nous tacherons par la suite de proposer des points d'amélioration. Nous envisageons que l'ARS devrait réinvestir ce domaine en assurant un pilotage régional (3.2.1) pour articuler les différents dispositifs (3.2.2) et pour ensuite proposer des actions cohérentes inscrites dans le schéma régional de prévention (3.3.3). Au final nous montrerons le rôle à envisager pour l'IASS dans cette reconfiguration de la politique de lutte contre les IST (3.2.4).

⁷⁹ Entretien avec un MISP de la DT du Morbihan en charge de la lutte contre les IST.

3.2.1 Assurer un pilotage régional

Nous avons pu constater la faiblesse du pilotage régional dans le domaine de la lutte contre les IST. Pour dynamiser ce pilotage le rôle régional de l'ARS clairement affirmé pourrait induire la régionalisation de cette politique. L'ARS pourra rompre avec la logique de la DRASS qui n'avait pas des leviers pour assurer un pilotage régional du fait de son manque de lien formel avec les DDASS. Selon l'article L.1431-2 du Code de la Santé Publique (CSP) « Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région : 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile».

Il faudrait bénéficier de cette vocation régionale de l'ARS pour proposer une politique cohérente sur l'ensemble de région. Dans ce cadre il faudrait constituer un Comité de pilotage régional qui comprend au moins un référent sur cette thématique de chaque DT. Ce comité devrait avoir un coordinateur qui pourrait le faire vivre. Ce comité serait le lieu d'échange, de réflexion et d'élaboration d'une politique régionale de lutte contre les IST. Des priorités régionales devront être établies.

Nos interlocuteurs nous ont fait part d'un relâchement des comportements de prévention. Néanmoins il faut remarquer que le discours sur cette question du relâchement des comportements connaît des nuances. Ainsi un responsable de la délégation régionale Grand-Ouest d'AIDES considère qu'une des causes de ce relâchement serait l'insuffisance de la politique de prévention. En parlant du SIDA il pointe les failles de cette politique : *« On a parlé de relâchement mais c'est un mot qui est très connoté idéologiquement et est-ce que c'est vrai ou pas ? En tout cas, c'est vrai qu'on n'est pas à 100% de prévention, on est à une majorité de prévention mais dans une épidémie qui est fortement transmissible avec une prévalence élevée, ça ne suffit pas pour bloquer l'évolution de l'épidémie. Dans la population générale, ce qu'on a constaté c'est qu'il y a eu moins de médias, moins de campagnes y compris INPES ces dernières années, et moins de travaux dans l'éducation nationale, l'éducation nationale ne s'y est jamais vraiment mise, elle a souvent fait appel à des intervenants extérieurs, donc il y a moins de conscience*

de l'épidémie et des modes de transmission, probablement, qu'il y a dix ans. Parce qu'il n'y a pas eu un effort suffisamment assidu au niveau grand public. »⁸⁰

L'axe principal d'un pilotage régional mené par l'ARS pourrait être le renversement de cette tendance, mais dans une vision globale de la sexualité qui intègre d'autres aspects de la vie des personnes : la relations entre les sexes, les stigmatisations etc.. Egalement il faut veiller à la transversalité des actions concernant la vie sexuelle et affective pour les articuler avec d'autres thématiques de prévention comme l'addictologie, la précarité, la santé mentale ou de la santé et du social comme l'accès au soins, la prise en charge médico-sociale. Mais une politique régionale cohérente ne pourrait pas être élaborée et mis en place sans un rapprochement et une articulation des différents dispositifs existants.

3.2.2 L'articulation des différents dispositifs existants par la création des outils institutionnels de pilotage régional

La dispersion des dispositifs ne peut pas être un bon corolaire pour une politique régionale cohérente. Il faudrait les rapprocher et les articuler. Il ne peut plus exister deux types parallèles d'actions, d'un côté les actions recentralisées, et d'un autre, les appels à projets. Pour cela il faudrait rapprocher les deux dispositifs quand la compétence a été reprise par l'Etat. Légalement les actions recentralisées ont une vocation régionale. Donc les actions déroulées dans le cadre de la recentralisation devraient être articulées avec la politique régionale. Pour cela il faudrait que les budgets soient fusionnés. Les actions de dépistage ne devraient plus être à part, mais intégrée dans une logique régionale. Dans le même sens il faudrait opérer à au moins un rapprochement des CDAG et des CIDDIST ou à une fusion dans le sens des orientations nationales.

Pour garantir l'égalité d'accès au dépistage et à la prévention sur l'ensemble du territoire de la région, l'ARS devrait coopter les Conseils généraux dans l'élaboration de sa politique. Cette cooptation pourrait se faire au niveau politique à travers la *Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile* dans laquelle, conformément au décret n° 2010-346 du 31 mars 2010, siège le Président du Conseil Général. Une fois les

⁸⁰ Entretien avec un responsable de AIDES – Région Grand-Ouest

grandes priorités arrêtées, il faudrait réunir les acteurs principaux régionaux du dépistage, de la promotion, de la prévention et de la prise en charge médico-sociale dans une Commission technique régionale de travail relatif aux VIH et aux IST.

Cette commission pourrait avoir comme point de départ les Comités « Vie affective et sexuelle » et intégrer le COREVIH qui existent déjà dans différents départements. Elle pourrait être à la fois l'arène de travail technique et de concertation régionale dans le domaine de la vie affective et sexuelle, intrinsèquement lié à la lutte contre les IST. Les travaux de cette commission qui devrait se réunir au moins deux fois par an nourriront le pilotage régional de l'ARS. Le travail de pilotage devra être formalisé peut être à travers des groupes plus restreint sur des thématiques. Mais tous ces travaux devraient avoir un appui méthodologique dans le schéma régional de prévention.

3.2.3 Une feuille de route fixée principalement par le schéma régional de prévention.

Pour avoir une politique efficace régionale il faut prévoir des actions concrètes. Ces actions seront une déclinaison des actions prévues dans le Plan stratégique régional de santé, mais aussi une déclinaison du *Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014*. La transposition de ce plan pourrait contribuer à la dynamisation de cette politique et l'articuler avec les objectifs nationaux.

Dans l'élaboration du plan stratégique régional de santé (PSRS) chaque ARS a l'obligation de tenir compte des orientations nationales. Les futurs schémas régionaux (de prévention, de l'organisation des soins et d'organisation médicosociale) doivent s'approprier ce plan tout en tenant compte de données épidémiologiques et des spécificités régionales. Lors de la rédaction du PSRS et de ses composantes (en occurrence les schémas) chaque ARS devra décliner ce plan national VIH/SIDA/IST en l'adaptant aux besoins régionaux. Le conseil national de pilotage des ARS veillera à une attribution différentielle des moyens entre les agences lors de l'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Cette déclinaison devrait s'inscrire dans la continuité de chaque région.

Comme ce plan national a une vocation globale de la question du VIH/SIDA et des IST, en intégrant le dépistage, la prévention, les soins, la notions de droits, de

prise en charge médico-sociale, il faudrait veiller à la transversalité de la politique de lutte contre les IST qui devrait se retrouver dans tous les trois schémas intégrés dans le PRS. Pour ce qui est du dépistage, de la prévention, la promotion, aspects fortement importants dans la réduction des IST, le schéma de prévention devra proposer des actions concrètes. Ces actions verront leur concrétisation par les promoteurs qui répondront aux appels d'offre comme il est le cas actuellement. L'appel à projet actuel ne manque pas d'objectifs clairement exprimés, qui doivent être gardés et enrichis, mais le changement à apporter serait le ciblage. C'est-à-dire que les promoteurs ne répondront plus à une thématique générale « Vie affective et sexuelle », mais à des actions concrètes à entreprendre dans le cadre de cette thématique.

Un ciblage cloisonné entre les IST et le VIH, hérité des trois dispositifs (la recentralisation, le GRSP, la politique VIH) nous semble inapproprié pour l'avenir. Comme le pointe un récent rapport⁸¹ de l'IGAS la fusion des CDAG et des CIDDIST s'impose. La lutte contre les IST devrait adopter une vision transversale en intégrant le dépistage, la promotion/prévention, la lutte contre les stigmatisations et les discriminations, la planification familiale, le traitement et la prise en charge médico-sociale. Dans la restructuration de cette nouvelle politique et dans sa mise en œuvre le rôle des professionnels de l'ARS est essentiel. De leurs compétences et de leur investissement dépend sa réussite. Comme nous sommes en fin d'un parcours de formation d'IASS nous montrerons la place que nous préconisons à ce métier dans ce chantier de politiques publiques.

3.2.4 Le rôle des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale dans la restructuration et la mise en place de la politique régionale de lutte contre les IST

Même si nous centrons notre analyse sur le rôle des IASS, nous sommes persuadés de l'importance de la mutualisation des compétences entre plusieurs métiers du champ de l'action sanitaire et sociale dans l'élaboration et le pilotage des politiques de l'ARS. Il faut s'appuyer sur les compétences des métiers divers par une approche de collégialité. Par leurs compétences médicales et d'analyse de propagation épidémiologique la place des MISP est essentielle dans le travail

⁸¹ IGAS – Rapport « Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) » établi par Danièle Jourdain-Menninger et Dr. Gilles Lecoq, membres de l'IGAS, août 2010

sur la politique de lutte contre les IST qui requiert des connaissances sur les modalités de contagion ou d'ordre thérapeutique. Les chargés de mission issus de l'Assurance maladie peuvent apporter leur vision sur les liens entre la prévention et le curatif. Leurs compétences dans l'optimisation de dépenses peuvent être d'une aide importante dans le domaine de notre travail. Il faut également bénéficier des compétences des cadres techniques qui ont une bonne connaissance des actions entreprises et une proximité avec les promoteurs. C'est également très important le soutien logistique assurés par les assistants notamment pour les actions de travail en réseau et de communication.

Dans une stratégie de reformulation d'une politique publique l'IASS peut assurer le pilotage, l'animation. Il peut s'atteler au travail partenarial par ces compétences acquises de communication, de conduite de réunions. Pour ce qui est la prise en charge dans les trois schémas de la lutte contre les IST, l'IASS peut utiliser ces capacités de planification pour que la politique élaborée et mise en œuvre soit cohérente. Sa connaissance de la législation et des politiques nationales peut contribuer au bon ancrage de cette politique dans le cadre réglementaire et dans le plan national tout en assurant son adaptation aux réalités de la Bretagne.

Il est évident que pour la mise en place d'une politique régionale une clarification de la gestion budgétaire s'impose. Le rapport d'évaluation l'IGAS de août 2010 a pointé à plusieurs reprises la lourdeur et le manque de clarté de la gestion de plusieurs enveloppes qui intervient dans la politique de dépistage et de prévention du VIH et des IST. A titre d'exemple ce rapport n'hésite pas à parler d' « obscurité des comptes » dans la gestion budgétaire des CDAG /CIDDIST en région Bourgogne : « Au total la mission estime, quel que soit le statut associatif, hospitalier ou municipal du gestionnaire de la structure CDAG/CIDDIST, que le double financement est source de complexité et d'obscurité des comptes, d'autant que les règles d'imputation des dépenses et celles fixant les dotations peuvent être fluctuantes tant au cours du temps qu'en fonction du financeur, de la région géographique ou de l'établissement gestionnaire financé »⁸².

Cette situation de gestion budgétaire complexe où se juxtaposent plusieurs enveloppes financières nous a été exposée par la plupart de nos interlocuteurs qui ont identifié cet aspect comme un frein à la visibilité et la cohérence de la politique de lutte contre les IST. Le même rapport recommande une clarification des

⁸² Idem., p. 31.

comptes sous l'autorité de l'ARS en prenant en considération l'ensemble des éléments constitutifs de l'activité et une unification des sources de financement par l'adoption des critères quantitatifs et qualitatifs de tarification qui ne serait plus calculée de manière forfaitaire mais, au moins en partie sur l'activité. Dans ce contexte le travail des IASS formés à l'analyse et la gestion financière est indispensable. La clarté sur les ressources financières mobilisables, leur unité de gestion sont des impératifs pour l'efficacité de la politique en cours de restructuration.

Nous considérons que dans un cadre de travail d'équipe les compétences professionnelles des IASS sont très importantes dans la redynamisation de la politique de lutte contre les IST. Seul un enchevêtrement de plusieurs versants (pilotage, planification, gestion budgétaire, suivi) de travail que l'IASS est compétent à fournir, en complémentarité avec d'autres personnels de l'ARS, peut contribuer à une politique efficace concernant la lutte contre les IST et dans un sens plus large concernant la vie sexuelle et affective.

Conclusion

Face à l'augmentation du nombre de personnes atteintes par les IST les pouvoirs publics se doivent réagir. Les actions doivent concerner plusieurs niveaux d'élaboration ou de mise en place des politiques publiques. Seulement une stratégie concertée et cohérente peut renverser la tendance épidémiologique et réduire les inégalités entre les territoires.

Pour faire face à cet enjeu de santé publique le législatif a essayé de réduire les différences d'accès au dépistage et à la prévention par la recentralisation rendue possible par la *Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales*. Son objectif était justement de garantir de réduire les écarts entre les départements, soit par la reprise des compétences par l'Etat, soit par la contractualisation de l'investissement des conseils généraux. A 5 ans de cette loi, cette ambition semble à ne pas avoir été réalisée dans le domaine de la lutte contre les IST. Le rapport de l'IGAS portant sur cette question pointe sans équivoque cet échec : « Le bilan effectué par la mission montre que la recentralisation de la responsabilité de la lutte contre les IST n'a pas permis, notamment en l'absence d'élaboration d'une réflexion stratégique sur le devenir du dispositif spécialisé CDAG et CIDDIST qui soit concomitante du processus de recentralisation, de pallier les manques et défauts de la politique et de l'organisation du dépistage tels qu'ils existaient en 2004. »⁸³. Cette mission de l'IGAS a montré la lourdeur de gestion de ce dispositif.

En région Bretagne la recentralisation des responsabilités de lutte contre les IST n'a pas permis de réduire significativement les différences existantes déjà entre les départements notamment en ce qui concerne le dépistage. La DRASS étant très peu associée à la recentralisation, un pilotage régional a été quasi-inexistant. Deux dispositifs presque parallèles ont évolué après la recentralisation. D'un côté, le dépistage qui se faisait à la marge des actions de prévention et, d'un autre, les actions déroulées par le GRSP sur l'ensemble de la Région pour la thématique « Vie sexuelle et affective ». En même temps la DRASS avait peu de visibilité sur la nature des actions déroulées dans le cadre de la recentralisation. Les rapports d'activités des centres de dépistage étaient livrés aux DDASS, mais ils ne faisaient pas l'objet d'une analyse en rapport avec les objectifs escomptés.

⁸³ Idem., p.3.

La création des ARS pourrait apporter la cohérence nécessaire dans le pilotage régional de ces multiples dispositifs qui devraient être fusionnés. La fusion des CIDDIST et des CDAG est fortement recommandée par la mission de l'IGAS sur l'évaluation de la recentralisation des actions de lutte contre les IST. Un des auteurs du rapport nous déclarait que pour réaliser cette fusion une cartographie des tous les dispositifs qu'ils soient des conseils généraux ou de l'Etat sera demandé à l'ARS. Notre état de lieu, même s'il est loin de l'exhaustivité, pourrait constituer une base pour cette cartographie.

La connaissance délivrée par ce travail des spécificités, des acteurs de la recentralisation dans chaque département, corroborée avec l'état de lieux de l'offre dans le cadre de l'appel à projet de la thématique « Vie sexuelle et affective »⁸⁴ et avec les préconisations que nous avons proposées peut constituer une première base pour un nouvel pilotage régional. Il ne s'agit pas de créer du néant, mais s'appuyer sur l'existant qui doit être articulé avec le PSRS, avec les besoins régionales et les orientations nationales, pour créer une politique régionale cohérente. Les futurs schémas régionaux pourraient concrétiser cette nécessité de politiques publiques. Les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale ont toutes les compétences pour s'atteler à ce chantier.

⁸⁴ Que nous avons réalisé durant notre stage.

Bibliographie

Agence régionale de santé Bretagne, Observatoire régional de la santé Bretagne, Préfecture de Région Bretagne (décembre 2010) - *La Bretagne en Santé. Plan régional de santé publique- VIH, SIDA en Bretagne*

Borraz O. (avec la collaboration de Loncle-Moriceau P. et Arrouet C.)(1998), Les politiques locales de lutte contre le SIDA. Une analyse des trois départements français , Paris, L'Harmattan.

Bourdieu P. (1992), Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire, Paris, Editions du Seuil

Durkheim E. (1893), De la division du travail social, Paris, PUF.

Eun, J. (2009), Sida et action publique. Une analyse du changement de politiques en France, Paris, l'Harmattan.

Guigner S. (2008), « L'institutionnalisation d'un espace européen de la santé entre intégration et européanisation », *Thèse présentée devant l'Université de Rennes1*, Ecole doctorale « Droit, Science politique et Philosophie » pour l'obtention du doctorat de l'Université de Rennes1, Mention « Science politique », Soutenue publiquement le 2 décembre 2008

Hassenteufel P. (2008), Sociologie politique : action publique, Paris, Armand Colin.

Jabot F., Loncle P. (2007), Dimensions territoriales des politiques de santé publique et influences sur les métiers, *Santé publique*, volume 19, Supplément N°1.

Lambert A. (2007- Rapport du groupe de travail présidé par), Les relations entre l'Etat et les collectivités locales, Révision générale des politiques publiques

Malsan S. (novembre 2006), Une bonne réforme temporairement mal engagée, *Le journal du SIDA*, n°190

Ministère de la santé et des sports (novembre 2010), Le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014

Movrel, M.-J. (mars 2010), La recentralisation des activités de prévention par la vaccination. Mise en œuvre en région Bretagne – modalités et perspectives, Mémoire professionnel d'IASS promotion 2008-2010.

Observatoire régional de la santé Bretagne, Préfecture de Région Bretagne
(décembre 2009) - *La Bretagne en Santé. Plan régional de santé publique- SIDA, VIH, VHC et Syphilis en Bretagne*

OMS (2007)- *Stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015. Rompre la chaîne de la transmission*, Editions de l'OMS

Palier B. (2004), Path dependence, dans Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P. (dir), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po.

Pommier J., Grimaud O. (2007), Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles, ***Société française de santé publique/Santé publique***, N°19.

Préfecture de Région Bretagne, « La Bretagne en santé. Plan régional de santé publique. 2006-2010 »

Thiaudière C. (2002), *Sociologie du sida*, Paris, Editions La Découverte.

Truchet D. (2006), Dossier. Aspects historiques et institutionnels, *Les Tribunes de la Santé*, Vol. 3, N°12

Rapports

IGAS, Rousseau- Giral A.C., « La prévention sanitaire des maladies sexuellement transmissibles, du SIDA et de la tuberculose », Rapport N°2002 153. Janvier 2003, p. 7

IGAS – Rapport « Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) » établi par **Danièle Jourdain-Menninger et Dr. Gilles Lecoq**, membres de l'IGAS, août 2010

Textes législatifs et documents émanant de l'Union européenne

Traité sur l'Union européenne, *Journal officiel n°C du 29 juillet 1992*

Traité d'Amsterdam modifiant le Traité sur l'Union européenne, les traités instituant les Communautés européennes et certains actes connexes, *Journal officiel n° C 340 du 10 Novembre 1997*

Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen - *Programme d'action européen pour lutter contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose par les actions extérieures (2007-2011)/** COM/2005/0179 final */

Textes législatifs, réglementaires et administratifs français.

Loi de santé publique du 15 février 1902

Loi n°79-15 du 3 janvier 1979 instituant une dotation globale de fonctionnement versée par l'Etat aux collectivités locales et à certains de leurs groupements et aménageant le régime des impôts directs locaux pour 1979.

Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat

Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n°97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Décret no 2005-1421 du 15 novembre 2005 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine

Circulaire N°DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005

Circulaire interministérielle DGS/SD5A/SD5C/SD6A n° 2005-220 du 6 mai 2005 relative à la mise en œuvre du transfert à l'Etat des compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer, la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « Hôpital, patients, territoires », Journal Officiel de la république française. 22 juillet 2009

Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé

Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles. JORF n°0166 du 21 juillet 2010.

Code de la santé publique.

Liste des annexes

Annexe 1. Liste des personnes interviewées

- Délégation territoriale des Côtes d'Armor de l'ARS Bretagne : Deux MISP
- Délégation territoriale du Finistère de l'ARS Bretagne : un MISP
- Délégation territoriale d'Ille et Vilaine de l'ARS Bretagne : un MISP
- Délégation territoriale du Morbihan : un MISP, un IASS et une infirmière de santé publique
- Siège de l'ARS Bretagne : un MISP et un IASS
- Direction générale de la santé : un responsable du *Bureau des infections par le VIH, IST et hépatites* de la *Sous-direction de la prévention des risques infectieux*
- IGAS : un des deux co-auteurs du Rapport « Evaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) » établi par Danièle Jourdain-Menninger et Dr. Gilles Lecoq, membres de l'IGAS, août 2010
- Un responsable du CDAG du CHIC de Quimper
- Un responsable au nom du Conseil général du Morbihan des centres de dépistage de Vannes et de Lorient
- Deux responsables de la lutte contre les IST du Conseil général du Morbihan
- Un responsable de la lutte contre les IST du Conseil général d'Ille et Vilaine
- Un responsable de l'association AIDES
- Un responsable du Centre départemental de planification familiale d'Ille et Vilaine