



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Inspecteur de l'action sanitaire et sociale**

**Promotion 2002-2003**

---

**L'animation des PRS : un exercice  
délicat.**

**Une approche par l'analyse du PRS  
« Lutte contre l'insécurité routière » en  
Languedoc-Roussillon**

---

**Florence JASON**

## **Remerciements**

Je tiens à remercier chaleureusement Monsieur KELLER, Directeur adjoint de la DRASS du Languedoc-Roussillon, pour la latitude qu'il m'a laissée dans le choix de mon sujet de mémoire, ainsi que Monsieur ROMARIN pour le soutien qu'il m'a manifesté et sa disponibilité.

Je remercie également Madame le Dr. BROCHE et Madame le Dr. RAYNAL, coordonnatrices du PRS « Lutte contre l'insécurité routière et ses conséquences humaines » pour m'avoir apporté un précieux éclairage sur leur travail en dépit d'un emploi du temps plus que surchargé.

Enfin, j'adresse mes plus vifs remerciements à l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de mes investigations relatives au mémoire, pour le temps qu'elles ont eu l'amabilité de m'accorder.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b><u>1 PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE</u></b> .....	<b>8</b>
<b><u>1.1 Les Programmes régionaux de santé, concepts et enjeux</u></b> .....	<b>8</b>
<b><u>1.1.1 Une politique de santé régionalisée</u></b> .....	<b>8</b>
A) <u>D'une politique de soins à celle de santé</u> .....	8
B) <u>Les déterminants de santé</u> .....	9
C) <u>La pertinence du niveau régional</u> .....	10
<b><u>1.1.2 Des conférences régionales de santé aux PRS, une autre manière de planifier en santé publique</u></b> .....	<b>12</b>
A) <u>Les fondements de la démarche</u> .....	12
B) <u>Une planification démocratique et ascendante</u> .....	15
C) <u>Les caractéristiques des PRS</u> .....	15
<b><u>1.2 La Sécurité Routière en France : bilan de l'existant</u></b> .....	<b>16</b>
<b><u>1.2.1 Le réseau institutionnel</u></b> .....	<b>16</b>
A) <u>Premier Ministre</u> .....	16
B) <u>Ministère de l'Équipement, des transports et du logement</u> .....	17
C) <u>Ministère de la Défense</u> .....	19
D) <u>Ministère de l'Intérieur</u> .....	19
E) <u>Ministère de la Justice</u> .....	20
F) <u>Ministère de la Santé</u> .....	21
G) <u>Ministère de l'Éducation Nationale</u> .....	21
<b><u>1.2.2 Les partenaires de la sécurité routière</u></b> .....	<b>22</b>
A) <u>Les associations</u> .....	22
B) <u>Les collectivités locales</u> .....	24
C) <u>Les assurances</u> .....	24
D) <u>Les auto-écoles</u> .....	25
E) <u>Les entreprises</u> .....	25
<b><u>1.2.3 Les acteurs locaux</u></b> .....	<b>25</b>
A) <u>Les responsables locaux</u> .....	25
B) <u>Les outils</u> .....	26
<b><u>2 DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION ET ANALYSE CRITIQUE DU PRS « INSÉCURITÉ ROUTIÈRE » EN LANGUEDOC-ROUSSILLON</u></b> .....	<b>27</b>

<b><u>2.1</u></b>	<b><u>La nécessité de la mise en place d'un PRS « insécurité routière » en Languedoc-Roussillon</u></b>	<b>27</b>
2.1.1	<u>Le constat qui a présidé au choix de cette priorité régionale</u>	27
A)	<u>Des chiffres alarmants traduisant une situation régionale dégradée par rapport au niveau national</u>	27
B)	<u>Le constat d'un déficit global d'organisation des initiatives existantes</u>	28
C)	<u>Le lancement de la démarche de programmation</u>	29
2.1.2	<u>Le PRS en action</u>	31
A)	<u>Les axes stratégiques du PRS traduisent la volonté de s'inscrire dans l'interministérialité</u>	31
B)	<u>Les axes stratégiques du PRS sont le reflet d'un contexte</u>	33
C)	<u>Un processus dynamique : des avancées et des adaptations</u>	36
D)	<u>Le bilan du PRS présenté à l'occasion des consultations régionales en vue de la préparation de la loi quinquennale en santé publique</u>	39
<b><u>2.2</u></b>	<b><u>Analyse critique du PRS</u></b>	<b>40</b>
2.2.1	<u>Des perceptions du PRS divergentes en fonction des situations départementales</u>	40
A)	<u>Le département de l'Aude : une relative indifférence liée à un manque de moyens</u>	40
B)	<u>Le département de la Lozère : des visions discordantes</u>	41
C)	<u>Le département du Gard : une forte implication de la DDASS</u>	42
D)	<u>Le département des Pyrénées orientales : des personnes impliquées</u>	43
E)	<u>Le département de l'Hérault : un dynamisme lié au Plan Santé Jeunes</u>	44
2.2.2	<u>En dépit de points forts, de nombreuses difficultés</u>	45
A)	<u>Un vrai programme de santé qui gagne en puissance</u>	45
B)	<u>Une faille originelle préjudiciable au développement du partenariat</u>	46
C)	<u>Une adéquation difficile entre les objectifs du PRS et les politiques locales</u>	47
D)	<u>Une thématique SR par essence complexe et interministérielle</u>	48
E)	<u>Une difficulté à mesurer la contribution réelle du PRS à la politique de sécurité routière</u>	49
F)	<u>Une articulation du PRS, dispositif régional, avec l'organisation départementale de la sécurité routière perfectible</u>	50
<b><u>3</u></b>	<b><u>TROISIÈME PARTIE : UNE MOBILISATION ET UNE COORDINATION À RENFORCER</u></b>	<b>52</b>
<b><u>3.1</u></b>	<b><u>Les perspectives du cadre légal</u></b>	<b>52</b>
3.1.1	<u>Les évolutions dans le domaine des politiques de santé</u>	52
A)	<u>Les limites du dispositif qui suscitent des évolutions</u>	52

B)	<a href="#">Les perspectives avec l'application de la loi du 4 mars 2002</a>	53
C)	<a href="#">Une nouvelle approche de la programmation en santé publique</a>	54
D)	<a href="#">Des interactions possibles avec les schémas régionaux d'éducation pour la santé ...</a>	55
3.1.2	<a href="#">Une légitimité de la santé à asseoir dans le domaine de l'insécurité routière</a>	56
A)	<a href="#">Les dispositions prises lors du CISR du 18 décembre 2002 assoient la place de la santé dans la sécurité routière</a>	56
B)	<a href="#">Les dispositions du CISR du 18 décembre 2002 relatives aux nouveaux dispositifs de concertation</a>	57
<b>3.2</b>	<b><a href="#">Promouvoir le PRS par le renfort du partenariat et la diffusion de l'information</a></b>	<b>58</b>
3.2.1	<a href="#">Le renforcement du partenariat, condition essentielle de la mobilisation</a>	59
A)	<a href="#">Les pré- requis à la relation partenariale : lisibilité, crédibilité, confiance</a>	59
B)	<a href="#">Une dynamique partenariale perfectible</a>	60
3.2.2	<a href="#">La diffusion de l'information ou comment mobiliser durablement les partenaires autour d'un PRS</a>	62
A)	<a href="#">La disponibilité des coordonnateurs, préalable indispensable</a>	62
B)	<a href="#">Culture commune et valorisation des initiatives</a>	62
C)	<a href="#">Se donner les moyens de communiquer</a>	63
<b>CONCLUSION</b>		<b>64</b>
<b><a href="#">BIBLIOGRAPHIE</a></b>		<b>66</b>
<b><a href="#">LISTE DES ANNEXES</a></b>		<b>70</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AFTC</b>	Association des Familles de Traumatisés Crâniens
<b>ARH</b>	Agence régionale d'Hospitalisation
<b>BAACC</b>	Bulletin d'Analyse des Accidents Corporels de la Circulation
<b>CISR</b>	Comité Interministériel de Sécurité Routière
<b>CMSR</b>	Chargé de Mission Sécurité Routière
<b>CODES</b>	Comité d'Education pour la Santé
<b>CRES</b>	Comité Régional d'Education pour la Santé
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CRAM</b>	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
<b>CRS</b>	Conférence Régionale de Santé
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DDE</b>	Direction Départementale de l'Équipement
<b>DGO</b>	Document Général d'Orientation
<b>DRASS</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DSCR</b>	Direction de la Sécurité et de la Circulation Routière
<b>FNPEIS</b>	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire
<b>IDSR</b>	Inspecteur Départemental de Sécurité Routière
<b>INPES</b>	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
<b>INRETS</b>	Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité
<b>MILDT</b>	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
<b>ORS</b>	Observatoire régional de Santé
<b>PDASR</b>	Plan Départemental d'Actions de Sécurité Routière
<b>PMSI</b>	Programme Médicalisé du Système d'Information
<b>PRS</b>	Programme Régional de Santé
<b>PRAPS</b>	Programme Régional d'Accès et de Prévention aux soins
<b>REAGIR</b>	Réagir par des Enquêtes sur les Accidents Graves et par des Initiatives pour y Remédier
<b>SR</b>	Sécurité Routière
<b>SREPS</b>	Schéma Régional d'Education pour la Santé
<b>SROS</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>URCAM</b>	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
<b>URML</b>	Union Régionale des Médecins Libéraux

# INTRODUCTION

« Les membres du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale sont chargés, sous l'autorité des directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales, de **la mise en œuvre des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales de l'Etat** et apportent, en tant que de besoin, leur concours à la mise en œuvre des politiques dont sont chargées les agences régionales de l'hospitalisation.

A ce titre, ils assurent notamment des missions :

(...) 3° **De pilotage, d'animation et de contrôle des dispositifs en matière de politique de santé publique**, d'intégration, d'insertion et de développement social ;

4° D'évaluation des politiques publiques ;(...)

6° D'animation des politiques interministérielles dans le cadre des délégations interservices. »

C'est en ces termes que le décret n° 2002-1569 du 24 décembre 2002 portant statut particulier du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale décrit les missions des IASS.

Etant donnée l'impérieuse recommandation de se positionner sur un sujet de mémoire dès le stage « découverte en service déconcentré » et, compte tenu de la désignation de mon lieu de stage à la DRASS du Languedoc-Roussillon, l'étude des programmes régionaux de santé (PRS) m'a semblé être un sujet pertinent par rapport à un positionnement professionnel dans la mesure où les PRS interrogent directement les missions d'animation et de pilotage des politiques de santé publique, interpellent des compétences en matière d'animation de réunions, d'élaboration de diagnostic, d'étude de besoins, de définition d'objectifs, d'organisation et de lancement des appels d'offre, d'analyse qualitative de projets.

Le constat de la définition de six priorités de santé régionales traduites en PRS, a savoir :

- Périnatalité
- Lutte contre l'insécurité routière et ses conséquences humaines
- Nutrition/Alimentation
- Mal être et suicide des jeunes
- Personnes âgées
- Air et santé

Ajouté au constat que certains de ces PRS ne trouvent pas de coordonnateur pour impulser une réelle dynamique des actions au sein d'un programme cohérent m'a amenée à m'interroger sur les difficultés de mise en œuvre des PRS.

Afin d'étayer plus finement mes analyses, j'ai été invitée à me pencher sur le PRS plus spécifique des accidents de la route. En effet, ce PRS concerne une priorité identifiée depuis la première conférence régionale de santé (CRS) en 1996 ; il est piloté par deux coordonnatrices qui ont mis en place un groupe de travail dès 1998 sur ce thème et qui ont lancé leur programme d'actions en 2000. La dynamique de travail enclenchée depuis 2000 permet un recul suffisant pour évaluer les résultats.

Une autre raison ayant présidé à ce choix est le fait qu'en dépit d'un pilotage par deux médecins, la thématique sécurité routière est moins technique qu'un autre sujet tel que la périnatalité par exemple, et est donc plus compréhensible pour une personne étrangère au corps médical.

D'autre part, la sécurité routière avec 7000 à 8000 morts et plus de 4000 handicapés lourds par an<sup>1</sup>, est un des rares domaines en santé publique où d'importants progrès peuvent être réalisés. « Des milliers de vie sont en jeu. Je ne connais pas de domaine de la sécurité sanitaire où des gains aussi importants puissent être obtenus aussi rapidement. »<sup>2</sup>

En effet, « la sécurité routière n'est pas seulement un problème d'aménagement des routes, d'amélioration technique des véhicules, d'apprentissage de la conduite ou d'organisation de contrôles. Elle est d'abord un problème de société, de choix éthiques et civiques et de comportements individuels » (Livre Blanc)

Les accidents de la route constituent également un problème de santé publique : de santé, par ses conséquences humaines, de santé publique car tout le monde utilise la route et risque sa santé et sa vie quotidiennement.

La prise en charge du phénomène s'est faite progressivement par spasme de conscience de la gravité de ce fléau. La démocratisation de l'automobile, devenue accessible à la plupart depuis les années 60, est à l'origine de l'augmentation du trafic et de l'envolée du nombre

---

<sup>1</sup> Estimation à partir des données du registre du Rhône

<sup>2</sup> Pr. Claude GOT, vice-président du centre européen d'études, de sécurité et d'analyse des risques in « Ne plus mourir à vingt ans sur les routes » issu du dossier *Accidents de la route*, ADSP, Décembre 2002.



des accidents. En 1972, année la plus meurtrière avec plus de 16 000 morts enregistrés sur les routes de France, l'Etat prit conscience de la gravité du phénomène, et prit en main la lutte contre l'insécurité routière en créant le comité interministériel à la sécurité routière, présidé par le premier ministre, et la délégation à la sécurité routière, dans le but d'élaborer une politique efficace. Parallèlement, de grandes mesures furent prises sur la ceinture, l'alcool, la vitesse.

La sécurité routière est devenue « l'affaire de tous » dans les années 1980 avec la prise en compte du phénomène par la société, suite au choc dans l'opinion publique provoqué par la tragédie de Beaune, accident d'un autocar ayant entraîné la mort de plus de 50 personnes (principalement des enfants).

Dans le domaine de la santé publique, la sécurité routière est encore peu investie par les acteurs, malgré le nombre impressionnant de victimes. Certes, l'apparition des CRS et des PRS en 1996 a constitué une opportunité, au niveau régional, pour les services déconcentrés pour faire de la sécurité routière un enjeu de santé publique. Seules trois régions ont consacré un PRS spécifique aux accidents de la route : Guadeloupe, Languedoc-Roussillon et Poitou-Charentes. D'autres régions ont pu les traiter de façon indirecte à travers des PRS consacrés essentiellement à l'alcool. D'ailleurs, la conférence nationale de santé en 2000 a évoqué cent recommandations, parmi lesquelles on peut lire : « Corriger un manque : les accidents de la voie publique. Ces accidents sont étroitement liés aux consommations alcoolisées et peut-être aux consommations de psychotropes et de drogues chez les adolescents et chez les jeunes adultes en particulier... ».

En dépit de son élévation au rang de grande cause nationale pour l'année 2000, les résultats de la lutte contre la violence routière ne furent pas à la hauteur des objectifs affichés par le précédent gouvernement de réduction de 50% du nombre de tués. Une réduction de 269 tués fut obtenue contre l'objectif annoncé d'une réduction de 4000 en cinq ans. C'est pourquoi le président de la république, M. Chirac a relancé cette politique en en faisant l'un des trois grands chantiers présidentiels lors des états généraux de la sécurité routière du 17 septembre 2002 où sept ministres étaient présents dont M. Mattéi, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Cette nécessité d'engager une mobilisation nationale pour permettre une véritable rupture dans la lutte contre ce fléau est un indice permettant d'appréhender la mesure de la difficulté rencontrée par les pilotes du PRS en Languedoc-Roussillon pour traiter de cette problématique.

Le sujet « PRS Lutte contre l'insécurité routière » est un sujet délicat pour de nombreuses raisons :

- Tout d'abord, le fonctionnement même des PRS est sujet à caution. En effet, si le bien-fondé des justifications théoriques fait l'unanimité dans la mesure où comme l'a souligné l'IGAS dans son rapport<sup>3</sup>, les PRS favorisent l'émergence de dynamiques locales, en revanche, leur déclinaison pratique est sujette à contingence pour des questions relatives au système de financement et à l'articulation perfectible entre DDASS et DRASS.

- Ensuite, l'objet du PRS lui-même, l'insécurité routière, est problématique.

La difficulté de cette thématique réside dans l'interministérialité qui doit être mise en œuvre pour un traitement global du problème. Or la coordination des actions entre différentes administrations nécessite l'apprentissage de nouvelles méthodes de travail, ce qui prend du temps.

Qui plus est, se pose également le problème de la place de la santé qui n'est pas exclusive dans ce domaine où les forces de police et de gendarmerie jouent un grand rôle. Aussi, est-ce la question de la légitimité et de la crédibilité à intervenir qui est posée.

- Enfin le programme régional de santé doit s'articuler avec le dispositif existant en matière de sécurité routière. Or, ce dispositif est départemental.

**L'objectif général** de ce mémoire est donc d'analyser les difficultés de mise en œuvre d'un PRS en matière de lutte contre l'insécurité routière, et, de définir le rôle du niveau régional dans la mise en œuvre des actions et la coordination des partenaires.

En effet, **l'hypothèse de départ** que je me propose de vérifier repose sur les assertions suivantes :

- Un PRS se construit sur un partenariat confronté à de nombreux enjeux institutionnels.

- Le principal écueil du PRS est lié au fait qu'il se construit sur ce partenariat.

**Cet objectif général peut se décliner en plusieurs objectifs spécifiques :**

---

<sup>3</sup> Rapport annuel public de 2001 « Les institutions sociales face aux usagers » et réflexion de l'IGAS en 2002 dans le prolongement du rapport de 2001.

- Décrire le processus mis en place sur le PRS « Lutte contre l'insécurité routière et ses conséquences humaines »\_
- Analyser la perception du dispositif par les acteurs
- Etudier l'articulation du PRS avec le dispositif sécurité routière
- Essayer d'analyser le concept de partenariat

## **Méthodologie**

Plusieurs modalités d'investigation ont été retenues pour répondre aux objectifs :

↳ Tout d'abord, l'analyse des textes juridiques m'a permis d'appréhender, d'une part, le rôle des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques régionales de santé, depuis les conférences régionales de santé jusqu'aux projets régionaux de santé devenus programmes régionaux de santé, et, d'autre part, l'organisation de la sécurité routière en France.

↳ Ensuite, j'ai effectué une recherche bibliographique et documentaire pour une meilleure compréhension de la problématique de l'accidentologie routière et du labyrinthe que constitue le dispositif de sécurité routière du fait de la multitude des intervenants institutionnels sans parler des autres acteurs locaux et associatifs.

↳ J'ai pu apprécier la spécificité des conférences régionales de santé du Languedoc-Roussillon par la lecture des actes issus des CRS.

↳ Au-delà de cette étude bibliographique, loin d'être exhaustive, j'ai mené un travail d'investigation sur mon terrain de stage. La participation à plusieurs réunions de travail m'a permis d'apprécier la nature des relations entre les partenaires du PRS et les attentes des uns par rapport aux autres. Assister à ces réunions m'a également permis d'établir un premier contact avec la plupart des acteurs institutionnels que j'ai ensuite rencontrés lors d'entretiens individuels.

Au total, j'ai mené une vingtaine d'entretiens avec les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRS et de la sécurité routière, sur les lieux de travail habituel des personnes, à une ou deux exceptions près. J'ai donc été amenée à me déplacer sur l'ensemble des départements de la région Languedoc-Roussillon afin d'apprécier chaque situation départementale. Ces entretiens ont été menés au moyen de grilles d'entretiens semi directives adaptées à chaque type d'interlocuteur.

Il convient de préciser à ce stade quelques difficultés rencontrées. Lors des entretiens, il me fut très difficile d'obtenir des éléments d'appréciation sur le PRS ou sur les modalités de fixation de ses objectifs ou une vision globale de l'évolution de la situation sécurité routière dans la région depuis la mise en place du PRS, dans la mesure où de nombreuses personnes rencontrées n'avaient pris leur poste que depuis deux ou trois ans, à une date postérieure au point de départ du PRS. D'autre part, les personnes extérieures à la DRASS ou à la DDASS souvent n'éprouvaient qu'un intérêt limité pour le PRS, et étaient davantage portées à parler de leurs propres actions. J'ai pu percevoir souvent un besoin de reconnaissance ou de valorisation, sentiment inhérent à une tâche difficile, chronophage et dont les résultats sont difficilement perceptibles.

J'ai souvent été dans la nécessité de recentrer les propos sur le PRS ou d'approfondir les questions pour éviter que les personnes ne se réfugient derrière un discours trop institutionnel.

Pour faciliter l'exploitation des entretiens, j'ai utilisé une grille d'analyse synthétique afin de pointer les divergences et convergences des points de vue des acteurs impliqués. Les entretiens n'échappent pas à la subjectivité des interlocuteurs rencontrés, mais j'ai tenté de rendre compte le plus objectivement possible des avis et critiques.

↳ Une incursion au comité régional d'éducation pour la santé (CRES) lors du stage extérieur m'a permis une compréhension, d'une part, des méthodes des campagnes d'information et de sensibilisation du public, et d'autre part, de la nécessité d'un soutien méthodologique aux petits porteurs de projet, souvent bénévoles et sans grand moyen.

↳ Enfin, un passage aux urgences de l'hôpital Lapeyronie de Montpellier et à l'unité d'évaluation, de réentraînement, et d'orientation sociale et/ou professionnelle (UROS) m'a donné une vision globale et transversale de la problématique des accidentés de la route, depuis les soins d'urgence jusqu'à la réinsertion sociale et professionnelle des traumatisés crâniens.

Ces diverses modalités d'investigation m'ont permis d'analyser les difficultés de mise en œuvre du PRS « lutte contre l'insécurité routière » et de réfléchir au rôle d'impulsion de la DRASS. Mes réflexions s'articulent autour de trois axes.

Le premier chapitre, essentiellement centré sur la recherche bibliographique et les écrits de référence, pose brièvement la problématique des PRS et recense le bilan de l'existant en sécurité routière.

Le deuxième chapitre, sur la base des investigations sur le terrain de stage, décrit dans un premier temps la mise en place du PRS « Insécurité routière » en Languedoc-Roussillon, puis dans un deuxième temps analyse les difficultés éprouvées par les coordinatrices du PRS et aussi les différentes perceptions qu'en ont les protagonistes.

Dans le troisième chapitre est présentée une discussion sur les ajustements que nécessite la poursuite d'une telle politique.

# 1 PREMIERE PARTIE : PRESENTATION DE LA PROBLEMATIQUE

## 1.1 Les Programmes régionaux de santé, concepts et enjeux

### 1.1.1 Une politique de santé régionalisée

En 1994, suite aux constats du rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), et notamment à ceux d'inégalités persistantes entre régions, sexe et catégories sociales ainsi que la multiplicité des centres de décision, le cloisonnement des acteurs et le maintien des usagers dans un rôle passif, il est proposé pour dépasser ces limites de décliner la politique nationale au niveau régional.

Cette approche régionale des questions de santé s'inscrit dans le droit fil des lois de décentralisation et de déconcentration de l'action de l'Etat.

Deux mesures marquent cette volonté de faire émerger une politique régionale :

- L'expérimentation d'une formation action à la programmation stratégique des actions de santé (PSAS) pour élaborer un projet régional de santé
- La proposition de tenir des Conférences Régionales de Santé (CRS)

Les CRS accompagnent et participent à l'acceptation du passage de la notion de soins à celle de santé et à la reconnaissance du fait régional dans les politiques de santé.

#### A) D'une politique de soins à celle de santé

Le décret du 17 avril 1997 précise les contours du concept de Programme Régional de Santé (PRS) en insérant l'article R.767-6 du code de la santé publique :

« Le préfet de région détermine parmi les priorités établies par la conférence régionale de santé, celles qui font l'objet de programmes pluriannuels. Ces programmes comportent des actions de promotion de la santé, d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion. Ils sont élaborés et mis en œuvre en coordination, notamment, avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et les associations qui y participent. Ils sont assortis d'indicateurs permettant de procéder à leur évaluation. »

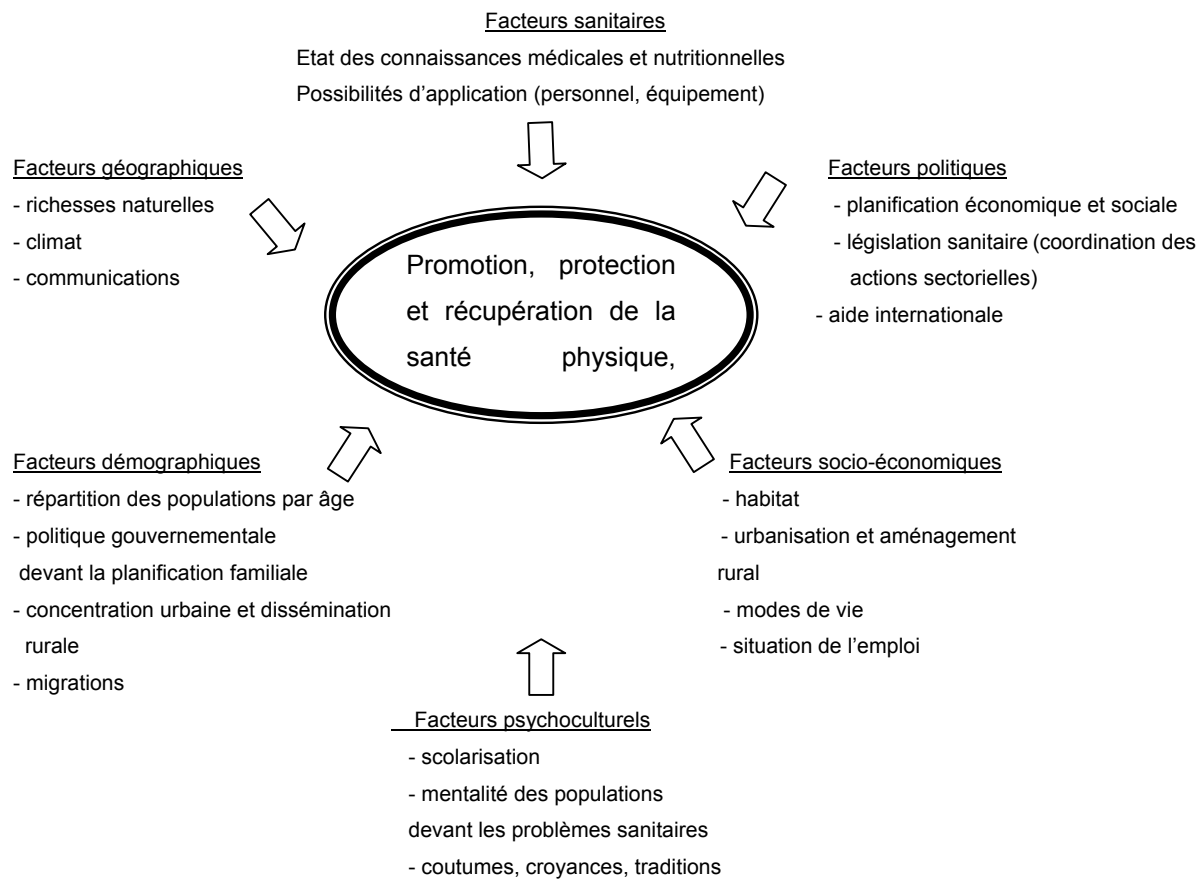
Les PRS sont perçus comme le complément nécessaire des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). En effet, la santé d'une population ne dépend pas que de l'organisation des soins curatifs.

Jusqu'à présent, le SROS (1991) structurait l'offre de soins de façon à répondre le mieux possible aux besoins en soins de la population régionale. Mais le SROS concerne surtout les établissements hospitaliers publics et privés. Par ailleurs, il ne traite pas de toutes les activités de réinsertion-réadaptation. La démarche PRS, d'une certaine manière, comble cette lacune, puisqu'elle va consister à organiser les prises en charge de ces trois champs de la prévention, des soins, de la réinsertion-réadaptation, pour un problème de santé donné. Le SROS structure un champ, celui du secteur hospitalier, avec pour objectif de répondre à l'ensemble des problèmes de santé réclamant des soins. Le PRS structure nos réponses à un problème de santé au travers des trois champs : soins, prévention, réinsertion-réadaptation. Son axe de planification est transversal par rapport à celui vertical, du SROS, occupé du champ des soins.

#### B) Les déterminants de santé

L'idée que la santé de l'homme dépend exclusivement de l'acte médical est aujourd'hui dépassée. La santé des populations qu'influencent le travail des médecins, la prescription de vaccins et de médicaments, l'importance des crédits dont disposent les ministères de la santé, dépend tout autant de l'environnement dans lequel vivent les communautés humaines et de leur comportement. Les déterminants de santé sont tant individuels que collectifs. Il s'agit de l'ensemble des facteurs personnels et sociaux, économiques et environnementaux qui influencent le statut de santé d'un individu ou d'une population.

La figure suivante\_ extraite de J. MONNIER, JP DESCHAMPS et alii. Santé publique, santé de la communauté, Editions SIMEP, Lyon 1980\_ illustre la multiplicité des facteurs qui influencent l'état de santé des hommes.



### C) La pertinence du niveau régional

L'institutionnalisation des CRS (ordonnance du 24 avril 1996) entérine la région comme un niveau adapté pour traiter des problèmes de santé, soit dans leurs spécificités locales, soit comme déclinaison d'actions nationales. La région est apparue comme un bon niveau stratégique de déconcentration<sup>4</sup> pour adapter une politique nationale de santé à l'hétérogénéité des situations sanitaires, économiques, sociales et culturelles sur le territoire. Ce caractère hétérogène entraîne la nécessité d'identifier les priorités de santé propres à chaque région. De plus, la région dispose des instruments d'observation nécessaires à la définition d'une politique et des instruments de formation nécessaires à sa mise en œuvre. Les ressources atteignent au niveau régional un niveau suffisant pour permettre des réaffectations significatives. Ce niveau paraît adéquat pour une prise de recul suffisante tout

<sup>4</sup> La déconcentration, modalité pratique de la centralisation, consiste à placer à la tête de chaque circonscription administrative un représentant du pouvoir central et à lui reconnaître une compétence de décision propre, à l'effet de régler directement, à la base, certaines affaires dont il est le mieux à même de connaître les éléments.

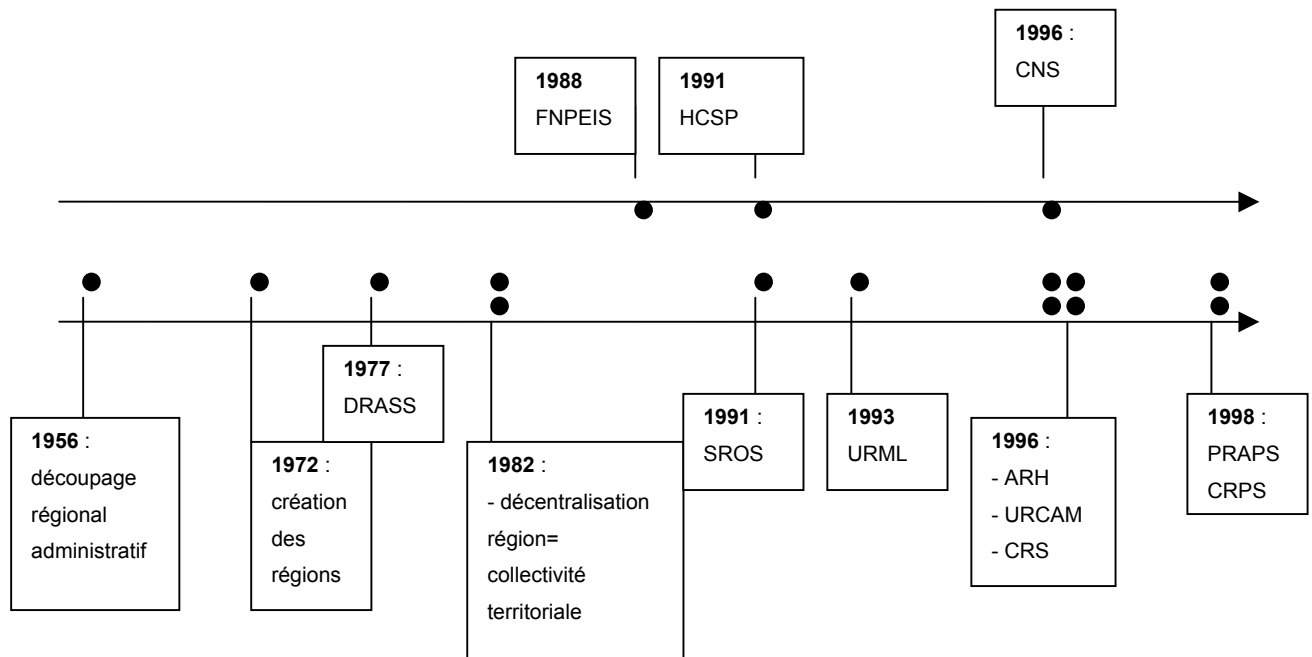


en favorisant un échange entre départements. C'est un niveau plus proche que le niveau national, ce qui permet, d'une part, une observation plus fine des problèmes de santé, et, d'autre part, un ancrage des actions dans « la réalité, le concret » en impliquant tous les acteurs concernés.

Le phénomène de régionalisation est récent et cette démarche s'est intensifiée depuis le début des années 1990. L'affirmation du niveau régional se manifeste de plusieurs façons :

- Par la création ou le renforcement d'institutions représentatives des différents acteurs
  - ↳ L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) qui concourt aux actions de prévention et de santé publique, à l'analyse du système de santé, à son organisation et à sa régulation en coordination avec les autres professionnels de santé (loi n°93-8 du 4 janvier 1993)
  
  - ↳ L'Union Régionale des Caisses d'Assurance-maladie (URCAM) qui selon l'article L 183-1 du CSP contribue à la mise en œuvre des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique régionale
  
  - ↳ L'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). L'agence doit rendre compte de la manière dont elle a contribué à la poursuite des priorités régionales de santé publique. Selon l'article L 710-24 du CSP, « l'ARH transmet chaque année un rapport d'activité à la CRS [...] qui présente les actions des établissements de santé correspondant aux priorités de santé publique établies par ladite conférence. » Les contrats entre l'ARH et les établissements de santé publics comme privés contiennent des objectifs de mise en œuvre des orientations de la CRS [ art L 710-16-1 et 2 ]
  
- Par la création d'instances nationale et régionale nouvelles chargées d'observer l'état de santé de la population et de proposer des priorités d'action : Observatoire Régional de la santé (ORS), CRS, CNS, Comité Régional des Politiques de Santé (CRPS). Le CRPS a été créé à l'origine pour piloter le PRAPS mais sa mission s'est étendue aux PRS. Il reprend en cela les missions de l'ancien comité permanent de la CRS. Le CRPS exerce une mission générale de concertation, de coordination, de suivi et d'évaluation pour la mise en œuvre des PRS.
  
- Par l'utilisation d'outils régionaux de la planification : SROS, PRS et PRAPS

La frise chronologique suivante illustre les grandes dates de la régionalisation.



### 1.1.2 Des conférences régionales de santé aux PRS, une autre manière de planifier en santé publique

#### A) Les fondements de la démarche

En 1994, le rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) fait plusieurs constats : la santé de la population vivant en France s'est constamment améliorée durant ces dernières décennies. Cependant, des faiblesses existent, notamment en termes de mortalité et de

morbidité évitables, de fragilisation de certaines catégories sociales, d'une prise en compte insuffisante de la qualité de vie des personnes handicapées ou malades et des inégalités persistantes entre régions, sexes et catégories sociales.

A cela, il faut ajouter l'incapacité du système de soins à résoudre tous les problèmes de santé, la multiplicité des centres de décision et le cloisonnement des acteurs ainsi que le maintien des usagers dans un rôle passif.

Deux mesures sont proposées pour dépasser ces limites :

- L'expérimentation, dès 1994, par la direction générale de la santé (DGS) en partenariat avec l'ENSP et trois régions volontaires (Alsace, Auvergne, Pays de la Loire), d'une formation-action à la programmation stratégique des actions de santé (PSAS) pour élaborer un projet régional de santé.
- La proposition de tenir des conférences régionales sur la santé à partir de 1995. Ces conférences avaient pour objectifs
  - de mieux faire connaître les grandes lignes du rapport du HCSP
  - de sensibiliser à la démarche de santé publique
  - et surtout d'identifier les priorités de santé publique de la région et de permettre aux différents acteurs et à la population de se mobiliser et de s'approprier ces priorités.

Le succès de ces mesures expérimentales va conduire à leur institutionnalisation. Les ordonnances du 24 avril 1996 assignent aux CRS la mission « d'établir les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le préfet de région et de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population. »

Les projets régionaux de santé ont ainsi acquis leur légitimité.

La légitimité de cette première traduction réglementaire des expériences en cours est confirmée par le bilan tiré lors d'une réunion organisée au ministère le 22 mai 1996.

Le décret du 17 avril 1997 permet la mise en œuvre des PRS en en définissant le cadre réglementaire.

La circulaire du 20 novembre 1997 relative aux Conférences régionales de santé et aux PRS participe aux ajustements du dispositif PRS en cherchant à répondre aux points faibles décelés. A ce titre, elle instaure un comité permanent de la conférence régionale de santé. Lieu de concertation, la mission de ce comité est d'assurer la coordination des PRS, et plus largement de piloter la politique régionale de santé. Ce comité deviendra en 1999 le comité régional des politiques de santé (CRPS), présidé par le préfet de région. Il est composé :

- du directeur de l'ARH
- des DDASS de la région

- du recteur de l'académie
- d'un représentant du conseil régional
- d'un représentant de chaque conseil général
- de deux représentants des communes
- d'un représentant de l'URCAM
- du délégué régional du FAS
- du représentant de l'URML

D'autres représentants des services de l'Etat, d'associations, des personnes qualifiées, le président du jury de la CRS, des représentants des organismes professionnels peuvent participer aux travaux du CRPS. Le secrétariat est assuré par le DRASS.

En octobre 1999, une première évaluation nationale du dispositif a lieu, réalisée conjointement par l'ASPHER (Association of schools of public health in the european region) et la société française de santé publique (SFSP). Il en ressort que cette politique a permis le développement du partenariat entre les principaux acteurs de la santé, et a contribué à la diffusion d'une culture de santé publique.

Sur ces bases clarifiées et renforcées, les équipes de terrain développent de nouveaux PRS. Ainsi de 44 PRS en 1997, on passe à 73 PRS en janvier 2000 et à 79 fin 2001.

### **Les conférences régionales de santé et la conférence nationale de santé**

Les CRS sont conçues comme le lieu de débat et de concertation indispensable à la détermination des priorités de santé, elles sont chargées d'évaluer les besoins régionaux et de définir des priorités régionales de santé. Cinquante à trois cents membres nommés par le préfet de région se réunissent en séances publiques d'une journée annuelle. Les membres sont répartis en quatre collèges :

- les décideurs : services de l'Etat, collectivités territoriales, assurance maladie, ARH
- les professionnels de santé
- les institutions et établissements
- les associations

Le jury de la conférence, composé de 8 à 12 membres représentant les 4 collèges, dresse un rapport à destination des institutions régionales, du préfet et, de la conférence nationale de santé. Celle-ci fera des propositions aux instances législatives et exécutives nationales, sur la base d'une synthèse des priorités à l'échelle nationale. La CNS est composée de 78 membres répartis comme suit :

- 19 représentants des professionnels
- 19 représentants des institutions de santé

- 26 représentants des CRS
- 14 personnalités qualifiées

#### B) Une planification démocratique et ascendante

Les CRS ont permis d'initier et de développer des habitudes de communication et de concertation entre les professionnels du sanitaire et du social et de promouvoir l'émergence d'approches multidisciplinaires.

Elles ont constitué une invitation permanente à renforcer les coordinations des politiques entre l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités territoriales dans un contexte où l'organisation du système de santé connaît des modifications importantes (création des ARH, des URCAM et mise en place des URML). Elles ont participé à une meilleure reconnaissance de la place des citoyens et des usagers comme acteurs dans la définition de ces priorités de santé.

Les travaux effectués et rapportés publiquement dans ce cadre confèrent aux priorités régionales de santé ainsi définies une grande légitimité.

Ces nouveaux dispositifs témoignent d'un changement de mentalité. Avant, seuls les professionnels avaient un avis légitime sur les questions de santé, alors qu'aujourd'hui un jury, incluant des usagers de la santé, peut solliciter des experts, se faire une opinion et émettre des recommandations. Toutefois, les CRS apparaissent plus comme l'expression des professionnels de santé et des représentants associatifs que comme l'association directe de la population au débat. Le degré de participation n'est par ailleurs pas précisé. En effet derrière le terme de participation se profile plusieurs réalités qui vont de l'information à la consultation et à la co-décision. Les différents niveaux, consultatifs ou décisionnaires ne sont pas explicitement distingués.

Outre l'aspect relatif à la démocratie sanitaire, le dispositif repose sur une conception de la planification des priorités de santé à partir d'une logique ascendante. En effet, la planification s'appuie sur les remontées du terrain, ce qui conduit les acteurs d'une logique d'application des directives à une gestion participative. Il s'agit d'élaborer un projet par de multiples allers retours entre le terrain et les animateurs de la programmation

#### C) Les caractéristiques des PRS

Les PRS présentent quatre caractéristiques fondamentales :

- La volonté d'agir est l'élément moteur des PRS. Ils reposent sur le postulat qu'il est possible, par une action volontaire et concertée, de participer à l'amélioration de l'état de santé de la population au niveau régional.

- La mobilisation des acteurs : les stratégies des acteurs vont être au centre du processus d'élaboration des objectifs et des actions. La démarche partenariale doit permettre la mise en synergie des acteurs et des décideurs au-delà des conflits de légitimité.

- La rigueur de la démarche : la programmation stratégique des actions de santé (PSAS) est le processus qui permet d'élaborer un PRS.

La PSAS peut se définir comme le processus participatif d'analyse, de définition d'objectifs et d'actions qui permettent de développer, avec l'ensemble des personnes concernées, les solutions les mieux adaptées pour réduire le problème de santé identifié comme prioritaire dans la région.

- La réorientation des ressources.

## **1.2 La Sécurité Routière en France : bilan de l'existant**

La lutte contre l'insécurité routière est bien sûr l'affaire de l'État mais pas seulement: sont également concernés les collectivités locales, les assurances, les entreprises et les associations et tous les usagers. En un mot, c'est vraiment l'affaire de tous.

### **1.2.1 Le réseau institutionnel**

A) Premier Ministre

a) *Comité interministériel de la sécurité routière (CISR)*

Créé en 1972, il est présidé par le Premier ministre et regroupe tous les ministres concernés par les problèmes de sécurité routière. Il a pour mission de définir la politique du gouvernement en matière de sécurité routière et de s'assurer de son application.

b) *Délégué interministériel à la sécurité routière (DISR)*

Désigné par le Premier ministre, il assure le secrétariat du comité. Pour l'aider dans ses missions, le délégué est entouré de conseillers techniques mis à disposition par les principaux ministères intéressés par les problèmes de sécurité routière : Intérieur, Défense, Éducation nationale, Justice et Santé. L'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) lui est directement rattaché ; il est chargé de centraliser les données

recueillies par les différents ministères s'occupant de sécurité routière, de les analyser puis de diffuser les résultats.

M. Rémy HEITZ occupe cette fonction depuis le mois de mars 2003, succédant ainsi à Mme Isabelle MASSIN.

*c) Le Conseil national de la sécurité routière*

Ce Conseil, mis en place en octobre 2001, et composé de 45 membres, est chargé de formuler au gouvernement des propositions en faveur de la sécurité routière, d'une part, et, d'autre part, de commander des études permettant d'améliorer les connaissances et des évaluations des actions de sécurité routière. Il réunit l'ensemble des acteurs concernés par la sécurité routière (élus, entreprises, associations et administrations) et entend être un lieu de débats et de propositions sur la sécurité routière.

B) Ministère de l'Équipement, des transports et du logement

*a) Direction de la sécurité et de la circulation routières (DSCR)*

Créée en 1982, elle est responsable de la mise en oeuvre des décisions du comité interministériel de la sécurité routière. Elle est chargée :

- De définir les conditions générales de circulation sur l'ensemble du réseau routier et autoroutier en rase campagne et en milieu urbain et de mettre en oeuvre ces mesures sur le réseau national ;
- De la réglementation technique des véhicules (définitions, contrôle d'application ...),
- De la formation du conducteur (gestion des examens du permis de conduire, des inspecteurs, définitions des programmes...);
- De la promotion de la sécurité routière au niveau interministériel ou local ;
- De la politique générale de communication vis-à-vis du grand public ou de cibles particulières.

Le directeur de la DSCR est en même temps délégué interministériel à la sécurité routière.

Les effectifs de la DSCR sont d'environ 200 personnes et ses moyens financiers sont de l'ordre de 700 MF en 2001.

*b) Principaux services gestionnaires*

- La direction des routes (DR) est responsable de la conception, de l'aménagement et de la gestion du réseau des routes nationales et des autoroutes de dégagement ainsi que de la conception et du contrôle des autoroutes de liaison, leur aménagement et leur gestion étant le plus souvent concédés.

- La direction des transports terrestres (DTT) est chargée de la réglementation des transports routiers.
- Au sein des directions départementales de l'équipement (DDE), les cellules départementales d'exploitation et de sécurité (CDES) ont en charge les domaines de l'exploitation de la route et de la sécurité routière.
- Les directions régionales de l'équipement (DRE) exercent des fonctions d'aménagement et de programmation dans le domaine de la route et des transports. Au sein des DRE, les observatoires régionaux de sécurité routière (ORSR) ont principalement en charge l'information et la diffusion des résultats et des connaissances relatifs au phénomène de l'insécurité routière.

c) *Les services d'études et de recherche*

- Le Service d'Etudes Techniques des Routes et Autoroutes (SETRA) et en particulier son centre de la sécurité et des techniques routières, grâce à ses nombreux travaux d'études et de recherches, joue un rôle majeur dans l'amélioration des connaissances en matière d'infrastructure et de sécurité routière.

- Le Centre d'Etudes sur les Réseaux, les Transports, l'Urbanisme et les constructions publiques (CERTU) joue un rôle analogue à celui du SETRA mais dans le domaine urbain.

- Le Laboratoire Central des Ponts et Chaussées (LCPC) et les Laboratoires Régionaux (LRPC) s'intéressent plus particulièrement aux techniques routières : revêtements, signalisation, éclairage, gestion du trafic, météorologie routière.

- Les Centres d'Etudes Techniques de l'Équipement (CETE) remplissent une mission de conseil technique ou de prestataire de service vis-à-vis des directions régionales de l'équipement, les directions départementales de l'équipement ou encore pour les collectivités locales. Ils soutiennent directement les observatoires régionaux de sécurité routière.

- L'institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité (INRETS), placé sous la double tutelle des ministères de l'Équipement et de la Recherche, est chargé du domaine de la recherche. Parmi ses missions, il convient de relever celles concernant l'amélioration des connaissances et l'évaluation de l'insécurité routière (modélisation, coût économique) et du traitement des infractions, la psychologie de la conduite automobile, les études accidentologiques, la recherche et l'évaluation relatives à la sécurité des véhicules.

Les effectifs de l'INRETS sont d'environ 400 personnes et son budget annuel est de l'ordre de 200 MF.



### C) Ministère de la Défense

La direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN) assure la direction des formations et unités chargées de la lutte contre l'insécurité routière. Elle élabore la doctrine d'emploi, oriente et coordonne leur action.

La gendarmerie exerce sa mission de police de la route sur environ 95 % du territoire national. Elle a donc à sa charge la majeure partie du réseau routier et autoroutier.

La gendarmerie départementale, forte de 63 865 militaires, dont 9 029 gendarmes adjoints, regroupe des unités territoriales (3 601 brigades territoriales formant 396 compagnies) et des unités spécialisées de police de la route (93 escadrons départementaux de sécurité routière - EDSR - constitués de 343 brigades motorisées, 123 pelotons d'autoroutes et 24 brigades rapides d'intervention).

La gendarmerie mobile, forte de 16 941 militaires, peut être appelée en renfort des unités de gendarmerie départementale, notamment à l'occasion des grandes migrations saisonnières qui nécessitent la mise en oeuvre journalière de 11 000 militaires environ. En outre, elle possède douze brigades motorisées de gendarmerie mobile qui sont employées au sein des EDSR de rattachement.

Enfin, les sections aériennes de la gendarmerie, disposant de 42 hélicoptères, participent à la surveillance du trafic, en liaison avec les autres unités.

La lutte contre l'insécurité routière représente environ 20 % de l'activité missionnelle de la gendarmerie nationale.

### D) Ministère de l'Intérieur

#### a) *Direction générale de la police nationale*

La direction centrale de la sécurité publique, outre son niveau central représenté au ministère de l'intérieur, à Paris, est implantée dans 473 villes ou agglomérations, sur l'ensemble du territoire national.

Pour lutter contre l'insécurité routière, elle dispose d'unités de voie publique avec des bureaux de circulation, des formations motocyclistes et un service général, soit :

- 1 000 fonctionnaires concernés, principalement, par la circulation et la sécurité routières ;
- 1 800 fonctionnaires regroupés dans 127 formations motocyclistes.

Au total, ces unités de voie publique regroupent donc 2 800 personnes.

Le service central des compagnies républicaines de sécurité apparaît comme la deuxième structure policière particulièrement engagée dans la lutte contre l'insécurité routière. Ce service se définit par :

- un échelon central parisien qui assure le suivi des missions de circulation et de sécurité routière ;

- neuf groupements régionaux composés de : sept unités et six détachements autoroutiers, soit 1 700 fonctionnaires ; neuf unités motocyclistes régionales et quinze détachements motocyclistes, soit 313 fonctionnaires.

Les effectifs des CRS, en matière de circulation et de sécurité routières, sont donc de 2 013 fonctionnaires.

*b) Préfecture de police de Paris*

Au sein de la préfecture de police existe une direction de l'ordre public et de la circulation dont l'une des sous-directions s'occupe, essentiellement, de la circulation. Cette dernière est articulée autour de trois entités :

- la compagnie de circulation, subdivisée en une compagnie centrale, 530 fonctionnaires et une compagnie périphérique, 194 fonctionnaires ;
- la compagnie motocycliste, environ 300 personnes
- les bureaux d'études et techniques.

*c) Direction des libertés publiques et des affaires juridiques*

La direction assure la gestion du permis à points, le traitement des statistiques sur les suspensions administratives du permis de conduire et sur tous les paramètres du « contrôle-sanction ».

*E) Ministère de la Justice*

Le Ministère de la Justice est aujourd'hui essentiellement un acteur dans le système de sanction et de répression de l'insécurité routière.

Il intervient d'abord dans les poursuites et jugements faisant suite aux infractions routières les plus graves; une tendance se manifeste progressivement à un durcissement des peines concernant les délits dus à l'alcool et au non respect de la législation du travail dans les entreprises de transport routier. Il intervient aussi dans le système de retraits de points du permis de conduire, et la proposition aux contrevenants de stages de récupération de points, ou de peines alternatives à la sanction, dans le cadre des Travaux d'Intérêt Général (T.I.G.)

Mis à part quelques rares formations ou journées de sensibilisation des magistrats à la sécurité routière, on repère quelques actions dans des services spécialisés comme la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), ou venant d'établissements pénitentiaires, qui

visent surtout à faire passer le permis de conduire ou le Brevet de Sécurité Routière à des jeunes comme instruments de réinsertion sociale et économique.

#### F) Ministère de la Santé

Depuis longtemps, les acteurs en matière de sécurité routière du Ministère de la Santé sont surtout les services de soins et de réparation des conséquences des accidents :

- Services Urgences des Hôpitaux (SAMU, SMUR),
- Services de chirurgie et autres services adaptés à la réparation des blessures et traumatismes,
- Services et centres spécialisés de rééducation fonctionnelle et de réadaptation.

De nombreux services, même s'ils n'appartiennent pas strictement au ministère, oeuvrent aussi en matière de prévention primaire, dans la mesure où ils contribuent à maintenir la population dans un état de santé autorisant la conduite ou l'emploi des divers moyens de circulation :

- médecine scolaire, en entreprise,
- services de prévention et de soins concernant la vision, l'alcool, le tabac, les drogues, etc.

Depuis quelques années, le lancement des Conférences Régionales de Santé et leur prolongation dans les PRS et PSAS ont contribué à mieux repérer les acteurs de santé intervenant dans le champ de l'insécurité routière, considérée comme un des grands champs de la santé publique, à traiter de la même manière que les autres causes de morbidité.

#### G) Ministère de l'Éducation Nationale

Le ministère est impliqué dans de nombreuses actions et programmes de sécurité routière.

Les acteurs y sont organisés en un réseau de Correspondants Sécurité Routière :

Un Correspondant Académique, placé auprès du Recteur, deux Correspondants Départementaux, un pour le Primaire et un pour le Secondaire, un Correspondant dans chaque Établissement.

S'y ajoutent les acteurs de santé, médecins et infirmières scolaires.

La Sécurité Routière, discipline transversale, peut être prise en charge par tous les enseignants. Pour ce faire, le Ministère a publié des brochures et documents montrant comment la traiter dans les diverses disciplines.

##### a) *Maternelles et Primaire*

Depuis de nombreuses années, le premier cycle de l'éducation connaît les interventions de différents acteurs, qui procurent les bases de l'éducation routière : les forces de l'ordre, la Prévention MAIF, la Prévention Routière interviennent régulièrement dans les écoles, avec des moyens divers : pistes d'éducation routière, documents, jeux, etc.

*b) Collèges*

Dans ce second cycle ont été instaurés l'Attestation Scolaire de Sécurité Routière (A.S.S.R., classe de 5<sup>e</sup>), et le Brevet de Sécurité Routière (B.S.R., classe de 3<sup>e</sup>), nécessaire pour la conduite des cyclomoteurs, assurés par les enseignants (et des formateurs extérieurs pour la partie de conduite du BSR). Dans ces Établissements, comme dans les lycées, les clubs, foyers des élèves, maisons des lycéens, etc., sont autant de structures qui peuvent être acteurs ou supports de projets.

*c) Lycées d'enseignement général et professionnels.*

Si aucun programme spécifique de sécurité routière n'existe actuellement dans le cursus, des actions sont entreprises dans de nombreux établissements, notamment dans le cadre des Projets d'Établissement (comme d'ailleurs dans les Collèges). Elles portent essentiellement sur des actions d'éducation et de prévention : entretien des deux-roues, port du casque, sensibilisation à l'Apprentissage Anticipé de la Conduite (A.A.C.) ou "Conduite accompagnée". On notera également dans ce secteur de l'éducation, diverses associations spécialisées menant de longue date des actions ou programmes de sécurité routière, comme le réseau de l'ANATEEP et des ADATEEP, oeuvrant dans le transport scolaire, notamment en collaboration avec les Transporteurs et les Établissements, dans des actions comme l'évacuation des cars, la sécurité aux arrêts de bus.

Enfin, les grandes associations de parents d'élèves, PEEP et FCPE, s'investissent de plus en plus dans les actions de santé et de sécurité routière dans les Établissements.

## **1.2.2 Les partenaires de la sécurité routière**

**A) Les associations**

Une centaine d'associations oeuvrent en matière de sécurité routière, à titre principal ou accessoire. D'importance disparate de par leurs structures et leurs poids financiers, s'appuyant sur du bénévolat ou un personnel étoffé, elles se présentent comme des acteurs autonomes ou des partenaires et constituent face à l'administration une force de proposition, de critique ou d'incitation, d'action, de relais ou de mise en oeuvre... Certaines relèvent complètement du secteur privé, d'autres ont des liens institutionnalisés avec des ministères.

Outre les associations à audience locale prises en compte dans les plans départementaux d'actions de sécurité routière (PDASR), la direction de la sécurité et de la circulation routières (DSCR) apporte son appui aux associations qui montent des opérations à audience nationale ou pour des actions innovantes ou expérimentales. La DSCR a passé des conventions, subventions ou crédits d'études à l'appui, avec douze associations en 1993, dix-sept en 1994, quinze en 1995, onze en 1996, neuf en 1997, neuf en 1998, onze en 1999, vingt-cinq en 2000, vingt-cinq en 2001.

Certaines associations agissent de façon autonome dans le domaine de la circulation et de la sécurité routières, notamment:

- La Prévention routière ;
- Automobile club national ;
- Automobile club de France.

Certaines ont mis en place une structure consacrée à la route et à la sécurité routière, notamment : La sécurité routière d'Armorique.

La formation des conducteurs peut être assurée par des associations, notamment : la Fédération française des motards en colère.

L'utilisation et le partage de l'espace public urbain en vue de l'amélioration de la sécurité est la préoccupation de : La rue de l'avenir, notamment.

Certaines se sont constituées pour assurer la défense des victimes des accidents de la route :

- Association des familles de victimes des accidents de la circulation ;
- Fondation Anne-Cellier contre l'insécurité routière
- Fédération nationale des victimes d'accidents collectifs ;
- Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens ;
- Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM);
- Ligue contre la violence routière.

Certaines mettent l'accent sur l'amélioration de la sécurité routière lors des transports scolaires : l'ANATEEP (Association nationale pour les transports éducatifs de l'enseignement public), agréée par le ministère de l'Éducation nationale.

D'autres insèrent dans leurs activités un volet « sensibilisation et formation à la sécurité routière » :

- pour les enfants de la maternelle : Réagir, L'enfant et la rue ;
- pour les jeunes : ADEMIR (Association pour le développement dans l'enseignement de la micro-informatique et des réseaux) conçoit et fabrique des logiciels sur la sécurité routière.

Depuis trois ans, la sécurité routière développe une politique partenariale avec de nombreuses associations de jeunes qui organisent régulièrement sur le terrain des

opérations de sensibilisation, notamment sur le thème du «conducteur désigné» suivant le principe, «Celui qui conduit, c'est celui qui ne boit pas. »

De nombreuses associations utilisent l'apprentissage de la conduite comme élément d'insertion sociale ou professionnelle :

- FARE (Fédération des associations de la route par l'éducation) qui regroupe une soixantaine d'associations dont des auto-écoles associatives ;
- L'Union nationale des foyers et services pour jeunes travailleurs qui a des liens institutionnels avec les ministères de la Jeunesse et des Sports et des Affaires sociales ;
- Des associations dépendant de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse au ministère de la Justice ;
- Des missions locales, des associations de prévention, de formation professionnelle.

Enfin, certains instituts, ouverts indirectement à l'amélioration de la sécurité routière, apportent leurs connaissances et expertises aux instances judiciaires, comme l'Institut technique d'accidentologie (ITA).

#### B) Les collectivités locales

Les collectivités locales sont des acteurs privilégiés pour l'amélioration de la sécurité routière, notamment dans la gestion de leur voirie.

Un grand nombre de collectivités locales (communes, groupements de communes, conseils généraux) se sont associés à l'État pour mener des actions d'éducation, de formation et de communication dans le cadre des plans départementaux d'actions de sécurité routière.

#### C) Les assurances

La DSCR entretient depuis longtemps des liens avec les trois grandes familles de l'assurance (FFSA, GEMA et GROUPAMA). Ce partenariat se traduit par la définition d'actions communes en faveur de la sécurité routière, la mise en commun progressive de certaines données sur les accidents corporels et l'analyse commune sur l'évaluation des mesures de sécurité routière.

Certaines sociétés et mutuelles d'assurances ont créé des associations dont l'objectif est la prévention (AXA, MAIF, MACIF, MAAF) et ont désigné des correspondants locaux, intégrés au réseau local sécurité routière.

Une convention triennale a été signée le 1er juillet 1998 avec les trois familles de l'assurance (FFSA, GEMA, GROUPAMA). Elle prévoit d'affecter 0,5 % du montant des primes d'assurance responsabilité civile obligatoire perçues par les entreprises d'assurance à des actions pour améliorer la sécurité routière.

#### D) Les auto-écoles

La formation des conducteurs est assurée par 15 000 auto-écoles employant 25 000 moniteurs.

Dans ce secteur, il existe de nombreuses associations : organisations patronales (CNPA, ADECA, UNIDEC, UNPFA) ; organisations de salariés, associations de formateurs de moniteurs (ANFM) ; organisations franchisées ou associations (ECF, CSR).

#### E) Les entreprises

La route est la première cause d'accidents mortels du travail. En 2001, les statistiques de la CNAMTS sont les suivantes : 1 337 salariés sont décédés suite à un accident de travail. Sur ces 1 337 décès, 827 sont dus à un accident de la route, dont 257 accidents de mission et 570 accidents de trajet.

Le CISR du 2 avril 1999 a décidé que l'État, en partenariat avec les assurances et les caisses d'assurance maladie, encouragerait la mise en oeuvre de plans de prévention du risque routier dans les entreprises.

Pour ce qui concerne ses propres services, l'État mettra en oeuvre, dans un délai de trois ans, un programme de maîtrise de leur risque routier.

### 1.2.3 Les acteurs locaux

L'organisation actuelle de la politique locale de sécurité routière se situe à l'échelon départemental et est placée sous l'autorité du préfet. Sa mise en oeuvre incombe à plusieurs responsables locaux.

#### A) Les responsables locaux

Le Sous-Préfet Sécurité Routière chargé par délégation du Préfet de l'animation de cette politique locale et du développement des partenariats avec les collectivités locales et les acteurs locaux. Il anime régulièrement les réunions du pôle de compétences Etat qui lui permettent de s'assurer de l'implication effective de toutes les administrations concernées par les actions de sécurité routière, de l'Education à l'Équipement.

Le Coordinateur Sécurité Routière, cheville ouvrière de l'ensemble du dispositif départemental.

Les Chargés de mission Sécurité Routière (CMSR) : placés sous la responsabilité du Délégué interministériel et mis à disposition du Préfet dans chaque département pour lui apporter assistance et conseil. Ils ont un rôle d'interface entre la politique nationale et

départementale, avec une mission d'impulsion de la politique nationale et de formation des différents acteurs et partenaires locaux.

Les Inspecteurs départementaux de sécurité routière (IDSR) issus des administrations, associations, milieux socioprofessionnels, collectivités locales, qui réalisent les enquêtes REAGIR et participent aux actions du PDASR.

L'ensemble des partenaires locaux. Ils sont associés à l'élaboration du DGO et du PDASR. Le préfet établit, en collaboration avec le procureur de la république, un plan départemental de contrôles, pour que ceux-ci soient effectués en fonction de l'analyse de l'accidentologie locale et dans une logique de prévention de l'accident.

#### B) Les outils

Le développement de la politique locale de Sécurité Routière repose dans chaque département sur 2 piliers : le Programme REAGIR et les PDASR

##### a) *Le Programme REAGIR*

Il repose sur la réalisation d'enquêtes techniques sur les accidents graves ou mortels de la circulation par des équipes pluridisciplinaires d'IDSR en vue de rechercher les causes et de proposer des mesures de prévention adaptées. Les enquêtes sont présentées et validées par le collège technique des IDSR présidé par le préfet.

##### b) *Le Document Général d'Orientation et les PDASR*

- Le PDASR est l'élément de référence annuel de l'ensemble des actions menées dans le département, dans tous les domaines d'infrastructure, de la prévention, de l'éducation, de l'alerte, des contrôles et sanctions ... C'est le cadre de cohérence locale pour lutter contre l'insécurité routière. Il est élaboré chaque année en cohérence avec le Document Général d'Orientation (DGO).

- Le DGO repose sur l'analyse des accidents, établit le diagnostic de l'accidentologie départementale, en précise les contrôles et assure le suivi des indicateurs.

Le DGO doit permettre à l'Etat, au conseil général, aux principales communes et groupement de communes, dans le cadre d'une démarche partenariale, de définir et d'afficher les axes prioritaires de la politique qu'ils mettront en œuvre au cours des cinq prochaines années, pour faire reculer l'insécurité routière.

Actuellement est en cours d'élaboration le DGO pour la période 2004-2008.



## **2 DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION ET ANALYSE CRITIQUE DU PRS « INSECURITE ROUTIERE » EN LANGUEDOC- ROUSSILLON**

### **2.1 La nécessité de la mise en place d'un PRS « insécurité routière » en Languedoc-Roussillon**

#### **2.1.1 Le constat qui a présidé au choix de cette priorité régionale**

- A) Des chiffres alarmants traduisant une situation régionale dégradée par rapport au niveau national

En 1997, la France avec 7989 tués sur les routes se situe loin derrière les meilleurs pays européens :

=> En effet, le nombre de tués à 30 jours par millions de véhicules en 1997 est de 272 pour la France, alors qu'il n'est que de 136 pour la Grande Bretagne, et 122 pour la Suède;

=> De même, si nous prenons le nombre de tués à 30 jours par million d'habitants en 1995, il est de 153 alors que pour la GB il est de 62, la suède de 65.

Ainsi, le risque d'être tué sur les routes est deux fois plus élevé en France qu'en Grande Bretagne ou dans les pays scandinaves.

Chaque jour, 23 personnes sont tuées sur les routes et près de 460 blessés. Il ne s'agit pas d'une fatalité, ces morts peuvent et doivent être évités.

Ce véritable gâchis humain touche plus particulièrement les jeunes puisque 33,5 % des tués ont moins de 25 ans ; chaque jour près de 7 jeunes de moins de 25 ans meurent sur la route en France.

Cette cause importante de mortalité fait partie de la mortalité dite évitable, particulièrement liée à des causes comportementales comme l'alcool et le tabac, les conduites à risques. La mortalité évitable représente 1 décès / 5 au plan national.

En Languedoc Roussillon, ces caractéristiques préoccupantes sont encore accentuées. Les taux bruts de décès par accidents de la circulation sont très supérieurs aux taux nationaux, pour presque toutes les tranches d'âge et plus particulièrement de 15 à 45 ans et de 80 à 90 ans.

Ainsi les accidents de la circulation dans notre région sont à l'origine de 12% des décès prématurés pour les hommes et 7% pour les femmes, mais surtout ils représentent un

pourcentage important des années potentielles de vie perdues. Globalement, on déplore 40 % de morts et 75 % d'années potentielles de vie perdues de plus.

La région se caractérise principalement par une gravité très élevée des accidents, celle-ci se mesure de façon classique par le rapport entre le nombre de tués plus le nombre de blessés graves et le nombre total d'accidents corporels, multiplié par cent. En 1997, la gravité en Languedoc-Roussillon est de 51 pour cent accidents contre 35 en France. Les mêmes tendances se retrouvent au niveau départemental :

Tableau présentant la gravité des accidents :

Année	Aude	P.O.	Hérault	Lozère	Gard	LR	France
1995	57	57	54	53	44	52	37
1996	69	58	51	43	37	49	35
1997	70	65	50	50	42	51	35

Désignation	France	Région Languedoc-Roussillon
Accidents	125 202	4 587
Tués	7 989	428
Blessés graves	35 716	1 915
Blessés légers	133 862	4 653
Coût (en millions de F)	57 437	2 861

#### B) Le constat d'un déficit global d'organisation des initiatives existantes

A côté de la politique menée au niveau départemental par le préfet chargé de la sécurité routière, en application des instructions du délégué interministériel à la sécurité routière, on relève un nombre important d'initiatives. Souvent pertinentes mais parcellaires, mal relayées, peu évaluées, rarement reproduites, ces actions sont insuffisamment coordonnées. Elles s'inscrivent essentiellement dans le champ de la prévention primaire des accidents de la route, c'est-à-dire pour éviter la survenue de l'accident.

Il n'existe pas d'approche globale du phénomène, ni de réelle démarche coordonnée entre les différents acteurs majeurs de la prévention et de la prise en charge des accidents de la route et de leurs conséquences.

Enfin, les orientations et les priorités de la sécurité routière ne sont pas relayées par les différentes politiques sectorielles concernées, notamment au niveau régional.

Tous ces constats ont amené la conférence régionale de santé à reconnaître le caractère prioritaire de la santé des jeunes et notamment la prévention des conséquences des accidents de la circulation sur leur santé.

Le Préfet de Région a confié à la DRASS en 1998 la préparation d'un Programme Régional de Santé sur ce thème.

### C) Le lancement de la démarche de programmation

Un groupe de travail a été constitué en mars 1998 sur la base des candidatures suite au lancement de la démarche par le préfet de région. Une lettre de mission du préfet charge Mme le Dr. Broche, MISP à la DDASS du Gard de coordonner le groupe de travail. Mme Raynal, représentant le délégué interministériel à la sécurité routière est également responsable du projet. Le groupe comprend 18 volontaires représentatifs des partenaires professionnels et institutionnels traditionnellement engagés dans la lutte contre les accidents de la circulation.

Le programme a pour objectif de coordonner les initiatives visant à réduire le nombre des accidents de la circulation, dans le cadre de la prévention des « morts évitables ».

En effet, de nombreuses initiatives ou démarches structurées coexistent sans être réellement harmonisées, dans chacun des trois grands champs de la prévention que sont :

- la prévention primaire : elle vise à diminuer le nombre et la gravité des accidents par des interventions en amont.
- La prévention secondaire : il s'agit des secours aux accidentés et de la prise en charge médicale initiale.
- La prévention tertiaire : il s'agit de la rééducation et de la réinsertion des blessés, de la prise en charge du handicap et de ses conséquences sociales.

Ce programme n'a pas pour vocation de se substituer aux actions existantes, il permet de les harmoniser, de les potentialiser et de repérer les domaines où des actions sont à susciter de la part des partenaires existants.

Le PRS se caractérise par une démarche préalable de réflexion partenariale qui vise à analyser les différents aspects du thème SR, en vue de définir des objectifs opérationnels prenant en compte la globalité du phénomène, et de programmer sur plusieurs années (2000-2004) une série d'actions explicites, s'accompagnant d'un système de suivi et d'évaluation.

Le groupe de programmation a retenu comme finalité la réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux accidents de la route en Languedoc-Roussillon, en particulier chez les jeunes.

Afin de mobiliser les partenaires, il convenait d'assigner à cette finalité un objectif chiffré, réaliste et décliné au niveau des départements. Or, cet objectif ne pouvait être déconnecté de l'évolution espérée des scores nationaux. En effet, lors du CISR de novembre 1997, le gouvernement avait fixé l'objectif de réduction de la mortalité par accident de la voie publique de 50 % en cinq ans. En 2000, la lutte contre les accidents de la route et leurs conséquences sur la santé a été déclarée cause nationale.

La traduction en nombre de blessés graves et de tués dépend du niveau de réalisation des objectifs nationaux. C'est pourquoi, les objectifs cibles s'inscrivent dans des fourchettes.

Le groupe a appuyé ses analyses sur plusieurs indicateurs :

- l'indice comparatif de mortalité (reflet d'ensemble du phénomène)
- l'indice comparatif de mortalité prématurée (ne prend en compte que les décès avant 65 ans)
- l'indice comparatif de perte d'années potentielles de vie (donne un poids plus important aux décès des plus jeunes)
- l'indice comparatif de blessés graves

Les valeurs des différents indicateurs tendaient à s'améliorer sur la durée, mais l'écart à la France qui caractérise la région s'aggravait sur les périodes récentes (94-96). C'est la raison pour laquelle, dans le cadre d'une finalité de suppression à long terme de l'écart France/région, le groupe a proposé comme objectif à cinq ans (2000-2004) une **réduction de 20% de l'écart à la France** en terme de morts, de blessés et de perte d'années potentielles de vie.

Le tableau suivant indique les objectifs chiffrés par département en terme de tués.

	Décès observés 94-96 (source INSERM)	Décès prévisibles en 2003 selon les différentes hypothèses (sur la base des projections de population 2003)			
		1	2	3	4
Hypothèses :					
Evolution du nombre de décès France		0	0	- 50%	- 50%
Réduction de l'écart LR/ France		- 20%	- 50%	- 20%	- 50%
Aude	64	61	54	31	27
Gard	117	115	105	58	52
Hérault	166	174	158	87	79
Lozère	12	12	11	6	6
Pyrénées Orientales	62	62	60	31	32
Languedoc-Roussillon	422	425	388	212	194

Il convient de noter que les projections de population prévoient un rythme d'accroissement de la population en Languedoc-Roussillon très supérieur à la moyenne nationale. Ceci explique que, dans l'hypothèse la plus basse (stabilité de la mortalité au niveau national et réduction de 20 % de l'écart région / France), le nombre de décès attendu de la région soit stable.

### **2.1.2 Le PRS en action**

A) Les axes stratégiques du PRS traduisent la volonté de s'inscrire dans l'interministérialité

Réduire de 20% d'ici 2004 l'excès de mortalité et de morbidité par accidents de la route en Languedoc-Roussillon est l'objectif général du PRS. Cet objectif général est décliné en cinq axes stratégiques eux-mêmes déclinés en objectifs opérationnels. Les quatre premiers axes ont été validés en 2000 :

#### **❖ Fédérer les efforts des partenaires en facilitant la convergence sur des objectifs communs**

- ↳ Renforcer la coordination des politiques et faire connaître et reconnaître les objectifs validés
- ↳ Concentrer les efforts sur les jeunes conducteurs et futurs conducteurs en intégrant les plans d'action dans une stratégie éducative
- ↳ Communiquer pour réduire la tolérance sociale et faire évoluer les représentations : légitimer la loi, impulser une dynamique de refus de la « fatalité », redonner à la route sa dimension d'espace à partager.
- ↳ Prévenir les risques identifiés et ciblés ( au sortir des boites de nuit, risques liés à l'altération pathologique temporaire ou durable de l'aptitude à conduire)

#### **❖ Améliorer la qualité méthodologique, la cohérence et le suivi des actions de prévention (dans le respect des compétences de chacun)**

- ↳ Proposer un soutien méthodologique aux acteurs : collectifs de prévention thématiques, formation, recommandations
- ↳ Améliorer les outils de suivi des procédures et des résultats

#### **❖ Améliorer l'organisation de la prise en charge des blessés graves, du lieu de l'accident jusqu'à la réinsertion.**

- ↳ Réduire les conséquences des accidents par la qualité et l'adaptation des services d'urgences pré-hospitaliers et hospitaliers.

- ↳ Prendre en compte la souffrance psychologique au moment du drame et de son annonce
- ↳ Améliorer la prise en charge des victimes et de leur famille dans la durée.

**❖ Adapter les organisations, faire vivre les programmes et plans d'action et les évaluer**

- ↳ Mise en place du pôle régional et des pôles de compétences départementaux
- ↳ Mise en œuvre des centres de ressource
- ↳ Développement et utilisation des tableaux de suivi des programmes

Un nouvel axe a été identifié en 2001

**❖ Prendre en compte l'articulation et la coordination avec les autres politiques prioritaires régionales et les priorités nationales.**

- ↳ Identification d'objectifs communs dans les programmes
- ↳ cofinancement d'actions notamment dans le cadre de la MILDT.

Dans les appels d'offre, il est stipulé pour les critères particuliers d'examen des demandes que le PRS s'inscrit dans la politique interministérielle de sécurité routière en cohérence avec les PDASR. La mise en œuvre d'actions ciblées n'est soutenue que dans le cadre d'une mise en cohérence et de partenariat local. Les projets sont soumis au coordonnateur départemental de sécurité routière.

Ces axes résultent du travail de bilan et d'état des lieux mené par le groupe depuis juin 1998. La conscience que la réalisation des objectifs chiffrés ne peut que résulter des **efforts conjugués** des acteurs départementaux et régionaux des différents champs professionnels concernés explique le souci d'élaborer des objectifs pouvant facilement se fondre dans les documents de référence de la sécurité routière, c'est-à-dire le DGO et le PDASR. En effet, la démarche développée dans le cadre des PDASR et DGO est en parfaite cohérence avec celle du PRS. Il s'agit, tant de réduire l'impact des accidents de la circulation sur la santé des jeunes, en terme de mortalité, de morbidité, de handicap ou de conséquences psychologiques et sociales, que de mettre tout en œuvre pour éviter la survenue des accidents, par des actions sur les infrastructures, sur les véhicules, sur les compétences et les comportements des acteurs, et, bien sûr, par le respect des règles.

D'autre part, le PRS est élaboré suivant la démarche PSAS qui est centrée sur les façons de faire des acteurs. Les stratégies des acteurs sont au centre du processus d'élaboration des objectifs et des actions. Le repérage des projets des acteurs, de leur motivation, de leurs contraintes et de leurs moyens d'action, l'analyse du jeu de ces acteurs, l'évaluation de leurs rapports de force sont essentiels. Ils permettent de mettre en évidence les enjeux stratégiques mais aussi de développer les stratégies les plus pertinentes pour rendre complémentaires les actions des divers acteurs et valoriser au mieux les savoir-faire en présence. Ainsi, le PRS est avant tout le résultat de la vision commune du problème de la sécurité routière et de ses solutions qu'ont su se forger les différents acteurs impliqués à quelque niveau que ce soit. Il porte donc l'ambition d'être un support à la politique interministérielle.

#### B) Les axes stratégiques du PRS sont le reflet d'un contexte

Les axes stratégiques sont issus du travail du groupe de programmation qui, par son analyse a déterminé des objectifs chiffrés et réalistes. Il a également étudié les principaux déterminants des accidents pour cibler les actions. C'est ainsi que les cibles prioritaires du PRS sont :

- Les comportements à risque des jeunes
- La tolérance sociale
- La qualité des dispositifs de prise en charge médicale et sociale des traumatisés de la route

Ces cibles résultent des analyses sur la prévention primaire, d'une part, et sur la prévention secondaire et tertiaire, d'autre part.

#### ↳ La prévention primaire :

L'accident de circulation résulte de la confrontation de trois éléments : un véhicule, son conducteur et l'environnement.

Le véhicule peut être en cause du fait d'un défaut de sécurité passive et/ ou active lié à sa conception, son mauvais entretien ou sa vétusté.

Le conducteur se caractérise par ses aptitudes et son comportement. Parmi les facteurs classiques de survenue et / ou de gravité des accidents, on peut ainsi citer la vitesse excessive, l'alcool ou les drogues et médicaments, l'inaptitude à la conduite, le non port de la ceinture ou du casque, la fatigue et l'inattention. Les facteurs psychosociologiques qui conditionnent la plupart de ces comportements sont vraisemblablement sous-estimés. Les experts insistent sur la notion de prise de risque, majeure chez les jeunes, liée à un jeu ou à un défi qui s'accompagne d'une sous-estimation des risques et d'une surestimation de leur capacité à les éviter.

L'environnement est envisagé en deux volets : environnement interne au véhicule (confort, comportement des passagers, radio, téléphone.. .), l'environnement externe au véhicule (infrastructures routières, lisibilité de la route, conditions climatiques...).

Afin de cerner le profil des jeunes qui prennent des risques, le groupe s'est appuyé sur une étude sociologique régionale et sur les travaux de l'institut national de recherche sur les transports et la sécurité (INRETS).

#### ↳ La prévention secondaire et tertiaire

Le système d'information classique sur les accidents de la voie publique ne comporte aucune indication, ni sur la nature des blessures ayant ou non entraîné le décès, ni sur le devenir des blessés. La seule distinction entre les victimes porte sur la gravité (tué ; blessé grave ; blessé léger) et repose en théorie sur la situation au sixième jour suivant l'accident : décédé, toujours hospitalisé au sixième jour rentre dans la catégorie des blessés graves, et la personne non hospitalisée au sixième jour est un blessé léger.

Or de nombreuses publications ont mis en exergue l'insuffisance de la distinction entre blessé grave et blessé léger pour deux raisons :

- La mauvaise qualité du remplissage, par méconnaissance et / ou mauvaise utilisation du codage par les services de police et de gendarmerie.
- La faible pertinence de cette distinction au regard de la réalité des conséquences du traumatisme tant pour les individus que pour la charge induite pour la collectivité.

En ce qui concerne les décès, une deuxième source d'information est mobilisable à travers l'exploitation par l'INSERM des causes médicales de décès. L'intérêt de ce recueil réside surtout dans l'information sur les lieux de survenue du décès, ce qui permet d'objectiver un élément majeur de la problématique : la majeure partie des accidents de la voie publique interviennent avant tout transfert dans un établissement de soins : 61 % en moyenne nationale sur les années 1995-96-97, et 65.5 % en Languedoc-Roussillon.

Pour ces 65.5 % des décès, il n'existe aucune source d'information permettant de connaître la nature du traumatisme, le délai d'intervention des secours, la cause précise du décès.

Pourtant, des études régionales spécifiques menées par l'observatoire régional de la santé, ont permis de montrer :

- Une sur-représentation des accidents graves parmi ceux pour lesquels le délai d'intervention des secours est le plus long
- Une absence de corrélation entre la gravité des traumatismes et la nature des secours mobilisés



Dès lors, le groupe s'est interrogé sur la part relative de la gravité intrinsèque des accidents, et sur la part relative de la nature et des délais d'intervention des secours d'urgence dans la détermination de la gravité particulière des accidents dans notre région.

Plusieurs membres du groupe, parallèlement aux travaux du PRS, ont participé à la session régionale d'étude et de proposition sur les urgences où un atelier spécifique était consacré à la traumatologie routière. Il en est ressorti la nécessité d'analyse des trajectoires des patients, la nécessité d'évaluer l'adaptation des moyens mis en œuvre aux besoins.

En ce qui concerne le devenir des traumatisés de la route, de même qu'il n'est pas possible de repérer les victimes d'accidents de la route parmi les patients pris en charge à l'hôpital, il n'est pas possible non plus de les repérer parmi ceux qui sont pris en charge en soins de suite (rééducation) ou parmi les personnes qui sollicitent l'intervention des dispositifs de réinsertion des personnes handicapées.

Là encore, des études spécifiques régionales ont permis d'entrevoir l'importance du problème :

- 16.3 % des patients présents un jour donné (le 25 novembre 1998) dans les centres de rééducation de la région étaient des victimes d'accidents de la route.
- Dans le département de l'Aude, entre décembre 1998 et février 1999, 22 personnes (soit près de 90 en année pleine) ont demandé une reconnaissance de travailleur handicapé à la suite d'un accident de la route. La plupart présentaient des séquelles graves et avaient subi une interruption d'activité professionnelle comprise entre 3 mois et 2 ans.
- En 1995, plus de 6000 personnes ont été prises en charge dans les établissements de santé de la région à la suite d'un traumatisme crânien, sans que l'on puisse déterminer la part des accidents de la route, mais l'on sait qu'ils sont à l'origine de plus de 80 % des traumatismes crâniens.

Enfin, un bilan sur les typologies d'actions de prévention mises en jeu au cours des cinq dernières années en région a été réalisé à partir des PDASR et des réseaux professionnels des membres du groupe de programmation. De même, un recensement de tous les acteurs a fait l'objet d'une étude en sous-groupe.

L'analyse de tous ces éléments a permis de pointer toutes les lacunes ou défaillances que le PRS pourrait tenter de pallier. Le PRS devrait être l'occasion de soutenir les efforts des différents acteurs dans un souci de performance et de continuité.

### C) Un processus dynamique : des avancées et des adaptations

L'une des traductions les plus tangibles de l'évolution du programme réside dans les changements d'appellation du PRS au cours du temps : au début la thématique des jeunes était accentuée au point de faire partie du titre du PRS, puis elle a été estompée :

D'abord « Accidents de la route des jeunes » puis « Lutte contre l'insécurité routière et ses conséquences humaines en Languedoc-Roussillon, en particulier chez les jeunes », le PRS est devenu « Roue libre » au moment du lancement du programme en 2000, d'après le titre d'un conte fantastique pour que la route ne soit plus notre tombeau de l'éternité mais reste le chemin de nos libertés.

Enfin, le PRS est connu aujourd'hui sous la dénomination « Lutte contre l'insécurité routière et ses conséquences humaines ». Cette évolution du nom n'est que le reflet de l'évolution des réflexions sous-jacentes au PRS. De même que le PRS se renouvelle dans son appellation, il connaît aussi de nouveaux élans, notamment en 2001. 2001 a été l'année de la mise en place du pôle régional d'animation de sécurité routière. Exceptionnellement, la CRS du 16 janvier 2001 a été centrée sur la seule thématique des accidents de la route. Enfin, la conférence nationale de santé a débattu de ce thème et a formulé des propositions. C'est pourquoi, en 2001, une actualisation du programme a eu lieu avec l'identification d'un nouvel axe stratégique du PRS : articulation et coordination avec les autres politiques prioritaires régionales et nationales.

Le pôle régional d'animation de sécurité routière, officialisé en novembre 2000 est une opportunité de concrétisation des propositions du PRS dans la mesure où Mme Raynal est l'animatrice du pôle et que celui-ci s'appuie sur la structure DRASS qui met à sa disposition locaux et secrétariat. Le pôle a pour fonction principale l'échange d'expérience, la formation, l'appui aux acteurs locaux pour la mise en œuvre des grandes orientations nationales, afin de faciliter la prise en charge de la sécurité routière par les différents acteurs locaux. Le pôle a été créé par la déléguée interministérielle à la sécurité routière et est constitué de chargés de mission SR (CMSR).

L'imbrication du PRS avec le pôle s'articule autour de thèmes transversaux majeurs :

- mise en commun d'objectifs entre les décideurs, les financeurs et les acteurs
- dimension interministérielle de la démarche, émergence de l'échelon régional comme relais
- partage d'outils entre les différents acteurs en matière de soutien méthodologique, système d'information, outils de suivi et d'aide à la décision

La problématique de santé du PRS depuis l'objectif initial fixé par les CRS n'a globalement pas connu d'évolution majeure depuis la mise en œuvre du PRS. Le diagnostic toujours

d'actualité d'une situation régionale préoccupante par rapport à la France entérine les axes stratégiques validés en 2000. Les efforts doivent être poursuivis en matière de prévention, d'organisation des secours d'urgence, de cohérence dans le suivi et la prise en charge globale de la personne accidentée, de communication, de connaissance du devenir des blessés, d'évaluation des actions et de suivi des programmes.

En revanche, en fonction de l'évolution du contexte et des difficultés rencontrées sur le terrain, chaque année, des priorités différentes en terme d'objectifs opérationnels sont affichées dans le cadre de l'appel d'offre. Des réunions sont également organisées entre DRASS et DDASS pour exposer les nouvelles orientations et améliorer l'organisation de l'instruction des dossiers.

La comparaison des appels à projet 2002 et 2003 laisse apparaître un recentrage actuel sur des actions spécifiques au champ de la santé selon deux axes :

- La prévention des risques liés à l'altération pathologique temporaire ou durable de l'aptitude à conduire. Les moyens préconisés sont des actions de formation et d'information en direction des médecins généralistes et des membres des commissions médicales des permis de conduire.
- L'amélioration de la prise en charge des blessés. Les moyens envisagés sont :
  - La formation des médecins, infirmières scolaires, enseignants, moniteurs d'auto école... à l'alerte des secours.
  - L'amélioration de la connaissance, de la prise en charge et du suivi des traumatisés crâniens.
  - La poursuite et la finalisation du travail sur les systèmes d'information pré-hospitalier et hospitalier de l'urgence.
  - Des actions auprès des contrevenants alcool : dispositif incitatif pour suivre un programme d'éducation voire de soins.

En 2002, l'accent était mis sur le renforcement des coopérations. Les autres objectifs opérationnels relatifs aux quatre premiers axes stratégiques sont relativement stables d'une année sur l'autre.

Le tableau suivant résume les actions financées au titre du PRS en 2002, suite à l'appel à projet. D'autres actions qui ne figurent pas ici ont pu être financées dans le cadre du plan santé jeunes de l'Hérault ou par des partenaires (financement PDASR, conseil général...)

Nom du porteur de projet	Nom du projet	Financement CTRI	Financement FNPEIS	Total financement crédits Etat+URCAM
Mutualité Française LR. Région	« En route pour la vie » formation de jeunes relais : Carcassonne, Perpignan, Sommières, Montpellier et Mende	2 750	3 430	6 180
CRES LR-Région	Formation des acteurs de terrain	1 558	7 300	8 858
CRES LR-Région	Diffusion des recommandations discothèque	1 500	1 500	3 000
ORS Région	Procédure et outils pour le pilotage et l'animation des actions de lutte contre l'insécurité routière	73 767	30 000	103 767
Grés Santé Médiation	Analyse des actions en milieu scolaire	762	762	1 524
Ligue contre la violence routière	Plaquettes victimes	5 000	1 000	6 000
C.D.E.S. 30	Prévention des accidents de la route liés à la consommation excessive d'alcool aux sorties des discothèques	8 147	8 140	16 287
ADEIC 30	20 actions sur écoles maternelles du Gard	500	1 000	1 500
Ligue contre la violence routière	Diffusion d'autocollants pour le respect des distances de sécurité	1 000	1 250	2 250
CODES 48	DouceMENT risq'Route	1 100	1372	2 472
Mutuelle des étudiants 66	Conduire, c'est respecter	525	520	1 045
Association route 66	Prévenir les accidents de la route chez les jeunes	3 100	3 000	6 100
	<b>Totaux</b>	<b>99 709</b>	<b>59 274</b>	<b>158 983</b>

Les ambitions du PRS ont du être révisées suite à des contingences extérieures. Plusieurs projets ou actions prioritaires ont été freinés faute de moyens ou de volonté des partenaires. Ainsi, le rectorat n'a pas repris pour son compte les objectifs et priorités du PRS, cantonnant de ce fait la coopération avec l'éducation nationale aux initiatives ponctuelles locales. De même, il était question en 2000 de formaliser l'engagement des partenaires dans des « chartes départementales » visant notamment à :

- concentrer les efforts sur les jeunes conducteurs et futurs conducteurs en intégrant les plans d'action dans une stratégie éducative.
- Communiquer pour réduire la tolérance sociale et faire évoluer les représentations.

Ce projet s'est heurté à la résistance des directeurs de cabinet. De la même façon, le projet d'élaboration d'un guide pratique du référent sécurité routière a avorté suite au manque d'adhésion des partenaires.

En revanche, les projets sur les systèmes d'information aux urgences sont en train de se finaliser de même que les propositions relatives au devenir des traumatisés crâniens sont en cours d'élaboration dans le cadre du comité technique régional « traumatisés crâniens ». Le projet de la maison sécurité routière suit son cours grâce à la réalisation de l'annuaire des acteurs et de l'inventaire des outils pédagogiques et de communication.

Quoiqu'il en soit, le délai important qui existe entre la phase de propositions d'actions et leurs réalisations est facteur de démobilisation des partenaires. C'est l'une des raisons de la nécessité d'une constante mobilisation. Les pilotes du PRS ont fait de nombreuses présentations de leur programme en CTRI ; elles ont rencontré les directeurs de cabinet, continuent à tenir des réunions d'information en préfecture. Il ne va pas sans dire que le déploiement d'une telle énergie a tendance également à essouffler les pilotes elles-mêmes.

D) Le bilan du PRS présenté à l'occasion des consultations régionales en vue de la préparation de la loi quinquennale en santé publique

Le PRS a atteint son objectif chiffré de 20 % de réduction du différentiel entre la France et la région, puisque, en dépit d'une stabilité du nombre de tués, la population régionale s'est fortement accrue, et, la mortalité nationale a également augmenté. Donc, le différentiel s'est réduit :

- ↵ Indice comparatif : - 30 %
- ↵ Mortalité prématurée : - 27 %
- ↵ Années potentielles de vie perdues : - 20 %

Pour autant, les efforts sont à poursuivre du fait de la permanence du nombre de victimes. Le contexte y est propice puisqu'au terme de trois années d'affichage des priorités et d'un patient travail de mobilisation des relais, on constate un renforcement de la mobilisation, et la réactivation de la dynamique de la politique interministérielle dans plusieurs départements. Cela se traduit en particulier par une évolution du discours officiel, et surtout de la façon dont la presse rend compte des accidents et présente l'insécurité routière comme un problème de société.

Les actions de prévention « santé- sécurité routière » se multiplient, en particulier au niveau des discothèques, mais aussi auprès du public scolaire. Les acteurs de l'éducation pour la santé (CODES, CRES) se saisissent de ce thème et y apportent progressivement du savoir faire. Enfin, les relations avec les associations d'usagers et de victimes (notamment la ligue contre la violence routière) se renforcent et permettent de les associer à la définition des priorités et à la mise en œuvre des actions (prévention et accompagnement des victimes).

Cette évolution est sensible au niveau régional, mais aussi au niveau national avec une augmentation récente de prises de position fermes sur ce thème.

Lors du bilan, les pilotes ont fait part des facteurs qui ont pu favoriser ou au contraire freiner le développement de la démarche globale. Elles ont également émis des propositions d'actions au niveau national, régional et départemental.

La tendance est à l'intégration d'un volet santé dans la politique nationale interministérielle de sécurité routière. La poursuite du PRS devrait alors se faire dans le cadre de la déclinaison de cette politique interministérielle au niveau régional et local.

## **2.2 Analyse critique du PRS**

### **2.2.1 Des perceptions du PRS divergentes en fonction des situations départementales**

La perception de la pertinence des objectifs et actions du PRS est très variable d'une personne à l'autre. Plusieurs raisons expliquent ces divergences d'intérêt :

- l'origine institutionnelle et le parcours professionnel de la personne (ancienneté sur le poste en prise avec le dossier sécurité routière)
- l'implication personnelle sur la thématique sécurité routière
- la charge de travail de la personne sur des dossiers extérieurs à l'insécurité routière
- l'impulsion du directeur du service déconcentré

Dans les faits, certains départements sont plus dynamiques que d'autres dans ce domaine.

La présence de nombreuses propositions d'actions, le partenariat et la concertation plus étroite entretenue avec les coordinateurs sécurité routière permettent de distinguer plus particulièrement l'Hérault, les Pyrénées orientales et le Gard parmi les cinq départements de la région. D'ailleurs, les personnes rencontrées dans ces départements ont émis des opinions plus affirmées sur le fonctionnement du PRS, leur avis sur la question résultant d'une véritable réflexion. En revanche, pour l'Aude et la Lozère (hormis la DDASS de Lozère), les personnes rencontrées n'ont pas vraiment émis d'avis sur le PRS et ont tenu des discours policés relevant plus de leur culture de chargé de communication que d'une intime conviction.

A) Le département de l'Aude : une relative indifférence liée à un manque de moyens

Dans l'Aude, la coordinatrice sécurité routière appartient à la préfecture. Elle bénéficie de l'appui d'une collaboratrice, mais n'est sur le poste qu'à temps partiel puisque sa vocation première est la communication. Le réseau des IDSR (environ 80 personnes) est peu

dynamisé du fait du manque de temps de la responsable qui se voit contrainte de travailler en fonction des urgences. Elle s'est vue confier le dossier sécurité routière à la fin de l'année 2000 suite au départ à la retraite du précédent référent. Son premier et unique contact ( au jour de l'entretien) avec la DDASS, pourtant géographiquement distante d'une centaine de mètres de la préfecture, date de fin février suite à la visite de l'infirmière référente sécurité routière qui venait lui présenter, pour avis, les actions potentiellement éligibles au financement du PRS.

Sa connaissance du PRS résulte des contacts entretenus avec Mme Raynal, coordonnatrice du pôle d'animation régional sécurité routière. La préfecture de l'Aude trouve un intérêt dans le PRS dans la mesure où il permet un lien avec le niveau régional et des échanges d'expérience intéressants. Toutefois, la distinction entre ce qui relève du PRS proprement dit et ce qui relève du pôle d'animation régional est ténue, et la double casquette de Mme Raynal (coordinatrice du pôle et coordinatrice du PRS) ne fait que rajouter à la confusion.

Ce travail en partenariat avec la DRASS et la DDASS est donc nouveau, le lien pour l'instant insatisfaisant mérite d'être développé.

Au niveau de la DDASS de l'Aude, le manque de moyens et d'effectifs rend difficile une réelle implication de la personne référente qui, d'autre part, pense que le dossier est bien pris en main par des personnes compétentes et dynamiques (a savoir les coordinatrices du PRS).

Si le suivi n'est que ponctuel, toutefois, la bonne volonté ne fait pas défaut puisque, suite à une réunion à la DRASS pour faire le point sur le PRS, l'infirmière s'est rendue à la préfecture de l'Aude pour se présenter comme référente de la DDASS à la coordinatrice départementale SR.

Autre point positif : l'excellente entente entre la DDASS et la CPAM notamment sur les avis à rendre sur les projets présentés. La DDASS et la CPAM s'entendent pour donner un avis commun et ont d'ailleurs construit une grille d'analyse des dossiers qui, en 2003 a été proposée à toutes les DDASS de la région.

#### B) Le département de la Lozère : des visions discordantes

Deux discours contraires m'ont été donnés quant au travail de collaboration entre la préfecture où travaille la coordonnatrice sécurité routière et la DDASS.

Pour la DDASS, un travail en étroite collaboration avec la préfecture a été initié en 2002. La référente sécurité routière de la DDASS participe aux réunions du PDASR, s'est présentée à la coordinatrice sécurité routière (en poste depuis septembre 2002 et actuellement en congé maternité, c'est son assistante qui assure l'intérim) et a expliqué en quoi consiste le PRS

sécurité routière et le rôle de la DDASS dans ce dossier, et a transmis les projets financés à ce titre.

Pour la préfecture, les échanges sont relativement fréquents avec Mme Raynal de par son rôle de coordinatrice du pôle d'animation régional, et c'est pourquoi la personne en charge du dossier a entendu parler du PRS, mais sinon, la personne dit ne pas échanger avec la DRASS ou la DDASS.

Ces contradictions s'expliquent, sans doute, par le fait que je n'ai pu rencontrer que la collaboratrice de la coordinatrice sécurité routière et qu'elle n'a pas été systématiquement associée à toutes les réunions. De plus, la personne est sur ce poste depuis 2001 et c'est un poste qui a connu beaucoup de turn-over en personnel, ce qui ne facilite pas la circulation de l'information. Or le PRS a été lancé en 1998 et ses actions ont démarré en 2000.

Le manque d'intérêt manifeste de la préfecture, puisque 4 jours après avoir assisté à une réunion d'information, la personne ne gardait aucun souvenir des objectifs du PRS, peut s'expliquer par le nombre et de la portée limitée des actions financées par le PRS. En effet, toute son attention se focalisait sur le nouveau partenariat avec le conseil général, mais aussi avec les autres financeurs (GROUPEAMA, gérants de discothèques...) Le poids financier semble fortement influencer les relations partenariales de la préfecture.

Sur les 33 IDSR du département (dont 15 formés en 2002), seuls quelques-uns font les enquêtes qui sont étudiées et validées par les collèges techniques.

Si la préfecture n'a pas vraiment d'avis sur le PRS, la DDASS, en revanche, en a une perception plutôt négative. Pour la DDASS, ce PRS, au même titre que les autres, souffre d'un manque de méthodologie comparativement au PRAPS. Les objectifs stratégiques ne compensent pas l'absence d'objectifs opérationnels clairement identifiés. Il en résulte un manque de continuité et de cohérence dans l'action PRS. Le cahier des charges trop imprécis conduit à un afflux de dossiers « fantaisistes » ou éloignés de la sécurité routière. D'autre part, la DDASS a encore moins de maîtrise sur ce thème qui fait appel à de nombreux services de l'Etat et où la légitimité de la DDASS n'est pas acquise a priori. Qui plus est, jusqu'à présent, les DDASS n'étaient pas associées au second arbitrage au cours duquel se décide le financement des projets, ce qui pouvait les mettre en porte à faux avec les associations locales qu'elles avaient motivées pour monter des projets. En 2000, en Lozère, seule la Prévention Routière présentait des projets, en 2002, il y avait quatre porteurs de projets différents.

#### C) Le département du Gard : une forte implication de la DDASS

Dans le Gard, à la DDASS, c'est directement Mme Broche, la copilote du PRS qui est référente. Donc la connaissance des partenaires régionaux et départementaux, et leur



mobilisation ne rencontre pour seul obstacle que la plus ou moins grande propension à collaborer des autres acteurs, souvent liée aux moyens dont ils disposent.

Le coordinateur sécurité routière du Gard est originaire de la DDE. Lors de notre rencontre, il ne disposait que d'un mi-temps pour coordonner, gérer le réseau REAGIR, les IDSR, organiser les collèges techniques et élaborer le PDASR. C'est pourquoi le réseau Réagir n'est pas très dynamique dans le département, mais le coordinateur Sécurité routière devrait être bientôt secondé dans sa tâche. Ses relations avec les pilotes du PRS sont très fréquentes, et Mme Broche peut faire des propositions dans le cadre du PDASR.

En revanche, même s'il a connaissance du PRS et de certaines actions qui y sont menées et bien qu'il ait assisté à la CRS relative aux accidents de la voie publique, il n'y accorde qu'un intérêt très relatif dans la mesure où il trouve les axes stratégiques très généraux et que cela ne lui ait pas d'une grande aide dans le cadre de son travail d'élaboration du PDASR. D'autant plus que, pour lui, la prévention des accidents routiers ne relève pas en priorité de la santé publique dans la mesure où il pense « à tort ou à raison » que le terme « santé publique » porte une connotation maladie et non pas une connotation « accident, brutalité d'un évènement ». Par contre, la phase post-accident relève de la santé publique dans la mesure où il s'agit de soins, de réparation des séquelles physiques et psychologiques.

#### D) Le département des Pyrénées orientales : des personnes impliquées

Au niveau de la DDASS, c'est une infirmière de santé publique qui est en charge de tous les dossiers PRS, mais sa collègue lui donne un coup de main en la déchargeant des avis sur les projets sécurité routière dans la mesure où elle avait été désignée par le DDASS pour le représenter aux réunions PDASR ; elle connaît ainsi la coordinatrice sécurité routière. Elle s'est également impliquée dans la mise en œuvre du Plan de Prévention du Risque Routier (PPRR) propre à chaque structure. Toutefois, la modicité des crédits alliée à des directives manquant de clarté est signalée comme problématique.

Cette implication de certaines personnes de la DDASS se retrouve aussi à la DDE, administration à laquelle appartient la coordinatrice SR, en charge du dossier depuis de nombreuses années. Le réseau IDSR géré au niveau de la DDE est plutôt dynamique, puisque la coordinatrice SR bénéficie du concours de deux collaborateurs.

La coordinatrice a participé à la CRS sur ce thème et dispose des informations grâce à Mme Raynal. Elle a été ravie de voir l'intérêt porté par la santé à la sécurité routière. En revanche, la démarche du PRS a froissé certaine susceptibilité dans la mesure où le PRS proposait des stages de formation pour la méthodologie à adopter en sécurité routière à des personnes qui menaient des actions SR depuis quinze ans. « Ce désintérêt pour les actions locales et la volonté de plaquer leurs logiques méthodologiques » furent perçus comme des critiques à l'encontre des acteurs SR, et cela a sans doute été à l'origine d'une

incompréhension. La santé a donc été perçue comme outrepassant ses domaines de compétence en prenant la place de l'interministérialité.

En outre, l'organisation régionale du PRS nuit à sa coordination avec l'organisation préfectorale. Cependant, son impact sur le développement du partenariat est reconnu. La nouvelle habitude de travail avec le comité départemental d'éducation pour la santé a permis un apport dans le domaine de l'évaluation des actions.

#### E) Le département de l'Hérault : un dynamisme lié au Plan Santé Jeunes

Le réseau IDSR est géré au niveau de la DDE par deux personnes. La coordinatrice SR travaille au sein de la préfecture et s'occupe des collèges techniques. Elle est sur ce poste depuis le début de l'année 2001 mais a une véritable culture sécurité routière puisqu'elle a occupé des fonctions similaires dans un autre département pendant douze ans.

Au niveau de la DDASS, depuis le départ du médecin inspecteur, c'est l'infirmière qui a investi le dossier. De toute façon, une certaine dynamique est enclenchée grâce au Plan Santé Jeunes qui est une priorité départementale dégagée par la DDASS. Ce plan santé jeunes se décline en plusieurs thématiques dont celle de la sécurité routière. Un partenariat actif est enclenché dans ce cadre-là avec le conseil général et la Fondation de France. Le comité de pilotage a sollicité Mme Broche en tant qu'expert et le coordinateur sécurité routière y est intégré.

Au sujet du PRS lui-même, la coordinatrice SR est arrivée après sa mise en place, mais elle a perçu d'autant plus positivement l'initiative santé qu'il n'y avait rien à côté pour mettre en cohérence des actions SR. Les financements du PDASR ne servaient quasiment qu'à la Prévention routière. Les objectifs larges, dépassant le cadre de la santé sont pertinents dans la logique interministérielle de la sécurité routière. Cela permet une bonne articulation avec le PDASR, si ce n'est un problème d'articulation des crédits ( décalage dans le calendrier pour le financement).

Elle a pu également mesurer l'impact partenarial du PRS dans la mesure où les partenaires santé sont plus nombreux que dans d'autres régions.

Son attente vis-à-vis du PRS est non pas la réduction de l'insécurité routière, mais la réduction de l'exposition au risque (alcool, drogue, fatigue), ce qui n'est pas quantifiable.

La DDASS éprouve des difficultés vis-à-vis de la modicité des crédits alloués, vis-à-vis de la circulation de l'information qui est difficile et nuit à la mobilisation, et enfin éprouve des difficultés pour joindre les pilotes du PRS qui sont peu disponibles.

## 2.2.2 En dépit de points forts, de nombreuses difficultés

A) Un vrai programme de santé qui gagne en puissance

Le PRS « Insécurité routière » a été élaboré en réponse à une priorité de santé reconnue \_ la surmortalité des jeunes liée aux accidents de la voie publique qui font chaque année dans la région 420 morts et 30000 recours aux urgences \_ et conformément à la démarche de Programmation Stratégique des Actions de Santé (PSAS) qui a amené rigueur sur la méthode.

Les axes dégagés du programme sont conformes à l'esprit des PRS et couvrent les cinq volets classiques de la démarche de santé globale :

- le système d'information : un système d'information médicalisée des urgences médicales est actuellement expérimenté. Sont en cours d'élaboration un tableau de bord, des outils de suivi et d'évaluation des actions, un annuaire des acteurs et un répertoire des outils et des actions.
- Dépistage : travail d'information auprès des professionnels de la santé et dans le milieu du travail sur les risques liés aux baisses de vigilance.
- Prévention : de nombreuses actions d'information sont menées en milieu scolaire et au niveau des discothèques. La qualité méthodologique des actions menées est renforcée.
- Soins et réadaptation : un dépliant d'information à remettre aux victimes ou à leurs familles a été élaboré et diffusé. Est mené également un travail de sensibilisation et de formation des professionnels appelés à faire des annonces douloureuses auprès des victimes ou de leurs familles. L'organisation des transports sanitaires d'urgence prend en compte cette problématique spécifique des accidentés de la route.
- Réinsertion : La prise en charge des traumatisés crâniens fait l'objet d'une étude en vue de l'élaboration d'un schéma régional auquel participe Mme Broche.

Le rappel de ces éléments doit asseoir la légitimité des acteurs de santé sur le thème de la sécurité routière.

Le fonctionnement du dispositif mis en place pour ce PRS a été renforcé avec la création en 2001 d'un poste à la DRASS dans le cadre de la promotion de la santé. Cette personne organisait jusqu'à présent les CRS et essaye d'impulser dans le cadre des PRS une dynamique de concertation, de coordination et d'articulation entre la DRASS et les DDASS comme celle qui peut exister dans le cadre du PRAPS. C'est en ce sens qu'ont été organisées des réunions en février et en avril pour un accord sur les projets à financer dans le cadre des PRS afin qu'il y ait cohérence entre les avis DDASS et DRASS vis-à-vis des partenaires extérieurs.

Le pilotage du PRS « insécurité routière » a été renforcé grâce à la mise en responsabilité par l'ARH du MISIP coordinateur, Mme Broche, sur les sujets directement en rapport avec la prise en charge des accidentés : Session régionale d'étude et de propositions sur les urgences, schéma des services mobiles d'urgence et de réanimation, schéma régional de la prise en charge des traumatisés crâniens.

La structuration, en 2000, en cours du PRS, du pôle d'animation de sécurité routière dont Mme Raynal est la coordinatrice a renforcé la capacité d'action du PRS en lui impulsant davantage de dynamique puisque le PRS est largement imbriqué dans ce pôle.

Le pilotage par des acteurs non basés au chef lieu de région assoit la crédibilité des responsables qui sont au plus près de l'action.

L'aspect financier du PRS a lui aussi gagné en puissance. En effet, l'augmentation et le rééquilibrage récents des crédits consacrés au PRS et au PRAPS a permis en 2002 d'engager des projets structurants en matière de sécurité routière. L'augmentation des crédits et des moyens est aussi le fait d'un financement commun URCAM/ DRASS. Les crédits FNPEIS de l'assurance maladie servent à financer les priorités régionales établies par les CRS et les thèmes nationaux définis par l'assurance maladie. En Languedoc-Roussillon, l'URCAM et la DRASS travaillent en coordination pour la mise en œuvre de la politique locale de santé publique. La procédure commune des demandes de financement assure une simplification des formalités pour les porteurs de projet.

D'autre part, des crédits supplémentaires de la DSCR représentant une augmentation de 10% voire de 20% pour certains départements seront débloqués en 2003. Cette augmentation des crédits est en lien direct avec l'élévation de la sécurité routière au rang de grande priorité nationale par le président de la république depuis septembre 2002. La médiatisation de ce chantier national est audible et visible tous les jours. La présence ostentatoire de la police et de la gendarmerie au bord des routes, l'augmentation des contrôles routiers sont les démonstrations les plus visibles de cette évolution. Cette plus grande sensibilisation et mobilisation des décideurs institutionnels ont des répercussions positives pour l'impulsion du PRS « insécurité routière ».

Cependant, de nombreuses difficultés freinent la dynamique du PRS.

#### B) Une faille originelle préjudiciable au développement du partenariat

Le fondement du PRS repose sur le travail du groupe de programmation. Or, la constitution de ce groupe, de 10 à 15 personnes en général, est stratégique. Les participants doivent appartenir à une institution ou une association particulièrement concernées par le problème, être personnellement motivés et capables de dégager le minimum de disponibilité nécessaire. Ce noyau dur est multi-institutionnel, multidisciplinaire et représente l'ensemble des départements de la région. Les participants sont issus de milieux divers, administratifs,

médicaux, associatifs, hospitaliers, de santé publique. Ils sont de formation différente et de culture parfois éloignée. Leur point commun est leur intérêt pour le thème retenu et la compétence qu'ils ont dans le domaine.

Le groupe de programmation joue un rôle essentiel dans l'impulsion d'un travail participatif avec les acteurs de terrain.

La composition du groupe de programmation sur les accidents de la circulation (dont la liste figure en annexe) a été déterminée lors d'une première réunion, le 25 mars 1998, après une allocution de M. le préfet de région en présence d'un représentant, Mme Raynal, du délégué national à la sécurité routière. Ce groupe comprenait 18 volontaires représentatifs des partenaires professionnels et institutionnels traditionnellement engagés dans la lutte contre les accidents de la circulation. Mais le volontariat a primé sur la représentativité du groupe puisque, d'une part, le département de la Lozère n'a pas été représenté, et, d'autre part, les forces de l'ordre étaient totalement absentes. Le désistement de certains acteurs, pourtant initialement intéressés s'explique par l'obligation d'assister à des séminaires sur la formation-action à la PSAS organisée par l'ENSP.

Or, se baser sur le volontariat permet, certes, d'avoir un comité de pilotage dynamique, qui marche, mais après, le projet risque de ne pas être reconnu de l'ensemble des acteurs qui auront à mettre en place les actions.

Cette difficulté originelle de réunir un groupe de programmation représentant toutes les énergies mobilisées dans la région sur ce problème a été préjudiciable sur l'implication future des acteurs locaux qui n'avaient pas pu être associés dès le départ à la construction du diagnostic, des objectifs communs et du programme d'actions. La difficulté à associer et à fédérer les partenaires autour de la définition d'objectifs communs est le second écueil de ce PRS.

#### C) Une adéquation difficile entre les objectifs du PRS et les politiques locales.

Dès la définition des axes stratégiques du PRS, s'est posée la question du champ à couvrir par le PRS. La volonté de n'oublier aucun aspect de la problématique de la sécurité routière l'a emporté sur la spécificité de l'approche santé publique. Cette tension entre une vocation interministérielle et un recentrage sur une approche santé s'opère aujourd'hui en faveur de la spécificité santé publique du problème comme on peut le constater à la lecture des priorités affichées du PRS en 2003 dans le cadre de l'appel d'offre. En effet, l'une des trois priorités inscrites est « le développement d'actions spécifiques au champ de la santé ».

Les quatre axes stratégiques du PRS validés en 2000 plus celui validé en 2001 témoignent de la volonté du groupe de programmation de dépasser les simples logiques de santé publique. Les objectifs sont les plus larges possibles pour répondre aux besoins de l'interministérialité.

Pour mémoire, un petit rappel des cinq axes stratégiques :

1 Fédérer les efforts des partenaires en facilitant la convergence sur des objectifs communs

2 Améliorer la qualité méthodologique, la cohérence et le suivi des actions de prévention

3 Améliorer l'organisation de la prise en charge des blessés graves, du lieu de l'accident jusqu'à la réinsertion.

4 Adapter les organisations, faire vivre les programmes et plans d'action et les évaluer.

5 Prendre en compte l'articulation et la coordination avec les autres politiques prioritaires régionales et nationales et leur déclinaison au niveau local.

Ce choix stratégique d'objectifs « non discriminants » présente des avantages et des inconvénients.

D'un côté, ces objectifs sont suffisamment larges pour s'intégrer et s'articuler avec les programmes relevant des autres administrations. Ils obligent également les porteurs de projets à préciser les actions qu'ils veulent mettre en œuvre puisque le « copier- coller » est exclu dans la présentation de leurs dossiers remis dans le cadre des appels d'offre. En effet, au moment de l'instruction des dossiers, la DRASS s'est aperçue que lorsque les objectifs sont très déclinés, les porteurs de projet ont tendance à reprendre le texte de l'appel d'offre, et qu'en conséquence, les renseignements sur le projet sont très limités. Des objectifs moins précis obligent les porteurs de projets à affiner leur réflexion. Au moment de l'instruction des dossiers, c'est la conformité des modalités d'action aux objectifs qui est vérifiée ainsi que le degré de précision de ces modalités.

D'un autre côté, ces objectifs à portée interministérielle sont consensuels, donc relativement neutres. C'est la raison pour laquelle, souvent, les personnes n'arrivent pas à les retenir et donc à se les approprier pour les faire vivre dans les dynamiques locales. Certaines personnes les trouvent inopérants car trop théoriques et pas suffisamment ancrés dans le concret.

La DDASS de la Lozère a évoqué sur ce point, les surprises que réservait la lecture des projets reçus du fait du manque de cadrage.

D'autres personnes, en revanche, considèrent que la « santé » outrepassse ses domaines de compétence et se positionne en interministériel, ce qui n'est pas son rôle.

Ce dernier point nous amène à évoquer les difficultés externes au PRS, à savoir les difficultés liées à la problématique « sécurité routière ».

#### D) Une thématique SR par essence complexe et interministérielle

Lutter contre l'insécurité routière nécessite des réponses multi-partenariales. Dans ce contexte, la légitimité de chacun à agir n'est pas absolue. Cependant la légitimité de la place de la santé dans le champ de la sécurité routière est particulièrement problématique. Or l'impression d'une moindre légitimité à agir suffit à dissuader certains acteurs pourtant

essentiels de s'investir dans des actions. C'est ainsi que le PRS souffre d'une faible adhésion de l'URCAM, de l'URML et de l'ARH. L'URCAM Languedoc-Roussillon s'implique moins dans ce PRS que dans les autres car elle considère que les accidents de la circulation ne sont pas en premier lieu un problème de la compétence de la santé, que cela est du ressort de la police, de la justice et de la responsabilité citoyenne avant d'être un problème de santé. L'URCAM préfère donc investir des champs où elle se sent plus à l'aise, où elle a une capacité directe à agir avec des résultats. C'est pour cela qu'elle a fait de la lutte contre le diabète une de ses actions phares d'autant plus que jusqu'à sa création (par les ordonnances de 1996), ce domaine n'était pas investi par les caisses d'assurance-maladie de la région. Ce fut un moyen parmi d'autres pour se faire reconnaître dans le paysage institutionnel. Le changement de directeur de l'URCAM en avril pourra peut-être amener un changement de politique.

Outre l'interministérialité, la thématique sécurité routière se caractérise par l'importance du bénévolat. Tous les IDSR sont bénévoles, avec toutes les difficultés que cela engendre en terme de moyens et de disponibilité des uns et des autres.

La multitude d'acteurs, de financeurs, la multitude des points de vue en fonction de la culture professionnelle (exemple de la vision infrastructure de l'équipement) ou en fonction de l'appartenance associative (exemple des visions opposées entre la Prévention Routière et la Ligue Contre la Violence Routière) rendent la problématique sécurité routière très complexe et difficilement lisible.

En outre, les actions de prévention cherchant à modifier le comportement des conducteurs sont difficilement évaluables.

E) Une difficulté à mesurer la contribution réelle du PRS à la politique de sécurité routière

La contribution du PRS à la réduction des accidents de la circulation, au même titre que la contribution de toutes les actions de prévention sont difficilement évaluables du fait de l'objet de la prévention, à savoir le comportement humain. En effet, les actions en direction des véhicules ou de l'infrastructure ne sont pas sujettes à débat, si ce n'est la conciliation des logiques économiques des lobbies des constructeurs par exemple, avec celles de sécurité routière. Ce champ plus technique n'est pas l'objet de controverse sur ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire, et la suppression des « points noirs » est directement évaluable. En revanche, l'impact sur le comportement du conducteur des actions d'information et de sensibilisation est incertain et non quantifiable, si ce n'est les chiffres sur les infractions relevées comme le non port de la ceinture ou les dépassements de vitesse. Or, 92% des

accidents mortels sont liés au comportement des usagers<sup>5</sup>. Parmi les facteurs des accidents mortels, l'infrastructure représente 46%, le véhicule 29%, la vitesse 42% et l'alcool 32%. Il y a donc beaucoup à faire sur l'évolution du comportement de l'utilisateur, mais cela requiert du temps. D'autre part, il est impossible d'attribuer l'évolution du comportement à telle ou telle mesure. Les actions menées interagissent et l'apport individuel de chacune d'elles est impossible à distinguer.

Cette difficulté d'évaluation rend le travail de prévention plutôt ingrat dans la mesure où les personnes ne voient pas les résultats concrets de leurs efforts. C'est l'une des raisons pour lesquelles la sécurité routière repose beaucoup sur des volontaires qui ont une sensibilité particulière pour ce sujet.

F) Une articulation du PRS, dispositif régional, avec l'organisation départementale de la sécurité routière perfectible

L'organisation locale de la sécurité routière est départementale et sous la responsabilité du préfet. L'échelon départemental est d'ailleurs confirmé par l'intégration de la sécurité routière, depuis le CISR du 18 décembre 2002, dans les objectifs de prévention de la délinquance et de lutte contre l'insécurité. La conférence départementale de sécurité évaluera les plans de contrôles routiers. Le conseil départemental de prévention élaborera le DGO et le PDASR. Ces points seront développés infra dans la troisième partie.

Le préfet est totalement autonome dans son département pour fixer la politique de sécurité routière. L'impulsion de cette politique dépend beaucoup des personnes et de leurs priorités. D'autre part, les préfets changent de poste en moyenne tous les deux à trois ans, ce qui empêche une vision à long terme du problème puisqu'ils n'ont pas le temps de s'approprier une certaine réflexion sur ce sujet.

L'organisation du PRS, comme l'indique son nom, est, elle, régionale. Certes, les déclinaisons sont départementales, mais les difficultés d'articulation DRASS/DDASS et l'absence d'appropriation des objectifs du PRS par les DDASS rendent très difficile l'articulation avec le dispositif départemental de sécurité routière.

Il faut souligner ici la faiblesse des moyens humains consacrés au PRS, ce qui obère son fonctionnement. En effet, les deux pilotes du PRS ne disposent chacune que d'un temps partiel (0.4 ETP) pour l'ensemble de leurs actions relatives à la SR, c'est-à-dire pôle d'animation régional, PRS, travail dans le cadre du schéma des transports sanitaires d'urgence, travail sur le schéma régional des traumatisés crâniens... De même, la personne

---

<sup>5</sup> Source : 5300 enquêtes Réagir 1992-1998



qui assure le secrétariat du PRS à la DRASS n'est théoriquement disponible qu'à 0.2 ETP. Enfin, le faible relais dans les DDASS s'explique par la surcharge de dossiers à gérer par les mêmes personnes.

Faire coïncider les deux logiques du PRS et de l'organisation départementale de la sécurité routière est d'autant plus difficile que les calendriers des financements du PDASR et du PRS sont décalés. Cela ne fait que rajouter à la complexité du dispositif pour les porteurs de projet.

Il convient également de souligner l'une des caractéristiques majeures de l'organisation de la sécurité routière, à savoir, son caractère subsidiaire. Aucun des acteurs en charge de la conduite et de la mise en œuvre sur le terrain de la politique de sécurité routière n'en est chargé à titre principal. Il s'agit quasiment toujours d'une mission supplémentaire pour laquelle ne sont dégagé dans la réalité que peu ou pas de temps, de moyens, de formation...

Les personnes concernées sont plus souvent désignées que volontaires, et l'activité qui en découle est rarement valorisée par leur institution d'origine mais plus souvent perçue comme « parasite » de l'activité principale. C'est ce qui explique les variations du dynamisme de la politique locale entre les différents départements, et dans le temps au sein d'un même département. Or le dynamisme local, qui résulte pour beaucoup de l'engagement personnel des individus et de leur capacité à se mobiliser dans la durée, est un facteur important de réussite du partenariat établi avec le PRS.

### **3 TROISIEME PARTIE : UNE MOBILISATION ET UNE COORDINATION A RENFORCER**

#### **3.1 Les perspectives du cadre légal**

##### **3.1.1 Les évolutions dans le domaine des politiques de santé**

###### A) Les limites du dispositif qui suscitent des évolutions

Les limites du dispositif tiennent à la complexité du système pour plusieurs raisons :

- La première est la multiplicité des acteurs. En effet, la santé est la résultante de nombreuses politiques à l'intérieur même des services de l'Etat : jeunesse et sport, éducation nationale ...

Les collectivités territoriales organisent également et financent des activités de prévention, les organismes d'assurance maladie, les mutuelles aussi. Par ailleurs, de nombreuses associations regroupant des initiatives privées investissent le domaine de la prévention.

D'autre part, ces différents intervenants disposent d'une grande autonomie pour établir leurs priorités et conduire leurs politiques qui sont formalisées dans des programmes : Programme Régional d'Assurance Maladie (PRAM), Programme Santé ville...

- Cette multiplicité des acteurs conduit à un partage des compétences. D'une part, les compétences sont éclatées entre les différents départements de l'Etat (santé au travail, santé scolaire, sécurité sanitaire), et, d'autre part, les compétences sont éclatées entre l'Etat et l'assurance maladie qui gère les enveloppes FNPEIS.

Le conseil régional n'a que peu de compétence dans le domaine sanitaire et social. Les compétences accordées aux conseils généraux et aux communes sont plus élargies avec la PMI, les fléaux sociaux, la lèpre, la vaccination pour les premiers, et les services communaux d'Hygiène et de sécurité pour les seconds.

Mais, le projet de réforme sur la décentralisation de M. Raffarin, l'actuel premier ministre, devrait apporter de substantielles modifications en matière de compétence notamment de santé publique. Les compétences transférées aux départements en matière de politique de vaccination, de lutte contre la tuberculose, les MST... devraient être recentralisées. En revanche, les régions auront désormais la responsabilité d'élaborer des programmes de santé publique spécifiques, en complément des efforts de l'Etat. Elles devront s'impliquer davantage dans la politique d'offre de soins et auront leur place au sein des ARH.

- Une articulation national / régional à définir

Il est difficile de concilier d'un côté des plans et programmes nationaux, et, de l'autre, un état de santé régional qui appelle ses propres priorités.

Se pose également la question de l'évaluation et notamment le choix de ses critères.

#### B) Les perspectives avec l'application de la loi du 4 mars 2002

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé comporte des avancées notables sur la démocratie sanitaire et la place de l'utilisateur, mais elle a aussi comme objectif d'impliquer fortement les collectivités territoriales et de simplifier le système.

Cette loi prévoit de renforcer la concertation des différents acteurs par la création d'un conseil régional de santé qui se substituerait aux conférences régionales de santé. Le conseil régional de santé a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques régionales de santé.

D'après l'article L 1411-3-1 du CSP, la formation plénière (du conseil régional de santé) comprend des représentants :

- Des collectivités territoriales
- Du conseil économique et social régional
- Des organismes d'assurance maladie
- Des professionnels du champ sanitaire et social
- Des institutions et établissements sanitaires et sociaux
- Des usagers
- Des personnalités qualifiées
- Du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale

Le président du conseil régional de santé est élu parmi ses membres.

Le représentant de l'Etat dans la région et le directeur de l'ARH assistent sans voix délibérative aux travaux de la formation plénière et des sections spécialisées.

La formation plénière :

- Analyse l'évolution des besoins de santé
- Propose des priorités de santé publique qui peuvent faire l'objet de PRS
- Etablit le bilan de l'application de la politique de santé par un rapport général annuel
- Evalue les conditions dans lesquelles sont respectés les droits des usagers. Cette évaluation fait l'objet d'un rapport spécifique.
- Peut organiser des débats publics

Le conseil régional de santé est subdivisé en cinq sections spécialisées dans les domaines respectifs suivants :

- Carte sanitaire, SROS, organisation sanitaire
- Zones déficitaires en offre de soins
- PRAPS
- PRS
- Programmes régionaux de statistiques et d'études

### C) Une nouvelle approche de la programmation en santé publique

Jean-François Mattéi, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a présenté un projet de loi en conseil des ministres le 21 mai 2003, sur la politique de santé publique. Ce projet « vise à doter le pays des structures et de la démarche nécessaires pour mettre en œuvre une politique ambitieuse de protection et de promotion de la santé » a précisé le ministre. L'objectif du projet de loi est de réduire le « déséquilibre entre les moyens alloués aux approches curatives et ceux accordés à la prévention ».

Il s'agit de diminuer la morbidité et la mortalité évitables et de limiter les situations de handicap ou d'incapacité en agissant sur les déterminants et les facteurs de risque liés à la survenue ou à l'aggravation des maladies, et en développant l'accès à des interventions précoces là où elles peuvent être efficaces.

Cette loi présente des évolutions par rapport aux dispositions actuelles car elle devrait permettre :

- De clarifier et simplifier les dispositifs
- Consolider la démarche de programmation
- Lier de façon explicite priorités et moyens
- Intégrer l'éducation sanitaire dans un ensemble de stratégies de prévention

Il revient à l'Etat de définir des objectifs pluriannuels, afin « d'identifier les secteurs où des gains sanitaires peuvent être obtenus ». Le texte proposé par le ministre organise une simplification des instances qui participent à la politique de la santé. Dans le même temps, « il fait du niveau régional l'unité d'intervention en santé publique ».

Pour concrétiser ces responsabilités, le projet prévoit de mettre de nouveaux outils d'intervention à la disposition des acteurs de la santé. Sont créés à cet effet des « groupements régionaux de santé publique », pour unifier les actions sur le terrain. Le gouvernement souhaite également instaurer des consultations périodiques de prévention et renforcer les systèmes d'information sanitaire.

Cinq plans nationaux de santé publique sont annoncés sur la période 2004-2008, pour atteindre la centaine d'objectifs concrets fixés par le projet.

- La lutte contre le cancer

- La lutte contre la violence, les comportements à risque et les pratiques addictives
- La santé et l'environnement
- La qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
- La prise en charge des maladies rares

D) Des interactions possibles avec les schémas régionaux d'éducation pour la santé

Le plan national d'éducation pour la santé présenté en conseil des ministres le 28 février 2001 a pour ambition que chaque citoyen ait accès à une éducation pour la santé de qualité. L'éducation appliquée à la santé a pour but que chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celles de la collectivité.

Ce plan national comprend un programme ambitieux de formation des professionnels concernés, le développement de la recherche, la mise en place d'un véritable service public d'éducation pour la santé et la valorisation de l'éducation thérapeutique.

Les schémas régionaux d'éducation pour la santé sont une déclinaison de ce plan national, ils ont pour but d'organiser, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé. Le schéma doit aider les compétences et les dynamiques locales à s'inscrire dans les politiques régionales de santé et leur donner les moyens politiques, institutionnels, organisationnels et financiers nécessaires au développement de leurs actions.

Les sources de financement PRAPS, PRS, Assurance maladie, crédits de prévention de l'ARH... pourront être mobilisées. Est-ce à dire que les actions du SREPS se substitueront aux actions d'éducation pour la santé des PRS ? ou bien se compléteront-elles ? Notamment en matière de financement ? Nous nous interrogeons donc sur les modalités d'articulation des PRS et des SREPS.

Quoi qu'il en soit, grâce à la mise en œuvre de ce plan national, les objectifs des programmes prioritaires de santé publique seront plus facilement atteints. On pourra en effet s'appuyer sur un réseau structuré de compétences en éducation pour la santé, propre à mettre en œuvre les actions de qualité et de proximité indispensables à la réussite de ces programmes.

### 3.1.2 Une légitimité de la santé à asseoir dans le domaine de l'insécurité routière

- A) Les dispositions prises lors du CISR du 18 décembre 2002 assoient la place de la santé dans la sécurité routière

Le comité interministériel de sécurité routière réuni sous la présidence du premier ministre, le 18 décembre 2002 a marqué le point de départ d'un programme pluriannuel de lutte contre l'insécurité routière et fixé les grandes orientations de l'action publique autour des thèmes suivants :

1. Accroître les contrôles et aggraver les sanctions pour changer les comportements et faire respecter la règle
  - Mettre en place un système de contrôle et de sanction automatisé
  - Améliorer la détection des infractions et renforcer les sanctions des comportements dangereux
  
2. Agir sur la formation et l'information pour faire émerger une culture sécurité routière et impliquer tous les acteurs
  - Assurer un meilleur encadrement des conducteurs.

La spécificité santé apparaît ici avec la disposition relative à l'évaluation médicale de l'aptitude à la conduite pour tous les conducteurs.

  - Prévenir le risque routier par la mobilisation des partenaires et le développement de nouvelles approches.

#### Deux dispositions ici rappellent le PRS :

- Traiter l'insécurité routière en problème de santé publique
- Accompagner les blessés par traumatisme crânien et les familles de victimes

Ces dispositions ont été motivées par le fait qu'en 2001, 31.2% des accidents mortels étaient des accidents où un des conducteurs avait un taux d'alcoolémie supérieur au taux maximal autorisé (0.5 gr/ l dans le sang).

Qui plus est, près de 1500 médicaments possèdent une mention de mise en garde en cas de conduite pour des effets pouvant modifier la vision, entraîner une perte de conscience ou autre effet néfaste sur la vigilance pouvant provoquer un accident de la route. De plus, l'usage détourné de certains médicaments ainsi que l'association avec l'alcool ou des drogues illicites sont résolument incompatibles avec la conduite.

La déclinaison de la sécurité routière en approche de santé publique consiste alors à :

- Former le corps médical au problème des effets des médicaments sur la conduite

- Détecter en milieu hospitalier la présence et le rôle de l'alcool, de la drogue et de médicaments dans l'accident
- Mieux informer les usagers sur les substances incompatibles avec la conduite

Afin d'atteindre ces trois objectifs, il est prévu :

- Une campagne de l'institut national de prévention et de l'éducation à la santé (INPES) sur les modifications du comportement et des réflexes lors de la prise d'alcool ou de drogue.
- Une action de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) pour une meilleure lisibilité des notices de médicaments avec une graduation par la couleur du pictogramme en fonction de la dangerosité en cas de conduite.
- Réalisation par l'INPES d'une brochure d'information sur les effets nocifs de médicaments en cas de conduite.

En ce qui concerne la disposition d'accompagnement des blessés par traumatisme crânien et les familles de victimes, elle se décline en deux objectifs qui rappellent ceux du PRS :

- Mieux organiser les transports, la prise en charge et la rééducation des blessés par traumatismes crâniens
- Mieux accueillir les familles des victimes de la route

Une autre disposition relative au développement des recherches et études pour la prévention des accidents vise à mieux connaître pour mieux agir et mieux cibler les actions de prévention auprès des usagers.

L'adoption de toutes ces mesures conforte le rôle et la place de la santé dans la lutte contre l'insécurité routière, et permet de mesurer le rôle « pionnier » de l'expérience du Languedoc-Roussillon à travers à la fois le PRS et l'animation « santé » du pôle régional de sécurité routière. D'autres dispositions du CISR du 18 décembre 2002 pourraient constituer une opportunité pour les DDASS de s'impliquer dans le dispositif local de sécurité routière.

#### B) Les dispositions du CISR du 18 décembre 2002 relatives aux nouveaux dispositifs de concertation

Les dispositions décidées en vue d'assurer la mobilisation et l'implication de l'ensemble des partenaires concernent l'intégration de la sécurité routière dans les objectifs de prévention de la délinquance et de lutte contre l'insécurité. Elle doit donc être traitée dans le cadre des nouveaux dispositifs territoriaux de sécurité et de coopération pour la prévention et la lutte

contre la délinquance mis en place par décret du ministère de l'intérieur du 17 juillet 2002. La sécurité routière sera désormais considérée comme un enjeu à part entière dans les conseils départementaux de prévention et les conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance. La conférence départementale suivra avec une attention particulière les plans départementaux de contrôle routier. Elle devra également arrêter les orientations d'actions de l'Etat du DGO pour les cinq ans à venir et leur programmation annuelle dans le cadre des PDASR.

Le conseil départemental de prévention, présidé par le Préfet et dont les vices- présidents sont le président du conseil général et le Procureur de la République devient l'instance d'élaboration du DGO et du PDASR et, d'évaluation des résultats. Les membres de ce conseil sont répartis en quatre collèges dont celui des services de l'Etat et du département, mais la DDASS n'est pas représentée.

Le conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance, présidé par le maire, sera notamment chargé de mettre en œuvre les programmes d'actions proposés dans le PDASR. La composition de départ de la conférence départementale de sécurité, placée sous l'autorité du Préfet et celle du Procureur de la République et, destinée à coordonner l'action des services de l'Etat, ne prévoit pas la présence du DDASS, mais il peut y être associé. C'est donc un enjeu fort pour les DDASS et une opportunité à saisir afin d'investir ces lieux de concertation et de définition des objectifs de sécurité routière.

### **3.2 Promouvoir le PRS par le renfort du partenariat et la diffusion de l'information**

Dès 1997, la DGS identifiait trois conditions indispensables à la réussite d'un PRS :

- une coordination forte des acteurs
- une implication réelle des décideurs
- une bonne communication

Presque six ans plus tard, et d'après les entretiens que j'ai pu avoir avec les personnes concernées, ce constat reste d'actualité. Certes, le PRS « Lutte contre l'insécurité routière » en Languedoc-Roussillon a atteint son objectif général de réduction de 20 % de l'excès de mortalité par accident de la route, et, a le mérite d'être pionnier\_ avec les régions Poitou-Charentes et Guadeloupe\_ dans l'implication institutionnelle forte des acteurs de santé dans la lutte contre ce fléau. Ce PRS a également le mérite d'avoir initié de nouvelles habitudes de travail et de collaboration, mais sa lente montée en charge s'explique par la non réunion des trois conditions. On peut parler de lenteur dans la concrétisation du PRS dans la mesure où les chartes d'engagement n'ont pas pu voir le jour, ni les projets de guide référent



Sécurité Routière, et dans la mesure où la réalisation d'actions phares telles que l'annuaire des acteurs et le catalogue d'outil a été différée.

Ainsi, mes propositions s'articuleront autour de la promotion de cette politique par le renforcement du partenariat et par la diffusion de l'information.

### **3.2.1 Le renforcement du partenariat, condition essentielle de la mobilisation**

A) Les pré-requis à la relation partenariale : lisibilité, crédibilité, confiance

Le partenariat apparaît d'abord comme la résultante de volontés individuelles de collaborer. La réussite du partenariat repose donc sur les avantages mutuels que procure à chacun le travail en collaboration. Lorsque l'initiative du partenariat provient d'un service déconcentré comme la DRASS, celle-ci doit solliciter ses partenaires tant institutionnels qu'associatifs. Si le milieu associatif est plutôt réceptif dans la mesure où il est souvent prestataire de service, en revanche, il n'en va pas de même pour les autres services déconcentrés. Le cloisonnement des administrations est encore profondément ancré, et les mentalités peuvent avoir des difficultés à s'ouvrir à une autre culture professionnelle. C'est pour cela que la DRASS, qui ici est en situation d'impulser, doit faire la preuve de l'intérêt de cette mutualisation de compétences. Chacune des institutions doit, pour sa propre logique institutionnelle, y avoir un gain en même temps qu'elle participe au gain de la collectivité. Cela suppose :

- Une lisibilité du projet
- Une crédibilité
- Une relation de confiance

Une meilleure lisibilité s'avère nécessaire afin que les partenaires potentiels appréhendent la démarche engagée depuis ce qui l'a motivée. Un positionnement clair, une vision stratégique de la structure permettrait une meilleure communication avec l'extérieur, d'où une légitimité accrue aux yeux des acteurs traditionnels de sécurité routière.

L'effort pédagogique doit être soutenu afin que chacun connaisse exactement les attributions des autres, leurs domaines de compétence, et leur contribution potentielle à la lutte contre l'insécurité routière.

La crédibilité est la condition sine qua non de la réussite du partenariat. En effet, mobiliser des gens autour d'un projet, c'est mobiliser de leur temps, de leurs moyens en personnel et éventuellement des moyens financiers. Les personnes ne peuvent accepter de s'investir que si un effort similaire est consenti de l'autre côté. En l'occurrence, la crédibilité de la DRASS doit reposer sur une crédibilité en terme de moyens financiers et humains. Or les crédits

mobilisables dans le cadre des PRS sont des crédits de subvention, non des crédits de fonctionnement ; ils ne permettent donc pas d'assurer la pérennité des actions. De ce fait, le PRS est le plus souvent cantonné à des actions ponctuelles et non des programmes structurés et échelonnés sur plusieurs années. D'autre part, les moyens humains sont limités. Ces insuffisances sont préjudiciables à l'action de l'Etat.

Un autre aspect incontournable du partenariat est la question de la relation de confiance. Cette dernière doit être étayée par un document formalisant les engagements de chacun des partenaires. Cela doit permettre de clarifier la délimitation des domaines de compétence, de formaliser les positionnements de chacun, et, enfin de respecter les engagements souscrits. Il serait peut-être intéressant également de formaliser les procédures de travail : aller-retour entre partenaires, temps de travail en commun, fréquence des échanges...

Par ailleurs, le fait de travailler conjointement à l'élaboration d'un programme ne suffit pas à réduire les forces centrifuges qui peuvent réapparaître lorsque les partenaires doivent s'engager concrètement. Dans ce cas, des conventions d'application qui préciseraient les conditions du pilotage des opérations seraient souhaitables.

#### B) Une dynamique partenariale perfectible

La dynamique partenariale est liée à l'implication des acteurs. Dans le cadre des PRS, trois axes sont à développer :

- L'articulation entre les services déconcentrés (DRASS/ DDASS)
- L'articulation entre les financeurs institutionnels et les porteurs de projet
- La promotion de cette politique auprès de l'URCAM, de l'ARH et des collectivités territoriales

L'articulation entre les services déconcentrés DRASS/ DDASS, malgré les efforts consentis, est encore perfectible. En effet, les personnes rencontrées en DDASS n'étaient pas au courant de la constitution de l'annuaire des acteurs alors qu'elles auraient pu contribuer au recensement des porteurs de projet.

En outre, la concertation sur les projets doit être approfondie. Les doléances concernant le manque de transparence des décisions prises in fine par la DRASS sur les actions éligibles au financement PRS (ligne budgétaire 47-11-20) ont été entendues. C'est pourquoi, des réunions d'information ont eu lieu pour expliquer les nouvelles orientations que souhaitaient privilégier les coordinatrices du PRS, et auxquelles devaient répondre les projets. Les DDASS ont aussi toujours la possibilité de solliciter les conseils des coordinatrices afin que les avis DRASS/ DDASS soient concordants. Par ailleurs, les projets sont soumis également aux CPAM et à l'URCAM, et dans le cas de l'insécurité routière, ils sont soumis pour avis

aux coordonnateurs départementaux sécurité routière. Enfin, cette année, la hiérarchisation des projets par la DRASS s'est faite avec la participation des DDASS.

Toutefois, certaines DDASS préféreraient que soit appliquée une logique descendante, c'est-à-dire un accord préalable entre l'URCAM et la DRASS qui fixerait ensuite des consignes précises à appliquer avec un montant assigné de crédits par département. Cette solution est difficilement applicable dans la mesure où certains projets peuvent concerner plusieurs départements, ils sont dits régionaux, et dans la mesure où l'on privilégie la pertinence des projets à la péréquation géographique (certains départements sont plus riches d'initiatives pertinentes que d'autres).

L'amélioration de l'articulation entre les financeurs institutionnels et les porteurs de projets ne peut à mon sens résulter que des principes cités supra.

Je rajouterais, au sujet des porteurs de projets qu'il conviendrait de les considérer davantage comme des interlocuteurs, et non seulement comme des prestataires. En ce sens, il serait souhaitable de les associer davantage ne serait-ce que par un meilleur retour d'information. En effet, certaines associations sont sollicitées pour donner leur avis ou émettre des propositions, mais en général, elles ne sont pas tenues informées du devenir des dites-propositions.

Promouvoir cette politique auprès de l'URCAM, de l'ARH et des collectivités territoriales est indispensable. Nous avons vu que l'implication de ces décideurs est encore trop faible. Leur mobilisation apporterait des moyens supplémentaires et une mobilisation accrue des médecins libéraux et des établissements de santé. Un moyen de mobilisation pourrait consister à les rendre systématiquement destinataires des courriers relatifs au PRS, et notamment ceux qui concernent des réunions officielles en préfecture.

Enfin, certaines remarques et questions<sup>6</sup> peuvent être posées pour servir de base à des réflexions pratiques sur le partenariat :

« Le partenariat est une symbolique noble : être ensemble, être égaux. Mais le partenariat, c'est aussi des questions triviales qui sont parfois difficiles à poser, parfois un peu tabou. Le partenariat c'est : qui décide, qui signe, qui paye et selon la manière dont on répond à ces différentes questions on a les conditions de mobilisation, de durée, d'efficacité. »

---

<sup>6</sup> Propos du Dr. Jean-Luc VERET, directeur du CODES, groupe de pilotage PSAS de Basse Normandie. Réunion DGS 07 mars 1997.

« Qu'est-ce qui donne légitimité dans le partenariat ? L'apport financier, la fonction institutionnelle, le fait de connaître le sujet, la compétence sur le sujet (...), le fait d'être sur le terrain, de connaître la population, d'avoir des relations avec elle (...), peut être encore le fait de vivre le problème au quotidien et d'être concerné dans sa vie personnelle et peut être donc d'être usager ? »

« Enfin, concrètement on ne peut pas parler de partenariat dans l'absolu, il faut le qualifier : on peut faire du partenariat financier, technique, d'action, et en l'occurrence, la mobilisation c'est plutôt du partenariat d'action »

### **3.2.2 La diffusion de l'information ou comment mobiliser durablement les partenaires autour d'un PRS**

#### **A) La disponibilité des coordonnateurs, préalable indispensable**

La durée est un élément caractéristique des PRS, il s'agit de programmer des actions dans un ensemble cohérent sur un horizon de cinq ans. La dynamique de groupe ne doit pas s'essouffler, le projet doit avoir une permanence, c'est-à-dire un ou deux coordonnateurs et des moyens. La multiplicité des acteurs et l'immensité du sujet rendent quasi improbable la mobilisation des acteurs sur la durée. La motivation de tous est difficile à maintenir. Il faut donc prévoir sans cesse un travail de remobilisation des acteurs. Or ce travail de mobilisation périodique et récurrente nécessite la disponibilité des coordonnateurs. Ces derniers doivent sans cesse tenir informés les uns et les autres de l'état d'avancement des actions, des premiers résultats et des éventuelles évaluations. « Cette disponibilité est indispensable à la constance de l'effort. ». Ce point a été souligné, lors d'une réunion de coordonnateurs de PRS en novembre 2002 à la DGS, comme une condition de réussite des actions.

#### **B) Culture commune et valorisation des initiatives**

La circulation de l'information participe également à la constitution d'une culture commune, et elle permet l'appropriation du dispositif par l'ensemble des acteurs. De la prise de conscience des acteurs locaux que la prise en charge collective du problème et son amélioration dépend d'abord d'eux sur le terrain, et de leur capacité à se coordonner, dépendra la pérennisation du dispositif. L'information permet l'instauration de relations de confiance et de sentiments de responsabilité partagée, pour que l'ensemble des acteurs adhèrent aux propositions et activités diverses menées en commun.

La circulation de l'information permet la valorisation des initiatives. La communication ne doit pas se cantonner aux « grands messes » des conférences régionales de santé ou des

manifestations ponctuelles, elle doit être plus régulière. Ainsi, en Poitou-Charentes, l'URCAM qui est chef de projet du PRS « Accidents de la voie publique » en fait une large promotion par le biais de son site Internet que tout un chacun peut consulter, et pas seulement les professionnels concernés.

La reconnaissance de la valeur du travail des acteurs entraîne une motivation plus grande à s'engager dans une démarche de coordination et de santé publique. A cet effet, la communication procède d'une logique d'ensemble où chacun est respecté, valorisé, reconnu dans son rôle et ses initiatives autour de l'idée centrale de mise en cohérence.

En outre, la communication peut modifier le regard de la hiérarchie sur le travail mené, du moins, l'en informer, et si possible la faire adhérer au projet pour soutenir l'implication des professionnels de terrain.

### C) Se donner les moyens de communiquer

Pour appuyer la communication, il est nécessaire de se doter d'outils et de statistiques fiables afin de pouvoir évaluer les résultats, démontrer si besoin était, la légitimité de l'action et permettre une crédibilité vis-à-vis des partenaires. Il faut donc développer les systèmes d'information afin de repérer l'ensemble des blessés, de mesurer les conséquences et de suivre l'évolution de ces paramètres sur des données consolidées. En effet, un décalage suivant un rapport de 1 à 4 existe entre les statistiques des accidents corporels répertoriés par la police et gendarmerie et les statistiques de blessés par accident de la route qui sont répertoriés au niveau des urgences.

Enfin, la circulation de l'information peut dépasser le cadre régional et se faire au niveau national pour une mutualisation des expériences. Mais cette initiative dépasse le seul cadre local et nécessite une impulsion par le niveau national. La mise en commun des expériences régionales afin de bâtir une stratégie cohérente fait partie des attentes exprimées lors de la réunion à la DGS des coordinateurs de PRS en novembre 2002.

# CONCLUSION

Les programmes régionaux de santé, modalités de régionalisation des politiques de santé, reposent sur un partenariat effectif entre les acteurs régionaux et infra-régionaux. Ce travail en partenariat représente un changement récent dans le mode de fonctionnement des institutions françaises. Aussi, présenter un bilan moins éclatant que les espoirs suscités est quasiment de l'ordre de l'inévitable. En effet, un temps d'adaptation est nécessaire afin d'apprendre à s'ouvrir à la culture professionnelle des partenaires, à connaître leurs logiques d'action, les enjeux éventuels de pouvoir et les intérêts de chacun.

Un partenariat productif demande une cohérence d'autant plus difficile à réaliser que les partenaires sont multiples avec des niveaux de formation et de professionnalisme divers, et qu'ils occupent une position inégale dans la concertation.

Le PRS « lutte contre l'insécurité routière », en dépit de la pertinence des réflexions, de la richesse des idées et de la profusion des solutions préconisées, s'est heurté à de nombreuses difficultés de mise en œuvre liées aux contingences du partenariat. La phase écoulée entre la définition du programme d'action et sa mise en œuvre témoigne des freins à l'action du fait d'un manque d'implication de certains partenaires. Les délais dans la mise en œuvre ont par la suite démobilisé d'autres partenaires enthousiastes au lancement de l'initiative. Cette situation a conduit les coordonnatrices à privilégier la mobilisation et la sensibilisation au détriment peut-être d'une démarche plus pédagogique et plus protocolaire, ce qui a pu concourir à des tensions et des freins supplémentaires. Car avant que le partenariat ne se formalise entre les institutions, le partenariat compose d'abord avec des personnalités.

Le travail sur ce sujet de mémoire m'a permis d'appréhender un concept omniprésent dans le métier d'inspecteur, à savoir le partenariat. J'ai pu également apprécier toute la mesure de la conduite de projet.

La réussite ou l'échec de tel projet tient non seulement à sa préparation attentive, mais aussi à la volonté des acteurs de s'engager ou non dans cette voie.

Le PRS « insécurité routière » a démontré que le partenariat n'est jamais acquis, il se construit et s'entretient. Il nécessite d'infinies précautions méthodologiques et pédagogiques, notamment dans le champ particulier de la sécurité routière où les pilotes ont du faire accepter l'insertion de la santé dans les moyens de lutte contre l'insécurité routière, puisqu'à cette époque, le PRS était précurseur en l'absence d'impulsion nationale. La légitimité de la

santé, bien que portée par la démarche PRS garante d'une forte légitimité, n'a pas été reconnue d'emblée par tous les partenaires.

D'autre part, la pertinence des idées, de ce qu'il conviendrait de faire ou de ne pas faire, ne suffit pas pour faire adhérer les partenaires au projet. La conduite de projet nécessite des moyens financiers et humains afin de remobiliser périodiquement les partenaires, d'assurer la communication, d'évaluer et de valoriser le travail fait.

Aujourd'hui la forte médiatisation des accidents de la voie publique, du fait de leur statut de priorité nationale, vient faciliter la démarche du PRS. Ainsi, dans plusieurs départements, la préfecture fait d'importants efforts de communication sur la politique interministérielle de sécurité routière, ce qui a pour effet de relayer, d'amplifier et d'ancrer la communication nationale dans le contexte local. Les résultats encourageants de diminution des accidents de la route enregistrés ces derniers mois devraient donc se poursuivre.

Les dispositions préconisées par le CISR du 18 décembre 2002 sont déjà mises en application et ont fait l'objet d'un suivi lors du dernier CISR du 31 mars 2003. Désormais, la dimension santé publique est largement prise en compte, et devrait être renforcée avec le projet de loi de programmation quinquennale qui prévoit entre autre un plan de lutte contre la violence, les comportements à risque et les pratiques addictives, dans lequel la violence routière occupe une place évidente.

La mise en œuvre de ces nouvelles dispositions nationales sera facilitée en Languedoc-Roussillon, grâce au travail de collaboration initié par le PRS dont personne ne dément le mérite d'avoir posé les bases du partenariat entre les acteurs de la santé et ceux, plus traditionnels, de la sécurité routière. « Si chacun fait un peu, c'est la vie qui gagne ... ».

---

# Bibliographie

---

## TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Articles L 767 du Code de la Santé Publique
- Articles L 1411-3 et suivants du CSP issus de l'article 35 de la loi 2002-303 du 4 Mars 2002
- Loi n° 99-505 du 18 juin 1999 portant diverses mesures relatives à la sécurité routière
- Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins
- Décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé
- Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès et de prévention aux soins
- Décret n° 2001-751 du 27 août 2001 relatif à la recherche de stupéfiants pratiquée sur les conducteurs impliqués dans un accident mortel de la circulation
- Décret n° 2002-999 du 17 juillet 2002 relatif aux dispositifs territoriaux de sécurité et de coopération pour la prévention et la lutte contre la délinquance
- Arrêté du 5 septembre 2001 fixant les modalités du dépistage des stupéfiants et des analyses et examens prévus par le décret du 27 août 2001
- Circulaire du 27 janvier 1997 relative aux missions des directions régionales et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales
- Circulaire DGS/SP1 n° 97-731 du 20 novembre 1997 relative aux conférences et aux programmes régionaux de santé
- Circulaire DGS n° 99-110 du 23 février 1999 relative aux PRAPS
- Circulaire du 7 mars 2000 relative à la mise en œuvre des plans de prévention du risque routier dans les services de l'Etat
- Circulaire DGS n° 2000-372 du 5 juillet 2000 relative aux conférences régionales de santé
- Circulaire DGS n° 2001-415 du 23 août 2001 relative aux conférences régionales de santé 2001/2002
- Circulaire n° 2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des SREPS.
- Circulaire n° 2001-81 du 28 novembre 2001 relative à la mise en œuvre de la politique locale de sécurité routière



- Circulaire DGS n° 2002/517 du 8 octobre 2002 relative aux consultations régionales pour l'élaboration de la loi de programmation quinquennale en santé publique.
- Circulaire interministérielle du 30 janvier 2003 relative à la mise en œuvre de la politique locale de sécurité routière

## **OUVRAGES**

COLLARD J., LACAN JF., *Le scandale de l'insécurité routière : A qui profite le crime ?* Paris : Albin Michel, 2001. 241 p.

COLLIN JF., *L'élaboration des priorités de santé en France, (1995 – 2000) : un processus d'amélioration de la démocratie sanitaire.*

FLEURY D., *Sécurité et urbanisme. La prise en compte de la sécurité routière dans l'aménagement urbain.* Paris : Presses de l'école nationale des Ponts et Chaussées, 1998. 299 p.

BARJONET PE., LAGARDE D., SERVEILLE J., *Sécurité routière.* Presses de l'école nationale des Ponts et Chaussées, 1992. 174 p.

POTTIER A., LAYA O., *Facteurs de dégradation de la vigilance et insécurité dans les transports. Actes de la journée spécialisée du 27 octobre 2000.* Les collections de l'INRETS, 2001. 117 p.

LAGIER G. / *Livre blanc : Sécurité routière, drogues licites ou illicites et médicaments.* Paris : La Documentation Française, 1996. Collection des rapports officiels. 249 p.

JANVRIN MP., BAUDIER F. / OMS. *Prévention des traumatismes et des accidents. Approche des pays francophones.* éd. CFES, 1996. 231 p.

OBSERVATOIRE NATIONAL INTERMINISTERIEL DE SECURITE ROUTIERE. *Grands Thèmes de la sécurité routière en 1995.* Paris : La Documentation Française, 1996. 231 p.

OBSERVATOIRE NATIONAL INTERMINISTERIEL DE SECURITE ROUTIERE *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2001.* Paris : La Documentation Française, 2002. 190 p.

## **ARTICLES DE REVUES ET PERIODIQUES**

« Les politiques sociales territoriales ». *Questions de sécurité sociale*, Novembre 2002, n° 584, pp. 10-13.

ABALLEA P. « Les agences, les priorités et les programmes de santé ». *Actualité et dossier en santé publique*, Décembre 2001, n° 37, pp. 41-44.

DAMON J. « La dictature du partenariat : vers de nouveaux modes de management public ? » *Futuribles*, Mars 2002, n° 273, pp. 27-41.

GAYRARD P. « dossier : Accidents de la route : des handicaps et des décès évitables. » *Actualité et dossier en santé publique*, Décembre 2002, n°41, pp 15-66.

GARROS B. « Démocratie sanitaire et priorités en santé publique : aujourd'hui plus qu'hier et moins que demain ! quelques réflexions ». *Revue française des affaires sociales*, Avril 2000, n° 2, pp. 89-95.

LACOMBE K. « Les projets régionaux de santé, de la théorie à la pratique » *Actualité et dossier en santé publique*, Décembre 1995, n°13, pp.19-21.

NICOLAS C. « Les programmes régionaux de santé » *Actualité et dossier en santé publique*, Mars 2000, n°30, pp.78-81.

PALICOT JC. « Projets régionaux de santé ». *Echanges santé social*, Octobre 1996, n°83.

PIQUET O., CHET C. « Des indicateurs pour les accidents de la route ». *Actualité et dossier en santé publique*, Septembre 2000, n°32, pp. 67-69.

## **MEMOIRES ET RAPPORTS**

*Quelle prévention des accidents de la route en France ?* Module Interprofessionnel de santé publique : Rennes, ENSP, 2000.

*Planification, Régulation, Aide à la décision. Atelier Programme régional de santé. Rapport planification IASS* : Rennes, ENSP, 2003.

JUNG-TURCK E. *La sécurité routière : une priorité de santé publique ? Place et rôle des acteurs de santé dans la lutte contre les accidents de la circulation.* Mémoire IASS : Rennes, ENSP, 2002.

MARQUESTAUT O. *Partenariat et régionalisation des politiques de santé. Une approche à partir de la coordination des PRS des Pays de la Loire.* Mémoire MISP : Rennes, ENSP, 2001.

MESLET B. *Place du département dans la mise en œuvre des politiques de santé.* Mémoire MISP : Rennes, ENSP, 2001.

VIGUIER M. *Mise en place d'un dispositif d'évaluation des programmes régionaux de santé en Nord- Pas –de Calais.* Mémoire MISP, Rennes, ENSP, 2002.

## **DOCUMENTS DIVERS**

DRASS Languedoc-roussillon. *Actes de la conférence régionale de santé.* Mai 1998, Montpellier.

DRASS Languedoc-roussillon. *Actes de la conférence régionale de santé.* Janvier 2000, Montpellier.

DRASS Languedoc-roussillon. *Actes de la conférence régionale de santé*. Janvier 2001, Montpellier.

DRASS Languedoc-roussillon. *Actes de la conférence régionale de santé*. Février 2002, Montpellier.

DRASS Nord-Pas de Calais. *Programme régional de santé « maladies cardiovasculaires »*. Conférence régionale de santé, Décembre 1999.

Direction générale de la santé. *Réunion des coordonnateurs de programmes régionaux de santé*. Paris, compte-rendu de la réunion du 21 novembre 2002.

Direction générale de la santé, Bureau promotion et prospective en santé. *Les programmes régionaux de santé. Comment mobiliser efficacement et durablement les acteurs de santé et la population autour d'un PRS. Points de vue de témoins*. Compte-rendu de la réunion du 7 Mars 1997.

Direction générale de la santé, Bureau promotion et prospective en santé. *Les PRS du Concept à l'élaboration*. Saint Maurice, le 27 Octobre 1997.

#### **Sites INTERNET**

[www.premier-ministre.gouv.fr](http://www.premier-ministre.gouv.fr)

[www.securite-routiere.org.fr](http://www.securite-routiere.org.fr)

[www.urcam-poitou-charentes.fr/prevention](http://www.urcam-poitou-charentes.fr/prevention)

[www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr](http://www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr)

[www.preventionroutiere.fr](http://www.preventionroutiere.fr)

[www.inrets.fr](http://www.inrets.fr)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Liste des personnes interrogées**

**Annexe 2 : Grille d'entretien**

**Annexe 3 : Groupe de programmation stratégique « Accidents de la circulation »**

**Annexe 4 : Grille d'analyse du dossier unique**

## **Annexe 1 : Liste des personnes interrogées**

- Mme ALBERT, infirmière de santé publique, DDASS des Pyrénées Orientales
- Mme Carole ALLARD, chargée de projet prévention routière, service communication technique et prévention santé à la CRAM LR
- Mme Odile ARNAUD, médecin généraliste, présidente de la section Hérault de la Ligue contre la Violence Routière
- Mme Katia BARRES, coordinatrice SR, préfecture de l'Aude
- Mme Béatrice BROCHE, coordinatrice du PRS, médecin inspecteur de santé publique, DDASS du Gard
- Mme Virginie DANTAR, chargée de mission URCAM LR
- Mme Florence DELMAS, infirmière de santé publique, DDASS de l'Hérault
- M. Guy DUMOULIN, chargé de mission sécurité routière, département prévention tarification des risques professionnels, CRAM LR
- Mme Anna FIOL PARA, responsable CDES et Réagir, DDE de l'Hérault
- Mme Rose-Marie GEHIN, infirmière de santé publique, DDASS de l'Aude
- M. Philippe LERMINE, responsable CDES et Réagir, DDE de l'Hérault
- Mme Nicole MAURIN, adjointe à la coordinatrice SR, préfecture de Lozère
- Mme Laure NOGUERA, Ligue contre la violence routière, section de l'Hérault.
- M. Claude PERNOT, coordinateur sécurité routière, DDE du Gard
- Dr. Marie-Josée RAYNAL, praticien hospitalier au C.H. de Perpignan, chargée de mission SR, animatrice du pôle d'animation régional SR, coordinatrice du PRS
- Mme Chantal RIEUSSET, coordinateur SR, préfecture Hérault
- M. Jean-Pierre SERRA, adjoint à la coordinatrice SR, DDE des Pyrénées Orientales
- Mme Michèle SOUNILLAC, Observatoire régional sécurité routière, DRE LR
- Mme Françoise VERNEAU, coordinatrice SR, chargée de l'ingénierie, de l'entretien routier et de la sécurité, DDE des Pyrénées Orientales
- Mme Carmen VEYSSIERE, conseillère technique en travail social, suivi PRS et PRAPS, DDASS Lozère

## **Annexe 2 : Grille d'entretien**

- Pensez-vous que la lutte contre l'insécurité routière soit une priorité de santé publique et qu'elle soit reconnue comme telle par l'ensemble des décideurs et des acteurs de terrain ?
- Quelles actions menez-vous dans le cadre de votre structure ?
- Quelle est l'incidence du PRS « Lutte contre l'insécurité routière » sur vos actions ? Est-ce un facilitateur ? Vos pratiques ont-elles été modifiées ?
- Quel est votre niveau d'information par rapport à ce PRS ?
- Quels contacts entretenez-vous avec les pilotes du PRS ou le secrétariat de la DRASS ? (périodicité des échanges) Est-ce dans le cadre du PRS, du pôle d'animation régional sécurité routière ?
- Avez-vous des échanges plus fréquents à ce sujet avec la DDASS ou la DRASS ?
- Globalement, avez-vous davantage de contacts, d'échanges avec les autres acteurs oeuvrant dans la lutte contre l'insécurité routière ?
- Pensez-vous que ce PRS a fait avancer les choses ? Y a-t-il d'après vous, davantage de mobilisation et de coordination des pouvoirs publics ? En quoi ce PRS a-t-il amélioré la cohésion des actions ? l'harmonisation des financements ?
- Avez-vous la possibilité d'émettre des propositions ? Sont-elles prises en compte ?
- Quel retour d'information avez-vous ?
- Y-a-t-il un suivi des actions ? Une évaluation est-elle prévue ? Par qui ? selon quels critères ?
- Qui a surtout bénéficié du programme, en termes de catégories de population et de zones géographiques ?
- Quels sont les objectifs qui n'ont pas fait l'objet d'une mise en œuvre ? Pour quelle raison ? Que deviennent-ils ?
- Quels seraient d'après-vous, les axes à travailler pour améliorer la situation ?
- Quelles sont les difficultés auxquelles vous vous heurtez dans votre travail ?
- Phase prospective : Pensez-vous que la mobilisation sera plus effective avec les mesures prises dans le cadre du quinquennat du président de la république qui élève au rang de priorité nationale la lutte contre la violence routière ?

## GROUPE DE PROGRAMMATION STRATEGIQUE « ACCIDENTS DE LA CIRCULATION »

Mme	ALBRECHT Marie Joséphe	Assistance sociale régionale	URSSM	BP 239	30318 ALES CEDEX	T 04.66.54.23.70 F 04.66.30.1636
M.	BAUDRY Jean Luc	Chargé de mission sécurité routière	CETE Hérault	233 rue G. Marconi	34000 MONTPELLIER	T 04.67.20.90.47 F 04.67.65.98.3-1
Mme	BERTHIER Martine	Médecin conseil- COTOREP	MSA de l'Aude	11 rue de Lorraine	11000 CARCASSONNE	T 04.68.11.77.01 F 04.68.11.76.94
Dr	BROCHE Béatrice	Médecin de santé publique	DDASSGARD- DRASS	6 bis rue du Mail	30906 NIMES	T 04.66.76.80.19 F 04.66.76.09.10
M.	BURTÉ Patrick	Responsable de la gestion de la route	D.D.E. HERAULT	520 Allée Henri II de Montmorency	34064 MONTPELLIER CX2	T 04.67.20.50.77 F 04.67.15.68.00
Mme	CABRERA Sylvie	Principal Adjoint	COLLEGE LES 2 PINS	BP 309	34113 FRONTIGNAN	T 04.67.18.69.50 F 04.67.48.21.56
M.	CHALIAS Robert	Ingénieur Conseil Principal	CRAM Service Prévention des A.T.	29 Cours Gambetta	34068 MONTPELLIER CX2	T 04.67.69.69.42 F 04.67.69.68.31
Pr.	DELA COUSSAYE	Chef de service SAMU centre 15	CHU NIMES	5 rue Hoche	30000 NIMES	T 04.66.68.30.50 F 04.66.68.36.24
Dr.	ENJALBERT Michel	Médecin chef sapeurs pompiers	Centre Dr Bouffard Vercelli	CAP Peyrefitte	66290 CERBERE	T 04.68.88.75.00 F 04.68.88.75.00
Dr	FABBRO PERAY Pascale	P.H.	CHU NÎMES DIM	5 rue Hoche	30006 NIMES	T 04.66.68.34.03 F 04.66.68.34.33
M.	MAILLY Jean Pierre	Directeur	CRIP	435 Chemin du mas de Rochet	34172 CASTELNAU LE LEZ CX	T 04.67.33.18.00 F 04.67.33.18.30
M.	MOUNIE Jean	Ligue contre la violence routière			11150 VILLEPINTE	T 04.68.94.25.24 F 04.68.94.25.24
M.	POZZO DI BORGO Jean Claude	Directeur	CH SETE	Bd Camille Blanc	34207 SETE CX	T 04.67.46.57.57 F 04.67.46.57.99
M.	PROST Daniel	Médecin chef sapeurs Pompiers	DDSYS	Parc de Bel Air	34570 VAILHAUQUES	T 0-4.67.10.34.80 F 04.67.10.35.18
Dr	RAYNAL Marie Josée	Médecin Anesthésiste réanimateur/chargée de sécurité routière	CH DE PERPIGNAN	20 Avenue du Languedoc	66000 PERPIGNAN	T 04.68.61.62.10 F 04.68.63.92.71
Mme	ROCHÉ Eliane	Responsable service Education pour la santé	CPAM DU GARD	14 rue du Cirque Romain	30921 NIMES CEDEX 2	T 04.66.76.65.45 F 04.66.36.23.30
Mme	SOUNILLAC Michèle	Responsable	DRE Observatoire de la sécurité routière	520 Allée Henri II de Montmorency	34000 MONTPELLIER	T 04.67.20.52.34 F 04.67.15.68.00
Dr	TERRAL Claude	Représentant CME	CHU DE MONTPELLIER	Hôpital Arnaud de Villeneuve 371 Av. du Doyen	34295 MONTPELLIER Cx 5	T 04.67.33.59.39 F 04.67.33.59.39

## **Annexe 4 : GRILLE D'ANALYSE DU DOSSIER UNIQUE**

PROJET:

CPAM / DDASS:

CRITERE	OUI	NON	OBSERVATION
<ul style="list-style-type: none"><li>• Porteur du projet identifié</li><li>• Pilotage du projet</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Conformité aux objectifs des programmes (nationaux ou régionaux)</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Opportunité du projet au regard des <b>orientations</b> 2003 (cible, type d'intervention)</li><li>• Public visé</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• qualité de la <b>méthodologie</b></li><li>• Clarté des objectifs</li><li>• modalités pratiques</li><li>• partenariat</li><li>• calendrier</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Evaluation</b></li><li>• Méthode</li><li>• Indicateurs</li><li>• calendrier</li></ul>			
<ul style="list-style-type: none"><li>• Budget 2003</li><li>• Cofinancement</li><li>• Nature des prestations financées</li><li>• cohérence</li><li>• Efficience</li><li>• rapport coût / bénéfice</li></ul>			

### **AVIS GENERAL ET COMMENTAIRE**

Très favorable

Favorable

Réservé

Défavorable