



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE  
**RENNES**

---

**Médecin Inspecteur de Santé Publique**

*Promotion - 2003*

---

**Quelle articulation entre les programmes  
départementaux Addictions existants,  
et la mutation d'un Programme Régional de  
Santé Alcool  
en Champagne-Ardenne**

---

**Luc CHOUCHKAIEFF**

---

# Sommaire

---

<i>Introduction</i> .....	1
<i>1 - Rappel chronologique, réglementaire et socio politique</i> .....	3
<b>1.1 le PRS : de la planification au partenariat</b> .....	<b>3</b>
1.1.1 La planification et la redéfinition de la santé publique .....	3
1.1.1.1 Objectifs de la planification .....	3
1.1.1.2 La planification au niveau national.....	7
1.1.1.3 Le niveau régional de la planification .....	8
1.1.2 Les PRS.....	10
1.1.2.1 Bases réglementaires .....	10
1.1.2.2 Le PRS en pratique .....	11
<b>1.2 la problématique addiction</b> .....	<b>13</b>
1.2.1 Contexte réglementaire et montée en charge de la MILDT.....	13
1.2.2 Les orientations de la MILDT : .....	14
<b>1.3 L'Articulation des dispositifs PRS et MILDT</b> .....	<b>17</b>
1.3.1 Les PRS dans le paysage sanitaire, social et administratif.....	17
1.3.1.1 : Les différents niveaux d'articulation : .....	17
1.3.1.2 : Les différents partenaires .....	18
1.3.2 Les conséquences de l'approche addiction .....	21
1.3.3 Les possibilités d'articulations PRS / MILDT .....	23
<i>2 - La methodologie</i> .....	26
<b>2.1 les addictions en chiffres</b> .....	<b>26</b>
2.1.1 : Les indicateurs .....	26
2.1.2 Le niveau national : .....	27
2.1.2.1 Le tabac : .....	28
2.1.2.2 L'alcool : .....	29
2.1.2.3 Les drogues illicites .....	29
2.1.3 Les chiffres en Champagne Ardennes : .....	30
<b>2.2 l'Experience de deux autres régions</b> .....	<b>31</b>
<b>2.3 Le recueil des opinions des acteurs et décideurs</b> .....	<b>37</b>
2.3.1 Le recueil des opinions du terrain par entretiens.....	37
2.3.2 La préparation du cadrage, le questionnaire .....	40

3 -	<i>Les résultats de ces différentes analyses et propositions .....</i>	<i>41</i>
<b>3.1</b>	<b>Lecture croisée des plans départementaux et des réponses aux questionnaires .....</b>	<b>41</b>
3.1.1	L' AUBE.....	42
3.1.2	Les ARDENNES.....	44
3.1.3	La HAUTE MARNE.....	46
3.1.4	La MARNE.....	48
3.1.5	Réponses des institutions régionales :.....	50
3.1.6	La perception des rôles respectifs du département et de la région par les acteurs .....	50
<b>3.2</b>	<b>: Discussions sur ces résultats et propositions .....</b>	<b>51</b>
3.2.1	Constat national :.....	51
3.2.2	La démarche proposée ; description et objectifs retenus .....	52
3.2.2.1	Première réunion plénière : l'organisation de la mise en place.....	52
3.2.2.2	Deuxième et troisième rassemblements :.....	53
3.2.2.3	Pour le groupe prévention :.....	54
3.2.2.4	Pour le groupe soins :.....	57
3.2.3	Problèmes soulevés et éléments de discussion lors des rassemblements .....	61
<b>3.3</b>	<b>: Résultats des premières réunions et réajustement des propositions .....</b>	<b>65</b>
	<i>Conclusion.....</i>	<i>68</i>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
APPRE	Actions et Programmes de Prévention Recensement
CAST	Centre d'Accueil et de Soins aux Toxicomanes
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CDPA	Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme
CESC	Comité d' Education à la Santé et la Citoyenneté
CIRDD	Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances
CODES	Comité Départemental pour l' Education à la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRS	Conférence Régionale de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
CSST	Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS	Direction Générale de la Santé
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDJS	Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports
DRDPJJ	Direction Régionale et Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
EHAL	Equipe Hospitalière d'Alcoologie ou Addictologie de Liaison
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies
PRAPS	Programme Régional d' Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Programme Régional de Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

## INTRODUCTION

La politique de santé sur les "toxicomanies" a très nettement évolué au cours des dernières décennies. Et les limites du soin par rapport à la prévention primaire ont amené un nouveau regard sur l'approche des personnes en problème avec un produit psycho actif, qu'il s'agisse de tabac, d'alcool, de dopage, de médicaments ou de drogues illicites.

Car de la première prise à la dépendance, des cheminements similaires entre produits sont fréquemment observés ; une souffrance psychique préexiste souvent à la conduite addictive ; la neurobiologie enfin, montre que toutes les substances psycho actives agissent sur les circuits neuronaux dit de récompense, même si les mécanismes sont différents.

Cette approche "addictive" fut formalisée par l'élargissement des compétences de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT), et l'élaboration d'un Plan Triennal 1999 - 2002 définissant la politique à mettre en place sur trois ans dans une approche non plus par produit mais centrée sur le comportement.

En réponse à ce plan triennal furent mis en place dans chacun des quatre départements de Champagne Ardenne (Ardennes, Aube, Haute Marne et Marne) des programmes départementaux de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances. Ces programmes ont amené un partenariat élargi (centre de soins aux toxicomanes, centre de cure ambulatoire en alcoologie, consultations d'aide au sevrage tabagique).

Ils se sont cependant trouvés en décalage par rapport au Programme Régional de Santé (PRS) « alcool » préexistant ; en effet, la spécificité des structures (alcool, toxicomanes, tabac), l'absence des chefs de projets MILDT au sein des instances du PRS Alcool, et enfin la déconcentration des crédits propres départementaux avec quelques actions de terrain inscrites simultanément dans les plans départementaux et le PRS alcool, ont rendu complexe et peu lisible, la politique globale de prise en charge des addictions au niveau régional, comme d'ailleurs la pertinence et l'évaluation de la ventilation des financements départementaux et régionaux. Les fiches actions inscrites dans le PRS se voyaient d'autre part deux fois instruites, discutées et évaluées.

La dernière Conférence Régionale de Santé de Champagne Ardenne, tout en relevant le rôle important joué par l'usage nocif de produits psycho actifs sur les mortalité et morbidité prématurées, consacrait donc la nécessité de poursuivre la politique tournée vers l'approche

des comportements plus que des produits, élargissant le domaine d'action vers toutes les substances psycho actives (drogues illicites, tabac, alcool, dopage), et demandait donc la mutation du PRS Alcool en PRS Addiction.

Le PRS met en œuvre des ressources médicales, médico-sociales, associatives, autour d'une vision globale de la santé allant de la prévention primaire à la réinsertion, en passant par le soin. L'animation des PRS est fréquemment confiée à un médecin inspecteur, de DRASS ou de DDASS, apportant ses compétences de santé publique dans un rôle d'animateur et d'arbitre. Il n'en demeure pas moins que l'inscription d'un PRS dans le paysage existant (autres PRS, Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)) se révèle délicat pour des médecins inspecteurs chargés à la fois des rôles d'animateur, de conseiller et de contrôleur, dans une capacité horaire souvent limitée.

La mise en place d'un tel PRS nécessite également une clarification dans le rôle de chacun des partenaires institutionnels. Ce programme doit en effet s'articuler avec les programmes départementaux MILDT , mais aussi le PRAPS, le PRS Cancer, le futur Schéma Régional d'Education à la santé, les SROS urgences, oncologie , soins de suite et de réadaptation, tout en s'attachant la participation et validation des collectivités locales, des services de l'Etat, des professionnels , de l' Assurance Maladie, du monde associatif et institutionnel, de l' Agence Régionale de l' Hospitalisation, du monde judiciaire et de l' éducation nationale.

Dans ce contexte, il est intéressant de s'interroger sur les possibles modalités d'organisation à préconiser pour assurer la cohérence et l'optimisation des politiques locales en matière d'addiction.

Et Il existe en effet, différentes modalités d'organisation possibles à mettre en rapport avec le contexte local (institutionnel, historique, implication des acteurs, partenariat existant) et du contexte réglementaire.

Cette analyse nécessite de rappeler dans un premier temps, la chronologie des PRS, celle des orientations de la MILDT et l'intrication des deux dispositifs aux déclinaisons territoriales et « philosophiques » différentes, avant d'analyser l'existant organisationnel dans la région. La lecture des plans départementaux existants comme les réponses à un questionnaire adressé à tous les acteurs, permettront de définir une trame et de grandes orientations du PRS, ainsi qu'elle facilitera des propositions d'articulation avec les plans départementaux et régionaux en place.

# 1 - RAPPEL CHRONOLOGIQUE, REGLEMENTAIRE ET SOCIO POLITIQUE

## 1.1 LE PRS : DE LA PLANIFICATION AU PARTENARIAT

### 1.1.1 La planification et la redéfinition de la santé publique

#### 1.1.1.1 Objectifs de la planification

Si la santé n'a pas de prix, elle fait cependant appel à des ressources qui ne sont pas inépuisables à l'image d'un nombre d'organes inférieur au nombre de personnes qui les espèrent. Il faut donc réaliser des choix, sur la base d'une hiérarchisation des besoins, et finalement déterminer des priorités et des objectifs à satisfaire.<sup>1</sup>

Le choix peut alors se porter soit sur des actions profitant au plus grand nombre dans une logique économique, soit vers les plus nécessiteux dans une logique d'éthique. Les expériences de fixation des priorités pour la politique de santé incitent à la prudence vis-à-vis d'une idéologie qui jugerait le bien fondé de l'allocation de ressources en fonction uniquement de l'efficacité et de l'équité, c'est-à-dire un rapport coût - bénéfice intéressant et une répartition juste entre les individus des coûts et avantages des activités de santé. Car si le concept de mortalité évitable est réaliste dans l'estimation des bénéfices, il conditionne le besoin sanitaire à l'état donné des techniques, de l'expertise médicale avec sa demande de consommation de services médicaux, ce qui n'est pas toujours le plus adapté à l'expression du besoin.

Le critère de priorité de santé renvoie majoritairement à une éthique collective égalitariste et accorde la priorité de l'attribution des biens rares à ceux qui ont aujourd'hui le plus faible niveau de bien être et non à une vision objectiviste et utilitariste qui voudrait déduire mécaniquement les priorités d'affectation des ressources dans une mesure épidémiologique des besoins.<sup>2</sup>

A partir de l'analyse de ce besoin, la planification va donc être un processus d'aide à la décision et de régulation des stratégies nécessitant la fixation d'objectifs sur une base

---

<sup>1</sup> 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, Juin 2000, n° 2, pp 89-95.

<sup>2</sup> MOATTI J-P. *Priorités de santé publique ; les dangers d'une dérive utilitariste*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 1996, n°17, pp 38-40.

consensuelle. Trois conceptions du besoin sont observables: une conception subjective pour laquelle les besoins sont ce que les individus expriment à partir de manques ressentis, une conception objective, se fondant sur la nécessité des fonctions à accomplir pour survivre et se reproduire, et une conception institutionnelle pour qui les besoins sont imposés par les institutions en fonction de leur propre survie et développement.<sup>3</sup>

Ce besoin comme la santé elle-même, ne va donc plus s'aborder sous le prisme du soin mais s'intéresser à l'environnement économique, social et culturel<sup>4</sup>. La construction des problèmes de santé publique, non limitée à une expertise scientifique, relève d'un processus social et politique d'autant plus ouvert que la science permet rarement d'avancer des certitudes excluant les options de valeurs. Les limites de la science furent d'ailleurs rendues frappantes avec l'épidémie de sida contre laquelle seule cette prévention apportait une solution.<sup>5</sup>

La place des médecins dans les décisions relatives à la santé ne peut plus être un monopole. Et on observe actuellement l'essor d'un nouvel équilibre, consécutif à l'association d'une complexification des pratiques médicales, des revendications d'autres professionnels de santé, de la volonté des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses, de la pression des associations de malades, sans oublier la vulgarisation de l'information par les médias.<sup>6 7</sup>

Ce nouvel équilibre répondra ainsi à une évolution des attentes de la population vis à vis de la santé. La relation malade médecin s'est transformée, l'accès plus facile à l'information médicale s'est accompagné d'un consumérisme soutenu, le rôle des associations de malades comme d'usagers s'est fortement accru. Les citoyens souhaitent accroître leur bien être, et exigent des normes de qualité dans une approche globale de l'individu, avec une prise de conscience de la nécessité de la prévention et de l'éducation. Les valeurs défendues concernent le respect d'autrui, la créativité et l'innovation, la solidarité et l'équité, la transparence de l'information et le partenariat, la complémentarité. Ceci dans le contexte

---

<sup>3</sup> FROSSARD M. *Besoins des personnes âgées et planification, de la théorie à la pratique*. Revue Française des Affaires Sociales, Juillet Septembre 1989, n°3, pp 117-136.

<sup>4</sup> BRUN N. QUIGNAUX J.P. *Hôpitaux : la fin du silence ? Un point de vue de l'UNAF*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 200, n°2, pp 97-102.

<sup>5</sup> BERCOT R. *Logique d'action : quelle articulation aux logiques professionnelles et institutionnelles ?* Revue Française des Affaires sociales, Octobre Décembre 2001, n° 4, pp 105-114.

<sup>6</sup> LORIOU M. *L'impossible politique de santé publique en France*. Erès, Ramonville Saint Agne, collection « action santé », 2002, 167 p.

<sup>7</sup> MOATTI J-P. *Priorités de santé publique ; les dangers d'une dérive utilitariste*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 1996, n°17, pp 38-40



d'une perte de confiance de la population envers les pouvoirs publics et les « experts » au décours des affaires du sang contaminé et de la vache folle.<sup>8</sup>

Face à toutes ces attentes, le politique va progressivement passer d'une prise de décision fondée sur l'intérêt général, vers une prise en compte des intérêts particuliers à l'instar du modèle anglo-saxon ; L'Etat est amené dans un rôle croissant d'animateur du débat public avec une confrontation du savoir et de la volonté populaire statuant sur la part d'affectif et d'irrationnel, avec un citoyen invité à fournir au pouvoir public les éléments de réflexion permettant la décision la plus éclairée, cette participation trouvant sa concrétisation avec les Conférences Régionales de Santé et les Etats Généraux, dès 1995.<sup>9 10</sup>

Ces évolutions s'affirment sur le passé d'une centralisation accentuée de l'Etat, et dans le contexte d'une technicité croissante des décisions, originellement fondée sur l'expression d'une volonté générale majoritaire s'imposant à la minorité. Le pouvoir exécutif s'est renforcé au détriment du législatif tandis que les associations exprimaient une volonté de l'individu de se resituer dans un univers proche et accessible, et un enracinement local, en une sorte de contre poids d'une mondialisation fantasmatique et angoissante.<sup>11 12</sup>

Mais la planification a ses limites : elle fut en effet initialement réduite à une gestion des dérogations pour les établissements de soins, touchant peu le médico-social.<sup>13</sup>

Le débat démocratique a d'autre part, eu du mal à s'affranchir de la défense de l'existant, et à impliquer une médecine de ville n'acceptant aucune planification dans les installations, et fonctionnant autour d'un réseau organisé par des liens informels, des communautés de formation, ceci dans une autonomie de décision permettant tout de même une certaine évaluation implicite de terrain.<sup>14</sup>

---

<sup>8</sup> GENIEYS W. HASSENTEUFEL P. *Entre les politiques publiques et la politique l'émergence d'une « élite du Welfare » ?* Revue Française des Affaires Sociales, Octobre Décembre 2001, n° 4, pp 41-50.

<sup>9</sup> GHADI V. POLTON D. *Le marché ou le débat comme instrument de la démocratie.* Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 15-30.

<sup>10</sup> COLLIN J.F. *L'élaboration de priorités de santé en France (1995-2000) : un processus d'amélioration de la démocratie sanitaire.* Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 61-72.

<sup>11</sup> JOBERT B. *Les institutions sanitaires à l'épreuve : quatre dimensions de l'action démocratique.* Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n 2, pp 33-43.

<sup>12</sup> LORIOU M. *L'impossible politique de santé publique en France.* Erès, Ramonville Saint Agne, collection « action santé », 2002, 167 p.

<sup>13</sup> CANIARD E. *Représentation sociale des maladies et disparité de l'offre de soins.* Actualité et dossier en santé publique, Décembre 1999, n° 29, pp 68-70.

<sup>14</sup> LETOURMY A. NAIDITCH M. *L'information des usagers sur le système de soins : rhétorique et enjeux.* Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 45-58.

D'autre part, la péréquation régionale d'allocation de ressources ne prend en compte que des chiffres régionaux et non la variabilité des situations infrarégionales <sup>15</sup>. Or les inégalités secondaires au manque d'information des usagers, à l'aménagement du territoire et à l'accessibilité, ne sont pas de même nature et ne génèrent pas les mêmes priorités à l'intérieur même de la région. <sup>16</sup>

En définitive, face au constat du Haut Comité de la Santé Publique qui relevait en 1994, l'existence entre les régions, entre les catégories sociales, d'importantes inégalités face à la santé, dans une globalité allant bien au delà du système de soins, la planification répondit aux priorités définies par ce même Haut Comité, à savoir, la réduction des décès et incapacités évitables, l'amélioration de la qualité de vie des handicapés et la réduction des inégalités face à la santé <sup>17</sup>. Enfin, n'oublions pas que le droit à la protection de la santé a une valeur constitutionnelle puisqu'elle figure dans le préambule de la constitution de 1946, qui demande de garantir à chacun une prise en charge adaptée et la plus efficace possible, tenant compte des connaissances avérées, tout en luttant contre les inégalités. <sup>18 19</sup>

En conclusion, la planification, processus continu et dynamique amenant un changement vers une réponse optimale de l'offre aux besoins en terme d'accessibilité et de qualité, doit donc intégrer les aspects économiques socio culturels et politiques de la santé à sa dimension purement médicale, doit concilier le plus souvent des exigences de proximité et de qualité et sécurité, dans des compromis hautement « politiques » et assez peu médicaux, dans une dimension éthique et morale, trouvant un accord sur la façon de vouloir vivre ensemble dans un territoire donné. <sup>16</sup>

Toutes les étapes du processus de planification seront de la même façon influencées par l'environnement socio politique dans lequel il s'insère. <sup>20 21</sup>

---

<sup>15</sup> CORVEZ A. *Santé publique et aménagement du territoire*. Actualité et dossier en santé publique. Décembre 1999, n° 29, pp 19-46.

<sup>16</sup> CHABROL R. *La démocratie sanitaire*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 103-110.

<sup>17</sup> COLLIN J.F. *L'élaboration de priorités de santé en France (1995-2000) : un processus d'amélioration de la démocratie sanitaire*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 61-72.

<sup>18</sup> KHODOSS H. *Démocratie sanitaire et droits des usagers*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 111-126.

<sup>19</sup> POINDRON P-Y. *Les programmes régionaux ; pour une meilleure approche de la santé*. Impact Médecin Hebdo, 23 novembre 2001, n° 557, pp 36-39.

<sup>20</sup> BAILLY A. *Pour une politique sanitaire durable*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 1999, n° 29, pp 60-64.

<sup>21</sup> DAVELUY C. PINEAULT R. *La planification de la santé*. Les éditions Agence d' Arc Inc, Montréal.

### 1.1.1.2 La planification au niveau national

Lors de la décentralisation de 1982, le système de soin est resté en dehors du vaste mouvement contrairement aux services sociaux, par réticence des élus locaux à assumer la responsabilité d'un secteur coûteux et complexe. Il y eut donc un compromis entre le souhaitable, le faisable, et le politiquement vendable : l'hôpital et les cliniques furent rapprochées au sein des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie furent créées; la création d'une Agence Régionale de Santé aurait cependant requis un travail législatif considérable et fut repoussée.<sup>22</sup>

L'objectif premier de ces réformes était de permettre l'élaboration de politiques régionales réellement autonomes, à l'abri d'arbitrages intempestifs, en tentant de répondre aux besoins de la population, et d'arriver à une meilleure coordination hôpital – médecine de ville et services de l'Etat – services de l'assurance maladie<sup>23</sup>, avec des frontières de la santé publique qui ne coïncidaient pas forcément avec les compétences de l'Etat<sup>23</sup>.

Le Conseil Général se vit donc confier l'action sociale et la famille, l'Etat conservant la santé avec une déconcentration qui ira en s'amplifiant mais confiera la cohérence régionale à de nouvelles instances. Le Conseil Général a donc en charge la Protection Maternelle et Infantile, le suivi des vaccinations, la prévention de la tuberculose et du cancer, la prise en charge des personnes âgées et les personnes en situation de précarité, ce qui en fait déjà un décideur à part entière du monde de la santé.

On aboutit donc à un éclatement des rôles puisque l'Etat a confié aux ARH la politique hospitalière (les hôpitaux restant présidés par le Maire), aux Préfets et Conseils Généraux, la politique en matière médico-sociale, tandis que les libéraux ne font l'objet d'aucune planification en matière d'aménagement du territoire. On constate ainsi l'existence actuelle d'une double logique relevant d'une part de la gestion de moyens (ARH, Conseil Généraux) et d'autre part, de celle de politique et de programme par le Préfet<sup>24</sup>.

Les ARH sont des groupements d'intérêt public associant l'Etat et l'assurance maladie créés par l'ordonnance du 24 avril 1996. Elles sont chargées de mettre en œuvre au niveau

---

<sup>22</sup> GIRARD J-F. *Les agences : typologie et missions*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 2001, n° 37, pp 18-25.

<sup>23</sup> MURARD L. *La santé publique, matière administrative extraordinaire*. Revue Française des Affaires Sociales, Octobre Décembre 2001, n° 4, pp 77-82.

régional la politique hospitalière définie par le gouvernement, d'analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et de déterminer leurs ressources. Elles s'appuient sur les Conférences Régionales de Santé et les avis des Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS). Enfin elles élaborent les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) en partenariat avec les professionnels de santé.

D'autre part, la mise en œuvre de cette planification fait appel à l'élaboration de priorités nationales et régionales sans que l'on sache toujours bien les articuler et qui renvoient également à trois domaines : sanitaire avec les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), médico-social avec les futurs Schémas d'Organisation Social et Médico-social, et enfin prévention et coordination globale avec les politiques de santé dont le PRS par l'intermédiaire du Comité Régional des Politiques de santé.

Quant aux moyens à mettre en œuvre, l'objectif n'est pas de les réorienter mais de les coordonner, les mutualiser et d'adapter les efforts dans les secteurs privilégiés, y déployer les marges de manœuvre.

### 1.1.1.3 Le niveau régional de la planification

Le choix de construire des priorités dans un espace régional, articulé autour du préfet de région n'est pas simple au vu du contexte précédemment explicité ; car dessaisit de ses compétences hospitalières, on demande au préfet de région d'animer le pilotage de l'ensemble des politiques régionales de santé, sans personnel spécifique autre que ceux des DRASS, avec des financements limités. Cette animation repose donc sur les volontés locales de s'associer ou pas au projet collectif, et sur l'interministérialité.

S'ajoute à cela, l'« étouffement » de la maîtrise d'œuvre régionale sous l'empilement de plans nationaux à décliner (nutrition, diabète, etc.), ce qui rend opaque toute hiérarchisation régionale des priorités et sature les capacités humaines des services déconcentrés de l'Etat.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> 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, Juin 2000, n° 2, pp 89-95.

<sup>25</sup> ABALLEA P. *Les agences, les priorités et les programmes de santé*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 2001, n° 37, pp 41-45.

Historiquement, si la coordination régionale débuta en 1977 avec la création des DRASS, la planification commença véritablement en 1992 avec les premiers Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire, initiant une approche non plus par l'offre mais par les besoins, puis avec l'instauration des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) en 1993, ayant des missions d'analyse et d'étude du fonctionnement du système de santé, d'évaluation des besoins, de coordination, de formation et d'information des médecins et usagers.<sup>26</sup>

Le cadre fut instauré et officialisé en 1996 avec les ordonnances du 24 avril, qui précisèrent les missions des Conférences Régionales de Santé (CRS), la création des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), qui doivent coordonner l'action des caisses et impulser une politique de gestion du risque régionale, et enfin des Agences Régionales de l'Hospitalisation, que nous avons vu précédemment. Concernant les CRS, la valeur de l'avis rendu par le jury ne fut cependant jamais affichée comme consultative ou s'intégrant dans un processus décisionnel.

Le décret du 17 avril 1997 et l'article R 767-6 du CSP précisèrent l'organisation des PRS.

La circulaire du 20 novembre 1997 confirma enfin le rôle des Comité Régionaux des Politiques de Santé, qui devaient permettre à l'Etat de disposer d'un véritable outil de pilotage de la politique de santé régionale en rassemblant autour du préfet et sous une même instance les décideurs politiques, administratifs et institutionnels de la région.<sup>27</sup>

Enfin la Loi du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire, demandait d'assurer un accès égal de tous au système de soins en tout point du territoire, de corriger les inégalités intra et inter régionales, de promouvoir la qualité et continuité des soins et de développer la complémentarité entre la médecine préventive, de ville, hospitalière et la prise en charge médico-sociale dans un souci de décloisonnement des filières, centré sur le patient<sup>28</sup>.

L'émergence depuis 10 ans de ce niveau régional comme échelon de pilotage et de gestion du système de santé, marque un renversement de tendance par rapport aux années 80 caractérisées par une forte centralisation des commandes au niveau national (négociation tarifaire, décisions sur hôpitaux). Ce système centralisé fut perçu comme gênant l'innovation, et inefficace, tandis que la régionalisation favorisait la prise en compte des réalités locales dans l'espoir d'une meilleure adaptation de l'offre aux besoins, et donnait l'occasion d'un partenariat accentué avec les associations et usagers. Restaient les

---

<sup>26</sup> RAPPORT PREPARATOIRE AU SCHEMA DE SERVICES COLLECTIFS SANITAIRES. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* La documentation française, pp 28-36.

<sup>27</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE et SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE. *Séminaire Programmes régionaux de santé Addiction*. Paris, 2001, 74p.

<sup>28</sup> POLOMENI P. *Dossier usages de drogues et toxicomanies*. Actualité et dossier en santé publique, Mars 1998, n° 22, 44p.

problèmes d'un manque de coordination entre les différents niveaux de décisions locaux, la fragmentation des services, l'affaiblissement de la position du secteur public, le risque réel de manipulation politique en faveur d'intérêts particuliers, la difficulté de cette nouvelle concertation publique, et une éventuelle tentation du politique, ou des décideurs nommés, de favoriser des actions aux effets visibles à court terme.<sup>29 30</sup>

## 1.1.2 Les PRS

### 1.1.2.1 Bases réglementaires

Nous commencerons par un rappel de 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 pluri annuels. 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. »

Suite au constat du Haut Comité de la Santé Publique relatif à la faiblesse de la France en matière de mortalité et morbidité évitable, à un système de soins impuissant et un contexte de multiplicité des centres de décision, de cloisonnement des acteurs, et d'insuffisance de ressources allouées à la prévention, la politique nationale fut déclinée en politique régionale dans le fil de la déconcentration accrue de l'Etat.<sup>31</sup>

Durant 1995, les premières Conférences Régionales de Santé s'approprièrent ces recommandations en identifiant les spécificités régionales. La problématique régionale, jusqu'alors cantonnée aux SROS, vit son champ s'élargir, tandis que s'amorçait le débat public sur les questions de santé.<sup>32</sup>

Les Ordonnances de 96 définirent plus précisément les missions de ces CRS en leur confiant le soin d'établir les priorités régionales de santé publique pouvant faire l'objet de

---

<sup>29</sup> CHABROL R. *La démocratie sanitaire*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 103-110.

<sup>30</sup> CORVEZ A. *Santé publique et aménagement du territoire*. Actualité et dossier en santé publique. Décembre 1999, n° 29, pp 19-46.

<sup>31</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *Conférences de santé, programmes régionaux de santé : premiers bilans*. Paris, 2000, pages.

<sup>32</sup> NICOLAS C. *Les programmes régionaux de santé*. Actualité et dossier en santé publique, Mars 2000, n° 30, pp 78-81.

programmes. Les projets régionaux furent identifiés comme le complément nécessaire des SROS, y associant les volets prévention et réinsertion.

Le concept de ces programmes fut enfin précisé par le décret du 17 avril 1997 et l'article R 767-6 du Code de la santé Publique.

Ainsi, dans ce passage d'un système de distribution des soins à un système global d'organisation de la santé, les CRS ont assuré l'impulsion et le suivi des PRS, et ont secondairement contribué aux thèmes de la Conférence Nationale de Santé.

Il ne fut cependant jamais précisé comment l'avis des CRS devait être pris en compte et qui cet avis engageait. Car seules les priorités régionales définies par le jury de la CRS pouvaient être retenues par le Préfet, et faire l'objet potentiellement d'un programme, ceci dans des modalités de sélection, tant par le Jury qu'ensuite par le Préfet, non précisées, fragilisant sa légitimité. Bien que le temps de parole lors des CRS fut largement occupé par les spécialistes et l'administration, il n'en demeure pas moins qu'elles furent une instance d'échange entre différentes composantes du système de santé.

Les PRS permirent aussi un décloisonnement des approches et à une mobilisation des acteurs, tandis que la participation des usagers hors associatif restait quasi inexistante. Ces PRS ont finalement contribué à l'acceptation du passage de la notion de soins à celle de santé, et ont permis la reconnaissance du niveau régional dans les politiques de santé.

Une fois le niveau régional reconnu comme pertinent en matière de coordination d'une politique de santé, Il est apparu nécessaire d'établir une définition territoriale plus fine pour la mise en œuvre des actions. L'approche territoriale proposée dans la loi 99-533 portant sur l'orientation et l'aménagement durable du territoire développe les notions de bassins de vie, d'emplois, et de santé comme un niveau opérationnel pertinent .

En épidémiologie, l'espace géographique constitue d'autre part, un repère majeur pour l'identification des populations étudiées, l'analyse et le suivi des phénomènes de santé.

#### 1.1.2.2 Le PRS en pratique

Comme on vient de le voir, les actions de santé publique s'organisent de plus en plus autour de la résolution de problèmes situés au croisement des secteurs santé et social, et d'autre part, de la recherche d'une convergence des interventions autour de la personne, imposant la mise en place de nouveau dispositif, comme le PRS. Une politique de santé doit en effet « être centrée sur la santé de la population et ses besoins, avoir des objectifs précis, être capable de mobiliser les partenaires de santé et la population autour de ces objectifs,

s'appuyer sur des outils opérationnels, traduire en actions les objectifs prioritaires », comme le précise le texte introductif de la circulaire du 20 novembre 1997 de la Direction Générale de la Santé. Ce furent les DRASS et DDASS qui furent chargées d'assurer la conduite de ces PRS.

En même temps, cette logique amène, sur un même niveau de territoire, une coopération des services déconcentrés de l'Etat de plus en plus en amont de la conception des politiques locales, par delà des logiques propres.<sup>33</sup>

Le PRS doit donc poser les stratégies, hiérarchiser les priorités et aménager l'offre en activant les réseaux d'acteurs, évitant ainsi un saupoudrage au profit d'actions ciblées et pluriannuelles plus efficaces et évaluables. Pour cela, il s'agit de valoriser les initiatives locales, de fédérer les énergies, de programmer la prévention et la prise en charge dans une vision globale de l'individu et de la région, de susciter les actions coordonnées à travers des réseaux, dont on identifie quatre types : les réseaux de coordination des acteurs régionaux, des réseaux de coordination en addictologie, des réseaux de coordination dans le cadre d'une action, et les réseaux de soins formalisés ou non.

Les PRS s'efforcent par construction, d'avoir une vision globale transversale, soit d'un problème de santé soit d'une population cible. Ils présentent intellectuellement des constructions satisfaisantes et ont permis aux acteurs de se rencontrer, de bâtir des projets cohérents, de mettre en commun des financements.<sup>34</sup> Ils ont permis ainsi la diffusion d'une culture de santé publique contre balançant l'approche de santé par l'offre de soins.

---

<sup>33</sup> BERCOT R. *Logique d'action : quelle articulation aux logiques professionnelles et institutionnelles ?* Revue Française des Affaires sociales, octobre décembre 2001, n° 4, pp 105-114.

<sup>34</sup> GRUMCHEC N. *A chaque acteur sa conception des PRS.* Impact Médecin Hebdo, 23 Novembre 2001, n° 557, pp 40-41.



## 1.2 LA PROBLEMATIQUE ADDICTION

### 1.2.1 Contexte réglementaire et montée en charge de la MILDT

Les textes réglementaires sont rappelés en annexe.

Le mot « drogue » a initialement désigné la substance utilisée en préparation pharmaceutique dans un but thérapeutique. Il est ensuite devenu synonyme de substances dont l'usage est prohibé.<sup>35</sup>

C'est avec la loi du 31 décembre 1970 que pour la première fois dans le droit français, l'usage de drogues illicites y compris simple et privé, a constitué un délit passible d'un an de prison, avec mise en place parallèle d'un dispositif d'injonction thérapeutique qui permet à la personne poursuivie pour usage, d'échapper aux poursuites judiciaires à condition qu'elle accepte de se désintoxiquer, bénéficiant alors de la gratuité et de l'anonymat. Cette loi s'appuyait sur le caractère illicite de certains produits classés par les instances internationales.

L'usage de drogue a longtemps été considéré comme la seule véritable conduite addictive. Les consommations d'alcool ou de tabac étaient davantage appréhendées en terme de conséquences sanitaires et sociales, que de dépendance.

La consommation d'alcool est pourtant la seconde cause de mortalité prématurée évitable après les suicides. Le Code de la Santé Publique précise que l'Etat organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme, et les dépenses entraînées par ces actions sont à la charge de l'Etat sans préjudice de la participation des régimes d'assurance maladie aux dépenses de soins (Art L 3311.1) Ces dépenses de prévention et de prise en charge sont inscrites sur le budget du Ministère de la Santé et couvrent l'intervention du dispositif spécialisé. Il est à noter que dès 2003, le fonctionnement de tous les centres spécialisés sera débudgétisé pour basculer dans les établissements médico-sociaux (loi du 2 janvier 2002), suivant en cela la débudgétisation des CCAA de l'année 2001.

---

<sup>35</sup> LEBEAU B. *Toxicomanie et politique de santé*. La revue Soins, Mai 2002, n° 665, pp 46-50.

La consommation de drogue est considérée comme un des grands problèmes sociaux de notre époque. Dès 1972, le dispositif de soin fut organisé par l'Etat à partir du milieu associatif et de la psychiatrie ; un décret du 29 juin 1992 précisait les missions et le fonctionnement des différents centres de soins aux toxicomanes.

La toxicomanie est majoritairement associée à des représentations négatives, avec images de mort (overdose), de déchéances individuelles et sociales, de désordres sociaux (délinquance). La prise en compte de la réduction du coût social de la drogue a constitué une étape importante de la politique française en la matière. L'Etat est donc intervenu par la loi et son dispositif de mise en œuvre (répression, soins, prévention) pour régler l'accès aux drogues, cherchant à diminuer ce coût social de la drogue et non simplement la quantité consommée.<sup>36</sup>

Il est actuellement consensuel de dire que la toxicomanie est la rencontre à un moment donné de trois éléments : un produit, une personnalité et un contexte socio culturel.<sup>37</sup> Cette définition pourrait d'ailleurs convenir pour toutes les addictions.

### **1.2.2 Les orientations de la MILDT :**

Mais pourquoi en est-on arrivé au concept de l'addiction ?

Les arguments avancés en faveur de l'addiction sont la parenté des troubles de type répétition d'une conduite supposée maîtrisable, l'incertitude des rapports de désirs existentiels et interhumains, mais aussi l'importance des consommations croisées ou associées de plusieurs produits psycho actifs, et la parenté dans les propositions thérapeutiques.

En matière de Neurobiologie, toutes les drogues sont effectivement hédoniques, activent le système dopaminergique méso cortico limbique qui a un rôle majeur dans le système de récompense, et toutes sont susceptibles d'entraîner des effets plus ou moins accentués de dépendance psychique, ce neurotransmetteur déterminant la sensation de satisfaction. Les niveaux de libération de la dopamine sont cependant différents ; ces produits ont pour cibles d'autres neurotransmetteurs comme la sérotonine. Les axones sérotoninergiques ont des terminaisons en direction de toutes les structures cérébrales et contrôlent des fonctions

---

<sup>36</sup> POLOMENI P. *Dossier usages de drogues et toxicomanies*. Actualité et dossier en santé publique, Mars 1998, n° 22, 44p.

<sup>37</sup> HAUTEVILLE P. NOEL N. PERRIN S. *L'hospitalisation des toxicomanes*. La revue Soins, Mai 2002, n° 665, pp 30-45.

aussi diverses que le rythme chrono biologique, la faim, la thermorégulation, la sexualité ou l'impulsivité.

Pour le DSM IV (outil classificatoire anglo-saxon en psychiatrie), l'abus d'une substance psycho active est un mode d'utilisation inadéquate d'une substance conduisant à l'altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative avec un critère dans les douze derniers mois comme par exemple une utilisation répétée, un problème judiciaire, une utilisation malgré des problèmes interpersonnels. Les addictions doivent être définies comme des troubles biophysologiques et non comme des fautes ou comportements anti-sociaux.

Il a donc été décidé de privilégier une approche de prévention fondée sur les comportements plus que sur les produits en distinguant différents usages, et en installant le rappel à la loi dans une démarche de prévention pour éviter le passage de l'usage à l'usage nocif, la politique pénale permettant dès lors d'amener l'utilisateur vers le système de soins.

Ceci nécessita l'approche d'une culture commune, une professionnalisation des acteurs, autour d'un chef de projet désigné par le Préfet.<sup>38</sup> En effet, l'approche antérieure par produit (alcool, drogues, tabac) avait conduit à fragmenter des champs, des dispositifs et des préoccupations.<sup>39</sup>

La prise en compte de ce risque de passage d'un usage occasionnel ou réglé et récréatif, à l'usage nocif puis à la dépendance, définit la notion de conduite addictive, et permet de construire une politique de santé moins ambivalente.

Les guerres de chapelles se sont d'ailleurs atténuées entre psychanalyse, biologie ou comportementalisme, pour mettre l'accent sur l'intégration des différentes dimensions de la personne.

Cette progression et évolution des modes de consommation de produits psycho actifs intéressant le cannabis, les drogues de synthèse, l'alcool, les produits dopants et les médicaments, mais aussi l'évaluation des comportements de consommation des jeunes qui associent drogues licites et illicites, les informations apportées par la neurobiologie, tout cela a conduit les pouvoirs publics à adopter en 1999 un plan de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. D'autant qu'étaient également constatés à la fois un certain déficit de savoir faire, notamment dans la prise en charge des poly consommateurs, du tabagisme, des consommations abusives de drogues de synthèse ou de la dépendance aux

---

<sup>38</sup> MAESTRACCI N. *Drogues et prévention des dépendances, une nouvelle approche*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 1999, n° 29, pp 10-13.

<sup>39</sup> GALAMETZ C. *Les PRS : des pierres à la construction d'une politique régionale de santé*. Contact Santé, Février 2000, n° 146, pp 7-13.

médicaments, un dispositif très accès sur l'héroïne nomade mais pas sur l'alcool dépendant et le tabagique, une prévention et communication très insuffisante et des difficultés à concilier la loi pénale et les impératifs de santé publique.<sup>40</sup>

Le 16 janvier 1999, le plan triennal de la MILDT 1999-2001 fut ainsi adopté.

Ses orientations associaient principalement la mise à disposition de la population d'informations validées, la promotion de l'approche par les comportements plus que sur les produits, la création d'une culture commune à tous les professionnels de la prévention, de l'éducation, des soins et de la répression, la réorientation du dispositif de soin vers une prise en charge plus précoce de consommateurs abusifs de multiples produits, et la redéfinition des priorités de la politique pénale.

Cette approche de l'addiction a permis par la MILDT l'instauration de programmes départementaux avec des actions adaptées à l'âge des publics et ne portant pas nécessairement sur la dépendance mais visant au-delà de l'information, à susciter une réflexion sur le rapport au corps, à soi et à l'autre et la société, dans le souci d'apporter les moyens d'être acteur de sa santé, de faire des choix de comportement, de parler de comportement d'accès au plaisir et non plus de comportement à risque. Nous développerons ces programmes départementaux dans un chapitre suivant.<sup>41</sup>

On observe enfin quelques tendances récentes de l'addiction, comme le développement de l'usage de l'ensemble des stimulants (cocaïne, amphétamines, ecstasy) et hallucinogène (LSD, champignons) dans certains contextes festifs, l'insertion de ces consommations dans des usages plus massifs d'alcool, de tabac et de cannabis, et un usage plus marginal d'héroïne fumée et de divers médicaments détournés (kétamine) par certains jeunes.<sup>42</sup>

Mais si le terme d'addiction peut être employé entre professionnel, il n'en demeure pas moins que la lisibilité d'une telle notion pour le grand public est mal aisée.

---

<sup>40</sup> MISSION INTERMINISTRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. *Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions*. Premier Ministre, Septembre 2001.

<sup>41</sup> GALAMETZ C. *Les PRS : des pierres à la construction d'une politique régionale de santé*. Contact Santé, Février 2000, n° 146, pp 7-13.

<sup>42</sup> COSTES J-M *Nouvelles drogues, nouveaux usages : le cas de l'ecstasy*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 2001, n° 37, pp 13-17.

### 1.3 L'ARTICULATION DES DISPOSITIFS PRS ET MILDT

C'est ainsi que le PRS Addiction doit s'inscrire dans une planification déjà effective au niveau départemental, et régional, avec des partenaires et schémas organisationnels multiples.

#### 1.3.1 Les PRS dans le paysage sanitaire, social et administratif

Le PRS doit donc s'intégrer dans des politiques préexistantes, régionales, départementales et infra départementales, tout en restant transversal, allant de la promotion de la santé aux activités de réhabilitation et réinsertion, en passant par l'organisation des soins, le but étant d'obtenir une cohérence sans conflit, doublons, incompréhension ou énergie perdue.

##### 1.3.1.1 : Les différents niveaux d'articulation :

Au niveau régional, par son volet « soins », son articulation doit en effet se faire avec les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, principalement ceux concernant la cancérologie, la santé mentale, les urgences et les soins de suite et de réadaptation, mais aussi avec les autres PRS en place comme celui des cancers et du suicide, et du PRAPS, Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, et les futurs Schémas Régionaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale et Schémas Régionaux d'Education Pour la Santé, tous ces programmes n'ayant pas forcément les mêmes pilotes. A noter que la complémentarité SROS – PRS fut amplifiée avec les SROS de seconde génération, étant donné qu'à la vocation initiale de quantifier et répartir l'offre nécessaire, furent associées la prise en compte de la satisfaction des besoins de la population et la qualité de l'organisation des soins. Il est d'ailleurs à noter ici, l'hésitation persistante entre planification et régulation, avec la dualité d'une relation établissements – ARH fondée à la fois sur la contractualisation et le régime des autorisations. <sup>43</sup>

Parallèlement à cette articulation avec les outils de planification sanitaire, on remarque que le partage des tâches entre l'Etat et l'Assurance Maladie perd de sa clarté, lorsque cette dernière passe d'une logique de remboursement des dépenses à une logique de gestion des risques, donc de l'offre de soins et de la prévention, deux domaines de compétence Etat. <sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> NICOLAS C. *Les programmes régionaux de santé*. Actualité et dossier en santé publique, Mars 2000, n° 30, pp 78-81.

<sup>44</sup> JOBERT B. *Les institutions sanitaires à l'épreuve : quatre dimensions de l'action démocratique*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n 2, pp 33-43.

Concernant les Contrats de Plan Etat Région, on note qu'à part la région Nord Pas de Calais, la place des PRS y fut quasi inexistante. Les attributions des collectivités territoriales en matière médico-sociale et de prévention, demeurent départementales et non régionales, les régions n'ayant pas de compétences réelles en matière de santé hormis la formation et préférant logiquement privilégier les actions dans le champ de leur compétence. La structuration d'une politique régionale suppose donc aussi une coordination renforcée avec les Conseils Généraux et les municipalités.<sup>45</sup>

Au niveau départemental, ce PRS Addiction doit prendre ses racines dans l'existence de plans départementaux MILDT, mais aussi dans les Programmes Départementaux d' Actions de Sécurité Routière (PDASR), Les actions des Conseils Généraux et des différents services déconcentrés de l'Etat, comme «décentralisés », chacun redoutant parfois l'immiscions d'autres partenaires dans son domaine.<sup>46</sup>

Au niveau infra départemental, ce PRS doit enfin s'intégrer dans des politiques locales de type contrats de ville et contrats locaux de sécurité, dont les volets santé restent souvent très modestes, avec une notion de deux tiers de la population vivant en milieu urbain. Les programmes de réduction des risques au niveau communal et intercommunal peuvent d'ailleurs être intégrés au volet santé des contrats de ville 2000-2006.

### 1.3.1.2 : Les différents partenaires

Elaborer une coordination de tous sur un thème complet et transversal à la prévention, aux soins et à la réinsertion, implique de travailler avec de très nombreux partenaires aux compétences très ventilées, comme par exemple l' ARH que nous avons décrit précédemment.

L'Union Régionale des Caisses d' Assurance Maladie est elle, chargée d'une politique commune de gestion du risque à l'échelle de la région et doit donc coordonner la mise en place des Plans Locaux d'Actions Concertés, qui définissent les conditions de mise en œuvre de la politique de gestion du risque dans chaque département ; elle doit s'assurer que les actions sont conduites en fonction des priorités de santé publique régionales. La sécurité sociale intervient financièrement de deux manières : par le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires (FNPEIS), et le Fonds d'action sanitaires et

---

<sup>45</sup> GRUMCHEC N. *A chaque acteur sa conception des PRS*. Impact Médecin Hebdo, 23 Novembre 2001, n° 557, pp 40-41.

<sup>46</sup> BERCOT R. *Logique d'action : quelle articulation aux logiques professionnelles et institutionnelles ?* Revue Française des Affaires sociales, Octobre Décembre 2001, n° 4 , pp 105-114.

sociales. Depuis 1989, la lutte contre l'alcoolisme est inscrite dans le programme de ce FNPEIS.

Le Conseil Général a en charge les Protections Maternelles et Infantiles (pouvant avoir des actions en terme d'alcoolisme et tabagisme chez les femmes), la prévention du cancer, et les personnes en situation de précarité.

Les Caisses d'Allocations Familiales participent à des actions de prévention en direction des publics démunis.

Les Mutuelles régies par le code de la mutualité, participent également de plus en plus à des actions de promotion de la santé.

Enfin, concernant les médecins généralistes et spécialistes libéraux, ils ont du mal à trouver une porte d'entrée pour participer à certaines actions <sup>47</sup>, et sont actuellement davantage placés dans une logique de réponse à l'urgence, de dépannage immédiat que sur des programmes d'éducation à la santé nécessitant des consultations longues d'éducation sanitaire à ce jour non nomenclaturée. Or on admet par exemple, qu'un conseil minimal convainc 1 à 3 % des fumeurs. <sup>48</sup>

Un dernier partenaire a pris toute sa place depuis quelques années : l'utilisateur.

Le malade est en effet appelé à affirmer sa qualité d'utilisateur et faire valoir ses droits, retrouvant par un accès égalitaire aux soins et le meilleur possible, dignité et considération. <sup>49</sup>

Ces usagers demandent en effet principalement à la prise en charge, de conserver une dimension humaine et relationnelle, de les informer et les écouter, de les accompagner et d'être respectés, sans mettre en avant des revendications de moyens. Cette « démocratie sanitaire », à travers l'implication accentuée des usagers, renvoie également au poids croissant des maladies chroniques avec un citoyen attaché à l'aménagement de son mode de vie, domaine dans lequel le médical laisse la place aux partenaires associatifs, à la société civile, aux différents membres de la cité. <sup>50</sup>

---

<sup>47</sup> POINDRON P-Y. *Les programmes régionaux ; pour une meilleure approche de la santé*. Impact Médecin Hebdo, 23 Novembre 2001, n° 557, pp 36-39.

<sup>48</sup> GRUMCHEC N. *A chaque acteur sa conception des PRS*. Impact Médecin Hebdo, 23 Novembre 2001, n° 557, pp 40-41.

<sup>49</sup> GILLOT D. *Sur la démocratie sanitaire*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 5-14.

<sup>50</sup> KHODOSS H. *Démocratie sanitaire et droits des usagers*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 111-126.

Ce sont les associations de malades qui ont imposé cette nouvelle manière de considérer la place du citoyen souffrant, même si effectivement, on peut s'interroger sur l'homogénéité de ce sentiment dans la population d'usagers malades et sur les contours à donner à cette évolution du modèle paternaliste au modèle de la décision partagée.<sup>51</sup>

Le rôle d'abord joué par les groupes de malades prenait plusieurs formes : une revendication de prise en charge collective des conséquences de la maladie, une reconnaissance de la gravité et de l'importance d'une maladie avec un soutien financier de la recherche, et des actions permettant aux malades de se prendre en charge, comme par exemple à travers les réunions des alcooliques anonymes.

Cette intervention des associations s'est inscrite dans le contexte d'une démocratie représentative des malades et de leur famille, posant le problème de la légitimité des personnes choisies, et leur place par rapport aux représentants du peuple élus. Cette fonction représentative ne peut donc pas remplacer celle du politique, mais peut nourrir le débat et la réflexion de ces mêmes politiques, afin de voir émerger un point de vue différent de celui des experts puisque le citoyen n'intervient que de loin dans la démocratie à l'occasion d'élection de représentants statuant sur les grandes lignes et laissant à l'exécutif le soin de la mise en application.<sup>52</sup>

Ce qui bouleverse également la place des administrations sanitaires qui restent encore marquées par la certitude d'incarner l'intérêt général, dans une évolution qui semble montrer le désir populaire de concilier davantage l'intérêt général avec les intérêts particuliers.<sup>53</sup>

D'autant que si les premiers temps furent marqués par l'investissement d'associations de malades, on observe désormais parallèlement un investissement du champ de la santé par les associations de consommateurs, parfois dans des regroupement comme le collectif inter associatif sur la santé qui regroupe une vingtaine d'entité. L'appartenance des organisations locales à des fédérations représente d'ailleurs l'opportunité d'exercer une réelle pression sur les décisions publiques.<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> CARRERE M.O. MOUMJID-FERDJAOUI N. *La relation médecin patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale*. Revue Française des Affaires Sanitaires et Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 73-84.

<sup>52</sup> GHADI V. POLTON D. *Le marché ou le débat comme instrument de la démocratie*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 15-30.

<sup>53</sup> CHABROL R. *La démocratie sanitaire*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 103-110.

<sup>54</sup> LONCLE P. *Les jeunes et les villes : continuité et renouvellement des politiques locales*. Lien social et politique. RIAC, Printemps 2000, pp 121-131.



Il faut cependant rester vigilant pour ne pas faire perdre à l'usager, son rôle de juge au profit de celui de partie.

Il faut donc que les malades, à travers des associations et une procédure de représentativité établie, participent à l'élaboration de la politique de santé et à sa mise en œuvre. C'est finalement dans ce partage du savoir et des lacunes, dans la place de l'expertise et donc de l'évaluation, dans cette reconnaissance de la demande et parole de l'usager et dans l'éradication des inégalités qu'émergera la démocratie sanitaire. Le chemin reste long et il convient de savoir si la population est réellement représentée dans le choix des priorités, avec quelle implication, si elle suffisamment et objectivement informée pour se sentir prête à intervenir.<sup>55</sup> Car il faut reconnaître que les citoyens ne peuvent que difficilement apprécier et hiérarchiser la validité des multiples informations reçues depuis l'explosion de la communication Internet, informations dont la disponibilité est très inégale en fonction de la classe sociale, ce qui accroît les inégalités.

### **1.3.2 Les conséquences de l'approche addiction**

L'approche addiction, comme on l'a décrit, permet en terme de prévention, une nouvelle approche par le comportement et non plus seulement par le produit ; celle-ci s'attache désormais à aider les jeunes à préciser les effets positifs que leur procure l'usage de produits psychotropes, tout en aidant à pointer les effets toxiques sur le plan individuel, familial, scolaire, relationnel. D'autre part, si la prise de risque est incontournable chez le jeune, cette prise de risque est souvent associée à la transgression et doit être encadrée autant que possible, d'autant que certaines consommations excessives sont tolérées par la société lorsque associées à un rite de passage dans des périodes définies.

La prévention primaire requiert des interventions multidisciplinaires mobilisant les acteurs traditionnels de l'éducation. Ces actions de sensibilisation et d'information sont fondées sur l'hypothèse que la connaissance influe sur les comportements ; c'est une prévention spécifique liée au risque d'usage et d'abus de produits. Les animations à caractère culturel, sportif ou humanitaire se donnent d'ailleurs pour objectif de travailler sur les facteurs de protection des jeunes, du respect de l'autre, de la restauration de l'image de soi, apprentissage de la vie collective et de l'autonomie, de la responsabilité et de la solidarité.

---

<sup>55</sup> BARRE S. HOUDART L. *Le rôle des agences*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 2001, n° 37, pp 26-40.

Le concept addictif permet aussi d'intégrer la dimension poly consommation de plus en plus observée chez les jeunes. La consommation d'alcool est de plus en plus associée à d'autres produits psycho actifs comme le tabac par exemple, dans un jeu du consommateur avec quelques uns de ses neurorécepteurs.<sup>56</sup>

Concernant le problème de la dépendance qui est beaucoup plus restrictif que celui de l'addiction, une classification du risque de dépendance des différentes substances légales ou non, été donnée en 1997 autour de cinq critères : la virulence des symptômes hors du sevrage, un effet de renforcement (incitation du consommateur à revenir vers la substance), un seuil de satiété ( besoin d'augmenter les doses), la dépendance ( perte de contrôle sur la consommation), et un effet sur les perceptions ( distorsion perceptives).<sup>57</sup>

Egalement dans toutes les addictions, on observe la place de l'accompagnement des rechutes et non simplement de la prévention de celles-ci, cette rechute maturante faisant partie intégrante du traitement et du chemin thérapeutique. Certains sujets vont en effet parfois vouloir retrouver les effets psycho actifs que la substitution n'apporte plus, montrant encore ici , que le désir est plus important que le produit. Avec la répétition des prises dans un environnement identique, le lien entre la satisfaction ressentie et les conditions d'obtention du produit se consolide ; la drogue et les conditions de la prise deviennent pour le consommateur les seules réponses trouvées à son mal être.

Et plutôt que dire que la chimiothérapie rend le patient accessible à la psychothérapie, on préconisera une qualité de la relation thérapeutique qui permettra l'expérience de traitement dont la gestion reviendra en fin de compte au sujet concerné.

Il ne faut cependant pas oublier qu'il existe des spécificités selon les produits. Ces spécificités apparaissent plus nettement lorsqu'il y a une dépendance forte à un seul produit (notamment tabac, alcool, héroïne). Inversement, moins la conduite est organisée autour d'un produit, plus les aspects communs sont nombreux. Il existe souvent une dépendance principale même dans les poly consommations, qui oriente le parcours de vie, de soins et d'accompagnement. D'autre part, plus la dépendance installée est sévère, plus les aspects cliniques et les dommages sont spécifiques et appellent un soin spécifique.

Les approches thérapeutiques peuvent être différentes : sevrage et abstinence, substitution (nicotinique, opiacée), politique de réduction des risques, approche médicale et sociale de

---

<sup>56</sup> POLOMENI P. *Dossier usages de drogues et toxicomanies*. Actualité et dossier en santé publique, Mars 1998, n° 22, 44p.

<sup>57</sup> LEBEAU B. *Toxicomanie et politique de santé*. La revue Soins, Mai 2002, n° 665, pp 46-50.

dosage variable. D'autant qu'il existe des complications somatiques, psychologiques, sociales spécifiques (tabac / alcool / substances illicites).

Enfin, certaines consommations sont socialement admises selon les produits, avec une composante culturelle marquée.<sup>58</sup>

Le toxicomane dépendant aux drogues illicites, renvoie à une pathologie du manque de lien. Le rapport à soi et à l'autre ou à l'institution ne peut se concevoir qu'à travers le produit et cette réalité entraîne chez le toxicomane des comportements et des motivations spécifiques. Il nécessite une écoute attentive et bienveillante centrée sur lui-même et non sur le produit, dans une nécessaire prise de conscience de son corps et son ouverture à une communication constructive. De ce fait, on ne peut opposer les stratégies thérapeutiques fondées sur le sevrage et l'abstinence et d'autres stratégies fondées sur la substitution et la maintenance, sachant que les traitements de substitution sont des traitements de maintenance destinés à équilibrer des mécanismes cérébraux et à réduire les risques mais ils ne sont pas un sevrage et l'échéance n'est pas fixée.

### **1.3.3 Les possibilités d'articulations PRS / MILDT**

Les programmes départementaux MILDT ont pour vocation, la définition d'une politique de santé départementale autour de la lutte contre les drogues et dépendances, associant les partenaires de la prévention, de l'éducation, du monde associatif, de la justice et des forces de l'ordre, du soin et de la réinsertion. Ils définissent des priorités, coordonnent les acteurs dans ses instances de suivi et programment chaque année des actions financées ou co financées par les crédits spécifiques MILDT (chapitre 47.16.30 départementaux) et ou autres chapitres de l'Etat (47.11.20 régionaux et 47.15.40). Ils doivent donc être transversaux aux différents services déconcentrés de l'Etat comme les DDASS, DRASS, la direction de la jeunesse et des sports, la direction de la protection judiciaire de la jeunesse, la direction de l'équipement, mais aussi le service de la promotion de la santé en faveur des élèves, les parquets et juges d'application des peines des différents tribunaux, et les nombreuses associations et professionnels concernés : gastro entérologues, psychiatres, pneumologues, etc.

Le PRS coordonne quant à lui une politique de santé au niveau régional dans le même domaine transversal, allant de la prévention aux soins et à la réinsertion ; les acteurs sont

---

<sup>58</sup> MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. *Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions*, Premier Ministre, Septembre 2001.

donc les mêmes que pour les quatre plans départementaux mais réunis sur la région. Certaines institutions ne se situent cependant qu'au niveau régional comme les ARH, les URCAM et les URML, même si ces structures participent ponctuellement et localement aux débats des programmes départementaux sur tel ou tel projet.

Pour le PRS comme pour les programmes départementaux MILDT, on observe donc, une multiplication d'instances et de lieux de décisions : ARH, URCAM, URML, Etat généraux, Conseils Généraux, tandis que le souci légitime de chaque instance est d'établir son autorité sur son champ de compétence et de définir ses propres priorités ; ce qui conduit à mobiliser beaucoup d'effort pour se différencier et se coordonner avec les autres institutions, l'Etat conservant son rôle d'arbitrage, dans un partenariat érigé en nouvelle forme d'action publique.<sup>59</sup>

Enfin, cette multitude de lieux de décisions illustre une diversité des circuits de financement mêlant crédits d'Etat DGS ( Direction Générale de la Santé), crédits d'Etat MILDT, Crédits FNPEIS, collectivités territoriales, Assurance Maladie, etc.

D'où un système d'action fonctionnant actuellement parfois sur des rapports de forces ou de marchandage, où interviennent alliance, méfiance, et jalousie<sup>60</sup>. Chaque acteur défend son influence et la décision se construit plus par la négociation et la confrontation que par la rationalité, pour des décideurs qui visent parfois plus la satisfaction que l'optimisation, dans un préjudiciable oubli de la parole de l'utilisateur, à travers ce qui peut le représenter.

Il existe, en réponse à ces difficultés, le comité régional des politiques de santé rassemblant tous les décideurs et financeurs de la région autour du préfet de région, institué par le décret de 1999 et précisé par la circulaire du 20 novembre 1997. Il fut initié par le comité permanent de la CRS avec un rôle de coordination des programmes. Le fonctionnement de ce comité régional des politiques de santé est plus ou moins efficace selon les régions et peu d'élus s'y sont engagés .

Si le succès du PRS dépend d'une coordination forte des acteurs, d'une implication réelle des décideurs et d'une bonne communication, l'action démocratique doit, elle, respecter quatre temps : la désignation des autorités légitimes, l'organisation du débat public, la

---

<sup>59</sup> COLLIN J.F. *L'élaboration de priorités de santé en France (1995-2000) : un processus d'amélioration de la démocratie sanitaire*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 61-72.

<sup>60</sup> DEMAILLY L. *Groupes professionnels et pilotage des politiques publiques*. Revue Française des Affaires Sociales, Octobre Décembre 2001, n° 4, pp 123-125.

décision, et les principes de justice et d'évaluation mobilisés. La démocratie implique en effet la possibilité de mettre en cause la responsabilité du décideur.<sup>61</sup>

Deux légitimités sont sources de problèmes dans ces PRS : celle de l'Etat animateur et coordonnateur d'une politique de santé ventilée dans de multiples compétences décentralisées, et celle des représentants des usagers. L'articulation entre le PRS et les plans départementaux MILDT va donc nécessiter une représentation des chefs de projets MILDT dans les groupes d'écriture et dans le comité de suivi du PRS.

L'organisation du débat public fait, quant à elle et comme nous l'avons décrit, appel aux principaux mêmes acteurs, qui devront pouvoir tous, participer aux travaux et au suivi.

Concernant les objectifs, le PRS va devoir différencier ses objectifs de coordination des politiques départementales et ses objectifs propres au niveau régional.

D'où une élaboration de fiches actions qui ne devraient concerner au régional que les actions non prises en charge par les programmes départementaux.

Enfin, comme les acteurs le soulignent souvent, un des grands problèmes du PRS reste l'éparpillement des financements et les problèmes de territorialités parfois différentes (services pénitentiaires, gendarmerie, rectorat, etc.) D'autant que la mise en oeuvre de ces PRS nécessitent des mécanismes incitatifs puissants, et des enveloppes financières significatives et pluriannuelles.

Le rôle du PRS par rapport aux plans MILDT pourrait donc être de soutenir les plans départementaux en matière de prévention primaire par un travail de diffusion de l'information (validée par la MILDT), de coordination et de mutualisation des outils, en privilégiant les actions axées sur la formation et la culture commune ; il pourrait être également de coordonner et d'articuler les plans départementaux avec les autres PRS existant, mais aussi les volets concernés des SROS (cancérologie, urgences, santé mentale, soins de suite) et également avec les partenaires régionaux comme l'URCAM, ARH, URML, Conseil Régional, Conseils Généraux, Rectorat.

Ce rôle renvoie implicitement à une organisation plus claire des financements.

---

<sup>61</sup> NICOLAS C. *Les programmes régionaux de santé*. Actualité et dossier en santé publique, Mars 2000, n° 30, pp 78-81.

## **2 - LA METHODOLOGIE**

A l'occasion de la fin du PRS Alcool, et du souhait de la Conférence Régionale de Santé et du Préfet de Région de le poursuivre et le transformer en PRS Addiction, l' Inspection Régionale de la Santé a proposé de me confier ce travail de coordination et d'animation, dans le cadre de ma formation, de mon expérience MILDT et de ce mémoire pouvant aborder les enjeux d' un PRS Addiction.

Une lettre de mission fut signée par madame la Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, et adressée aux quatre chefs de projets MILDT et directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales.

La méthodologie va alors reposer sur un ensemble d'informations permettant d'appréhender la problématique et la conduite à tenir en terme de propositions aux acteurs et décideurs, concernant le cadre, la finalité, les objectifs et la structure du PRS envisagé.

Quatre principaux éléments vont étayer la démarche : tout d'abord une synthèse des indicateurs épidémiologiques en matière d'addiction, et une analyse des programmes départementaux MILDT, puis des entretiens ouverts et prospectifs avec quelques partenaires, enfin l'élaboration d'un questionnaire adressé à tous les acteurs régionaux, accompagné d'un courrier de la Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

### **2.1 LES ADDICTIONS EN CHIFFRES**

#### **2.1.1 : Les indicateurs**

Afin de définir des priorités de santé publique en connaissance de cause et de réduire les inégalités de santé, il faut s'appuyer sur une information de qualité, partagée et utilisée par tous. Les responsables de la santé souhaitent mieux percevoir les dynamiques du système de santé et de soins, leurs tendances d'évolution, les déterminants des fragilités et des inégalités de santé, les problèmes les plus lourds actuels et prévisibles, les gains de santé qu'ils peuvent espérer des actions visant à diminuer les comportements à risque et à accroître la prévention, ce qui correspond finalement aux attentes des usagers et du grand public en général.<sup>62</sup>

---

<sup>62</sup> PAPAYRE C. *Connaissance de l'état de santé : état des lieux*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 129-142.

Pour mesurer un phénomène, on peut raisonner en terme de données relatives à la durée de vie et aux maladies, de données sur les comportements et facteurs de risque, de données relatives à la santé perçue et la qualité de vie, et par des indicateurs indirects comme la consommation et l'offre de soins.

Le but d'un système d'information de PRS n'est pas de redémontrer des liens de causalité mais de connaître l'importance locale d'un phénomène.

Les sources permettant d'approcher ces phénomènes sont les niveaux de consommation (prévalence), la population à consommation problématique (activité des services, dont ceux de la justice, des forces de l'ordre et des douanes), et les conséquences de la consommation (mortalité morbidité), parmi lesquels on relèvera :

- les décès par cirrhose, psychose et dépendance alcoolique, les cancers des voies aéro-digestives supérieures, et les accidents de la voie publique avec alcoolémie pour l'alcool,
- le cancer de la trachée, des bronches, des poumons pour le tabac,
- les overdoses, psychoses et suicides, sida, hépatite, et autres morts violentes pour les drogues illicites. Pour les médicaments, les indicateurs restent à affiner (vente de psychotropes).<sup>63</sup>

Il s'agit ici effectivement moins de construire des faits scientifiques que des arguments raisonnablement défendables sachant que pour le décideur, il y a nécessité de disposer d'une information même rustique, pourvu qu'elle ne soit pas inexacte<sup>64</sup>, en définissant les indicateurs permettant d'évaluer le PRS.

### **2.1.2 Le niveau national :**

La meilleure connaissance des facteurs de risques liés au comportement sur les mortalités et morbidités évitables, a relativisé le système de soins et la science désormais impuissants à améliorer davantage et significativement l'espérance de vie.

D'autre part, il est également frappant que soit estimé à 10 000 le nombre de décès qui seraient évités si les ouvriers et les employés avaient la même mortalité que les cadres supérieurs.

Au cours des années 1990, les tendances montrent une diminution de la consommation de tabac, une stabilité pour l'alcool et les médicaments psychotropes à l'exception des

---

<sup>63</sup> POLOMENI P. *Dossier usages de drogues et toxicomanies*. Actualité et dossier en santé publique, Mars 1998, n° 22, 44p.

<sup>64</sup> PERRET B. *L'évaluation des politiques publiques*. La découverte, collection repères, Paris, 2001.

antidépresseurs. Ces drogues licites sont consommées de manière importante dans la population générale et constituent une part majeure des consommations problématiques de drogues. Pour les drogues illicites, le cannabis est en hausse avec un phénomène de banalisation ; les consommations d'autres substances se développent mais moins fortement avec une diversification des produits expérimentés surtout dans des contextes festifs : champignons hallucinogènes, drogues de synthèse, voire cocaïne.

Les conséquences des usages nocifs en matière d'addiction, se déterminent ici par produits :

#### 2.1.2.1 Le tabac :

Le tabac est sans doute le produit psycho actif le plus meurtrier puisqu'on estime à 60 000 le nombre de morts par an, 57 000 hommes et 3000 femmes ; les projections 2030 annoncent 110 000 morts chez les hommes et 55 000 femmes.

Les mesures réglementaires adoptées au niveau national relatives à la publicité, l'interdiction de fumer dans les lieux publics et l'augmentation des taxes, ont permis, accompagnées des messages préventifs, de baisser la consommation depuis 20 ans mais certains groupes comme les jeunes, les femmes enceintes et les précarisés restent largement exposés.<sup>65</sup>

Or et concernant surtout les jeunes, il est admis qu'en matière de cancer, la durée du tabagisme pèse plus que la quantité, à l'heure où l'on trouve 50 % de fumeurs chez les vieux adolescents et jeunes adultes. Chez les adultes, 1/3 se disent fumeurs.

Et si le produit a été rendu moins accessible, on observe jusqu'à la vente libre des produits de substitution nicotinique, l'absence d'aide apportée à tout fumeur. Le tabac est pourtant peu psychotrope mais très addictif.

Les cigarettes légères sont aussi nocives que les cigarettes plus riches en goudron et nicotine ; l'oxyde de carbone est le principal responsable de la toxicité vasculaire.

La lutte contre le tabac se concentre ainsi sur la protection des fumeurs passifs, dans la prévention chez les jeunes et dans l'aide au sevrage.

Cette aide au sevrage est encore très hétérogène puisqu'une enquête de 1999 observait une consultation pour 20 000 habitants dans le Pas de Calais et une pour 250 000 habitants en Haute Normandie, avec des objectifs parfois avancés d'une consultation d'aide au sevrage pour tout établissement de plus de 500 lits.

---

<sup>65</sup> OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Drogues et toxicomanies : répertoire des sources statistiques*. OFDT, Paris, 1998.



Des chiffres sont cependant encourageant : 20 à 30 % des personnes ayant sollicité une consultation d'aide au sevrage ne refusent pas au bout de 6 mois. Chez les élèves, une action fait diminuer de 15 % le nombre de fumeur.<sup>66</sup> Quant au rôle du médecin généraliste, il est sous exploité ou en tout cas mal connu et estimé.

#### 2.1.2.2 L'alcool :

Concernant l'alcool, le risque d'alcoolisation excessive est relevé chez un patient sur cinq ayant recours au système de soins, dont 75% d'hommes.<sup>67</sup>

Là aussi on peut observer une diminution de la consommation générale mais avec un niveau qui reste encore un des plus élevés d'Europe. Un risque de dépendance est repéré, dans les enquêtes un jour donné, chez 7% des patients hospitalisés et 5% des personnes vues en cabinet de ville.

20% de l'activité de soins concernent des patients présentant un risque d'alcoolisation excessive, avec un risque maximum entre 35 et 64 ans. L'alcoolisation est également plus fréquente chez les publics précarisés et est souvent associée à d'autres substances comme le tabac.

Une grande majorité des patients dépendants déclare bénéficier d'une prise en charge spécifique : médecins de ville, CCAA, associations.

12 % des automobilistes déclaraient en 1995 avoir conduit en état d'ivresse dans les douze derniers mois.

En France il y aurait 2 700 000 hommes et 600 000 femmes à consommation d'alcool à haut risque. Si l'on se réfère aux chiffres nationaux, certains indicateurs sont frappants : un décès sur huit chez les hommes de moins de 65 ans et un décès sur 14 chez les femmes, sont liés à une consommation excessive d'alcool.

#### 2.1.2.3 Les drogues illicites

Actuellement, le nombre de décès annuels dus aux drogues illicites ne peut pas être estimé, et on ne dispose que des décès par overdose et par sida (300 en 2000).

25 % des adultes de 18 à 44 ans déclarent avoir consommé des drogues illicites au cours de la vie, principalement du cannabis.

---

<sup>66</sup> LEBEAU B. *Toxicomanie et politique de santé*. La revue Soins, Mai 2002, n° 665, pp 46-50.

<sup>67</sup> MOUQUET M-C. VILLET H. *Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné*. Etudes et résultats DREES, Septembre 2002, n° 192.

Les conséquences problématiques liées à l'usage de drogues illicites restent dominées par la consommation d'héroïne ; la consommation de cocaïne est aussi fréquemment rencontrée avec souvent une association aux opiacés. On estime entre 150 000 et 180 000 le nombre d'usagers d'opiacée ou de cocaïne à problème.

Si la prévalence du VIH chez les usagers de ces drogues continue de baisser (16% en 1999), la prévalence du VHC continue d'augmenter et atteint 63 % (1999)

### **2.1.3 Les chiffres en Champagne Ardenne :**

La région Champagne Ardenne est marquée par des indicateurs épidémiologiques défavorables à l'image des régions du nord de la France. Ainsi malgré un niveau socio économique global considéré comme favorable puisque le produit intérieur brut par habitant la place au 5<sup>ème</sup> rang des régions françaises, la plupart des indicateurs sanitaires et sociaux sont défavorables avec de fortes disparités infra régionales.

La région est marquée par un territoire géographique important avec une des plus faibles densités de population inégalement répartie sur le territoire. (69 hab/km<sup>2</sup> dans la Marne contre 31 dans la Haute Marne), proche de la région parisienne.

54% des décès prématurés masculins et 51 % des décès prématurés féminins peuvent être considérés comme évitables. Chez les hommes, 93 % des décès prématurés évitables sont liés à des comportements à risque (consommation excessive d'alcool et ou de tabac le plus souvent).

La région présente une surmortalité générale significative comparée à la France, + 5,8 %, dont +8% pour les hommes et +3% pour les femmes. Les deux principales causes de décès tous âges confondus en Champagne Ardenne comme en France, sont les maladies de l'appareil circulatoire (32% des décès) et les tumeurs (28%)

Sur les 12 519 décès de la région, 2728 sont des décès prématurés c'est-à-dire des décès survenant avant 65 ans, soit 22 % de l'ensemble des décès. (29% pour les hommes). L'indice comparatif de mortalité prématurée (qui élimine la structure d'âge de la population) de la Champagne Ardenne est significativement supérieur à la moyenne nationale : + 11 % pour les hommes et +9% pour les femmes. La région occupe une position défavorable étant au 18<sup>ème</sup> rang des régions françaises pour les hommes et au 20<sup>ème</sup> rang pour les femmes.

La majorité des décès avant 65 ans a pour origine les cancers (38 % pour les hommes, 42% pour les femmes) puis les causes extérieures notamment les accidents de la circulation et les suicides, enfin les maladies cardio-vasculaires.

Ces indices régionaux masquent cependant de grandes disparités infra-régionales. Les zones urbaines et péri urbaines apparaissent démarquées du reste de la région. L'offre de soins y est importante et l'état de santé relativement satisfaisant. Les cadres y sont très présents. Le reste du territoire régional se découpe en zones ouvrières et rurales, qui sont éloignés de l'offre de soins. Les zones à prédominance ouvrière sont assez jeunes mais présentent une surmortalité préoccupante, notamment pour les Ardennes. Quant aux zones plus rurales, la population est en général âgée et connaît soit une sous mortalité soit une surmortalité. (Données Observatoire Régional de la Santé de Champagne Ardenne, janvier 2002).

## **2.2 L'EXPERIENCE DE DEUX AUTRES REGIONS**

Nous avons choisi d'analyser un PRS alcool et un PRS addiction récents.

A - Haute Normandie : Programmation régionale alcool : « L'alcool, l'affaire de tous, les Haut Normands s'engagent » 2000-2002.

Après un état des lieux séparant les volets prévention, social, soins, répartition régionale de l'offre sanitaire et sociale, et formation des intervenants, les animateurs énumèrent certains constats : en matière de prévention, les populations ciblées sont larges avec une prédominance pour les jeunes, les interventions sont nombreuses mais non répertoriés et valorisées, les interventions font appels à peu d'outils, et l'évaluation est surtout quantitative et reste peu développée. En matière d'accompagnement social et de soins, le dispositif de prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool est insuffisant et hétérogène, on relève des disparités importantes dans la répartition territoriale des différentes structures, les moyens en personnel apparaissent insuffisants et peu diversifiés, la formation des personnels est cruciale avec peu de personnes à ce jour formées en alcoologie, des problèmes de disponibilité de lits pour la réalisation des sevrages avec des délais de placement importants, et une insuffisance de prise en charge des personnes placées en établissement pour handicapés physiques et mentaux, ou carcéral.

Concernant les orientations du PRS, on distingue cinq objectifs :

A – Mieux connaître les conséquences de la consommation d'alcool : rechercher les informations permettant d'orienter la lutte contre les effets de l'alcoolisation

- identifier le risque alcool dans les accidents domestiques et du travail
- mesurer l'importance du problème alcool chez les patients vus en médecine libérale et dans les établissements de santé.
- mesurer l'alcoolisation des femmes enceintes et le syndrome d'alcoolisme fetal
- quantifier l'importance des difficultés liées à l'alcool chez les personnes suivies par les services sociaux
- identifier l'importance de l'alcool dans l'activité des services de police et de gendarmerie
- avoir une connaissance locale de l'importance du facteur alcool dans les infractions routières.

B – Améliorer la prévention de l'alcoolisme :

- améliorer la connaissance des actions de prévention
- développer la qualité des interventions
- conforter l'accompagnement social effectué par les travailleurs sociaux et les associations d'anciens buveurs
- mettre en place des actions spécifiques en direction de publics prioritaires ou de situations à risques : jeunes en milieu scolaire (méthodologie d'intervention, Comités d' Education (CESC), formation de l'encadrement, âge le plus pertinent) et hors milieu scolaire (identifier les acteurs, partages d'expérience, formations des acteurs), mère/enfant ( enquête épidémiologique, informations grands publics et femmes enceintes, formations des acteurs, développer le dépistage par les professionnels, améliorer la prise en charge des femmes ayant un problème avec l'alcool), milieu du travail (moins de 50 salariés, formation des cadres, forums inter entreprises), sécurité routière ( améliorer la connaissance locale et travailler en direction des jeunes, améliorer la commission des retraits de permis).

C – Consolider et développer l'offre de soins :

- assurer le dépistage et la prise en charge précoce des personnes en difficulté avec l'alcool : améliorer la connaissance des services spécialisés et développer un regard et un accompagnement adaptés aux urgences
- renforcer et développer le dispositif spécialisé : un CCAA pour 100 000 habitants, renforcer l'alcoologie de liaison et les unités d'alcoologie, inciter à l'hospitalisation à temps partiel, et développer les soins de suite et de réadaptation.

- Organiser territorialement le dispositif

D – Faciliter le travail en partenariat : réseau

E – renforcer et développer la formation des intervenants :

- favoriser l'articulation entre la prévention et le soin par formations conjointes
- favoriser l'articulation entre les prises en charge sanitaires et sociales

Ce PRS, axé uniquement sur l'alcool, est, on le voit, lisible et compact. Il fut cependant réalisé en même temps que s'élaboraient des plans départementaux MILDT et l'articulation a sans doute occasionné secondairement quelques problèmes, à l'image de ce qui se produisit en Champagne Ardenne. En effet, on observe ici une prévention primaire axée sur la consommation d'alcool mais peu sur l'augmentation des résiliences et sur les modes de poly consommation, et une prise en charge fléchée sur le renforcement des moyens octroyées aux structures spécialisées sans parler des mutualisations possibles pour une meilleure efficacité.

Ce PRS est donc un programme fondé sur le produit alcool avec une logique claire et globale, mais qui ne peut s'articuler que partiellement avec une politique départementale basée sur la lutte contre les addictions comme il sera également difficile de l'articuler avec un éventuel SROS addictologie, sauf à ajouter aux différents échelons de concertation et de décision existants, celui de cette thématique alcool seule. Il apporte cependant des idées intéressantes dans le cadre d'une lutte contre des spécificités de l'alcool par rapport aux autres produits .

B - Pays de la Loire : Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives 2001 – 2005, Volet prévention du Programme Régional de Santé. Décembre 2001.

Ce programme s'inscrit dans un contexte sensiblement proche de la Champagne Ardenne car il s'élabore sur l'existant de plans départementaux déjà effectifs. Il commence par rappeler l'épidémiologie et les raisons d'une évolution du PRS « conduites d'alcoolisation à risques » vers un PRS « pratiques addictives », avant d'aborder les principes et la méthodologie de la démarche. On trouve ici un débat sur une base de réflexion commune, une démarche partenariale et pluraliste avec les acteurs de santé, le rappel des démarches déjà engagées dans le soin et la prévention par l'analyse des plans MILDT. Ce bilan s'achève sur des perspectives régionales où est réaffirmée l'élaboration d'une stratégie de plus value régionale prenant en compte et respectant les dynamiques départementales et les programmes de proximité mis en place. Cette plus value régionale se construit autour de

quatre objectifs : une organisation de la coordination, une amélioration de la communication, un développement de la formation et une mise en place d'une politique d'évaluation. Des populations spécifiques sont par ailleurs définies : les 18-25 ans, les femmes enceintes, la famille et l'entourage, les populations sous main de justice et le monde des entreprises. Enfin, deux orientations stratégiques de la politique de prévention sont réaffirmées : prévenir l'usage nocif des produits addictifs et réduire les dommages liés à la consommation de ces produits.

Une seconde grande partie est alors consacrée au plan d'action régional, décliné sur les quatre objectifs généraux précédemment décrit.

#### 1 – organiser la coordination

- valoriser la mise en place des programmes départementaux MILDT : désigner un coordinateur régional, repérer les points forts et les difficultés de ces plans pour les porter à la connaissance des acteurs des différents départements.
- favoriser la mise en réseau des divers partenaires : échange de pratiques, échanges entre services universitaires de médecine préventive pour développer les actions régionales
- permettre la lisibilité et la visibilité des modes de financement
- améliorer les modalités d'actions des différents acteurs de prévention : charte d'intervention, charte d'éducation et de promotion de la santé, inciter à la participation des acteurs de prévention aux réseaux de soins.
- Développer l'inter ministérialité et les liens avec les associations : culture commune en matière de santé publique.
- Consolider les liens avec les autres programmes régionaux de santé : mobiliser les chefs de projets des PRS existants (cancers, PRAPS, Suicide, Sida) pour la promotion d'actions transversales.

#### 2 – Dynamiser la communication, l'information, la sensibilisation du public.

- permettre aux partenaires et acteurs de suivre l'évolution du PRS : outils pour suivre la montée en charge des actions départementales, site Internet du PRS, bourse d'idées ; diffusion annuelle de l'état d'avancement du PRS.
- Optimiser l'offre régionale de documentation en santé publique et en promotion de la santé : pôle ressource régional et liens fonctionnels avec les structures offrant un service d'information ou de documentation de proximité.
- Démultiplier les outils de sensibilisation du public à la prévention des pratiques addictives : informations sur supports innovants en direction du grand public

- Amener l'information spécialisée au niveau des populations spécifiques : adapter l'information existante avec la participation d'usagers en s'appuyant sur les acteurs de proximité
- Promouvoir les plans de lutte contre les pratiques addictives dans les institutions pour les amener à être partenaires.

### 3 - développer la formation et la sensibilisation des acteurs et des relais.

- aider à la mise en place de formations des acteurs et des relais : médecins libéraux, personnels intervenants auprès des parturientes, cadres et personnels encadrant des services pénitentiaires, professionnels des associations dans des projets de proximité, étudier la faisabilité d'une sensibilisation des décideurs locaux, favoriser l'organisation d'une formation pour les 18 – 25 ans capables d'intervenir en temps que relais auprès de leurs pairs.
- compléter le volet prévention à l'addictologie des professionnels : journées d'échanges.
- introduire la problématique des pratiques addictives dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie au travail : prévention au sein des entreprises, prendre en compte les pratiques addictives dans l'évaluation des risques professionnels.
- développer des actions de sensibilisation vers les milieux du sport et des loisirs : apporter l'information sur le dopage au plus près des sportifs
- identifier et faire connaître les formations complémentaires en addictologie : établir un répertoire des formations existantes par secteur professionnel.

### 4 – Contribuer à la connaissance des actions entreprises et à l'évaluation des pratiques addictives

- contribuer à l'évaluation des actions entreprises : indicateurs qualitatifs et quantitatifs d'évaluation interne par type d'action ; évaluation externe.
- Améliorer la connaissance des pratiques addictives en milieu spécifique : sécurité routière et monde des entreprises.
- Approfondir la connaissance des actions entreprises dans le domaine des populations sous main de justice, en constituant un groupe régional santé justice pour assurer la promotion et le suivi des actions de prévention, et réaliser une enquête sur le suivi des peines d'intérêts général et de sursis avec mise à l'épreuve dans le cadre des conduites en état alcoolique.

Le PRS se termine par un rappel sur la planification en France avec les positionnements respectifs de la CRS, du Préfet de Région, du Comité Régional des Politiques de Santé

(CRPS), ainsi qu'un calendrier permanent concernant les dates de dépôt de projet, de sélection, et d'évaluation. 14 fiches actions sont enfin proposées.

On voit ici l'importance du CRPS qui lorsqu'il ne prend pas toute sa place, peut empêcher la bonne réalisation d'un PRS.

Comme on le constate, l'approche addiction modifie la structure même du PRS. S'appuyant sur les plans départementaux existants, ce programme centre son action, outre sur le soutien de ces plans, sur des thématiques régionales comme la formation, la diffusion de l'information, l'organisation du partage de compétences. Il est cependant limité à un volet prévention primaire et n'aborde pas le soin et la réinsertion. Il cible enfin, quelques publics prioritaires mais sans indiquer si les plans départementaux doivent intégrer ces publics cibles comme également prioritaires pour leurs actions propres.

Ce PRS est intéressant dans la mesure où il annonce un « coordonnateur MILDT régional » et indique des voies de réponse à une situation analogue à celle de la Champagne Ardenne, avec un PRS Alcool existant, dont il est d'ailleurs intéressant de rappeler ici les objectifs 1999-2003: (cf annexe n° 7)

- But 1 : rendre la population actrice de la prévention du risque alcool.
  - Modifier l'image culturelle de l'alcool
  - sensibiliser les jeunes au risque alcool
  - sensibiliser le monde du travail au risque alcool
  - réduire les accidents de la route
  - promouvoir des outils de prévention
  - actualiser la législation
- But 2 : favoriser l'accès de tous aux soins et à l'insertion.
  - Identifier et aider à la reconnaissance du problème alcool
  - améliorer la prise en charge dans les situations d'urgence
  - construire le projet thérapeutique des personnes en difficultés avec l'alcool
  - rapprocher les structures de soins des patients. Créer des réseaux
  - prendre en compte l'environnement des sujets en difficulté avec l'alcool
  - favoriser l'insertion, la réinsertion, le lien social.
- But 3 : assurer la mise en œuvre et l'évaluation des activités du programme
  - mise en place d'un comité de suivi du programme régional de santé
  - suivi des indicateurs régionaux en alcoologie
  - participer à des travaux de recherche en alcoologie
  - évaluation des résultats de la prise en charge des patients en alcoologie



## **2.3 LES OPINIONS DES ACTEURS ET DECIDEURS LOCAUX**

Après avoir cerné la problématique en terme d'épidémiologie et observé l'expérience d'autres régions, il convenait de pouvoir fonder le partenariat et l'approche de ce PRS addiction, sur une volonté légitime des acteurs régionaux, leur analyse des besoins et de l'existant, leurs attentes. Le choix fut porté sur les responsables des CODES, des CPAM et des DDASS, structures habilitées chacune à son niveau, d'animer une part de politique de santé.

Le recueil de ces opinions va porter sur deux domaines différents; d'abord leur perception des priorités régionales en matière de lutte contre les addictions, et leur perception de l'articulation à mettre en place entre les différents niveaux territoriaux et les différents programmes.

La méthodologie repose sur trois temps distincts :

### **2.3.1 Le recueil des opinions du terrain par entretiens**

Afin de cerner l'état des lieux organisationnel au niveau des quatre départements ainsi que les attentes actuelles des partenaires locaux, des entretiens ouverts et semi directifs ont été organisés. Ces entretiens furent programmés sur une journée dans chaque département sauf la Marne étant donné que j'y assurais l'animation de la politique MILDT sous la responsabilité du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales depuis 3 ans .

L'analyse de ces entretiens retranscrits permet de noter certains points relatifs à la politique actuelle vis-à-vis des addictions tant au niveau départemental que régional.

1. Pour la Haute Marne, il ressort des discussions avec le directeur adjoint de la CPAM et la responsable du service « Prévention et éducation à la santé » riche de 3.5 ETP, le regret d'une absence de politique départementale réelle, secondaire pour une part à des changements trop fréquents de chef de projet, avec encore récemment le départ du Directeur de Cabinet du Préfet qui exerçait selon eux cette fonction dans une optique de sanction avec une implication forte de la police et des douanes.

La Caisse rapporte des actions en binôme caisse - associations ou caisse - DDASS (essentiellement à travers le PRAPS) mais regrette l'absence d'un programme départemental partenarial. Son rôle peut être celui de financeur mais aussi celui de

promoteur, d'animateur et d'évaluateur. Deux animatrices, actrices de terrain réalisent d'ailleurs des actions en milieu scolaire et précaire. La Caisse se fait enfin relais des campagnes nationales.

Quant au Subutex\*, un protocole demande la désignation d'un médecin par le patient, avec refus de remboursement pour les prescriptions de Subutex\* émanant d'un autre médecin, dans le cadre d'une prise en charge au titre des ALD (affections longues durées).

Enfin, le directeur souligne la carence de post cure en matière de toxicomanie sur le territoire de la Haute Marne.

Concernant les attentes du futur PRS Addiction, on note la facilitation d'un travail en réseau, la définition des compétences de chacun, la planification des actions de manière globale, une vision prospective à moyen terme et une évaluation.

Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le médecin de santé publique contractuel de la DDASS, l'inspectrice DDASS chargée des politiques de santé confirment les difficultés passées en matière d'élaboration d'une politique de santé publique en ce domaine, secondaires à des pénuries en personnel importantes et des changements fréquents de chef de projet. Le directeur départemental, nouvellement arrivé et désigné chef de projet, compte cependant relancer une dynamique sur cette thématique grâce à la présence également récente du médecin inspecteur de santé publique.

L'accent est mis sur l'état des lieux des structures ou associations ou actions existantes, et sur les difficultés à rassembler des bassins de vie de cultures différentes et non superposables aux frontières administratives ; ainsi on relève un triangle « Saint Dizier, Bar le Duc, Vitry le François », de culture champ ardennaise, un bassin autour de Chaumont, et un autre autour de Langres. On note également un effort associatif, par l'association « ruban rouge » initialement orientée vers la lutte contre le sida, et un réseau ville hôpital avec le Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme (CDPA), autour des villes de Saint-Dizier et Chaumont. L'implication récente des personnels de la DDASS a orienté la discussion sur un état des lieux en cours d'élaboration, marquant l'urgence d'une mobilisation départementale avant de pouvoir investir le terrain régional, montré cependant comme une aide et un support à leur dynamique propre, avec le souci de voir se réaliser un PRS plus pragmatique, concret, et axé sur l'évaluation, et sur la protocolisation d'un tableau type des différents crédits mobilisés par les addictions. Sont également soulevés le désir de s'impliquer dans la thématique médicament des addictions, la diffusion d'éthylomètres dans les discothèques, et la mise en place d'une injonction thérapeutique toujours inexistante faute de médecin, en partenariat avec le TGI de Chaumont. Enfin, et toujours dans cette vision du futur PRS, la question est soulevée d'un volet « sida hépatites ».

2. Pour les Ardennes, le rendez vous avec le médecin inspecteur de la DDASS également chef de projet n'a pas eu lieu, et ce sont les personnels du CODES et de la CPAM qui furent écoutés.

Le CODES 08 gère aussi le CIRDD et assure le secrétariat d'une commission dépendance et d'une réunion tabac mensuelles ou bi mensuelles, instances de travail rassemblant différents acteurs départementaux. Ces groupes réalisent un travail de fond et organisent une culture commune, articulent les différents acteurs dans le milieu scolaire, déterminent des indicateurs, mais ne discutent pas des projets d'actions puisque cela se fait au sein du GTSO, Groupe Technique de Suivi Opérationnel, trimestriel et animé par le chef de projet MILDT. Ce GTSO ne discute cependant que des projets émergeant sur les crédits MILDT.

Le CODES remarque une mauvaise articulation entre les différents crédits DGS (Etat) et FNPEIS (assurance maladie). Une meilleure transparence est souhaitée dans la politique départementale.

Le CODES gère également le programme d'échange de seringues.

Les attentes du PRS Addiction sont de permettre une réflexion et une culture commune autour du comportement et non plus des produits, par des séminaires interdépartementaux, élargissant le débat au-delà de l'addiction, vers les moyens de rendre l'utilisateur acteur, vers le travail sur les facteurs de vulnérabilité et de protection, de déterminer des attitudes pédagogiques, le tout dans l'objectif d'une culture préventive commune par l'organisation d'ateliers pratiques et une remise en cause de chacun. Le PRS doit également permettre à chacun de trouver sa place dans une clarification des rôles, sans cette impression perçue de concurrence. Enfin, le PRS peut amener une connaissance comparative des quatre départements pour mettre en lumière les points positifs et faibles de chacun.

Au niveau de la CPAM, rencontre avec le Directeur et la personne chargée de l'éducation à la santé. L'accent est d'abord mis ici sur les débudgétisations récentes des structures de prévention de l'alcoolisme, avec un financement de fonctionnement devant devenir un financement par projet avec tout ce que cela implique dans l'organisation des associations existantes, et la nécessité d'une régulation départementale et régionale.

La Caisse regrette le manque de réseau formalisé en matière d'addictologie et de prévention, malgré sa participation à la commission dépendance animée par le CODES, et l'existence de quelques co-financements MILDT / CPAM. Les projets FNPEIS sont prévus au niveau de la CPAM et adressés directement à l'URCAM.

Concernant le PRS, on relevait la nécessité de partir d'une étude du besoin local vers le régional, l'élaboration d'une grille d'analyse des projets commune DRASS / URCAM, la définition d'un guide du promoteur complétant cette grille d'analyse, la réunion des quatre

CPAM avec l'URCAM au sujet de l'enveloppe débudgétisée, et la transparence des financements évitant les redondances.

Pour l'Aube, là aussi le rendez vous avec le médecin inspecteur n'a pas eu lieu, le médecin prenant ses fonctions et n'ayant pas investi ce champ de la lutte contre les addictions, tandis que l'inspectrice en charge de ce dossier partait en congés maternité.

C'est donc la personne chargée de l'accès aux soins et à la prévention et le directeur de la CPAM de Troyes seuls qui ont été interviewés.

Est relevée une participation au comité de pilotage préfectoral semestriel, actuellement suspendu à la suite du départ du chef de projet MILDT, avec un débat partenarial et un rassemblement de tous les financeurs.

L'instruction des projets FNPEIS ainsi effectuée au niveau départemental, les projets sélectionnés sont alors communiqués à l'URCAM pour décider des attributions.

L'accent est mis sur l'existence du réseau ELISEA (Education Liaisons, Information, Soins et Evaluation en Alcoologie) dynamisant la politique de lutte dans le département et sur un programme d'échange de seringues par un bus sur les différentes localités du département.

Le partenariat est perçu comme satisfaisant, et les attentes du PRS Addiction consistent en une coordination globale.

### **2.3.2 La préparation du cadrage, le questionnaire**

Le projet de questionnaire, soumis à l'avis du Médecin Inspecteur Régional et à la Directrice Régional des Affaires sanitaires et Sociales, fut donc établi en tenant compte des éléments d'interrogation soulevés lors des entretiens.

450 questionnaires ont alors été adressés par la poste à tous les acteurs recensés de la région, sur la base du fichier existant du PRS alcool complété par les acteurs de la toxicomanie et du tabac : centre d'aide au sevrage, service de pneumologie, cancérologie, CSST, programmes de réduction des risques.

(Courriers et questionnaire joints en annexe n° 1 et 2).

Sur ces 450 questionnaires, seuls 54 furent retournés, dont 7 de structures régionales, 19 de la Marne, 10 réponses de la Haute Marne, 5 des Ardennes, et 13 de l'Aube. Aucun questionnaire adressé à des élus, maires ou députés, ou adressé à des entités judiciaires ou de force de l'ordre, ne fut retourné à l'exception de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Cependant, l'ensemble des structures potentiellement intéressées par l'addiction fut représenté dans ces 54 réponses.

Ces 12 % de retour ont tout de même permis une lecture croisée par département et pour la région, de l'existant, mettant en lumière des différences de perception comme des analyses consensuelles relatives aux difficultés et aux aspirations autour de la lutte contre les addictions, comme nous allons le détailler dans le chapitre suivant.

On peut ici avancer que ce PRS va être fondé sur deux grands facteurs : tout d'abord sur le constat épidémiologique d'une surmortalité générale de 5,8 % pour la région avec 54% des décès prématurés considérées comme évitables et 93 % des décès prématurés évitables principalement liés à des consommations de produits psycho actifs ; d'autre part, sur le souhait affiché des partenaires locaux d'une meilleure coordination, organisation et transparence des programmes régionaux et départementaux.

### **3 - LES RESULTATS DE CES DIFFERENTES ANALYSES ET PROPOSITIONS**

Si l'analyse des indicateurs épidémiologiques permettant la mesure de l'ampleur du phénomène, montre le bien fondé d'une lutte contre les drogues et donc d'un PRS addictions, il n'en demeure pas moins que les indicateurs permettant de suivre le PRS restent à définir et à uniformiser sur la région par un tableau de bord validé. Quant à la lecture du PRS de Haute Normandie et celui des Pays de Loire, ils permettent d'approcher une articulation avec les programmes départementaux plus aisée dans certains domaines bien définis.

La perception locale de l'existant et les propositions régionales vont donc ensuite se fonder sur l'analyse des quatre plans départementaux MILDT existants ainsi que sur la perception des acteurs à travers les entretiens et les réponses aux questionnaires.

#### **3.1 LECTURE CROISEE DES PLANS DEPARTEMENTAUX ET DES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES**

Le premier travail consista à faire une lecture croisée entre les programmes départementaux MILDT et les questionnaires retournés. Sans être une enquête exhaustive et source de données quantitativement interprétables, ces réponses ouvertes font apparaître des notions partagées, d'autres moins, mais avec un étayage suffisamment détaillé pour faire l'objet d'une discussion ultérieure partenariale.

Les points forts de l'existant associent pour les acteurs de façon consensuelle, une volonté affirmée de travailler ensemble, une meilleure connaissance réciproque des uns et des autres, une remise en cause des pratiques globales et l'instauration de nombreux réseaux professionnels, institutionnels, transversaux.

L'analyse par département à travers les plans départementaux et le retour des questionnaires montrèrent les éléments suivants.

### **3.1.1 L'AUBE**

Selon les chiffres de 1999, l'Aube se situe au 46<sup>ème</sup> rang pour les usagers de cannabis interpellés (+12% par rapport à 98). Il n'y a pas eu de décès par overdose. Le département se situe au 40<sup>ème</sup> rang pour le recours au système médico-social, au 53<sup>ème</sup> rang pour les ventes de stéribox et au 50<sup>ème</sup> rang pour les ventes de Subutex\*.

Le nombre de consultants de l' Association Accueil liaisons Toxicomanie a augmenté de 75% entre 94 et 99 (256 consultants en 1999, 90% d'hommes et 71 % entre 18 et 29 ans). C'est le seul centre de soin agréé dans le département. Enfin, on relève une utilisation moindre de l'héroïne mais plus de psychotropes et de poly-toxicomanies. La moitié du recrutement des structures de soins provient des injonctions thérapeutiques et obligations de soins.

L'appréciation du problème de l'alcoolisme s'effectue à travers les 493 accidents de la route de l'année 2000 avec 56 morts et 638 blessés dont 175 graves, sachant que le moitié de ces accidents sont en lien avec un alcoolisme au volant supérieur à 0.55 g/l. Selon, l' INSERM (1997), 141 décès annuels prématurés (5 % des décès annuels) seraient imputables à l'abus d'alcool : 62 par pathologie somatique grave, 50 par psychose alcoolique, 29 par accident de la route. Avec la référence du taux de prévalence français pour les décès prématurés en rapport avec une consommation excessive d'alcool, de 0.684 à 0.855, le nombre de décès serait entre 200 et 250 par an.

Le dispositif spécialisé est regroupé dans l'Aube au sein du réseau ELISEA (Education Liaisons, Information, Soins, Evaluation en Alcoologie), qui rassemble le Centre Départemental de Prévention de l' Alcoolisme (CDPA), le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), une unité hospitalière de 8 lits, une Equipe Hospitalière d'Alcoologie de Liaison (EHAL), l'association Revivre, et les antennes de consultations dans les hôpitaux de Bar sur Aube, Bar sur Seine et Romilly sur Seine. En 99, le CCAA a suivi 453 consultants

dont 250 nouveaux. Parmi ces nouveaux, 86 % étaient des hommes, et la moitié était adressée par les services administratifs dont ceux de la justice.

Concernant le tabac, seuls les chiffres nationaux sont rappelés : nombre de décès multiplié par trois d'ici 25 ans, 51 % des jeunes de 19 ans fument, et la prévalence chez l'adulte est de 40 % des hommes et 30 % des femmes. Dans l'Aube, trois consultations d'aide au sevrage existent : centre de prévention de pneumologie et locaux de l'association Revivre sur Troyes, et antennes CCAA à Bar sur Seine, Bar sur Aube et Romilly sur Seine.

### Les objectifs du plan départemental 2001-2003 :

#### A – Communication information

A – 1 : mener une politique volontariste de communication et d'information

- culture commune et rassembler les connaissances

A – 2 : assurer régulièrement la diffusion et la mise à jour des données

- site Internet de la DDASS, la presse locale, stratégie éditoriale

A – 3 : multiplier les moyens de communication

#### B – Systématiser la prévention

B – 1 : analyser des actions de préventions existantes

B – 2 : mise en place d'un groupe départemental de programmation

B – 3 : Adopter un protocole commun d'actions de prévention

B – 4 : Développer la prévention hors temps scolaire

B – 5 : Créer une unité mobile de prévention inter-institutionnelle

#### C – Améliorer la formation

C – 1 : Compléter les formations initiales

- Institut de Formation en Soins Infirmiers, Institut universitaire de formation des Maîtres, Médecins

C – 2 : Mettre en place un module interministériel de formation continue

Education nationale, gendarmerie, police, etc.

#### D – Accueillir, orienter, soigner, insérer

D – 1 : Améliorer l'offre de soins

- Permettre au système ambulatoire de droit commun d'accueillir les usagers de substances, améliorer la prise en charge à l'hôpital : extension de l'alcoologie à l'addictologie de liaison, faire évoluer les dispositifs spécialisés : réseaux

D – 2 : Diversifier les réponses et améliorer leur qualité.

- réduction des risques, substitution, situation de crise, protocolisation des sevrages (dont tabac), des post cures

D – 3 : Le suivi thérapeutique, l'hébergement et l'insertion professionnelle.

D – 4 : Populations pour lesquelles la prise en charge est à construire ou à renforcer  
- les adolescents, les détenus

E – Renforcer la répression du trafic

F – Evaluation et suivi du plan départemental

Le chef de projet, le comité de pilotage, le comité d'évaluation

### Questionnaires :

A la lecture des réponses aux questionnaires, l'organisation s'articule autour d'un comité de suivi trimestriel et d'une commission prévention, au sein desquels le financement MILDT serait plus ou moins débattu (réponses divergentes). Certains acteurs notent une faible connaissance de l'organisation par les acteurs sociaux, mais l'existence d'un réseau ELISEA avec réunions mensuelles et d'un groupe CASCAD (coordination et amélioration des soins des pathologies liées à une conduite addictive). Le CIRDD existe et semble utilisé, à l'opposé des fiches APPRE (Actions et Programmes de Prévention Recensement, MILDT) qui ne le sont pas encore. Enfin, il existe un annuaire ELISEA et un autre pour l'éducation à la santé.

Concernant les problèmes soulevés, les acteurs soulignent la précarité et la dispersion des financements, une mauvaise articulation du soin avec la prise en charge chronique, une difficulté à impliquer les médecins généralistes, un changement trop rapide des chefs de projet MILDT, un manque de personnel au CDPA, et une insuffisance de cohérence dans la politique départementale.

On observe donc ici principalement, une richesse de réseau couplée de certains manques de personnels en voie de résolution, le souhait des acteurs vers une stabilité et une inscription de la politique départementale dans la durée .

### **3.1.2 Les ARDENNES**

Les Ardennes sont caractérisées par un indice comparatif de mortalité supérieur à la moyenne nationale. Les villes de Sedan et Charleville Mézières sont particulièrement touchées par la toxicomanie. En 1997, 442 usagers de drogues furent interpellés dont 282 d'usagers simples .Les injonctions thérapeutiques étaient alors en baisse du fait d'interpellations de nombreux récidivistes exclus de cette mesure. Il n'y avait pas d'overdose mortelle rapportée en 1997. 323 personnes étaient suivies par le centre d'aide aux



toxicomanes en 1997. Il y eut la même année 36 cures de sevrage en milieu hospitalier liées aux drogues illicites. Un centre méthadone à Charleville Mézières est ouvert depuis juillet 98. En juillet 1997, 272 personnes étaient sous Subutex. Une équipe de liaison en addictologie est effective depuis 1998 au sein du centre hospitalier de Charleville Mézières.

#### Les objectifs du plan départemental 1999:

A – Les orientations dans le domaine de la prévention : groupe de réflexion

A – 1 : sensibiliser les élus

A – 2 : faire ressortir les besoins en prévention : le bus, permanences d'écoute

B – Créer un point écoute toxicomanie

B – 1 : assurer un accueil de proximité

B – 2 : être à l'écoute de la souffrance et du malaise exprimés

B – 3 : orienter vers les structures appropriées

B – 4 : servir de lieu de ressource, de point de rencontre et de relais pour les professionnels de travail social, de la santé et de l'éducation.

C – Promouvoir la réduction des risques et l'accès aux soins

C – 1 : favoriser l'émergence d'une culture de réduction des risques dans les CSST ; actions près du terrain relayées dans les dispositifs spécialisés

C – 2 : Lieu d'échange de seringues

C – 3 : Développer les formations sur la substitution (médecins et pharmaciens)

D – Création d'un service de post cure pour les toxicomanes

D – 1 : assouplissement des conditions d'accueil

D – 2 : articulation plus forte avec une équipe médicale locale

D – 3 : prise en compte de besoins sociaux et professionnels

E – Développer l'insertion et améliorer la fonction sociale des centres

Priorisation appartements thérapeutiques aux personnes en grande difficulté ;

Articulation avec le droit commun en matière d'hébergement

F – Constituer un réseau de prise en charge sanitaire

#### Questionnaires :

Les acteurs expliquent l'existence de groupes de travail dépendance et tabac travaillant sur le fond de la prévention, avec régulièrement des réunions MILDT animée par le chef de projet. Le CIRDD semble connu et utilisé (documents, information, aide au montage de projet) de même que la fiche APPRE. Enfin, il existe un annuaire précarité et un classeur « partenaire santé » 08 au CIRDD, mais pas d'annuaire addictologie.

Concernant les problèmes soulevés, les acteurs soulignent le problème de l'annualité des financements, la difficulté d'appréhension et d'objectivation des besoins et de l'impact des actions, la fragilité de certains acteurs (centre de soins aux toxicomanes), une prise en charge hospitalière des toxicomanes insatisfaisante avec peu d'échanges professionnels dans le soin lié à la dépendance, un défaut de formation commune en matière d'actions de prévention pour une cohérence entre les actions des différents acteurs, l'absence de prise en compte du problème médicament, un faible engagement des médecins libéraux, des difficultés dans l'implantation d'échangeur de seringues et dans le milieu carcéral, la nécessité d'une meilleure connaissance chez les acteurs des dispositifs d'accompagnement et de soin pour une meilleure orientation, et enfin, une culture commune lente à s'installer.

On observe ici une dynamique réelle mais encore éclatée, un plan MILDT principalement axé sur les drogues illicites et une volonté des acteurs vers plus de partage et plus de coordination.

### **3.1.3 La HAUTE MARNE**

La Haute Marne se caractérise par une surmortalité prématurée chez les hommes du fait de pathologies directement liées à la consommation excessive d'alcool : cancers des VADS, cirrhoses, psychoses alcooliques.

La Haute Marne est peu touchée par la toxicomanie. En 96 on relevait 6 interpellations pour trafic de stupéfiants, 26 pour usage et revente et 120 pour consommation. En 95, 164 interpellations pour usage de stupéfiants sur 196 concernaient le cannabis. En 1995, 61 toxicomanes eurent recours au système de soins (hospitalier et établissements non spécialisés). 84 % des toxicomanes hospitalisés proviennent du nord du département et principalement de Saint Dizier. 77% sont des hommes. Les hépatites virales constituent la première pathologie associée. Aucune overdose mortelle n'a été relevée.

Les cures de sevrage en toxicomanie sont réalisées au Centre Hospitalier Spécialisé (psychiatrie), mais aussi au Centre Hospitalier (CH) de Chaumont (3 lits), et au CH de Saint Dizier (1 lit). Il n'est pas relevé de besoin en centre d'hébergement pour toxicomanes. Un dispositif d'injonction thérapeutique, en projet en 1998, n'a pas vu le jour. Il n'existe pas encore de véritable réseau de soins. Il n'existe pas de structure habilitée à délivrer la méthadone et 70 personnes étaient sous Subutex\* en 1997. Il n'y a pas de programme de

réduction des risques. Un chantier école pour la réinsertion des détenus était à l'étude en 97 mais ne fut pas réalisé.

#### Les objectifs du plan départemental (1997) :

##### A – La prévention en faveur des jeunes

A – 1 : meilleure coordination

A – 2 : objectifs évaluables

A – 3 Réunions de travail

##### B – La communication

B – 1 : promotion des outils de communication destinés à la prévention

B – 2 : mieux faire connaître le dispositif sanitaire et social

B – 3 : associer la population par une campagne grand public

##### C – En matière de formation

Pluri disciplinaire : Education, gendarmerie, police, acteurs de prévention et de soins

##### D – En matière de soins

D – 1 : les cures de sevrage : réponse et répartition équilibrée de l'offre

D – 2 : les post cures

6 lits de post cure addictologie dans le SROS, CHS de Saint Dizier.

##### E – Les injonctions thérapeutiques : A mettre en place

##### F – les réseaux de soins

F – 1 : obtenir des réponses adaptées aux malades du sida, aux toxicomanes et aux précarisés

F – 2 : élaborer une démarche territoriale pour la mise en réseau des professionnels du champ sanitaire et social.

##### G – La réduction des risques

G – 1 : l'accès aux produits de substitution

G – 2 : programme d'échanges de seringues

#### Questionnaires :

Les acteurs notent les difficultés liées à l'absence de personnel tant administratif pour gérer l'animation de la politique de santé Addictions, que d'acteur sur le terrain sur certains domaines. D'où l'absence ressentie jusqu'à il y a peu de toute politique réelle en la matière. Il existe pourtant un annuaire reconnu et un CIRDD débutant. La fiche APPRE n'est pas encore utilisée (sauf CDPA et CODES). Les acteurs valorisent comme points forts, le

sevrage hospitalier, et l'amorce d'une meilleure connaissance mutuelle des acteurs dans le contexte d'un tissu associatif dynamique

Concernant les problèmes soulevés, les acteurs soulignent un déficit d'acteurs et de compétences au niveau départemental, l'absence de centre de soins aux toxicomanes et de programme méthadone, des libéraux peu mobilisés, un déficit en structure d'accompagnement, de suivi, l'absence de lit de post cure, une CPAM non intégrée dans le pilotage départemental, et enfin une difficulté de la mise en réseau des partenaires et des professionnels.

On observe ici une richesse de réseaux de proximité, mais un département divisé en territoires avec absence de coordination réelle comme de politique départementale, dans le contexte d'une pénurie administrative récemment solutionnée, et une absence de structure de prise en charge en matière de drogues illicites.

#### **3.1.4 La MARNE**

La Marne se caractérise par une consommation de tabac dans la moyenne nationale, une consommation d'alcool supérieur à la moyenne se traduisant par une surmortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et cancers des voies aéro-digestives supérieures, un usage de drogues illicites marqué avec une importante population consommatrice de drogues intraveineuses sur Epernay, mais décroissante sur Reims depuis l'instauration de la substitution méthadone. Sur 570 000 habitants, il y a chaque année plus de 170 personnes qui décèdent du seul fait d'un usage nocif de l'alcool et du tabac, et près de 140 000 qui ont un usage nocif d'un produit psycho actif.

Pèle mèle, on relevait en 1999, 743 interpellations pour usage de cannabis, 192 interpellations d'usagers d'héroïne, de cocaïne ou ecstasy ; 10 000 seringues récupérées et distribuées, 42 929 boites de stéribox vendues, 40285 boites de Subutex\* vendues, 815 bénéficiaires de Subutex\*, 45 de méthadone. On note un décès par overdose.

En ce qui concerne l'alcool, 823 patients ont consultés l'inter secteur d'alcoologie, et l'accidentologie relevait 32 décès, 81 blessés graves et 341 blessés légers en rapport avec une alcoolémie illégale.

## Les objectifs du plan départemental 2000-2003 :

### A – Développer la prévention primaire

A – 1 : renforcement et appui du milieu associatif

A – 2 : développer la prévention « produits psycho actifs et sécurité routière »

A – 3 : soutenir le développement des Comités d'Education à la Santé et la Citoyenneté

A – 4 : établir une coordination des actions de prévention aux addictions

### B – Structurer, amplifier, coordonner et uniformiser le maillage départemental de consultation d'aide au sevrage tabagique

B – 1 : protocolisation

B – 2 : une consultation pour 30 000 habitants

### C – Favoriser la création d'une unité d' addictologie à Reims

C – 1 : permettre le sevrage des addictions à l'alcool et aux drogues illicites grâce à 5 lits pour des séjours de 10 jours, incluant la prise en charge des phases de crises

C – 2 : permettre des soins intensifs en alcoologie, en parallèle aux soins dispensés par le Centre de Moyens Séjours aux personnes toxicomanes, par 15 lits d'hospitalisation

### D – Etudier l'opportunité de la création d'un foyer de post cure dans la Marne.

### E – Favoriser le développement d'un réseau de soin avec les généralistes (réseau « ADDICA »).

### F – Poursuivre la collaboration justice santé

F – 1 : Conventions Départementales d'Objectif ( Actions Justice-Santé)

F – 2 : POSS (permanence d'orientation sanitaire et sociale)

F – 3 : Injonctions thérapeutiques

### G – Développer la formation

## Questionnaires :

On relève l'existence d'une organisation autour du suivi de la programmation départementale par des « observatoires » trimestriels au sein desquels sont débattus les financements d'Etat. Le CIRDD est connu et utilisé de même que la fiche APPRE. Il existe enfin un annuaire « précarité » et un annuaire addiction mal connu car annexé en fin de programmation.

Concernant les problèmes soulevés , les acteurs soulignent une insuffisance des échanges sur les actions proprement dites lors des comités, une carence dans la prise en charge des

urgences addictives, une difficile articulation entre les niveaux territoriaux, une carence en lits de sevrage et post cure, des structures de prévention et de soins sous dotées, un financement à l'action et annuel, une lenteur administrative dans les projets hospitaliers (tabacologie, unité d'addictologie), et enfin l'importance du bénévolat qui limite la portée des actions.

On observe un département ayant bénéficié depuis 5 ans, d'une organisation volontaire autour d'une politique départementale affirmée et soutenue financièrement au profit du médico-social et associatif essentiellement, avec par contre un relatif échec dans les tentatives de réponse au besoin en matière sanitaire.

### **3.1.5 Réponses des institutions régionales :**

Ces réponses furent principalement axées sur les difficultés rencontrées, à savoir, des difficultés à évaluer l'impact des actions et des programmes, une nécessaire lisibilité des différents plans départementaux, une difficulté d'inscrire les actions sur le long terme, la nécessité d'une culture commune en devenir, et une thématique médicament absente.

### **3.1.6 La perception des rôles respectifs du département et de la région par les acteurs**

La lecture des réponses aux questionnaires permet de connaître le rôle pressenti pour le département, associant synthèse des besoins et des carences, propositions d'actions, choix des actions et priorisation, détermination des ressources nécessaires, suivi des actions, communication, évaluation des actions, et enfin, niveau de concertation avec les usagers, les collectivités, les associations et les caisses d'assurance maladie.

Pour la région, on retrouvait, la synthèse de la perception des besoins et carences, la détermination d'un plan de lutte avec coordination des programmes, le respect des priorités départementales, la répartition des financements régionalisés, un rôle dans les partages d'expérience et la mutualisation de certaines actions, dans l'organisation des formations pour favoriser la culture commune, un rôle également dans l'évaluation des programmes départementaux et le suivi d'indicateurs homogènes, un rôle dans l'Interface avec les SROS, avec le milieu carcéral, les programmes de réduction des risques, enfin, un rôle dans la lutte contre le dopage et la thématique médicament en collaboration avec la DRDJS et l'URCAM.

Ces opinions , comparées aux objectifs pressentis après la lecture du contexte réglementaire et d'autres PRS , orientent donc le PRS Addiction vers certains points communs , consensuels et légitimes que nous allons discuter.

## **3.2 : DISCUSSIONS SUR CES RESULTATS ET PROPOSITIONS**

### **3.2.1 Constat national :**

Avant d'émettre des propositions au niveau régional et dans le sens d'une articulation également entre planification régionale et nationale, il semble opportun de reprendre les constats énumérés dans le rapport RASCAS <sup>68</sup> pour étayer les discussions à venir, à savoir :

- un repérage insuffisant des consommateurs problématiques et un recours au soin trop tardif
- les médecins généralistes font l'objet de demandes multiples non coordonnées
- insuffisance du dispositif de soins pour les personnes alcoolo dépendante
- une prise en compte insuffisante du tabagisme par les professionnels et un faible développement des consultations spécialisées en sevrage tabagique
- un dispositif de soins aux toxicomanes en grande partie concentré sur les soins aux personnes dépendantes des opiacées
- une absence quasi-totale de prévention et de prise en charge des consommateurs abusifs de médicaments psychotropes et de produits dopants
- dans les établissements de santé, un repérage des pratiques d'abus et de dépendance trop peu développé et une inadaptation de l'organisation des services d'urgences pour répondre aux consultants ayant des problèmes aigus liés à leurs addictions (éthylisme aigu, crise, surdosage) avec le seul traitement des problèmes somatiques ; un faible développement des missions de prévention.
- Une insuffisance de prise en compte des problèmes liés à la dimension psycho pathologique des troubles et aux complications psychiatriques.

Ces éléments, recoupés avec le ressenti des acteurs de la région, permettent d'entrevoir les finalités, buts, objectifs du futur PRS ainsi que l'articulation au niveau des moyens avec les autres programmes régionaux et départementaux.

---

<sup>68</sup> MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. *Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions*. Premier Ministre, Septembre 2001.

Les premiers temps de l'élaboration de ce PRS consistent donc à définir le rôle du PRS par rapport aux programmes départementaux, en respectant ces programmes, et en centrant le rôle du PRS sur les intérêts à dimension régionale. Cela doit déboucher sur une clarification des objectifs de chacun comme de l'affectation des différentes lignes budgétaires (régionales et départementales).

L'élaboration de ce PRS intervient cependant dans le contexte de décideurs multiples et très cloisonnés dans la région (ARH, Etat ; Collectivités territoriales, URCAM, etc.), et une mobilisation des acteurs rendue aléatoire par le contexte institutionnel incertain (MILDT, décentralisation). L'initiation du travail nécessitait par conséquent un « cadrage prospectif minimum ».

### **3.2.2 La démarche proposée ; description et objectifs retenus**

#### **3.2.2.1 Première réunion plénière : l'organisation de la mise en place**

Une première réunion régionale de lancement fut donc organisée le 8 janvier 2003 aux termes de laquelle deux groupes de travail furent constitués après débat sur les thématiques à développer. Le comité adoptait alors la prise en compte de la thématique médicament, et demandait une prise en compte des besoins avant de parler de structures, en se basant sur les besoins recensés dans les programmes départementaux et recueillis par les questionnaires.

Quarante cinq personnes ont assisté à cette première réunion de présentation et cadrage, présidée par madame la Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Après un rappel sur la volonté de l'évolution du PRS alcool vers un PRS Addiction par la Directrice, dans le cadre des priorités arrêtées par la Conférence Régionale de Santé, le médecin inspecteur régional fit une synthèse du PRS alcool arrivé à terme, et lança les grandes lignes dans lequel devait s'élaborer le PRS Addictions.

Une présentation générale reprit d'abord les concepts de planification, avant d'aborder le contexte régional (épidémiologique et PRS), puis l'analyse des plans départementaux et des questionnaires autour des points forts et faibles de l'existants et des attentes. (Cf. annexe n°3 et 4)



A l'issue de la réunion, il a été décidé de constituer deux groupes de travail: un groupe « prévention » et un groupe « soins » qui aborde le repérage dépistage, les soins et la réinsertion. Les volontaires se sont inscrits sur des listes. 30 personnes sur le premier groupe et 18 sur le second, certains s'inscrivant aux deux.

### 3.2.2.2 Deuxième et troisième rassemblements :

Les réunions se sont alors faites par sous groupe, le premier le matin de 9h30 à 12h30, le second de 14h30 à 17h30, à la DRASS de Champagne Ardennes de Chalons en Champagne, à l'exception d'une journée de février réalisée en DDASS, faute de salle disponible en DRASS. Les deux administrations ne sont situées qu'à 500 mètres l'une de l'autre. Ces réunions eurent lieu les 31 janvier et 14 février 2003.

Tout d'abord , il a fallu, face à des intervenants d'horizons aussi variés , clarifier les concepts de planification, de PRS , avec en déclinaison, la définition des finalités, buts et objectifs d'un tel PRS.

Les premières réunions du 31 janvier commencèrent par une présentation synthétique des plans départementaux en matière de constats, puis d'objectifs, de prévention uniquement pour le premier groupe et de soins pour le second.

Ensuite, la démarche proposée a été de définir respectivement les finalités, buts et objectifs de ce PRS, à partir de quelques idées proposées (cf. annexe n° 6) :

#### A - Les finalités :

Elles devaient correspondre aux valeurs défendues par ce PRS. Le premier groupe définit quatre finalités :

- l'accès à la santé
- l'éducation pour tous
- la citoyenneté participative
- la lutte contre les inégalités

Débatues l'après midi, elles furent validées par le second groupe, ni modifiées ni complétées.

## B - Les buts

C'est-à-dire vers quoi devait aller ce PRS. Le premier groupe proposa cinq buts dont deux furent l'objet d'un complément d'écriture par le groupe soins, qui en proposa un sixième tout en les réarrangeant en trois catégories distinctes.

- En matière de santé :
  - diminuer la mortalité et la morbidité évitables liées aux rencontres et consommation de substances psycho actives et conduites associées.
  - Identifier les besoins
  - Adapter les réponses aux besoins spécifiques des populations
  
- En matière d'éducation
  - Favoriser et adapter l'éducation
  - Rendre les citoyens acteurs de leur santé
  
- En matière de politique de santé
  - Coordonner les différentes politiques territoriales et interinstitutionnelles

Une fois ces finalités et buts collégalement clarifiés et établis, les deux sous groupes ont pris des directions propres quant aux objectifs et aux moyens, dans l'optique d'une synthèse et relecture en formation plénière.(avril 2003)

### 3.2.2.3 Pour le groupe prévention :

#### C-1 : Les Objectifs (résultats attendus)

Deux grands types d'objectifs ont été proposés, généraux et de coordination, ce qui fut adopté par le groupe. Dix objectifs ont été établis par les membres :

##### 1 – Objectifs généraux

A – favoriser une éthique et une culture commune au niveau de la région, des départements et des territoires

B – assurer un maillage de prévention en terme de compétence, de pertinence et de proximité.

C – sensibiliser la population et l'informer pour des choix éclairés de comportement

D – favoriser l'appropriation des valeurs et normes dans le sens du respect de soi et de l'autre.

- E – développer et conforter les compétences psycho sociales
- F – réduire les risques liés à la prise de produits psycho actifs.

## 2 – Objectifs de coordination

- a – clarifier le rôle des différentes institutions régionales et départementales
- b – assurer une transparence des modes d'organisation, de décision et de financement
- c – harmoniser les quatre départements
- d – favoriser une culture de réseau en matière d'addictologie.

### D-1 : Les Moyens :

Nous faisons référence sous cette appellation, à tout ce qui concernait la démarche, la méthode, la technique, les outils, et les partenaires, du PRS Addiction. Cinq grands moyens ont été établis au regard des objectifs précédemment décrits :

#### 1 - Formation des acteurs relais :

##### 1.1 Constitution d'un comité restreint de validation des projets de formation :

Ce comité sera composé d'un représentant de : URML, DRDJS, DRPJJ, URCAM, Rectorat, CRPDA (comité régional de prévention de l'alcoolisme), CRES (comité régional d'éducation à la santé), CSST, DRASS soit 9 membres. Décision à la majorité simple avec motivation de l'avis donné au comité de suivi plénier du PRS.

##### 1.2 Financement régional PRS avec co-financements possibles.

##### 1.3 Elaboration d'un cahier des charges :

Le projet de formation devra :

- répondre à au moins un des objectifs généraux du PRS,
- prévoir la mise en place d'un accompagnement dans la durée et dans la mise en œuvre des acquis de la formation : formation évolutive devant comprendre évaluation et adaptation type formation action, et formation intégrant un projet plus global avec la mise en œuvre du savoir faire et savoir être.
- Comporter un volet auto évaluation détaillant les modalités d'analyse de la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience et de l'impact systémique.

- Etre porté par un acteur de la région Champagne Ardenne.
- Intégrer le cadre général proposé par la MILDT en matière de formation.

## 2 - Formation initiale

- Imaginer un module pédagogique commun minimum inter disciplinaire pour les sept Instituts de formation aux soins infirmiers et les deux écoles de sages femmes.
- Prévoir l'extension secondairement et par ordre de priorité, aux écoles d'aide soignantes, à l'Institut régional des travailleurs sociaux, au personnel de la DRPJJ, aux candidats du brevet d'Etat d'éducateur sportif, aux structures d'enseignements du bac technique médico-social.

## 3 Action de prévention primaire

- Pour des actions de niveau régional
- Instaurer une bourse d'idée : compilation annuelle de toutes les actions de la région quelque soit le financement et diffusion
- Organiser une journée d'échange annuelle pour favoriser la culture commune ; partage d'expérience ; rotation géographique dans les départements, durée d'un ou deux jours, en rapport avec les objectifs généraux ou de coordination.

## 4 Formation interne des membres du groupe technique régional

## 5 Création d'un comité restreint de validation des outils MILDT :

Membres de ce comité restreint : CRPA, CRES, URCAM, DRASS, M. Richer (mutuelle, représentant des usagers), les quatre chefs de projets MILDT, Rectorat, DRDJS, CSST)

Enfin, le groupe prévention prévoyait de commencer à décliner ces objectifs et moyens en fiches actions lors des séances de mars 2003.

#### 3.2.2.4 Pour le groupe soins :

Les trois grands thèmes ont été rappelés : repérage dépistage, soins, et réadaptation réinsertion.

Le groupe a décidé d'inscrire dans l'introduction du PRS une définition de la santé qui corresponde à ses souhaits d'une approche globale du problème addictif autour des usagers. L'idée d'un lexique inscrit dans les moyens fut lancée, qui permettrait également une culture commune autour de principes clairement définis.

La difficulté de ce volet soins est son articulation avec principalement des SROS existants ou surtout à venir, comme par exemple le SROS Cancérologie, Santé Mentale, Soins de suite et Réadaptation, mais aussi le futur Schéma d'organisation social et médico-social ; car les structures de soins de suites, réadaptation réinsertion se trouvent pour certaines dans le médico-social et pour d'autres dans le sanitaire, avec actuellement deux organisations différentes en terme de planification et deux tutelles.

Une approche par produit fut alors préférée par les membres avec une définition d'objectifs calquée sur le parcours habituel de l'utilisateur, et les différentes difficultés observées à chaque grande phase de ce parcours.

#### 1 – le repérage, dépistage

L'objectif est ici pour les membres du groupe de favoriser de bonnes pratiques et de constituer des réseaux, reprenant en cela, un objectif visé par les plans départementaux.

#### (inter produits)

Objectifs :

- sensibiliser et mobiliser tous les intervenants des sites pertinents de repérage et établir des liens avec des acteurs de prise en charge
- développer le repérage des associations à risque
- repérer évaluer les situations pour adapter l'orientation

Les sites pertinents ont été listés :

Médecins généralistes, familles, Education Nationale, services judiciaires et de répression, travailleurs sociaux, équipes d'addictologie de liaison, contrôles anti dopage, foyers de l'aide sociale et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, consultations d'aide au sevrage tabagique, centres d'accueil pour toxicomanes, médecine du travail, examens systématiques de la CPAM, commissions médicales du permis de conduire, consultations d'alcoologie.

La question posée est de savoir quelle formation commune est dispensée à ces intervenants, comment est-elle mise en pratique et vers qui se fait l'orientation.

Les moyens sont ensuite déclinés :

- développer les liens entre les services répressifs et un premier contact avec le réseau de santé
- organiser un forum annuel et régional justice santé
- développer le repérage et l'orientation aux urgences
- développer les réseaux inter structures
- sensibiliser et promouvoir les dispositifs de repérage et d'orientation au service des professionnels de santé
- développer une articulation formalisée entre les conduites en état d'ivresse voire les Ivresses Publiques Manifestes et l'entrée dans le soin comme par exemple une convocation systématique par le CCAA ou par le service le prenant déjà en charge (psychiatrie ou CSST)
- développer une articulation formalisée entre les médecins des commissions primaires du permis de conduire et l'orientation vers le soin spécialisé.

## 2 – le soin et les soins de suite

### 2.1 : Le cannabis :

Une fois le repérage effectué et la voie d'entrée dans le soin bien définie, l'objectif du PRS est de s'assurer que dans les 90 % de non dépendance, l'orientation se fait vers un soutien socio éducatif, et dans les 10 % restant vers les services d'un CSST, d'un CCAA ou de la psychiatrie.

L'objectif est donc ainsi formulé : Assurer les moyens d'une orientation vers une prise en charge socio éducatif en cas de non dépendance au cannabis et une orientation adaptée vers un CSST, un CCAA ou un service de psychiatrie en cas de dépendance.

## 2.2 : Le Tabac :

Il n'est pas concerné par le dépistage ni par les soins de suite et de réadaptation dans ce PRS, les soins en rapport avec les cancers étant déjà traités par le PRS Cancer. L'accent doit être mis par contre sur l'association grossesse tabac.

Le groupe détermine ici trois objectifs :

- sensibiliser et généraliser le conseil minimal auprès de l'utilisateur quel que soit l'acteur
- favoriser l'aide au sevrage :
  - établir un maillage et le faire connaître dans l'aide au sevrage
  - développer une évaluation sur le long terme du sevrage
  - promouvoir l'utilisation du dossier de suivi
- favoriser le renforcement de l'aide au sevrage dans le droit commun (médecine générale par exemple)

## 2.3 : L'alcool :

Les objectifs de la lutte contre l'usage nocif et la dépendance à l'alcool concernent ici tant les soins que la réadaptation.

Le principal objectif déterminé l'a été sur le constat qu'il fallait que l'offre dans chaque département et au niveau de la région permette une prise en charge :

- des phases de crises : lits « MCO » (maternité chirurgie obstétrique) pouvant être fléchés dans un service hospitalier sous la responsabilité d'un médecin formé à l'addictologie ; pour des séjours de 72 heures
- des courts séjours de 10 jours à 2 mois : sevrage, post sevrage ; sanitaire (soins de suite et de réadaptation) ou médico-social.
- des post cures de 2 à 6 mois. sanitaire (soins de suite et de réadaptation) ou médico-social.

Un autre objectif s'adresse à l'utilisation optimum des ressources existantes en matière d'addictologie.

La déclinaison en moyens est ici :

- formation des personnels dans l'utilisation des structures réseaux existantes comme les Equipes Hospitalières d'Addictologie de Liaison.
- Intégrer un module de formation repérage et soins addictologiques dans la formation CAMU (capacité d'aide médicale d'urgence).

2.4 : la cocaïne, héroïne, crack, ecstasy et autres

2.5 : les médicaments et le dopage

Ces deux chapitres n'étaient pas encore traités en février.

2.6 : inter produits :

Enfin, le groupe a décidé d'inscrire en dernier et comme aboutissement, des objectifs transversaux. Trois objectifs étaient dorénavant définis à la fin de la réunion de février :

- développer les réseaux existants comme ADDICA et les régionaliser
- étudier et favoriser la mise en place de plateformes interdisciplinaires (diététicienne, psychologue, éducateur sportif, travailleur social), au sein de réseaux de ville. (Crédits ARH)
- étudier l'opportunité de s'inscrire comme partenaires dans l'élaboration d'un futur SROS Addictologie.

Concernant le réseau ADDICA, il s'agit d'un réseau informatique associant médecins généralistes, spécialistes hospitaliers ou privés, pharmaciens et travailleurs sociaux, autour d'un dossier partagé informatique sécurisé, comportant un volet médical et un volet social et administratif. Une télé-expertise est également opérationnelle qui semble appréciée par les départements limitrophes et les localités ne disposant pas des ressources spécialisées sur place. Une centaine de professionnels sont actuellement inscrits dans ce réseau.

Quant à l'inscription dans une potentielle élaboration d'un SROS addictologie, les membres du groupe soulignaient que l'aspect chronophage d'une organisation supplémentaire pour l'équivalent du volet soins du PRS Addiction, ne pourrait être compensé que par les espoirs placés dans des objectifs et des annexes de ce SROS, juridiquement opposables à la différence des objectifs du PRS.



### **3.2.3 Problèmes soulevés et éléments de discussion lors des rassemblements**

Afin de nourrir les débats lors des réunions des deux groupes, certaines thématiques ont fait l'objet, préalablement, de synthèses bibliographiques, diffusées au moment et lorsque le sujet était abordé. Ceci évitait également des malentendus sémantiques entre les membres ou permettait d'éclaircir des notions assez floues.

#### Les normes et valeurs :

Le premier point qui fut soulevé, a concerné, lors des discussions des groupes de travail, les valeurs défendues par le PRS, puis ensuite les normes et valeurs sous-tendues par les actions de prévention particulièrement auprès des jeunes.

Les valeurs sont au sens sociologique, des références intériorisées par les individus et généralement reliées à des principes moraux. Les normes sont des règles de comportement social dont la transgression peut être sanctionnée ; elles dérivent fréquemment des valeurs en vigueur dans la société ou dans un groupe social particulier. Valeurs et normes constituent les principaux repères qui guident la vie en société, puisque pour éviter les conflits, les comportements doivent être régis par des normes inspirées de valeurs, donc par la culture. La socialisation est ainsi l'ensemble des mécanismes qui participent à l'intériorisation par les individus de la culture, de la société à laquelle ils appartiennent, explicitement par des institutions comme les écoles et les familles grâce à la répétition d'actes stimulés, et implicitement par les camarades, les clubs, grâce à l'imitation de comportements valorisés.<sup>69</sup>

Pour que l'individu change ses comportements, il faut qu'il se sente personnellement concerné et qu'il ne puisse pas symboliquement se mettre hors du groupe à risque. Il faut un relais local de l'information par des leaders d'opinion auquel l'individu accorde sa confiance.<sup>70</sup>

#### La jeunesse :

En lien avec ce chapitre sur les normes et valeurs, l'approche des jeunes est également riche d'enseignement. Chez le jeune, la dissociation entre autonomie et indépendance est

---

<sup>69</sup> ALBERTINI J.M. (COIFFIER E CROZET Y DEHOUX-GRAFMEYER D. et al). *Sociologie basique*. Nathan, Poitiers, 1990, 225p.

<sup>70</sup> LORIOL M. *L'impossible politique de santé publique en France*. Erès, Ramonville Saint Agne, collection « action santé », 2002, 167 p.

engendrée par un double mécanisme ; la valorisation de l'expression de soi, de l'épanouissement, de l'authenticité, bref de l'individu individualisé, et la prolongation de la scolarité pour une majorité de jeunes des deux sexes. Cette scolarisation a repoussé l'entrée sur le marché du travail et donc l'accès à l'indépendance, y compris pour ceux qui la quitte tôt sans qualification puisqu'ils sont exclus de ce marché. La thématique jeune fut surtout abordée en réunion autour de l'augmentation des résiliences dans le cadre de la prévention primaire.

#### Les priorités :

Le choix des priorités, et il fallut en réunion déterminer certaines priorités, doit respecter le débat démocratique et nécessite que toutes les rationalités soient abordées et discutées. Les décideurs fondent leur choix sur la rationalité technique, la rationalité économique et l'acceptabilité par la population, de la solution envisagée. Le caractère opérationnel de priorités n'est établi que si les acteurs de santé peuvent en déduire une conduite à tenir, sous peine de rester des vœux pieux. Il convient cependant de clarifier au préalable, si seules les priorités sont financées ou si elles bénéficient de la marge de manoeuvre <sup>71</sup>. Ce dernier point n'a pas encore été abordé en réunion.

#### L'implication des usagers et les problèmes soulevés :

Comme on l'a décrit dans le chapitre consacré aux partenaires du PRS, Il faut que les malades, à travers des associations et une procédure de représentativité établie, participent à la définition, l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique de santé, dans le souci plus large de penser un système de santé sans oublier d'acteurs et de ne pas remplacer un monopole d'experts par un autre.

On distingue deux types de participation : la participation directe des usagers, faible, présentant le problème de la représentativité des participants avec des femmes souvent plus nombreuses et une fréquentation irrégulière des réunions , et une participation indirecte par les associations , avec également le problème de la représentativité , des missions dirigées vers des populations ciblées, une sélection des associations dans les comités de pilotage à fonder et une défense d'intérêts catégoriels.

S'ajoute le problème de la désignation de ces représentants des usagers : volontariat, tirage au sort, jury. Faut il une forme de labellisation ou un agrément, en fonction d'un cahier des charges garantissant une activité effective et publique en faveur des usagers ; comment

---

<sup>71</sup> 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, Juin 2000, n° 2, pp 89-95.

déterminer leur rôle d'information, de formation, leur indépendance, leur représentativité ? Quel rôle pour ces associations dans l'accompagnement des malades et de l'entourage et avec quel soutien ? Ne faut-il pas craindre une trop grande professionnalisation des représentants, avec un risque d'éloignement de l'esprit de service public par rapport au point de vue de l'utilisateur novice.<sup>72</sup>

Il convient donc de clarifier les lieux de consultations, de contrôle et de décisions, dans lesquels l'utilisateur doit être représenté, et ne pas perdre de vue que l'amélioration de la santé passe inévitablement par celle des conditions sociales, dans le contexte des prérequis à la santé rappelés par la charte d'Ottawa en 1986, associant l'existence de paix, d'un toit, d'un logement et l'absence de faim.

D'autre part, si les politiques ont tendance eux-mêmes à vouloir impliquer de plus en plus les citoyens pour partager les décisions et les responsabilités, on peut cependant aboutir sur certains sujets, à un rapport conflictuel délicat entre les représentants politiques et les représentants d'utilisateurs, supposés prendre position vis-à-vis de l'intérêt commun en intégrant l'ensemble des contraintes afférentes à la question envisagée.<sup>73</sup>

On observe enfin, un permanent paradoxe entre le désir de rendre l'utilisateur plus avisé de ses choix, et le souci de canaliser sa trajectoire en contrôlant l'accès aux actes les plus techniques et coûteux, dans une certaine méfiance réciproque entre les professionnels, les utilisateurs et les gestionnaires.<sup>74</sup>

Malgré tout cela, cette place de l'utilisateur permettra sans doute de passer à une santé dans sa dimension sociétale et non plus seulement sociale, dans le sens des recommandations du Conseil de l'Europe du 24 février 2000 sur le développement de structures permettant la participation des citoyens et patients au processus décisionnel concernant les soins de santé.<sup>75</sup>

---

<sup>72</sup> DEMAILLY L. *Groupes professionnels et pilotage des politiques publiques*. Revue Française des Affaires Sociales, Octobre Décembre 2001, n° 4, pp 123-125.

<sup>73</sup> GILLOT D. *Sur la démocratie sanitaire*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 5-14.

<sup>74</sup> LETOURMY A. NAIDITCH M. *L'information des utilisateurs sur le système de soins : rhétorique et enjeux*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 45-58.

<sup>75</sup> KHODOSS H. *Démocratie sanitaire et droits des utilisateurs*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 111-126.

### L'évaluation :

Si la place de l'utilisateur dans ce PRS ne fut jusqu'en février 2003, qu'encre très peu débattue, l'évaluation, elle, fit l'objet d'un échange intéressant à propos d'un des objectifs du groupe prévention. Et c'est principalement les modalités d'évaluation du PRS comme des programmes départementaux qui imposeront un consensus et une clarification.

Le décret du 18 novembre 1998 créant le Conseil National de l'évaluation précisait : « l'évaluation d'une politique publique a pour objet d'apprécier l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre. ». Mais l'exigence d'évaluer se heurte systématiquement aux objectifs parfois flous et contradictoires de l'action publique, à la difficulté de mesurer ses résultats et aux réticences à une forme de jugement dans la culture française.

Pour l'évaluation, il faut une clarification initiale des objectifs et des différentes étapes de l'évaluation, par la rédaction d'un document précis orientant le travail de l'évaluateur, avec l'aide d'un comité de pilotage ou d'une instance d'évaluation. L'évaluation doit se faire sur le processus de planification par l'estimation de réussite au niveau des différentes étapes, mais aussi sur le programme proposé une fois mis en place.

Le comité de suivi doit donc définir le programme de l'évaluation, poser les grandes questions, approuver le cahier des charges, utiliser les résultats des travaux, donner les suites opérationnelles aux recommandations du rapport d'évaluation.<sup>76</sup>

L'évaluation de programme s'effectue sur des actions, conçues et mises en œuvre sous la responsabilité d'une autorité publique pour atteindre des objectifs spécifiques.

Elle peut se décliner en cinq questions : *la pertinence* qui renvoie à la question de l'adéquation entre les décisions prises et les objectifs poursuivis et l'adaptation des objectifs et de la théorie des actions à la nature du problème. Vient ensuite *la cohérence*, formée par l'ensemble des objectifs, dispositifs et moyens, puis *l'efficacité* qui compare les effets propres de la politique à ses objectifs. *L'efficience* analyse le rapport coût avantage et coût efficacité. Enfin, *l'impact systémique* approche les effets sur la société, plus larges que ceux explicitement visés par les décideurs.

---

<sup>76</sup> PERRET B. *L'évaluation des politiques publiques*. La découverte, collection repères, Paris, 2001

En conclusion, si on ne veut pas que l'évaluation ne soit qu'un simple instrument de communication, d'auto promotion ou de manipulation politique, elle doit être soumise à des mécanismes qui garantissent que les questions pertinentes soient posées, que les réponses soient honnêtes et que les résultats soient rendus publics.<sup>76</sup>

Mais il est donc évident qu'une définition de l'évaluation amène à déterminer la notion des indicateurs, qui se construisent pour un objectif précis à partir des données, et impliquent une interprétation.

A ce sujet, les interpellations pour usage et usage-revente de stupéfiants présentent l'inconvénient de refléter aussi bien l'ampleur du problème que l'activité policière à son égard.

Quant au nombre de toxicomanes ayant recours aux structures sanitaires et sociales, cet indicateur exclut aussi bien les toxicomanes plus ou moins occasionnels, intégrés socialement et sans demande de prise en charge, que les très marginaux.

Les groupes de travail ont décidé de définir ensemble, après l'élaboration des fiches action, les indicateurs de suivi et d'évaluation.

### **3.3 : RESULTATS DES PREMIERES REUNIONS ET REAJUSTEMENT DES PROPOSITIONS**

La mise en place d'une politique publique demande un certain nombre d'exigences comme la rigueur, l'impartialité, la transparence, le souci de tenir compte de la pluralité des points de vue, la volonté de prévaloir l'intérêt général, ou de parvenir à le concilier avec les intérêts particuliers, et c'est en ce sens que fut élaborée cette démarche de travail.<sup>77</sup>

La première difficulté rencontrée réside dans le souci de recueillir lors des réunions, un panorama le plus exhaustif possible des opinions existantes en tenant compte des différentes professions, structures, cultures des partenaires impliqués. Ce qui aboutit à devoir accepter de travailler par groupes sensiblement étoffés de 20 à 30 personnes. Il convenait alors d'être attentif à ne pas laisser monopoliser l'expression par certains aux dépens d'une analyse partagée, comme ne pas laisser s'égarer les discussions dans des directions éloignées de nos préoccupations.

---

<sup>77</sup> PERRET B. *L'évaluation des politiques publiques*. La découverte, collection repères, Paris, 2001.

La seconde difficulté consiste à trouver une place pour ce PRS dans les dispositifs existants, dans le souci d'apporter une plus value et non de partager un rôle déjà rempli.

Or l'articulation délicate à mettre en place s'effectue à plusieurs niveaux : dans la prévention primaire, le PRS peut avoir, comme on l'a décrit, une fonction de coordination des politiques départementales en s'attachant à valoriser leurs objectifs et actions, et en prenant en charge principalement les volets formation et culture commune. Dans le soin et la réinsertion, son intérêt serait dans une vision globale de l'offre souhaitable quelque soient les statuts juridiques (sanitaire/médico-social). Mais les tutelles sont différentes et les spécificités de chacun difficilement appréhendables. Car à un même besoin de soins de suite et de réadaptation peut correspondre un établissement sanitaire ou un établissement médico-social. Deux enveloppes hermétiques ne permettent pas une reventilation aisée dans le sens du besoin exprimé par les acteurs, et la légitimité du programme de santé n'est pas appuyée par des objectifs ou annexes juridiquement opposables. D'où un certain attentisme ou immobilisme dans ce domaine.

Ces difficultés sont retrouvées d'ailleurs de la même manière pour les sevrages et post sevrages avec des séjours de dix jours à deux mois, pouvant être réalisés dans des structures sanitaires comme médico-sociales.

Enfin, la phase de crise, nécessitant quelques lits par établissement, renvoie à une carte sanitaire saturée avec une quasi impossibilité de création sauf à bénéficier de la fermeture d'un service. Ces lits, insuffisants pour former un service, ne peuvent donc souvent, qu'être rattachés à un service acceptant de les flécher, ce qui occasionne un dispositif souvent aléatoire, temporaire, et lié à la sensibilité du chef de service quant à la prise en charge des personnes en problème avec un produit psycho actif.

On s'oriente finalement ici, vers un PRS Addiction avec un volet prévention s'articulant avec les programmes départementaux en apportant une plus value dans la formation, la culture commune et la diffusion des idées, et un volet soins s'articulant avec les SROS en essayant de mettre en relief l'existant et le besoin en matière sanitaire comme médico-social, avant même l'écriture des schémas d'organisation social et médico-social, et de certains SROS concernés (santé mentale, soins de suite et de réadaptation). Des membres du PRS volontaires devront donc s'inscrire dans les comités techniques régionaux relatifs à ces schémas afin de voir s'exprimer les constats, besoins et objectifs du PRS Addiction, sous peine de rester l'ébauche de bonnes intentions en ce domaine.

Enfin, nous pûmes remarquer que malgré les incertitudes pesant sur le concept addiction et sur les institutions régionales, l'élaboration de ce PRS a rencontré des acteurs volontaires,

disponibles, et dynamiques, dont la richesse d'idées et d'analyses ne pourra qu'éclairer les décideurs quels qu'ils soient ou seront.

## CONCLUSION

Ces dernières années ont été marquées par de profonds changements tant dans l'abord et la prise en compte des problèmes de santé dans notre société, que dans une culture orientée vers la valorisation du bien être, de la détermination de soi, dans le contexte d'un univers de la consommation et du plaisir, où la dépendance aux psychotropes semble devenue un mode de vie répandu.

Le droit à la santé s'est affirmé comme droit fondamental du citoyen européen ,et la santé, intégrée dans sa dimension sociétale, s'envisage peu à peu comme un investissement raisonnablement, librement et collectivement décidé.

Parallèlement, la remise en question d'un arbitrage politique systématiquement en faveur de l'intérêt général aux dépens des intérêts particuliers a remis en cause le rôle même des pouvoirs publics, avec une orientation de plus en plus affirmée de l'Etat vers une animation du débat entre experts et usagers, et une coordination des politiques de santé.

Car si la médecine, porte de la vie, de la mort et de la maladie, se démarquait dès le 19<sup>ème</sup> siècle de la magie et de la religion à la faveur de la science et de la technique, les limites de cette science ont amené une approche de la santé allant au-delà de la médecine, en offrant au citoyen, un siège dans des décisions incontournables.

En effet, la santé fait désormais appel à des ressources limitées, obligeant à une hiérarchisation des besoins, l'élaboration de priorités et finalement à une planification globale décidée.

Cette planification se décline, de la prévention au soin et à la réinsertion, dans trois domaines distincts que sont l'associatif, le sanitaire et le médico-social, avec une coordination actuellement confiée au Préfet de Région par l'intermédiaire du Comité Régional des Politiques de Santé et des dernières Conférences Régionales de Santé.

Le Préfet choisit parmi les priorités retenues par cette conférence, celles qui font l'objet d'un programme transversal, et en confie l'animation à la DRASS.



La Champagne Ardenne avait mis en place fin 1998, un PRS Alcool qui trouva ses limites avec l'instauration des plans départementaux MILDT. A l'occasion de son terme, il fut décidé de l'adapter en PRS Addiction.

En effet, l'évolution des modes de consommation des produits psycho actifs, les informations apportées par la neurobiologie, la parenté des troubles et des réponses thérapeutiques, ont amené une approche de prévention fondée sur les comportements plus que sur les produits en distinguant différents usages. L' « addiction » était médiatisée, et la MILDT adoptait en 1999 un plan triennal dans ce sens avec des déclinaisons départementales.

Le PRS doit donc s'intégrer dans des politiques préexistantes, régionales comme départementales et infra départementales, tout en restant transversal de la prévention au soin et à la réinsertion, dans une cohérence sans conflit ni doublons. Cette transversalité renvoie cependant à des instances et des logiques encore très cloisonnées comme par exemple, entre le sanitaire et le médico-social.

Il fallait donc définir le cadre juridique de ce PRS et ses déterminants épidémiologiques, préciser l'existence et les rôles respectifs de chaque acteur et institution sur le territoire régional, et établir une large concertation des partenaires, afin de trouver une place pour ce PRS, dans un souci de plus value et de pertinence.

Ces éléments ont permis d'approcher l'articulation à mettre en place, qui s'effectue à plusieurs niveaux. Dans la prévention primaire, le PRS peut avoir une fonction de coordination des politiques départementales en s'attachant à valoriser leurs objectifs et actions, et en prenant en charge principalement les volets formation et culture commune. Dans le soin et la réinsertion, son intérêt s'affirme dans une vision globale de l'offre souhaitable quelque soit son appartenance au monde sanitaire ou médico-social.

L' Articulation PRS / MILDT est ainsi principalement réalisée dans la prévention primaire, tandis que la participation de membres du comité de suivi du PRS dans les comités techniques régionaux relatifs aux différents SROS concernés, peut permettre l'articulation du PRS avec les autres schémas au niveau du soin et de la réadaptation.

L'animation d'une telle politique de santé allie ainsi finalement autant la technicité que les relations publiques, l'écoute, l'entretien des motivations, le ménagement des susceptibilités et la patience des négociations, dans une floraison lente mais perceptible d'une culture commune de santé publique.

---

## Bibliographie

---

- 1 ABALLEA P. *Les agences, les priorités et les programmes de santé*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 2001, n° 37, pp 41-45.
- 2 ALBERTINI J.M. (COIFFIER E CROZET Y DEHOUX-GRAFMEYER D. et al). *Sociologie basique*. Nathan, Poitiers, 1990, 225p.
- 3 ATLAS DE LA SANTE EN FRANCE. Vol 1. *Les causes de décès* .pp 125-126.
- 4 BAILLY A. *Pour une politique sanitaire durable*. ADSP, Décembre 1999, n° 29, pp 60-64.
- 5 BARRE S. HOUDART L. *Le rôle des agences*. Actualité et dossier en santé publique, décembre 2001, n° 37, pp 26-40.
- 6 BERCOT R. *Logique d'action : quelle articulation aux logiques professionnelles et institutionnelles ?* Revue Française des Affaires sociales, octobre décembre 2001, n° 4, pp 105-114.
- 7 BRUN N. QUIGNAUX J.P. *Hôpitaux : la fin du silence ? Un point de vue de l' UNAF*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 200, n°2, pp 97-102.
- 8 CANIARD E. *Représentation sociale des maladies et disparité de l'offre de soins*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 1999, n° 29, pp 68-70.
- 9 CARRERE M.O. MOUMJID-FERDJAOUI N. *La relation médecin patient, l'information et la participation des patients à la décision médicale : les enseignements de la littérature internationale*. Revue Française des Affaires Sanitaires et Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 73-84.
- 10 CHABROL R. *La démocratie sanitaire*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 103-110.

- 11 CHAPPELLON S. *Pays de Loire ; un projet régional de santé sur la lutte contre les conduites d'alcoolisation*. Actualité et dossier en santé publique, septembre 1995, n° 12, pp 18-21.
- 12 COLLIN J.F. *L'élaboration de priorités de santé en France (1995-2000) : un processus d'amélioration de la démocratie sanitaire*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 61-72.
- 13 CORVEZ A. *Santé publique et aménagement du territoire*. Actualité et dossier en santé publique. Décembre 1999, n° 29, pp 19-46.
- 14 COSTES J-M. *Nouvelles drogues, nouveaux usages : le cas de l'ecstasy*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 2001, n° 37, pp 13-17.
- 15 DAVELUY C. PINEAULT R. *La planification de la santé*. Les éditions Agence d' Arc Inc, Montréal.
- 16 DEMAILLY L. *Groupes professionnels et pilotage des politiques publiques*. Revue Française des Affaires Sociales, Octobre Décembre 2001, n° 4, pp 123-125.
- 17 EMMANUELLI J. *Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS : description analyse et mise en perspective des données de ventes officinales de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999*, Institut de Veille Sanitaire, 2000.
- 18 FROSSARD M. *Besoins des personnes âgées et planification, de la théorie à la pratique*. Revue Française des Affaires Sociales, Juillet Septembre 1989, n°3, pp 117-136.
- 19 GALAMETZ C. *Les PRS : des pierres à la construction d'une politique régionale de santé*. Contact Santé, Février 2000, n° 146, pp 7-13.
- 20 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, Juin 2000, n° 2, pp 89-95.

- 21 GENIEYS W. HASSENTEUFEL P. *Entre les politiques publiques et la politique l'émergence d'une « élite du Welfare » ?* Revue Française des Affaires Sociales, Octobre Décembre 2001, n° 4, pp 41-50.
- 22 GHADI V. POLTON D. *Le marché ou le débat comme instrument de la démocratie.* Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 15-30.
- 23 GILLOT D. *Sur la démocratie sanitaire.* Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 5-14.
- 24 GIRARD J-F. *Les agences : typologie et missions.* Actualité et dossier en santé publique, Décembre 2001, n° 37, pp 18-25.
- 25 GRUMCHEC N. *A chaque acteur sa conception des PRS.* Impact Médecin Hebdo, 23 Novembre 2001, n° 557, pp 40-41.
- 26 HAUTEVILLE P. NOEL N. PERRIN S. *L'hospitalisation des toxicomanes.* La revue Soins, Mai 2002, n° 665, pp 30-45.
- 27 HENRION R. *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie,* La Documentation Française, 1995.
- 28 JOBERT B. *Les institutions sanitaires à l'épreuve : quatre dimensions de l'action démocratique.* Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n 2, pp 33-43.
- 29 KHODOSS H. *Démocratie sanitaire et droits des usagers.* Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 111-126.
- 30 LEBEAU B. *Toxicomanie et politique de santé.* La revue Soins, Mai 2002, n° 665, pp 46-50.
- 31 LETOURMY A. NAIDITCH M. *L'information des usagers sur le système de soins : rhétorique et enjeux.* Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 45-58.
- 32 LONCLE P. *Les jeunes et les villes : continuité et renouvellement des politiques locales.* Lien social et politique. RIAC, Printemps 2000, pp 121-131.

- 33 LORIOU M. *L'impossible politique de santé publique en France*. Erès, Ramonville Saint Agne, collection « action santé », 2002, 167 p.
- 34 LOTTIN J.J. *Du produit à la dépendance, de la dépendance à l'addiction... quelle traduction sur le terrain*. Contact santé, Juin 2000, n°150, pp 9- 13.
- 35 MAESTRACCI N. *Drogues et prévention des dépendances, une nouvelle approche*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 1999, n° 29, pp 10-13.
- 36 MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE et SOCIETE FRANCAISE DE SANTE PUBLIQUE. Séminaire Programmes régionaux de santé Addiction. Paris, 2001, 74p.
- 37 MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *Conférences de santé, programmes régionaux de santé : premiers bilans*. Paris, 2000, pages.
- 38 MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. *Réflexions sur les aspects communs et les aspects spécifiques aux différentes addictions*. Premier Ministre, Septembre 2001.
- 39 MOATTI J-P. *Priorités de santé publique ; les dangers d'une dérive utilitariste*. Actualité et dossier en santé publique, Décembre 1996, n°17, pp 38-40.
- 40 MOUQUET M-C. VILLET H. *Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné*. Etudes et résultats DREES, Septembre 2002, n° 192.
- 41 MURARD L. *La santé publique, matière administrative extraordinaire*. Revue Française des Affaires Sociales, Octobre Décembre 2001, n° 4, pp 77-82.
- 42 NICOLAS C. *Les programmes régionaux de santé*. Actualité et dossier en santé publique, Mars 2000, n° 30, pp 78-81.
- 43 OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Drogues et toxicomanies : répertoire des sources statistiques*. OFDT, Paris, 1998.
- 44 OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. *Drogues et dépendances : Indicateurs et tendances 2002*. OFDT, Paris

- 45 PAPAYRE C. *Connaissance de l'état de santé : état des lieux*. Revue Française des Affaires Sociales, Juin 2000, n° 2, pp 129-142.
- 46 PARQUET P.J. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psycho actives*. CFES, 1997, Vanves, 107 p.
- 47 PARQUET P-J. *Pour une prévention de l'usage des substances psycho actives : usage , usage nocif et dépendance*, CFES, 1998.
- 48 PERRET B. *L'évaluation des politiques publiques*. La découverte, collection repères, Paris, 2001.
- 49 POINDRON P-Y. *Les programmes régionaux ; pour une meilleure approche de la santé*. Impact Médecin Hebdo, 23 novembre 2001, n° 557, pp 36-39.
- 50 POLOMENI P. *Dossier usages de drogues et toxicomanies*. Actualité et dossier en santé publique, Mars 1998, n° 22, 44p.
- 51 RAPPORT DU HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE *La santé en France 1994-1998*. La documentation française, 1998, 309 p.
- 52 RAPPORT PREPARATOIRE AU SCHEMA DE SERVICES COLLECTIFS SANITAIRES. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* La documentation française, pp 28-36.
- 53 REYNAUD M. PARQUET J-M LAGRUE G. *Les pratiques addictives : usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho actives*. La Documentation Française, 1999 (rapport)
- 54 ROQUES B. *La dangerosité des drogues*, Odile JACOB, La Documentation Française, 1999 (rapport au secrétariat d'Etat à la santé)

## **Principaux textes juridiques et réglementaires :**

Code de la santé Publique :

- Articles L 3311-1 à L 3355-8
- Article L 767
- Article L 710-24

Code des débits de boissons et mesures contre l'alcoolisme : depuis l'ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000, ses dispositions ont été intégrées au nouveau Code de la santé publique.

\*\*\*\*\*

Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et l'usage illicite de substances vénéneuses

Décret n° 71-690 du 19 août 1971 fixant les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants et inculpés d'infraction à l'article L 628 du CSP peuvent être astreintes à subir une cure de désintoxication.

Loi n ° 83-663 du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, titre II

Arrêté du 22 août 1991 relatif aux modalités d'octroi des dérogations prévues à l'article L 49.1.2 du Code des débits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme.

Décret n° 92-478 du 29 mai 1992 incriminent pénalement le fait de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

Circulaire DGS n° 97/131 relative aux conférences régionales de santé et programmes régionaux de santé.

Juin 1999 : plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999 – 2001 ; MILDT

Circulaire du garde des Sceaux du 17 juin 1999 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants

Circulaire du 13 septembre 1999 relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances (présentation du plan MILDT)

Décret n° 99-808 du 15 septembre 1999 relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances et à la MILDT.



---

## Liste des annexes

---

### Annexes non publiées

Annexe 1 : Courrier de la Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales aux chefs de projet MILDT et directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales

Annexe 2 : Questionnaire et courrier de présentation de la Directrice Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

Annexe 3 : Tableau des inscriptions initiales à la première réunion

Annexe 4 : présentation power point lors de la première journée de cadrage ; synthèse présentation faite par l'Observatoire Régional de Santé ; tableau comparatif des programmes départementaux.

Annexe 5 : Courrier rappelant les dates des réunions programmées ; liste des membres des deux groupes de travail

Annexe 6 : trame d'élaboration des finalités, buts et objectifs, proposée lors de la première réunion des sous groupes.

Annexe 7 : bilan intermédiaire du PRS « le risque alcool en Champagne Ardenne » 1998-2003 .Observatoire Régional de la Santé. Mars 2002.