



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale
Promotion 2006**

**La prévention des conduites addictives
en région Nord / Pas de Calais :
articulation des politiques et perspectives
dans le cadre de la loi de santé publique.**

Brigitte CARON

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de répondre à mes sollicitations et par leur aide ont contribué à éclairer ma réflexion et plus particulièrement, l'équipe du pôle santé affaires administratives de la DRASS Nord Pas de Calais, lieu de mon stage.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES, UN CHAMP COMPLEXE AUX INTERVENTIONS MULTIPLES.....	7
1.1 Un champ d'action en évolution.....	7
1.1.1 Evolution des concepts	7
1.1.2 Principes d'intervention pour des actions de santé.	8
1.1.3 Des déterminants multiples en région.....	9
1.2 Objet de politiques nationales diverses.....	11
1.2.1 La politique interministérielle de la MILDT	12
1.2.2 Les politiques nationales de santé	13
1.2.3 L'intervention de l'assurance maladie.....	15
1.3 Multiplicité des dispositifs en région.....	16
1.3.1 Plans et programmes régionaux	16
1.3.2 Les actions départementales de la MILDT	19
1.3.3 La politique de la ville	20
1.3.4 Les interventions des collectivités territoriales.....	20
2 L'ARTICULATION DES DISPOSITIFS POUR UNE MEILLEURE COHERENCE ET COMPLEMENTARITE DES INTERVENTIONS.....	23
2.1 Structuration et mobilisation des acteurs par la régionalisation des politiques de prévention.....	23
2.1.1 Le PRS Conduites de consommation à risques	23
2.1.2 Un dispositif générateur de coordinations nouvelles	25
2.1.3 La territorialisation, instrument de mise en cohérence.....	26
2.1.4 Un bilan positif et des efforts à poursuivre.....	28
2.2 Des articulations à parfaire	29
2.2.1 Des cloisonnements institutionnels persistants	29
2.2.2 Une structuration des dispositifs inégale	32
2.2.3 Le rôle des instances de coordination	33

2.3	Freins à la mise en œuvre d'une politique de prévention des conduites addictives efficace.....	36
2.3.1	Une recherche de cohérence et d'efficacité aux effets antinomiques	36
2.3.2	Un souhait de lisibilité difficile à réaliser	37
2.3.3	Freins à l'efficacité des services rendus à la population.....	39
3	DES ARTICULATIONS A RENFORCER DANS LE CADRE DE LA LOI DE SANTE PUBLIQUE.....	41
3.1	Les perspectives de la loi de santé publique.....	41
3.1.1	Les principes généraux.....	41
3.1.2	Les outils en région	42
3.1.3	Etat d'avancement en région	44
3.2	Une animation régionale à réorganiser.....	45
3.2.1	La mobilisation des acteurs	46
3.2.2	Conforter l'animation et la formalisation des partenariats	48
3.2.3	Des articulations à préciser	49
3.2.4	Améliorer le système d'information	52
3.3	Conforter la territorialisation des politiques de prévention.....	53
3.3.1	Adapter les principes de la territorialisation dans un contexte évolutif	54
3.3.2	Renforcer la coordination territoriale	55
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	59
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ANPAA :	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CCAA :	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAR :	Conduites de Consommations à Risque
CDES :	Comité Départemental d'Education pour la Santé
CESC :	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CGPRS :	Comité de Gestion des Programmes Régionaux de Santé
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIRDD :	Comité d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances
CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNCV :	Confédération Nationale du Cadre de Vie
COG :	Convention d'Objectifs et de Gestion
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPER :	Contrat de Plan Etat Région
CRAM :	Caisse Régional d'Assurance Maladie
CRES :	Comité Régional d'Education pour la Santé
CRS :	Conférence Régionale de Santé
CRPS :	Comité Régional des Politiques de Santé
CSST :	Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes
CTRI :	Comité Technique Régional et Interdépartemental
CTS :	Contrat Territorial de Santé
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDJS :	Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports
DGS :	Direction Générale de la Santé
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR :	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRIRE :	Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DRTEFP :	Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
ECLAT :	Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme
EPICEA :	Espace de Prévention et d'Information sur les Conduites Addictives
FAQSV :	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FNARS :	Fédération Nationale des Associations de Réinsertion Sociale

FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INCA : Institut National du Cancer
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
ISTNF : Institut de Santé au Travail du Nord de la France
LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances
MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PME / PMI : Petite et Moyenne Entreprise / Petite et Moyenne Industrie
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRAM : Programme Régional de l'Assurance Maladie
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS : Programme Régional de Santé
PRASE : Programme Régional d'Actions en Santé et Environnement
PRSE : Programme Régional Santé Environnement
PRSP : Plan Régional de Santé Publique
PTS : Programmes Régionaux de Santé
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
SREPS : Schéma Régional d'Education pour la Santé
SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URIOPSS : Union Régionale et Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés
Sanitaires et Sociaux
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Les conduites de consommation à risque sont responsables dans la région Nord / Pas de Calais d'une surmortalité importante. L'usage nocif de l'alcool, du tabac et des substances psycho-actives se traduit par une mortalité prématurée notamment par cirrhoses du foie, très largement supérieure à la moyenne nationale pour les hommes comme pour les femmes. Si l'on peut constater une légère baisse du nombre d'usagers de drogues ces dernières années, le nombre de toxicomanes pris en charge par les structures sanitaires et sociales dans la région reste en augmentation et s'établit à 6210 personnes en 2002¹. Le nombre de personnes en infractions pour usage de cannabis a triplé ces dix dernières années. Les taux d'infractions sur la législation des stupéfiants sont largement supérieurs à la moyenne nationale quels que soient les produits, la proximité de la frontière belge en est une explication.

Depuis longtemps sensibilisée à la prégnance de ce problème dans la région, c'est à l'occasion de la réalisation de la monographie d'un toxicomane dans une boutique de réduction des risques que j'ai pris connaissance des politiques de prévention et de soins menées dans le champ des conduites addictives. Lors de discussions avec le responsable de l'association gérant la boutique et avec les différents professionnels accueillant le public, des difficultés pouvant concerner mes futures missions d'inspecteur me sont apparues ; Les acteurs institutionnels et opérateurs impliqués dans la lutte contre les drogues et toxicomanies sont multiples et nombreux ; des dispositifs co-existent et la plupart des structures et associations bénéficient de co-financements ; la multiplicité des financeurs rend les dispositifs institutionnels peu lisibles pour les acteurs de terrain, les conceptions sensiblement différentes des décideurs politiques rendent difficile l'action des professionnels devant répondre à plusieurs « cahiers des charges » et peuvent conduire à la limiter ou à la remettre en question. Et ce, au détriment parfois de la qualité de la prise en charge des usagers.

En interrogeant l'inspectrice responsable du service de la DRASS chargé des affaires administratives des programmes régionaux de santé dans lequel je réalisais mon stage, j'ai pu constater que la question de la lisibilité des interventions dans le champ de la prévention des conduites addictives en région était une préoccupation partagée par différents acteurs institutionnels et notamment les DDASS et la DRASS. La recherche d'une meilleure complémentarité des politiques menées, constitue pour ces services un enjeu pour en améliorer l'efficacité.

¹ Dernière exploitation des statistiques sur la prise en charge des toxicomanes dans la région réalisé par la DRASS en novembre 2002

L'échelon régional est aujourd'hui considéré comme le territoire le mieux adapté à la mise en œuvre des politiques de santé. Cette approche, qui a été développée en France dès les années quatre-vingt-dix avec la mise en place des programmes régionaux de santé (PRS), rencontre cependant des difficultés. Dans la région Nord / pas de Calais les conduites de consommations à risques font l'objet d'un PRS élaboré dès 1998. La recherche d'une cohérence au sein d'un programme de santé implique une coordination des institutions et acteurs régionaux : ARH, DRASS, CRAM, URCAM, URML, collectivités territoriales... La grande diversité de ces acteurs, dont les intérêts, les cultures et les modes de fonctionnement varient, rend particulièrement complexe l'articulation de leurs missions et de leurs champs d'intervention.

Dans le cadre de la politique interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies un nouveau plan a été élaboré par la MILDT pour 2004-2008. Sa déclinaison concerne le niveau départemental et devra être intégrée au plan régional de santé publique (PRSP).

Le champ de la prévention des conduites addictives fait aussi l'objet en région d'autres interventions notamment dans le cadre de la politique de la ville ou des collectivités territoriales.

La nouvelle loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004² « vise à offrir un cadre de référence clair et cohérent ». Elle affirme la responsabilité de l'Etat dans la définition et la mise en œuvre de la politique de santé publique et prévoit la réalisation de plans régionaux de santé publique, ensemble coordonné de programmes et d'actions thématiques. Le PRSP sera à terme le principal élément encadrant la politique de santé publique, plan stratégique visant la coordination des actions des intervenants multiples sur plusieurs années, un des enjeux forts pour l'avenir.

Cette perspective m'a amenée à m'intéresser plus précisément à l'état actuel de l'agencement des interventions publiques dans le champ de la prévention des conduites addictives. Comment s'articulent les politiques mises en œuvre en région ? L'analyse des modalités d'organisation des acteurs institutionnels au niveau opérationnel, des conditions nécessaires à la coordination de leurs actions et des difficultés rencontrées permet d'éclairer les perspectives d'évolution dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de santé publique.

² Loi N°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal officiel de la République Française n°185 du 11 août 2004*

Ce sujet m'a semblé intéressant à traiter dans le cadre du mémoire professionnel, d'abord parce-qu'il correspondait à une réelle interrogation des services déconcentrés. Ensuite, l'exercice que cela supposait, correspond tout à fait aux fonctions susceptibles d'être exercées par un inspecteur et entre donc tout à fait dans le cadre de ma formation. Il s'agit en effet, de mieux comprendre le contexte complexe de la prévention des conduites addictives. Cela suppose de repérer l'ensemble des partenaires impliqués et de mieux connaître leur action, de cerner les différents enjeux professionnels et institutionnels à l'œuvre tant au niveau des partenaires extérieurs qu'à l'intérieur des services déconcentrés de l'action sanitaire et sociale, pour enfin, appréhender les positionnements à tenir et les actions à mettre en oeuvre en tant qu'inspecteur d'une institution en charge du pilotage des politiques de santé publique.

La préparation du PRSP en région Nord – Pas de Calais a été confiée à un binôme médecin inspecteur – inspecteur principal.

Dans un environnement institutionnel aussi complexe que celui de la santé publique et dans la perspective d'une mise en cohérence des actions qui y contribuent, pouvoir mener une réflexion sur les conditions favorisant la mise en oeuvre d'une politique inter-institutionnelle et l'animation inter-partenariale me semble un exercice intéressant.

Plusieurs hypothèses ont guidé cette investigation :

- La première est qu'une volonté politique commune d'agir sur ce problème de santé publique ne suffit pas à articuler les interventions des différents acteurs, celle-ci doit aussi se traduire dans la recherche de complémentarité des objectifs visés, stratégies et moyens mis en oeuvre.
- Une seconde piste d'exploration porte sur la structuration des dispositifs de mise en oeuvre des politiques, les lieux de concertation et de régulation, leur fonctionnement et les conditions d'exercice qui leurs sont nécessaires.
- Une autre hypothèse concerne les enjeux de cette articulation et l'existence d'intérêts qui motivent ou non les différents acteurs à tendre vers une meilleure coordination.

Différentes méthodes de travail ont été nécessaires pour mener à bien cette étude :

La documentation : la lecture d'ouvrages et d'articles divers sur les questions de la prévention et des conduites addictives, de la régionalisation des politiques de santé, des textes législatifs et réglementaires s'y rapportant, la recherche d'information sur les différents dispositifs existants et la lecture des différents plans, schémas et programmes pouvant se rapporter à mon sujet : PRS, PTS, plan MILDT, PRAM, SROS, plan éducation nationale, ...

L'observation : tout au long de mon stage d'exercice professionnel (juin, juillet, septembre), j'ai participé aux réunions de concertation et de coordination qui ont eu lieu dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS) et de la préparation du plan régional de santé publique (PRSP). Ces réunions inter partenariales m'ont apporté des informations sur les positionnements institutionnels de chacun face au nouveau cadre proposé par la loi relative à la politique de santé publique. Celles-ci sont cependant partielles et évolutives en raison du devoir de réserve des professionnels dans l'attente des décrets d'application de la loi et de l'aboutissement des négociations entre décideurs.

La réalisation d'entretiens semi-directifs : à partir d'une trame comportant des questions ouvertes³, j'ai interrogé les représentants institutionnels impliqués directement dans la mise en œuvre et la coordination des politiques de prévention des conduites addictives. Ces entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail de mes interlocuteurs et, selon leur disponibilité et l'heure de rendez vous fixé ont duré de 1h30 à 4heures.

- Au niveau régional et départemental (2 départements) :

Le médecin inspecteur et l'inspectrice de la DRASS chargés de la préparation du PRSP, les chefs de projet MILDT des 2 DDASS, les co-pilotes du PRS conduites de consommations à risques (CCAR), du PRAPS, du PRS cancer, du PRS santé des enfants et des jeunes, une conseillère technique de l'inspection académique du Nord, la chargée de mission prévention à l'URCAM.

- Concernant le niveau infra départemental :

Les coordonnateurs des programmes territoriaux de santé (PTS) du valenciennois (dans le Nord) et du Boulonnais (dans le Pas de Calais), l'agent chargé de la politique de la ville à la DDASS du Pas de Calais et, au niveau associatif, le directeur de l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) du Pas de Calais.

Je dois ici préciser quelques limites à ma démarche :

Le sujet pourtant délimité à la prévention des conduites addictives, est très vaste. Il m'est apparu difficile d'en appréhender tous les aspects. Les entretiens menés ne m'ont pas toujours permis de cerner les politiques et mécanismes de coordination à l'œuvre.

Aussi est-il important de préciser que pendant le recueil des données de ce mémoire, se discutaient les conditions d'élaboration du PRSP, dans l'attente des décrets d'application de la loi relatifs à la conférence régionale de santé et au GRSP, au sein d'une équipe projet rapprochée (DDASS, DRASS). Celle-ci s'est élargie à de multiples partenaires juste avant mon départ. Le contexte « politique » n'était pas favorable à une

³ Annexe I la grille d'entretien utilisée. Celle-ci a fait l'objet de légères adaptations selon les acteurs rencontrés.

pleine transparence de mes interlocuteurs en attente de clarification du positionnement institutionnel à adopter face à ces changements. C'est aussi pour cette raison que n'ayant pas eu d'entretiens directs avec les représentants des collectivités territoriales, c'est au cours des différentes réunions de concertation que j'ai pris connaissance de leur positionnement en relation avec mon sujet.

La mise en œuvre d'une politique de prévention des conduites addictives se situe dans un contexte de changement des perceptions et pratiques professionnelles, de complexité et de multiplicité des interventions et des acteurs. «La cohérence naît de la prise en compte de l'ensemble des politiques et de leurs interactions sur un territoire, interactions toujours plus complexes à mesure que l'on s'éloigne de leur lieu d'élaboration.»⁴ Aussi est-il nécessaire dans un premier temps d'identifier les principes d'interventions et les politiques menées dans ce champ quelque soit leur niveau d'action, les dispositifs opérationnels qui les déclinent ainsi que les acteurs chargés de leur mise en œuvre. Sans pouvoir être exhaustif dans le cadre de ce mémoire, cet exposé présentera les principaux processus en cours.

A partir de cet «état des lieux» et des entretiens menés, une analyse des interactions entre dispositifs, des liens et relations entre acteurs me permettra d'une part, de mettre en lumière des facteurs facilitant ou limitant l'articulation des interventions institutionnelles à l'œuvre, d'autre part, d'identifier les conséquences induites par défaut de coordination.

De cette analyse de la situation en région et compte tenu des perspectives de réorganisation du cadre d'intervention en santé publique offertes par la loi du 9 août 2004, je dégagerai des points nécessitant une attention particulière pour favoriser la coordination des acteurs et de leurs interventions dans le champ de la prévention des conduites addictives.

⁴COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, Rapport du groupe Poles, *Pour une régionalisation du système de santé en 2025, offre, régulation et acteurs : essai de prospectives*. Novembre 2005

1 LA PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES, UN CHAMP COMPLEXE AUX INTERVENTIONS MULTIPLES

La lutte contre les drogues a été inscrite dans la législation française il y a une trentaine d'année. D'abord envisagée sous l'angle de la répression de l'usage et du trafic de stupéfiants dans le cadre de la loi de 1970, les politiques de soins et de prévention ont été ensuite déclinées progressivement.

1.1 Un champ d'action en évolution

Les années 90 ont connu de grands changements sous l'effet des pratiques évolutives des professionnels et des débats politiques sur la prévention. L'approche orientée sur les produits est remplacée progressivement par une approche en terme de comportements de consommation de substances psycho-actives. Apparaît alors la notion de conduites addictives et la nécessité d'agir sur les déterminants de ces conduites à risques, qui concernent la personne et son environnement.

1.1.1 Evolution des concepts

A propos de ce qu'on appelait autrefois l'alcoolisme, la toxicomanie, le tabagisme, les idées ont changé. L'approche « produit » avait négligé la part de la personne consommatrice et avait conduit à la fragmentation des champs et des dispositifs.

Replacer la personne au sein du dispositif et des préoccupations, a conduit à mettre en avant les comportements de consommation de produits d'une part et à différencier les comportements d'usage, d'usage nocif et de dépendance d'autre part. Alors qu'auparavant le modèle de l'intoxication était privilégié, les figures emblématiques de l'héroïnomanie, héroïnodépendant, de l'alcoolique, alcoolodépendant résumaient la description de ces deux champs de la toxicomanie et de l'alcoologie.

Un autre changement a été l'introduction du concept de substances psycho-actives, celui-ci conduit à considérer dans son ensemble toutes les substances agissant sur le système nerveux central, à repérer au-delà de leur génie pharmacologique propre, leurs caractéristiques communes, notamment leur capacité à induire une dépendance.

La transformation du regard sur les produits jugés à travers leur dangerosité et non plus seulement selon leur statut licite ou illicite a contribué à une plus grande reconnaissance des dommages liés à la consommation d'alcool et de tabac. Tant en alcoologie qu'en toxicomanie, on a assisté ces dernières années à une évolution de la conception de ces pathologies, de façon peut être plus radicale dans le champ de la toxicomanie avec l'introduction des traitements de substitution aux opiacés. En effet, ces

derniers ont considérablement modifié la prise en charge des usagers de drogues. L'introduction d'une chimiothérapie substitutive pour les toxicomanes a généré un regard plus médical sur cette question. La prévention s'est enrichie de ces approches nouvelles. Les alternatives à l'abstinence étant admises, les agents ont davantage pu se mettre à l'écoute de la personne et de son environnement.

Si on conjugue les deux familles de concepts on aboutit à la notion de conduites addictives, ce qui permet d'envisager dans un même ensemble toutes les variétés de comportement de consommation, toutes les substances psycho-actives. Le concept de pratiques addictives récuse la césure entre les types de comportements de consommation ; entre les produits sans nier leurs spécificités ; entre les approches législative, culturelle, économique et médico-sociale.

Les approches centrées sur les consommations, sur la diversité de leurs effets demeurent légitimes. Cependant l'approche centrée sur les comportements s'avère plus opératoire.

1.1.2 Principes d'intervention pour des actions de santé.

Les définitions successives données par l'Organisation Mondiale de la Santé au concept de santé ont profondément modifié les actions de soins, de prévention et de réhabilitation, en les inscrivant dans un cadre très vaste.

Promouvoir une politique de santé publique implique de s'adresser à toute la population. Cela suppose de prendre en compte la diversité des comportements. Ceux-ci sont en constante évolution d'une génération à l'autre quant au type de produit consommé, aux occasions et aux quantités absorbées. Les différences sociales et spatiales conservent une grande importance. Différents usages coexistent au sein de la population. Ceci implique qu'une politique de santé dans le domaine des conduites addictives ne peut plus avoir comme seuls objectifs la non consommation et l'abstinence. Aussi, et en référence au rapport Parquet de 1997⁵, les politiques de prévention ne sont plus centrées sur l'abstinence et poursuivent désormais deux objectifs principaux ; l'un, traditionnel, consistant à éviter l'initiation de la consommation de substances psycho-actives, l'autre allant au-delà, destinée à prévenir le passage de l'usage à l'usage nocif ou à la dépendance.

⁵ PARQUET Philippe-Jean – Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psycho-actives – Dossiers Techniques, Editions CFES – 1997

S'adresser à la population générale pour réduire la consommation ne signifie pas s'adresser à une population abstraite mais mettre en œuvre des dispositifs s'adressant aux différents segments de la population et à la variété de leurs modes de consommation.

Du point de vue préventif, la consommation des substances psycho-actives doit avant tout être considérée comme un phénomène collectif que les actions d'éducation pour la santé en groupe peuvent influencer. Il s'agit notamment d'apporter une information complète sur les effets et les risques des produits, de renforcer la capacité à résister à la pression du groupe, de faciliter la demande d'aide. La prévention des comportements individuels à risque en matière de substances psycho-actives comme dans d'autres domaines doit s'appuyer aussi pour être efficace sur un contexte favorable.

La mise en exergue de la notion d'usage nocif ou abus distinguée de l'usage d'une part, de la dépendance d'autre part, a comme objectif d'élargir la perception des risques et d'identifier les nouvelles cibles pour les interventions de prévention secondaire et de prise en charge. Le repérage de l'usage nocif doit permettre une action précoce évitant l'aggravation et la pérennisation des comportements à risque et le passage à la dépendance.

L'adoption, pour la première fois, d'une politique globale vis-à-vis des consommations de produits psycho-actifs est le principe de base du plan gouvernemental de la MILDT adopté en juin 1999.

A partir de ce principe général, l'option d'une approche spécifique par produit ou d'une approche combinée dans les actions de santé sera prise mesure par mesure selon les objectifs et selon les interactions entre les substances et leurs conséquences pathologiques ou comportementales. Il en va de même pour l'action sur l'environnement (publicité, commerce, etc.) et sur les normes sociales.

C'est là un changement considérable qui s'opère et concerne les structures, les organisations, les collaborations, les compétences et les pratiques.

1.1.3 Des déterminants multiples en région

La santé est la résultante de déterminants biologiques, psychologiques, culturels, économiques, sociaux et environnementaux. Si l'on souhaite mener des actions de soins et de prévention, il convient d'agir sur l'ensemble de ces déterminants.

Le repérage et l'analyse des déterminants à l'œuvre dans la genèse des conduites de consommation à risque fournit les lieux et les axes de la prévention.

✓ Facteurs biologiques et héréditaires

Des études ont mis en évidence des voies neurobiologiques impliquées dans les conduites de consommation. Des facteurs génétiques interviendraient également. La composante génétique peut porter sur l'appétence à une substance ou sur un trouble à l'origine de la recherche des effets d'un produit psychotrope. La consommation d'alcool

pendant la grossesse, préoccupante dans la région, est responsable de conséquences pour le développement de l'enfant : le syndrome d'alcoolisme fœtal baisse la capacité de l'enfant à faire face aux difficultés de la vie.

✓ **Facteurs comportementaux et sociaux**

Les poly consommations sont fréquentes avec l'association presque toujours constante d'alcool et de tabac. La consommation d'alcool dans la région est particulièrement élevée. La consommation de produits de synthèse est en augmentation. L'utilisation détournée du Subutex est préoccupante. Il faut noter aussi que les produits illicites sont accessibles à un moindre coût dans la région.

Le chômage⁶, la sous qualification des jeunes⁷ sont, en tant que facteurs contribuant à la désinsertion sociale, des déterminants aux conduites de consommation de substances psycho-actives. Cependant, il n'y a pas de relation de causalité directe entre précarité et consommation. Il n'y a pas une catégorie unique d'utilisateurs mais des populations extrêmement diverses, bien insérées ou très marginalisées, d'âges différents, des deux sexes, dans un rapport inégal au produit, avec ou non un état de dépendance. Cependant quelques traits dominent. Les personnes dépendantes (alcoolisme, toxicomanie) sont assez fréquemment en rupture sociale et/ou familiale. Les personnes qui font un usage nocif des produits peuvent maintenir un certain état de socialisation (surtout les consommateurs de tabac et d'alcool).

Les utilisateurs de produits en usage récréatif discontinu sont plutôt jeunes. Ils consomment des drogues de synthèse en fin de semaine dans les mega dancings⁸, nombreux en passant la frontière belge ; c'est une particularité régionale. C'est aussi un public très diversifié, jeune⁹, assez souvent bien inséré qui consomme également d'autres substances psycho-actives plus ou moins régulièrement mais parfois en quantité élevée.

⁶ Selon les données INSEE « La France et ses régions : 2002-2003 », le taux de chômage de 12,1 % place la région très au-dessus de la moyenne (9,0 % en 2002) et en tête pour le chômage des 15-24 ans (26,9 % vs 20,0 % en moyenne). Voir Annexe II : les indicateurs sociaux en région.

⁷ Le taux de réussite au bac de 76,5 % est inférieur à la moyenne française de 79,8 %.

⁸ Selon l'enquête ESCAPAD 2002/2003, la région révèle des adolescents plus expérimentateurs de produits psycho-actifs stimulants synthétiques (ecstasy, amphétamines). Parmi les garçons, ces prévalences dépassent le seuil de 5 % pour trois produits : champignons hallucinogènes (7,7 %), ecstasy (6,9 %) et amphétamines (5,7 %). Parmi les filles, ce seuil n'est jamais atteint.

⁹ En moyenne, les garçons et les filles ont fumé leur première cigarette à 13,5 ans, et les fumeurs quotidiens ont commencé à fumer tous les jours plus d'un an plus tard, sans différence entre les sexes. Le passage à l'usage quotidien apparaît un peu plus précoce que dans le reste du pays. Les jeunes adolescents de la région Nord - Pas-de-Calais disent avoir fumé leur premier joint en moyenne, au début de leur quinzième année.

✓ **Facteurs culturels**

Les représentations sociales à l'égard des produits consommés ne sont pas identiques : elles dépendent de leur statut de produit licite ou illicite mais aussi de la fonction sociale qui leur est dévolue, oscillant entre banalisation et diabolisation. La place de l'alcool dans l'histoire culturelle locale, notamment la bière, fortement marquée par la dépendance autour de systèmes économiques (industries de la sidérurgie, industries minières) contribue à modeler les comportements.

✓ **Facteurs environnementaux**

La région est une voie de passage vers les pays d'Europe du Nord ; cette situation est propice à majorer l'offre de produits illicites. A l'inverse, la région côtière est un lieu important de vente d'alcool à des ressortissants de pays où l'alcool est davantage taxé. La situation frontalière avec la Belgique a incité à des échanges avec les acteurs belges francophones en matière de suivis d'usagers de drogues. La méthadone était disponible dans ce pays avant que la France ne l'autorise, ce qui a conduit un nombre non négligeable de français de l'autre côté de la frontière. Aujourd'hui, les professionnels suivent réciproquement des personnes des deux pays. Il demeure des différences de réglementation et de conditions de suivi. Dans le cadre du programme européen Interreg III, des échanges de savoirs faire, des coopérations pour le développement de formations, d'actions et d'outils en promotion de la santé se développent.

Eu égard à la multiplicité des déterminants individuels et collectifs de la santé, les politiques de prévention développées en France ne sauraient être le domaine réservé ni d'une institution, ni d'une catégorie de professionnels.

1.2 Objet de politiques nationales diverses

Au sein de l'Etat, le ministère chargé de la santé a une compétence partagée avec la MILDT pour la lutte contre les pratiques addictives, avec le ministère de l'éducation nationale, dont relèvent les services de santé scolaire, pour les actions de santé en direction des enfants.

Les travaux du Haut comité de la santé publique institué en 1991, relayés à partir de 1996 par ceux de la conférence nationale de santé, l'instauration d'un échelon régional de planification en santé publique, ont favorisé l'émergence de la dimension préventive dans les politiques comme dans la législation sanitaire.

En témoignent la multiplication des plans nationaux de santé à forte composante préventive (plan national de lutte contre le cancer, plan national nutrition santé, etc.), l'inscription pour la première fois en 2002 dans la loi française, d'une définition de la

prévention¹⁰, et plus récemment, la loi de santé publique qui consacre et vise à développer la place de la prévention dans notre système de santé.

L'adoption de la loi Evin¹¹ a constitué une étape clé pour la politique de santé publique dans le domaine de la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Le paysage de la lutte contre les addictions s'est profondément modifié. Les missions de la MILDT, désormais chargée d'une approche transversale de toutes les formes de toxicomanie et de dépendances, ont été élargies au tabac et à l'alcool. Les rapports scientifiques ou administratifs ainsi que les plans gouvernementaux se sont succédés. Tous ces plans n'ont pas connu une réalisation à la hauteur des ambitions affichées. Certains se sont traduits par une mobilisation importante des acteurs nationaux et locaux, d'autres n'ont pas été réalisés ou ont souffert d'un manque de constance dans l'action.

1.2.1 La politique interministérielle de la MILDT

La MILDT trouve sa forme définitive en 1996¹². Elle anime et coordonne l'action de vingt départements ministériels. La circulaire du 5 mars 2004 confirme son rattachement politique au Premier Ministre. En revanche, la gestion de la MILDT est désormais assurée par le ministère chargé de la santé pour répondre aux objectifs de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Néanmoins, les crédits d'intervention et de fonctionnement de la MILDT font l'objet d'un programme interministériel autonome. Les décisions structurelles prises vont donc dans le sens d'un renforcement du rôle interministériel de la MILDT.

Pour réduire l'impact des drogues et de leurs conséquences néfastes, un nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool a été défini par la MILDT pour les années 2004 à 2008.

Le nouveau plan vise à mener une action déterminée utilisant tous les leviers de l'action publique (application de l'éventail législatif, information et prévention, système de soins, coopération internationale) et mobilisant l'ensemble des acteurs sociaux (jeunes, parents, enseignants, éducateurs, policiers, juges, soignants, chercheurs, agents économiques, associations...)... Il s'articule autour de deux objectifs complémentaires :

¹⁰ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 portant sur la qualité du système de santé : «La prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie».

¹¹ Loi no 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

¹² Décret n°96-350 du 24 avril 1996 portant création de la MILDT.

réduire les consommations et réduire l'offre. Contrairement au plan précédent, il privilégie une approche pragmatique par produits.

En ce qui concerne la réduction des consommations, les priorités gouvernementales accordent une place majeure à la prévention en direction des jeunes générations confrontées à une offre croissante en particulier de cannabis et de drogues de synthèse. Elles engagent contre le tabac et l'alcool une lutte déterminée et favorisent les actions ayant trait au respect de la réglementation de la lutte contre le tabac. Pour les personnes dépendantes ou à risque de le devenir, le plan met l'accent sur le renforcement de la coordination des soins et sur la diversification de l'offre de soins pour les toxicomanes. Concernant la réduction de l'offre, les orientations gouvernementales visent une forte mobilisation des services répressifs et judiciaires, un renforcement de la valeur dissuasive de la loi, une amélioration des moyens en matière de lutte contre le trafic, une harmonisation de l'action internationale.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, il a été décidé¹³ de conforter le pilotage déconcentré pour mieux articuler les trois approches : prévention, prise en charge sanitaire et sociale, respect de la loi et lutte contre le trafic. Celui-ci sera désormais confié à un chef de projet, membre du corps préfectoral et à un coordonnateur, agent des services déconcentrés (DDASS, DDJS, Inspection d'Académie...).

L'échelon départemental est confirmé comme le plus pertinent pour animer et coordonner les actions de proximité à mener en matière de lutte contre la toxicomanie. Pour la MILDT¹⁴ le comité de pilotage départemental doit devenir le lieu où s'élabore et s'évalue de façon continue et partenariale le travail interministériel de lutte contre les drogues. Les chefs de projets territoriaux doivent élaborer les grandes lignes d'un plan territorial pour le 1^{er} Mai 2005.

1.2.2 Les politiques nationales de santé

En dehors de la politique gouvernementale, différents plans, programmes et stratégies nationales structurent ou impactent actuellement la politique de prévention en matière de conduites addictives. Ceux-ci ne relèvent pas seulement du ministère de la santé ou d'une politique interministérielle dédiée, aussi est-il difficile d'être tout à fait exhaustif en la matière dans le cadre de cette étude. Seront présentés ici ceux dont les liens avec la politique menée en région sont apparus lors de mon observation.

¹³ Note ministérielle du 23 novembre 2004

¹⁴ Circulaire MILDT du 9 mars 2005 à l'attention des chefs de projet

✓ **Plan ou programme relatifs aux produits**

- le programme national de prévention du cannabis 2005. Il constitue l'une des priorités du nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.
- La stratégie nationale de lutte contre l'alcool comme fléau de santé publique. En préparation pour 2006 sous le pilotage de la Direction Générale de la Santé (DGS), elle fera suite à celle de 2002 à 2004. Elle vise à intensifier la prévention et le traitement des problèmes de santé liés à la consommation d'alcool, en s'appuyant sur les comportements et facteurs de risques.

✓ **Plan ou programmes relatifs aux pathologies**

- Le plan national de lutte contre le cancer (2003-2007) piloté par l'INCA (Institut National du Cancer). Il comporte 70 mesures dont une partie est axée sur les facteurs de risques et vise à mettre en place une stratégie complète de lutte contre le tabagisme, renforcer la lutte contre l'alcoolisme, promouvoir des attitudes favorables à la santé. Au niveau régional, il prévoit l'identification d'un "correspondant cancer", interlocuteur de la mission de pilotage du plan dans chaque agence régionale de l'hospitalisation.
- Le plan VIH/SIDA et infections sexuellement transmissibles 2005-2008 piloté par la DGS. Il reconduit la stratégie développée dans le cadre du plan 2001-2004. La faible proportion d'usagers de drogues parmi les nouveaux cas de VIH confirme l'efficacité de la stratégie de réduction des risques mais elle ne s'est pas traduite par une baisse de l'incidence du VHC. L'axe prévention et dépistage concerne des publics spécifiques dont les usagers de drogues intraveineuses.

✓ **Approche populationnelle**

- Le programme quinquennal de prévention et d'éducation à la santé des élèves du ministère de l'éducation nationale. La circulaire ministérielle du 1^{er} décembre 2003¹⁵ prévoit que désormais, la politique éducative de santé à l'école s'inscrit dans un programme quinquennal, défini en termes d'objectifs prioritaires, de stratégies d'action et d'évaluation. La mise en œuvre de ce programme s'appuie, d'une part sur les textes actuellement en vigueur à l'éducation nationale d'autre part, sur des collaborations plus étroites et formalisées avec les partenaires du système éducatif. Un contrat-cadre établi avec le ministère de la santé porte sur les différentes dimensions de la politique de santé publique qui concernent la population des élèves. Un des principaux domaines concernés est relatif à la prévention des conduites à risques incluant les consommations de produits

¹⁵ Circulaire MEN - DESCO N° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 relative à la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation.

psycho-actifs et du tabac (application de la loi Evin). Chaque année scolaire, les objectifs prioritaires des ministères font l'objet d'une définition commune par les ministres et sont suivis par un comité de pilotage national associant la MILDT.

Une convention avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé prévoit l'expérimentation d'une "programmation" d'éducation à la santé de la maternelle au lycée : conception, mise en œuvre et évaluation. Le comité de pilotage national chargé du suivi de ce projet associe la DGS et la MILDT.

✓ **Plans stratégiques**

- Le plan national d'éducation pour la santé vise à améliorer la qualité de l'éducation pour la santé à travers la formation des professionnels, le développement de la recherche, la valorisation de l'éducation thérapeutique et la mise en place d'un véritable service public d'éducation pour la santé. La circulaire DGS du 22 octobre 2001 définit la méthodologie d'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé en application du plan national.

- Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence des comportements à risque et des conduites addictives annoncé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ce plan stratégique prendra en compte les interactions entre violence et santé dans la sphère publique et privée. Il devra s'articuler avec d'autres plans ou programmes nationaux tels que la violence routière, le plan santé mentale ou le programme sur les conduites addictives coordonné par la MILDT.

1.2.3 L'intervention de l'assurance maladie

C'est en 1988 que la mission de prévention des organismes d'assurance maladie a été mentionnée dans le code de la sécurité sociale¹⁶. C'est sur cette base juridique qu'a été créé le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) du régime général. Il est le principal instrument de financement dédié à la prévention. Sa dotation de près de 300 millions d'euros en fait, au regard du caractère émiété et limité des moyens budgétaires de l'État, le principal levier d'action financier dans le domaine de la prévention.

Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, à l'origine destiné à financer en priorité des actions de prévention primaire soutenues par les caisses locales ou régionales, est en fait aujourd'hui divisé en deux grandes enveloppes, visant respectivement à financer les actions locales menées au titre des thématiques nationales et les actions proposées dans le cadre des programmes régionaux de santé.

¹⁶ Code de la sécurité sociale, article L. 262-1, loi du 5 janvier 1988

Ce fonds est donc au service de deux types de planification : l'une, régionale, issue des priorités définies en région, notamment dans le cadre des conférences régionales de santé, et l'autre, nationale, à partir des thématiques fixées par la convention trisannuelle d'objectifs et de gestion (COG) négociée et signée entre la CNAMTS et le ministère. Ainsi la COG pour 2000-2003 et son avenant de prolongation pour la période 2004/2005 ont prévu les thèmes suivants : prévention du tabagisme ; de la consommation excessive d'alcool ; des accidents de la vie courante ; du sida ; promotion du vaccin rougeole, oreillons et rubéole ; éducation nutritionnelle ; hygiène buccodentaire.

On note, dans le cadre des politiques de santé, des démarches de nature différentes cohabitant entre elles. Elles ont cependant tendance à s'uniformiser dans une perspective générale pour agir sur les différents comportements d'usage et sur les environnements (actions sur les représentations, application de la loi Evin).

1.3 Multiplicité des dispositifs en région

Le niveau national propose un cadre plus ou moins contraignant où se côtoient, s'enchevêtrent de multiples centres et modes de décision, financements et textes législatifs. Ces politiques se retrouvent en région, déclinées par de nombreux acteurs et à travers des dispositifs variés organisés aux niveaux régional, départemental et infra-départemental. Dans cet environnement complexe, les questions d'articulation des politiques se posent avec acuité et doivent trouver leur traduction.

1.3.1 Plans et programmes régionaux

✓ Les PRS priorités partagées par l'ensemble des acteurs

Au début des années quatre-vingt-dix, deux rapports successifs du Haut Comité de la Santé Publique¹⁷ lancent l'idée de développer les actions de santé publique et de faire participer l'ensemble des acteurs régionaux à l'élaboration et à la mise en œuvre de ces politiques : décideurs (Etat, assurance maladie et collectivités territoriales), institutions, professionnels et associations de citoyens ou d'usagers.

Les ordonnances du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise des dépenses de santé ont légitimé ce dispositif. Les conférences régionales de santé (CRS) ont pour objet d'analyser les besoins de santé de la population de la région et leur évolution afin d'établir

¹⁷ Rapports du Haut Comité de la Santé Publique publiés en 1992 et en 1994 : *La santé en France*, rapport général - Paris, La documentation Française.

des priorités et faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population. Le préfet choisit parmi ces priorités celles qui font l'objet d'un programme régional de santé. Cette décision s'appuie sur une concertation au sein du comité régional des politiques de santé (CRPS) composé des représentants des principaux décideurs impliqués dans l'impulsion et le financement des politiques de santé.

Dans le Nord - Pas-de-Calais, il existe une dynamique de santé publique déjà ancienne du fait de la motivation des acteurs locaux et de la réalité de l'état socio-sanitaire de la population. La situation économique et sociale de cette région ayant été difficile depuis les années 1970, celle-ci a bénéficié très tôt des expérimentations « politique de la ville » et des programmes européens de lutte contre la pauvreté.

Lors de la première conférence en 1996, le jury a déterminé quatre priorités régionales de santé publique pour lesquelles des programmes régionaux de santé ont été conçus et engagés chronologiquement. Ainsi le PRS des conduites de consommation à risque (CCAR) a-t-il été élaboré dès 1998¹⁸.

En dehors de la dynamique importante créée par cette politique, nombre d'interventions en matière de prévention des conduites addictives sont poursuivies.

✓ **Les programmes régionaux assurance maladie (PRAM)**

Dans le Nord Pas de Calais, 7 thématiques d'intervention régionale sont déclinées des programmes nationaux dont : le tabac, l'alcool, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles. Concernant les thématiques alcool et tabac, les actions de prévention portées par les organismes locaux d'assurance maladie s'inscrivent pour la plupart dans la continuité des axes de travail des PRS cancers, santé cardio-vasculaire, et conduites de consommation à risque. L'assurance maladie est le troisième financeur des PRS et y consacre près de la moitié de son enveloppe régionale du FNPEIS.

Cependant, des actions de proximité sont menées en veillant au respect du champ d'intervention et des objectifs spécifiques nationaux comme par exemple :

- la délivrance de substituts nicotiques à destination des populations en précarité, dans le cadre des centres de santé engagés dans la démarche.

¹⁸ Les autres PRS sont : le PRS cancers (1997), suivi en 1998 de ceux des maladies cardiovasculaires, , et du Programme Régional d'Accès aux Soins et à la Prévention (PRAPS). Une cinquième priorité a été introduite, suite à la conférence de 1998 : la santé des jeunes et plus récemment, le « Programme régional d'actions en santé et environnement » (PRASE).

- donner la priorité à certains publics spécifiques (femmes enceintes – jeunes – jeunes filles -milieu scolaire – professionnels de santé – populations défavorisées – salariés d'entreprises en milieu du travail).

- depuis 2002, la gestion de crédits fléchés «alcool » a été transféré de la DDASS à l'URCAM. La recommandation était alors de poursuivre le financement préexistant des structures.

Le financement des actions est attribué par les services de la caisse nationale, après appels à projets lancés au niveau local (par l'intermédiaire des caisses primaires d'assurance maladie) et instruits par l'union régionale des caisses d'assurance maladie, en lien avec l'instruction des programmes régionaux de santé.

✓ **Les objectifs « santé-sociaux » du projet académique 2004-2007**

L'académie de Lille, qui recouvre la région Nord Pas de Calais et comporte près d'un million d'élèves dans plus de 4 000 écoles, collèges et lycées, s'est dotée pour les années 2004-2007 d'un projet académique global où figurent sept objectifs « santé-sociaux ». Un de ces objectifs porte sur la prévention des comportements à risque parmi lesquels sont visées les conduites addictives. Nombre d'actions de prévention menées dans les établissements scolaires sont financées par les crédits de la MILDT ou dans le cadre des PRS.

L'inspection académique est membre du comité de pilotage de la MILDT et des relations anciennes et régulières sont entretenues entre les coordonnateurs MILDT et le rectorat pour une approche commune de l'instruction des projets.

L'Education Nationale participe à la démarche des PRS. Le Recteur est représenté dans toutes les instances des PRS (par des agents de l'inspection académique ou du rectorat). Chaque lycée et collège de la région reçoit chaque année l'appel d'offre des PRS.

Le projet académique prévoit de développer les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC) au niveau des établissements, afin de favoriser la dimension partenariale des actions¹⁹. Le dispositif CESC n'est pas pleinement opérationnel dans l'académie et un comité de suivi des CESC a été mis en place dans les deux départements par l'inspection académique de Lille. Ce comité rassemble des organismes

¹⁹ Suivant la circulaire ministérielle de décembre 2003, «le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté est le dispositif le mieux adapté pour organiser ces actions de prévention, notamment des conduites addictives... Les coordonnateurs académiques et les personnes-ressources formés au niveau des inspections académiques devront renforcer leur collaboration avec les chefs de projets départementaux drogues et dépendances. »

de prévention, différentes catégories de personnels des établissements scolaires, l'inspection académique, le rectorat et la DDASS en tant que représentant de la MILDT.

1.3.2 Les actions départementales de la MILDT

En application de la note ministérielle du 23 novembre 2004, les chefs de projets départementaux, qui était auparavant les directeurs des deux DDASS sont désormais le préfet délégué pour la sécurité et la défense dans le département du Nord et le sous-préfet délégué à la ville dans le département du Pas-de-Calais. Les coordonnateurs sont dans les deux départements, médecins inspecteurs de santé publique des DDASS. Celui du Pas de Calais est aussi pilote du PRS conduites de consommations à risque. Les comités de pilotage ont été réinstallés et réunis à deux reprises afin d'élaborer un premier plan d'actions départemental. Ce comité réunit les différents services de l'Etat : sécurité publique, police judiciaire, protection judiciaire de la jeunesse, douanes, gendarmerie, jeunesse et sports, éducation nationale (rectorat), DDASS et cour d'appel. Les crédits MILDT sont désormais délégués à la préfecture.

Cette nouvelle configuration n'a pas eu d'incidence immédiate sur l'organisation du dispositif, les projets d'action sont toujours reçus et instruits en DDASS par le médecin inspecteur. Les plans départementaux en cours d'élaboration reprennent les orientations du nouveau plan gouvernemental et des groupes de travail vont être organisés pour en décliner la mise en œuvre.

Dans le Nord en 2004, les priorités de la MILDT en matière de prévention ont été basées sur la consolidation des actions et des dispositifs existants, le soutien aux actions innovantes (milieux festifs, partenariat avec la justice...). Des orientations nouvelles ont été poursuivies telles que le dispositif « Consultations Jeunes Consommateurs de Cannabis » conformément aux directives nationales, ou l'appui et le soutien méthodologique aux actions de prévention de l'Education Nationale. Quarante cinq actions ont été financées (associations de prévention, CSST, CCAA, établissements scolaires, centres hospitaliers...).

Dans le Pas de Calais, les stratégies poursuivies ont cherché à informer et à mobiliser les professionnels dans des secteurs généralement moins bien pourvus par le dispositif PRS : les mairies, les services de la protection judiciaire de la jeunesse, les services de probation, et la sécurité routière.

1.3.3 La politique de la ville

La politique de la ville s'inscrit depuis une vingtaine d'années dans un cadre spécifique caractérisé par des méthodes d'intervention basées sur la contractualisation (financements croisés entre les partenaires), la globalité d'une logique de projet (politiques coordonnées), la territorialisation des interventions (sites prioritaires), la discrimination positive (dispositifs dérogatoires) et la participation des habitants. Près de 400 quartiers sont concernés dans le Nord / Pas de Calais.

Au cours du XII^{ème} plan en cours (2000-2006), le contrat de ville constitue l'outil unique de la politique de la ville qui engage chacun des partenaires (Etat, Région, Département, Villes, fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations...) à mettre en œuvre des actions concrètes et concertées.

Dans le Nord Pas de Calais, la santé publique a été affichée comme une priorité des contrats de ville pour 2000 - 2006 eu égard au constat réalisé dans la région et sur les agglomérations en matière d'indicateurs de santé. Une phase « diagnostic » préparatoire au contrat de ville a particulièrement mis en relief les enjeux liés à la santé des enfants et des jeunes, aux conduites de consommation à risques (alcool, tabac et toxicomanies) et à la précarité sociale.

L'articulation entre le volet santé du contrat de ville et la politique régionale de santé a été décrite dans le « vade-mecum du programme territorial de santé (PTS) » : les actions de santé relevant des contrats de ville doivent s'inscrire dans les objectifs du PTS défini à l'échelle de l'arrondissement. Les « conventions thématiques santé » des contrats de ville ont vocation à se développer autour de 3 priorités, correspondant aux thèmes de trois PRS : précarité et santé, santé des enfants et des jeunes, conduites de consommation à risque. Les différents PTS ont tous repris ces 3 priorités et les déclinent pour leur territoire y compris pour les sites urbains défavorisés. Des représentants des contrats de ville sont présents dans les instances d'élaborations des PTS et doivent permettre cette articulation.

1.3.4 Les interventions des collectivités territoriales

La Région et les deux Départements participent activement à la politique régionale de santé depuis le début de la création des PRS, dans le cadre du Contrat de Plan Etat Région. Leur engagement financier est global, sur la durée du contrat, avec une détermination prévisionnelle des enveloppes chaque année.

Parallèlement, ces collectivités se sont réservées des crédits pour intervenir en direction des « creux » qui demeurent entre les différentes priorités régionales de santé et éviter le risque de perte de visibilité politique. Ainsi, contribuent-elles à la prévention des conduites addictives, en dehors de cette politique régionale.

La Région, dans le cadre de sa « politique d'initiative régionale », a continué de promouvoir l'initiative et le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé, en réponse à l'évolution des problématiques posées sur certaines thématiques ayant trait, par exemple, à la santé des jeunes (dans les missions locales, foyer de jeunes travailleurs), des personnes hébergées en CHRS (« kit santé »), à la prévention du SIDA et des infections sexuellement transmissibles,...

Les conseils généraux ont compétences en matière de prévention sanitaire et sont notamment responsables de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance. Les missions de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, contre le VIH et les maladies sexuellement transmissibles ont été recentralisées²⁰. Les conseils généraux ont souhaité les poursuivre par voie de convention avec l'Etat. Ils développent leurs actions au travers de leurs services répartis sur les territoires : les services de protection maternelle et infantile (PMI) et les secteurs de prévention santé. Ils financent aussi des actions collectives et individuelles de prévention et d'accès aux soins dans le cadre de la politique d'insertion des allocataires du RMI.

Le Conseil Général du Nord a placé la prévention santé et l'accès aux soins pour tous au cœur de ses priorités. Dans le domaine des dépendances, il a créé un Espace de Prévention et d'Information sur les conduites Addictives (EPICéA). Ce service se veut être un interlocuteur reconnu et essentiel dans la lutte contre les conduites addictives. Il a développé des outils de prévention, mis en service un bus multimédia qui parcourt le Nord à la rencontre du public, notamment les collégiens et ouvert un site internet dédié. Le Département a pris l'initiative de campagnes d'aide à l'arrêt du tabac et soutient également les actions de prévention contre l'alcoolisme. Une partie de ces actions est engagée au travers de sa contribution à la politique de la ville.

L'investissement des communes dans les actions de prévention sanitaire est, pour sa part, assez variable. Huit villes de la région ont adhéré au réseau des « villes-santé » créé sous l'égide de l'OMS, se dotant de services de santé parfois importants, qui mènent pour l'essentiel des actions de prévention. Celles-ci portent fréquemment sur les conduites de consommations à risques et le développement du travail en réseau dans ce domaine.

Compte tenu de l'importance du phénomène dans la région, de ses conséquences sanitaires marquées en terme de morbidités et de mortalité, la lutte contre les conduites de consommations à risques fait l'objet d'une mobilisation importante.

²⁰ Article 71, loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Multiplicité de déterminants, multiplicité d'acteurs, compétences partagées,... Cette multiplicité des interventions, si elle est nécessaire, n'est pas sans risque pour la cohérence des démarches de prévention.

Ainsi que le soulignait l'IGAS²¹, « Toute politique de prévention est par construction polycentrique. Aussi sa mise en oeuvre passe-t-elle par une coordination étroite, à tous les échelons, national, régional, local, entre tous les services concernés ».

La problématique de l'articulation entre les dispositifs de mise en œuvre des politiques de prévention des conduites addictives apparaît, dans ce contexte, particulièrement complexe. Elle est cependant mise en avant comme un facteur clé de réussite d'une démarche de santé publique. Et l'on peut s'interroger, en partant de l'exemple de la politique régionale de santé menée dans la région et de ses effets, sur les conditions nécessaires et les enjeux de l'amélioration de la coordination des interventions des acteurs institutionnels.

²¹ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Rapport annuel 2003, *Santé, pour une politique de prévention durable*. Paris : La documentation française.

2 L'ARTICULATION DES DISPOSITIFS POUR UNE MEILLEURE COHERENCE ET COMPLEMENTARITE DES INTERVENTIONS

Les programmes régionaux de santé ont été introduits par le Haut Comité de la santé publique, comme des instruments privilégiés de la régionalisation du système de santé français et de la mise en œuvre des priorités régionales de santé. Ils ont vocation à favoriser la cohésion et la structuration des politiques, des interventions et des financements existants. Si des avancées ont pu être constatées en ce sens, force est de constater que ce processus reste inachevé. L'observation du fonctionnement des dispositifs de mise en œuvre des politiques de prévention des conduites de consommations à risque et les entretiens menés avec les différents acteurs institutionnels mettent en perspective les leviers employés pour favoriser cette dynamique et l'articulation des interventions des acteurs institutionnels. Ils permettent d'identifier les facteurs favorisant ainsi que leurs limites, les difficultés de coordination qui restent posées et leurs conséquences sur l'efficacité des interventions en prévention.

2.1 Structuration et mobilisation des acteurs par la régionalisation des politiques de prévention

Les compétences et les moyens spécifiques au service de cette politique de santé publique se sont engagées dans le Contrat de Plan Etat Région (CPER) 2000-2006 actuellement co-signé par l'Etat, la Région, le Département du Nord et le Département du Pas-de-Calais, les organismes d'assurance maladie, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM).

Ainsi, en Nord - Pas de Calais, les acteurs régionaux ont pu faire l'expérience de bâtir ensemble une politique de prévention en se fondant sur un diagnostic partagé et en dégagant collectivement des priorités au travers des Conférences Régionales de Santé.

2.1.1 Le PRS Conduites de consommation à risques

L'organisation partenariale de l'encadrement et de la conduite des programmes²² recouvre deux dimensions :

- L'une, politique, concrétisée par le Comité Régional des Politiques de Santé réunit les signataires effectifs du CPER auxquels s'adjoignent de nombreux partenaires : l'Agence Régionale d'Hospitalisation, l'Union Régionale des Médecins Libéraux, le Rectorat d'Académie, des représentants de communes, le Conseil Economique et Social Régional,

²² Annexe III : schéma de l'organisation de la politique des PRS en Nord / Pas de Calais

des fédérations nationales d'associations (FNARS, URIOPSS, CNCV)... Sa mission est de favoriser la concertation, le suivi et l'évaluation des PRS, et d'assurer la mise en oeuvre des aspects régionaux des programmes nationaux de santé. Il appuie son fonctionnement sur le Comité de Gestion des PRS²³, qui s'appuie lui-même sur le Comité Technique du Comité de Gestion. Ces instances sont tout à fait centrales dans le fonctionnement des programmes régionaux dans la mesure où elles fonctionnent sur la base d'un véritable partenariat qui tente d'établir une ligne de conduite et des objectifs communs à l'ensemble des instances participantes.

- L'autre dimension, opérationnelle, est représentée par la coordination transversale des pilotes des PRS, les groupes de suivi de chaque PRS et la mise en oeuvre des actions ; c'est dans le cadre d'un appel à projets annuel que les porteurs d'action accèdent à la demande de financement. Celle-ci est traitée conjointement dans les différentes instances organisées en « guichet unique ».

Outre les conférences régionales de santé et les instances inter partenariales, de nombreux vecteurs de communication ont été créés et largement diffusés autour de cette politique régionale ; charte des PRS, guides du porteur de projet, notes de problématique des PRS et PTS, moniteurs des PRS (bilans des actions), répertoires des actions financées dans le cadre des PRS, évaluation de la politique en 2003, formations à la santé publique, à la conduite de projets, à l'évaluation, ...

Deux personnes coordonnent chaque PRS. Pour le PRS CCAR ce sont un médecin inspecteur de santé publique de la DDASS, coordonnateur de la MILDT et le directeur départemental de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA 62). Ils animent le groupe de suivi de ce programme composé de 17 personnes. Ce sont des « techniciens » particulièrement impliqués sur cette thématique ; représentants de DDASS/MILDT, Inspection Académique, Conseils généraux, URML, CPAM, centre de cure, service social d'un hôpital, Centre d'information et de traitement des dépendances (CITD), Comité régional d'éducation en santé (CRES), Espace de concertation et de liaison addictions tabagisme (ECLAT)... Ce groupe est garant des orientations du programme, chargé de l'instruction des projets d'action et de leur suivi.

Fondé sur les préconisations et les principes du rapport Parquet²⁴, le programme CCAR poursuit trois objectifs généraux : réduire la consommation de substances psycho-

²³ Initialement défini comme un groupe restreint aux signataires du CPER et des conventions l'accompagnant, participent aujourd'hui à ce comité les signataires du CPER (DRASS, Conseil Régional, Conseils Généraux), l'Assurance Maladie (CRAM, URCAM), l'ARH, l'URMEL, la DRJS et le Rectorat. Ce comité de gestion est à l'interface du politique et de l'opérationnel.

²⁴ PARQUET Philippe-Jean – Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psycho-actives – Dossiers Techniques, Editions CFES – 1997

actives, réduire les dommages somatiques, psychiques et sociaux chez les usagers nocifs et dépendants et promouvoir la recherche visant l'amélioration des connaissances, la formation et l'évaluation. Ces dernières années, l'accent a été mis sur les jeunes scolarisés (en collaboration avec l'Education Nationale), la femme enceinte (impliquant les médecins et maternités), le milieu professionnel (PME-PMI surtout), la thématique tabac compte tenu du plan cancer, la recherche et la formation.

En 2005, 128 actions ont été financées dans le cadre de ce programme. Les financeurs principaux de ces actions sont l'Etat, le Conseil Régional, le FNPEIS, le Conseil Général du Pas de Calais. La grande majorité des projets relève de la prévention et poursuit l'objectif de réduire les consommations.

2.1.2 Un dispositif générateur de coordinations nouvelles

Au delà de l'architecture même du dispositif PRS, générant un travail partenarial important, plusieurs des acteurs interrogés s'accordent à dire que la coordination est avant tout une question de personnes. Ainsi, les mêmes personnes sont invitées à participer à différentes instances, dans et hors PRS. Cette stratégie est plus efficace lorsqu'elle repose sur une même personne. Pour exemples, les chargées de mission prévention de l'URML et de l'URCAM représentent leur institution dans les différents niveaux de coordination. Elles participent à la fois au comité de gestion des PRS, aux différents groupes de suivi de PRS et de PTS ainsi qu'aux comités locaux de dépistage des cancer (créés dans le cadre du plan cancer).

Les interventions en milieu scolaire, axe important de la prévention des conduites addictives, sont au centre de trois dispositifs majeurs. Le PRS CCAR est générateur de financements supplémentaires et d'actions nouvelles en direction des jeunes. La recherche de cohérence entre les actions menées s'organise avec les coordinations départementales antérieurement établies entre l'éducation nationale et le dispositif MILDT. La conseillère technique de l'Inspection Académique du Nord, coordinatrice départementale des CESC, est membre des groupes de suivi des PRS CCAR et Cancer, et l'interlocutrice privilégiée du médecin coordonnateur de la politique MILDT en DDASS. Dans le Pas de Calais, le pilote du PRS CCAR est aussi coordonnateur MILDT en DDASS. Les professionnels ont ainsi établi des espaces de concertation autour de leurs appels d'offres respectifs. Ceux-ci diffèrent selon les départements et les modalités de collaboration n'ont pas été formalisées. La recherche de complémentarité entre les trois programmations et les modes d'interventions respectifs apparaît inachevée et évolutive compte tenu du nouveau plan MILDT et de l'élaboration à venir PRSP, nous y reviendrons.

Les PRS ont aussi généré des réorganisations institutionnelles ou la structuration de certains dispositifs autour de la politique régionale de santé.

Au sein de l'URCAM, une commission PRS animée par le directeur a été créée. Elle rassemble les directeurs et administrateurs des CPAM et vise à développer la coordination interne autour de la politique régionale de santé. Dans le même objectif pour le niveau local, la chargée de mission prévention anime des réunions mensuelles pour les techniciens des CPAM. « Cette organisation vise à adopter sur l'ensemble des 13 territoires le même type de fonctionnement et à favoriser l'adaptation au contexte régional. Les CPAM sont porteurs d'actions. Si elles correspondent à un PRS, nous les incitons à déposer en PRS pour avoir une instruction collégiale et régionale, une reconnaissance et un niveau de qualité des actions PRS. C'est cependant le FNPEIS qui les financent. »

La déclinaison régionale du plan cancer s'est appuyée dès l'origine sur l'existant et notamment le SROS et les PRS. Le pilote du PRS cancer, relais de l'INCA précise que l'organisation pour le suivi et la mise en œuvre du plan s'est faite en accord avec les acteurs en charge de ces dispositifs. Pour chaque mesure ou ensemble de mesures, un référent, garant du plan d'action et de sa mise à jour tous les six mois a été nommé. Pour les actions relatives au tabac, c'est le pilote du PRS CCAR qui est référent. « Et par souci de cohérence et de simplification, nous n'avons pas créé de comité de pilotage comme le préconisait l'INCa et nous avons utilisé le comité régional des PRS existant ».

2.1.3 La territorialisation, instrument de mise en cohérence

Parce que la région Nord-Pas-de-Calais compte 13 arrondissements allant de 190 000 à 1 million d'habitants, qui constituent à eux seuls de véritables départements, la mise en œuvre des programmes régionaux de santé au plus près du terrain s'est avérée indispensable. La territorialisation a été introduite en 2000 par la Conférence Régionale de Santé comme la « déclinaison locale » des PRS qui garantit l'adéquation des actions menées en matière de santé publique aux caractéristiques du territoire, aux besoins de la population et qui facilitera la mobilisation des différents acteurs locaux.

La région Nord-Pas-de-Calais est aujourd'hui découpée en 15 territoires, ceux-ci correspondent aux arrondissements ou bassins d'emploi, à quelques exceptions près, tenant compte de projets de territoire ou de communautés de communes²⁵. La volonté politique a été de couvrir l'ensemble de la région et donc, de ne pas se cantonner aux seuls territoires dont des contrats étaient négociés par les élus.

Chaque territoire élabore un Programme Territorial de Santé (PTS) sur une durée de trois ans, en associant la population, les professionnels de santé, l'ensemble des opérateurs du champ de la santé et du social, ainsi que les représentants locaux du

²⁵ Compte tenu de la densité de la population et des dynamiques préexistantes (communauté urbaine, villes santé, contrats territoriaux de santé)

CPER (Etat, Conseil Régional, Conseils Généraux, communes, intercommunalités, organismes de protection sociale).

Outre la déclinaison territoriale des programmes régionaux de santé sur la base d'un diagnostic local partagé, ils ont pour objet d'articuler cette déclinaison avec les autres politiques locales, tels les contrats territoriaux de santé (CTS) que le département du Nord a passé avec les communes intéressées, les actions de santé menées par les CPAM ou les mutuelles, les contrats d'agglomération et, dans les sites concernés, la politique de la ville, dans le cadre de laquelle une priorité forte a été donnée à la promotion de la santé.

Des coordonnateurs territoriaux de santé financés par l'Etat, les conseils généraux, l'assurance maladie et la politique de la ville dans le Pas de Calais, ont été recrutés en 2002 pour aider au développement de cette démarche.

L'organisation locale reprend en partie celle établie au niveau régional à savoir : un comité de pilotage (financeurs potentiels d'actions), un comité technique, une Conférence locale de santé (assemblée générale du PTS).

Une coordination départementale des PTS a été organisée dès l'origine dans le département du Pas de Calais et, en avril 2005, la DDASS du Nord a confié cette mission pour son département à une inspectrice.

En 2004, sur les quinze territoires de la région ainsi définis, treize ont finalisé leur programme. Chacun d'entre eux, adaptés aux contextes locaux a retenu les conduites de consommations à risque dans ses priorités.

En dépit de la jeunesse du processus, la déclinaison locale des PRS génère des articulations nouvelles. Les entretiens menés avec les coordonnateurs PTS permettent d'en souligner quelques aspects. Ils portent sur les objectifs poursuivis : « Nous avons une mission complémentaire avec les autres dispositifs. Nous avons fondé notre diagnostic et les priorités en complémentarité avec ce qui existait. Les CTS, PTS et la politique de la ville ont à peu près les mêmes objectifs mais concernant les conduites addictives, le PTS est plus sur la prévention et les changements de comportements ». Les acteurs, procédures et modalités d'intervention ont pu être rapprochés : « Le chef de projet d'agglomération est dans le comité technique du PTS et je participe au Comité technique politique de la ville. Nous formons un binôme solide. Sur les questions de santé je travaille en lien avec sept chefs de projet ville. Depuis 2005, nous avons un seul formulaire de demande de financement, celui des PRS. L'instruction des projets et les calendriers sont communs » ou encore, « pour l'éducation nationale, le PTS demande que les projets soient portés par le CESC, impliquant les élèves, parents... ». Des relations s'établissent aussi avec d'autres partenaires : « Nous invitons la CAF au comité technique pour les imprégner et les sensibiliser pour les contrats éducatifs locaux,

centres de loisirs, centres sociaux, qu'ils fassent des actions santé et aient les bonnes références ».

2.1.4 Un bilan positif et des efforts à poursuivre

Dans un souci d'efficacité technique et de transparence, les financeurs réunis au sein du Comité Régional des Politiques de Santé ont engagé dès 2003 une démarche d'évaluation. Celle-ci a porté sur la politique régionale mise en œuvre et sur 4 programmes dont celui portant sur les conduites addictives. Il a été constaté que la mise en place des PRS, avec l'apport de financements et les exigences méthodologiques, a contribué au développement d'actions et à l'investissement de champs prioritaires. Elle a joué un rôle fédérateur en créant les conditions de la rencontre d'acteurs, de professionnels d'origine institutionnelle différente.

La démarche du PRS CCAR a conduit progressivement à une formalisation des procédures : organisation et fonctionnement des groupes de suivi, des séances d'instruction des projets, élaboration et utilisation d'outils techniques. La relative stabilité des membres du groupe de suivi a permis de forger un consensus sur les approches retenues, un changement dans la culture des acteurs. Plusieurs avancées ont été soulignées : le développement de projets avec une meilleure méthodologie, du travail en réseau et l'élargissement des partenariats, la densification des réponses sur certains territoires, le développement d'une approche en santé globale. Un effort d'articulation avec les autres PRS a été entamé (notamment avec le PRS cancer et le PRAPS) afin notamment de distinguer clairement les objectifs poursuivis, et d'éviter que des actions puissent être inscrites dans plusieurs programmes. Cependant nous avons pu observer que l'articulation avec d'autres dispositifs du champ sanitaire ou médico-social (SROS, offre médico-sociale...) est encore peu développée.

Par ailleurs, persiste une équité entre territoires encore imparfaite. L'insuffisante utilisation du critère géographique dans l'instruction des dossiers en est un facteur explicatif. Des difficultés d'évaluation liées à l'absence de définition d'indicateurs mesurables ainsi qu'une faible participation des populations et des usagers au dispositif ont été relevées.

La territorialisation de la politique régionale de santé favorise la cohérence des interventions institutionnelles. La présence de coordonnateurs à proximité des populations et des porteurs de projets en est un élément essentiel, ainsi que le souligne les propos du pilote du PRS : «il faut coordonner les actions concrètement sur le terrain : faire de l'information dans les collèges c'est bien, mais ça ne sert à rien si elle n'est pas relayée par les adultes, parents, animateurs de centre de loisirs, enseignants... ». Cependant l'autre pilote y apporte des limites : « Nous avons espoir avec les PTS, mais eux sont soumis à des pressions beaucoup plus fortes d'élus, de grosses associations... ».

La déclinaison locale des PRS rend cependant le dispositif plus complexe en raison notamment de la multiplication des instances. Les coordonnateurs se trouvent au centre de nombreux dispositifs et déplorent le «manque de liens directs avec les PRS, le manque d'informations et de discussions sur le sens de notre action ». Parallèlement, certains pilotes PRS déplorent les changements induits par le transfert de l'instruction des projets du régional au local : « Depuis 2004, il n'y a pas beaucoup de dossiers qui restent à l'instruction régionale c'est ce qui démobilise les pilotes car cette déconnexion de l'instruction remet en question leur utilité ». La coordonnatrice départementale des PTS parle à cet égard de « risque d'autonomisation des coordonnateurs ».

La question de la territorialisation confronte les acteurs à la difficulté de développer une culture et des stratégies communes ; pour exemples, plusieurs PTS ont défini des objectifs spécifiques, hors champ des PRS, et parallèlement, le département du Nord a élaboré des contrats territoriaux de santé avec certaines communes. Le risque d'un écartement trop important ou d'une perte de lisibilité de l'action recherchée par la politique régionale se pose. Le renforcement de la représentation des élus locaux présents dans les instances de décision des PTS, dans les comités régionaux apparaît nécessaire.

Ces nouveaux dispositifs introduisent, certes, de nouvelles dynamiques territoriales mais, dans une certaine mesure, elles se heurtent aussi aux logiques antérieures, aux initiatives préexistantes et sont en butte à des difficultés d'ordre institutionnel, professionnel et territorial.

2.2 Des articulations à parfaire

Dans le champ de la prévention des conduites de consommations à risques subsistent des interventions institutionnelles superposées ou divergentes. Les raisons en sont multiples ; contraintes administratives ou financières, insuffisance de moyens, résistances au changement, préservation de marges de manœuvre ou d'une autonomie de décision et d'action, affichage politique... Si le PRS CCAR a constitué une ligne fédératrice, il persiste dans ce domaine des politiques indépendantes qui oeuvrent en parallèle. Des passerelles existent et d'autres sont en construction. Ceci mobilise de nombreux acteurs pour conforter la démarche de prévention engagée et pallier les dysfonctionnements existants. Leur identification permet d'anticiper les évolutions à venir.

2.2.1 Des cloisonnements institutionnels persistants

Des difficultés d'articulation ont été mis en avant lors des différents entretiens ou lors des réunions. Malgré des objectifs partagés, ces difficultés sont liées, selon les cas, à des modalités d'interventions différentes, un manque de légitimité des acteurs, des partenariats peu organisés ou formalisés ou des implications institutionnelles partielles.

Politiques régionales de santé publique et d'offre de soins poursuivent des objectifs complémentaires déclinés dans les PRS et le SROS. Le SROS 1999-2004 comportait un volet «usage nocif et dépendance ». Centré sur les trois secteurs de soins : libéral, hospitalier et spécialisé, il prévoyait le développement des réseaux et l'engagement d'une réflexion avec le PRS CCAR sur des référentiels d'évaluation communs. Ces projets n'ont pas aboutis. L'élaboration des SROS de troisième génération²⁶ doit répondre aux objectifs de santé publique et plans stratégiques prévus dans le PRSP. Il doit prendre en compte les soins préventifs, curatifs et palliatifs. Le SROS est en voie d'achèvement dans la région alors que le PRSP est en cours d'élaboration. Il ne comporte plus de volet spécifique relatif aux conduites addictives. Un de ses axes structurants prévoit le renforcement de la participation des établissements de santé aux actions de prévention. Celui-ci se décline notamment au travers des unités d'addictologie et de consultation anti-tabac dans les hôpitaux. L'ARH participe au financement des PRS pour les actions portées par les établissements de santé²⁷. Les différentes instances techniques et de pilotage sont composées en partie des mêmes acteurs. La mise en œuvre coordonnée de ces deux dispositifs repose sur ceux-ci et connaît des difficultés. Elle se heurte notamment à des critères d'interventions et des contraintes financières qui ne sont pas harmonisés. Plusieurs pilotes de PRS l'ont précisé : «...notamment pour les actions de lutte contre le tabac, le SROS prévoit le renforcement des unités de consultation en tabaccologie. Mais celles-ci nécessitent X ETP d'infirmier, de médecin, et doivent être rattachées aux équipes de liaisons, alors qu'il n'y a pas beaucoup de sous en ARH. On fait remonter les besoins mais ça ne sert à rien ».

Le médecin coordonnateur du dispositif MILDT en DDASS exprime des difficultés à travailler sur l'accès aux soins invoquant le manque de légitimité des chefs de projets qu'ils soient préfet ou DDASS. Elle évoque aussi la difficulté à connaître les interventions de la médecine de ville et de la médecine du travail. Son collègue inspecteur ajoute à ce sujet que l'assurance maladie et l'URML ne sont pas dans le comité de pilotage de la MILDT et que « ce service sur les dépendances en DDASS est déconnecté de l'ARH ». Ce service entretient par ailleurs, peu de relations avec l'URCAM. Depuis 2002 des crédits « alcool » auparavant gérés par les DDASS ont été transférés dans le FNPEIS sur des crédits fléchés. Les instructions de la CNAM étaient alors de poursuivre le financement des structures (Centres de cure ambulatoire en alcoologie, ANPAA, associations de prévention diverses ...) en l'état. Il n'y a pas eu de demande de

²⁶ Circulaire N°101/DHOS/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

rapprochement de part et d'autre. Ces actions sont financées hors de tout programme, les opérateurs répondent à un appel à projet spécifique lancé par l'URCAM. Ces mêmes opérateurs se retrouvent dans le PRS CCAR, les actions de la MILDT, le dispositif RMI, ...

Les acteurs des politiques de santé s'accordent sur le développement des réseaux, moteurs d'une approche globale en santé publique et du développement de la prévention. Or, le rapprochement des dispositifs de prévention des conduites addictives (PRS, MILDT) avec ceux développés autour des réseaux Dotation régionale de développement des réseaux (DRDR) et Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQVS) apparaît peu organisé. Il n'y a pas de communication établie entre les différentes instances décisionnelles et peu de relais ; alors que le secrétariat des dispositifs DRDR et FAQSV est confié à l'URCAM, la chargée de mission prévention de l'URCAM avoue ne pas avoir de contacts particuliers avec ce service pourtant à proximité. Le pilote du PRS CCAR illustre ce constat par une expérience récente de recherche de collaboration autour d'un projet émergeant sur les deux dispositifs. Celui-ci, pourtant soutenu par les différents techniciens, n'a pu obtenir un soutien concomitant des financeurs et n'a pu donc être mis en œuvre. En dépit de la communication entre les différents acteurs, il n'y a pas eu de décision concertée sur les dossiers.

Si les conseils généraux participent activement à la politique régionale de prévention, l'ensemble des interventions santé du conseil général ne sont pas prises en compte²⁸ et la complémentarité reste difficile à établir. La chargée de mission santé d'un conseil général, membre du comité de gestion et comité technique des PRS, admet « ne pas être en mesure de connaître toutes les actions santé financées par les différents services du Département. Un travail va être engagé au sein du conseil général à cet effet courant 2006 ».

Au niveau local, un coordonnateur PTS dit ne pas avoir bonne connaissance des CTS mis en œuvre par les communes en collaboration avec le Département : « je n'ai pas de connaissance de ce qu'ils font, le conseil général non plus apparemment, sont-ils en train de mourir ? Ils sont à peine nés pourtant ». Ils ont aussi peu de connaissance des dispositifs locaux d'insertion organisés sur leurs territoires.

Plusieurs professionnels déplorent l'insuffisante cohérence des interventions permettant d'optimiser la politique de prévention des conduites addictives. Il se dégage

²⁷ A hauteur de 2,3% des financements du PRS CCAR en 2003. Source : Moniteur des PRS 2003.

²⁸ Notamment en ce qui concerne la protection maternelle et infantile, le programme départemental d'insertion des allocataires du RMI, les actions de prévention menées par leurs propres services (aide à l'arrêt du tabac, aide au montage de projets et subventions de structures de prévention...).

une volonté des acteurs opérationnels, d'agir de façon concordante et complémentaire. Sa concrétisation repose en grande partie sur un engagement institutionnel fort et l'organisation des moyens correspondants tant au niveau de la structuration interne des services et de la formalisation des partenariats, qu'au niveau des personnes.

2.2.2 Une structuration des dispositifs inégale

Les diverses formes d'organisation et de structuration des dispositifs participent à la difficulté d'établir une synergie entre les acteurs et une cohérence d'ensemble.

Dans le domaine des conduites addictives, les politiques de prévention menées en région mobilisent bien souvent de nombreux acteurs institutionnels au sein d'instances décisionnelles distinctes. Les dispositifs ne font cependant pas toujours appel aux mêmes partenaires. Ainsi, en dépit d'objectifs partagés en matière de prévention, les acteurs mobilisés dans le cadre des PRS ne se retrouvent pas tous dans les comités de pilotage de la MILDT. Ces derniers sont organisés autour des services de l'Etat, excluant les collectivités territoriales et les services en charge de l'offre de soin (Assurance maladie, ARH). Le changement du pilotage et de la composition de cet instance ne sont pas de nature à améliorer la coordination des dispositifs de prévention et de soins. Cependant comme le précise un des coordonnateurs MILDT en DDASS : « Ce qui change, c'est la réelle autorité du préfet délégué à la sécurité sur les services de police et justice. Maintenant, les gens viennent au comité de pilotage ». Cette volonté de rendre réellement opérationnelle cet instance s'est traduite aussi par un changement des membres: « ce sont les cadres décisionnels qui font partie du comité de pilotage maintenant ».

L'existence de niveaux d'intervention différents contribuent à rendre plus complexes les efforts d'articulation ; les centres de décisions se situent au niveau régional pour le PRS et l'assurance maladie, au niveau départemental pour la politique de la MILDT et des conseils généraux, à l'échelle intercommunale voire communale pour la politique de la ville. Ceci, dans le cadre de politiques pluri-partenariales, multiplie les acteurs concernés. De plus, le positionnement des acteurs impliqués à des niveaux d'intervention qui ne sont pas ceux de leur institution est parfois difficile à définir. C'est le cas par exemple de l'Education nationale ; l'inspection académique et le rectorat sont membres de différentes instances PRS et concernant le comité de pilotage de la MILDT, ce sera désormais le rectorat et non plus l'inspection académique qui y participera. Un autre exemple est celui de l'implication de la politique de la ville dans la politique régionale, posant le problème de l'organisation de la représentation légitime des communes dans les instances régionales.

Aussi, la multiplicité des centres de décisions, et des acteurs institutionnels se répercute-t-elle dans les modalités de mise en œuvre des politiques respectives. Les

déclinaisons territoriales, réseaux et relais locaux, acteurs de terrain se situent à leur tour sur des territoires différents (arrondissements, bassins d'éducation, zones d'éducation prioritaires, secteurs de prévention santé, agglomérations, quartiers...). A cet égard, l'exemple de la politique de la ville est signifiant. L'ingénierie de projet des communautés d'agglomération est très variable selon les territoires, reposant sur l'existence ou non de chefs de projet d'agglomération, de contrat de ville, de chargés de mission thématiques, d'agents de développement locaux...

La complexité tient aussi à l'affichage de l'objet même des dispositifs ; la clarté et la précision des objectifs poursuivis sont nécessaires pour la détermination des actions à mener prioritairement et les complémentarités à rechercher. Les actions financées en dehors du PRS, par les crédits fléchés « alcool » du FNPEIS, les crédits MILDT ou dans les établissements scolaires ne s'inscrivent pas toujours dans des objectifs et un plan d'action clairement déterminés.

Enfin, l'amélioration de la coordination des dispositifs repose aussi sur des aspects très pratiques. Elle peut être freinée par des procédures et contraintes calendaires différentes : appels à projets, instruction des projets, financements. Des stratégies et organisations particulières se mettent en place progressivement pour contourner cette difficulté, comme ce fut le cas pour la réalisation d'un guichet unique dans le cadre des PRS ; les actions financées par le FNPEIS doivent s'inscrire dans un calendrier fixé au niveau national. Pour s'adapter à la politique régionale de santé, la chargée de mission prévention de l'URCAM a organisé la procédure interne de manière à pouvoir anticiper les avis donnés en comité technique des PRS pour répondre dans les délais à la CNAM. La coordonnatrice MILDT envisage de revoir les échéances données aux opérateurs, ce qui permettra de se rapprocher du calendrier des PRS.

2.2.3 Le rôle des instances de coordination

Le rapprochement de professionnels et d'institutionnels impliqués à différents niveaux au sein d'espaces de concertation permet la confrontation de points de vue diversifiés. Il favorise une approche plus globale des problèmes et l'instauration d'une cohérence d'ensemble. Dans cette perspective, la mise en oeuvre des politiques de prévention en matière d'addictions s'appuie sur une ou plusieurs instances rassemblant les acteurs à mobiliser selon les processus. Leur impact en terme de coordination des acteurs est variable. Les entretiens avec les personnes impliquées dans les différents dispositifs ont mis en relief des conditions favorisant leur efficacité ainsi qu'un certain nombre de défaillances pour couvrir les besoins de coordination.

Certains facteurs influencent le fonctionnement des lieux de concertation. En premier lieu vient l'importance d'une définition précise, concertée et formalisée du rôle de

l'instance, du mandat et du rôle effectif de chacun de ses membres au sein et en dehors de l'instance, quelque soit le niveau de la coordination. Ce mandat traduit l'engagement des décideurs dans la politique menée. Cet exercice de clarification et de formalisation n'est pas toujours réalisé. Il est jugé moins utile lorsque les instances et leurs membres tiennent leur légitimité de textes réglementaires, comme c'est le cas dans le cadre de l'organisation départemental de la MILDT. Il a fait l'objet d'une attention particulière lors de la mise en place de chacune des instances de la politique régionale de santé. Le rôle attendu des participants dépasse le cadre des réunions en visant, au delà d'une co-décision, une mise en œuvre opérationnelle relayée dans les structures d'appartenance. Il est pourtant fréquent d'observer que les décisions prises ne soient que peu suivies d'effets, ou que les informations soient insuffisamment relayées dans les institutions d'appartenance, bloquant ainsi le processus partenarial.

Ainsi, en dépit de la réunion des services de l'Etat au sein d'un comité de pilotage départemental visant à coordonner les actions de la MILDT, les chefs de projets MILDT en DDASS constatent l'insuffisante collaboration entre les différents services et notamment avec ceux de la police et de la gendarmerie, en matière de prévention. La concertation organisée par le comité de pilotage ne s'est pas traduite dans les modalités de partenariat à mettre en œuvre. Des coopérations se sont développées de manière ponctuelle, reposant sur la volonté et la motivation de certains des acteurs concernés.

La légitimité des membres et plus encore du pilote ou de l'animateur est tout à fait essentielle. Celle-ci, dans un processus de santé publique, peut provenir des textes réglementaires mais aussi de la volonté d'agir. De même, les qualités personnelles et professionnelles sont tout à fait importantes et le dynamisme et l'implication y participent. Plusieurs de mes interlocuteurs ont fait référence au « charisme » du coordonnateur des PRS comme un des facteurs de leur réussite.

Les instances de coordination doivent répondre à un souci d'adaptation constant dans un environnement institutionnel et humain évolutif. Dans le cadre de la politique régionale de santé, le rôle de certaines instances semble s'essouffler : concernant les réunions des pilotes de PRS, plusieurs de ses membres estiment qu'il ne joue plus son rôle de régulation ; « il est devenu un lieu d'échange d'informations entre pilotes et DRASS », « les décisions qui y sont prises restent limitées », « la question de l'évaluation des résultats a été évacuée », « maintenant il ne sert plus à rien ». La fonction des groupes de suivi des PRS est en attente de redéfinition, à la suite du transfert d'une grande partie de l'instruction des projets au niveau local et dans la perspective de l'élaboration du PRSP.

Dans le cadre des PTS, les animateurs territoriaux du Pas de Calais apprécient la coordination départementale organisée dès le début du processus. Celle-ci porte sur les aspects fonctionnels de la territorialisation des PRS et doit être organisée par une inspectrice de la DDASS dans le département du Nord. Cependant, elle ne répond que partiellement aux attentes des coordonnateurs locaux qui expriment le besoin d'échanger sur des préoccupations plus stratégiques et conceptuelles de leurs interventions respectives en prévention et promotion de la santé. Ils souhaitent pour ce faire, développer les liens avec le niveau régional. Ceux-ci existent pourtant sous des formes variées mais ne sont ni structurés ni formalisés.

La mise en œuvre du projet académique s'appuie sur les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Ces instances, sous la responsabilité du chef d'établissement, composées d'acteurs internes et externes aux établissements (représentant de la politique de la ville, associations, services du conseil général, gendarmerie...) devraient coordonner des actions de santé globale, conduire des démarches de projet. Or, malgré les incitations des différents partenaires, la conseillère technique de l'inspection académique admet un échec : « Ils devraient être partout mais ce n'est pas le cas. Ils fonctionnent peu ou mal, ce n'est pas opérationnel ». Le responsable d'une association de prévention faisant remarquer à ce sujet que « les établissements scolaires sont maîtres chez eux ». Ceux-ci envoient leur demande de financement hors appels à projets ou font appel à des associations ou à la police et gendarmerie pour intervenir dans leur établissement. Sans avoir pu l'approfondir, s'est posée à plusieurs reprises, la question de la résistance des membres de l'éducation nationale à porter des démarches partenariales de promotion de la santé.

Enfin, nous l'avons vu, le rôle des différentes instances dépend des personnes qui les composent, les articulations se concrétisant essentiellement à travers les personnes ; « Les systèmes sont complexes, il existe des financements différents, des objectifs et vues différents, mais on essaie de mettre les mêmes personnes partout pour simplifier ». Cependant, face à la pluralité des dispositifs, les pilotes et chefs de projet affirment « ne pas pouvoir être partout » et ne plus avoir suffisamment de temps pour communiquer et mettre en œuvre ce qui est décidé.

L'organisation des processus et des acteurs en région permet d'identifier les multiples mécanismes à l'œuvre pour favoriser la coordination des interventions. Ils comportent chacun leurs atouts et leurs limites. Les lacunes persistantes en dépit du déploiement de stratégies humaines et organisationnelles, conduisent à s'interroger sur leurs conséquences sur le développement de la prévention des conduites de consommation à risque.

2.3 Freins à la mise en œuvre d'une politique de prévention des conduites addictives efficace

L'insuffisante articulation des dispositifs conduit à de nombreux dysfonctionnements : redondances, incohérences, déperdition d'énergie, stratégies peu lisibles, sollicitations multiples...

2.3.1 Une recherche de cohérence et d'efficacité aux effets antinomiques

Dans la perspective d'une meilleure cohérence des interventions au sein et entre les dispositifs, les lieux de concertation se sont multipliés. Cette évolution ne peut être détachée du niveau national ainsi que l'exprime un des pilotes de PRS : « le national brouille nos organisations avec des injonctions de programmes de plus en plus nombreux, et entraîne la nécessité de travailler davantage sur des thèmes inter PRS. »

Dans le champ de la prévention des conduites addictives, la recherche d'opérationnalité sur des axes d'intervention insuffisamment pris en compte a donné lieu à de nouvelles organisations qui se superposent. Ainsi, trois groupes de travail ont été créés. S'ils ont de toutes évidences des préoccupations et objectifs communs, ils n'ont que peu de liens entre eux :

- Faisant suite aux préoccupations de la Conférence régionale de santé de 2000, un comité de pilotage « santé travail » animé par la CRAM Nrd- Picardie a été créé. Il réunit : la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP), la DRASS, le Conseil Régional, le service prévention de la CRAM, l'URCAM, l'URML, l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF). De 2000 à 2004, sur 77 actions « santé travail » financées dans le cadre des PRS, 46 émergeaient sur le PRS CCAR. Ce groupe a vocation à développer ce type d'actions en favorisant leur émergence.
- Dès 2002 et en réponse à l'appel à projet INPES pour la mise en application de la loi Evin, un groupe inter PRS « école et entreprise sans tabac » animé par ECLAT et le CRES est créé, rassemblant les pilotes du PRS Cancer et CCAR, le Rectorat, l'ISTNF, l'institut pasteur, les CDES.
- Dans le cadre de l'élaboration du plan départemental de la MILDT dans le Nord, et dans la perspective d'améliorer le fonctionnement de ce dispositif, a été décidé de créer des groupes de travail thématiques, émanations du comité de pilotage. L'un d'eux devrait porter sur la définition de la prévention, un autre sur l'application de la loi Evin dans les services publics.

Le souhait d'améliorer la qualité des interventions des acteurs de terrain est un souci partagé. Il ne fait cependant pas toujours l'objet d'une action commune. Il a présidé dans le cadre des PRS, au développement d'interventions spécifiques ; financement d'actions de soutien méthodologique aux opérateurs, élaboration d'une charte, de guides,

organisation de formations spécifiques,... L'aide aux porteurs de projets reste un domaine réservé de différents financeurs tels l'assurance maladie ou le conseil général. Le service « Epicéa »²⁹ créé par le conseil général du Nord propose un accompagnement des communes et associations pour le montage de projets, et par convention avec l'éducation nationale aux établissements scolaires. Depuis 2004, une association a été financée par les crédits MILDT pour dispenser de l'aide méthodologique et suivre les projets de l'Education nationale. Un comité de pilotage de cette action a été constitué avec l'Inspection académique et le coordonnateur MILDT.

La territorialisation des PRS, contribue à la compréhension, l'appropriation et la déclinaison des programmes par les citoyens et acteurs locaux. Le souci de proximité des centres de décisions a cependant conduit à leur multiplication. Ceci entraîne, notamment pour les coordonnateurs des charges de travail parfois insurmontables pour répondre aux attentes des acteurs de santé publique. De même, les délais d'instruction et de déblocage des fonds conditionnés par les décisions d'instances locales puis régionales, provoquent l'insatisfaction des porteurs de projets et ne sont pas toujours compatibles avec la fragilité de certaines structures.

La complexité de l'organisation et la lourdeur des dispositifs, la lenteur des décisions et des procédures se trouvent ainsi accrues.

Cela conduit à un effet de lassitude lié à la fréquente sollicitation des mêmes personnes.. Les pilotes et chefs de projets des services déconcentrés sont peu à même d'exercer un suivi effectif, une animation du dispositif de concertation et un pilotage territorialisé, compte tenu d'une charge de travail devenue trop importante. Enfin les acteurs de terrain sont sceptiques et dénoncent l'excès de dispositifs, de procédures et de centres de décisions mal coordonnés.

2.3.2 Un souhait de lisibilité difficile à réaliser

Dans le cadre des PRS, des outils ont été développés permettant de mesurer et de faire connaître les crédits alloués à cette politique, le nombre d'actions financées, leur répartition territoriale, par PRS, par objectif et par financeur. L'organisation des PTS et le rapprochement entre PRS³⁰ ont permis de rendre cette information plus précise.

Il est cependant difficile d'apprécier l'impact des actions sur les populations ciblées, les dynamiques créées sur les territoires et leur adéquation aux attentes et

²⁹ Cf 1ère partie : 1-3-4 Les interventions des collectivités territoriales p21.

³⁰ En 2000 6% des actions du PRS CCAR concernait des publics précaires. Une réflexion conjointe des groupes de suivi PRAPS et PRS CCAR a établi que les actions «CCAR » du PRAPS doivent relever du PRS CCAR. Or certains porteurs de projets continuent à déposer leurs actions dans le cadre du PRAPS. Celles-ci sont alors réorientées.

besoins des populations. Faute de temps, le déroulement des actions est peu suivi et les bilans peu exploités par les différentes instances des PRS. Cet aspect rejoint pourtant une préoccupation des pilotes du PRS : « nous avons été noyés par le travail de masse sur l'instruction des projets et n'avons pas eu assez de temps pour jouer sur les niveaux de cohérence, les liens entre porteurs de projets, le suivi des actions etc, l'éloignement du terrain est une difficulté ». A l'inverse dans le cadre départemental de la MILDT, le médecin coordonnateur privilégie cette dimension : « Je prends le temps de voir les associations au long de l'année. A mon arrivée, la situation était tendue avec les associations. Je me suis efforcée de rétablir une bonne entente... ». Ce maillage des acteurs de terrain nécessite cependant un travail important laissant peu de temps pour la coordination inter institutionnelle : « Je ne connais pas tous les autres dispositifs sinon je n'aurai pas le temps de faire mon boulot ».

Compte tenu de la diversité des interventions et des cloisonnements persistants, il n'est actuellement pas possible de connaître l'ensemble des financements consacrés à la prévention des conduites addictives par les acteurs institutionnels pourtant réunis dans le cadre de la politique régionale de santé. Les propos de la chargée de mission de l'URCAM illustre les travers de cette situation : « Même si nous sommes tous autour de la même table des PRS, nous ne nous sommes aperçu que récemment des flous sur les financements de l'association x^3 . On ne pensait pas à aller voir les financements des autres, même chez les collègues à l'interne. »

Il existe un consensus général pour considérer que les indicateurs de santé ne peuvent être sensibles à une politique de prévention qu'au terme de 20 ans, voire plus. Arrivé au terme du contrat de plan, la question de l'évaluation de la politique menée en terme de pertinence, de qualité et de résultats se pose. Ceci contribuerait à rendre l'action publique plus lisible. L'évaluation de la politique régionale en 2003 portait sur le processus. Elle avait fait observer que les objectifs du PRS CCAR restaient encore insuffisamment clairs et précis pour en déterminer des indicateurs indispensables à la conduite d'une évaluation.

Pour les acteurs de terrain, la politique de prévention des conduites addictives apparaît fluctuante et désordonnée. Les entretiens avec les porteurs de projets ont permis de pointer la persistance d'un manque de lisibilité de l'organisation des PRS et de ses règles de fonctionnement. De façon plus globale, les décideurs offrent peu de transparence sur le cadre de leur intervention qui peut différer d'une année à l'autre. Ceci constitue pour les porteurs de projets un frein au développement d'initiative, au

renforcement de la qualité des actions, et à leur inscription dans la durée. Les opérateurs sont contraints à opérer une « course aux financements » dont l'issue reste chaque fois incertaine. Ils déplorent l'absence d'anticipation et d'information des financeurs quant à leurs appels à projets et le peu d'explications sur leurs décisions.

L'absence de coordination des financeurs peut conduire à désorganiser les partenariats et complémentarités établies sur le terrain. Elle génère parfois une mise en concurrence des structures sur un même territoire, contribuant à leur fragilisation. L'annualité et les délais d'obtention des financements constituent également une préoccupation majeure pour les opérateurs.

2.3.3 Freins à l'efficacité des services rendus à la population

Un des premiers aspects du manque d'efficacité de la politique de prévention tient au morcellement et à l'éparpillement des financements qui y sont consacrés par les différents acteurs institutionnels, conduisant parfois à leur chevauchement.

L'évaluation des PRS et le diagnostic réalisé par les coordonnateurs MILDT font état d'un manque d'équité persistant entre territoires, d'une couverture inégale et insuffisante des réponses apportées selon les secteurs géographiques ; « disparité importante laissant certains secteurs non couverts et une offre de proximité peu développée ³² ». Une des raisons à cela a été apportée dès les débuts du PRS : « La démarche de l'appel à projets s'appuie essentiellement sur le dynamisme des acteurs, et la couverture des territoires est insuffisamment maîtrisée ³³ ». Cette question a été abordée à nouveau lors du dernier comité régional des PRS en juillet 2005.

Le diagnostic départemental préalable à l'élaboration du plan MILDT note : « une prévention insuffisante et insuffisamment structurée en milieu scolaire ». Le pilote du PRS relève à ce sujet le problème de la formation des enseignants et « la difficulté à faire entrer l'addictologie dans leur formation initiale ».

Les différents plans et programmes (PRS, plan MILDT, SROS...) s'accordent sur la nécessité de développer les réseaux afin de garantir la continuité et la cohérence de la prise en charge en matière de prévention et de soins. Or il existe actuellement très peu de réseaux dans ce domaine en région.

³¹ Cette association bénéficiait depuis plusieurs années de multiples financements (PRS, MILDT, FNPEIS, Conseils généraux dans le cadre du PDI...) sans justification d'ensemble. L'inspection effectuée par la MRIICE a permis de faire connaître cette situation.

³² Note d'orientation « Toxicomanie et Dépendances », comité de pilotage Etat de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Département du Nord – Avril 2005

³³ CONFERENCE REGIONALE DE SANTE. Le programme régional de santé, conduites de consommation à risque, décembre 1999

L'implication insuffisante des médecins généralistes est aussi souvent pointée rejoignant l'analyse faite par le professeur J.L. Parquet : « En effet de nombreuses études montrent que l'intervention des médecins généralistes est très insuffisante, tant dans le domaine du repérage que de la prévention et du soin. Les médecins généralistes sous-estiment l'importance et l'impact du facteur alcool : moins de 50% des patients en difficulté avec l'alcool sont identifiés comme tels. Ceci pose la question de la place du médecin traitant dans le dispositif actuel, de sa formation, ainsi que de sa capacité à travailler avec d'autres partenaires³⁴ ».

Ces failles relèvent de « l'organisation » des démarches de prévention, mais aussi de l'insuffisante diffusion d'une « culture de la prévention ».

La démarche partenariale des PRS a diffusé un nouveau mode de penser et de faire, reposant sur la conduite de projets, la programmation des actions de santé publique basée sur une méthode participative que l'on peut qualifier d'ascendante. Dans le domaine de la prévention des conduites addictives, cette acculturation auprès des acteurs institutionnels et dans les pratiques professionnels se fait progressivement, et ce processus n'est pas achevé. Cet aspect est souligné par un des pilotes du PRS CCAR : « Les actions de prévention vont dans tous les sens, il n'y a pas de cahier des charges, de référentiels. Le PRS a permis d'établir et de dire ce qui ne marche pas, comme par exemple : les interventions très ponctuelles dans la vie d'un établissement scolaire, les débats théâtralisés sans préparation avant et sans suites. Ce qui n'empêche pas de continuer à les financer parfois, mais de moins en moins ».

Organiser une réponse globale est un défi de taille au regard de la complexité de l'environnement où s'entrecroisent des dispositifs multiples et morcelés. Sur un thème requérant une vision aussi large que celui des addictions les préoccupations des champs sanitaires, sociaux et éducatifs convergent.

En dépit d'une dynamique partenariale importante en région, les efforts de rapprochement entre institutions, professionnels et associations ne permettent pas aujourd'hui une bonne connaissance et compréhension des fonctionnements respectifs. Certains rapprochements sont parfois longs à établir. L'agencement des complémentarités suppose des relais nombreux et actifs et la cohérence des interventions souffre d'un manque de convergence des approches. Aussi, à travers l'expérience des PRS, les acteurs locaux ont-ils perçu la pertinence d'un cadre plus global, intégrateur de l'ensemble des programmes et dispositifs.

³⁴ REYNAUD M., PARQUET P.J., LAGRUE G., *Les pratiques addictives, usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives*. 2000

3 DES ARTICULATIONS A RENFORCER DANS LE CADRE DE LA LOI DE SANTE PUBLIQUE

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dessine un nouveau paysage de la santé publique. Un des enjeux forts pour l'avenir est que cette structure puisse créer les conditions d'une collaboration fructueuse entre tous les acteurs de la région et qu'elle leur permette d'assurer ainsi la bonne articulation de leurs interventions dans le cadre d'une politique de santé publique commune.

Après avoir présenté les principes et outils proposés par cette loi, certains points devant faire l'objet d'une attention particulière lors de la mise en œuvre de cette loi en région seront soulignés. Ils concernent les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, en DDASS ou en DRASS, impliqués dans l'équipe projet du PRSP, le groupe de suivi du PRS CCAR, la coordination départementale des PTS, le financement des établissements médico-sociaux ou l'élaboration et la mise en œuvre du plan MILDT. Ceux-ci, aux côtés des médecins inspecteurs et de l'ensemble de leurs collègues et partenaires, auront à impulser et à accompagner la nouvelle dynamique qui s'engage.

3.1 Les perspectives de la loi de santé publique

« Ce texte est porteur d'enjeux fondamentaux pour l'évolution de notre système de santé, notamment pour clarifier le rôle de l'Etat dans la conduite de la politique de santé et développer la politique de prévention »³⁵.

La loi reprend la notion de prévention définie par la loi du 4 mars 2002 mais la replace dans un cadre plus large de santé publique. La définition d'un cadre de référence clair et cohérent doit permettre de conjuguer les efforts de multiples acteurs et d'améliorer leur efficacité d'ensemble.

3.1.1 Les principes généraux

La loi affirme la responsabilité de l'Etat qui fixe des objectifs pluriannuels d'amélioration de santé et définit les orientations stratégiques dans des domaines jugés prioritaires. Elle affirme aussi le rôle du parlement qui débat et valide par son vote ces objectifs et orientations et devant lequel, le gouvernement rendra compte de la mise en œuvre de cette politique et de l'évaluation de son impact tous les cinq ans.

³⁵ DOUSTE-BLAZY P. Ministre des solidarités, de la Santé et de la famille. «Avant propos », *REVUE DE SANTE PUBLIQUE*, décembre 2004, numéro spécial, volume 16, n°4, p 581

L'échelon régional est retenu comme le niveau territorial optimal pour fédérer l'action des multiples acteurs de la santé publique, en organisant leur partenariat autour de l'Etat dans la perspective d'une plus grande efficacité.

La loi consacre la démarche consistant à structurer l'action de santé publique en plans, programmes et objectifs. L'élaboration des actions, leur mise en œuvre et l'atteinte de leurs objectifs nécessitent la coopération ou la collaboration de tous les acteurs. La définition d'objectifs d'amélioration de l'état de santé s'imposant à tous les acteurs conduit à renforcer le processus de planification et de programmation des actions dans le domaine de la santé publique.

Neuf principes président à la définition des objectifs et à l'élaboration des plans stratégiques de santé publique³⁶ : connaissance, réduction des inégalités, parité et protection de la jeunesse, précocité, efficacité économique, inter-sectorialité, concertation, évaluation.

Aussi, la loi prescrit-elle un certain nombre de mesures permettant de renforcer la lutte contre l'usage d'alcool et de tabac. Elle donne une assise légale à la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues³⁷. Ces mesures constituent le volet législatif des plans et programmes en cours de mise en œuvre³⁸.

3.1.2 Les outils en région

La région ayant été définie comme le niveau territorial optimal du partenariat des acteurs de santé et de l'optimisation de l'emploi des ressources disponibles, le groupement régional de santé publique³⁹ (GRSP) est créé pour y être l'outil de la mise en oeuvre de la politique de santé nationale. Il est autonome, sous la forme d'un groupement d'intérêt public. Il comprend obligatoirement l'État et des établissements publics de l'État intervenant dans le domaine de la santé publique, l'assurance maladie et l'Agence régionale de l'hospitalisation. Si elles le souhaitent, les collectivités régionales peuvent s'y joindre (Région, Départements, communes ou groupements de communes). Cependant, la responsabilité de l'État y est clairement affirmée : son représentant dispose de la moitié des voix, il est le président de son conseil d'administration et il nomme son directeur. Chaque GRSP sera chargé de la mise en oeuvre des programmes contenus dans le plan régional de santé publique.

³⁶ Rappelés dans l'introduction du rapport annexé à la loi.

³⁷ Article L.3121-2 à L.3121-5 du code de la santé publique.

³⁸ Voir annexe IV : Loi de santé publique : mesures relatives à l'usage d'alcool et de tabac.

³⁹ Décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique.

Le plan régional de santé publique est élaboré sous l'égide du Préfet. Il est « l'outil de la politique de santé publique » de l'Etat et de l'Assurance maladie ainsi que du Conseil régional et des autres collectivités territoriales s'ils le souhaitent. Il organise la cohérence entre les différentes stratégies de santé conçues et mises en œuvre dans la région, quelle que soit l'autorité compétente dont elles relèvent. Dans ce cadre, l'Etat impulse et coordonne.

Destiné à la fois à décliner les politiques de santé nationales et à mettre en œuvre les priorités de santé régionales, le plan régional inclut dans un ensemble coordonné :

- les déclinaisons régionales des cinq plans stratégiques nationaux annexés à la loi relative à la politique de santé publique dont le plan national de lutte contre le cancer, et le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives en préparation⁴⁰.
- les programmes régionaux stipulés par la loi relative à la politique de santé publique :
Un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, un programme de prévention des risques liés à l'environnement général et au travail, un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé.
- des programmes et actions spécifiques à la région pouvant s'appuyer sur les nombreux programmes, plans ou objectifs nationaux et notamment les programmes de santé actuellement en cours dans la région.
- des schémas et des programmes transversaux : le schéma régional de prévention et d'éducation pour la santé, un programme régional d'études et de statistiques en santé.

Le PRSP est articulé avec le SROS⁴¹ qui prend en compte les objectifs de ce plan.

La circulaire du 24 septembre 2004⁴² indique que le PRSP doit être élaboré « sous l'autorité du préfet, en étroite collaboration avec de nombreux partenaires » et la liste est importante⁴³. De même, la nécessité d'établir un « diagnostic régional partagé » est soulignée.

⁴⁰ Dans le cadre ce plan, un premier programme d'actions spécifiques « violence et santé » sera présenté en janvier 2006 par le Ministre de la santé et des solidarités.

⁴¹ Article L.1411-11 du code de santé publique.

⁴² Circulaire DGS/SD1A N°2004-454 du 24 septembre 2004 relative à l'élaboration des plans régionaux de santé publique.

⁴³ ARH, organismes d'assurance maladie, conseil régional et autres collectivités territoriales, partenaires économiques et sociaux, associations d'usagers du système de santé, associations de consommateurs et de protection de l'environnement...

La conférence régionale de santé⁴⁴ a pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique de l'Etat. Elle formule des avis et propositions sur les programmes, qui composent le PRSP. Elle est tenue régulièrement informée de leur état d'avancement ainsi que des évaluations qui en sont faites.

Ainsi, la Conférence régionale de santé voit s'affirmer un rôle de concertation, de proposition et de suivi. Elle garantit le caractère consensuel et l'appropriation des programmes, qui constituent le PRSP, par les partenaires et acteurs de la région.

En tant qu'instance de concertation, elle comprend⁴⁵ potentiellement tous les acteurs de la région, notamment, des représentants des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie, des malades et des usagers du système de santé, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux, de l'observatoire régional de la santé, des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, des représentants des comités régionaux d'éducation pour la santé ainsi que des personnalités qualifiées.

La DRASS assure son secrétariat et celui de son bureau.

3.1.3 Etat d'avancement en région

Au delà des nouvelles règles imposées par la loi de santé publique, la question des modalités de la poursuite de la politique régionale de santé se serait obligatoirement posée à l'ensemble des partenaires régionaux au terme du contrat de plan Etat/Région 2000-2006.

Dans le Nord - Pas-de-Calais, la loi du 9 août 2004 est apparue tout d'abord et paradoxalement, être en recul au regard des avancées découlant de la mise en œuvre du Contrat de Plan Etat - Région 2000-2006. Et ce, du fait de l'affirmation de la responsabilité de l'Etat et du rôle du Parlement dans la détermination des objectifs pluriannuels de santé publique, dans la conception des plans, actions et programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre, ainsi que dans l'évaluation de cette politique⁴⁶.

Les différents acteurs engagés volontairement depuis longtemps dans une politique active de partenariat ont cependant confirmé leur attachement à la poursuite d'un travail en commun sur les enjeux de santé publique. Faute d'une participation possible des trois principales collectivités territoriales au GRSP, le Préfet s'est attaché à distinguer celui-ci de l'élaboration d'une politique commune à travers le PRSP. La mise en œuvre d'actions particulières du PRSP par voie de convention est apparue comme une solution

⁴⁴ Article L.1411-12 du code de santé publique, décret n° 2005-1539 du 8 décembre 2005.

⁴⁵ Article L.1411-13 du code de santé publique.

⁴⁶ article L.1411-2 du Code de la Santé Publique.

pour conserver le partenariat issu du CPER entre Etat, Assurance Maladie, Région et Départements.

Le CRPS du 11 juillet 2005 a retenu la démarche d'élaboration du PRSP en tenant compte des acquis régionaux en matière de politique de santé et des délais induits par l'échéance du Contrat de Plan Etat-Région : deux versions du PRSP sont à élaborer. La première couvrira les années 2005 et 2006, il s'agira essentiellement de soutenir la poursuite des PRS actuels et de poser les jalons pour l'avenir. La seconde version couvrira les années 2007-2009, la méthodologie à suivre restant à définir.

Deux chefs de projets ont été désignés par le CTRI et nommés par le préfet, il s'agit du Médecin inspecteur régional et de l'inspectrice principale chargée des affaires administratives des PRS en DRASS.

Les instances d'élaboration s'appuieront dans un premier temps sur l'existant :

- L'équipe projet : issue du pôle régional «santé publique et cohésion sociale », elle comprendra les services de l'Etat (DRASS, DDASS, Rectorat, DRIRE, DRTEFP, Jeunesse et Sports) et les partenaires associés du CGPRS et du GRSP : les organismes de protection sociale, l'ARH, l'URML et les collectivités territoriales.
- Le comité de pilotage de l'élaboration du PRSP sera le comité de gestion des PRS dont la composition pourra être élargie. Il validera la méthode, s'assurera du respect de la démarche et du calendrier, veillera à la cohérence des propositions des divers groupes de travail.
- Les groupes techniques : les groupes de suivi des PRS qui reprendront une mission de programmation, des groupes transversaux l'un, « indicateurs » chargé d'établir un nouvel état des lieux de la situation sanitaire, et l'autre, « territoires » chargé de proposer une déclinaison territoriale du PRSP, un groupe « santé et travail » déjà existant. Le pilotage ou le co-pilotage de ces groupes peut être revu et proposé aux divers partenaires.

L'équipe projet s'est réunie pour la première fois en septembre 2005.

C'est à partir de cette organisation autour de l'élaboration du PRSP et de l'analyse de celle préexistante, que je soulignerai quelques points qui, dans le champ des conduites addictives, méritent de faire l'objet d'une attention particulière.

3.2 Une animation régionale à réorganiser

Le PRSP doit recenser et mettre en cohérence l'ensemble des dispositifs, des programmes et des actions que les divers départements ministériels de l'Etat, les divers régimes d'assurance maladie et les différents niveaux de collectivités mettent en œuvre pour assurer les conditions d'un bon état de santé de la population.

La démarche de programmation des actions de santé a montré plusieurs lignes de force. Les moyens humains et organisationnels en constituent des facteurs de réussite déterminants.

3.2.1 La mobilisation des acteurs

La mobilisation et la recherche de l'implication de l'ensemble des acteurs concernés est une composante nécessaire pour le succès de l'action. Celle-ci doit intervenir dès la phase d'élaboration du programme tant au niveau politique qu'au niveau opérationnel où se mènera la réflexion sur l'organisation des complémentarités entre les interventions.

L'élaboration du PRSP devra être l'occasion de remobiliser les acteurs réunis autour du PRS et d'impliquer de nouveaux acteurs participant à la prévention et à la lutte contre les conduites addictives. Ainsi, l'élargissement du groupe de pilotage du PRS CCAR dans ce nouveau cadre pourrait comprendre dans un premier temps :

- ✓ l'assurance maladie.

Le partenariat Etat / assurance maladie est désormais obligatoire au sein du GRSP. L'étroite collaboration déjà existante entre les services de l'Etat et de l'Assurance Maladie (URCAM, CRAM) est un atout. Selon les propos du Directeur régional de l'action sanitaire et sociale, «La qualité des relations entre Etat et Assurance Maladie sous toutes ces composantes est une autre caractéristique du Nord - Pas-de-Calais ».

De l'avis de la chargée de mission prévention de l'URCAM, la réorganisation ne devrait pas poser de problèmes majeurs : « Il serait souhaitable que toutes les thématiques du FNPEIS puissent être intégrées au PRSP. L'essentiel est de s'entendre sur les objectifs à prioriser... Le rapprochement des services de l'Etat et de l'assurance maladie, comme pour la DRDR et le FAQSV, c'est un binôme qui marche bien ».

- ✓ L'Agence régionale de l'hospitalisation.

Sa représentation était assurée, au sein du groupe de suivi PRS CCAR par des agents des DDASS, dont celui assurant le pilotage du programme.

- ✓ L'URML.

L'URML est un partenaire privilégié pour être un relais entre la médecine libérale et les autres institutions chargées d'élaborer et de mettre en œuvre la politique régionale de santé publique. L'adhésion de l'URMEL à cette politique est marquée non seulement par la signature d'une convention annexée au contrat de plan Etat-Région, mais également par sa participation aux différentes instances des PRS au travers notamment de la chargée de mission de son pôle santé publique.

- ✓ Les services de l'Etat.

L'implication des services déconcentrés des autres départements ministériels dans les politiques de prévention conduites par les services déconcentrés du ministère de la santé

est peu perceptible. La réforme de l'Etat organisant un pôle « santé publique et cohésion sociale » dirigé par la DRASS et placé auprès du préfet de région permet de progresser dans ce domaine. Dans le champ des conduites addictives, sont concernés :

- Les membres des comités de pilotage départementaux de la MILDT : sécurité publique, police judiciaire, protection judiciaire de la jeunesse, douanes, gendarmerie, jeunesse et sports, éducation nationale (rectorat et inspections académiques), DDASS et cour d'appel. Les soins et la prévention ne doivent pas entraver la lutte contre le trafic. De plus, la politique de réduction des risques nécessite, pour être efficace, d'être articulée avec la diminution de l'offre des produits. Le dispositif de la MILDT est plus développé sur cette approche. La Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports (DRDJS) participait à la politique régionale de santé plus particulièrement sur la question du dopage. Il serait souhaitable de développer cette collaboration dans le cadre plus général des conduites de consommation à risques et dans lequel elle mène de nombreuses actions auprès des jeunes et des associations.

- Pour la Direction du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, la participation à la politique régionale de santé est tout à fait nouvelle. Aussi semble-t-il important de développer avec les services déconcentrés du ministère du travail, une stratégie visant une prévention du risque « addictions » dans les entreprises, en collaboration avec la médecine du travail et s'appuyant sur les partenaires sociaux.

✓ Les collectivités territoriales.

La poursuite de l'engagement des collectivités territoriales dans le dispositif est une condition essentielle pour garantir la cohérence dans la mise en œuvre des programmes du plan régional de santé publique, étant précisé que le but n'est pas de mutualiser l'ensemble des moyens mais d'assurer une réelle coordination dans la conduite des actions de santé dans le domaine des conduites addictives. Une attention particulière devra être portée à la participation des communes et intercommunalités.

✓ Des représentants des coordonnateurs territoriaux de santé.

Le nouveau cadre doit permettre de renforcer et de structurer les liens entre le niveau régional et le niveau local.

✓ Les acteurs de terrain.

Il s'agira de renouveler et peut-être d'étendre la participation des professionnels, représentants des associations, « têtes de réseaux » (CRES, ECLAT, ANPAA,...), représentants du secteur médico-social (CSST, CCAA,..) et hospitalier.

La question de la participation des usagers à ce niveau doit être posée. Celle-ci apparaît cependant complexe et mérite de faire l'objet d'une réflexion collective.

Si l'objectif premier pour ces acteurs est de déterminer les modalités de leur collaboration pour développer une politique commune de prévention des conduites de

consommation à risques plus efficace, la question de l'élargissement du thème de ce groupe de travail se posera. Avec le déploiement de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique et la parution du plan stratégique national de «lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives », l'articulation des interventions sur l'ensemble des comportements à risque incitera à une nouvelle réflexion.

La mobilisation est sans cesse à travailler. Elle doit tendre à une codécision élargie sur les interventions (objectifs, démarche, langage, actions...). La recherche d'articulation et de mise en cohérence repose sur les acteurs mais nécessite une implication institutionnelle forte qui doit se traduire notamment par la mise à disposition de moyens humains.

3.2.2 Conforter l'animation et la formalisation des partenariats

Partager un diagnostic, s'entendre sur des objectifs, assurer la mise en œuvre des actions supposera de démultiplier les rencontres, les débats. Elle s'appuie sur des coordinateurs convaincus. Et très vite se pose la question des moyens qui lui sont nécessaires.

Les capacités d'animation et d'ingénierie de projet dans un dispositif multipartenarial sont essentielles et constituent, nous l'avons vu dans le cadre des PRS, une limite à la poursuite des actions nécessaires à l'amélioration des articulations. Ainsi que le souligne Françoise Jabot⁴⁷ : « c'est dans ces lieux que se partagent et se construisent des définitions, se créent des outils et se valident des stratégies d'intervention. Entretenir la flamme, cette mission, non écrite et pourtant essentielle pour la vie et la cohérence d'un programme, repose sur le coordonnateur, ce qui suppose un temps conséquent pour maintenir des contacts, organiser des échanges et communiquer sur le programme ».

Le renforcement de l'animation dans le cadre de la nouvelle organisation doit être envisagé avec le souci de rationaliser et de mutualiser les moyens humains, par l'implication de l'ensemble des institutions. Ainsi, le co-pilotage du programme pourrait être maintenu mais réorganisé en fonction des velléités des partenaires dans ce nouveau cadre. Les membres des groupes de travail doivent de préférence être volontaires et délégués à plein temps sur des actions de santé publique, comme c'est le cas pour l'URCAM et l'URML. Cela a été souligné par un membre de l'équipe projet : « quand une

⁴⁷ JABOT F. « L'évaluation des programmes régionaux de santé ». *Actualité et dossier en santé publique*, Mars 2004, n°46, pp. 48-55

personne est à temps plein sur le sujet, il s'en empare, ce n'est pas comme s'il traitait ce sujet parmi tant d'autres ».

Compte tenu du nombre important de personnes et d'actions concernées par ce champ et dans un souci de simplification et d'efficacité, il est à envisager de rassembler les acteurs sur des thématiques qui les mobilisent. Pour cela, il est préférable de s'appuyer sur l'existant et d'en organiser les liens :

- les groupes de travail prévus dans le cadre de la MILDT. Ceux-ci pourront être élargis aux partenaires réunis pour le PRSP (collectivités territoriales notamment).
- les groupes de travail organisés dans le cadre de l'élaboration du SROS.
- les groupes portant sur la santé au travail, l'application de la loi Evin dans les lieux publics (écoles, entreprises, services publics).

Un autre aspect de l'optimisation de l'animation est celui de la formalisation de chacune des étapes. La qualité du processus mis en œuvre en dépend fortement. Aussi, une des premières négociations à mener au sein des différents lieux de coordination sera la clarification et l'officialisation du rôle et des missions de l'instance, ses modalités de fonctionnement. Ceci implique de réaliser le même exercice pour chacun de ses membres et d'établir des lettres de mission, quelque soit le niveau d'engagement de l'institution d'origine.

Conventions de partenariat des décideurs, cahiers des charges, lettres de missions et fiches de postes sont autant d'outils permettant de consolider l'armature du dispositif qui garantissent le fonctionnement, la qualité et, de fait, la pérennité du programme, indépendamment des fluctuations liées aux personnes.

3.2.3 Des articulations à préciser

Si elle définit des objectifs, la loi n'établit aucun lien avec les moyens pour les atteindre. Aucune articulation n'est tentée avec l'organisation dans le champ de la protection sociale, ni avec l'organisation et la structuration de l'offre de prises en charge. Faisant suite aux observations de mes interlocuteurs, il est nécessaire de travailler les articulations et les intersections entre des stratégies complémentaires.

✓ *Politique interministérielle et politique de santé publique*

Ainsi que le soulignait l'IGAS⁴⁸, « la coordination eût sans doute été facilitée si la mission interministérielle n'avait choisi de conduire son action territoriale à partir du

⁴⁸ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Rapport annuel, *Santé, pour une politique de prévention durable*. Paris : La documentation française, 2003.

département, quand celle de l'administration de la santé est organisée à partir de la région depuis 1996 ». Aussi, l'existence d'un programme spécifique « drogue et toxicomanie » et d'un programme « santé publique et prévention » au sein de la mission santé de l'Etat, ne va pas dans le sens d'une simplification de l'action des acteurs régionaux ayant la responsabilité de leur mise en œuvre.

Plan MILDT, PRS CCAR et programme de l'éducation nationale ont nous l'avons vu des interactions et points d'intersections indéniables. Il convient de les préciser et d'organiser leur complémentarité et leur enrichissement mutuel. La loi de santé publique n'en précise pas les moyens. Le rôle des DDASS dans cette articulation est crucial et doit être conforté. L'existence de deux départements seulement en région constitue pour cela un atout. Le niveau départemental est celui permettant d'optimiser la coordination entre le sanitaire et le social. Il importe pour cela, que l'équipe impliquée sur le dispositif MILDT et la collaboration avec l'éducation nationale, soit la même que celle en charge des établissements spécialisés médico-sociaux et soit entièrement partie prenante de la démarche d'élaboration du volet du PRSP relatif aux conduites addictives. Aussi, la formalisation des liens fonctionnels entre DDASS et DRASS revêt une importance particulière. Les DDASS ont un rôle majeur à jouer pour la mise en cohérence avec les actions départementales (MILDT, médico-sociales). Il pourrait davantage s'affirmer sur la mobilisation des acteurs, l'accompagnement des porteurs de projets, le suivi et le reporting et l'évaluation des actions du volet comportements à risques du PRSP.

La détermination de priorités d'action au niveau régional sur la base d'un diagnostic partagé au sein d'une politique commune, permettrait de distinguer des axes de travail, recentrant l'action du PRS sur la prévention primaire en collaboration avec l'Education nationale et la Jeunesse et sports, celle de la MILDT, sur l'accès aux soins, le développement des réseaux sociaux et médico-sociaux en lien notamment avec les collectivités territoriales, et la lutte contre les trafics en interministérialité.

Concernant les modalités opératoires, un programme d'action, une organisation unique des appels à projets MILDT/PRS et des modalités d'instruction serait plus efficiente et favoriserait la cohésion des démarches.

✓ ***Organiser l'articulation avec le système de soin hospitalier et ambulatoire***

Le SROS est en voie d'achèvement dans la région⁴⁹ alors que le PRSP est en cours d'élaboration. Il ne comporte plus de volet spécifique relatif aux conduites addictives. Dans le domaine des soins, les dispositifs sont plus axés sur une dépendance constituée, gênant l'organisation des prises en charge précoce des conduites d'abus

⁴⁹ Il sera publié avant le 31 mars 2006.

multiples. Un des axes structurants du SROS prévoit le renforcement de la participation des établissements de santé aux actions de prévention. Celui-ci se décline notamment au travers des unités d'addictologie et de consultations anti-tabac dans les hôpitaux. Cet aspect concerne les volets cancérologie, pneumologie, périnatalité et médecine du SROS.

Si l'on admet qu'il est capital de repérer précocement, d'orienter de la façon la plus adaptée possible, d'éviter de perdre de vue les patients et de limiter les rechutes, la seule organisation cohérente est la mise en réseau des différents partenaires. Il conviendrait pour cela d'insérer un volet addiction dans les différents SROS (médecine, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation). Ces volets constitueraient la partie sanitaire du PRS. Il est nécessaire, pour cela, que la même personne ou équipe, soit responsable du volet addictologie des différents SROS et de la coordination du PRS. Il est également souhaitable que cette personne ou équipe intervienne dans l'attribution du FAQSV.

En tout état de cause, il est nécessaire d'organiser la rencontre entre les différents groupes de travail et de veiller à maintenir la communication. Il est aussi utile de se servir au maximum des réflexions, travaux et instances développées dans le cadre de l'élaboration du SROS de troisième génération.

✓ **Addiction et travail**

Le milieu du travail fait l'objet de préoccupations grandissantes des politiques de santé, en témoigne la multiplication des plans abordant ce thème : plan national santé environnement 2004-2008⁵⁰, le plan national santé au travail 2005-2009 inscrit dans la loi de santé publique.

Ce thème mobilisait déjà de nombreux acteurs en région : URCAM, CRAM, DRTEFP, DRASS, DDASS, conseil régional, communes. Dans le champ des conduites addictives nous l'avons vu, les interventions se sont multipliées et renforcées dans le cadre de l'application de la loi Evin notamment.

Un débat a été amorcé au sein du CRPS sur les modalités d'articulation des politiques menées en région dans ce domaine. Il est important que la prévention des conduites addictives puissent y trouver sa place, non seulement en tant que facteur de risque au travail, mais aussi, afin de rendre plus aidant le milieu du travail. Le médecin du travail est, avec le médecin généraliste, le mieux placé pour repérer les personnes en difficultés avec des substances psycho-actives, pendant toute la période où apparaissent les

⁵⁰ La circulaire du 3 novembre 2004 relative au plan national santé environnement prévoit la mise en place d'un comité de pilotage «environnement santé travail » regroupant DRIRE, DRTEFP, DRASS sous la présidence du préfet de région

problèmes liés à la consommation nocive et avant que ne s'installent les complications de la dépendance.

Parce que la mobilisation et la coordination des acteurs sont essentielles, la communication occupe une place décisive dans la réussite des conduites de programmation.

3.2.4 Améliorer le système d'information

A chaque niveau, le besoin d'un système d'information relatif à la situation, aux références et aux interventions est ressenti avec acuité. La condition indispensable du rapprochement des décisions au plus près des personnes est une vision claire de ce qui est effectivement mis en œuvre et de l'impact qui en résulte.

Dans ce contexte où la mobilisation et la collaboration inter institutionnelle est déterminante, cet aspect revêt une importance majeure puisqu'elle permet non seulement d'éclairer les décisions politiques mais aussi de préserver la visibilité et la transparence des actions des différents financeurs. Le renforcement des moyens d'observation au niveau régional et infra-régional, dans un cadre partenarial et assez largement consensuel est déterminant pour la recherche de cohérence des actions menées.

La loi de santé publique prévoit l'élaboration d'un programme régional d'études et de statistiques en santé intégré au PRSP. Il devra éclairer les aspects jugés à la fois importants et mal connus de l'état de santé de la région. Il accompagnera et suivra les actions engagées dans le cadre du PRSP et contribuera à l'évaluation de leurs résultats.

La DRASS doit en assurer la préparation en collaboration avec les autres acteurs régionaux qui disposent de données statistiques ou de moyens d'études et d'expertise en matière sanitaire, notamment l'observatoire régional de santé (ORS) et l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Il est important que ce programme s'inscrive dans le PRSP dès son démarrage, pour que les aspects liés à l'observation et à l'évaluation y soient d'emblée intégrés. Les modalités de réalisation des études et travaux d'observation projetés devront être précisément envisagées, et notamment les partenaires intéressés, le mode d'élaboration des cahiers des charges et de choix des opérateurs, les délais envisagés et les modalités de suivi de chaque opération.

Afin d'élaborer ce programme, s'est mis en place un groupe de travail rassemblant l'ensemble des partenaires régionaux pour tenter de mutualiser les données de santé détenues par chacun et situer la région par rapport aux objectifs nationaux annexés à la loi de santé publique. Ce groupe a commencé à recenser les indicateurs disponibles en région et ceux restant à construire. Il devra prendre en compte ceux déterminés dans le

cadre de la loi de santé publique, mais aussi de la loi d'orientation relative à la loi de finance, du plan cancer et du plan national de la MILDT⁵¹ ainsi que ceux souhaités par les partenaires le cas échéant. Il devra intégrer le projet de création en 2006, d'un centre d'informations et de ressources sur les drogues et les dépendances (CIRDD) au niveau régional, recentrés sur trois missions principales : documentation et information, observation, formation et appui méthodologique. Ce centre sera piloté et financé directement par la MILDT. En matière de prévention, une étude de faisabilité préalablement menée par l'OFDT devrait permettre, compte tenu de la complexité du sujet, de la multiplicité des acteurs et des financements possibles, de déterminer les filières de collecte de données les plus pertinentes.

Ce système d'information devrait dans l'idéal être partagé par l'ensemble des intervenants et permettre, non seulement, de relier les objectifs poursuivis, les activités mises en œuvre, les ressources consommées et les résultats obtenus, mais aussi d'agréger les informations locales au niveau régional puis les informations régionales au niveau national.

Le nouveau cadre qui se dessine aura nécessairement des répercussions sur la territorialisation de la politique régionale de santé engagée.

3.3 Conforter la territorialisation des politiques de prévention

La démarche de territorialisation est déjà bien avancée et structurée dans la région. Sa mise en œuvre n'est pas sans difficultés mais les avantages de cette proximité ont été soulignés par les acteurs institutionnels, élus locaux et citoyens⁵² : écoute de la population, mobilisation des acteurs locaux, adaptation des priorités aux problèmes de santé locaux, respect des initiatives et des habitudes de travail local, développement d'une culture de santé... Aussi, la volonté d'ancrer la politique régionale de santé dans les territoires est-elle réaffirmée.

La loi de santé publique est muette sur ce point. La direction générale de la santé⁵³ n'y apporte que peu de précisions : « C'est un domaine dans lequel la capitalisation des quelques expériences existantes pourrait s'avérer particulièrement

⁵¹ Le plan d'action départemental de la MILDT doit intégrer les indicateurs nationaux conformément au nouveau plan gouvernemental dont un des axes structurant prévoit l'évaluation de son action à partir d'objectifs quantifiés.

⁵² Journées « portes ouvertes sur la santé en Nord / Pas de Calais », les 7 et 8 décembre 2004

⁵³ DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, Rapport au directeur général de la santé, *Plan régional de santé publique*, 28 juillet 2004, p22

utile ». Dans un sens, cela laisse aux acteurs de la région, la capacité de poursuivre leur propre doctrine, ce qui apparaît comme un atout. Ainsi ne s'agit-il pas de remettre en question cette démarche, mais de déterminer les perspectives et les modalités permettant à la fois de renforcer son efficacité et son adaptation au contexte en évolution.

3.3.1 Adapter les principes de la territorialisation dans un contexte évolutif

Si les territoires apparaissent comme le lieu de mise en cohérence des actions publiques, il importe de clarifier, lors de la mise en œuvre de la loi de santé publique (PRSP, GRSP), les relations entre les différents niveaux d'intervention et ce, compte tenu de trois changements importants :

- ✓ L'élargissement du cadre d'intervention.

La prévention s'inscrit résolument dans le cadre plus vaste de la santé publique. La direction générale de la santé précise que « les travaux du SROS comme ceux du PRSP doivent permettre l'élaboration conjointe de projets locaux de santé, qui incluent la question de l'accès aux soins, la promotion de la santé et l'articulation entre l'offre de soins, la promotion de la santé et les institutions sociales et médico-sociales. L'enjeu est bien la constitution des réseaux locaux de santé ».

- ✓ La mobilisation de nouveaux acteurs.

Le regroupement et la mobilisation de nouveaux acteurs autour de la question des conduites addictives au niveau régional (DDTEFP, DRDJS,...), doit permettre de renforcer et d'enrichir les partenariats locaux à travers l'utilisation de l'accès vers les territoires des uns et des autres. Pour cela, une réflexion sur les organisations locales et la collaboration entre les différents relais des politiques mises en œuvre (médecins du travail, associations sportives et de loisirs...) doit accompagner la démarche.

- ✓ La collaboration de la politique de la ville

La restructuration des crédits interministériels à la ville a eu pour conséquence dans les deux départements, une diminution des crédits affectés aux volets santé des contrats de ville. Les actions des territoires ont pu être orientées et financées par les PRS. Dans le Pas de Calais, la participation de la politique de la ville au financement des postes de coordonnateurs territoriaux ne sera pas reconduite. Cette nouvelle donne interroge les modalités de collaboration existantes.

L'adaptation de la territorialisation de la politique régionale de santé dans cet environnement fluctuant nécessite de constituer un axe de réflexion à part entière dans les différents niveaux de concertation, politiques et opérationnels, associant acteurs régionaux et locaux. Il importe en effet de proposer un cadre de référence clair et cohérent à l'action des coordonnateurs territoriaux de santé.

D'ores et déjà quelques aspects permettant de conforter la démarche engagée méritent d'être soulignés.

3.3.2 Renforcer la coordination territoriale

Les coordonnateurs de PTS jouent un rôle majeur d'interface entre les décideurs, les porteurs de projets et les institutions. Ils contribuent à la compréhension, l'appropriation et la déclinaison des programmes par les différents acteurs, renforçant ainsi la cohérence des interventions locales. Pour exercer pleinement ce rôle, plusieurs aspects sont susceptibles d'être pris en compte.

✓ **Structurer les liens avec le niveau régional**

La délocalisation récente de l'instruction des projets d'action a transformé le rôle et la charge de travail des groupes de suivis régionaux, pilotes de programme et des comités techniques et coordonnateurs locaux. De part et d'autre est ressenti le besoin de redéfinir les liens et missions respectives dans la politique régionale de santé.

Un des enjeux pour le niveau régional est de veiller à la cohérence des interventions locales et à la réduction des inégalités infra régionales. Le cadre de référence, l'appui conceptuel et méthodologique proposé par le niveau régional n'apparaissent pas suffisants et le risque d'autonomisation des PTS est évoqué. Lors du bilan de l'instruction des projets, plusieurs dysfonctionnements ont été relevés : des PTS ont été diffusés sans validation du niveau régional dont un PTS contradictoire avec les PRS, des actions identiques ont des financements très différents, ...

Du point de vue régional, un besoin de recadrage et d'accompagnement des coordonnateurs se fait jour. Les coordonnateurs soulignent eux, la nécessité d'harmoniser leurs pratiques certes, et pour cela de développer et de formaliser les échanges avec le niveau régional. Il souhaitent aussi avoir la possibilité de participer activement à la définition de la politique régionale en y apportant leur expérience locale.

L'organisation d'une démarche qui soit à la fois ascendante et descendante est cependant complexe. De même qu'entre le niveau national et le niveau régional, «l'enjeu majeur est de trouver un équilibre entre une trop grande variabilité de processus et un fonctionnement uniforme, fondé sur un idéal théorique, mais peu acceptable par les acteurs régionaux et locaux et irréalisable en pratique »⁵⁴.

✓ **Renforcer le réseau des coordonnateurs territoriaux**

L'échelon départemental a été retenu comme celui de l'animation du réseau des coordonnateurs locaux. Il est en effet plus proche des territoires et est le niveau d'articulation entre le sanitaire et le social. Cette animation a été organisée dans le Pas de

⁵⁴ DEMEULEMEESTER R. «Les articulations entre programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ». Actualité et dossier en santé publique, Mars 2004, n°46, pp.44-48.

Calais dès le recrutement des coordonnateurs, et repose sur le conseil général, l'assurance maladie et la DDASS. Elle a été confiée en avril dernier à une inspectrice de la DDASS du Nord, ce qui répond à une attente forte des coordonnateurs locaux.

C'est dans le cadre de cette coordination que peuvent être organisées efficacement les réponses aux besoins communs exprimés par les coordonnateurs territoriaux rencontrés. L'un de ceux-ci est notamment, d'avoir une meilleure appréhension des autres dispositifs supra territoriaux dans le champ de la santé (éducation nationale, MILDT, médecins du travail ...) tant au niveau de leurs objectifs, que des acteurs impliqués et des financements alloués. Des réunions régulières permettent l'organisation de rencontres collectives avec des acteurs clefs pour le développement des partenariats locaux.

La mise en réseau des coordonnateurs locaux vise à rationaliser le temps passé par ceux-ci à la sollicitation d'acteurs et à la recherche d'informations communes, de confronter et d'enrichir leurs approches et d'harmoniser leurs pratiques. Elle renforce aussi les liens avec le niveau régional, ces animateurs participants aux différentes instances du PRS et du futur PRSP. L'appui régional et départemental facilite la coordination locale et la complémentarité avec les autres institutions.

✓ **Optimiser le dispositif local**

La délocalisation de l'instruction des projets a considérablement accrue les charges de travail des coordonnateurs et comités locaux. Afin que ceux-ci ne soit pas confiné au rôle de gestionnaire de la politique régionale, il conviendrait de renforcer les temps de coordination locale ou de leur adjoindre des assistants. Ceci afin de leur permettre de poursuivre efficacement leur mission de soutien et de mise en réseau des acteurs locaux, de s'attacher au suivi des actions et à leur évaluation. Aussi, afin d'assurer la continuité de ce travail dont les effets se mesurent sur le long terme, l'amélioration du statut des coordonnateurs serait nécessaire. Ce, dans la perspective de pérenniser leur emploi mais aussi de leur offrir un « statut » (situation juridique, rémunération, plan de formation, évaluation, animation) favorisant la professionnalisation et la stabilisation des personnes sur leur poste.

La territorialisation a mis en évidence la difficulté à développer une culture commune. L'instruction collective des projets d'action au niveau local a fait apparaître le besoin d'accroître les compétences des coordonnateurs et de membres des comités locaux tant dans le domaine de la santé publique que de l'évaluation. Comme cela s'était fait lors de l'élaboration des diagnostics et des programmes territoriaux, l'organisation de formations par le niveau régional, avec l'appui du SREPS, est la condition d'une acculturation progressive pour l'ensemble des acteurs de la région.

CONCLUSION

L'engagement déjà ancien des acteurs régionaux dans une dynamique partenariale a permis de développer quantitativement et qualitativement la prévention des conduites addictives dans la région. La politique régionale de santé ainsi bâtie, est entrée dans une phase de consolidation de l'organisation, de recherche de mise en cohérence et de coordination des actions et des financements. Compte tenu de la complexité et de l'étendue du champ de la prévention des comportements à risque, cette démarche n'est pas sans difficultés. Elle requiert du temps, des moyens et de la visibilité. Aussi, pour être efficace, suppose-t-elle une volonté et une implication collective forte.

La loi de santé publique ouvre la perspective d'un véritable engagement institutionnel dans la prévention. Elle donne l'occasion d'amplifier la recherche de cohérence globale entre des politiques et des dispositifs ayant tendance à se multiplier. Si les conditions sont favorables pour l'affirmation de la politique régionale, rien n'est acquis et plusieurs préoccupations demeurent.

Il faut accepter le temps de la construction ou plutôt de la consolidation et de la diffusion d'une culture partagée qui s'élargira désormais à de nouveaux partenaires. Le risque d'un engagement réservé des partenaires si la configuration proposée apparaît trop contraignante ou trop complexe est possible. Le succès de la mise en œuvre de cette loi dépend de la participation de toutes les organisations sollicitées à la définition des objectifs, des stratégies, des moyens à mobiliser.

Pour les acteurs régionaux chargés de la construction et de l'animation de la politique de santé, la traduction en actions de priorités nationales, d'initiatives locales et de celles des différents organismes nationaux et régionaux reste un exercice difficile. Il se complexifie d'autant plus qu'apparaissent régulièrement des orientations, plans et programmes nationaux. Ceci influe significativement sur les modalités d'articulation observées en région et leurs conditions de réussite. Cet aspect n'a pas été approfondi dans le cadre de cette étude centrée sur les relations entre acteurs et dispositifs en région. Aussi, la clarification et l'approfondissement des coordinations au niveau national d'une part, et avec le niveau régional d'autre part, permettraient de prolonger l'analyse des conditions nécessaires à l'amélioration des politiques de prévention des conduites addictives en région.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

REPUBLIQUE FRANCAISE , 2004. - Loi N°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal officiel de la République Française*, 11 août 2004.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 2005. - Décret n° 2005-1539 du 8 décembre 2005. *Journal officiel de la République Française*, 10 décembre 2005.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 2005. - Décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique. *Journal officiel de la République Française*, 1er octobre 2005

REPUBLIQUE FRANCAISE , 1997. - Décret N° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 2005. Circulaire DGS/SD1A N°2005-369 du 2 août 2005 relative à la mise en place des Conférences régionales de santé en 2005.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 2004. Circulaire DGS/SD1A N°2004-454 du 24 septembre 2004 relative à l'élaboration des plans régionaux de santé publique.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 2003. Circulaire MEN - DESCO B4 N° 2003-210 du 1-12-2003 relative à la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation.

REPUBLIQUE FRANCAISE , 1997. Circulaire DGS N°97-731 du 20 novembre 1997 relatif aux conférences régionales de santé et aux programmes régionaux de santé.

PLANS ET PROGRAMMES

MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*, MILDT, 76p. Disponible sur Internet : <http://www.drogues.gouv.fr>

CONFERENCE REGIONALE DE SANTE, *Le programme régional de santé, conduites de consommation à risque*, décembre 1999, DRASS Nord Pas de Calais, 28p.

OUVRAGES ET RAPPORTS

COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN., *Rapport du groupe Pôles. Pour une régionalisation du système de santé en 2025, offre, régulation et acteurs : essai de prospectives*. Novembre 2005.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, *Rapport au directeur général de la santé, Plan régional de santé publique*, 28 juillet 2004, 25p. et annexes.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable*. Paris : La documentation française, 2003, 400p.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Rapport du groupe de travail sur l'organisation territoriale dans le champ sanitaire et social. Mise en place des groupements régionaux de santé*, Septembre 2003, 26p.

OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET TOXICOMANIES, « *Atlas régional des consommations des produits psycho-actifs des jeunes français* », exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE Nord / Pas de Calais, *Moniteur 2003 des programmes régionaux de santé Nord / Pas de Calais*, 139p.

LH CONSEIL Agence en promotion de la santé, *Rapport : Accompagner l'évaluation, le PRS conduites de consommation à risque*, janvier 2003, 37p.

REYNAUD M., PARQUET P.J., LAGRUE G., *Les pratiques addictives, usage, usage nocif et dépendance aux substances psycho-actives*. Paris : Editions Odile Jacob, 2000, 273p.

REVUES ET ARTICLES

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE, dossier « les politiques et programmes nationaux de santé » Mars 2005 n° 50 p 17 à 68.

REVUE DE SANTE PUBLIQUE, numéro spécial « La loi de santé publique ». Décembre 2004, volume 16 n°4, p 581 à 725.

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE, dossier « les politiques et programmes régionaux de santé ». Mars 2004 n° 46 p 13 à 76.

LONCLE P ; SCHAETZEL F. « La régionalisation des politiques de santé : le cas du Nord-Pas-de-Calais ». *Pouvoirs locaux*, septembre 2001.

RAPPORT D'ETUDE

USTL – Institut de Sociologie de Lille - DESS pratiques et politiques locales de santé - Rapport d'étude –2003-2004 – Evaluation de l'instruction locale et de la concordance entre le programme régional de santé des enfants et des jeunes et le programmes territoriaux de santé.

SITES INTERNET

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.toxibase.org>

<http://www.drogues.gouv.fr>

<http://www.alcoologie.org>

<http://www.ofdt.fr>

<http://www.epicéa.cg59.fr>

<http://www.ville.gouv.fr>

Liste des annexes

ANNEXE I : Grille d'entretien

ANNEXE II : Population et indicateurs sociaux en Nord / Pas de Calais

ANNEXE III : Schéma de l'organisation de la politique des PRS en Nord / Pas de Calais

ANNEXE IV : Loi de santé publique : mesures relatives à l'usage d'alcool et de tabac

ANNEXE V : Loi de santé publique : l'organisation des acteurs régionaux

1 -Précisions sur l'interlocuteur ; poste, mission, hiérarchie, ...

2 – Quelle est votre contribution dans le domaine de la prévention des conduites addictives?

- Cadre institutionnel, financements, existence d'une programmation (seul ou en partenariat)
- Quels territoires d'intervention, priorités (axes stratégiques, publics...), objectifs, et type d'actions
- Organisation et fonctionnement du dispositif (décideurs, instances, moyens, suivi..)

3- Quelle articulation (concertation, collaboration, coordination) avec d'autres dispositifs intervenant dans ce champ?

- Connaissance des autres dispositifs ?
- Quelles complémentarités, cohérences, concurrences avec les autres dispositifs ?
- Si articulation,
A quel niveau ? (décisions politiques (priorités, objectifs), financements, actions menées)
Sous quelle forme ? partenariats, participation (ou siège) à des instances
Avantages et inconvénients des articulations mises en œuvre
- Avantages et inconvénients de l'absence ou du manque d'articulation (selon les dispositifs).

4- Quelles perspectives d'amélioration en terme d'articulation?

- Avec qui, pourquoi, pour quoi faire ?
- Difficultés rencontrées (absence de volonté politique, méconnaissance des autres dispositifs, champs, stratégies ou objectifs différents, manque de lieux de concertation, de temps...). A quel niveau / sur quels domaines d'action ?
- Quels besoins identifiés pour améliorer la situation ? (lieux de coordination, outils, infos...). Sur quels axes de travail ? Comment ?

5- Perspective de la loi de santé publique, du PRSP / GRSP

- Quelles connaissances ?
- Quelles attentes ?

ANNEXE II

POPULATION ET INDICATEURS SOCIAUX EN NORD / PAS DE CALAIS

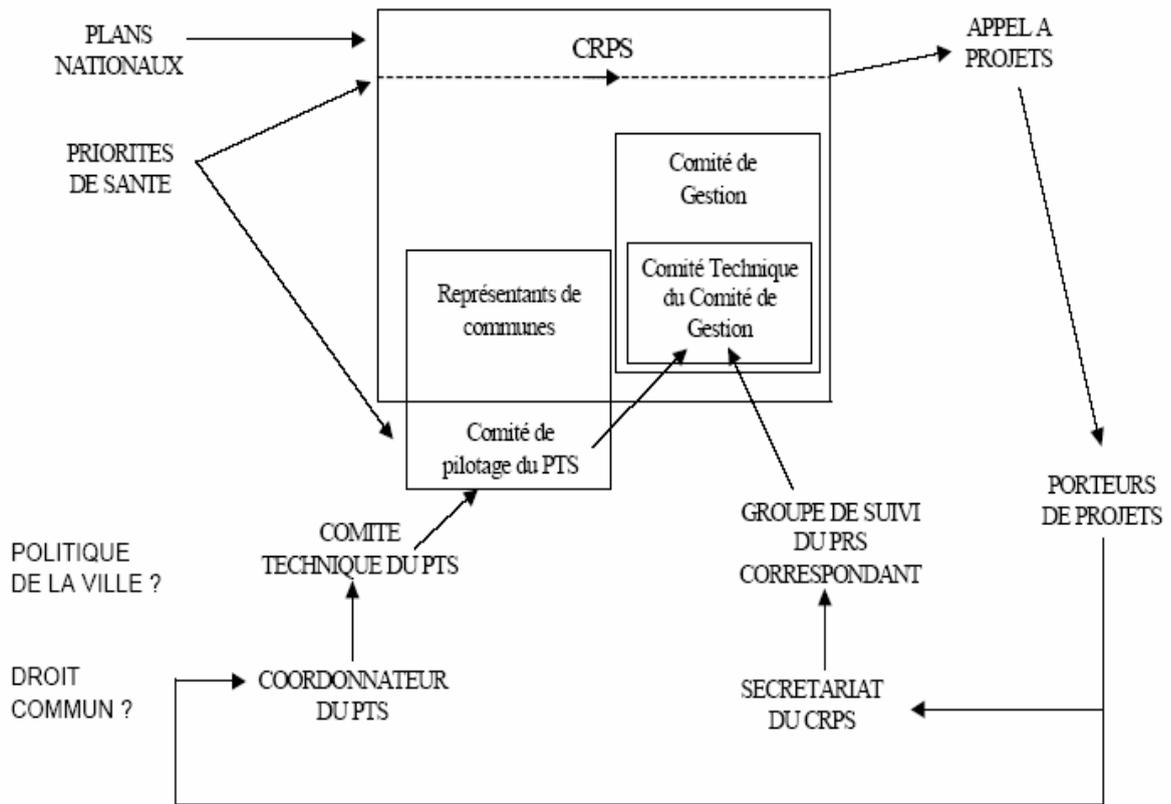
Extrait de STATISS 2004

Données	France	Région	Nord	Pas-de-Calais	Sources
<i>Démographie</i>					
Superficie km ²	543 963	12 414	5 743	6 671	INSEE
Population au 1/01/02	59 342 121	4 017 414	2 568 349	1 449 065	INSEE
Densité au 1/01/02	109	324	447	217	INSEE hab/km ²
Taux natalité 2002	12,8	14	14,3	13,4	INSEE - DRASS Naissance / 1000 hab

Données	France	Région	Nord	Pas-de-Calais	Sources
<i>Lutte contre les exclusions</i>					
Allocation de logement à caractère social	2 167 496	111 756	80 756	31 000	DRASS - CAF - MSA Prestation d'intervention au 1/01/03
A.P.I.	164 059	21 298	13 412	7 886	
Nombre pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	11,40	21,20	20,60	22,50	
A.A.H.	726 693	60 779	38 618	22 161	
Nombre pour 1 000 personnes de plus de 20 ans	16,40	21,20	21,10	21,30	
R.M.I.	950 693,00	94 178,00	61 253,00	32 925,00	
Nombre pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans	29,60	43,70	44,10	43,10	
C.M.U.					
CMU de base	1 156 217	79 659	55 394	24 625	CNAMTS, CANAM, CCMSA, Conseils Généralux, CNAUTS, ASSEDIC, INSEE, DREES
CMU complémentaire	3 889 355	421 504	276 457	276 457	
% couverture population	6,6	10,5	10,8	10	
Jeunes					
Bénéficiaires 2002	96 690	6 327	5 880	447	Indicateur de précarité au 1/01/03
/1 000 jeunes de 18 à 25 ans	15,5	13,5	18,8	2,9	
Allocation supplémentaire du minimum vieillesse					
Allocataire	560 926	26 553	16 460	10 093	
/1 000 personnes de 65 ans et plus	5,8	4,7	4,8	4,6	
Allocation de solidarité spécifique	359 023	34 001	23 861	10 140	

ANNEXE III

SCHEMA DE L'ORGANISATION DE LA POLITIQUE DES PRS
EN NORD / PAS DE CALAIS



ANNEXE IV

LOI RELATIVE A LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE 9 AOUT 2004

Mesures relatives à l'usage d'alcool et de tabac⁵⁵

À eux deux, l'alcool et le tabac tuent environ 110 000 Français chaque année (respectivement, 45 000 et 66 000), leur coût social est estimé à 2,2 % du PIB (respectivement, 1,4 % et 0,8 %). Pour répondre à des enjeux de santé publique à cette échelle, une action efficace et résolue s'impose. Le rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fournit un cadre stratégique structurant. Ainsi, en fixant des objectifs de réduction de la consommation d'alcool (en litres par habitant) et de tabac (en termes de prévalence), la stratégie retenue est clairement cohérente avec les recommandations internationales d'abaisser le niveau moyen de la consommation pour obtenir une amélioration de l'état de santé de la population. Dès lors une action vigoureuse sur les déterminants collectifs de ces comportements à risque s'impose. La loi précitée offre, précisément, un cadre renouvelé tant en matière d'alcool que de tabac :

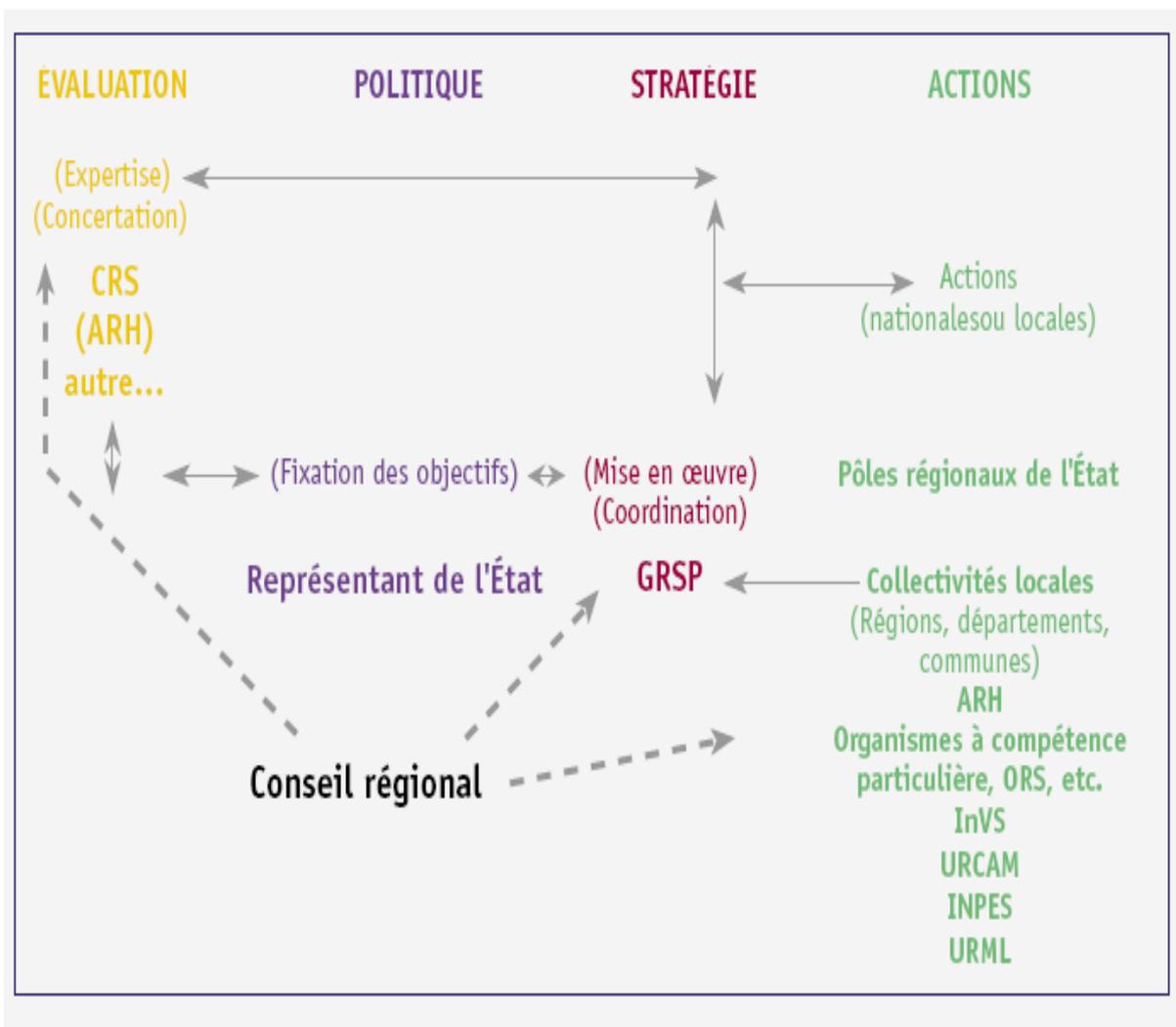
- au plan fiscal (interdiction des prix promotionnels pour les produits du tabac) ;
- au plan du renforcement du respect de la réglementation (élargissement des associations pouvant agir en justice, renforcement du nombre des administrations compétentes pour contrôler, aggravation des sanctions, interdiction de la publicité sur Internet) ;
- en matière d'information du public, d'éducation à l'école et de formation des professionnels, en légiférant pour la première fois dans notre pays sur le syndrome d'alcoolisation fœtale ;
- au plan stratégique, avec la remise au Parlement en juin 2005 d'un rapport sur les conditions de création des états généraux de la lutte contre l'alcoolisme, et la ratification de la convention-cadre antitabac internationale de l'OMS, premier traité de santé publique.

⁵⁵ Extrait de la revue de santé publique, volume 16, n°4, pp. 703-711 : Introduction : les principales mesures inscrites dans la loi relative à la politique de santé publique.

ANNEXE V

LOI RELATIVE A LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE 9 AOUT 2004

L'organisation des acteurs de la santé : le niveau régional



Source :

Brochure pédagogique – Février 2005

Direction générale de la Santé