



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

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

**La politique locale de lutte contre la
drogue et de prévention des
dépendances en Charente :
de multiples enjeux**

Geneviève COTTAVOZ

Remerciements

Je remercie mon maître de stage pour m'avoir permis de m'impliquer concrètement dans ce sujet d'actualité et d'importance et pour m'avoir accompagnée tout au long de cette recherche. Je lui suis très reconnaissante pour ses apports et pour la confiance qu'il m'a témoignée. Par son sens de la délégation et du travail en commun, j'ai bénéficié d'une collaboration qui a été pour moi très fructueuse et enrichissante.

Je suis également reconnaissante envers la directrice de la DDASS pour son accueil et ses éclairages sur le sujet, ainsi qu'envers toutes les personnes de la DDASS avec lesquelles j'ai travaillé.

Je remercie d'autre part tous les partenaires qui ont bien voulu répondre à mes questionnements et me faire partager leurs actions et leurs idées.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 - LA REACTUALISATION DU PLAN DEPARTEMENTAL DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET DE PREVENTION DES DEPENDANCES INTERVIENT DANS UN CONTEXTE DE FORTES MUTATIONS JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELLES.....	9
1.1 Des profondes réformes du contexte législatif et réglementaire de l'action de l'Etat.....	9
1.1.1 Les changements liés à la loi organique relative aux lois de finance : une mutation radicale	9
1.1.2 La décentralisation et la recentralisation des missions dans le champ sanitaire et social : le transfert de compétences vers les collectivités territoriales	11
1.1.3 La réorganisation des services de l'Etat : le renforcement du pilotage préfectoral et le passage d'une administration de gestion à une administration d'animation, d'inspection et d'évaluation	13
1.2 Le nouveau contexte législatif et réglementaire dans le champ de la santé et de la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.....	15
1.2.1 Les changements liés à la loi de santé publique du 9 août 2004 : une nouvelle organisation de la politique de santé	15
1.2.2 Le nouveau plan gouvernemental de la MILDT : plan 2004-2008	20
2 - LE CONTEXTE LOCAL EST PEU FAVORABLE MAIS DISPOSE CEPENDANT DE CERTAINS ATOUTS DANS LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET DE PREVENTION DES DEPENDANCES.....	24
2.1 Un contexte local démographique, socio-économique et sanitaire peu favorable.....	24
2.1.1 Le département de la Charente présente des données démographiques et socio-économiques plutôt défavorables	24
2.1.2 La Charente, une espérance de vie record mais une consommation d'alcool élevée	26

2.2	De nombreux plans et programmes interviennent localement dans le champ de la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.....	28
2.2.1	Le plan MILDT.....	28
2.2.2	Le PRSP, les PRS et le SROS.....	28
2.2.3	Les autres plans.....	31
2.3	Les moyens locaux sont limités et en diminution	33
2.3.1	Des structures réduites mais des partenaires motivés	33
2.3.2	La DDASS de la Charente, des moyens locaux limités mais une responsabilisation affirmée.....	37
2.3.3	L'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances en Charente intervient dans des conditions marquées par la suppression de moyens locaux	40
3	- LA MESURE DES ENJEUX DU PLAN DEPARTEMENTAL PEUT CONDUIRE A PLUSIEURS PISTES D'AMELIORATION DU DISPOSITIF DEPARTEMENTAL DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET DE PREVENTION DES DEPENDANCES.....	42
3.1	Des enjeux multiples et à plusieurs dimensions	42
3.1.1	Le réel impact de l'interministérialité	42
3.1.2	Un enjeu pour la santé publique et particulièrement la place de la prévention	44
3.1.3	Des difficultés d'articulation des différents plans entre eux, par la multiplicité des acteurs et la multiplicité des plans sur les différents territoires	47
3.1.4	Des apports par le partenariat avec les associations, les structures de soins et l'hôpital	50
3.1.5	La mesure de l'efficacité et de l'efficience dans le contexte LOLF	51
3.2	Propositions pour une meilleure opérationnalité du plan :.....	54
3.2.1	Renforcer l'articulation régionale des chefs de projets : proposition de constitution d'un réseau régional et inter départemental	54
3.2.2	Identifier des moyens spécifiques adaptés à l'impact et aux enjeux réels pour mettre en œuvre et évaluer le plan	55
3.2.3	Afficher la portée du plan et la place de la DDASS	56
3.2.4	Donner une place à l'utilisateur.....	56
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	59
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CESC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CFES	Comité Français d'Evaluation à la Santé
CH	Centre Hospitalier
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRDD	Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et Dépendances
CMU	Couverture Médicale Universelle
CNS	Conférence Nationale de Santé
CNSP	Comité National de Santé Publique
CODES	Comité Départemental d'Education pour la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRES	Comité Régional d'Education pour la Santé
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CROS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire
CRS	Conférence Régionale de Santé
CSP	Code de la Santé Publique
CSST	Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
CTRI	Comité Technique Régional et Interdépartemental
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDE	Direction Départementale de l'Equipeement
DDJS	Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports
DDPJJ	Direction Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DDTEFP	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information à la Santé
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HCSP	Haut Conseil de Santé Publique
IA	Inspection d'Académie
IAAT	Institut Atlantique d'Aménagement des Territoires
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
ILIAD	Indicateurs Locaux pour l'Information sur les Addictions
INPES	Institut National de Promotion et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé Et de Recherche Médicale
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
IPASS	Inspecteur Principal de l'Action Sanitaire et Sociale
LOLF	Loi Organique relative aux Loix de Finance
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
ORS	Observatoire Régional de Santé
ORSPEC	Observatoire Régional de la Santé de Poitou-Charentes
PASED	Projet d'Action Stratégique de l'Etat dans le Département
PASER	Projet d'Action Stratégique de l'Etat en Région
PRAM	Plan Régional d'Assurance Maladie
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Programme Régional de Santé
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
RIO	Ressources Informatique Organisation
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SGAR	Secrétariat Général pour les Affaires Régionales
SREPS	Schéma Régional d'Education pour la Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
TREND	Tendance Récente Et Nouvelles Drogues
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La politique nationale de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, pilotée par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT) est d'actualité en 2005. Face à l'augmentation constante des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives, le gouvernement entend réagir. Par une campagne de communication nationale, le grand public est amené à s'interroger sur le cannabis, sur la dépendance à l'alcool, sur le tabagisme.

La MILDT a élaboré un nouveau plan gouvernemental pour la période 2004-2008, qui entend mettre en œuvre une action déterminée utilisant tous les leviers de l'action publique et mobilisant l'ensemble des acteurs sociaux. Rappelant que la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites est un phénomène qui touche directement ou indirectement l'ensemble de la population française, ce plan veut mobiliser l'ensemble des acteurs sociaux et faire appel à tous ceux qui ont un rôle à jouer pour améliorer la réponse de la société aux risques liés à l'usage et à l'abus des drogues : jeunes, parents, enseignants, éducateurs, policiers, juges, soignants, chercheurs, agents économiques, associations.

L'action gouvernementale s'appuie sur 2 objectifs complémentaires : la réduction des consommations et la réduction de l'offre. Elle affirme un impératif d'efficacité, rappelant que la politique publique doit rendre des comptes sur les résultats de ses actions et inscrire l'évaluation au cœur de son dispositif, afin d'en perfectionner en permanence les instruments et les outils.

En relais de l'action nationale, la MILDT s'appuie sur un réseau territorial dans lequel les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) jouent un rôle majeur depuis plusieurs années.

Or jamais le contexte des DDASS n'a connu autant de changements simultanés : l'environnement sanitaire et social français connaît actuellement d'importantes évolutions : la loi de santé publique du 9 août 2004, le deuxième acte de la décentralisation lancé en 2003, l'application de la Loi Organique relative aux Lois de Finance (LOLF) au 1^{er} janvier 2006 sont autant de données législatives et réglementaires qui sont source de profonds changements pour la politique menée par le ministère de la santé et des solidarités et ses services déconcentrés.

Dans le prolongement de son plan gouvernemental, la MILDT a adressé aux Préfets de région et de département le 23 novembre 2004 une note relative à l'organisation de son réseau territorial. Cette note fait part de la décision de conforter le pilotage interministériel du dispositif au niveau déconcentré afin de mieux articuler les trois volets de cette

politique publique : prévention, prise en charge sanitaire et sociale, respect de la loi et lutte contre le trafic.

Elle demande aux préfets de région et de département de réunir très rapidement les comités de pilotage départementaux afin de « définir avec l'ensemble des services concernés les actions prioritaires à mener dans le département aux regard des objectifs du plan gouvernemental et du contexte local ». En outre la MILDT précise qu'il faut que « les grandes lignes des plans territoriaux, assorties d'indicateurs de mise en œuvre d'une approche interministérielle soient tracées pour le 1^{er} mai 2005 ».

Les directives de la MILDT en matière de pilotage avec la désignation formelle de la préfecture comme coordonnateur local et la régionalisation des centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances (CIRDD) ont aussi des conséquences sur le dispositif départemental, car elles renforcent l'interministérialité en modifiant la place donnée à la DDASS et régionalisent une partie des ressources locales.

La DDASS de la Charente a donc, à l'heure de lancer l'élaboration du nouveau plan départemental, à faire face à un contexte législatif et réglementaire en pleine mutation.

De plus les données démographiques, socio-économiques et sanitaires propres au département de la Charente ne sont pas favorables. L'évolution des moyens locaux, qu'il s'agisse des moyens internes de la DDASS, très limités ou des structures externes, en diminution, n'est pas encourageante.

Dans de telles conditions, l'objectif d'élaboration d'un nouveau plan triennal départemental a suscité divers questionnements à la DDASS, et en particulier à mon maître de stage, directeur adjoint et inspecteur principal chargé de la coordination du pôle santé, nommé chef de projet départemental. Il m'a donc proposé de l'accompagner dans les travaux d'élaboration du plan départemental et de réfléchir dans le cadre de mon mémoire aux enjeux de cette démarche d'actualisation du plan départemental.

L'élaboration d'un nouveau plan pluri-annuel constitue toujours un moment fort de la politique locale. L'actualisation du plan départemental suscite la mobilisation des services de la DDASS, de la préfecture, de la justice mais aussi d'autres services de l'Etat, des collectivités territoriales et des nombreux partenaires institutionnels ou associatifs de la prévention et du soin.

Ainsi, afin d'aboutir à une politique efficace en valorisant au mieux l'investissement de tous et en s'adaptant aux nouvelles dispositions législatives et réglementaires, il a paru nécessaire d'approfondir la réflexion sur les enjeux et les contraintes de la politique de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances en Charente. La mesure des enjeux et de l'impact de l'actualisation d'un plan départemental dans ce nouveau contexte doit favoriser l'efficacité de la DDASS et l'adaptation des moyens aux objectifs.

Certes, ce thème pourrait au premier abord paraître relever d'une fonction de Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP). Pourtant, au sein de la DDASS de la Charente, la coordination des travaux d'élaboration du plan départemental est confiée à l'adjoint à la directrice, qui est aussi Inspecteur Principal de l'Action Sanitaire et Sociale (IPASS) chargé de la coordination du pôle santé. Ce choix provient de la faiblesse des effectifs réels de MISP (un poste de MISP sur deux était déjà vacant depuis plusieurs mois, et depuis le 1^{er} juillet 2005 les deux postes sont vacants) mais aussi d'une volonté stratégique de la DDASS.

En effet, le pilotage d'un plan de lutte contre la drogue peut tout autant relever d'un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) que d'un MISP. Ainsi, il ne s'agit pas de l'aspect médical mais bien de l'aspect coordination et animation des politiques qui est mis en avant sur le sujet. Ce pilotage fait appel à toutes les compétences développées en matière de planification, de santé publique mais aussi de conduite de projet par les IASS. A ce titre, ce sujet m'a paru très intéressant pour l'avenir de ma pratique professionnelle, considérant de plus que le pilotage de plans ou schémas constitue une mission en plein développement du métier d'IASS.

Les méthodes mises en œuvre pour la présente recherche ont reposé sur la participation active, l'observation et l'implication dans les actions de préparation et d'élaboration du plan départemental et les entretiens avec les personnes concernées.

L'investissement dans les travaux de préparation et d'élaboration du plan aux côtés du chef de projet maître de stage s'est concrétisée par la participation aux réunions préparatoires à la DDASS, à la préfecture avec le directeur de cabinet et le substitut du procureur, par l'implication dans la préparation du comité du pilotage, la constitution des groupes de travail, la participation à la mobilisation des partenaires, la recherche de données, ensuite la participation aux travaux des groupes de travail et à la réalisation des comptes-rendus et des synthèses.

Elles ont été complétées par la réalisation d'entretiens avec les principaux partenaires locaux concernés, sur la base d'un questionnaire semi-directif, apportant le point de vue des acteurs pour alimenter la réflexion au fil des pages.

La recherche de textes réglementaires, de documentation et de travaux réalisés au niveau national et local a permis d'approfondir le sujet sur ses différents aspects.

L'échéance prévue pour la validation du plan a plusieurs fois été différée, compte tenu de diverses contraintes locales que nous détaillerons. Tout d'abord demandé par la MILDT pour mai 2005 dans ses grandes lignes, ensuite reportée à septembre 2005 par la DDASS, le plan sera finalement validé en février 2006. De plus la DDASS ne dispose pas encore complètement de la lisibilité sur la gestion des crédits « drogue et toxicomanie » en 2006, ni sur le financement des actions.

Le présent mémoire devant être déposé en janvier 2006 et présenté en mars 2006, certains éléments nouveaux pourront donc apparaître dans cette échéance et seront alors explicités lors de la soutenance.

Les questionnements qui ont guidé cette recherche sont les suivants :

A l'heure où le contexte sanitaire et social est en pleine mutation, par la loi de santé publique qui institue l'affirmation du rôle de l'Etat et la régionalisation des politiques de santé, mais aussi par la décentralisation, quel est l'enjeu d'une politique de lutte contre la drogue à l'échelon départemental ? Quelle peut et doit être l'utilité et la valeur ajoutée d'une déclinaison au niveau local du plan MILDT ? A quelles conditions et comment peut-on garantir son opérationnalité et veiller à mener une action cohérente avec les politiques de santé déclinées au niveau régional ?

A ce questionnement, se superpose celui de l'impact de la LOLF. Cette vaste réforme des modalités d'action de l'Etat, en mettant la performance et la logique de résultats au cœur de l'action publique, influe forcément sur les politiques menées. En quoi l'action de l'Etat dans le département va-t-elle s'en trouver modifiée ?

Sur le plan budgétaire, les nouvelles dispositions vont-elle influencer sur la politique menée en instituant le financement lié aux indicateurs chiffrés ? Comment s'adapter à ce nouveau fonctionnement en gardant une politique efficace et garantissant la place des actions de prévention ?

Quels sont donc de manière générale les enjeux de la politique locale de lutte contre la drogue pour l'efficacité de la politique publique, mais aussi pour la DDASS, porteuse du champ de la santé publique pour l'Etat ? Peut-on valoriser au mieux le moment fort que constitue l'élaboration d'un nouveau plan en connaissant les enjeux qui en découlent ?

A l'aune de ces questionnements, j'ai été amenée à formuler les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : les mutations du contexte juridique et institutionnel ont un impact fort sur la politique départementale de lutte contre la drogue et les dépendances en 2005.

Hypothèse 2: le choix du maintien de l'échelon départemental est pertinent pour la déclinaison d'une politique locale adaptée au contexte mais ne favorise pas la cohérence des politiques de santé publique.

Hypothèse 3 : la connaissance des enjeux liés à l'élaboration d'un nouveau plan départemental permet de proposer des pistes d'amélioration concrètes que la DDASS peut mettre en œuvre.

La recherche est organisée de la manière suivante :

En première partie (1), nous étudierons les mutations actuelles du contexte législatif et réglementaire qui ont un impact sur la politique sanitaire et sociale. Dans un premier temps nous nous intéresserons aux changements du contexte législatif et réglementaire de l'action de l'Etat de manière générale, dans un deuxième temps nous verrons les dispositions principales concernant spécifiquement la politique de santé et de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.

En deuxième partie (2), nous analyserons dans quel contexte se développe la politique de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances au niveau local, afin d'en connaître les atouts et les contraintes. Tout d'abord, nous examinerons les conditions démographiques et socio-économiques de la région Poitou-Charentes et du département de la Charente, puis nous envisagerons les données sanitaires portant sur la consommation de drogues et les conduites addictives locales. Ensuite, nous nous intéresserons aux moyens locaux de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, en recensant les divers plans et programmes concernés, puis les moyens de la DDASS et leur évolution, et enfin nous étudierons les conditions d'élaboration du plan en 2005.

A la lumière des éléments dégagés dans les deux premières parties, nous analyserons dans une troisième partie (3) les enjeux pointés par l'élaboration du plan départemental. Ces enjeux portent sur le champ de la santé publique et de la prévention, de l'interministérialité et du positionnement de la DDASS, de l'articulation des différents plans, du partenariat et enfin de l'efficacité et de l'efficience dans le contexte LOLF.

Ceci nous amènera alors à proposer des pistes d'amélioration concrètes, à construire avec la DDASS, pour rendre le plan départemental de lutte contre les dépendances plus efficace et opérationnel dans le nouveau contexte.

Avant propos : définition des termes et champ de la lutte contre les drogues et dépendances

La loi relative à la politique de santé publique promulguée le 9 août 2004 mentionne parmi les plans stratégiques quinquennaux, la lutte contre les conduites addictives. La MILDT pour sa part préconise la lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.

Avant d'analyser les modalités de mise en œuvre d'une politique de lutte contre la drogue et de prévention de la dépendance au niveau départemental, il nous a semblé indispensable de disposer d'une terminologie claire et précise.

Le concept de conduites addictives :

L'addiction peut se définir comme un comportement pathologique ayant pour fonction de procurer du plaisir et/ou de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives (Goodman, 1990).

De manière restreinte, l'addiction est un comportement qui s'exerce à l'égard des substances psychoactives, définies comme les drogues illicites, l'alcool, le tabac et les médicaments psychoactifs (neuroleptiques, anxiolytiques, antidépresseurs, tranquillisants).

Dans une approche plus large, les conduites addictives sont associées à de nombreux comportements qui n'impliquent pas l'utilisation de substances psychoactives exogènes : dépendance affective, dépendance au travail, aux jeux d'argent, à l'activité physique ou sexuelle, troubles du comportement alimentaire, kleptomanie, conduites d'achats compulsifs, etc...

Dans un souci de cohérence, nous nous tiendrons dans la présente étude à la consommation de substances psychoactives, licites ou illicites.

Au sein de cette consommation, il existe des pratiques addictives et des conduites addictives.

Les pratiques addictives regroupent deux comportements : l'usage et l'usage nocif ou abus. L'usage se caractérise par une consommation qui n'entraîne ni dommage ni complication somatique (les seules complications sont sur le plan pénal ou social).

Il existe trois modalités de consommation :

- la non consommation (10% des français ne consomment pas d'alcool, 66 % ne fument pas, 90 % ne consomment pas de produits illicites)
- la consommation socialement et individuellement réglée (tolérance, valorisation d'une substance par une société)
- la consommation à risque (dommages potentiels).

L'usage nocif (définition OMS) ou l'abus (définition association américaine de psychiatrie) est une consommation répétée dans le temps qui induit des dommages somatiques, psychologiques ou sociaux sur le consommateur lui-même et sur son entourage familial, social, professionnel ou sur ses relations à l'ordre public. Il n'est pas fait référence au caractère licite ou illicite du produit.

Les conduites addictives concernent quant à elles les comportements de dépendance. La dépendance désigne un comportement psychopathologique spécifique dominé par un désir compulsif de produit avec difficulté de contrôle de la consommation et nécessité de reprise du produit pour éviter le syndrome du sevrage. L'augmentation des doses est indispensable pour maintenir l'effet du produit.

Tout au long de ce mémoire, nous emploierons le terme de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, tel qu'appliqué par la MILDT qui envisage dans ce champ principalement la lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.

1 - LA REACTUALISATION DU PLAN DEPARTEMENTAL DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET DE PREVENTION DES DEPENDANCES INTERVIENT DANS UN CONTEXTE DE FORTES MUTATIONS JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELLES

Dans cette partie nous étudierons les mutations actuelles du contexte législatif et réglementaire qui ont un impact sur la politique sanitaire et sociale. Dans un premier temps nous nous intéresserons aux changements du contexte législatif et réglementaire de l'action de l'Etat de manière générale, dans un deuxième temps nous verrons les dispositions principales concernant spécifiquement la politique de santé et de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.

1.1 Des profondes réformes du contexte législatif et réglementaire de l'action de l'Etat

Un premier changement essentiel intervient en 2005 avec la mise en place de la réforme liée à la loi organique relative aux lois de finance, qui met en place un cadre de gestion renouvelé pour mieux piloter et évaluer l'action de l'Etat. Une deuxième donnée se trouve fortement modifiée avec la poursuite de la décentralisation des politiques sanitaires et sociales, qui impacte aussi sur l'organisation des services de l'Etat.

1.1.1 Les changements liés à la loi organique relative aux lois de finance : une mutation radicale

A) Rappel du cadre et des objectifs de la LOLF

La loi organique relative aux lois de finance du 1^{er} août 2001 constitue une réforme radicale de l'ordonnance du 2 janvier 1959. Sa mise en œuvre impose une mutation radicale des pratiques de gestion auparavant à l'œuvre dans l'ensemble de l'administration. Elle répond à l'attente par le Parlement et par les citoyens d'une efficacité et d'une transparence accrues des politiques publiques : responsabilité des gestionnaires, passage d'une culture de moyens à une culture de résultats à tous les niveaux de l'administration, clarté des choix stratégiques opérés. Ainsi la discussion par le Parlement porte maintenant sur 100% des crédits votés au budget de l'Etat et non plus sur seulement 6% des crédits non reconduits automatiquement.

Dans cette perspective, la réforme de la gestion publique instaure 3 nouveaux concepts clés :

- les missions, ensemble de programmes concourant à une politique publique définie.
- les programmes : éléments centraux de la LOLF, les 126 programmes prévus deviennent l'unité budgétaire des budgets des différents ministères, et succèdent aux 850 chapitres budgétaires précédents. Véritables contrats de performance, ils portent sur une action ou un ensemble cohérent d'actions et décrivent le coût, les objectifs, les résultats attendus de chaque action. Pour le gestionnaire en charge du programme, cette réforme se traduit par une liberté de gestion accrue, une globalisation des crédits associés, assortie d'une fongibilité asymétrique¹. Un programme relève obligatoirement d'un même ministère.
- le projet annuel de performance précise notamment la présentation des actions, des coûts associés, des objectifs poursuivis, des résultats obtenus et attendus pour les années à venir, mesurés au moyen d'indicateurs précis. Le rapport annuel de performance en présente les résultats.

Les programmes se décomposent en actions, qui en précisent le contenu et les finalités. L'action identifie les composantes d'une politique publique, en détaillant les modes d'action engagés par le programme et les fonctions exercées par chacun des acteurs. Des crédits sont alloués par action à titre indicatif, chaque responsable de programme pouvant réaffecter librement les crédits entre les actions de son programme.

B) La LOLF dans le secteur de la santé et toxicomanie

Dans le cadre de la mise en place de la LOLF, la question du devenir des structures interministérielles et par là même celui de la MILDT et de ses crédits d'intervention s'est posée. En 2004, la décision a été prise de confirmer le rattachement politique de la MILDT auprès du Premier ministre, compte tenu du caractère interministériel affirmé de la politique de lutte contre les drogues qui couvre à la fois la prévention, la formation, la prise en charge sanitaire et sociale, l'application de la loi, la recherche et les échanges internationaux².

En revanche, la gestion de la MILDT est désormais assurée par le ministère chargé de la santé, pour répondre aux objectifs de la LOLF qui exige que l'ensemble des crédits d'un programme soit rassemblé dans un même département ministériel. Cependant, afin de conserver la spécificité de la MILDT et l'identification de la politique publique qu'elle

¹ La fongibilité asymétrique signifie qu'au sein d'un même programme, les crédits de personnel peuvent venir abonder un autre titre mais que l'inverse n'est pas possible.

² Note MILDT du 5 mars 2004

coordonne, son président, M. JAYLE, a obtenu que soit créé au sein de l'architecture budgétaire du ministère de la santé un programme autonome rassemblant et sanctuarisant les crédits d'intervention et de fonctionnement de la MILDT.

Ainsi la lutte contre la drogue relève du programme « drogue et toxicomanie » au sein de la mission santé (cf schéma annexe 4).

Il reste que la lutte contre la drogue est bien rattachée au ministère de la santé, dans une approche large de la santé publique, qui va jusqu'au bien-être individuel et collectif.

Pour la mise en œuvre de la LOLF, 3 programmes sont rattachés au ministère de la santé :

- le programme Santé publique et prévention, géré par la Direction Générale de la Santé (DGS)
- le programme Offre de soins et qualité du système, géré par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
- le programme Drogue et toxicomanie, géré par la MILDT

Les finalités générales du programme Drogue et toxicomanie sont définies par la MILDT³. Dans la mission Santé de la LOLF, le programme se décompose en trois actions :

- la coordination interministérielle des volets préventif, sanitaire et répressif
- l'expérimentation de nouveaux dispositifs partenariaux de prévention, de prise en charge et d'application de la loi
- la coopération internationale.

1.1.2 La décentralisation et la recentralisation des missions dans le champ sanitaire et social : le transfert de compétences vers les collectivités territoriales

Le champ sanitaire et social est en 2005 soumis à de nombreuses mutations liées aux transferts de missions et de compétences, qu'il s'agisse principalement de décentralisation de certaines missions mais aussi de recentralisation d'autres compétences.

A) La décentralisation dans le champ sanitaire et social

Le ministère de la santé et des affaires sociales a été le premier à faire l'expérience de la décentralisation et du partage des compétences avec les collectivités territoriales⁴. La

³ Note MILDT à l'attention des chefs de projet du 26 janvier 2005

⁴ note de synthèse de l'IGAS sur l'évaluation de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

première étape dans les années 1980 a transféré aux conseils généraux une part très importante des attributions jusqu'alors exercées par les services déconcentrés de l'Etat, au premier rang duquel figuraient la protection maternelle et infantile, l'aide sociale à l'enfance, le service social polyvalent, l'action sociale en direction des personnes âgées et handicapées, qui représentait une part importante de l'activité des DDASS. Elles ont alors conservé vocation à intervenir dans un grand nombre de domaines divers, avec des attributions multiples et diffuses, et une forte imbrication avec les attributions du conseil général. Seule la tutelle des établissements hospitaliers et médico-sociaux offrait encore un pôle suffisamment vaste et homogène d'activités, autour duquel elles ont progressivement reconstitué leur identité.

La deuxième phase de la décentralisation commence en 2003, avec la Loi constitutionnelle du 28 mars 2003 qui inscrit la décentralisation comme un principe républicain fondamental, puis avec la loi décentralisant le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) le 18 décembre 2003.

Elle se poursuit avec la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, véritable 2^{ème} acte de la décentralisation, destiné à la fois à « raffermir la démocratie et à bâtir une république des proximités, unitaire et décentralisée. »⁵

L'organisation décentralisée s'appuie sur deux binômes :

- l'Etat et la Région, chargé de la stratégie et de la cohérence
- le Département et les communes, chargés de la gestion des services publics en proximité

La loi du 13 août 2004 confirme la vocation des Départements à gérer les politiques de solidarité, en l'inscrivant dans l'objectif de subsidiarité selon lequel «les collectivités territoriales ont vocation à prendre des décisions pour l'ensemble des compétences qui peuvent être le mieux mises en œuvre à leur échelon. »⁶

Pour ce qui concerne les politiques qui nous intéressent ici, la loi désigne le Département comme chef de file de l'action sociale. Cette collectivité est en particulier désormais responsable de l'élaboration et de l'adoption du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale, conformément à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

La région, quant à elle, se voit attribuer des compétences élargies dans le domaine de la santé publique, suivant les dispositions de la loi du 13 août 2004 :

⁵ les collectivités territoriales, Yvette RAISSIGUIER, Ouvrage le social en ligne

⁶ article 72 de la constitution de 1958 modifiée

- les régions peuvent participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires dans le cadre d'une expérimentation prévue pour 4 ans (art. 70)
- deux représentants du conseil régional siègent avec voix consultative à la commission exécutive de l'ARH.

B) La recentralisation de certaines activités de santé publique

Beaucoup plus limitée mais plus novatrice, la recentralisation de certaines missions vers l'Etat découle aussi de la loi du 13 août 2004.

Les compétences en matière de vaccination et de lutte contre le cancer (dépistage), la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles sont transférée vers l'Etat. Ce transfert doit prendre effet au 1^{er} janvier 2006.

Toutefois tout ou partie de ces missions peuvent être déléguées par convention aux collectivités territoriales (Conseil Général) qui les assuraient jusqu'à présent.

1.1.3 La réorganisation des services de l'Etat : le renforcement du pilotage préfectoral et le passage d'une administration de gestion à une administration d'animation, d'inspection et d'évaluation

La décentralisation impacte également sur l'organisation de l'Etat, invité à se recentrer sur ses missions essentielles, à qui il appartient de fixer les grands principes et d'évaluer la façon dont ils sont mis en œuvre sur l'ensemble du territoire. L'effet sur les services déconcentrés est important, car leur positionnement et leur mode d'action en est modifié.

Plusieurs textes importants relatifs aux pouvoirs des préfets et à l'organisation et à l'action des services de l'Etat ont été publiés en 2004. Le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action de services de l'Etat dans les régions et les départements en reconnaissant le rôle stratégique des préfets de région, marque une nouvelle étape de la réforme de l'Etat.

Quatre objectifs sont poursuivis :

- accroître la capacité d'action des préfets
- renforcer la cohérence de l'action territoriale de l'Etat
- définir de nouveaux modes d'action locaux dans les domaines financiers et budgétaires
- simplifier le cadre juridique de l'action territoriale de l'Etat.

Cette nouvelle étape de la réforme de l'Etat repose sur quatre principes :

- le renforcement de l'unité d'action des préfets à l'échelon régional : « Le préfet de région est garant de la cohérence de l'action des services de l'Etat dans la région. A ce titre, il fixe des orientations générales qu'il élabore avec les préfets de département dans la région. Il anime et coordonne l'action des préfets de

département » (art. 2 du décret du 29 avril 2004). Le préfet de région se voit ainsi reconnaître un rôle de coordination et de régulation de l'ensemble des services de l'Etat au niveau régional, sans toutefois disposer de pouvoir hiérarchique sur les préfets de département. L'échelon départemental reste toutefois le cadre d'action de droit commun des services de l'Etat.

- l'affirmation de l'unité des services de l'Etat : le préfet, représentant direct du 1^{er} Ministre et de chacun des ministres, a autorité sur les chefs de services déconcentrés et arrête l'organisation fonctionnelle et territoriale des services placés sous son autorité.
- la rationalisation des instances de pilotage et la simplification du cadre juridique de l'action territoriale : l'organisation s'appuie notamment sur des « pôles régionaux de l'Etat » qui sont des regroupements fonctionnels de services destinés à favoriser la cohérence de l'action, la rationalisation de structures et la mutualisation des moyens.

Le Comité de l'Administration Régionale (CAR) se substitue à la conférence administrative régionale et détermine les orientations stratégiques et les moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Il rassemble autour du préfet de région, les préfets de département, les chefs de pôles régionaux, le secrétaire régional pour les affaires régionales et le secrétaire général de la préfecture chef lieu de région.

Les Projets d'Action Stratégiques de l'Etat en Région (PASER) et en Département (PASED) doivent devenir les nouveaux outils de référence des services de l'Etat : prenant le relais des anciens projets territoriaux de l'Etat (PTE), les PASER et PASED traduisent les ambitions de l'Etat sur le territoire : unité d'action autour du préfet, adaptation des réponses aux exigences locales et culture du résultat. A travers la détermination d'un nombre limité d'orientations prioritaires (4 à 5), qui se traduisent par un programme d'actions resserré, ils constituent le point de vue de l'Etat vis-à-vis des collectivités territoriales pour les démarches de contractualisation.

L'échelon régional est renforcé par la circulaire du 19 octobre 2004 relative à la réforme de l'administration territoriale de l'Etat qui prévoit la création de pôles régionaux et précise la nouvelle organisation des préfectures de région.

Cette première étape de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat a deux objectifs :

- simplifier l'organisation administrative en région en constituant un état-major resserré autour du préfet de région ;
- conforter l'échelon régional dans l'animation et la coordination des politiques de l'Etat.

Dans une deuxième étape, la circulaire du 28 juillet 2005 du Premier Ministre, relative à la mise en œuvre des propositions de réforme de l'administration départementale de l'Etat fait le point sur les propositions exprimées par les préfets en réponse à la circulaire du 16 novembre 2004. Sans remise en cause des organisations existantes, la structuration de pôles de compétences est recommandée et confirmée.

Si, dans la réalité locale des services déconcentrés, toute l'action n'est pas réellement guidée par les PASED ou PASER, il est clair que, ces dernières années, le pilotage par le Préfet des politiques de l'Etat dans le département ou la région s'est vu nettement renforcé par rapport au pilotage des ministères de tutelle. L'on passe ainsi d'une organisation des services déconcentrés en lien hiérarchique direct avec leurs ministères à une organisation plus subtile, organisée au niveau départemental par le Préfet par l'affirmation de pôles de compétences pilotés par une direction de service déconcentré de l'Etat.

D'autre part, la décentralisation a entraîné la disparition de nombreuses tâches de gestion par les DDASS dans le domaine social : gestion du RMI, de l'action sociale, de l'aide aux jeunes ainsi que dans le domaine médico-social : actions en faveur des personnes handicapées avec la maison des personnes handicapées présidée par le Conseil Général. Ce transfert de missions amène les DDASS à modifier leur mode d'intervention en s'investissant plus dans le pilotage de schémas, l'animation de politiques partenariales. Moins de gestion, plus d'animation, et le renforcement des missions d'inspection, de contrôle et d'évaluation sont les nouveaux concepts qui guident l'action des services déconcentrés.

1.2 Le nouveau contexte législatif et réglementaire dans le champ de la santé et de la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances

Dans le domaine de la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, les principaux changements sont liés d'une part à la loi de santé publique du 9 août 2004 et d'autre part au nouveau plan gouvernemental de la MILDT fixé pour la période 2004-2008.

1.2.1 Les changements liés à la loi de santé publique du 9 août 2004 : une nouvelle organisation de la politique de santé

La loi de santé publique affirme la place de l'Etat, confirme le rôle de l'échelon régional et définit 100 objectifs de santé pour la période 2004-2008.

A) L'affirmation de la place de l'Etat

La loi affirme de manière solennelle la responsabilité première de l'Etat en matière de santé publique par la détermination des objectifs, la conception des plans et programmes de santé, et l'évaluation (Code de la Santé Publique, art. L. 1411-1 nouveau).

Elle définit en outre le contenu de la politique de santé publique autour de 10 finalités parmi lesquelles l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes, la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités, la réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire, l'organisation du système de santé et la capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps.

Il est également réaffirmé que l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un « objectif prioritaire » de la politique de santé (CSP, art. L.1411-18 nouveau).

En outre, le législateur devra définir tous les 5 ans les objectifs et les plans d'action de la politique de santé publique, en remplacement du débat annuel sur les orientations de la politique de santé prévu par la loi du 4 mars 2002 (CSP, art. 1411-2 nouveau).

B) Le rôle de l'échelon régional confirmé : vers la régionalisation des politiques de santé

Le dossier d'information établi par le service des études et de la documentation de l'Assemblée Nationale sur la santé publique, le 29 septembre 2003, dans la perspective de la discussion du projet de loi relatif à la politique de santé publique, énonce clairement les motivations de la régionalisation de cette politique : «L'échelon régional semble désormais faire l'objet d'un consensus au sein des décideurs publics en tant que territoire pertinent de mise en œuvre des politiques de santé et de la réforme du système sanitaire et social. L'organisation au niveau régional est en effet considérée comme la clé d'une nouvelle répartition de l'offre de soins permettant à la fois de contenir les dépenses, de réduire les inégalités sur le territoire et de permettre une véritable coordination des intervenants en santé. Elle apparaît en outre à même d'apporter des réponses différenciées et adaptées aux réalités locales face aux défis structurels qui attendent le système de santé français (vieillesse de la population, évolution de la démographie médicale, mise en place de nouveaux outils technologiques).»

Ainsi la loi votée réprecise les responsabilités des acteurs de la région en matière de définition et de mise en œuvre de la politique de santé publique, que sont le représentant de l'Etat dans la région et le Conseil Régional.

Afin de mettre en œuvre les objectifs et les plans nationaux tout en tenant compte des spécificités régionales, c'est le représentant de l'Etat dans la région qui arrête, après avis d'une conférence régionale de santé, un Plan Régional de Santé Publique : le PRSP (CSP, art. L. 1411-10 et L. 1411-11 nouveaux).

Ce plan comprend des programmes et des actions pluri-annuels de santé dans la région, notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Inspiré des plans régionaux de santé, il fait l'objet d'une évaluation.

Parallèlement, le Conseil Régional peut également, dans le cadre de ses compétences, définir des objectifs particuliers à la région et les mettre en œuvre en informant le représentant de l'Etat dans la région de ses projets (CSP, art. L. 1424-1 nouveau).

Pour exercer ses attributions, le Préfet pourra s'appuyer sur un Groupement Régional ou territorial de Santé Publique (GRSP) constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public et regroupant les compétences et les moyens jusque là épars, sous la responsabilité de l'Etat. Il aura pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le PRSP et, le cas échéant, de contribuer à la mise en place des actions particulières de la région définies par le conseil régional (CSP, art. L. 1411-14 à L. 1411-19 nouveaux).

Par ailleurs, alors que la loi du 4 mars 2002 avait créé des conseils régionaux de la santé aux dépens des conférences régionales de la santé qui étaient supprimées, la loi du 9 août reprend cette disposition. La conférence régionale de santé fait donc sa réapparition (CSP, art. L. 1411-12 et L. 1411-13 nouveaux). Parallèlement, le Conseil Régional de la Santé qui était le pendant, pour les établissements de santé, des Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) devient le Comité Régional de l'Organisation Sanitaire (CROS) et donne un avis sur les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Il est prévu que ces deux comités pourront se réunir en formation conjointe lorsque l'ordre du jour rendra souhaitable un avis commun de ces deux instances (CASF, art. L.312-3 modifié).

C) La définition des objectifs de la politique de santé pour 2004-2008

La loi du 9 août 2004 comporte un rapport annexé qui a pour objectif de définir le cadre de référence, les principes généraux et les méthodes qui constituent les fondements de la politique nationale de santé publique pour 2004-2008.

Ce document arrête pour ce faire 100 objectifs qui couvrent un large champ. En effet, les objectifs portent par exemple sur la réduction des obstacles financiers à l'accès au soin (objectif 33), la diminution des inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires (objectif 34), abaisser l'incidence des cas de SIDA (objectif 36), réduire de 20 % le

nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (objectif 92), améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles du langage oral et écrit (objectif 96), réduire de 25 % le nombre de personnes de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année (objectif 99).

Ces objectifs sont déclinés en 5 plans d'action nationaux pour les années 2004-2008 autour de thèmes tels que la lutte contre le cancer, l'amélioration de la prise en charge des maladies rares, des troubles mentaux. Une évaluation tous les 5 ans ainsi qu'un suivi annuel sont prévus.

La loi instaure aussi des programmes nationaux de santé, définis par arrêté, incluant des consultations périodiques de prévention, des examens de dépistage et des actions d'information et d'éducation pour la santé (CSP, art. L. 1411-6 nouveau). Jusqu'à présent, le CSP prévoyait uniquement la mise en œuvre de programmes de dépistage organisés dans le cadre de la lutte contre les maladies aux conséquences mortelles évitables. Sont toutefois exclues des compétences de l'Etat les actions de santé publique spécifiques aux départements, c'est-à-dire celles relevant de la protection de la santé maternelle et infantile.

A noter que les programmes mis en œuvre par l'Etat, par les groupements régionaux, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie devront prendre en compte les difficultés particulières des personnes les plus vulnérables (CSP, art. L. 1411-18 nouveau).

Parmi les 100 objectifs de la politique de santé pour 2004-2008, ceux concernant la drogue et les dépendances sont au nombre de six⁷ :

- deux pour l'alcool : diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20% (objectif n°1) ; réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance (objectif n°2)
- deux pour le tabac : abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici à 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence) (objectif n°3) ; réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel (objectif n°4)
- deux pour les « affections neuropsychiatriques - toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies » : maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue (objectif 56) ; poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants aux opiacés et des polyconsommateurs (objectif 58).

⁷ voir le tableau des déterminants de santé en annexe 4

D'autre part, la loi prévoit des dispositions particulières concernant la lutte contre la toxicomanie, en matière de réduction des risques en direction des usagers de drogues. Ces dispositions s'inscrivent dans la même logique que le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool pour 2004-2008 de la MILDT.

La loi donne une assise légale à la politique de réduction des risques (art.12) en direction des usagers de drogues, qui semble avoir fait la preuve de ses effets. Ainsi, selon les débats parlementaires, celle-ci « s'est traduite par une amélioration considérable de l'état sanitaire de la population toxicomane, mais aussi par une diminution très sensible du nombre de morts par overdose et, enfin, par une chute très importante du nombre de cas de sida déclarés chaque année dans la population toxicomane. Ces résultats sont vraiment très spectaculaires puisque le nombre de morts est passé de près de 1500 en 1990 à moins de 200 en 2002 » (Journal Officiel Sén. [C.R.] n°5 du 15-01-04, page 292). Cette politique relève de l'Etat, énonce désormais la loi (CSP, art. L. 3121-3 nouveau). Jusque là elle reposait sur un socle expérimental, sous la forme d'une circulaire, que le gouvernement a entendu sécuriser.

Ses objectifs sont de prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants, poursuit la loi (CSP, art. L. 3121-4 nouveau).

Il est également prévu que les actions de réduction des risques seront conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret (CSP, art. L. 3121-5 nouveau).»

La loi de santé publique apporte quelques évolutions en matière de prévention. En effet, par l'article L.1411-6 du CSP, elle précise que des consultations périodiques de prévention, des examens de dépistage et des actions d'information et d'éducation pour la santé seront mis en place. C'est un premier pas vers la reconnaissance institutionnelle de la prévention.

Surtout, la loi instaure de nouvelles structures inscrites dans le code de la santé publique, lequel renvoie au code de l'action sociale et des familles : les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CSP, art. L. 3121-5 nouveau). Ces nouvelles institutions, qui concourront, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques, relèvent de l'article L. 312-1, 9 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), précise la loi, aux côtés, par exemple, des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), qui doivent regrouper les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA). Autrement dit, des « établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et

professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical ». Ces institutions constituent des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Leurs missions doivent encore être définies par décret en Conseil d'Etat mais elles interviendront en amont du sevrage, à titre préventif. Leurs dépenses seront prises en charge par l'Etat, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales, indique la bi. Et les personnes accueillies dans ces centres bénéficieront d'une prise en charge anonyme et gratuite.

Ainsi, la lutte contre les drogues et la prévention des dépendances figure parmi les objectifs de santé publique. La loi de santé publique investit cependant peu le champ de la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances et laisse le nouveau plan gouvernemental de lutte contre la drogue de la MILDT fixer et détailler ses orientations en la matière.

1.2.2 Le nouveau plan gouvernemental de la MILDT : plan 2004-2008

Présenté le 29 juillet 2004 par son président et validé par le Premier ministre, M. Didier JAYLE, le plan gouvernemental de la MILDT s'inscrit dans la même durée que les objectifs de la loi de santé publique.

Fixé pour une durée de 5 ans (période 2004-2008), il s'appuie sur les objectifs et des principes clairs, qui intéressent aussi bien les dommages sanitaires (mortalité prématurée, maladies) et la désinsertion de l'utilisateur entraînée par certaines consommations, que les dommages pour autrui et pour la collectivité (accidents, violences, délinquance).

C'est ainsi que l'enjeu du plan MILDT dépasse celui de la santé publique pour aboutir à un enjeu de société, et que se justifie l'existence d'une mission interministérielle, placée auprès du 1^{er} ministre, en capacité de coordonner l'action des divers ministères concernés.

Rappelant que la consommation d'alcool, de tabac ou de drogues illicites est un phénomène qui touche directement ou indirectement l'ensemble de la population française, ce plan entend mettre en œuvre une action déterminée utilisant tous les leviers de l'action publique et mobilisant l'ensemble des acteurs sociaux.

L'action publique devra porter sur l'application de l'éventail législatif, l'information et la prévention, le système de soins, la coopération internationale. Elle fera appel à tous ceux qui ont un rôle à jouer pour améliorer la réponse de la société aux risques liés à l'usage et à l'abus des drogues : jeunes, parents, enseignants, éducateurs, policiers, juges, soignants, chercheurs, agents économiques, associations.

L'action gouvernementale s'appuie sur 2 objectifs complémentaires :

- réduire les consommations, en refusant le développement massif, en particulier chez les jeunes, des pratiques addictives qui menacent la santé des personnes mais aussi l'ordre public et la cohésion sociale.
- réduire l'offre par une efficacité accrue de la lutte contre les trafics et par le démantèlement des filières d'approvisionnement.

Elle affirme un impératif d'efficacité, rappelant que la politique publique doit rendre des comptes sur les résultats de ses actions et inscrire l'évaluation au cœur de son dispositif, afin d'en perfectionner en permanence les instruments et les outils.

Le plan préconise une méthode qui s'appuie sur des bases scientifiques régulièrement mises à jour, et qui conduit à un travail de pédagogie et de responsabilisation des citoyens.

Il défend une conviction, le triptyque de la norme internationale : prévention, réduction de l'offre, réduction de la demande.

Les valeurs humaines sont rappelées : respect et refus de toute stigmatisation des personnes, qui accompagnent les actions d'information, de prévention, de soins et de répression. Une « vision humaniste au service de la société et des individus ».

L'action gouvernementale est axée sur des priorités définies, traduites en objectifs opérationnels et épidémiologiques à cinq ans.

Prenant en compte le premier plan triennal 1999-2002 qui avait retenu une approche globale de l'ensemble des substances et des conduites addictives, le plan gouvernemental 2004- 2008 propose également un plan global dont les stratégies spécifiques tiennent compte des caractéristiques propres à chaque produit et des conditions de consommation. Ce plan, associant parents et école, accorde une place majeure à la prévention afin d'empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances et réduire les consommations. Outre le volet consacré au système de soins et à la coopération internationale, il se donne également comme objectif de faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et à l'alcool en rétablissant la portée de la loi.

S'agissant de la prévention, la MILDT entend mettre en place un programme à destination des adolescents et des jeunes adultes dans lequel les parents et l'institution scolaire sont associés.

Dans cette approche centrée sur les produits, l'accent est porté prioritairement sur le cannabis, compte tenu de l'ampleur de la consommation chez les jeunes.

Ainsi, la MILDT estime qu'à 18 ans, la moitié des filles et les deux tiers des garçons l'ont expérimenté. A 19 ans, près d'1 garçon sur 5 et 1 fille sur 12 en consomment régulièrement.

En réponse à ce constat, le plan quinquennal de la MILDT entend mener une politique de prévention à travers une éducation systématique en milieu scolaire, des campagnes de communication grand public visant à alerter sur les effets négatifs et les risques auxquels

les jeunes sont sensibles. Il s'agit notamment de l'altération de la mémoire, du risque d'accident de la circulation et du désinvestissement scolaire en cas de consommation intensive. Par ailleurs, outre l'ouverture d'une ligne téléphonique spécifique Cannabis, un dispositif nouveau de consultation anonyme, gratuit et dans un local banalisé est prévu dans chaque département.

En ce qui concerne les substances psychoactives de synthèse, le nouveau plan vise non seulement à renforcer la présence d'acteurs de prévention lors des événements festifs mais encore à mettre en œuvre une veille active afin de repérer les nouveaux produits fabriqués dont certains ont une toxicité aiguë sévère.

La prévention porte également sur le tabac et l'alcool avec l'objectif d'empêcher ou de retarder la première cigarette, d'inciter et d'aider les fumeurs à arrêter de fumer et de protéger les non-fumeurs. Le plan entend également veiller à l'application de la loi Evin dans les établissements scolaires mais aussi les restaurants et les autres lieux publics. En matière d'alcool, il s'agit de poursuivre la baisse de la consommation moyenne par habitant et de réduire les conséquences de consommation liées aux inégalités sociales.

Cet objectif repose sur des actions visant l'adoption d'un niveau de consommation faible tel que défini par les normes de l'OMS. Il vise également la réduction des ivresses, l'abstention de consommation d'alcool pendant la grossesse et lors d'activités comportant des risques d'accident.

Il ressort du dispositif quinquennal que la prévention des substances psychoactives est avant tout une problématique de société qui implique la participation de nombreux acteurs. Au nombre de ces acteurs figure l'école, lieu privilégié pour toucher les jeunes en matière de drogue par une éducation à la prévention des pratiques addictives.

Les soins constituent un autre point clé du plan quinquennal qui fixe les objectifs suivants :

- repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible pour proposer une prise en charge adaptée en médecine de ville ou en secteur spécialisé par une sensibilisation des consommateurs et une formation des médecins ;
- développer, organiser et optimiser l'offre de soins pour en améliorer l'accessibilité et la qualité, ce qui impose une véritable planification régionale et départementale, en fonction des indicateurs épidémiologiques ;
- améliorer la qualité et la diversité des réponses thérapeutiques pour les toxicomanes et consolider les programmes de réduction des risques en mettant en œuvre les dispositions de la loi de santé publique ;
- améliorer la prise en charge des prisonniers ;
- promouvoir l'addictologie par l'enseignement, la formation et la recherche.

Le rétablissement de la portée de la loi constitue le troisième élément fondamental du plan en se fixant l'objectif de faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et à l'alcool. A la suite de la loi Evin qui avait permis de modifier des comportements, d'autres dispositions ont été votées telle que l'interdiction de la vente du tabac aux mineurs de moins de 16 ans. Toutefois, la MILDT souhaite contrôler et améliorer l'effectivité de la législation.

Le plan affirme que l'application de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses doit être adaptée.

Ainsi, le plan quinquennal renforce le volet répressif en insistant sur la diffusion par le Garde des Sceaux d'instructions générales de politique pénale à destination des parquets, ainsi que sur l'amélioration et l'harmonisation de la réponse judiciaire à l'usage de stupéfiants. L'infraction d'usage est traitée de façon à rendre la sanction plus visible, plus rapide et plus systématique en utilisant plus largement qu'auparavant la palette des sanctions possibles (amende, suspension de permis de conduire ou immobilisation temporaire d'un véhicule,...).

La lutte contre les trafics, priorité du gouvernement, est donc renforcée par une action de l'Etat entre la police, la gendarmerie et les douanes au sein des groupements d'intervention régionaux (GIR) qui seront prioritairement orientés vers la lutte contre le trafic de drogues.

Enfin, l'actuel plan de la MILDT entend promouvoir la coopération internationale à travers deux axes :

- le rapprochement avec les pays voisins de l'Union (en particulier l'Allemagne), dans tous les domaines de la lutte contre les drogues. Il s'agit ici de viser un rapprochement des politiques publiques européennes dans le nouvel espace commun.
- la prise en compte de l'explosion des toxicomanies par voie intraveineuse dans les pays de l'ex-Union Soviétique.

Ainsi, en 2005, les nouvelles dispositions législatives et réglementaires amène de profondes mutations du contexte national. Cependant le contexte local est lui aussi source de contraintes et d'atouts particuliers.

2 - LE CONTEXTE LOCAL EST PEU FAVORABLE MAIS DISPOSE CEPENDANT DE CERTAINS ATOUTS DANS LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET DE PREVENTION DES DEPENDANCES

Le contexte du département de la Charente introduit des éléments dont la connaissance est essentielle pour adapter la politique locale de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Dans une première partie, nous verrons les conditions démographiques et socio-économiques de la région Poitou-Charentes et du département de la Charente, puis nous envisagerons les données sanitaires portant sur la consommation de drogues et les conduites addictives locales. En deuxième partie, nous nous intéresserons aux moyens locaux de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, en recensant les divers plans et programmes concernés, puis les moyens de la DDASS et leur évolution, puis enfin nous étudierons les conditions d'élaboration du plan en 2005.

2.1 Un contexte local démographique, socio-économique et sanitaire peu favorable

2.1.1 Le département de la Charente présente des données démographiques et socio-économiques plutôt défavorables

La région Poitou-Charentes est composée de 4 départements : la Vienne, dont Poitiers est chef-lieu de département et chef-lieu de région, les Deux-Sèvres (Niort), la Charente maritime (La Rochelle), et la Charente (Angoulême).

La région compte 1 654 674 d'habitants au 1 janvier 2001⁸, soit environ 2,8 % de la population métropolitaine, pour une superficie de 25 809 km², et se place au 15^{ème} rang des régions françaises. La densité de population de la région est faible : elle compte 64 habitants au km² contre 109 en France. La progression de la population est plus faible en Poitou-Charentes (+2,8 %) que pour le total de la métropole (+3,4).

L'âge moyen s'élève à 41 ans contre 38 ans en métropole.

La région est caractérisée par un vieillissement de la population élevé : l'indice de vieillissement au 1 janvier 2001, soit le nombre de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans, atteint 86,5 contre 63,4 pour la France entière. Les jeunes de moins de 20 ans représentent 22 % de la population régionale (26 % en 1990) tandis que la

⁸ Source : STATISS 2003 Poitou-Charentes

proportion de personnes âgées de plus de 60 ans est de 26 %. La fécondité est trop faible pour assurer le renouvellement des générations.

Cependant le solde migratoire est positif depuis 1975, avec une amplification du phénomène depuis une dizaine d'années. Le Poitou-Charentes est la sixième région la plus attractive, par la Charente maritime et la Vienne.

Le PIB en 2001 atteint 19 657 € par habitant contre 24 376 € en France. La région compte 641 000 emplois en 2000, soit 2,6 % des emplois de la métropole. 53 % des foyers fiscaux sont non imposés, contre 47,3 % en France.

39 % de la population réside en espace rural, contre 18 % en France. La région compte une seule aire urbaine de plus de 200 000 habitants : Poitiers.

Au sein de la région, la Charente est un département démographiquement peu dynamique et touché par la précarité.

La population de la Charente, lors du recensement de 1999, était égale à 339 628 habitants, avec une nouvelle baisse de la population (- 1842).

La Charente représente 20,7 % de la population de la région et en est le département le moins peuplé (densité de 57 habitants / km²).

La population se répartit sur 404 communes de taille très variable, elles-mêmes regroupées en 35 cantons. Dix unités urbaines rassemblent près de la moitié de la population départementale et la densité est maximale sur un axe Cognac- Angoulême. Angoulême ville centre compte moins de 50 000 habitants, dans une agglomération d'environ 120 000 habitants, soit plus du tiers du département.

Le solde migratoire, positif entre 1975 et 1982, est redevenu négatif depuis 1990. Les retours au « pays » (notamment des résidents d'Ile de France) ne sont plus suffisants pour compenser les départs qui sont souvent le fait des jeunes actifs diplômés.

Il existe quelques formations universitaires (Pôle de l'Image, formations paramédicales) et quelques entreprises conséquentes (Mécanique Leroy Sommer, Ciments Lafarge) susceptibles de retenir des jeunes actifs ou étudiants, voire même d'inciter à l'immigration de jeunes.

Deux festivals ciblant des publics jeunes ont un rayonnement national amenant de nombreux visiteurs et générant des rassemblements importants : le festival de la Bande dessinée et Musiques métisses.

Angoulême est située sur un axe routier très fréquenté, la nationale 10 reliant Paris à Bordeaux et à l'Espagne. Une gare TGV permet de relier Paris en 2h10.

La Charente jouxte trois départements à fort pouvoir d'attraction touristique : la Charente maritime, la Dordogne et la Gironde. Ces éléments favorisent le passage de personnes en transit.

La Charente présente des caractéristiques marquées par la précarité. Ancien département industriel, avec une activité agricole autrefois florissante (le Cognac), la Charente connaît un déclin de sa situation socioéconomique. La situation de l'emploi est tendue et se traduit par l'augmentation du taux de chômage, qui est passé de 9,2 % en août 2002 à 9,6 % en août 2004, inférieur au taux national mais dépassant largement la moyenne régionale (9,2 en août 2004).

Mais c'est surtout le poids du chômage de longue durée (inscription depuis plus d'un an) qui caractérise la Charente. 36,2 % des demandeurs d'emploi étaient inscrits depuis plus d'un an à la fin juillet 2004 pour une moyenne nationale de 30,8 % (32,8 % en région) ; de plus 25 % de ces demandeurs d'emploi ont 50 ans ou plus. La Charente est au 4^{ème} rang des départements métropolitains les plus touchés par le chômage de longue durée.

La part des femmes dans la demande d'emploi en fin de mois, soit 54,8 % en juillet 2004, est également supérieure aux moyennes nationales (49,1 %) et régionales (52,5 %).

Quant aux jeunes demandeurs d'emploi, ils représentent 19,9 % de la demande d'emploi à la fin du mois d'août 2004 (contre 19,3 % en région et 17,5 % au niveau national).

La persistance d'une situation sociale globalement dégradée, avec une proportion d'allocataires de minima sociaux supérieure à la moyenne nationale et régionale caractérise aussi ce département.

2.1.2 La Charente, une espérance de vie record mais une consommation d'alcool élevée

Le Poitou-Charentes est globalement une région dans laquelle les indicateurs de santé sont favorables, comme cela apparaît dans l'étude « Panorama de la santé en Poitou-Charentes ⁹ ». Ce diagnostic régional partagé a été confié à l'ORS avec l'aide de l'INSEE, de l'IAAT et du CRES suivant un cahier des charges fixé par la DRASS, l'ARH et l'URCAM et a été diffusée en janvier 2005.

La région Poitou-Charentes présente une sous-mortalité significative par rapport à la France (à structure d'âge égale), excepté pour les hommes de Charente et Charente-maritime pour lesquels la mortalité ne diffère pas de celle de la France. Le taux de mortalité générale de la région est significativement inférieur à celui de la France, pour les hommes comme pour les femmes.

L'espérance de vie à la naissance en Poitou-Charentes est une des meilleures en France. Elle est la première région de France pour l'espérance de vie à la naissance des femmes. En 2000, les femmes de la région détiennent toujours le record de longévité avec 83,3 années.

⁹ panorama de la santé en Poitou-Charentes, janvier 2005, ORS Poitou- Charentes, CRES, DRASS, URCAM

Les principales causes de mortalité 1998-2000 sont comparables à celles de la France entière : maladies de l'appareil circulatoire, tumeurs, causes extérieures de traumatismes et empoisonnement (comprenant notamment les accidents de la vie courante, les accidents de la circulation et les suicides), et maladies de l'appareil respiratoire. Cependant la Charente est confrontée aux phénomènes de drogue et de dépendances.

Les consommations de produits psychoactifs en région Poitou-Charentes :

(Les données citées proviennent des enquêtes détaillées en annexe 5)

La consommation des jeunes : L'atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français (ESCAPAD 2002-2003) indique que le Poitou-Charentes est la deuxième région française pour le tabagisme (derrière la Bretagne) : quatre adolescents sur cinq déclarent avoir déjà fumé une cigarette au cours de leur vie. L'usage quotidien concerne 47% des jeunes et l'usage occasionnel 8%.

Le Poitou-Charentes est aussi la deuxième région française pour la consommation d'alcool (derrière les Pays de Loire). La quasi-totalité des jeunes dit avoir déjà bu une boisson alcoolisée au cours de la vie et l'usage régulier est déclaré par 17% des jeunes. La région ne se distingue en revanche que peu par les niveaux d'ivresse qui y sont déclarés.

Les usages de médicaments psychotropes, de cannabis et d'autres substances psychoactives n'y sont pas sensiblement différents du reste de la France.

La région se situe cependant au 4^{ème} rang en ce qui concerne l'usage régulier de cannabis à 17 ans.

En effet, à 17 ans, en Poitou-Charentes, une large majorité des adolescents (56%) a déjà consommé au moins une fois du cannabis. De plus, les niveaux de consommation de cannabis ont nettement augmenté au sein de la région, suivant en cela la tendance nationale et particulièrement chez les jeunes filles.

Par contre, les niveaux d'expérimentation des autres produits psychoactifs illicites sont généralement nettement inférieurs à 5 %.

En conclusion, d'après l'enquête ESCAPAD, pour les jeunes «globalement la région Poitou-Charentes présente un profil très nettement surconsommateur de tabac et d'alcool, mais moyennement consommateur de médicaments psychotropes, de cannabis et d'autres substances psychoactives illicites ».

La consommation générale :

D'après les données ILIAD, on constate en Charente, en données pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans

- une consommation de drogues illicites peu marquée : la Charente se place au 66^{ème} rang pour les interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy, au 69^{ème} rang pour les interpellations pour usage de cannabis ;

- une forte consommation d'alcool : 30^{ème} rang pour les décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose par 10 habitants de 40 à 64 ans, 43^{ème} rang pour le nombre d'ivresse sur la voie publique par 10 000 habitants de 20 à 70 ans, au 68^{ème} rang pour le nombre de buveurs venus consulter dans les centres spécialisés en alcoologie par 1 000 habitants de 20 à 70 ans,
- une consommation moyenne de tabac au 47^{ème} rang pour les ventes de cigarettes par habitant (tous ages), 90^{ème} rang pour les décès avant 65 ans par tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons par 10 000 habitants de 40 à 64 ans.

Ainsi la Charente présente à la fois des indicateurs de précarité importants, une démographie peu dynamique et des caractéristiques sanitaires qui allient espérance de vie élevée à une forte consommation d'alcool et un usage de drogues illicites faible mais en augmentation, surtout chez les jeunes. Nous allons voir maintenant si les moyens du département dans la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances paraissent adaptés à ces caractéristiques.

2.2 De nombreux plans et programmes interviennent localement dans le champ de la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances

2.2.1 Le plan MILDT

Les plans départementaux de la MILDT ont été institués en 1999, par le plan national triennal 1999-2001. Ils ont pour vocation la définition d'une politique de santé départementale autour de la lutte contre les drogues et les dépendances, en associant les partenaires de la prévention, de l'éducation, du monde associatif, de la justice, des forces de l'ordre, des partenaires du soin et de la réinsertion. Ils définissent les priorités départementales à partir des priorités nationales, tout en les adaptant au contexte local. Ils coordonnent les acteurs au sein des instances de pilotage et de suivi, et programment chaque année des actions financées ou co-financées par les crédits spécifiques MILDT et les crédits de promotion de la santé régionaux.

2.2.2 Le PRSP, les PRS et le SROS

Les plans MILDT ne sont pas les seuls plans pilotés par l'Etat qui interviennent dans le domaine de la drogue et de la prévention des dépendances.

Le PRSP Poitou-Charentes recoupe pour une part l'action du plan MILDT.

Le document «une construction partagée de la première version du plan régional de santé publique en région Poitou-Charentes» a été diffusé en septembre 2005, sous l'égide de la préfecture de région et de la DRASS.

Le PRSP a vocation à devenir le document de référence pour l'ensemble des partenaires du système de santé. Arrêté par le préfet de région pour 5 ans, après avis de la conférence régionale de santé, il doit intégrer les plans nationaux existants et prendre en compte l'ensemble des plans, programmes et priorités tant nationales que régionales.

Après diverses consultations régionales de santé de 1996 à 2002, ainsi que la consultation régionale de santé du 7 novembre 2002 réalisée dans le cadre de l'élaboration de la loi d'orientation en santé publique, 11 priorités régionales ont été affirmées. Elles portent sur la prévention du suicide, la lutte contre la précarité, la réduction du nombre et des dommages causés par les accidents de la voie publique, les pathologies cardio-vasculaires, les cancers, la nutrition, l'environnement, la santé au travail, le handicap, les personnes âgées en perte d'autonomie, et enfin : « l'alcool et le tabac notamment pris en compte dans les plans départementaux sous l'égide de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies, le programme régional de l'assurance maladie, les plans spécifiques de la CRAMCO sur ces déterminants de santé développés dans le monde du travail, les programmes de sevrage tabagique élaborés par l'assurance maladie, le programme triennal de formation dans le cadre de la prévention du tabagisme conduit par le CRES Poitou-Charentes et le CODES de la Vienne ». Il faut noter que les drogues illicites n'étaient pas citées.

Ces priorités régionales ont été conservées pour l'élaboration du PRSP. De plus, un axe spécifique du PRSP a été ajouté sur le sujet de la lutte contre les dépendances. Intitulé « prévenir et agir sur les comportements à risque », cet axe du PRSP part des constats suivants ¹⁰: l'articulation est nécessaire avec le SROS, les plans départementaux MILDT, la politique de la ville, les plans académiques, les contrats régionaux de territoire, et les chartes et contrats de pays et d'agglomérations.

Le groupe d'élaboration du PRSP définit le comportement à risque comme relatif au tabac, à l'alcool, à l'obésité et aux accidents de la voie publique, ainsi qu'aux toxicomanies.

Les objectifs généraux fixés par le PRSP concernant la lutte contre les conduites à risques sont : « Prévenir les comportements à risques relatifs à la consommation de tabac, d'alcool, de produits psychoactifs, aux habitudes alimentaires et à certaines pratiques sportives :

- diminuer l'écart entre le pourcentage de fumeurs réguliers en fin de collège et en début de lycée

¹⁰ « une construction partagée de la première version du plan régional de santé publique en région Poitou-Charentes, préfecture de région - DRASS

- diminuer l'écart entre le pourcentage de buveurs réguliers en fin de collège et en début de lycée
- lutter contre les consommations de produits psychoactifs autres que le tabac et l'alcool
- maintenir voire diminuer le pourcentage d'enfants en surpoids, notamment en favorisant la pratique des activités sportives
- prévenir les risques d'entraînement sportif intense auprès des jeunes sportifs de haut niveau

Les objectifs opérationnels du PRSP s'appuient sur deux axes :

- développer les actions au plus près des populations concernées par la mise en place de formation d'adultes relais à l'éducation à la maîtrise du risque en s'appuyant sur les structures représentatives à l'intérieur des établissements d'enseignement, dans les CFA, dans les lieux d'accueil des jeunes en milieu extrascolaire
- poursuivre le Programme d'Education et de Promotion de la Santé en faveur des jeunes initié en 2000 par l'Etat et le Conseil Régional.

Les propositions d'actions ou de champs d'action sont au nombre de 4, dont une seule concerne notre sujet en le regroupant cependant avec le cas particulier du dopage :

Il s'agit de l'action n°4 : développer les actions de prévention du dopage et des consommations de substances psychoactives. Aucun indicateur spécifique n'est prévu pour l'instant.

Concernant le pilotage et les partenaires, les coordonnateurs régionaux et départementaux des plans MILDT sont cités. Ainsi la cohérence avec le plan MILDT est affirmée mais aucune disposition concrète concernant la coordination n'est prévue pour l'instant, et les coordonnateurs départementaux n'ont pas été associés en tant que tels.

Le PRS suicide et santé mentale : institué au niveau régional en 2000 par rapport aux priorités de santé publique définies par la conférence régionale de santé, le PRS suicide se décline dans chaque département, sous l'égide d'un coordonnateur. Son champ a récemment été élargi à la santé mentale, et le coordonnateur du PRS intervient à ce titre dans les politiques de prévention et de suivi des conduites addictives.

Les SROS III¹¹, qui constituent la 3^{ème} génération de schémas, définissent l'organisation sanitaire d'une région donnée. Dans ce cadre, de nouveaux textes applicables à la

¹¹ institués par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

planification prévoient que soient substitués aux précédents secteurs sanitaires des « territoires de santé ».

La définition des territoires de santé doit précéder mais aussi encadrer et nourrir les orientations régionales qui seront retenues en matière d'organisation sanitaire. La notion de territoire prise en compte doit correspondre à une approche des besoins de santé et garantir une bonne couverture géographique du territoire pour la population. Le SROS III doit intégrer les articulations nécessaires du dispositif hospitalier avec la médecine de ville et le secteur médico-social. La MILDT, dans son plan national, recommande de veiller à une cohérence entre le schéma relatif aux structures de soins spécialisées et le SROS. Un schéma régional de l'organisation sociale et médico-sociale, prévu par la loi 2002-2, devrait théoriquement être élaboré.

Cependant dans l'attente de la réalisation de ce schéma et de la mise en place effective d'une Agence Régionale de Santé (ARS) qui regrouperait les compétences de l'offre de soins et de la santé publique, la coordination repose essentiellement sur le SROS III, récemment validé en région Poitou- Charentes.

2.2.3 Les autres plans

D'autres partenaires pilotent eux aussi des plans particuliers.

L'assurance maladie élabore un plan régional (le PRAM) qui décline entre autres des actions concernant des priorités de santé publique nationale sur des points spécifiques (la santé bucco-dentaire, le bon usage du médicament...).

Le Conseil Régional valide un programme de promotion de la santé des jeunes associant l'Etat, qui se déroule sous la forme d'un soutien à la mise en place d'actions spécifiques en promotion de santé dans le cadre du contrat de plan Etat-région 2000-2006.

L'inspection d'académie mène plusieurs plans et programmes dans les champs de l'illettrisme, de la souffrance psychique, la violence, la sexualité, les troubles du langage.

La direction régionale et les directions départementales de la jeunesse et des sports développent également des programmes de promotion de santé dont la prévention du dopage.

Comme dans l'ensemble des régions de France, un Schéma Régional d'Education pour la Santé, piloté par l'URCAM, a été élaboré en 2002-2003 et doit permettre de décliner harmonieusement les futures actions de santé publique programmées en commun. Un axe de ce schéma porte sur l'éducation thérapeutique, et prévoit des actions relatives à la documentation, la formation, l'aide méthodologique et la territorialisation des politiques de santé.

Au niveau des collectivités territoriales :

La politique locale est définie par le contrat de ville et le projet d'agglomération.

Les priorités 2006 affichées entendent favoriser notamment la mise en œuvre des objectifs du contrat de ville dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Les objectifs sont relatifs aux trois conventions thématiques : la prévention de la délinquance, l'insertion professionnelle et l'éducation.

Le 1^{er} thème « prévention de la délinquance » rappelle que pour bénéficier d'un cadre de vie agréable, il est important d'agir sur le sentiment d'insécurité et de mettre en œuvre des actions destinées à prévenir les comportements déviants et délinquants, en complément des projets mis en œuvre ou envisagés dans le cadre du contrat local de sécurité (CLS). Pour ce faire, le contrat de ville prévoit en particulier d'agir en amont par le financement d'actions de sensibilisation relatives aux risques liés à la consommation de produits illicites. C'est en cela que l'action du ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement peut rejoindre l'action des partenaires de la lutte contre les drogues et les dépendances.

Le Conseil général de la Charente n'a pas fixé d'orientations particulières dans le champ de la lutte contre la drogue et les dépendances. Il participe par l'insertion à des actions santé en faveur des bénéficiaires du RMI ou des jeunes mais considère que ce champ relève prioritairement de l'Etat. Il ne participe pas aux comités de pilotage du plan départemental de lutte contre la drogue et ne s'investit pas dans cette politique. Toutefois, une politique départementale de prévention et de promotion de la santé en faveur des jeunes est développée au sein des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). D'après les textes, le Conseil Général devrait élaborer et adopter un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

Les éléments des schémas départementaux d'une même région, afférents aux établissements et services relevant de la compétence de l'Etat, doivent être regroupés dans un schéma régional fixé par le représentant de l'Etat dans la région, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale et transmis pour information aux présidents des conseils généraux concernés. Le représentant de l'Etat dans la région doit arrêter un schéma régional relatif aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Ces schémas ne sont pas élaborés actuellement en Poitou-Charentes.

2.3 Les moyens locaux sont limités et en diminution

2.3.1 Des structures réduites mais des partenaires motivés

La Charente n'est pas le département chef lieu de la région, et cette donnée a son importance à l'heure où la régionalisation signifie aussi recentralisation au niveau régional. Le rôle renforcé du préfet de région mais aussi du DRASS en matière de coordination des politiques a un impact sur les modes d'organisation et l'équipement des départements. Ainsi beaucoup de structures et d'actions relèvent du niveau régional, et le lien entre l'échelon régional et les départements n'est pas toujours étroit. De nombreux partenaires locaux ne voient pas l'intérêt des structures régionales, qui apparaissent lointaines et inadaptées.

A) Les principaux partenaires locaux

Les structures intervenant dans les domaines de la prévention primaire et de l'éducation pour la santé sont nombreuses : l'éducation nationale, avec la formation d'adultes relais au sein des collèges et lycée ; la DDJS, très impliquée, avec des actions dans la prévention du dopage mais aussi de la toxicomanie ; la mutualité de la Charente ; la CPAM, qui dispose d'un service d'éducation pour la santé et fait des interventions en milieu scolaire ; l'ANPAA ; le CSST ; l'association Médecins du Monde ; le CODES 16 ; le CIJ, très impliqué dans les actions de prévention santé, ancien porteur du CIRDD ; mais aussi dans leur mission prévention : la gendarmerie nationale, avec 4 formateurs relais anti-drogue (FRAD) et la police nationale, avec un formateur anti-drogue, chargé d'informations en milieu scolaire ou dans d'autres collectivités.

Les structures intervenant dans le domaine du soin sont :

- le CSST « Agora » : il s'agit d'une structure de soins ambulatoires sans hébergement gérée par le CHS et fonctionnant sur crédits de l'Etat. Le CSST est couplé à un Centre Médico-Psychologique pour former la structure «Agora ». Depuis 2005, à la demande de la MILDT et de la DDASS, AGORA assure une consultation Cannabis, destinée aux adolescents et adultes jeunes en difficulté (ainsi qu'à leur entourage) confrontés à des consommations de produits, particulièrement de cannabis, de drogues de synthèses ou d'autres substances psychoactives
- le centre de cure ambulatoire en alcoologie, sous gestion de l'ANPAA, financé par des crédits de l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) médico-social

D'après la loi du 2 janvier 2002, le CSST et le CCAA devraient être regroupés sous l'appellation Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) mais ce n'est pas encore effectif en Charente.

- le centre hospitalier spécialisé Camille Claudel, avec 3 lits réservés aux sevrages hospitaliers aux drogues, les CMP des 4 secteurs psychiatriques, le centre d'alcoologie de la Charente (20 lits et consultations d'alcoologie)
- les centres hospitaliers généraux, pour l'accueil en urgence et la prise en charge des pathologies liées à la consommation des produits psychoactifs. Une consultation antitabac existe. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des relais importants car ils accueillent du public en difficulté
- les médecins généralistes, autrefois constitués en réseau « G et Tox 16 » : entre 30 et 50 généralistes formés à la toxicomanie et à la prescription de Subutex en Charente, maintenant en sommeil ; l'association Médecins du Monde, avec son antenne fixe et le bus mobile, pour le programme échanges de seringues entre autres ; le Centre de Prévention de la Charente, dépendant du Conseil Général ; le Centre d'exams de santé de la CPAM ; les associations d'anciens buveurs.

Il n'existe pas de centre de post-cure pour l'alcool ou la toxicomanie sur le département, seules quelques places sont prévues au sein d'un CHRS en milieu rural. Il n'existe pas non plus d'association d'ex-usagers de drogues.

B) Les moyens humains et techniques de l'action départementale

Le travail du chef de projet départemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances bénéficiait de l'appui technique et méthodologique du Centre départemental d'Informations et de Ressources sur la Drogue et les Dépendances (CIRDD), instance créée dans le cadre du plan départemental 2000-2002 et aux recommandations de la MILDT en 1999.

En effet un des objectifs de ce plan était « améliorer l'information des professionnels et l'aide méthodologique au montage de projets, ainsi que la communication vers le public par la création d'un CIRDD » et confirmait la nécessité d'un appui technique et méthodologique.

Deux personnes avaient été recrutées: un agent de développement animateur et un documentaliste, avec pour objectifs :

- de répertorier l'ensemble des acteurs sur l'ensemble du département, amenés à intervenir dans le champ de la lutte contre les pratiques addictives, et notamment sur la prévention
- de rassembler l'information et les outils de prévention (validés par le comité national de validation) relatifs aux pratiques addictives et aux produits psychoactifs
- de les mettre à disposition des professionnels (voire du public)

- d'apporter aux acteurs de terrain une aide méthodologique au montage de projets de prévention
- de diffuser l'information et de relayer les campagnes nationales (site messagerie, Internet, mailing, permanence d'accueil des professionnels), les documents de la presse spécialisée ou des ministères concernés, notamment envers les professionnels isolés (milieu rural), mais également vers le public, en le sensibilisant vis-à-vis de l'ensemble des addictions, et en l'informant des ressources existantes (identifier les relais de diffusion, couvrir l'ensemble du territoire)
- de préparer la communication du COPIL sur le plan départemental et les objectifs retenus, sur les données départementales
- de favoriser l'élaboration des actions de prévention sur des territoires identifiés insuffisamment couverts par manque de porteurs de projets
- d'établir des liens étroits avec le chef de projet et les autres CIRDD de la région
- de mettre en place une évaluation : mise en place effective, connaissance du lieu et recours des professionnels, importance des données collectées et mise à jour.

Le CIJ d'Angoulême avait été choisi comme structure support du CIRDD, pour sa localisation centrale et son implication dans les actions et dispositifs de prévention santé. En effet, le CIJ est aussi co-organisateur, en lien étroit avec la DDASS, d'un forum santé annuel destiné aux jeunes et à leur famille et co-rédacteur d'un agenda santé¹².

En 2004, un audit relatif à la fonction documentaire de la MILDT et à son réseau territorial a été réalisé par l'Inspection Générale de l'Administration. Par circulaire du 2 juin 2004 et note du 8 septembre 2004, le président de la MILDT, Didier JAYLE, confirmait son intention d'y donner suite en décidant de la création en 2005 d'une douzaine de pôles régionaux ou interrégionaux de haut niveau et dans le même temps de la délabellisation des CIRDD locaux dans 43 départements. Les pôles régionaux ou inter-régionaux seront recentrés sur trois missions principales : la documentation et l'information, l'observation, la formation et l'appui méthodologique. La labellisation des centres au niveau régional a pour intérêt de permettre aux centres ressources d'atteindre une taille critique nécessaire et de soutenir efficacement l'action des chefs de projet. Les CIRDD pourront passer des conventions avec des associations départementales sur le volet méthodologique afin de fournir une ingénierie pour le montage de projets dans les départements.

La MILDT financera directement ces centres.

¹² le Forum Santé, organisé annuellement, met à disposition des jeunes et de leur famille de nombreux stands sur les thèmes : drogues illicites, alcool, tabac, alimentation, droits et devoirs, santé mentale, sexualité-contraception, SIDA-IST-Hépatites ; l'Agenda Santé développe les mêmes thèmes sous la forme d'un agenda distribué aux jeunes sortis du système scolaire.

Bien que théoriquement ces CIRDD doivent s'implanter en s'appuyant sur des structures existantes (CIRDD ou Centres Toxibase)¹³, la création d'un centre régional a été décidée à Poitiers, chef lieu de région qui ne disposait ni d'un CIRDD ni d'un centre Toxibase.

La conséquence directe a été la suppression du CIRDD de la Charente, qui n'avait plus de financement. Seule la fonction documentaire a provisoirement été conservée car la personne qui l'assure est en contrat emploi-jeune et son financement est actuellement assuré. Les partenaires locaux se sont mobilisés contre la suppression des moyens du CIRDD. Le poste d'agent de développement a pu être prolongé sur les 6 premiers mois de 2005 par des crédits MILDT exceptionnels, mais pas au-delà malgré l'insistance des partenaires et la proposition de la CPAM d'utiliser pour ce faire les crédits promotion de la santé de l'appel à projet commun DRASS-URCAM.

Les partenaires regrettent fortement qu'un outil opérationnel au niveau local soit supprimé pour s'implanter dans un lieu qui n'en avait pas exprimé le besoin. Ils considèrent que la dimension départementale est la plus adaptée à la lutte contre les drogues, car elle réunit des structures organisées à ce niveau telles que la préfecture, la police, la gendarmerie, les services déconcentrés de l'Etat et les associations locales.

C) Les ressources financières attribuées au département de la Charente

Les ressources spécifiques de la politique locale reposent principalement sur les crédits attribués par la MILDT, dans le champ de la prévention. Les ressources en matière de soins relèvent quant à elles des dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de leurs financements propres.

Les crédits MILDT sont attribués au département de la Charente à partir d'indicateurs qui prennent en compte

- le nombre d'usagers (avec ratio pour la population des 20-39 ans) sous Subutex, à partir de la vente en pharmacie
- le nombre de boîtes de Stéribox vendues en pharmacie (avec le même ajustement sur les 20-39 ans)

¹³ Les centres de documentation TOXIBASE développent une activité locale et régionale de documentation. Véritables lieux-ressources d'information sur les conduites addictives, ils sont ouverts à un public large. Ils traitent de tous les sujets relatifs aux conduites addictives : drogues illicites, alcool, tabac, dopage, usage détourné des médicaments, conduites à risque des adolescents, autres addictions (jeu, internet, etc.).

- la fréquentation des structures de soins ou des CHRS estimée par une enquête réalisée en novembre 1997 par la DRASS pour la Direction Générale de la Santé du ministère
- la prévalence de la mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures (causées par l'association alcool- tabac), par cancer du poumon, par cirrhose ou psychose alcoolique, par surdose aux opiacés
- les interpellations pour usage ou usage et revente de cocaïne, d'héroïne, d'ecstasy, ainsi que de cannabis, pondérées par l'effectif des 20-39 ans.

En 2005, le montant des crédits attribués par la MILDT au département de la Charente s'élevait à 71 797 € (L'analyse de ces crédits est développée en 3.1.5.)

2.3.2 La DDASS de la Charente, des moyens locaux limités mais une responsabilisation affirmée

A) La DDASS de la Charente a des moyens internes limités

La DDASS de la Charente est une DDASS de groupe II. Elle compte 68 agents titulaires pour 58,5 équivalents temps plein. Les agents se répartissent comme suit : une directrice, deux inspecteurs principaux de l'action sanitaire et sociale, 2 MISP, un ingénieur du génie sanitaire, une infirmière en santé publique, 6 inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, deux ingénieurs d'études sanitaires, un mi-temps de contractuel EHPAD, des agents de catégorie B (secrétaires administratifs, postes techniques), des agents de catégorie C (agents administratifs, adjoints administratifs, techniciens sanitaires).

Elle s'organise en deux pôles thématiques, le pôle santé et le pôle social, appuyés par un pôle ressources humaines et financières.

Les pôles santé et social sont chacun coordonnés par un inspecteur principal, le pôle ressources est coordonné par un inspecteur qualifié en Ressources Informatique et Organisation (RIO). L'inspecteur principal coordonnateur du pôle santé assure les fonctions d'adjoint de la directrice.

Les pôles sont des regroupements d'unités fonctionnelles dont ils permettent de coordonner l'action. Les unités fonctionnelles sont sous la responsabilité de cadres A, IASS, conseiller technique ou ingénieur sanitaire.

La DDASS est actuellement en cours de réorganisation ; la restructuration du pôle social, rendue nécessaire par la décentralisation, en est la première étape. L'unité Personnes âgées rejoint à cette occasion le pôle social. De plus, le pôle social devrait être conforté dans son action en faveur de la santé des plus démunis et de l'accès aux soins par un des deux postes de médecin inspecteur affectés à la DDASS. Le thème de la lutte contre les addictions, après une période de rattachement au pôle social suivie d'un retour au pôle santé (par la désignation du coordonnateur du pôle santé comme chef de projet)

devrait de nouveau bénéficier d'une implication du pôle social et du MISp qui lui serait rattaché.

Bien que située dans le sud-ouest de la France, dans une région plutôt attractive à première vue, la DDASS de la Charente souffre régulièrement d'un déficit de personnel par rapport à l'effectif budgétaire attribué (avant le mode LOLF).

En particulier elle subit depuis plusieurs années la vacance d'au moins un des deux postes de médecins-inspecteurs de santé publique. Disposant de deux postes théoriques, elle n'a que très rarement connu de période où deux médecins étaient présents. A l'heure actuelle, ce sont les deux postes de médecin inspecteur qui sont vacants : l'un depuis 2004, le deuxième depuis le 1^{er} juillet 2005. Un MISp actuellement en formation rejoindra la DDASS en 2006, et un détachement est espéré dans l'année pour le deuxième poste. Les difficultés à pourvoir les postes impactent fortement sur les possibilités d'action de la DDASS.

Cependant la DDASS est reconnue dans ses responsabilités, comme le montre la récente désignation par le Préfet de la DDASS en tant que chef de projet.

B) La responsabilisation affirmée de la DDASS

Conformément au décret du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs du préfet et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements et aux circulaires du Premier Ministre des 16 novembre 2004 et 28 juillet 2005, le projet de réorganisation fonctionnelle et territoriale des services de l'Etat dans le département de la Charente vient d'être arrêté.

Par lettre de mission du préfet en date du 17 octobre 2005, la DDASS de la Charente a été désignée en qualité de chef de projet chargée d'animer le pôle de compétence « politiques de solidarité et politiques de santé ».

La mission qui lui est assignée consistera à animer et coordonner ce pôle qui associera les services suivants : la direction départementale de l'équipement (DDE), la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP), l'inspection académique (IA), les services de la préfecture. En tant que de besoin et en fonction des thématiques abordées, la DDASS associera aux travaux du pôle la direction départementale de la jeunesse et des sports (DDJS) ainsi que la direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse (DDPJJ), et pourra également solliciter la participation des organismes sociaux.

Le champ d'intervention du pôle regroupe les politiques suivantes :

- en santé, la déclinaison du volet santé environnementale et santé au travail du plan régional de santé publique
- en matière de handicap, la coordination des interventions de l'Etat (insertion-accessibilité) et participation au conseil d'administration du GIP maison du handicap

- l'intégration des étrangers
- l'égalité des chances et la lutte contre les discriminations
- l'hébergement et le logement pour les publics en situation de grande précarité.

Les objectifs généraux de ce pôle sont de :

- définir des enjeux partagés et des stratégies communes d'intervention au sein des services de l'Etat concourant, dans leur champ de compétence, à la réalisation de ces politiques
- favoriser les liens avec les autres politiques sectorielles ayant un impact sur les champs cités telles que l'éducation, l'emploi, le logement, l'environnement, l'aménagement du territoire et le sport
- améliorer pour les usagers la lisibilité des politiques publiques.

Les objectifs opérationnels sont :

- renforcer la coopération entre les services de l'Etat afin d'obtenir des interventions concertées et complémentaires
- instaurer des espaces de réflexion partagée afin d'avoir une position de l'Etat à porter devant les collectivités territoriales
- mettre en place les dispositifs facilitant le partage d'informations et de données
- mettre en place des procédures permettant de mieux mobiliser tous les financements potentiels pour la mise en œuvre des projets.

Le comité permanent réunissant autour de la DDASS, la DDE, la DDTEFP, l'IA ainsi que les services de la préfecture se réunira au minimum deux fois par an. Il sera enrichi en tant que de besoin de la présence de la DDJS et de la DDPJJ.

Des groupes thématiques seront constitués en fonction des sujets à traiter.

Le comité permanent devra définir les objectifs partagés et élaborer le programme de travail ; il est aussi chargé d'évaluer la réalisation des objectifs et de procéder si besoin à la révision des priorités.

Le chef de projet devra animer le pôle et assurer un suivi général de son fonctionnement. Il rendra compte régulièrement des travaux accomplis et des difficultés rencontrées. Il présentera au collège des chefs de service de l'Etat le programme annuel ainsi que son évaluation.

Conformément aux directives nationales, la préfecture garde le pilotage de la lutte contre la drogue et les dépendances qui ne fait pas partie du champ visé par le pôle.

2.3.3 L'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances en Charente intervient dans des conditions marquées par la suppression de moyens locaux

Depuis la commande de la MILDT en mars 2005 d'actualiser le plan départemental avant fin mai 2005, la DDASS s'est organisée pour y faire face dans un calendrier serré.

Un premier comité de pilotage de 2005 s'est tenu le 27 avril 2005, dans sa forme et sous sa composition déterminée pour l'élaboration du plan 2000-2002. Les principaux axes du plan national ont été présentés, et le plan d'action d'élaboration du plan départemental a été initié. Un bilan écrit de la mise en œuvre du plan départemental précédent a été demandé aux membres du COPIL, en précisant les objectifs et actions à maintenir, et celles à modifier ou à interrompre en Charente sur la période 2005-2008. Dans le département, il existe deux niveaux d'intervention :

- le Comité de pilotage (COPIL), qui se réunit une à deux fois par an pour impulser et piloter les actions de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances.
- le COPRAD (comité de prévention des addictions), créé sur proposition des techniciens locaux en 2000, pour intervenir de manière partenariale sur les aspects formation et prévention.

Une autre étape a été constituée par la nomination suivant les directives de la MILDT d'un binôme comprenant un coordonnateur départemental sous-préfet, afin de renforcer le caractère interministériel et un chef de projet issu d'un service déconcentré qui apportera la compétence technique. Le Préfet de la Charente a désigné son directeur de cabinet pour être coordonnateur départemental et la DDASS chef de projet. Il faut remarquer que les indications de la MILDT laissaient la possibilité de désigner un service déconcentré de l'Etat qui ne soit pas forcément la DDASS mais que ce choix n'a pas été fait en Charente. La directrice de la DDASS a alors délégué son adjoint, inspecteur principal coordonnateur du pôle santé comme chef de projet.

La désignation n'a pas encore été formalisée par une lettre de mission émanant du Préfet. Le directeur de cabinet ayant changé entre mars et mai, la première prise de contact sur ce sujet a été retardée. Ainsi la première réunion du coordonnateur et du chef de projet a eu lieu le 29 juin, en présence du substitut du Procureur, associé aux travaux de pilotage sur demande de la préfecture et de la DDASS.

Lors de cette première réunion, le point a été fait sur la politique de lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances en Charente. Le directeur de cabinet a affiché la volonté d'associer la justice au pilotage de la lutte contre les dépendances et aux travaux du plan.

Une deuxième réunion qui a eu lieu le 21 juillet a permis de préparer la réunion d'un comité de pilotage pour lancer l'élaboration du plan. La proposition de la DDASS de réaliser un plan resserré et opérationnel a été validée. Dans cette optique, deux axes prioritaires correspondant à la fois aux priorités nationales et au contexte local ont été définis :

- la lutte contre l'expansion du cannabis, chez les jeunes en particulier
- les dépendances et les publics précaires.

Il a été décidé de constituer deux groupes de travail, alliant les partenaires du soin, de la prévention et de la répression pour élaborer conjointement des propositions d'actions sur ces thèmes.

Le comité de pilotage a été réuni le 22 septembre, les groupes de travail et leur composition proposée par la DDASS ont été validés. Une lettre de mission a été signée pour chacun des animateurs de groupe de travail. Trois séances de travail ont été fixées pour remise des travaux fin novembre.

Un comité de pilotage en décembre devait valider les propositions d'action des groupes et le projet de plan départemental, mais il a été reporté début janvier 2006.

Il a été fait appel aux partenaires pour animer les groupes de travail, avec une participation technique limitée de la DDASS (stagiaire IASS, infirmière de santé publique et secrétaire administratif) mais un suivi stratégique du chef de projet.

Compte tenu des délais et des moyens limités, un bilan complet des actions du plan précédent n'a pas vraiment été réalisé. En l'absence du CIRDD qui était chargé de l'évaluation des actions de prévention, seuls la gendarmerie et l'Éducation nationale ont produit un bilan de leurs actions. La mobilisation des partenaires a toutefois été forte lors des groupes de travail, bien que la suppression des moyens du CIRDD soit fréquemment pointé et regretté. De plus il faut reconnaître que le bilan des deux actions phares mises en place par le précédent plan est sensible en 2005 : en effet le CIRDD et le COPRAD, qui relevaient de ce plan, sont actuellement « mis en sommeil ».

Cependant avec la mise en place d'un co-pilotage volontaire entre la préfecture et la DDASS, officiellement soutenu par la justice, une place affirmée de la DDASS, une interministérialité affichée et un partenariat engagé, les conditions d'élaboration du plan bénéficient d'atouts indéniables.

Ce sont les enjeux pointés par la construction en 2005 d'un plan départemental que nous allons maintenant envisager pour aboutir à la proposition de pistes d'amélioration.

3 - LA MESURE DES ENJEUX DU PLAN DEPARTEMENTAL PEUT CONDUIRE A PLUSIEURS PISTES D'AMELIORATION DU DISPOSITIF DEPARTEMENTAL DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET DE PREVENTION DES DEPENDANCES

3.1 Des enjeux multiples et à plusieurs dimensions

Les enjeux que l'élaboration du plan départemental met à jour sont de plusieurs ordres. Ils portent d'une part sur l'interministérialité des politiques de l'Etat dans les départements et sur la place de la DDASS dans cette interministérialité mais aussi sur l'articulation des dispositifs entre eux et l'efficacité et l'efficience de la politique menée, sans oublier le développement du partenariat et la place donnée à l'utilisateur.

3.1.1 Le réel impact de l'interministérialité

En 2005, la MILDT réaffirme l'importance de l'interministérialité dans la lutte contre les drogues et les dépendances. En effet, les acteurs concernés sont nombreux et leur coordination est indispensable pour une efficacité accrue. L'interministérialité permet de rapprocher les services de l'Etat au sein du département, sous l'égide du préfet, et ainsi de coordonner les actions liées à la sécurité, à la justice, à la prévention et au soin.

Cependant l'implication de tous les services concernés n'est pas de même hauteur.

Le « tri-pilotage » Préfecture-DDASS-Justice, voulu et affirmé par le Préfet, relève plutôt de l'affichage que de la réalité. La préfecture est fortement impliquée dans l'affichage politique et stratégique, mais pas dans l'opérationnel. En Charente, la préfecture considère actuellement que la DDASS possède la connaissance technique du sujet, et qu'elle est la mieux à même de piloter la construction du projet de plan départemental.

Cependant, suivant les Préfets ou les directeurs de cabinet, la position de la préfecture peut évoluer vers une mainmise technique du dossier et un pilotage plus directif.

La place de la justice, dont l'implication est fortement souhaitée en Charente par la préfecture mais aussi la DDASS, est en réalité assez limitée. Le substitut du procureur a participé aux réunions du coordonnateur et du chef de projet (directeur de cabinet et DDASS) et assiste aux réunions du comité de pilotage, mais n'a pas souhaité, compte tenu de ses priorités et de sa charge de travail, s'investir dans l'animation des groupes de travail, ni même y participer. Aucun des juges sollicités pour les groupes de travail thématiques d'élaboration du plan 2005-2008 n'a assisté aux réunions.

Cependant, à cette occasion, un travail de formalisation des orientations de justiciables vers la consultation cannabis ou plus largement dépendances, a été mené, entre le centre de soins et la justice. La justice sollicite aussi la DDASS pour réactiver le fonctionnement des injonctions thérapeutiques, qui consistent à l'imposition par l'autorité judiciaire d'un

traitement médical à tous les stades de la procédure pénale suivie contre un usager pour le délit d'usage illicite de substances classées comme stupéfiants, prévu à l'article L. 3421-1 du code de la santé publique¹⁴.

Cette mesure fonctionnait il y a quelques années mais a cessé suite au départ du MISP qui l'avait mis en place. En l'absence de MISP, cette procédure n'a pas été rétablie pour l'instant.

En dehors de ces aspects, les services de la justice ne voient pas la nécessité de s'impliquer dans le plan départemental.

Ainsi en Charente dans le cadre de l'interministérialité, la DDASS trouve toute sa place de pilote de la lutte contre les drogues et les dépendances, non seulement sur l'aspect soin mais aussi prévention et répression. Elle est reconnue comme chef de file de l'action globale, avec le soutien de la préfecture et de la justice. Elle a autorité pour organiser l'élaboration du plan départemental et associer les services déconcentrés de l'Etat, la police et la gendarmerie, la justice.

La crainte amenée par la préconisation de la MILDT d'une interministérialité et d'un pilotage préfecture, qui pourrait conduire vers un plan départemental fortement axé sur la répression n'est donc pas avérée en Charente. Pour autant, l'approche actuelle liée au positionnement affirmé de la DDASS et à sa reconnaissance par la préfecture peut être remise en cause à tout moment. Toutefois la DDASS considère qu'en continuant à faire la preuve de sa compétence, elle ne sera pas menacée dans ses missions. Cependant il faut qu'elle en ait les moyens, ce qui n'est pas évident à l'heure actuelle dans un contexte de réduction des effectifs et des moyens d'intervention.

De plus, la délabellisation du CIRDD local supprime le soutien méthodologique dont elle pouvait disposer jusqu'alors. Il est certainement significatif que la Charente n'ait pas réussi à conserver cette structure, alors même qu'aucune structure n'existe actuellement dans la Vienne et que la Charente-maritime, grâce au soutien financier du conseil général, a réussi à pérenniser son CIRDD. En Charente, l'implication et la mobilisation des partenaires ont pourtant été importantes contre la délabellisation du CIRDD, mais la DDASS n'a pas souhaité aller à l'encontre du projet ministériel. En effet, si le

¹⁴ Par cette disposition, le procureur peut décider de renoncer provisoirement aux poursuites et enjoindre à l'usager de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale. L'autorité sanitaire doit être informée et faire procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé. Aucune sanction n'est prévue.

renforcement régional est prévu et organisé par la MILDT, il ne lui a pas paru opérant de mobiliser d'autres moyens financiers pour maintenir en 2005 une structure non destinée à perdurer au-delà.

Cependant, à l'instar de l'analyse faite par l'IGAS sur le positionnement des DDASS dans le champ de la lutte contre les exclusions¹⁵, on peut s'interroger sur l'adaptation du positionnement de la DDASS dans le champ de la lutte contre la drogue et les dépendances.

« Le positionnement actuel des DDASS n'est pas adapté au nouveau contexte. Il est le fruit d'une histoire ... La répartition des emplois dans les services déconcentrés, de même que l'articulation des compétences entre échelon régional et échelon départemental, apparaissent comme le résultat d'une histoire et d'une sociologie beaucoup plus que d'un arbitrage rationnel entre les exigences de besoin de proximité du public, de souci de la qualité dans la mise en œuvre des politiques publiques et d'impératif d'économie des moyens. »

Il semble que l'investissement dans cette mission de lutte contre les drogues et les dépendances, au-delà de l'importance de la mission elle-même, constitue un enjeu fort pour le positionnement de la DDASS, qui trouve là l'opportunité d'afficher sa place essentielle dans les aspects interministériels de la prévention et du soin. La quasi-totalité des partenaires interrogés affirme la légitimité de la DDASS en tant que pilote de cette mission. Seule la DDJS, particulièrement impliquée au niveau local depuis de nombreuses années, considère qu'il ne s'agit pas forcément de santé même dans son acception la plus large de santé publique, mais plus largement d'un problème de société qui pourrait être piloté différemment.

3.1.2 Un enjeu pour la santé publique et particulièrement la place de la prévention

En introduction du rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique, il est énoncé que « La santé publique, comprise comme « l'ensemble des connaissances et des techniques propres à prévenir les maladies, à préserver la santé, à améliorer la vitalité et la longévité des individus par une action collective »¹⁶, constitue désormais une préoccupation majeure des autorités politiques et de l'opinion publique. »

Dès 1946, l'OMS donnait une définition qui est toujours d'actualité : « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. »

¹⁵ IGAS, note de synthèse sur l'évaluation de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, mai 2004

¹⁶ définition donnée par le dictionnaire Robert

Au regard de cette définition, la lutte contre les drogues apparaît bien comme une question de santé publique. Hélène STROHL¹⁷, dans le rapport de l'IGAS de 1988 sur le rôle des MISP, en donne la définition suivante : « la santé publique ou plutôt la santé des populations est cette démarche qui vise à améliorer l'état de santé des populations par la prévention, la planification du système de soins, l'évaluation des pratiques, des techniques et des institutions, à surveiller et prévenir les risques majeurs par l'observation et l'intervention épidémiologiques. »

Les nouvelles directives de la MILDT, visant à renforcer l'interministérialité, ainsi que l'approche de la loi de santé publique qui classe la lutte contre les dépendances dans les violences et conduites à risque pourraient avoir pour effet de faire basculer la lutte contre les drogues et les dépendances dans le champ général de la question de société, voire l'aspect limitatif de la sécurité publique. Or la lutte contre les conduites addictives doit rester une question de santé publique pour garantir son approche globale et particulièrement la place donnée à la prévention.

pour JF GIRARD¹⁸, « la prévention n'est ni une spécialité ni une étape, c'est une culture, une manière d'appréhender la santé qui doit être insufflée à tous les stades de la prise en charge sanitaire et plus largement de la vie sociale ».

L'IGAS dans son rapport annuel 2003¹⁹ pose le diagnostic suivant : «Le système de santé français, centré sur le curatif, ne laisse qu'une place subsidiaire au préventif. Les actions de prévention sont insuffisamment ciblées. Et les moyens alloués à la recherche trop faibles ». Forte de ce constat, l'IGAS invite les différents acteurs à promouvoir la santé, développer la prévention ciblée et favoriser une dynamique de la pluri-disciplinarité.

La prévention, primordiale et reconnue dans le cadre de la santé publique, est beaucoup moins prioritaire dans une approche plus généraliste, qui accentue l'aspect rétablissement de la portée de la loi. A ce moment là, la répression peut vite prendre le pas sur la prévention. La globalisation de la question de la lutte contre les dépendances sous l'égide de la préfecture peut pénaliser l'approche prévention et éducation à la santé du patient, en considérant le sujet comme relevant plus de la sécurité publique que de la santé.

En janvier 2005, la Société française de santé publique publie un appel à signature d'une plate-forme de réflexions et de propositions pour le financement des associations

¹⁷ H. STROLL, rapport n° 880 027 de la Commission de santé publique, Inspection générale des affaires sociales, Paris, juillet 1988

¹⁸ J-F. GIRARD, Quand la santé devient publique, Hachette littératures

¹⁹ IGAS, Santé, pour une politique de prévention durable, Rapport annuel 2003, La Documentation française

oeuvrant dans le champ de la santé publique²⁰ dans lequel elle s'inquiète de la place donnée à la prévention et à l'avenir de ses acteurs : d'après ce manifeste, depuis plusieurs années, les pouvoirs publics et l'Assurance-maladie ont favorisé la professionnalisation des actions de prévention. Les divers programmes de santé ont largement contribué à soutenir les actions et de très nombreux professionnels sont impliqués dans le milieu associatif de la santé publique et de la prévention. A la veille de la mise en place de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, de ses plans nationaux et de la réforme de l'Assurance maladie, de la poursuite de la décentralisation, les signataires souhaitent faire le point sur la situation et surtout émettre des propositions susceptibles d'apporter un peu plus de stabilité et donc d'efficacité aux acteurs de la prévention en France. L'inquiétude vient principalement de la LOLF, qui ne laisserait que peu ou pas de place pour les programmes de promotion de la santé proposant une démarche globale avec une réflexion sur la qualité de vie. Les dossiers des promoteurs devant rentrer dans le cadre de lignes budgétaires thématiques, les actions transversales de promotion de la santé risquent de disparaître.

Dans ce manifeste, il est proposé que chacune des lois et chacun des plans nationaux ou régionaux de santé publique puissent être accompagnés d'un budget nettement identifié en rapport avec les objectifs. A l'échelon des régions, les budgets devraient être affectés pour les plans au lieu de l'être de manière découpée pour les thèmes faisant l'objet des mots-clés de la LOLF. Ne niant pas la nécessité d'avoir une visibilité sur l'évolution des pathologies, des déterminants et d'évaluer l'impact des actions thème par thème, le manifeste rappelle l'importance de continuer à développer des actions globales de promotion de la santé, base du développement local et de la participation des personnes aux actions.

L'application de la LOLF, en identifiant mieux les programmes, les actions et leurs moyens propres mettra-t-elle en danger la place de la prévention et la promotion de la santé ? Difficile aujourd'hui de répondre à cette inquiétude, sauf à dire que les actions de prévention et de promotion de la santé sont elles aussi finançables et mesurables dans le cadre LOLF, et que la prévention reste bien un objectif de santé publique.

Concernant la lutte contre la drogue et la prévention des dépendances, l'intégration réelle du plan départemental dans une politique régionale de santé apporterait une meilleure garantie d'approche globale et de prise en compte de la prévention.

²⁰ Société française de santé publique, plate-forme de réflexions et de propositions pour le financement des associations oeuvrant dans le champ de la santé publique

3.1.3 Des difficultés d'articulation des différents plans entre eux, par la multiplicité des acteurs et la multiplicité des plans sur les différents territoires

Comme nous l'avons vu en partie 2.2, de nombreux plans et programmes interviennent dans le champ de la lutte contre la drogue et la prévention de la dépendance.

La coordination est nécessaire pour assurer l'efficacité de chacun de ces plans ou programmes, en évitant les redondances, les doublons, voire les contradictions. Plusieurs difficultés se posent dans la coordination. Elles peuvent être soit liées aux territoires, soit liées aux acteurs.

Une première divergence est amenée par la dimension géographique. La cohérence des territoires n'est pas instituée par les textes et règlements qui régissent les plans.

Depuis l'instauration des agences régionales de l'hospitalisation et la loi de santé publique, l'échelon régional est privilégié pour tout ce qui concerne le thème de la santé publique. D'autre part, un nouveau concept, celui de territoire de santé est apparu. La notion de territoire de santé relève d'une logique de fond incontournable de l'action de santé publique. Le territoire constitue l'élément clé d'une nouvelle stratégie de mise en place des actions de santé publique. Pour être efficace, la définition des territoires doit s'appuyer sur la prise en compte d'une territorialisation à dimension variable, qui s'appuie sur une bonne connaissance des réseaux et des relais locaux. La cartographie régionale de l'offre, des actions et des besoins doit prendre en compte la dimension infrarégionale (département, pays, commune, agglomération) mais aussi inter-régionale. Le diagnostic et le découpage des territoires doit être partagé avec les différents partenaires impliqués dans le GRSP.

D'après l'arrêté de l'ARH n°313/2005 en date du 6 septembre 2005 fixant la limite des territoires de santé et le ressort territorial des conférences sanitaires pour la région Poitou-Charentes, les territoires de santé de la région Poitou-Charentes se déclinent en trois niveaux correspondant chacun à un type de zone géographique : la région sanitaire, le territoire de plateau technique et le territoire de santé de proximité. Ces deux derniers types de territoires sont délimités en 5 territoires de plateau technique et en 17 zones de soins de proximité. Ce découpage n'apporte pas de grand changement concernant le Poitou-Charentes et la Charente en particulier, puisque les limites des territoires de plateau technique correspondent aux départements, sauf pour la Charente maritime qui est découpée en deux territoires. Quant aux territoires de santé de proximité, ils correspondent aux anciens secteurs sanitaires.

La notion de territoire de santé n'apparaît pas comme une réalité aux partenaires de la lutte contre la drogue et les toxicomanies interrogés. Il faut dire que ces partenaires sont essentiellement impliqués dans le champ de la prévention et de la répression. La dimension soin relève depuis longtemps maintenant de l'échelon régional, et est donc peu investie au niveau local. Il est alors nécessaire de s'interroger sur la prise en compte par

le PRSP du champ de la prévention dans le domaine de la lutte contre la drogue et les dépendances. De fait, la coordination entre le PRSP et le plan départemental de lutte contre la drogue existe a minima. Les actions du PRSP ne portent que peu sur ce domaine, considérant qu'il s'agit du champ des plans départementaux.

Le schéma régional de l'organisation sociale et médico-sociale, et le schéma régional d'addictologie devraient apporter des réponses en terme de coordination, mais il est difficile d'obliger les conseils généraux d'une région à coordonner leur action, et le Préfet seul a peu de moyens de définir une réelle politique coordonnée en matière d'addictologie.

Une autre divergence naît de la diversité des acteurs impliqués, et de leurs approches parfois différentes.

La coordination semble ainsi délicate avec le PRS suicide - santé mentale, qui intervient au niveau départemental, avec un coordonnateur par département, et qui élargit son champ d'intervention à la toxicomanie, considérant que le toxicomane a souvent des troubles mentaux associés à sa dépendance.

La différence d'approche donne quelquefois lieu à des débats, qui peuvent être illustrée par celui qui a eu lieu lors de la préparation du forum santé prévention organisé chaque année en Charente à destination des jeunes et de leurs familles. Pour l'organisation du forum 2005, le centre de soins spécialisé pour toxicomanes, support de la consultation cannabis, ne souhaitait pas participer au stand « drogues illicites » mais plutôt à l'espace « santé mentale ». Ce débat est significatif de la place donnée à ce sujet, qui peut être appréhendé de diverses manières. Dans la mesure où la coordination est assurée par un pilote unique, ces divergences ne posent pas problème, mais le PRS relevant du niveau régional (DRASS) et le plan départemental de la DDASS, il est nécessaire de veiller à garder une cohérence entre les services pour mener une action efficace.

Il est significatif qu'au niveau national, la MILDT demande de décliner directement un plan départemental, sans passage préalable par l'échelon régional. Cette volonté peut interroger. Le passage par l'échelon régional aurait-il pénalisé l'interministérialité ? Le renforcement des pôles régionaux est prévu dans la note déjà citée prévoyant la réorganisation des CIRDD avec la structuration de pôles régionaux de hauts niveaux, disposant d'un coordinateur régional de haut niveau disposant de moyens renforcés, sous l'égide de la préfecture de région. Cependant pour l'instant, dans la réalité locale du Poitou-Charentes, le pôle régional n'est pas constitué et ne le sera pas avant 2006, et chaque département ne peut mobiliser que ses propres ressources.

Pour les partenaires rencontrés, l'échelon régional n'est pas signifiant. Leur action quotidienne se déroule à l'échelle du département, et peu d'associations ont une

dimension régionale. Les gendarmes, la police sont organisés sur le territoire départemental, les services déconcentrés de l'Etat aussi.

La coordination doit donc provenir des volontés locales. En effet, la définition des territoires de santé pour le PRSP, le territoire départemental pour le plan MILDT, le PRS « suicide et santé mentale » (qui intervient dans la lutte contre les dépendances par l'aspect santé mentale) réunissent les mêmes partenaires principaux.

La politique de lutte contre les dépendances et de prévention de la toxicomanie exige donc la coordination de multiples acteurs qui s'appuie sur l'action de la DDASS.

Là aussi, à l'instar des dispositifs de lutte contre les exclusions, il faut se demander si la prolifération des instances consultatives ou de coordination permet aux services de l'Etat d'affirmer leur rôle d'animation et d'impulsion²¹.

La DDASS de la Charente doit participer aux travaux du PRSP, du PRS, des SROS, des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, ...Son positionnement varie, il peut aller de celui de pilote à celui de simple participant. Il repose sur ce service déconcentré de veiller à la cohérence des schémas régionaux avec les besoins départementaux, qui ne sont pas toujours clairement exprimés.

En effet, la multiplicité des niveaux d'intervention rend difficile la mobilisation de certains partenaires. Le Conseil Général, par nature peu investi au niveau régional, se sent peu concerné par la programmation des actions relevant de la santé publique, même déclinées au niveau local. La position la plus généralement affichée consiste à dire « la santé, c'est de la responsabilité de l'Etat ».

Aussi, bien que le lien entre le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale et la lutte contre les dépendances soit fort, par la présence des structures de soins et d'insertion (CSST, CCAA, CHRS ou centres d'accueil spécialisés pour les personnes dépendantes), l'action du Conseil Général ne se veut pas forcément coordonnée avec celle de l'Etat. De fait, en Charente, ce schéma n'est ni réalisé ni même en préparation pour le moment²². Dans le contexte actuel de récente décentralisation, il est difficile pour l'Etat d'inciter la collectivité locale à s'engager dans cette démarche si elle ne le souhaite pas. Le Conseil général, fort de ses nouvelles responsabilités, entend les assumer à part entière et ne souhaite pas dépendre à nouveau de l'Etat en s'enfermant dans un schéma trop précis. Le fait qu'il ne soit pas impliqué au premier rang dans l'élaboration du PRSP

²¹ IGAS, note de synthèse sur l'évaluation de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, mai 2004

²² seul le « schéma départemental de l'enfance handicapée et inadaptée de la Charente », piloté par la DDASS, a été validé par le préfet avant le 31/12/2004, date du transfert de la responsabilité vers le Conseil Général.

et de la politique de santé régionale lui permet de se tenir à l'écart des enjeux soulevés, au détriment d'une bonne coordination locale.

3.1.4 Des apports par le partenariat avec les associations, les structures de soins et l'hôpital

Les partenaires associatifs sont fortement impliqués dans les travaux liés au plan départemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Malgré leurs critiques sur l'évolution du dispositif et particulièrement la suppression de certains moyens, les associations se sont toutes fortement investies dans les groupes de travail, sollicitant quelquefois leur inscription dans les deux groupes²³. Le moment fort que constitue l'actualisation d'un plan local est l'occasion d'échanges et de débat animés mais fructueux. Les réunions sont l'occasion de se voir physiquement, voire de faire connaissance pour de nombreux partenaires qui ne se rencontrent pas dans d'autres instances. Les structures liées au sanitaire, celles liées au social et celles de la justice ne travaillent pas souvent ensemble. La PJJ par exemple est peu connue des autres partenaires, la PASS de l'hôpital d'Angoulême n'avait pas eu contact avec la consultation cannabis, etc... Sans développement d'un plan départemental, ces rencontres et cette dynamique de réunion qui rapproche les personnes n'existerait pas. A ce titre, le choix fait en Charente de mêler dans sa groupe l'aspect prévention, soin et rétablissement de la portée de la loi paraît très judicieux. La diversité des partenaires est garante d'une approche globale de la question, et d'une réponse plus adaptée car moins sectorielle.

Le partenariat avec l'hôpital bénéficie aussi de la dynamique de projet du plan. La prévention des addictions est parfois considérée comme une mission marginale de l'hôpital. Pourtant, l'hôpital a un intérêt stratégique à développer une politique de prévention car elle permet une amélioration de son image et de la satisfaction de la communauté hospitalière, mais aussi de mieux répondre aux besoins de la population. Néanmoins, dans les faits, si des actions sont menées, de nombreux obstacles persistent. Ils sont liés aux moyens, à la formation des acteurs hospitaliers, au cloisonnement des services et des pratiques mais aussi et, avant tout, à la culture hospitalière. Pourtant, une politique de prévention en addictologie durable peut être instaurée à l'hôpital grâce à une valorisation plus importante de l'activité, à l'action en partenariat et à une organisation adéquate des structures hospitalières.

La forte implication de cadres hospitaliers dans l'actualisation du plan départemental de la Charente témoigne de l'évolution favorable de la place de l'hôpital dans la santé publique. En acceptant de piloter un groupe de travail, les deux praticiens hospitaliers référents des

²³ Cf composition des groupes de travail en annexe 8

urgences, des services spécialisés liés à l'addictologie et à la virologie, mais aussi de la PASS destinée aux publics précaires, ont favorisé l'ouverture de l'hôpital vers les autres partenaires. La traduction concrète de cette reconnaissance réciproque est le projet actuel de constitution d'un réseau ville-hôpital en matière d'addictologie qui émerge grâce à cette dynamique.

3.1.5 La mesure de l'efficacité et de l'efficience dans le contexte LOLF

Dans le contexte LOLF, la question de l'évaluation et par-là même du choix des objectifs de performance mesurables constitue un premier enjeu. La déclinaison de ces objectifs en objectifs opérationnels nécessite des choix de la part des acteurs. La LOLF incite à mieux clarifier et identifier les responsabilités.

Les impacts éventuels de la LOLF sur l'organisation administrative de l'Etat doivent être mesurés et pris en compte. En effet la LOLF n'a pas pour objectif de concevoir des programmes en fonction de l'organisation actuelle de l'Etat, mais bien de définir des programmes répondant à des problèmes posés, à charge pour l'organisation administrative de s'adapter à la structure de ces programmes.

Un des enjeux de la LOLF au niveau local en particulier est bien de dépasser l'aspect budgétaire pour intégrer l'aspect politique. L'approche par programme et par objectif incluant les actions et les moyens pour y parvenir doit faciliter l'évaluation de l'impact et de l'efficacité de la politique menée. Cependant la mise en œuvre au niveau local implique de prédéfinir des objectifs précis et des indicateurs mesurables qui y correspondent. Cette démarche n'est pas simple à mettre en œuvre de but en blanc, une réflexion approfondie sur les objectifs pertinents et les indicateurs représentatifs est nécessaire. Or les conditions d'élaboration du plan ne permettent pas forcément cette démarche de qualité. Le risque est alors de fixer des objectifs réducteurs et des indicateurs facilement mesurables pour être opérationnel rapidement, au détriment d'objectifs plus sensibles et moins facilement évaluables.

De plus, la LOLF n'arrive pas sur un terrain vierge de toute histoire. Des orientations et des actions en matière de lutte contre les drogues et les dépendances existent depuis plusieurs années. Il n'est ni aisé ni forcément pertinent de faire table rase de la politique menée jusqu'alors. Même s'il ne s'agit pas de reconduire les actions pour faire vivre les associations subventionnées, un minimum de préparation du changement est nécessaire, et une partie des actions devrait être reconduite en 2006. L'entière vision LOLF d'une « révolution copernicienne », où la gestion ne tourne plus autour des moyens mais autour des résultats, ne peut être mise en œuvre complètement dès 2006. Elle sera forcément le fruit d'une évolution sur plusieurs années.

Cependant, la mesure de l'efficacité des actions menées constitue un enjeu essentiel pour l'appréciation de la politique locale, qui jusqu'à présent souffre d'un grave déficit

d'évaluation. Il est important d'améliorer notre connaissance de l'impact des politiques de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances, par un suivi statistique organisé et la fixation d'objectifs mesurables.

La mise en place du mode LOLF permet aussi de mieux mesurer les enjeux financiers et budgétaires.

Dans les années précédentes, la politique de la MILDT se traduisait financièrement par l'attribution de crédits spécifiques fléchés «lutte contre la drogue et prévention des dépendances ».

Il est intéressant d'appréhender le volume des crédits consacrés à cette mission en Charente.

En 2004, le montant des crédits attribués par la MILDT au département de la Charente s'élevait à 137 798 € dont l'affectation se répartissait en 4 grands chapitres : le financement du CIRDD, les consultations de sevrage, les conventions départementales d'objectifs et le reliquat en actions de formation et d'insertion validées par le COPRAD (l'instance technique locale du plan).

Ainsi :

- 67 729 € (49 % de l'enveloppe) étaient consacrés au financement du CIRDD
- 53 484 € (39 %) au financement des conventions départementales d'objectif : dont 45 862 € pour un poste équivalent temps plein d'infirmière au centre de cure ambulatoire en alcoologie pour des permanences au tribunal de grande instance et des actions en maison d'arrêt, et 7 622 € pour la prise en charge du coût de stage prévention routière conduite/alcool.
- 10 640 € (8 %) au financement des consultations de sevrage (5 320 € au financement des consultations de sevrage tabagique et 5 320 € au financement des consultations de sevrage cannabis)
- 11 265 € (8 %) disponibles pour des actions locales étaient répartis sur proposition du COPRAD au vu de projets présentés par les associations ou organismes locaux.

Les crédits MILDT étaient donc fortement grevés par le subventionnement de fonctionnement de postes (CIRDD + infirmière CCAA), laissant très peu de marge pour le développement d'actions adaptées aux besoins locaux.

En 2005, le montant des crédits attribués par la MILDT s'élevait à 71 797 €, soit la somme attribuée en 2004 moins la subvention du CIRDD, puisque celui-ci devait être supprimé. Sur demande particulière de la DDASS et de ses partenaires, une enveloppe supplémentaire de 20 000 € a été accordée par la MILDT afin de poursuivre le

fonctionnement du CIRDD sur le premier semestre. En effet, ce délai était nécessaire pour tirer le bilan de l'action menée sur les 3 années précédentes et permettre à l'association support (le CIJ) de licencier le salarié concerné. 20 000 € ont donc été versés au CIJ pour l'appui méthodologique au chef de projet départemental de lutte contre la drogue (poste d'agent de développement du CIRDD).

Les 70 597 € ont été répartis comme suit :

- financement des conventions départementales d'objectifs : 54 297 € dont 46 297 € pour reconduction du financement du poste de l'IDE au CCAA d'Angoulême, et 8 000 € pour la prise en charge du coût des stages prévention routière
- financement du programme départemental de prévention, d'action de formation et d'insertion validées par le COPRAD : 17 500 €

La somme disponible pour mener des actions de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances est donc très limitée. La capacité d'impulser des actions et de mobiliser les acteurs, même si elle ne se résume pas au montant des crédits engagés, nécessiterait de disposer de leviers d'action financiers qui s'élèvent à plus de 17 500 €. Dans ces conditions, le temps passé en réunion par le COPRAD, qui réunit tous les deux mois une dizaine de membres institutionnels pour étudier les projets d'action, n'aboutit pas à une efficacité élevée.

Pour 2006, dans le cadre de la LOLF, la lisibilité n'est pas complète sur le programme 2006. En effet, bien que rattaché au ministère de la santé, ce programme devrait transiter par la préfecture de région, contrairement au schéma initialement prévu (annexe 5). Le directeur de cabinet de la préfecture du chef lieu de région est nommé coordonnateur régional et à ce titre responsable du BOP. Les crédits seront répartis à l'échelon départemental mais cette procédure n'a pas encore eu lieu et pour l'instant, la Charente n'a pas connaissance du montant de crédits dont elle pourra disposer. Dans la logique LOLF, il faudrait que le BOP prévisionnel soit préparé par les départements et collectés au niveau régional pour faire remonter les besoins dans une logique ascendante. La démarche antérieure par laquelle les actions étaient organisées en fonction du montant de crédits attribués par le ministère n'a plus lieu d'être. Il s'agit maintenant de bâtir un projet d'action à partir des objectifs qui seront fixés dans chaque département. Compte tenu des contraintes locales, le plan départemental de la Charente ne sera validé qu'en décembre 2005, et fixera les orientations pour 2006 à 2008.

Les objectifs sont déterminés dans le cadre des plans départementaux, mais sans cohérence régionale pour le moment, et l'articulation n'est pas encore assurée. Une grande incertitude règne donc sur les actions qui pourront être menées en 2006.

Ce point devrait être éclairci rapidement, afin de concrétiser les moyens d'action liés aux objectifs fixés dans le plan départemental. Cependant, l'année 2006, première année de la LOLF, sera forcément une année de transition.

3.2 Propositions pour une meilleure opérationnalité du plan :

Au regard de ces différents constats sur la politique de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances et de ses enjeux, il est possible de proposer quelques pistes d'amélioration en Charente.

3.2.1 Renforcer l'articulation régionale des chefs de projets : proposition de constitution d'un réseau régional et inter départemental

Il semble tout d'abord utile de remettre la démarche d'élaboration du plan départemental au centre de la politique régionale de santé. En effet, les quatre DDASS et la DRASS de Poitou-Charentes doivent pouvoir se mettre d'accord sur des orientations régionales partagées, le contexte socio-économique, sanitaire et démographique étant sensiblement équivalent. Ainsi la lutte contre l'expansion du cannabis ou la dépendance des publics précaires peuvent être des thèmes prioritaires dans l'ensemble de la région. Cette définition commune d'objectifs permettrait de bâtir en commun des critères de financement et d'évaluation dans le cadre de la LOLF. Une telle réforme, complexe et d'ampleur nationale, ne peut que bénéficier de la mutualisation au niveau régional de la réflexion.

Il serait possible ainsi d'insérer le plan de lutte dans un axe du PRSP et de fixer des orientations régionales, à décliner dans chaque département. Pour améliorer l'opérationnalité du plan, il conviendrait de bâtir un réseau des coordonnateurs départementaux MILDT, qui existe déjà sous d'autres formes, puisque les personnes désignées relèvent toutes des DDASS ou DRASS. Là aussi, une mutualisation des compétences ne peut être que bénéfique. Se pose cependant la question du pilotage ou de l'animation régionale, qui pourrait être défini par les directions départementales et la direction régionale, en Comité Technique Régional et Interdépartemental (CTRI)²⁴. Le lien avec le coordonnateur départemental prévu par la MILDT devrait être clairement établi.

Il faut noter que la DRASS Poitou-Charentes a souffert elle aussi de vacances de postes, des médecins inspecteurs en particulier. L'animation régionale des aspects prévention et santé publique a été pénalisée par ces manques, ce qui explique que la proposition de création d'un réseau interdépartemental et régional, formulée par la DDASS de la Charente dès début 2005, ne soit pas encore concrétisée. La proposition de création d'un réseau DDASS-DRASS pour mutualiser l'action des services déconcentrés et renforcer la

²⁴ Le CTRI est l'instance de décision des DDASS et DRASS d'une région, présidé par le DRASS

cohérence de l'action des DDASS en matière de lutte contre les dépendances semble toutefois présenter de nombreux avantages.

3.2.2 Identifier des moyens spécifiques adaptés à l'impact et aux enjeux réels pour mettre en œuvre et évaluer le plan

Pour agir efficacement dans la lutte contre les drogues et la prévention des dépendances, l'identification de moyens spécifiques internes et externes à la DDASS pour l'animation, le suivi et l'évaluation du plan semble absolument nécessaire. Pour le moment, seul le chef de projet est clairement repéré. En tant que directeur adjoint et inspecteur principal coordonnateur du pôle santé, il peut théoriquement faire appel en tant que de besoin à l'ensemble du personnel de la DDASS. Cependant, compte tenu des contraintes et de la charge de travail que l'on connaît dans les DDASS en permanence, il serait nécessaire d'identifier des temps de travail réservés à cette mission. La réorganisation de la DDASS, avec l'affectation d'un poste de MISP au pôle social chargé de la prévention et de l'accès au soin, permettra (lorsque les 2 postes de MISP seront pourvus), de renforcer l'action en la matière. D'autres temps de travail d'agents du pôle social mais aussi du pôle santé, devraient être identifiés et formalisés pour constituer une cellule technique d'animation et de suivi du plan. Cette cellule pourrait être renforcée par des partenaires extérieurs, prêts à s'engager comme ils l'ont déjà fait dans cette orientation.

Cette organisation relève principalement d'une volonté de la DDASS, qui, au vu des priorités et de l'efficacité des actions à mener, doit maintenant faire des choix de mobilisation prioritaire ou non sur ce thème comme sur les autres.

Le pilotage et le suivi du plan, pour être efficaces, nécessitent l'identification de moyens spécifiques même s'ils sont peu importants.

De plus, il paraît nécessaire de mobiliser les ressources prévues au niveau régional pour les rendre vraiment opérationnelles à l'échelon départemental. En effet, la réorganisation du CIRDD, qui aboutit pour l'instant à la suppression des moyens locaux, doit être suivie d'une phase de renforcement régional. Il est important que la Charente, même sans être siège régional, bénéficie de la structuration d'un pôle de haut niveau. Le pôle régional, renforcé et structuré, doit apporter un soutien méthodologique et documentaire au chef de projet régional mais aussi aux chefs de projets régionaux. Trop souvent, la régionalisation aboutit à l'attribution de moyens à disposition des services de l'État du département chef-lieu de région. Or la nouvelle dimension régionale doit veiller à renforcer l'action dans tous les départements, et les départements doivent veiller à faire jouer leurs besoins et leurs droits potentiels, sans se refermer sur leurs moyens locaux.

Si l'on veut que le plan soit suivi d'effet, et qu'il ne consiste pas seulement à fixer des orientations en 2005 pour les trois années à venir, il faut se donner les moyens de

constituer une cellule technique de suivi et d'évaluation qui dispose de temps et de compétences suffisantes, et faire véritablement appel aux ressources régionales.

3.2.3 Afficher la portée du plan et la place de la DDASS

Suivant la place donnée au plan départemental par la DDASS dans ses priorités d'action, il pourra être nécessaire de réfléchir à une politique de communication sur les orientations et les effets du plan départemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. D'ores et déjà, la préfecture a communiqué par le biais de la lettre électronique des services de l'Etat sur le plan départemental²⁵, en mettant en avant une politique « tolérance zéro », ce qui n'est pas forcément l'accroche qui serait préconisée par la DDASS. La diffusion d'information sur les instances de prévention, les consultations cannabis, l'écoute téléphonique, devraient aussi apparaître pour relayer l'ensemble de la politique menée en Charente. Une véritable politique de communication concertée entre la préfecture, la justice et la DDASS devrait être construite, et fait partie des orientations proposées dans le projet de plan²⁶.

3.2.4 Donner une place à l'utilisateur

Un grand absent de la politique de lutte contre la drogue et les dépendances, au niveau local comme au niveau national, semble bien être l'utilisateur. A l'heure où chaque politique entend replacer l'utilisateur au centre du dispositif, peu de place est donnée aux personnes présentant des conduites addictives dans la politique de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. De manière générale, la première version du PRSP Poitou-Charentes en fait état comme une des grandes préoccupations pour une réponse la plus adéquate possible aux besoins de santé en région « mieux associer les usagers et les citoyens aux décisions prises dans le domaine de la santé et du social ». Il conviendrait de réfléchir aux possibilités d'intégrer la représentativité des usagers dans les instances d'élaboration ou de suivi du plan départemental. Cela peut se faire par l'incitation au développement des associations d'utilisateur et leur sollicitation régulière lors de toutes les phases d'élaboration et de suivi du plan départemental.

²⁵ voir annexe 7

²⁶ voir annexe 9

CONCLUSION

Le contexte sanitaire et social de 2005 est en pleine mutation. Plusieurs réformes d'envergure prennent effet au même moment : la loi de santé publique, le deuxième acte de la décentralisation, la LOLF, la réforme des services de l'Etat.

La loi de santé publique du 9 août 2004 donne une nouvelle dimension à la santé publique. Elle clarifie et renforce la place de l'Etat dans la conduite de la politique de santé et développe la politique de prévention.

En donnant une importance très grande à l'action des préfets de région et des services déconcentrés de l'Etat, cette loi renforce l'échelon régional. A ce niveau sont définies les modalités de mise en œuvre des objectifs et des plans nationaux en tenant compte des spécificités régionales, dans le cadre d'un plan régional de santé publique.

En fixant 100 objectifs de santé, la loi balaye l'ensemble des champs de la santé.

Cependant, le domaine de la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances continue à justifier d'un plan particulier triennal, piloté par la MILDT au niveau interministériel et décliné à l'échelon des départements, sans planification préalable par la région.

De plus, la nouvelle phase de décentralisation modifie les niveaux de décisions en matière sanitaire et sociale et complexifie souvent l'élaboration de programmes en multipliant les territoires d'intervention et les décideurs.

Le contexte d'action des politiques publiques est d'autre part modifié par l'avènement de la LOLF. L'action publique est plus clairement liée aux objectifs d'action prédéfinis et la nécessité de fixer des indicateurs mesurables et évaluables est introduite, au risque peut-être d'amener les décideurs à choisir des actions facilement mesurables.

La politique locale de lutte contre la drogue et les dépendances est soumise à ces profondes mutations du contexte sanitaire et social. La convergence de ces réformes introduit la complexité pour les usagers, les partenaires mais aussi pour les services déconcentrés de l'Etat, et en particulier la DDASS chargée de la mise en œuvre d'un plan MILDT au niveau départemental.

L'élaboration d'un nouveau plan triennal départemental constitue un moment fort de la politique locale de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. Elle doit cependant faire face à de nombreuses contraintes.

Les moyens de pilotage locaux sont limités par la multiplicité des missions assignées aux DDASS et la faiblesse de leurs effectifs. Les crédits d'intervention sont peu importants et grevés par des financements de postes. Le partenariat est actif mais déçu par la récente suppression d'outils locaux tels que le CIRDD et la remise en cause des actions créées

par le précédent plan. L'interministérialité bien appliquée, qui positionne la préfecture comme coordonnateur local et institue un binôme de pilotage du plan Préfecture/DDASS permet de mobiliser au mieux l'ensemble des services de l'Etat, la justice, la police et la gendarmerie comprises.

Le plan départemental constitue donc un outil fort mobilisateur de conduite de projet, qui permet la synergie des partenaires locaux autour de la lutte contre la drogue et les dépendances.

Il apporte une reconnaissance certaine à la DDASS, pilote de l'ensemble des travaux. Il facilite la synergie des actions et la meilleure connaissance réciproque des services concernés.

Au-delà de ces atouts, pour développer une véritable politique de santé, l'élaboration et le suivi du plan départemental mériteraient de s'inscrire dans la programmation régionale pour prendre une autre dimension, qui dépasse la distribution concertée de quelques crédits fléchés et la synergie locale. Ce regroupement permettrait aussi de renforcer l'opérationnalité en mutualisant des moyens et des compétences.

Pour mener une politique de santé publique réfléchie, coordonnée et s'inscrivant sur la durée, le lien devrait être renforcé avec l'animation régionale du PRSP, et entre les coordonnateurs des plans MILDT départementaux des autres départements de la région, sous l'égide d'un coordonnateur régional de la sous-préfecture de région tel que prévu par la MILDT.

La proposition faite par la DDASS de la Charente de constitution d'un réseau interdépartemental et régional des chefs de projet départementaux de la MILDT, n'a pas pu être suivie d'effet en 2005, mais constitue une piste sérieuse pour l'avenir. Doublée d'une réflexion de la DDASS de la Charente, mais aussi des autres DDASS de la région et de la DRASS le cas échéant, sur l'efficacité et l'efficience des politiques de lutte contre la drogue et de prévention mises en œuvre, et sur la structuration de moyens spécifiques repérés pour cette mission, elle préfigure l'évolution d'une politique de santé publique renforcée au niveau régional et qui garde les moyens de rester largement axée sur la prévention.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Santé publique - toxicomanies

- Code de la Santé Publique, articles L 3311-1 à L 3355-8, article L 767, article L 710-24
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et l'usage illicite de substances vénéneuses
- Décret n° 71-690 du 19 août 1971 fixant les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage de stupéfiants et inculpés d'infraction à l'article L. 628 du CSP peuvent être astreintes à subir une cure de désintoxication
- Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, titre II
- MILDT, circulaire du 16 juillet 1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental
- MILDT, circulaire du 13 septembre 1999 relative à la lutte contre la drogue et à la prévention des dépendances
- MILDT, décret n° 99-808 du 15 septembre 1999 relative au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances et à la MILDT
- MILDT, *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001*
- MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008*
- MILDT, note du 5 mars 2004 relative aux crédits 2004 et aux objectifs prioritaires de la MILDT
- MILDT, note du 8 septembre 2004 relative à la réorganisation des CIRDD
- MILDT, Lettre du 23 novembre 2004, relative à l'organisation du réseau territorial de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
- MILDT, note du 2 février 2005 relative aux CIRDD
- MILDT, circulaire du 9 mars 2005 relative aux crédits 2005 et aux orientations sur les objectifs prioritaires de la MILDT

Organisation des soins

- ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux
- loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
- décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévu à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique et modifiant ce code
- décret n°2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et l'équipement sanitaires

Décentralisation

- Loi n° 86-663 du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat
- Loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République (JO n° 75 du 29 mars 2003)
- Loi n° 2003-1200 du 18 décembre 2003 portant décentralisation en matière de revenu minimum d'insertion et créant un revenu minimum d'activité
- Loi n° 2004-758 du 29 juillet 2004 prise en application de l'article 72-2 de la Constitution relative à l'autonomie financière des collectivités territoriales (JO n°175 du 30 juillet 2004)
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (JO n° 190 du 17 août 2004)

LOLF

- Loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (JO du 02.08.01)
- MILDT, avant projet annuel de performance « drogues et toxicomanies », note du 26 janvier 2005

Ouvrages imprimés (monographies):

- Assemblée nationale, *Santé publique*, dossier d'information établi par le service des études et de la documentation, 29 septembre 2003
- BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P., *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans*, exploitation de l'enquête ESCAPAD 2001, OFDT, 2001, 164 p.
- BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes français, exploitation régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003*, Saint-Denis, OFDT, 2005, 224 p.

- BECK F., LEGLEYE S., PERETTI-WATEL P., *Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) 2002*, Paris, OFDT, 2002, 228 p.
- BELLO P-Y, TOUFIK A., GANDHILON M., EVRARD.I., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004*, OFDT, 2005
- Centre national de documentation sur les toxicomanies et autres difficultés de la jeunesse, *jalons – pour la prévention des comportements d'usage de drogues, guide des outils 1998*, 1999, 256 p.
- DUBERNARD Jean-Michel, député, *rapport n° 1092, fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif à la politique de santé publique*, mis en distribution le 1^{er} octobre 2003
- GIRARD J-F, *Quand la santé devient publique*, Hachette littératures, 1998, 256 p.
- IGAS, *note de synthèse n° 2004 054 sur l'évaluation de la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions*, mai 2004, 36 pages
- OFDT, *Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002*, OFDT, Paris, 2002, 368 p.
- OFDT, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002*, Quatrième rapport national du dispositif TREND, Paris, OFDT, juin 2003, 288 p.
- ORS Poitou-Charentes, CRES, DRASS et URCAM, *Panorama de la santé en Poitou-Charentes*, 2004
- PARQUET P.-J., *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives ; usage, usage nocif, dépendance*, Editions CFES, 1998, 46 p.
- Société Française de Santé Publique, *la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004*, Revue Santé publique n° spécial décembre 2004, 142 p.
- REYNAUD M., PARQUET P.-J, LAGRUE G., KOUCHNER B., *Les pratiques addictives ; usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives*, Editions Odile Jacob, 2000, 273 p.
- RAISSIGUIER Y., *les collectivités territoriales*, In Ouvrage le social en ligne
- Société française de santé publique, Appel à signature, *Plate-forme de réflexions et de propositions pour le financement des associations oeuvrant dans le champ de la santé publique*, janvier 2005, 13 p.

Articles de périodique

- Actualités Sociales Hebdomadaires, *Les principales dispositions de la loi de santé publique*, n°2371, 3 septembre 2004, p. 31 à 36
- Droit social, *la régionalisation du système de santé* , n°7-8, juillet-août 2002

Thèses, mémoires et travaux d'élèves

- CHOUCHKAIEFF Luc, *Quelle articulation entre les programmes départementaux existants, et la mutation d'un Programme Régional de Santé Alcool en Champagne-Ardenne*, mémoire de Médecin inspecteur de santé publique, ENSP, 2003, 68 p.
- MARQUESTAUT Odile, *Partenariat et régionalisation des politiques de santé*, mémoire de Médecin inspecteur de santé publique, ENSP, 2003, 50 p.
- Groupe MIP n° 30 : BRIL F., CHOQUET S., COTTAVOZ G., DATUS R., ESTEVE F., GATESOUBE E., HUGUENIN J., MACABIAU F., PORTEFAIX R., SONZOGNI C., TAYEBI S., *Concrétiser la politique de prévention des conduites addictives*, Module interprofessionnel de santé publique à l'ENSP, mai 2005, 35 pages

Conférences ; séminaires ; formations

- Ministère de l'emploi et de la solidarité (DGS) et Société française de santé publique, *Séminaire des Programmes Régionaux de Santé « Addictions » du 27 avril 2001*, avril 2001, 69 p.
- CIRDD Charente et Mission de lutte anti-drogue, livret de formation des membres du COPRAD Charente, *La lutte contre le trafic illicite des stupéfiants*, novembre 2004, 60 p.

Schémas, plans et programmes

- Préfecture de région, *Une construction partagée de la première version du plan régional de santé publique en région Poitou- Charentes*, septembre 2005, 73 p.
- DDASS 16, *Plan départemental triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances – 2000-2002, département de la Charente (16)*, 53 p.
- DDASS 16, *Plan départemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances – 2002-2004, département de la Charente (16)*, 34 p.

Sites Internet

- www.drogues.gouv.fr : Site partenarial (MILDIT, INPES, DATIS, OFDT, Toxibase)
- www.ofdt.fr : site de l'OFDT
- www.ors-poitou-charentes.org : site de l'ORS Poitou- Charentes
- www.charente.pref.gouv.fr : site de la préfecture de la Charente
- www.toxibase.org : site du réseau national d'information et de documentation toxibase
- www.sante.gouv.fr : site du ministère de la santé et des solidarités
- www.sante.gouv.fr/drees/statiss2004 : site du service statistiques et indicateurs de la santé et du social

Liste des annexes

Annexe 1 : liste des personnes interrogées

Annexe 2 : grille d'entretien

Annexe 3 : schéma de la mission santé – programme drogue et toxicomanie dans le cadre de la LOLF

Annexe 4 : les déterminants de santé de la loi de santé publique concernant les drogues et les dépendances

Annexe 5 : les sources de données sur la consommation de drogues licites et illicites

Annexe 6 : schéma de mise en perspective du nouveau plan MILDT gouvernemental et des plans départementaux, réalisé par CR BERNARD, IP à la DDASS de la Charente

Annexe 7 : article de la lettre électronique n° 0 de l'Etat en Charente, octobre 2005, relatif à la lutte contre les conduites addictives

Annexe 8 : composition des groupes de travail du plan départemental

Annexe 9 : le projet de plan départemental et ses plans d'actions

Annexe 1 : liste des personnes interrogées

M. le Dr ANTUNA, médecin responsable du CSST d'Angoulême

Mme BALZANO, substitut du Procureur de la Charente

M. BERNARD, IPASS à la DDASS de la Charente

M. BOULANGER, directeur de cabinet du Préfet de la Charente

Mme ELLIOTT, conseillère technique à la DDJS de Charente

Mme FAUVEAU-BERNARD, IASS, DDASS 16

Mme FEIX, coordinatrice santé à la DDPJJ de la Charente

Mme LABUSSIÈRE, directrice du Centre Information Jeunesse d'Angoulême

Mme le Dr LAQUINTINIE, médecin conseiller technique de l'inspection d'académie de la Charente

M. le Dr LECHUGA, médecin inspecteur régional, DRASS Poitou-Charentes

Mme MASSE-DEPESER, infirmière de santé publique, DDASS 16

M. RIVIERE, coordonnateur du PRS suicide et santé mentale pour le département de la Charente

Mme THOMES, directrice de la DDASS Charente

Mme VABRE, CODES Charente

Annexe 2 : grille d'entretien

Trame d'entretien mémoire

Plan départemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances

- Personne interviewée :

Fonction :

Date, heure, lieu :

- Quel est pour vous l'intérêt du plan départemental :

Principal intérêt :

Autres fonctions :

Plutôt utile ou inutile :

- rôle de la DDASS : comment le situez vous :

qu'en pensez vous :

- le rôle des partenaires :

de la préfecture :

du TGI :

des partenaires :

- rôle de l'échelon régional :

articulation avec les programmes régionaux :

- articulation avec d'autres dispositifs :

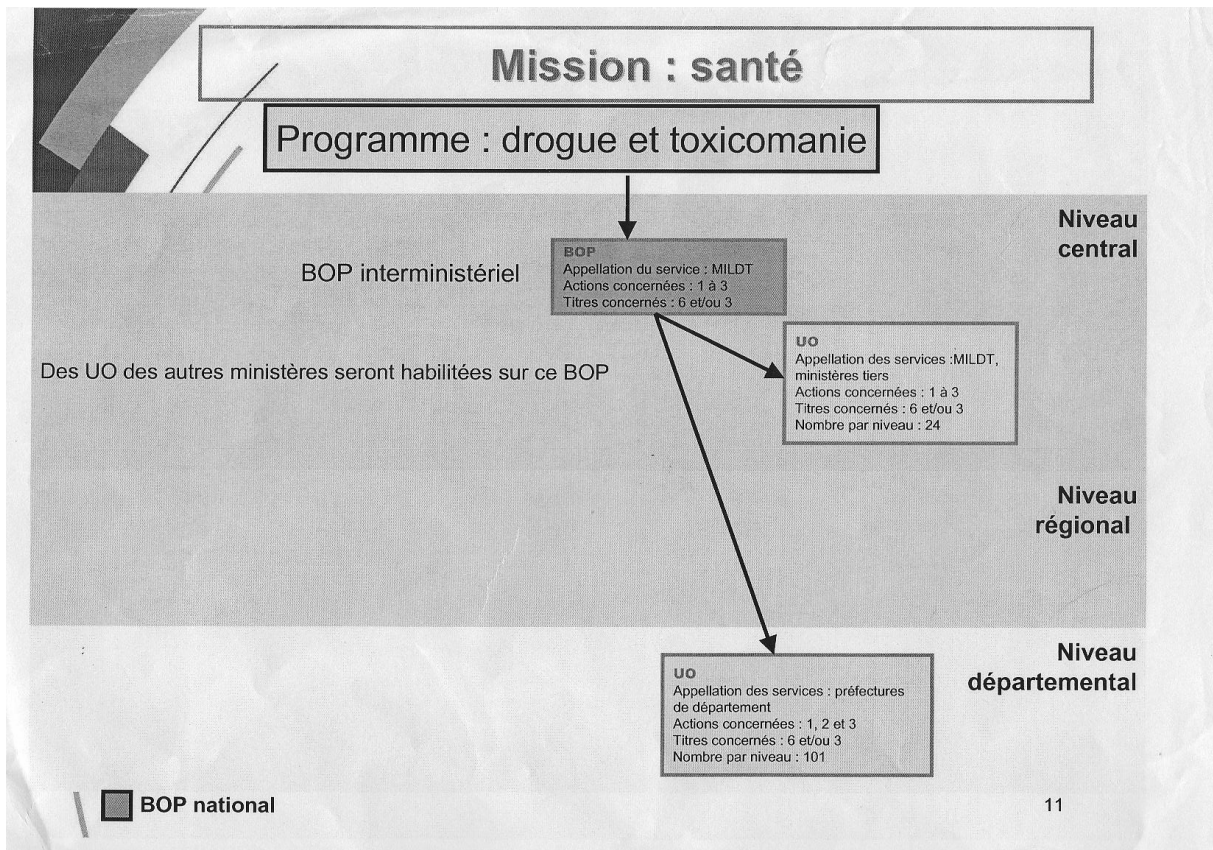
départementaux :

autres :

- d'après vous, comment pourrait-on améliorer l'efficacité et l'efficience du dispositif départemental ?

- Observations et remarques :

Annexe 3: schéma de la mission santé – programme drogue et toxicomanie dans le cadre de la LOLF



Annexe 4 : les déterminants de santé de la loi de santé publique concernant les drogues et les dépendances

DETERMINANTS DE SANTE DU PLAN NATIONAL SANTE PUBLIQUE (LOI DU 9 AOUT 2004)

ALCOOL				
N°objectif dans le plan national		OBJECTIF	OBJECTIF PREALABLE	INDICATEURS
1	Objectif quantifiable	Diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20% ; passer de 10,7 l/an/habitant en 1999 à 8,5l/an/habitant d'ici 2008		Consommation annuelle d'alcool par habitant
2	Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques	Réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance	Estimer la prévalence des usages à risque ou nocif (entre 2 et 3 millions de personnes selon les données disponibles aujourd'hui) et l'incidence du passage à la dépendance (inconnue).	<ul style="list-style-type: none"> - Age moyen d'initiation à l'alcool - Prévalence des comportements d'ivresse répétée, - Proportion de femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant leur grossesse.

TABAC				
3	Objectif quantifiable	Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici à 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence).		-age moyen d'initiation au tabac prévalence des fumeurs (fumeurs quotidiens) par sexe, classe d'âge et catégorie socio-professionnelle. Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse.
4	Objectif dont la quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques	Réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.	L'objectif sur le tabagisme passif est à quantifier pour les autres lieux que les établissements scolaires. Il faut construire ou identifier le dispositif de mesure.	- Proposition des lieux de loisirs (restaurants, discothèques...) où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés. - Proportion de lieux de travail où l'usage du tabac est prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés.

MALADIES INFECTIEUSES

36	Objectifs quantifiables	Infection VIH-sida : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000°		Incidence des cas de SIDA
----	-------------------------	--	--	---------------------------

AFFECTIONS NEUROPSYCHIATRIQUES

56	Objectifs quantifiables	Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : maintenir l'incidence des séro-conversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC.		<ul style="list-style-type: none"> - Incidence du VIH à partir des déclarations obligatoires de séropositivité mises en places à partir de 2003 - Prévalence biologique du VHC dans les enquêtes sur les populations d'usagers de drogue : première enquête COQUELICOT en 2004.
----	-------------------------	---	--	---

58		<p>Toxicomanie : dépendance aux opiacés et polytoxicomanies : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des usagers dépendants des opiacés et des polyconsommateurs.</p>	<p>Estimer le taux de rétention en traitement de substitution.</p>	<p>- taux de rétention en traitement de substitution.</p>
----	--	---	---	--

Annexe 5 : Précisions sur les sources de données en matière de drogues et de dépendances

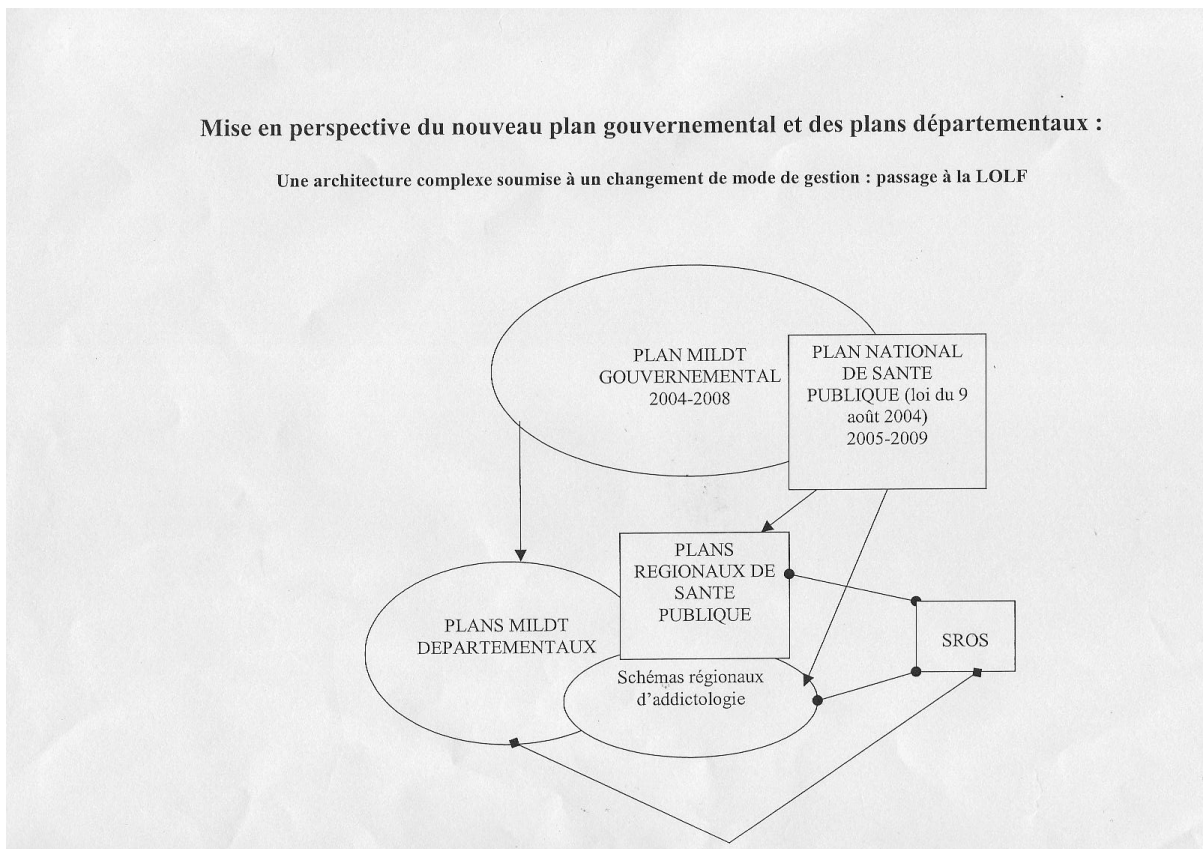
Les données présentées en 2 proviennent des enquêtes suivantes :

- l'Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes (EROPP 2002) de l'OFDT ;
- le Baromètre santé 2000 coordonné par l'INPES, qui présente l'intérêt de poser davantage de questions et de reposer sur un échantillon plus important ;
- les enquêtes *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD, 1999, 2003) de l'OFDT et de l'INSERM, offrent pour leur part une observation des usages chez les jeunes adolescents en particulier ceux âgés de 12 à 16 ans qui restent très majoritairement scolarisés.
- Les données locales proviennent aussi de la base d'information ILIAD, qui regroupe les principaux indicateurs disponibles aux niveaux départemental et régional dans le domaine des addictions aux substances illicites et licites. Elle comprend des données fournies dans l'ensemble des départements et ne contient pas de chiffres issus d'enquêtes spécifiques menées au plan local. Les données présentées sont issues de différentes sources, mentionnées en détail dans la base : statistiques de ventes, statistiques obligatoires (décès), statistiques issues de l'activité des institutions à caractère répressif ou intervenant dans la prise en charge sanitaire et sociale. Il est à remarquer qu'en raison de la taille des échantillons, les chiffres issus d'enquêtes nationales auprès de l'ensemble de la population sur les consommations déclarées des différentes substances ne sont pas disponibles pour tous les départements ni même jusqu'à maintenant pour toutes les régions. Les données sont disponibles par région ou par département. A des fins de comparaison, les données sont systématiquement rapportées à la population concernée de cette zone. La mention des données nationales et du rang de classement de chaque département/région pour un indicateur donné permet également de situer chaque zone par rapport aux autres et à l'ensemble national.
- Les Enquêtes sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD, 2000, 2001, 2002, 2003) de l'OFDT, permettent de faire annuellement le point sur les niveaux de consommation de substances psychoactives des jeunes de 17-18 ans et de présenter les évolutions récentes de ces pratiques à la fin de l'adolescence, elles permettent également de proposer un atlas régional des consommations adolescentes ; En interrogeant régulièrement lors de leur journée d'appel de préparation à la défense, un échantillon représentatif des jeunes de 17 et 18 ans sur leurs usages d'alcool, de tabac, de

médicaments psychotropes et de drogues illicites, ESCAPAD constitue un véritable baromètre de ces comportements à un âge stratégique. Elle dresse un état des lieux des consommations au plan national et au plan régional suivant les substances, offrant ainsi des indicateurs comparables sur toute la métropole (elle porte sur les 95 départements de métropole).

- Le rapport TREND centre ses constatations sur des usages concernant un nombre réduit d'individus en France. Il vient donc en complément des dispositifs traditionnels d'observation des toxicomanies. TREND a pour objectif de fournir, de façon précoce, aux différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie, et notamment aux décideurs, des informations sur les phénomènes émergents liés à l'usage de drogues.

Annexe 6 : schéma de mise en perspective du nouveau plan MILDT gouvernemental et des plans départementaux, réalisé par CR BERNARD, IP à la DDASS de la Charente



La lutte contre les conduites addictives en Charente

Mobilisation contre l'usage du Cannabis

La région Poitou-Charentes figure aux premiers rangs pour la consommation de cannabis et d'alcool notamment chez les jeunes.

Le département n'échappe pas à ce véritable fléau et nécessite la mobilisation de tous les acteurs pour mener une politique de prévention offensive et une action répressive sur le principe de la **Tolérance Zéro**.

La Préfecture, le Tribunal de Grande Instance et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ont récemment réuni les différents intervenants avec pour objectif d'élaborer le Plan Départemental de Lutte contre les Conduites Addictives pour la période 2005-2008. D'ici la fin de l'année, associations, services sociaux, représentant du secteur médical, collectivités locales, services de l'Etat et forces de l'ordre vont échanger leurs expériences pour définir les actions selon deux priorités :

- **L'usage de cannabis** qui constitue la menace principale pour les jeunes et le premier contact avec le monde de la drogue, avec le risque d'une consommation ultérieure d'autres produits stupéfiants (extasy, cocaïne, héroïne...);
- **Dépendances et précarité** parce que difficulté et détresse sociale sont régulièrement associées à la consommation d'alcool et produits stupéfiants.

Des groupes de travail mis en place, pour parvenir à l'élaboration du Plan Départemental dans le délai fixé, devront aborder et établir des propositions tant dans le domaine préventif que celui du domaine répressif et du nécessaire accompagnement médico-social des toxicomanes ou des personnes vulnérables.

Seuls deux objectifs ont volontairement été retenus pour réduire les risques de dispersion d'action et pour concentrer l'action collective pour permettre, dans les délais les plus brefs, de faire régresser le phénomène qui affecte aveuglément les générations les plus jeunes qui constituent l'avenir de notre société. <http://www.drogues.gouv.fr/fr/index.html>

Annexe 8

Composition des groupes de travail du plan départemental

Composition du groupe « Cannabis »

Animatrice du groupe : Mme LABUSSIÈRE, directrice du CIJ

Rapporteur du groupe : Mme ELLIOT, conseillère technique DDJS

Membres : TGI, inspection d'académie, DDSP, DDPJJ, douanes, DDJS, COMAGA, juge des enfants, JAP, CODES, AGORA, mission locale, CPAM, ASERC

Participation DDASS : M. DEPESER, infirmière de santé publique

Composition du groupe « Dépendances et publics précaires »

Animatrice du groupe : Mme le Dr TABUTEAU, praticien hospitalier CHG

Rapporteur du groupe : M. le Directeur départemental des renseignements généraux

Membres : DDTEFP, gendarmerie, maison d'arrêt, conseil général, Juge aux Affaires Familiales, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, CODES, fédération des centres sociaux, ANPAA, mutualité Charente, Mutualité Sociale Agricole, OMEGA, ENFIN, médecins du monde, Angoulême Solidarité, CCAS Angoulême, CCAS Cognac

participation DDASS : F. MAUMY, secrétaire administratif

Le projet de nouveau plan départemental Charente et son plan d'actions

(document présenté par la DDASS au comité de pilotage en janvier 2006)

1. La structure du nouveau plan départemental :

Le projet de nouveau plan départemental soumis au comité de pilotage devrait comprendre en tout sept chapitres venant s'insérer dans trois grandes parties :

- première partie : le cadre général du dispositif
 - chapitre I: le cadre de référence du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.
- deuxième partie : le diagnostic
 - chapitre II: les tendances actuelles de la consommation de substances psychoactives au niveau national
 - chapitre III: la consommation de substances psychoactives dans le département de la Charente
 - chapitre IV: la prévention des consommations de substances psychoactives dans le département de la Charente
 - chapitre V: l'organisation des soins aux personnes dépendantes dans le département de la Charente
- troisième partie : les orientations et le plan d'action
 - chapitre VI : le programme départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool
 - chapitre VII : le suivi et l'évaluation du programme départemental

2. Les priorités et le plan d'actions :

Elles sont donc retracées dans le chapitre VI du plan.

Le projet de plan comprend 2 axes stratégiques:

- prévenir la banalisation du cannabis et prendre en charge les consommateurs dépendants
- favoriser une prise en charge socio-sanitaire globale des consommateurs dépendants précaires

Ces deux axes stratégiques sont déclinés en 7 objectifs opérationnels (4 pour le premier, 3 pour le second), eux-mêmes détaillés en 20 actions.

AXE STRATEGIQUE N° 1 :

PREVENIR LA BANALISATION DU CANNABIS ET PRENDRE EN CHARGE LES CONSOMMATEURS DEPENDANTS

1.1 Organiser et promouvoir un réseau départemental des acteurs intervenant en prévention des dépendances

Action 1

Renforcer le nombre et la compétence des acteurs intervenant auprès des publics jeunes et/ou leur entourage

Action 2

Former les acteurs de prévention du milieu scolaire (circulaire DESCO/EN)

1.2 Recenser, promouvoir, coordonner les actions conduites dans le département

Action 3

Mettre en place une coordination suite à la disparition du CIRDD départemental

1.3 Informer et sensibiliser

Action 4

Relayer les campagnes de communication nationale et diffuser les outils méthodologiques et pédagogiques

Action 5

Sensibiliser les médecins généralistes

Action 6

Informier le public déscolarisé (16-25 ans)

Action 7

Informier les parents par le biais des réseaux (FCOL, REAAP, parents d'élèves, etc...)

1.4 Organiser la complémentarité de la prise en charge des consommateurs

Action 8

Formaliser la mise en place du partenariat existant entre la justice et le CSST AGORA par la mise en œuvre d'une convention

Action 9

Aider au repérage et à l'orientation des jeunes en difficultés avec leur consommation

Action 10

Créer un réseau de soin

AXE STRATEGIQUE N° 2 : FAVORISER UNE PRISE EN CHARGE SOCIO SANITAIRE GLOBALE DES CONSOMMATEURS DEPENDANTS PRECAIRES

2.1 Permettre à l'ensemble des acteurs du champ médical, préventif, social et judiciaire, de partager des définitions , des outils et des indicateurs communs

Action 1 : Elaborer des définitions communes de la précarité, de la dépendance et du secret partagé.

Action 12 : Définir des indicateurs

Action 13 : Réaliser un outil opérationnel de diagnostic

2.2 Développer et structurer le travail en réseau multidisciplinaire, départemental et territorial centré sur l'utilisateur.

Action 14 : Créer une coordination pour structurer le réseau

Action 15 : Améliorer la lisibilité de l'offre de prévention et de prise en charge pour les professionnels (répertoire)

Action 16 : Améliorer la lisibilité de l'offre de prévention et de prise en charge pour les usagers (répertoire)

Action 17 : Créer un outil permettant le partage d'information afin de d'améliorer la cohérence des prises en charge des opérateurs des différents champs.

Action 18 : Mettre en place un groupe de suivi permettant d'adapter le dispositif de façon réactive en fonction des évolutions

2.3 Renforcer et adapter l'offre d'accompagnement des publics dépendants précaires

Action 19 En direction des détenus et sortants de prison

Action 20 Mieux prévenir et traiter les co-infections : problème d'ordre psychologique, comorbidité, pathologie aiguë ou chronique...