

Plan régional
de lutte contre
les drogues
et les conduites
addictives
2015-2017



SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
Contexte	4
Publics prioritaires du plan	5
Les enfants et les jeunes	5
Les femmes dont femmes enceintes	6
Les populations vulnérables	6
La famille	6
MÉTHODOLOGIE	7
Bilan du plan 2009-2011	7
Etat des lieux	8
Concertation autour de l'élaboration du plan	8
Rédaction du plan	9
Validation du plan	9
Publication du plan	9
PILOTAGE, MISE EN ŒUVRE, ÉVALUATION DU PLAN	10
ÉTAT DES LIEUX	12
Quelle situation à la Martinique ?	12
Problématiques identifiées par les acteurs	13
L'organisation du système de santé dans le domaine des addictions	16
La politique de santé en matière de lutte contre les addictions	16
Le dispositif de prévention et de prise en charge	18
L'action de l'État en matière de lutte contre le trafic et application de la loi	25
AXES STRATEGIQUES DU PLAN	27
Améliorer l'information et la communication sur les drogues et les conduites addictives	27
Accroître la visibilité de la politique régionale	27
Accroître l'information des martiniquais	28
Accroître l'information des professionnels	29
Augmenter la qualité et l'efficacité de la prévention	29
Promouvoir l'acquisition de comportement favorables chez les enfants et les adolescents	30
Réduire les risques pour les populations les plus exposées	31
Améliorer la qualité des interventions	31
Développer l'accompagnement des populations concernées	32
Promouvoir le rôle des familles dans la prise en charge	32
Faciliter la prise en charge des populations présentant des comorbidités	32
Favoriser l'accompagnement des populations vulnérables	32
Agir pour la lutte contre les trafics et l'application de la loi	33
Agir en amont des trafics	33
Adapter la réponse publique à l'échelle des trafics de stupéfiants	34
Agir en aval des trafics par un renforcement de la lutte contre le blanchiment des capitaux illicites et de l'approche patrimoniale des enquêtes judiciaires	36
Agir sur les grandes tendances émergentes en matière de production et d'offre	36
CONCLUSION	38

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

Créée en 1982, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (Mildt) s'appelle désormais **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)**, en application du décret n° 2014-322 du 11 mars 2014.

Placée sous l'autorité du Premier ministre (Article R.3411-13 du code de la santé publique), la Mildeca est chargée d'animer et de coordonner les actions de l'Etat en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies, en particulier dans les domaines de l'observation, de la recherche, de la prévention, de la prise en charge sanitaire et sociale et de la lutte contre le trafic.

Dirigée par une présidente (*Madame Danièle JOURDAIN-MENNINGER, nommée le 12 Septembre 2012*) assistée d'un délégué, la Mildeca dispose pour son fonctionnement de personnels issus des différents départements ministériels.

Une lettre de mission adressée par le Premier ministre fixe les grandes orientations qui devront guider l'action de la présidente de la Mildeca. Ces orientations sont regroupées dans **le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017**.

Le plan gouvernemental présente 5 grandes priorités :

- **Prévenir, prendre en charge et réduire les risques**
- **Intensifier la lutte contre les trafics**
- **Mieux appliquer la loi**
- **Fonder les politiques de lutte contre les drogues et les conduites addictives sur la recherche et la formation**
- **Renforcer la coordination des actions sanitaires nationales et internationales.**

Ce plan quinquennal est décliné en deux plans d'actions biannuels 2013-2015 et 2015-2017 ; le premier plan biennal a été publié en début d'année 2014.

Les populations des Départements d'Outre-Mer (DOM) font partie des **publics prioritaires** du plan à côté des jeunes, des femmes et notamment les femmes enceintes, des travailleurs pauvres, chômeurs et précaires.

Pour mettre en œuvre ce plan, la MILDECA s'appuie sur des "chefs de projet MILDECA" nommés majoritairement parmi les directeurs de cabinet des préfets, en région. En Martinique, l'équipe chargée d'assurer la déclinaison de ce plan est donc placée sous l'autorité du Préfet.

La Préfecture travaille depuis de nombreuses années de façon dynamique et complémentaire avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la Martinique, acteur incontournable de la politique relative aux addictions.

Le plan régional a donc été élaboré sous l'égide des deux administrations et fera l'objet d'un pilotage commun tout au long de sa mise en œuvre.

Ce plan constitue le cadre de référence stratégique qui va guider l'action dans le domaine de la lutte contre les drogues et les conduites addictives pour la période 2015-2017. Il comporte 4 grandes priorités :

- **Renforcer l'information et la communication sur les drogues et les conduites addictives**
- **Améliorer la qualité et l'efficacité de la prévention**
- **Développer l'accompagnement des populations concernées**
- **Agir pour la lutte contre les trafics et l'application de la loi.**

1.2. Publics prioritaires du plan

Nous sommes tous inégaux face à la consommation de drogues et aux conduites addictives. Les facteurs qui déterminent la consommation de produits psychotropes ou qui engendrent des conduites addictives sont d'origines multiples. L'analyse de ces facteurs passe principalement par l'étude de l'état santé de l'individu et du contexte social dans lequel il évolue.

Aussi, dans la définition de stratégies en matière de lutte contre les addictions, il convient d'appréhender les populations concernées dans leur environnement et pas uniquement à travers, le produit consommé ou leur conduite à risques.

En Martinique, trois catégories de population ont été identifiées comme présentant une exposition plus élevée face aux drogues ou aux conduites addictives.

- Les enfants et les jeunes
- Les femmes dont femmes enceintes
- Les populations vulnérables

Les mesures du plan s'adressent donc plus particulièrement à ces publics. Cependant, elles intègrent aussi les besoins de la population générale et plus particulièrement les familles qui jouent un rôle très important dans le parcours de santé des personnes dites "addictes".

1.2.1. Les enfants et les jeunes¹

La population «enfants et jeunes» concernent trois catégories d'individus :

- les **enfants âgés de 6 à 10 ans**, précoces, sujets au mimétisme et à la surexposition à l'influence des plus grands. ;
- les **jeunes âgés de 10 à 15 ans**, ancrés dans la période intensive d'exploration et d'expérimentation. Cette tranche d'âge nécessite un travail de prévention accru.
- les **jeunes adultes de plus de 16 ans et allant jusqu'à 25 ans**. Ils présentent un risque d'installation d'un comportement addictif et pour lequel, il est nécessaire de poursuivre le travail d'information et d'accompagnement.

¹ Les définitions proposées ci-dessous sont tirées des propositions des acteurs lors du séminaire d'élaboration du plan.

1.2.2. Les femmes dont femmes enceintes

Toutes les femmes à partir du moment où elles sont en âge de procréer (13 à 45 ans) sont concernées par la problématique des addictions. Toutes les catégories socioprofessionnelles sont représentées. Une attention particulière est portée sur :

- **les jeunes femmes** souvent la proie des lobbying alcooliers et qui sont susceptibles de consommer consomment plus ou sinon autant de produits psychoactifs que les hommes
- **les femmes enceintes** susceptible d'avoir un usage de substances psychoactives ou une conduite addictive avec des incidences sur leur progéniture.

1.2.3. Les populations vulnérables

La notion de “personnes vulnérables” fait référence à une personne présentant ou non des facteurs de fragilité, ayant une ou des difficultés sociales, économiques, psychologiques ou environnementales. Elle comprend toutes les classes sociales et ne fait pas de distinction au niveau de l'âge. Elle peut représenter des personnes ayant ou pas de consommation de produits psychoactifs ou des personnes présentant ou non des comportements d'addiction. Dans le cadre du programme, une attention particulière sera portée aux :

- Adultes en situation d'exclusion (difficultés financières, chômage, errance, rupture de soins)
- Population carcérale et sortants de prison
- Personnes ayant des troubles comorbides.

1.2.4. La famille

La famille se définit comme une base, un système, une fondation, une communauté de vie, de liens et d'unité. Elle fonctionne comme un «miroir» et constitue la base de la société. La famille a une composition simple : deux individus, d'au moins deux générations, parents et enfants. Elle peut être monoparentale ou bi-parentale, nucléaire ou recomposée. Son rôle et ses missions concernent le partage, la transmission de valeurs, l'héritage, l'hérédité, le modelage, la sécurité, l'assistance, l'éducation, l'aide, la responsabilité, l'amour et la solidarité. Son mode de fonctionnement peut être source de sérénité, d'opposition ou tout simplement pathogène.

2. MÉTHODOLOGIE

Plusieurs travaux successifs ont permis l'élaboration du plan.

2.1. Bilan du plan 2009-2011

Le **“Plan régional de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool - 2009-2011”** a été validé par le comité de pilotage Mildt le 17 décembre 2009.

Il avait pour objectif de constituer le cadre général de la politique auquel chaque institution et partenaire pouvait se référer pour mieux prévenir les addictions, lutter contre les drogues et leurs conséquences sanitaires, sociales, sécuritaires et judiciaires. sur la période 2009-2011.

Ce plan proposait 4 grandes orientations, elles-mêmes déclinées en priorités :

- Prévenir, communiquer, informer
- Développer le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale et améliorer sa réponse dans le traitement des problèmes d'addictions
- Rétablir la portée de la loi
- Améliorer et évaluer la mobilisation du dispositif d'observation et de recherche au service d'une action plus efficace.

Des travaux portant sur l'évaluation du plan régional 2009-2011 ont notamment permis de recueillir l'avis des acteurs sur ce plan et sa mise en œuvre². Ces travaux n'ayant pas pu être finalisés, le rapport n'a pas fait l'objet d'une publication. Toutefois, certains constats peuvent être mentionnés dans le but de tirer des leçons utiles pour la mise en œuvre du présent plan.

Ainsi, le recueil des avis des acteurs met en avant les constats suivants :

- Le plan 2009-2011 était peu ou pas du tout connu des acteurs, il a été très peu utilisé par ceux-ci ;
- La gouvernance, le pilotage et la coordination autour de ce plan n'étaient pas suffisamment lisibles pour les acteurs ;
- Les priorités d'actions identifiées ont été qualifiées de pertinentes lors de l'évaluation,

Ainsi, le plan 2009-2011 n'aurait pas réellement joué son rôle de cadre de référence stratégique. Et même si certaines mesures ont pu être impulsées durant cette période (permanence des Consultation jeunes consommateurs au sein des établissements scolaires, formations des professionnels, mise en œuvre de sensibilisations aux dangers de l'usage des stupéfiants en lien avec les autorités judiciaires, augmentation du nombre de lits hospitaliers pour l'addictologie, etc.), sans faire l'objet d'une gestion ou d'une coordination dans le cadre du plan. Par ailleurs, un doute persiste sur la réalisation de quelques actions (ex : “soutenir les actions de prévention en milieu pénitentiaire, promouvoir un système permanent de recueil de données”, “évaluer le dispositif sanitaire et social en addictologie”, etc.) d'autant plus qu'elles représentent encore des besoins pour les acteurs de nos jours.

Dans le cadre des travaux d'élaboration du plan 2015-2017, il a donc indispensable de tirer des leçons de l'expérience du plan précédent,

Aussi, il s'agira d'attacher une grande importance:

- à la communication du plan 2015-2017 ;
- à son acceptation et à son appropriation par les acteurs concernés ;
- et à la coordination et l'évaluation des actions du plan.

2.2. Etat des lieux

En 2012, l'ARS a mené des visites de conformité au niveau des structures médico-sociales et de prise en charge³. Le résultat des visites ainsi que les principales conclusions émises ont permis d'évaluer la capacité des structures à accueillir et prendre en charge des populations en demande de soins.

De façon générale, cette capacité n'a pas été remise cause. En revanche, le manque de coordination autour de ces structures a été souligné, de même que le manque d'articulation entre les structures de proximité et le dispositif hospitalier en addictologie. L'ARS a donc opéré à une réorganisation de la filière par le biais de recommandations précises et une augmentation du soutien financier si cela s'avérait nécessaire (ex : travaux de réhabilitation du CSAPA de Clarac).

Dans un second temps, le Réseau Addiction Martinique a mené une enquête entre 2013 et 2014. Cette enquête, qui faisait suite à une commande de l'ARS, avait pour finalité de recenser l'ensemble des acteurs et structures œuvrant dans le champ des addictions. Un questionnaire a donc été créé et des entretiens ont été réalisés dans chaque structure. Cette enquête permis également d'effectuer une analyse globale des points faibles et points forts du dispositif.

Enfin, lors du séminaire d'élaboration du plan, les acteurs consultés ont été invités à mettre en exergue les différentes problématiques identifiées sur le terrain.

2.3. Concertation autour de l'élaboration du plan

L'élaboration du plan régional a fait partie des priorités de la Préfecture et de l'ARS depuis le terme du précédent plan dès publication du plan gouvernemental 2013-2017. Ainsi, plusieurs réunions de concertation ont eu lieu entre les deux institutions, pour préparer les travaux d'élaboration du plan. L'organisation d'un séminaire pour travailler avec les acteurs concernés constitue donc une décision commune.

En effet, un **séminaire de réflexion a été organisé les 28 et 29 octobre 2014** à l'hôtel Batelière. **Mme Jourdain-Menninger, présidente de la MILDECA** a accepté de faire l'ouverture des travaux.

Ce séminaire a regroupé plus d'une centaine de personnes (institutionnels des secteurs de la santé, de la justice, police, gendarmerie, collectivité, associatifs, professionnels de l'addictologie, professionnels de santé).

En amont les réunions de préparation, en comité restreint, ont permis d'identifier les publics à cibler comme prioritaires dans les mesures du programme. Ainsi, lors du séminaire, les acteurs regroupés en

³ Loi du 2/01/2002 – Décrets du 14/05/2207 et 24/01/2008 - Article D.313-13 du Code de l'action sociale et des familles.

ateliers (1 population = 1 atelier) ont été invités à faire des propositions. Quatre grandes questions ont guidé la réflexion des acteurs :

- Quelles sont les principales caractéristiques et problématiques du public visé ?
- Quelles sont les forces et faiblesses du dispositif régional dans le champ des addictions ?
- Quelles difficultés le public rencontre-t-il tant en terme d'information /communication, que de prévention et d'accompagnement médico-social ?
- Quelles sont les stratégies les plus appropriées pour intervenir auprès de ce public ?

Il convient de noter qu'un atelier a dû, faute de participant, être organisé un mois après le séminaire (atelier femmes et femmes enceintes) mais avec la même trame de réflexion.

Ensuite et afin d'analyser les diverses et nombreuses propositions remontées, des réunions de travail ont été organisées en comité restreint ainsi qu'avec les animateurs des ateliers. Celles-ci ont permis de dégager des mesures transversales et d'affiner la stratégie qui sera présentée.

L'idée force qui a guidé le choix des mesures mentionnées dans le texte final était de retenir les propositions dont le caractère prioritaire, opérationnel et réaliste n'était plus à démontrer.

2.4. Rédaction du plan

Le GIP ACM a retranscrit l'ensemble des éléments proposés par les acteurs dans un document de synthèse.

L'ARS et la Préfecture ont ensuite procédé à la rédaction du texte final.

2.5. Validation du plan

Dans sa première version, le texte du plan a fait l'objet d'une relecture du comité technique.

Le document finalisé sera ensuite présenté aux différentes instances concernées : Copil régional MILDECA, Commission de Coordination des Politiques Publiques et Commission prévention de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA).

2.6. Publication du plan

La communication du plan fait partie des mesures de ce dernier.

Afin de faciliter sa présentation ou son appropriation, des supports spécifiques de présentation seront élaborés et diffusés. Enfin, il sera accessible sur les sites Internet de l'ARS et de la Préfecture.

Une diffusion la plus large possible se fera à tous les acteurs concernés.

3. PILOTAGE, MISE EN ŒUVRE, ÉVALUATION DU PLAN

Le chef de projet MILDECA positionné au niveau de la Préfecture de région coordonne les actions des services déconcentrés sur l'ensemble du champ des addictions.

Pour ce faire, il peut réunir régulièrement (de une à deux fois par an) **un comité de pilotage (Copil) MILDECA** qui constitue alors le lieu principal d'animation de la politique publique.

Le Copil MILDECA se compose des principaux partenaires, représentant de l'État, concernés par les questions des drogues et des conduites addictives, à plusieurs titres :

- soit parce que leurs publics sont directement concernés (ex : l'Éducation nationale, la Protection judiciaire de la jeunesse, collectivités territoriales) ;
- soit parce qu'ils interviennent sur la réduction de l'offre des produits ou sur leur réglementation, apportant une connaissance de terrain sur les pratiques d'infractions à la législation sur les stupéfiants (ex : Police, Gendarmerie, Douanes, Justice)
- soit parce qu'ils interviennent sur l'offre sanitaire (prévention + soins). C'est le cas de l'ARS.

Dans le champ des addictions la politique de santé menée par l'ARS porte sur deux dispositifs majeurs : la prévention et la prise en charge médico-sociale et sanitaire. A ce titre, l'ARS développe une politique en matière de prévention à travers laquelle elle impulse et soutient des projets proximité notamment dans le champ des addictions. Elle assure également la gestion, le suivi et le financement des structures médico-sociales et hospitalières en addictologie.

La politique de santé relative à lutte contre les addictions relève d'une mission obligatoire de l'ARS tout comme la déclinaison des mesures du plan gouvernemental relève du chef de projet MILDECA nommé en région.

En conséquence, l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de ce plan reposent sur les missions des deux institutions investies dans la lutte contre les drogues et les conduites addictives. **La Préfecture et l'ARS assureront donc un co-pilotage de ce plan, en s'appuyant sur le Copil MILDECA.**

Toutefois, certaines actions du plan feront l'objet d'une gestion directe de l'une ou l'autre institution, en fonction du champ de compétence concerné.

S'agissant des **crédits dédiés à la mise en œuvre du plan**, l'administration annuelle des crédits MILDECA attribués à la Préfecture prend la forme d'une procédure d'appel à projet invitant des opérateurs à déployer des actions qui s'inscrivent dans les priorités retenues.

De son côté, l'ARS, lance une campagne annuelle de financement pour des actions de proximité de prévention, dispositifs d'appui ou action ponctuelle ainsi qu'une campagne budgétaire destinée aux financements des structures médico-sociales. Pour les mesures qui relèvent du champ strictement sanitaire, l'ARS se réfère aux mesures inscrites dans le schéma d'organisation sanitaire (SROS).



D'autres sources de financement pourront être sollicitées en fonction de la nature du projet ou de l'action. Ce volet sera traité au sein du Copil MILDECA ou des instances de l'ARS qui le permettent.

Concernant **l'évaluation du plan**, elle sera réalisée tout au long de la mise en œuvre selon des indicateurs qui seront fixés et conformément aux actions envisagées.

Une évaluation finale sera effectuée en 2017 pour rendre visible les résultats atteints dans ce cadre.

4. ETAT DES LIEUX

4.1. Quelle situation à la Martinique⁴ ?

La Martinique présente quelques particularités par rapport aux autres régions d'Outre-Mer et par rapport à la France hexagonale. **L'usage d'alcool y est relativement répandu alors que la Martinique est la région de France où la consommation de tabac est la plus faible. Les produits interdits par la loi et d'usage fréquents sont principalement le cannabis et le crack alors que les opiacés ou les drogues de synthèse sont peu utilisés.**

L'alcool est la principale substance psycho-active utilisée en Martinique, que ce soit chez les jeunes ou chez les adultes. Les consommations d'alcool se font plus sur un mode hebdomadaire ou occasionnel que quotidien. Les femmes sont plus volontiers abstinentes que les hommes et consomment en moins grande quantité : en moyenne, les hommes qui déclarent consommer de l'alcool ont bu 2,6 verres d'alcool lors de leur dernière journée de consommation, versus 1,9 pour les femmes.

En Martinique la consommation d'alcool s'avère relativement répandue chez les jeunes et chez les adultes. En effet **le département se place dans les six régions les plus concernées par le risque de dépendance** (12,6%). Les quantités les plus importantes sont observées chez les 18-24 ans avec 3,4 verres en moyenne lors de la dernière occasion de consommer.

C'est le week-end, et en particulier le dimanche que les personnes interrogées déclarent le plus souvent avoir bu de l'alcool : 32,5 % des buveurs de la semaine ont bu de l'alcool le dimanche contre 15,5 % le samedi ; 12,2 % le lundi ; 10,4 % le vendredi ; 9,9 % le mercredi ; 8,1 % le jeudi et 7,5 % le mardi.

Le champagne est la boisson alcoolisée la plus consommée en Martinique : 67,6 % des personnes interrogées en ont bu au moins une fois au cours des 12 derniers mois (59,3 % déclarent en consommer une fois par mois ou moins souvent). Vient ensuite le vin : 60,3 % des personnes interrogées en ont consommé au cours de l'année et 9,3 % d'entre elles au moins une fois par semaine

La consommation d'alcool fort est moindre avec 50,8 % des individus en ayant consommé au cours de l'année.

Pour l'ensemble des personnes interrogées, la bière n'arrive qu'en quatrième position des boissons les plus consommées (30,9 % des personnes interrogées déclarent consommer de la bière au moins une fois par mois).

Toutefois, la bière arrive en première position chez les jeunes hommes de 18 à 34 ans (79,2 % d'entre eux déclarent en avoir consommé au moins une fois contre 77,4 % pour le champagne, 67,3 % les alcools forts et 42,2 % le vin).

Chez les adultes, le crack et le cannabis sont les produits les plus consommés.

En effet, l'usage des produits illicites se caractérise par un recours préférentiel aux produits qui se fument (cannabis et crack) contrairement à la variété de produits présents dans l'Hexagone (héroïne, ecstasy, amphétamines, GBH, GBL...) très peu présents en Martinique.

⁴ État des lieux de la consommation de substances psycho-actives en Martinique – Dr Sylvie Merle – Observatoire de la Santé de la Martinique (OSM) 2012.

Le crack et cannabis sont beaucoup plus présents dans la rue alors qu'à domicile ou dans le milieu festif privé ou public (boîte de nuit) où l'on assiste à la consommation de cocaïne essentiellement et dans une moindre mesure l'ectasy et l'héroïne.

Si elle reste circonscrite à une population très marginalisée, la consommation de crack à la Martinique, a des conséquences dévastatrices sur les plans sanitaire, social et humain. L'âge moyen de l'expérimentation du crack est de 24 ans dans 36% des cas, la consommation régulière débute rapidement, la même semaine que la première prise.

La prévalence de la consommation de crack est estimée à 5 personnes pour 1000 en Martinique, mais elle s'élève à 1% chez les 15-44 ans. Ce taux est nettement plus élevé que les taux d'usagers de crack observés en France métropolitaine.

Il ne faut pas oublier de préciser l'association très fréquente réalisée par les consommateurs, de boissons alcoolisées (bière ou rhum dans la rue, vins et autres à l'intérieur) avec les produits qui se fument que soit chez les adultes ou chez les jeunes.

Chez les jeunes, les produits consommés sont d'abord l'alcool, puis le tabac et le cannabis. Le cannabis est le produit illicite le plus consommé chez les jeunes domiens dont les jeunes Martiniquais, suivi de très loin par la cocaïne.

On observe une augmentation des ivresses chez les jeunes. L'expérimentation du cannabis concerne 34% des jeunes de 17 ans.

En milieu scolaire (enquête ETADAM 2008), on observe une augmentation avec l'âge et des usages plus fréquents chez les garçons que chez les filles, sauf pour le tabac.

En ce qui concerne les consommateurs, les populations prises en charge dans les structures de soins sont généralement âgées entre 18 et 50 ans et plus, de sexe masculin (8 à 9 hommes pour 1 femmes), présentant des difficultés sociales, souvent précaires voire marginalisées. Certaines personnes bénéficient du soutien de leur entourage mais on retrouve beaucoup de personnes isolées /exclues. Les structures doivent généralement concilier soins et accompagnement social dans les programmes de prise en charge proposés.

4.1.1. Problématiques identifiées par les acteurs

Lors du séminaire, il a été demandé aux acteurs de mettre en exergue les éléments qu'ils considéraient comme problématiques concernant l'information, la prévention et l'accompagnement des quatre publics retenues comme prioritaires et leur situation face aux produits. **Ainsi, il s'agit ici de dresser un résumé des constats remontés qui pourra être éventuellement complété par des études ou données d'études ultérieures.** La présentation ci-dessous est réalisée par publics pour respecter les propos de chaque groupe. Maintenant, l'on peut relever des problématiques communes à toutes les catégories de populations.

En ce qui concerne les enfants et les jeunes

D'une manière générale, les actions de prévention sur les addictions sont bien accueillies par les enfants et les jeunes. Cependant les modalités et outils d'intervention sont souvent trop peu adaptés au public

bénéficiaire et nécessiteraient l'implication et l'intégration des jeunes lors de leur conception et lors de la mise en place d'actions. Les nouveaux vecteurs de communication utilisés par les jeunes sont la plupart du temps sous utilisés.

En milieu scolaire, l'organisation des actions de prévention est souvent laissée à l'appréciation des chefs d'établissements et l'impact des interventions n'est pas mesuré ni valorisé.

L'absence de coordination et de mutualisation des moyens ne permettent pas la mise en place de programmes d'actions préventives régionales concertées.

L'ensemble des dispositifs mis en place (Consultation Jeunes Consommateurs, Points écoute jeunes...) permettent une certaine proximité entre les jeunes, les travailleurs sociaux et les infirmières scolaires.

Mais en dépit de l'implication des acteurs de terrain, de la volonté et de l'énergie déployée, on observe :

- un manque de communication entre les unités d'accompagnement et de prise en charge,
- une absence de passerelle entre le social et le médico-social,
- un manque de personnes formées pour intervenir auprès de ce public au sein des associations de proximité,
- un manque de lieu d'accueil dédié pour le jeune public,
- un manque de visibilité des acteurs spécialisés,
- une nécessité d'avoir une approche globale incluant l'environnement social et familial.

Il existe par ailleurs, un déficit de diagnostic actualisé sur les comportements addictifs, associé à un manque d'évaluation pertinente des besoins des jeunes.

En ce qui concerne les femmes et femmes enceintes

Le lobbying autour de l'alcool est bien présent à la Martinique. Des visuels attractifs à destination des femmes ont tendance à féminiser les alcools, à en cacher la présence et à le banaliser. Certaines adolescentes (17-20 ans) cultivent le goût du risque avec une perte des valeurs. Leur consommation festive entraîne quelques fois des conduites à risque sexuel et des comportements de prostitution.

Les femmes touchées par les addictions méconnaissent d'une manière générale les effets des produits psychoactifs. L'environnement social, l'entourage, l'isolement familial et social, les prédispositions, les antécédents traumatiques et psychiatriques, l'histoire personnelle, les problèmes d'estime de soi, les éléments du parcours personnel (emploi, rupture familial), "l'héritage génétique" avec le syndrome d'alcoolisation fœtal et les conditions de logement sont autant de facteurs responsables ou ayant une incidence directe sur la consommation de ces produits.

Des comas éthyliques ont été observés aux urgences pédiatriques de la Maison de la Femme de la Mère et de l'Enfants (MFME) du CHUM à Fort-de-France, ce qui requiert de mettre en place à l'intention des parents, des dispositifs de prévention et d'information adaptés, notamment sur les pratiques de consommation des jeunes. Les jeunes femmes, futures mères potentielles ou les jeunes mères sont des publics à cibler pour ces interventions.

Aujourd'hui, les conséquences des troubles causés par l'alcoolisation fœtale sont mieux connues mais on constate encore un manque d'information sur cela tant au niveau des populations concernées que des professionnels. Etant données, les conséquences néfastes qu'ils peuvent engendrer sur le parcours de vie de l'enfant tant au niveau social que de sa santé, le dépistage précoce de ces troubles constitue un enjeu majeur. Impliquer l'ensemble des professionnels concernés est donc primordial. Car, comme tout diagnostic, plus il se réalise tardivement moins le sujet a de chances de bénéficier d'une prise en charge adaptée et efficace.

Au niveau de la population des femmes enceintes, des actions sont déjà proposées par les structures de prévention mais elles restent insuffisantes et leur efficacité reste à évaluer. Pour l'accompagnement médico-social et sanitaire des femmes enceintes, des dispositifs existent et d'autres se développent (ex : consultation spécifique à la MFME pour les femmes enceintes qui dure entre 1h à 1h30, en vue d'identifier des vulnérabilités). A ces dispositifs s'ajoutent les interventions d'autres professionnels concernés par le suivi de grossesse (sage-femme libérale, médecin généraliste, PMI, etc.). L'ensemble de ces initiatives et dispositifs gagnerait à être plus visible et mieux coordonné.

En ce qui concerne les familles

Les professionnels qui interviennent auprès des familles déplorent l'absence de réunions multi-partenariales et sociétales ainsi que les difficultés d'accès à certaines conférences "grand public".

La démarche de communication sur le thème des addictions est quasi inexistante. Un décalage existe entre les attentes des familles et des professionnels. Les familles ne sont sensibilisées que lorsqu'elles sont directement concernées par la conduite addictive d'un proche.

Concernant l'accompagnement social et médico-social, on peut noter l'implication de structures ou bénévoles ("ancienne génération") qui accompagnent les familles, contribuant ainsi au partage d'expériences et à l'entraide. Mais il n'existe pas de dispositif d'accompagnement spécifique bien connu.

Les avis d'experts sont parfois trop divergents ce qui ne favorise pas le partage des connaissances et des pratiques entre professionnels. Au regard des familles, l'addiction n'est pas pensée comme une priorité de santé par les pouvoirs publics.

Populations vulérables

Dans le champ de la prévention à destination des populations vulnérables, il existe un certain nombre d'intervenants qui agissent en "proximité" pour une meilleure prise de conscience de la problématique addiction. Des liens de partenariat forts existent entre les différents acteurs notamment avec la Police et la Gendarmerie nationale, les associations de quartiers, les municipalités. Les actions de prévention sont parfois orientées de manière transversale, sur les compétences psychosociales et sur la participation des familles. Il est à noter une bonne implication des collectivités territoriales dans l'accompagnement des projets.

Cependant, des points faibles subsistent :

- Insuffisance des évaluations des actions
- Manque de coordination entre les différents acteurs du fait d'un manque de visibilité de l'existant
- Nombre de professionnels insuffisant au regard des besoins de ce public
- Difficultés d'accès aux moyens d'information pour ce public
- Inadéquation des actions, des outils d'intervention et des intervenants
- Manque d'intérêt de ce public pour la prévention
- Insuffisance et inadaptation des outils de communication employés à leur égard.

Au niveau de l'accompagnement médico-social, l'existence de structures avec des équipes pluridisciplinaires permet une collaboration et un partenariat entre les professionnels, un accompagnement de proximité des usagers et l'utilisation d'une diversité de méthodes de prise en charge (individuelle, collective) en passant par les consultations avancées, les évaluations sociales, les dispositifs de réduction des risques... Toutefois, le manque de coordination entre les structures, la difficulté à identifier les missions de chacune, le manque de formation des intervenants, l'insuffisance de structures spécifiques et d'acteurs entraînent des difficultés à adapter la prise en charge en fonction des besoins et des profils des publics.

4.2. L'organisation du système de santé dans le domaine des addictions

4.2.1. La politique de santé en matière de lutte contre les addictions

L'ARS met en place et pilote la politique de santé publique à travers le Projet Régional de Santé (PRS). Le PRS se décline en trois composantes :

● Un plan stratégique régional de santé (PSRS)

En s'appuyant sur un diagnostic de l'état de santé des Martiniquais et de l'offre de santé dans la région, le PSRS définit les "grandes orientations stratégiques" de la politique de santé. Il constitue la clef de voûte du PRS.

● Trois schémas régionaux

Ces schémas déclinent les orientations du Plan Stratégique Régional de Santé.

Le Schéma Régional de Prévention (SRP), composé de 2 volets :

- un volet Prévention, promotion de la santé,
- un volet veille, alerte de la gestion des urgences sanitaires et de la sécurité environnementale.

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), composé également de 2 volets :

- un volet hospitalier,
- un volet soins ambulatoires.

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Social (SROMS) chargé de la planification des besoins pour l'offre médico-sociale (personnes âgées et personnes handicapées)

● Quatre programmes d'actions

Ces programmes décrivent certaines modalités d'action des trois schémas :

le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en faveur des personnes les plus démunies ;

le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) ;

le Programme Régional de Télémédecine (PRT) ;

le Programme Régional de Gestion Du Risque (PRGDR).

Les orientations stratégiques relatives aux addictions sont identifiées :

● au niveau du PSRS :

- dans le domaine de la santé mentale : *“Objectif 4 : Organiser en filière complète, allant de la prévention à la réinsertion sociale, la prise en charge des addictions et de la toxicomanie”*
- dans le domaine des maladies chroniques : *“Objectif 4 : renforcer la connaissance sur la situation des maladies chroniques et sur leurs facteurs de risque”*

● au niveau du SROS 3ème génération, volet psychiatrie : “Objectif 3 :

- *Organisation de la prise en charge des addictions en prison et renforcement de la collaboration avec les autres dispositifs, notamment de la filière médico-psycho-sociale et addictologique à la sortie de prison,*
- *Planifier un maillage territorial suffisant des structures d'addictologie à partir d'un schéma régional d'addictologie coordonné”.*

● au niveau du SRP : « Objectif 7 : Prévenir les addictions Objectifs opérationnels

- *Elaborer et mettre en œuvre un programme régional transversal et intersectoriel de lutte contre les addictions*
- *Mener un pilotage transversal et intersectoriel de lutte contre les addictions.*

L'élaboration du plan régional de lutte contre les drogues et les conduites addictives constitue donc une des priorités du SRP. Ce dernier prévoit également de développer une approche transversale et intersectorielle notamment par la mobilisation de tous les acteurs concernés.

L'ARS est par ailleurs engagée dans une démarche de **stratégie territoriale** qui vise à définir, sur chacun des quatre territoires de proximité (Nord Atlantique, Nord Caraïbe, Centre et Sud) les enjeux particuliers et les réponses à apporter dans la proximité à la population. Ce travail se déroule avec l'ensemble des partenaires de chaque territoire et des instances de pilotage ont été installées en 2013 (COFIL régional et Comités de Territoire). Par rapport aux addictions, certaines problématiques ont été mises en avant par les partenaires, dans le cadre de ces travaux, en particulier sur les deux territoires de proximité Nord Atlantique et Nord Caraïbe. Elles concernent plus particulièrement les jeunes et visent, entre autres, les failles de la société (vente d'alcool aux mineurs...), le contexte de vie des jeunes (oisiveté...) et les carences du dispositif de prise en charge (absence de coordination, interventions mal adaptées...).

Les travaux menés ainsi avec les partenaires des territoires conduiront à la rédaction et à la mise en œuvre de programmes territoriaux de santé sur chacun des territoires de proximité. Les orientations ainsi définies tiendront compte des mesures régionales formulées dans ce plan.

4.2.2. Le dispositif de prévention et de prise en charge

4.2.2.1. Dispositif de prévention

Même si l'on dénombre très peu d'opérateurs spécialisés dans le champ (entre 3 et 5 recevant régulièrement des financements spécifiques de l'ARS ou de la MILDECA), on peut souligner leur bonne implantation et leur importante mobilisation sur l'ensemble du territoire.

Ces opérateurs sont majoritairement des associations, des établissements médico-sociaux, des collectivités et des structures privées et les interventions menées prennent principalement la forme de :

● **Séance d'éducation et / ou d'information en milieu scolaire**

En général, les structures proposent de transmettre de l'information sur les risques encourus par la consommation de produits psychoactifs. Il est alors proposé aux élèves, de se questionner sur leur connaissance des risques (questionnaire adapté), sur leur propre consommation et de visualiser les effets concrets d'une consommation excessive avec des outils spécifiques (ex : lunettes de simulation d'alcoolémie, simulateur pour l'alcool au volant...).

● **Action d'information grand public**

Ce type d'action se déroule soit dans un lieu public (manifestations populaires, forum, salon) soit dans les lieux privés recevant du public (soirées festives...). Les structures dressent un stand dans lequel les visiteurs se voient proposer une animation (outils de simulation, éthylotests, etc.) et/ou un dialogue avec un conseiller en prévention afin d'échanger sur la consommation.

● Action de sensibilisation

Les structures œuvrent également pour une mobilisation accrue de tous les professionnels (secteur social, au sein des entreprises, etc). Ces derniers bénéficient ainsi d'actions spécifiques visant à leur apporter les principales informations sur les drogues et les repères nécessaires pour réagir efficacement lorsqu'ils sont confrontés à une situation de consommation à risques.

● Action de repérage, d'écoute, d'orientation et d'accompagnement

Etape non négligeable dans le parcours de soins d'une personne dite « addict », ce type d'action s'adresse essentiellement aux usagers ou ex-usagers et aux familles d'usagers. Les structures mettent en place des cellules d'écoute, des groupes de paroles ou, et c'est en pleine augmentation, des chantiers d'insertion ou de loisirs pour résoudre les problèmes d'oisiveté.

L'objectif principal est d'assurer un suivi des personnes au moment où elles reconnaissent qu'elles ont un problème avec ces produits. Autrement dit ces personnes souhaitent arrêter leur consommation ou veulent être prises en charge ou encore elles demandent du soutien ou un accompagnement pour éviter les rechutes.

Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) jouent cette mission d'écoute, d'orientation et d'accompagnement auprès des jeunes.

Le dispositif de CJC a été créé en 2004 pour répondre à la forte croissance des consommations de cannabis et ensuite à toutes les consommations nocives. Elles sont gratuites et anonymes. Les CJC proposent aux jeunes consommateurs (mineurs ou majeurs) et à leur famille un bilan des consommations, de l'information et du conseil ainsi qu'une aide à l'arrêt. Si nécessaire, elles sont aptes à mettre en œuvre une prise en charge brève ou une orientation vers d'autres structures. Elles prennent en compte toutes les substances psychoactives (alcool, cannabis, cocaïne, tabac...), ainsi que les addictions sans produit (jeux vidéo et d'argent, internet).

La Martinique compte quatre CJC rattachées au secteur psychiatrique (notamment à la pédopsychiatrie (Centre Médico-Psychologique secteur pédopsychiatrique). Par ailleurs, ont été implantés des points d'écoute au niveau des établissements scolaires, rattachés aux CJC. Ces points d'écoute facilitent l'orientation et l'accompagnement au sein des CJC voir du CSAPA pour adolescents.

Généralement, les actions de prévention reçoivent globalement un accueil positif de la part du public. De plus, aujourd'hui elles semblent bien ancrées dans le paysage et leur utilité n'est pas remise en cause. Cependant, il reste encore difficile d'évaluer leur impact surtout lorsqu'elles ne s'inscrivent pas dans la durée. Leur visibilité gagnerait aussi à être renforcée (ex : CJC).

Enfin, sur des aspects relatifs à leur contenu ou à leur mise en œuvre, un certain nombre de points faibles sont à mentionner :

- Les outils d'intervention ne sont pas mutualisés entre acteurs ;

- En milieu scolaire, les interventions ne bénéficient pas de l'implication de tous les acteurs concernés et il n'y a pas d'articulation avec les objectifs pédagogiques ;
- La population des professionnels et/ou bénévoles spécialisés dans le champ est majoritairement vieillissante ;
- Les actions de prévention ne ciblent pas suffisamment les jeunes déscolarisés ou désocialisés.

4.2.2.2. Dispositif de prise en charge

Il comprend des structures médico-sociales et hospitalières.

4.2.2.2.1. Les Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictions (CSAPA)

Les CSAPA ambulatoires constituent des structures majeures au sein du dispositif. Elles permettent d'assurer l'articulation entre la prévention et le soin, ce qui est primordial.

Les CSAPA offrent un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de drogues ou vers un traitement de substitution (pour les personnes dépendantes aux opiacés). Grâce à la pluridisciplinarité des équipes qui y travaillent, la personne bénéficie d'une prise en charge globale, à la fois psychologique, sociale, éducative et médicale. Ces centres proposent différents types d'approche : individuelles (éducatives, sociales, psychothérapeutiques, etc.), collectives (groupes de parole par exemple) et familiales.

Les CSAPA proposent également un accueil pour les membres de l'entourage. Les proches peuvent être reçus de façon ponctuelle ou entamer un suivi régulier. Ce suivi peut prendre la forme d'entretiens individuels avec un professionnel ou de rencontres collectives lors de groupes de parole par exemple.

Actuellement, il existe 6 CSAPA et le dispositif couvre l'ensemble des territoires de proximité de la Martinique :

Nom du CSAPA	Territoire couvert
Centre Maurice Despinoy (ex Colson)	Centre + antenne au Nord Caraïbes
Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique (CHUM) antenne 1	Centre + régional pour lourdes prises en charge
CHUM antenne 2	Nord Atlantique
Saint-Esprit	Sud
Comité Martiniquais de Prévention en Alcoologie et Addictologie	Centre
CROIX ROUGE	Centre

Globalement, l'activité de prise en charge est graduelle selon le niveau de consommation et le statut du consommateur :

- **Jeunes** : CSAPA Maurice Despinoy qui oriente vers les Centre Médico-Psychologique (CMP) ou les Centres de soins pour adolescents (CSA) lorsque nécessaire ;
- **Adultes** : CMPAA, CSAPA Saint-Esprit ;
- **Adultes en difficulté sociale** : CROIX ROUGE FRANCAISE (déploie également un programme de réduction des risques et consultations avancées à la Mangrove dans le cadre de leur Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues) ;
- **Adultes avec des difficultés sociales et psychiatriques** : CSAPA du CHUM (Clarac)

La file active est d'environ 2500 personnes par an.

Le CSAPA de Clarac a été nommé **référént** afin de garantir une bonne coordination de la prise en charge et favoriser l'articulation avec les services hospitaliers.

4.2.2.2.2. Les Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

Les CAARUD s'adressent à des personnes qui ne sont pas engagées dans une démarche de soins ou à celles dont les modes de consommation ou les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, VIH, accidents, etc.). Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés.

Les missions sont multiples :

- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour les usagers de drogues ;
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- L'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- Le développement d'actions de médiation sociale.

En Martinique, il existe un CAARUD porté par la Croix-Rouge Française.

Depuis 2014, il dispose d'un véhicule adapté pour accueillir les usagers dans leur milieu (CAARUD mobile). Le principe est de réaliser deux maraudes en journée par semaine sur des sites différents. Il effectue aussi de la distribution de brochures d'information et de préservatifs ainsi que des consultations médicales, psychologiques et sociales.

La file active est d'environ 30 personnes par an avec nombre de visites allant de 200 à 400 personnes.

4.2.2.3. Les unités hospitalières d'addictologie

Elles proposent majoritairement des consultations externes et des sevrages hospitaliers de courte durée. Elles disposent également de lits dans un service dédié au traitement des addictions. Dans ce cas, elles accueillent les personnes pour un séjour de longue durée. Selon la situation de l'utilisateur, sa vulnérabilité et son souhait, les professionnels l'orienteront de préférence vers l'une ou l'autre de ces prises en charge.

Comme dans les CSAPA, des équipes pluridisciplinaires interviennent dans ces unités hospitalières et y proposent un suivi psychologique, socio-éducatif et médical. Ce suivi dure le temps du sevrage et peut se poursuivre au-delà afin d'accompagner la personne dans sa nouvelle vie sans drogue ou sous traitement de substitution.

En Martinique, le dispositif hospitalier d'addictologie s'organise ainsi :

- **Le CHUM antenne du centre dispose de 2 lits d'urgence** destinés aux urgences psychiatriques, et **de 10 lits pour les personnes souffrant de troubles bipolaires.**
Une unité de tabacologie est en cours de création.
- **Le CHUM antenne de Trinité** propose du traitement de sevrage simple.
Il y a un Projet de développer l'unité de traitement sanitaire des addictions en unité de 18 lits de niveaux 3, pour les sevrages complexes.
- Le CHU du Saint Esprit dispose d'une activité de **soins de suite spécialisés (SSR) en addictologie** avec **21 lits** et une activité de sevrage de niveau II dans 16 lits de médecine.
- **Le Centre Maurice Despinoy** porte les Consultation jeunes consommateurs (CJC), les Centres médico-psychologique (CMP) antennes du Robert et de For-de-France et le Centre de Soins pour Adolescents (CSA)
- **L'ELSA** : L'équipe de Liaison et de Soins en addictologie, équipe mobile qui assure la liaison intra et inter hospitalière entre les services accueillant des patients en difficulté avec l'usage de produits Deux antennes existent, portée par le CHUM (Fort-de-France et Trinité)

L'organisation et la gestion du dispositif d'addictologie est piloté par le service psychiatrie et addictologie du CHUM.

Bien que ce dispositif soit relativement bien doté, il reste encore un effort à fournir sur les points suivants :

- Manque de visibilité des structures et des pratiques professionnelles ;
- Pas ou peu d'évaluation sur le « mieux aller » du patient (non valorisée) ;
- Faible implication de la médecine de ville ;
- Absence de suivi des sortants de prison ;
- Forte concentration des structures dans le territoire de proximité du Centre.

4.2.2.4. La coordination du dispositif : le Réseau addictions Martinique

Le Réseau Addictions Martinique (RAM) a été créé officiellement le 9 février 2006. Cependant, les professionnels constituant ce réseau ont débuté la mise en synergie de leurs compétences dès 2005. En effet, le réseau fonctionne de façon informelle depuis cette date.

La création du RAM découle de la volonté des pouvoirs publics, des professionnels de santé et du social ainsi que de la tutelle sanitaire à organiser la filière addictologique afin de mieux prendre en charge ce grave problème de santé publique à la Martinique.

Le Réseau Addictions Martinique a pour missions de :

- Coordonner les actions,
- Dispenser de la formation aux professionnels,
- Mettre à disposition et diffuser des outils de référence
- Mutualiser les moyens entre structures en charge d'addictologie.

L'ARS s'appuie sur le RAM autour des objectifs suivants (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) :

- Contribuer à l'amélioration de l'organisation et la planification du parcours de santé sur les 4 territoires de proximité ;
- Orienter la prise en charge du patient en situation complexe, en relation avec le professionnel de santé de premier recours ;
- Apporter un appui et un accompagnement aux différents acteurs intervenants auprès de la population ;
- Favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital et avec les intervenants des secteurs sanitaire, prévention, médicosocial et social
- Appuyer la politique de santé.

Le RAM tient donc une place privilégiée dans l'amélioration de la prise en charge coordonnée du patient. Il fédère l'ensemble des acteurs du dispositif.

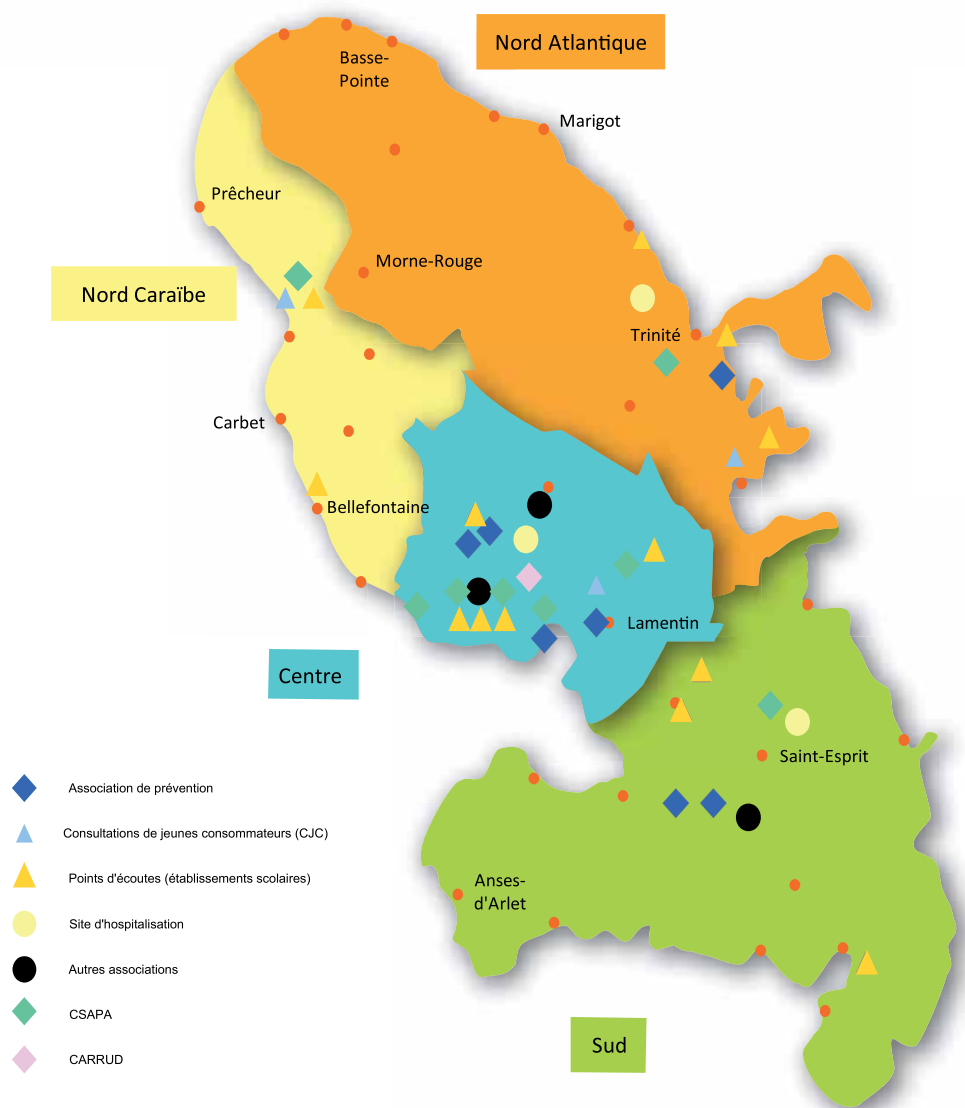
Or, encore aujourd'hui, on constate que non seulement les acteurs ne se connaissent pas entre eux, mais ils ne travaillent pas suffisamment de concert. Dans le domaine de la prise en charge, cette question est plus prégnante

La lutte contre les drogues et les conduites addictives doit être partagée mais surtout elle doit être organisée dans la cohérence et la connaissance de l'ensemble des acteurs.

Il devient impérieux de développer les actions visant à renforcer l'échange de pratique et la mutualisation des pratiques. En ce sens, le rôle du RAM doit être reconnu et renforcé.

4.2.2.5. Représentation schématique du dispositif de santé

Le schéma ci-après représente l'organisation actuelle du dispositif de santé



4.3. L'action de l'État en matière de lutte contre le trafic et application de la loi

Les consommations de substances psychoactives jouent un rôle dans la commission de nombreux faits de délinquance et les trafics qui les entourent menacent les citoyens et la société dans son ensemble.

La consommation de substances psycho-actives par les adolescents et les jeunes adultes constitue une préoccupation importante des familles et des pouvoirs publics. Cette consommation expose les jeunes à de graves conséquences à un âge où se joue leur avenir social et professionnel.

Pour ce qui est du domaine de la répression, les services de l'Etat à la Martinique, sous l'égide du Préfet de Région, conjuguent leurs efforts pour diminuer le trafic de stupéfiants. **D'importants moyens sont déployés par l'Etat tant dans les terres ainsi qu'en mer pour freiner le développement du phénomène.**

On constate que **la drogue** (cannabis, crack, poudre blanche ...) **est massivement présente à la Martinique.** En 2013, on estime les saisies à 3, 5 tonnes de stupéfiants destinées au marché local et au marché international, dont 1,9 tonne saisie « à terre ». Le cannabis représente les trois quarts des saisies opérées à terre, souvent destinées à un usage sur le marché local. **Le cannabis est produit en Martinique mais en faible quantité.** L'important de la production arrive par la mer, sur les plages en provenance des îles avoisinantes (Sainte-Lucie, Saint-Vincent ...). **La Martinique ne constitue pas la destination finale de la drogue mais représente une escale stratégique pour les gros trafiquants.**

Le cannabis est facilement accessible en Martinique et on le trouve à peu près partout sur l'île. L'offre est ainsi massive et contribue voire facilite la demande qui progresse rapidement. La consommation de cannabis en Martinique touche très particulièrement les jeunes.

Par ailleurs, les données de la Justice montrent que plus de **90% des affaires de violences et de délinquances jugées en correctionnel sont liées à des problèmes d'addictions des auteurs des faits.**

Ainsi, notre département se situe à un niveau élevé de faits de violences. Rapportés à la population, ils placent notre île dans le triste palmarès des dix départements les plus violents de France. "Très souvent, la consommation d'alcool ou de stupéfiants, ou la détention d'armes facilitent le passage à l'acte".

En termes de trafic, **la Martinique est à la fois une zone de passage du trafic international, de rebond du trafic inter-îles, de consommation et d'échange de la cocaïne (contre de la résine de cannabis par exemple).**

Dans une approche préventive, la puissance publique doit veiller avec la même exigence à l'application des lois qui protègent et de celles qui punissent ; des lois qui interdisent la vente et de celles qui sanctionnent l'usage. **La lutte contre la délinquance et les trafics est un axe prioritaire du travail des services de sécurité.**

En matière de **trafic international**, les services de sécurité poursuivent une politique visant à développer des affaires d'initiative, par le biais d'un recueil et un enrichissement des renseignements transmis par les pays de la caraïbe.

S'agissant du trafic local, **les opérations de contrôle ont lieu chaque semaine que ce soit aux abords de établissements scolaires, dans le cadre de la Zone de Sécurité Prioritaire (ZSP), ou encore en direction de publics fragilisés, notamment au sein du centre pénitentiaire.**

Les principaux services de l'État qui participent à la lutte contre les trafics sont :

- L'OCRTIS (office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants)
- L'action de l'État en mer
- La douane et les gardes côtes
- La police et la gendarmerie nationales
- Le GIR (groupe d'intervention régional)
- Le CIFAD (Centre Interministériel de Formation Anti-Drogue).

5. AXES STRATÉGIQUES DU PLAN

Le plan régional comporte quatre axes majeurs :

- Renforcer l'information et la communication sur les drogues et les conduites addictives
- Améliorer la qualité et l'efficacité de la prévention
- Développer l'accompagnement des populations concernées
- Agir pour la lutte contre les trafics et l'application de la loi

Les actions mentionnées dans chaque axe sont celles identifiées par les acteurs lors du séminaire et par les animateurs, analysées et formulées pour la rédaction du plan.

Les modalités de mise en œuvre ne sont pas précisées à ce stade et le seront au fur et à mesure de la réalisation du plan avec la rédaction de fiches action.

Ces fiches actions devront être validées par les instances consultatives du plan.

5.1. Améliorer l'information et la communication sur les drogues et les conduites addictives

Cet axe est transversal au plan et présente un intérêt particulier pour la mise en œuvre du plan. Il vise l'ensemble de la population ainsi que les professionnels.

Pour garantir l'efficacité de la politique publique, celle-ci doit tout d'abord être visible et lisible par tous. L'ensemble des dispositions mises en œuvre pour lutter contre les addictions doit être connu de tous, tant les professionnels que la population générale. Ce plan doit constituer le **cadre de référence** de l'ensemble des projets entrepris durant la période 2015-2017.

La communication en santé permet d'influencer la conscience collective. Elle est complémentaire et accompagne l'action de proximité menée. Dans le champ des addictions, nous devons faire face à de nombreux usages et à diverses croyances et représentations. Dans notre société actuelle, ces éléments jouent un rôle important dans la consommation des drogues à tel point qu'elles sont ancrées dans notre mode de vie (fête = alcool par exemple). Les actions de communication grand public peuvent permettre d'agir sur ces usages et représentations, lorsqu'elles sont adaptées et qu'elles suscitent une bonne adhésion de la population.

5.1.1. Accroître la visibilité de la politique régionale

L'objectif est de renforcer la connaissance du système de santé organisé pour lutter contre la consommation de drogues et prévenir les conduites addictives :

En positionnant le plan régional comme cadre de référence

Ce plan regroupe l'ensemble de mesures identifiées comme prioritaires pour lutter contre les drogues et les conduites addictives. Il sera donc nécessaire de communiquer sur celles-ci à la fois auprès du grand public mais également des partenaires institutionnels ou politiques. Pour cela, il faudra travailler à la **lisibilité** (document synthétique), l'accessibilité (diffusion aux partenaires locaux, Internet..) et à la **présentation** (lors de manifestations ou de rencontres institutionnelles...) du plan.

En communiquant sur l'organisation du système

Le dispositif de lutte contre les drogues est relativement bien doté et organisé en Martinique. Il est capable de répondre aux besoins de la population. Dans le domaine de la prise en charge des difficultés ou troubles liés à la consommation de drogues, comme dans le domaine de la répression, un certain nombre de structures sont bien identifiées. Il conviendrait de valoriser leur existence.

L'élaboration d'un **annuaire** ou d'un livret d'information permettrait d'augmenter l'accessibilité des structures et de renforcer le recours à celles-ci par la population.

En renforçant le dispositif d'observation

Les données disponibles actuellement sont issues d'études relativement anciennes (exemple : *Merle S. Enquête CAME. Crack à la Martinique : état des lieux. Observatoire de la santé de la Martinique, rapport d'étude 2008. 64p*). Il conviendrait de relancer des **programmes d'études** visant à obtenir **des données actualisées et mobilisables** pour affiner et mieux cibler la politique menée.

5.1.2. Accroître l'information des martiniquais

L'objectif est d'augmenter le volume d'information diffusée sur le sujet tout en garantissant un accès à une information fiable pour tous :

En développant des campagnes de communication grand public

Les campagnes de communication sont actuellement peu visibles et/ ou mal adaptées. Des travaux visant à la définition de priorités en matière d'information et de communication, en identifiant les thématiques mais aussi de public à cibler seront à développer. Les initiatives locales et adaptées seront privilégiées.

En travaillant avec les médias locaux

Notamment sur la qualité des informations médiatisées, relatives à la lutte contre les drogues. Il convient de garantir la fiabilité de celles-ci. De plus en collaborant avec les médias, on vise à les sensibiliser et à les impliquer dans le champ.

5.1.3. Accroître l'information des professionnels

L'objectif est de favoriser l'échange d'information entre professionnels sur le sujet :

En organisant des rencontres ou dès événements spécifiques

Des initiatives existent déjà (ex : JAAGA) et rencontrent un important succès au niveau de la mobilisation des acteurs. Il faudrait augmenter la régularité des rencontres de ce type par la mise en place de **journées spécifiques d'information et d'échange**. Ces rencontres contribueraient au renforcement des compétences des acteurs mais aussi à la valorisation d'expérience et /ou d'outils d'intervention.

En renforçant l'utilisation de la plate-forme d'échanges et d'informations drogues et dépendances outre mer (PEIDD)

Conformément aux directives de la MILDECA, **le dispositif d'appui drogues et dépendances (DADD) s'est étendu à l'ensemble des départements d'Outre-mer** à l'exception de Mayotte, et intégrant de ce fait la Guyane. Ses missions sont recentrées sur le **partage de l'information et les échanges de pratiques**. L'utilisation de cette plate-forme peut permettre aussi de faciliter les échanges entre professionnels et avec les autres régions d'Outre-mer.

5.2. Augmenter la qualité et l'efficacité de la prévention

L'approche préventive se distingue selon l'étape de consommation dans laquelle l'individu se situe :

Avant la consommation : la prévention se traduit en un ensemble de mesures visant à retarder l'expérimentation et éviter le passage d'une consommation occasionnelle à une consommation régulière. Cependant, elle n'a d'effets que si elle s'accompagne de mesures visant à renforcer les résistances individuelles et l'acquisition de comportements favorables.

Pendant la consommation : la prévention ne pourra obtenir des résultats que si elle s'inscrit dans l'optique de réduire les risques associés à cette consommation. Elle devra s'inscrire ou prendre en compte la prise en charge de l'individu.

Après la consommation : la prévention constituera alors l'ensemble d'actions visant l'aide/l'accompagnement au changement. Cette phase dépasse alors le champ de la prévention et fait appel à d'autres domaines ayant trait au développement social de l'individu.

Il est important de comprendre ce processus si l'on veut développer une prévention efficace.

La question des addictions est étudiée depuis de nombreuses années. Au fil du temps les consommations de la société ont évolué et la prévention a dû se moderniser et s'adapter, dans un contexte sans cesse en transformation. Différentes modalités d'intervention ont été expérimentées et certaines ont démontré des preuves d'efficacité.

Aujourd'hui, il convient d'attacher une importance à la **qualité des interventions et des outils utilisés** et donc par la mise en œuvre **d'actions probantes**.

5.2.1. Promouvoir l'acquisition de comportements favorables chez les enfants et les adolescents

Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ». (OMS 1997)

L'objectif ici est d'augmenter le développement des compétences psychosociales chez ce public :

En développant des programmes pluriannuels d'intervention, qui favorisent l'implication de tous et l'utilisation d'outils adaptés

Généralement réalisés en milieu scolaire, ces programmes doivent être pensés sur le **long terme** et permettre **l'implication de l'élève, des professionnels de l'enseignement et des parents**.

Les parents, sont les premiers acteurs de prévention, ils représentent le premier échelon de l'environnement des enfants et des jeunes (environnement familial). Ainsi, **développer leurs connaissances** en matière d'addictions et **favoriser leur responsabilité éducative** est un gage d'efficacité pour toute intervention préventive auprès du jeune public.

Le contenu des interventions doit être adapté au stade de développement du public et assurer le lien avec les objectifs pédagogiques. En effet, l'articulation entre les objectifs pédagogiques et les objectifs en matière de prévention est obligatoire lorsqu'on s'adresse à un public scolarisé. Cela passe par l'élaboration d'outils communs et donc le **rapprochement des acteurs de prévention des professionnels de l'éducation**.

Des outils locaux, résultats de ce type de collaboration, existent dans notre région (ATOUMO, kit pédagogique Hors jeu). Il faut amplifier leur utilisation notamment par la **formation des acteurs et pour l'harmonisation des pratiques**.

En communiquant de façon adaptée auprès du public

Les jeunes et adolescents restent un public difficile à toucher. Il est nécessaire de pouvoir les **captiver et d'obtenir leur adhésion** dès lors que l'on souhaite aborder cette question de la santé. Les approches et outils d'intervention doivent donc obligatoirement faire preuve **d'innovation ou d'originalité** pour espérer recevoir une attention de leur part. L'utilisation des nouvelles technologies de l'information et la communication (**NTIC**), **Internet et les réseaux sociaux** deviennent des biais de communication incontournables qu'il conviendra d'exploiter.

5.2.2. Réduire les risques pour les populations les plus exposées

L'objectif est de renforcer le repérage des situations de consommation problématiques, le plus précocement possible :

En formant les professionnels au repérage précoce et aux techniques d'intervention brève

Tout type de professionnels peut être au cours de sa pratique, confronté à une situation de consommation qu'il suspecte comme difficile mais qu'il exclut de son champ de compétence. Or, il est essentiel que ces professionnels puissent disposer **d'outils ou de technique d'intervention** favorisant le **diagnostic et la prise en charge précoce de l'individu**.

En sensibilisant sur les risques de consommation de produits durant la grossesse

Que ce soit l'alcool qui, même à faibles doses, peut entraîner des troubles importants chez l'enfant, ou les autres substances psychotropes, il est nécessaire d'améliorer l'information sur les recommandations en matière de consommation de ces produits durant la grossesse. Les actions de **formation ou de sensibilisation** destinées aux femmes, femmes enceintes et aux professionnels seront privilégiées.

En renforçant les actions de proximité envers les populations vulnérables

Il s'agit de développer le "aller-vers" en **implantant l'action dans le milieu de vie / de fréquentation** du public et **adaptant** l'intervention aux conditions de ce milieu.

5.2.3. Améliorer la qualité des interventions

L'objectif est de renforcer les compétences des professionnels en matière de prévention :

En promouvant les démarches préventives validées

Ces interventions devront avoir démontré les preuves de leur efficacité et s'appuieront sur des données scientifiques et de sources fiables.

En améliorant les pratiques professionnelles grâce à un processus de formation continue adapté

En développant l'accompagnement des acteurs notamment à travers la mission "prévention" portée par le GIP ACM.

5.3. Développer l'accompagnement des populations concernées

Ces mesures concernent les personnes consommatrices de drogues ou ayant des conduites addictives mais elles ne portent pas directement sur l'offre de soins, qui, comme précisé précédemment font déjà l'objet d'une définition et d'un suivi dans le Schéma régional d'organisation des soins. Elles visent l'accompagnement des soins, dans l'optique d'une réussite de la prise en charge. Les opérateurs du champ social seront à associés aux actions menées auprès de ce public avec des leviers d'accompagnement à l'insertion par le logement, à l'économie sociale et familiale ou encore d'hébergement.

5.3.1. Promouvoir le rôle des familles dans la prise en charge

L'objectif est de valoriser l'implication de l'entourage de l'utilisateur dans son parcours de santé :

En développant l'accueil des familles au sein des structures de prise en charge

Il s'agira de promouvoir et soutenir les programmes favorisant **l'accessibilité de l'information** donnée aux familles et qui les incluent dans le processus de prise en charge.

En développant l'accompagnement des familles par la mise en œuvre de programme d'intervention adapté.

5.3.2. Faciliter la prise en charge des populations présentant des comorbidités

L'objectif est de renforcer la connaissance sur les comorbidités et de favoriser leur prise en compte dans le processus de soins.

En rendant accessibles et disponibles les données scientifiques relatives aux comorbidités, par l'élaboration d'une documentation spécifique

En identifiant le parcours de prise en charge des patients addicts, pour une meilleure articulation des dispositifs.

5.3.3. Favoriser l'accompagnement des populations vulnérables

L'objectif ici est d'éviter les ruptures dans le parcours de soins des populations vulnérables :

En soutenant les actions visant à accompagner les détenus et anciens détenus dans leur démarche de prise en charge

En mobilisant les acteurs concernés par le suivi et l'accompagnement des adultes en situation d'exclusion, avec la mise en place de partenariats entre les acteurs du secteur de la santé et du social notamment.

5.4. Agir pour la lutte contre les trafics et l'application de la loi

La lutte contre les trafics doit s'opérer selon 4 grands axes :

- l'action en amont visant à limiter l'offre de stupéfiants sur le marché martiniquais,
- l'adaptation de la réponse aux différents trafics,
- le renforcement de la lutte contre le blanchiment des capitaux illicites,
- l'action sur les tendances émergentes de production et d'offre.

5.4.1. Agir en amont des trafics

L'objectif est de mener des actions en amont de la logistique des réseaux criminels afin de limiter l'offre de stupéfiants en Martinique, en mobilisant trois leviers.

5.4.1.1. Renforcer la coopération et la coordination et mutualiser le renseignement

En favorisant la coopération départementale et caribéenne afin d'identifier les menaces potentielles en amont des trafics, par le biais de mécanismes de coopération bilatéraux et multi-latéraux. Il conviendra également de poursuivre le travail en lien avec les services d'enquêtes de l'hexagone.

En optimisant la recherche, la collecte et la diffusion du renseignement en matière de lutte contre les trafics, via la documentation opérationnelle de l'OCRTIS appuyée notamment par la mise en place du SIRASCO Antilles-Guyane qui, alimenté par les informations de l'ensemble des administrations concernées, permettra de dresser des analyses stratégiques et opérationnelles pertinentes.

5.4.1.2. Renforcer les capacités de contrôle des vecteurs terrestre, aérien et maritime

Le trafic relatif à la cocaïne, qui est acheminée vers la Martinique à partir des îles avoisinantes afin d'être consommée localement ou ré-acheminée vers l'hexagone, nécessite des mesures ciblées.

En tenant compte de l'accroissement du trafic de stupéfiants par voie maritime (trafic inter-îles), de la diversification des itinéraires, des moyens d'acheminement et de la nécessité de renforcer les capacités de surveillance afférentes par une mobilisation des moyens de détection et d'interception adaptés aux spécificités de la zone géographique. Une réflexion sur la mise en place de radars maritimes permettra, quant à elle, de développer le travail à destination du trafic par petites embarcations et/ou Go fast.

En répondant au défi que constitue le recours par les trafiquants à des vecteurs aériens, en renforçant la surveillance des flux de passagers et du fret à l'aéroport, fret express et de la voie postale.

5.4.1.3. Renforcer l'action de formation à destination des États voisins de la Martinique

En étendant l'investissement du CIFAD dans le champ de la prévention des conduites addictives auprès des États de l'arc caribéen et d'Amérique latine ; points de départ ou zones de rebond supposés des cargaisons de cocaïne vers l'Hexagone et l'Europe, ou ayant une influence directe sur le trafic vers la Martinique. Le centre poursuivra sa démarche dynamique et d'initiative en conduisant des interventions répondant aux besoins du tissu administratif et associatif concerné.

5.4.2. Adapter la réponse publique à l'échelle des trafics de stupéfiants

La réponse apportée aux trafics doit être différenciée selon leur nature et adaptée selon leur échelle et leur enracinement dans le tissu local. Elle doit également prendre en compte l'ensemble des acteurs qui y sont impliqués. Lors du dernier comité interministériel des villes, le ministère de la justice, avec l'appui du ministère de l'intérieur, a placé la lutte contre le trafic de stupéfiants parmi les actions prioritaires de la politique pénale à conduire dans les quartiers de la géographie prioritaire.

5.4.2.1. Traiter spécifiquement le trafic local, en particulier dans les quartiers de la politique de la ville et à l'intérieur de la zone de sécurité prioritaire (ZSP) de Fort-de-France

En apportant une réponse adaptée à la physionomie du trafic qui se caractérise par un fort enracinement urbain. Cette réponse doit être conçue en lien avec l'ensemble des administrations, des partenariats locaux (notamment associatifs et bailleurs sociaux), des collectivités territoriales et des habitants concernés. Un travail étroit avec les Conseil Locaux de Sécurité et de Prévention de la Délinquance des communes concernées devra être développé et une **action sur les deals de rue** devra être systématisée.

En développant la recherche et l'exploitation du renseignement opérationnel obtenu notamment par le biais des réunions partenariales de la ZSP.

En renforçant les opérations coordonnées entre les différents services de l'État contre le trafic de drogue et l'économie souterraine.

5.4.2.2. Poursuivre l'effort de démantèlement des grands réseaux de trafic disposant de ramifications internationales

En Martinique, les groupes criminels actifs connus, font l'objet d'enquêtes judiciaires. Ceux-ci sont orientés à 98% vers le trafic de stupéfiants. Les 2% restants sont majoritairement des réseaux relatifs à la prostitution.

En poursuivant le développement de techniques d'investigations spécifiques dédiées au démantèlement des organisations criminelles internationales ou transnationales. Face à une disponibilité croissante de produits dans les Antilles, le travail sur les organisations doit être conforté par rapport à celui sur les transporteurs afin d'obtenir des résultats durables.

5.4.2.3. Lutter contre le trafic impliquant les mineurs

En valorisant le partenariat entre les forces de sécurité et les établissements scolaires pour mieux lutter contre le trafic aux abords des établissements.

5.4.2.4. Lutter contre le trafic de drogues en milieu carcéral

Au centre pénitentiaire de Ducos, le repérage des addictions est systématiquement réalisé lors de la consultation d'entrée. Une consommation de cannabis est retrouvée pour plus des 2/3 des personnes, une consommation de crack pour 1 personne sur 10. Quelques uns disent avoir consommé de la cocaïne ou reconnaissent un antécédent de toxicomanie à l'héroïne tandis que 1 personne sur 5 a une consommation d'alcool excessive à l'entrée en détention.

Le centre pénitentiaire a déjà investi **plusieurs dizaines de milliers d'euros en 2014** dans le cadre de la mise en œuvre du plan anti-projections. Afin de limiter les projections de produits illicites depuis l'extérieur plusieurs opérations ont été conduites : prolongement du bardage périphérique, pose de caillbotis aux fenêtres des cellules les plus exposées aux projections, construction d'un muret et pose de protections au sommet du grillage, pose d'une caméra.

Depuis on constate une très nette diminution des projections extérieures vers les quartiers maison d'arrêt des hommes et celui des femmes.

Il convient d'agir sur ces consommations qui pèsent fortement sur l'état de santé des personnes détenues et complique leur réinsertion.

En étendant le système anti-projections au quartier du centre de détention,

En poursuivant la réalisation d'opérations judiciaires de contrôle sur les familles accédant au parloir avec l'aide de la brigade cynophile de la gendarmerie,

En instaurant une fouille des personnes détenues qui se sont rendues coupables, ou sont soupçonnées de recevoir des produits stupéfiants à l'occasion des parloirs,

En organisant des fouilles de cellules, programmées ou ciblées suite à suspicion ou renseignement fourni par source humaine.

5.4.3. Agir en aval des trafics par un renforcement de la lutte contre le blanchiment des capitaux illicites et de l'approche patrimoniale des enquêtes judiciaires

L'objectif est de priver les réseaux criminels du produit de leurs trafics et de dissuader la récidive.

5.4.3.1. Renforcer la lutte contre le blanchiment des fonds issus des trafics

Face aux stratégies de contournement du dispositif anti-blanchiment déployées par les trafiquants, la réponse publique doit s'adapter.

En tenant compte de l'évolution des supports de blanchiment (défiscalisation, or, monnaie électronique, jetons de casino...).

5.4.3.2. Poursuivre, au niveau judiciaire, les actions menées en matière d'enquêtes patrimoniales

Le montant des avoirs criminels saisi en Martinique était de **2.000.760€ en 2013 et avoisine les 2 millions d'euros en 2014** (chiffres arrêtés à décembre 2014 - toutes les affaires ne sont pas encore jugées). Ces résultats sont la conséquence de l'intégration de l'enquête patrimoniale dans les investigations menées par l'OCRTIS contre les trafiquants de drogues.

En poursuivant la réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour systématiser et simplifier, pour tous les acteurs de la chaîne pénale (enquêteurs, magistrats), quels que soient leurs ressorts, l'approche patrimoniale de la lutte contre les trafics.

En poursuivant le travail engagé visant à mettre à jour l'implication de l'entourage des trafiquants notamment dans la dissimulation de l'argent de la drogue.

5.4.4. Agir sur les grandes tendances émergentes en matière de production et d'offre

La réponse publique doit s'adapter à de nouveaux défis concernant l'offre de produits illicites ou l'offre illicite de produits licites.

5.4.4.1. Limiter l'entrée en consommation des jeunes

En veillant au respect des obligations en matière de vente d'alcool et de tabac aux mineurs, lors de contrôles renforcés de l'heure limite de vente d'alcool (principalement dans les discothèques) et l'interdiction de vente aux mineurs, notamment en associant les polices municipales.

5.4.4.2. Intensifier la lutte contre la cannabiculture

Au niveau européen, les saisies de plants de cannabis ont sensiblement augmenté au cours de la période récente, totalisant 4,6 millions d'unités en 2011 contre 3,1 millions en 2010. La culture du cannabis n'épargne pas la Martinique, ou celle-ci répond à un usage privé.

En rappelant le caractère illégal de cette activité ainsi que les dangers qu'elle présente pour la santé.

6. CONCLUSION

Le plan régional de lutte contre les drogues et les conduites addictives , constitue le cadre de référence stratégique de lutte contre les addictions pour la période 2015-2017 de la Martinique.

Il répond aussi bien à la déclinaison du plan gouvernemental 2013-2017 en région qu'aux besoins et spécificités de notre territoire.

Les mesures énoncées dans ce plan ne visent pas de produits psychoactifs en particuliers. Elles invitent à développer une approche globale dans la lutte contre les drogues et les conduites addictives notamment par une action sur des leviers spécifiques et auprès de populations considérées comme prioritaires (**enfants et jeunes, femmes dont femmes enceintes, populations vulnérables, familles**).

Les actions concrètes qui découleront de ce plan ne sont pas explicitées ici de telle sorte à ce qu'elle soient définies dans leur modalités avec les acteurs concernés (groupes de travail et fiche actions à venir).

L'évaluation, prévue en 2017, s'attachera à analyser toutes les réalisations menées dans ce cadre, tant au niveau de leur processus que de leur résultats.



Préfecture de la Martinique
82, rue Victor Sévère, BP 647-648
97262 Fort-de-France Cédex
Tél. 05 96 39 36 00
www.martinique.pref.gouv.fr

ARS Martinique Centre d'affaires Agora
ZAC de l'Etang Z'Abriocot, Pointe des Grives
CS 80656, 97263 Fort-de-France Cédex
Tél. 05 96 39 42 43
www.ars.martinique.sante.fr