



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

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

Le territoire infra départemental : un outil de réduction des inégalités de santé ?

*Réflexion sur les conduites addictives à partir de l'élaboration du plan
départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool en
Loire-Atlantique*

Vincent SEVAER

Remerciements

Je remercie Madame Brigitte HERIDEL, Inspectrice Hors classe à la DDASS de Loire-Atlantique, pour son accueil, pour l'autonomie qui m'a été donnée durant le stage ainsi que pour la confiance accordée. Son écoute et ses conseils toujours avisés ont fortement contribué à la réalisation de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à l'ensemble du service Santé publique de la DDASS. Le bon déroulement de mes recherches a été facilité par leur soutien et leur disponibilité.

Merci enfin à toutes les personnes rencontrées qui m'ont accordé quelques instants d'un temps toujours précieux ainsi que tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
---------------------	----------

METHODOLOGIE	5
---------------------	----------

1 UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE REGIONALE COMPLEXE CONFRONTEE A L'EXISTENCE D'INEGALITES TERRITORIALES DE SANTE DANS LE CHAMP DES CONDUITES ADDICTIVES	7
---	----------

1.1 La santé publique et les conduites addictives : vers un modèle de santé ouvert mais source de complexité	7
---	----------

1.1.1 La prévention et le soin au cœur de la prise en charge des conduites addictives	7
---	---

1.1.2 L'approche pluridisciplinaire de la prise en charge des conduites addictives : une ouverture de la santé hors du seul champ médical	9
--	---

1.1.3 Un dispositif juridique en reflet de la complexité engendrée par un système de santé ouvert	10
--	----

1.2 Vingt ans de régionalisation de la politique de santé publique en France : quelle place occupe actuellement le département ?	12
---	-----------

1.2.1 Les années 80 et 90 : de l'observation (les Observatoires Régionaux de Santé – ORS -) à l'action (les PRS)	12
---	----

1.2.2 La loi de santé publique du 09 août 2004 : la concrétisation de l' « hégémonie » régionale	14
---	----

1.2.3 La toxicomanie au centre des compétences conservées par la DDASS	15
--	----

1.3 Le constat d'inégalités territoriales de santé importantes en Loire- Atlantique face à l'organisation territoriale de l'Etat dans le champ des conduites addictives	16
--	-----------

1.3.1 Une action de l'Etat fondée sur les territoires administratifs	17
--	----

1.3.2 Les logiques d'action territoriale différentes d'autres acteurs oeuvrant dans le champ de la santé publique	19
--	----

1.3.3 La mise en exergue d'inégalités infra départementales en Loire-Atlantique	21
---	----

2 L'INSCRIPTION TERRITORIALE DE LA DDASS DANS LE DOMAINE DES CONDUITES ADDICTIVES : D'UN RÔLE DE SIMPLE RELAIS A CELUI D'ACTEUR AU PROFIT DU DEVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE DE REDUCTION DES INEGALITES TERRITORIALES DE SANTE _____ 23

2.1 Les limites d'une politique régionale de santé publique ou les raisons de la nécessité de travailler à la réduction des inégalités territoriales de santé à partir de territoires infra départementaux _____ 23

2.1.1 La déclinaison des PRS : le relais organisé par la DDASS _____ 23

2.1.2 Les mêmes promoteurs retenus prioritairement chaque année : quelle adéquation entre l'offre et les besoins ? _____ 25

2.1.3 Une prise en compte régionale nuancée des actions croissantes des collectivités territoriales dans les domaines sociaux et de santé publique _____ 26

2.2 La volonté de la DDASS d'asseoir sa légitimité face aux acteurs locaux pour travailler à partir des territoires infra départementaux : l'expérience du plan MILDT _____ 29

2.2.1 Le plan MILDT, un outil particulier dans sa déclinaison ? _____ 29

2.2.2 La marge de manœuvre du département : un atout au service du travail sur les territoires en partenariat avec les acteurs locaux _____ 31

2.2.3 Les attentes des acteurs locaux vis-à-vis de la DDASS _____ 33

2.3 Les freins au développement de la politique territoriale voulue _____ 34

2.3.1 La fragilité des liens créés entre les secteurs de la santé et du social _____ 34

2.3.2 Le cloisonnement des compétences : l'exemple des difficultés d'articulation entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires _____ 37

2.3.3 La contrainte des cultures professionnelles et des habitudes de chacun _____ 39

3 IMPULSER ET SOUTENIR LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES CONDUITES ADDICTIVES A PARTIR DU TERRITOIRE INFRA DEPARTEMENTAL POUR ŒUVRER A LA REDUCTION DES INEGALITES TERRITORIALES DE SANTE _____ 41

3.1 Impulser des actions à partir de la réalisation d'un diagnostic partagé de la situation locale _____ 41

3.1.1 Déterminer et appuyer l'existant pour construire _____ 42

3.1.2 Obtenir l'adhésion d'une majorité d'acteurs _____ 43

3.1.3 Déplacer des agents de la DDASS pour impulser les initiatives _____ 45

3.2	Faire vivre le territoire par le développement et le renforcement du partenariat	47
3.2.1	La première étape : la connaissance des acteurs et de leurs pratiques entre eux	47
3.2.2	Favoriser le travail en réseaux	48
3.2.3	Pour une formalisation à échelle variable des réseaux selon les territoires : l'alternative de la création d'un répertoire	51
3.3	Quels territoires retenir ?	53
3.3.1	S'appuyer sur les territoires existants	53
3.3.2	Retenir des territoires déjà utilisés pour l'action	54
3.3.3	Le pari de choisir les territoires définis par le Conseil Général	55
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	59
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

- **ASV** : Atelier Santé-Ville
- **CARENE** : Communauté d'Agglomération de la REgion Nazairienne et de l'Estuaire
- **CCAA** : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
- **CESC** : Comité d'Education pour la Santé et la Citoyenneté
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CISPD** : Comité Intercommunal de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
- **CLSPD** : Comité Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
- **CMP** : Centre Médico Psychologique
- **COVESS** : COmité Vendéen d'Education Sanitaire et Sociale
- **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **CSST** : Centre Spécialisé de Soins pour Toxicomanes
- **CTRI** : Comité Technique Régional et Interdépartemental
- **DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- **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
- **EAL** : Equipe d'Addictologie de Liaison
- **FCPE** : Fédération des Conseils des Parents d'Elèves
- **FNORS** : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
- **GIP** : Groupement d'intérêt Public
- **GRSP** : Groupement Régional de Santé Publique
- **HCSP** : Haut Comité de la Santé Publique
- **IASS** : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
- **INSEE** : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
- **MILDT** : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie
- **MISP** : Médecin Inspecteur de Santé Publique
- **OCHS** : Office Central d'Hygiène Sociale
- **OFDT** : Office Français des Drogues et Toxicomanies
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

- **PDAPS** : Plan Départemental d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
- **PRAPS** : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes en difficulté sociale
- **PRS** : Programme Régional de Santé
- **PRSP** : Plan Régional de Santé Publique
- **PSAS** : Programmation Stratégique des Actions de Santé
- **RAPEL** : Réseau d'Addictologie de la Presqu'île et de l'Estuaire de la Loire
- **SIDA** : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis
- **SREPS** : Schéma Régional d'Education Pour la Santé
- **SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- **URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
- **VIH** : Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine

INTRODUCTION

La région des Pays de la Loire fait partie des régions les moins bien placées au vu de certains indicateurs tels que l'alcool et le tabac. L'alcool constitue en effet un facteur préoccupant. Au sein de cette région, entre 1996 et 2000, la mortalité par cirrhose du foie est supérieure de 15% à la moyenne nationale, classant les Pays de la Loire au 19^e rang des régions métropolitaines pour les hommes et au 15^e rang pour les femmes¹. Cette moyenne ne permet cependant pas d'appréhender les inégalités territoriales de santé au sein des différents territoires de la région : le taux de mortalité par cirrhose du foie sur le territoire de santé de Mayenne est inférieur de 31% à la moyenne nationale². A l'inverse, la surmortalité sur le territoire de santé de Nantes est quant à elle de 22% alors que celui de Châteaubriant affiche un taux de mortalité supérieur de 59% à la moyenne nationale. Cet exemple reflète les inégalités de santé existant dans ce domaine non seulement au sein d'une région mais également à l'intérieur d'un même département, la Loire-Atlantique dans le cas présent.

Réduire les inégalités face à la santé constitue un des objectifs de la politique de santé publique, au même titre que la réduction des incapacités évitables et l'amélioration de la qualité de la vie, notamment sans maladie ou incapacité. La santé publique vise ainsi à l'amélioration des conditions de santé des personnes au moyen d'actions collectives médicales et non médicales. Les conduites addictives en tant que facteurs de risques ou causes de détérioration de santé constituent un domaine relevant du champ de recherche et d'action de la santé publique et comprennent principalement la consommation d'alcool, le tabac et les drogues illicites. Les addictions aux médicaments ou les pathologies relevant du domaine nutritionnel (anorexie, boulimie) ne seront pas traitées dans ce mémoire. Ce choix se justifie par la nécessité de rester en cohérence avec les thématiques traitées par le plan de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies (MILDT).

La santé publique, aux termes de la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique³, relève de la responsabilité de l'Etat. Les activités menées par la Direction

¹ Observatoire Régional de Santé, « *La santé observée dans les Pays de la Loire* ». Edition 2003-2004, Janvier 2004

² Données issues de « *La santé observée sur le territoire de santé de Châteaubriant* », document commandé par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et réalisé par l'Observatoire Régional de Santé (ORS), Avril 2005

³ Loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique

Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de Loire-Atlantique impacte à ce titre le domaine des conduites addictives de deux manières. D'une part, la DDASS participe à la déclinaison au niveau local du programme régional de santé « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* » élaboré par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) des Pays de la Loire. D'autre part, elle a en charge, en lien avec la Préfecture de Loire-Atlantique, la déclinaison départementale du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008. Cette déclinaison est actuellement en cours de réalisation.

En effet, le Comité de pilotage réuni le 02 mai 2005 sous l'égide de M. Cantal, sous-préfet à la ville, a permis de constituer quatre groupes de travail avec pour but de définir pour le mois d'octobre 2005 des propositions visant à être intégrées au plan départemental. Les participants à ces groupes de travail devaient être représentatifs du paysage sanitaire et social du département dans le domaine des conduites addictives. Etaient ainsi notamment présents, outre des représentants de la DDASS, des institutions telles que la Direction Régionale et Départementale Jeunesse et Sports ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), des professionnels du domaine (Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes – CSST -, Equipe d'Addictologie de Liaison – EAL -, Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie – CCAA -) et des collectivités territoriales (communes du département, Conseil Régional...). Sur les quatre thématiques retenues, trois étaient directement issues du plan gouvernemental : le soin, la prévention et le rappel à la loi. Le choix de la quatrième thématique est né d'un consensus autour du travail à réaliser sur la réduction des inégalités de santé dans le département : il s'agit de l'approche territoriale. Cette thématique pourrait surprendre quand la tendance actuelle centralise les questions de santé publique à l'échelon régional. Les données présentées en tout début d'introduction apportent des premiers éléments de justification à la mise en place de ce groupe de travail. Ce dernier concrétise ainsi la préoccupation des pouvoirs publics de pouvoir mieux cerner les problématiques locales relatives aux conduites addictives.

Le plan MILDT est décliné au niveau départemental sous la responsabilité de la préfecture mais l'animation des groupes de travail et la formalisation des propositions sont réalisées à la fois par des Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) et par des Médecins Inspecteurs de santé publique (MISP). Leur capacité à s'imprégner du contexte local et à formuler des propositions d'action prenant en compte à la fois les axes fixés au niveau national et les aspirations des acteurs locaux est indispensable pour mener une déclinaison pertinente. L'IASS tient également une place importante lors du déroulement de l'appel à projets pour répondre au programme régional de santé « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* » par les relations entretenues avec les acteurs locaux et sa connaissance du contexte propre à la présélection des projets au

niveau départemental. L'IASS en DRASS a quant à lui la responsabilité du choix définitif des projets.

Inscrire mon sujet de mémoire à travers l'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool a été rendu possible par ma participation active à la réalisation de ce plan à la fois par le suivi de douze réunions et par la rédaction de leurs comptes-rendus. Il constitue un point d'ancrage qui m'a permis de m'interroger sur le positionnement institutionnel de la DDASS et sur la pertinence d'organiser son action dans le cadre d'un découpage territorial infra départemental, face à une situation épidémiologique hétérogène en Loire-Atlantique. Il m'a été au préalable nécessaire de connaître la logique et le contenu des actions que la DDASS est en mesure de développer sur le département. Cette logique est contrainte entre l'élaboration de la politique de santé publique au niveau régional d'une part et les aspirations des acteurs locaux de l'autre. L'inscription de l'action de la DDASS au sein du processus de territorialisation présente alors un double enjeu : si l'échelon régional doit être à même, pour élaborer une politique cohérente en matière de conduites addictives, de pouvoir intégrer l'ensemble des acteurs et des niveaux d'intervention, la mise en œuvre de cette politique peut permettre à la DDASS de s'appuyer sur un découpage territorial infra-départemental afin d'apporter une réponse toujours plus adaptée aux besoins locaux. Ainsi, les missions de l'IASS divergent selon le niveau retenu :

- aborder le niveau d'élaboration de la politique visée implique de se placer comme un Inspecteur en Administration centrale (quelle réglementation et quelle articulation pour une politique cohérente et coordonnée dans le champ des conduites addictives ?) ou comme un Inspecteur en DRASS chargé du lien avec les correspondants santé publique des DDASS de la région
- le niveau de mise en œuvre me permet de me placer comme un Inspecteur en DDASS, tel que ce fut le cas lors de mon stage d'exercice professionnel. J'ai fait le choix de retenir cette seconde option.

Néanmoins, le cadre régional d'élaboration ainsi que les interrogations liées à l'articulation entre les différents outils visant le champ des conduites addictives ne pourront être évacués des développements du mémoire. Ils sont en effet nécessaires à une meilleure compréhension des enjeux liés à la mise en œuvre de la politique de lutte contre les conduites addictives.

Le choix de ce thème de mémoire a été effectué en accord avec mon maître de stage et compte tenu de ma présence à la DDASS de Loire-Atlantique en stage d'exercice professionnel du 21 mai au 30 septembre 2005. Cette période coïncidait en partie avec la

déclinaison départementale du plan de la MILDT 2004-2008. L'ensemble des réunions par thèmes des groupes de travail s'est déroulé durant cette période.

Le souhait de mettre en place une thématique « Approche territoriale » faisait écho aux constats relevés régulièrement par les travaux de l'Observatoire Régional de santé à travers la publication « *La santé observée dans les Pays de la Loire* ». Le document produit à la demande de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) en avril 2005 analysant les données recueillies par territoires de santé n'a fait que confirmer le bien fondé de la mise en place de ce groupe de travail. L'hétérogénéité de la situation sanitaire des territoires du département, les multiples domaines entourant le concept de territoires et les spécificités locales nécessitant des réponses adaptées constituent autant de constats relatifs pouvant être à l'origine d'une interrogation sur la pertinence du choix du territoire infra départemental comme outil de réduction des inégalités territoriales de santé dans le domaine des conduites addictives.

Aussi, ce mémoire entend répondre à la question suivante : tout en devant inscrire son action dans une perspective régionale, dans quelle mesure la DDASS peut-elle s'appuyer sur le levier des territoires au sein du département de Loire-Atlantique pour travailler à la réduction des inégalités territoriales dans le champ des conduites addictives ?

Quatre hypothèses ont alors guidé mon étude :

- 1) Les inégalités de santé sont traitées lors de l'élaboration des politiques au niveau régional. Les marges de manœuvre de la DDASS sont alors limitées.
- 2) Les constats réalisés en matière de santé vont coïncider avec ceux relevés dans le domaine social : le travail de définition des territoires va naturellement lier ces deux domaines.
- 3) Lors de la réalisation des diagnostics locaux, des partenaires (acteurs ou réseaux préexistants) prépondérants de l'Etat sur le département émergeront et permettront à l'Etat d'asseoir les actions de lutte contre les conduites addictives.
- 4) Le travail réalisé par le groupe de travail « Approche territoriale » pourrait déboucher sur la création d'un nouvel échelon d'action qui pourrait avoir des répercussions négatives sur la lisibilité du dispositif de lutte contre les conduites addictives.

METHODOLOGIE

Ma démarche a dans un premier temps consisté au recueil et à l'analyse de documents relatifs aux enjeux mêlant la santé publique et le processus de territorialisation, de la création des Programmes Régionaux de Santé (PRS) à la mise en œuvre de la loi relative à la politique de santé publique du 09 août 2004. Les documents faisaient ressortir principalement le rôle de la région au détriment de celui du département. Le secteur hospitalier était également très présent avec l'actualité de l'élaboration des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de III^e génération.

Les enjeux relevés ont été illustrés par ma participation à une douzaine de réunions des groupes de travail chargés de la déclinaison du plan MILDT, et notamment aux quatre réunions relatives au groupe « Approche territoriale ». A ce titre, la rédaction des comptes rendus des réunions de ce groupe ainsi qu'une ébauche de la partie « Territoires » du plan départemental m'ont été confiées.

Ce travail a enfin été enrichi par la réalisation de neuf entretiens. Cinq ont concerné des participants aux groupes de travail (CPAM, Centre Régional et Départemental d'Education et de Promotion pour la Santé – CREDEPS -, CSST, Communauté d'agglomération et commune). Le détail de leurs fonctions ainsi que la grille d'entretien qui leur a été soumise correspondent aux annexes 1 et 2. Les quatre autres (pôle social DDASS, pôle Politique hospitalière DRASS, coordonnateur d'un réseau en alcoologie, Conseil Général) ont permis d'apporter un regard extérieur au travail réalisé dans le cadre du plan départemental de la MILDT.

La prise en compte de l'ensemble de ces éléments a permis d'aboutir au raisonnement suivant, qui structurera ce mémoire : la prise de conscience croissante de l'existence d'inégalités infra territoriales de santé dans le domaine des conduites addictives contraste avec le fort développement de la régionalisation de la politique de santé publique (1). Ce paradoxe justifie la volonté de la DDASS de dépasser les limites de la politique régionale en se positionnant non plus comme un simple relais mais comme un véritable acteur au profit du développement d'une politique de réduction des inégalités territoriales de santé (2). En conséquence, la DDASS, en s'appuyant sur des territoires infra-départementaux à définir, devrait pouvoir être en mesure de se poser comme moteur et soutien d'une politique visant à la réduction des inégalités de santé dans le champ des conduites addictives. L'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool constitue un support pour la réflexion (3).

1 UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE REGIONALE COMPLEXE CONFRONTEE A L'EXISTENCE D'INEGALITES TERRITORIALES DE SANTE DANS LE CHAMP DES CONDUITES ADDICTIVES

Le concept de santé publique recouvre de nombreux domaines précisés par des déterminants de santé : nutrition, environnement, maladies cardiovasculaires... ainsi que l'alcool, le tabac et les drogues illicites. Ces trois éléments composent les conduites addictives telles que définies en introduction du mémoire. En France, l'approche de santé publique, à travers les conduites addictives, promeut un modèle de santé ouvert mais source de complexité (1). Ces vingt dernières années ont constitué le cadre d'un fort développement du niveau régional pour l'élaboration de la politique de santé publique. Néanmoins, le département, loin de s'effacer, conserve des compétences et profite actuellement d'un mouvement de recentralisation de quelques compétences de santé publique (2). Apparaît un paradoxe : le constat de la persistance d'inégalités territoriales de santé, notamment vis-à-vis des conduites addictives en Loire-Atlantique contraste avec les échelles territoriales d'action retenues par l'Etat, différentes de celles utilisées par d'autres acteurs du domaine de la prise en charge des conduites addictives (3).

1.1 La santé publique et les conduites addictives : vers un modèle de santé ouvert mais source de complexité

Les conduites addictives, tout comme la santé publique, conduisent à une politique mêlant à la fois le soin et la prévention (1). Par conséquent, leur prise en charge doit s'ouvrir hors du seul champ médical (2). Le cadre juridique constitue le reflet de la complexité engendrée par ce modèle de santé ouvert (3).

1.1.1 La prévention et le soin au cœur de la prise en charge des conduites addictives

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 1946, a défini dans sa constitution la santé « *non seulement comme l'absence de maladie, mais comme un état de complet bien-être physique, mental et social* ». Cette définition sera reprise dans la Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986. La santé publique apporte en plus le caractère global en visant non pas l'individu mais les populations. « *On utilise aujourd'hui santé publique au*

sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et l'administration des services de soins » (OMS, 1973, définition élargie par rapport à celle adoptée en 1952). L'approche collective de la santé publique caractérise ce concept avec deux autres aspects : le volontarisme (la santé publique existe à travers des choix politiques souvent contraignants) et la pluridisciplinarité. Cette dernière caractéristique est liée aux domaines recouverts qui découlent de la volonté de prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé. Ceux-ci peuvent concerner les aspects curatifs (maladies infectieuses), préventifs (environnement), éducatifs (nutrition) et sociaux (précarité et inégalités) de la santé.

Le concept de conduites addictives tel que circonscrit en introduction du mémoire est relativement récent : il se définit comme « *l'ensemble des modalités de consommation de l'ensemble des substances psychoactives* »⁴. Placées dans un premier temps en arrière plan après l'approche exclusive par produit, les modalités de consommation se voient aujourd'hui donner plus de poids. Cette double approche permet une meilleure prise en compte des différents facteurs qui sont à l'origine de l'initialisation et de la pérennisation des conduites mais aussi de leur extinction. Les actions à mener devront en conséquence prendre en compte les multiples déterminants. On retrouve ici un des caractères fondamentaux de la santé publique.

L'apport essentiel de la notion de santé publique, par rapport à celle de santé, réside aussi dans la place faite à la prévention. Elle impose un modèle de santé ouvert avec comme postulat que la maladie résulte de facteurs complexes, organiques, psychiques, sociaux, économiques et environnementaux. Faut-il toujours opposer le soin et la prévention ? Un des enjeux de la loi du 09 août 2004 consiste à démontrer que la prévention est omniprésente dans le système de soins à plusieurs niveaux : elle peut s'adresser autant que le soin à l'individu et n'est donc pas que collective, un même acte médical peut avoir à la fois une visée curative et préventive.

Comment les professionnels intègrent-ils cette dimension préventive ? Les acteurs peuvent agir sur les deux secteurs : le Centre spécialisé de soins pour toxicomanes « *La Rose des Vents* » à Saint-Nazaire assure trois missions : soigner, accompagner les toxicomanes et les usagers de drogues ainsi qu'organiser des actions de prévention avec pour cible les jeunes et les adultes. Le soin et la prévention ne sont donc pas exclusifs l'un de l'autre et peuvent être menés par un même acteur. Dans une perspective inverse,

⁴ PARQUET P-J, *Conduites addictives, pour une autre approche de la consommation des substances psychoactives*. La revue du praticien, volume 12, juin 2003

la prise en charge des conduites addictives fait intervenir un nombre important de professionnels.

1.1.2 L'approche pluridisciplinaire de la prise en charge des conduites addictives : une ouverture de la santé hors du seul champ médical

Les actions visant à améliorer l'état de santé d'une population peuvent être médicales ou non médicales. Prenons l'exemple d'un adolescent face à des pratiques toxicomaniaques. Les actions seront différentes mais pourront être complémentaires. L'accueil d'un jeune au sein d'un point d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), géré par exemple par un CSST, n'est pas exclusif d'actions de sensibilisation menées dans l'établissement scolaire où il effectue sa scolarité. Trois types de structures interviennent alors dans ce cas : le CSST (en arrière-plan), le PAEJ et le CESC de l'établissement (s'il en existe un le cas échéant).

La première conséquence de ce constat réside dans la multiplicité des profils des intervenants. Ceux-ci ne se limitent pas aux personnels médicaux et paramédicaux de différentes spécialités mais il peut s'agir de statisticiens, de sociologues, de personnels administratifs, d'enseignants ou encore d'éducateurs... La composition du groupe de travail « Prévention » pour l'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool est à ce titre illustratif. Y participaient par exemple la Fédération des Conseils de parents d'Elèves de Loire-Atlantique (FCPE 44), deux CSST, la CPAM, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU), l'Inspection Académique, la Gendarmerie, la Police Nationale et un Centre Médico Psychologique (CMP). Ces acteurs ne sont pas amenés à se côtoyer naturellement alors que leur champ d'intervention peut concerner le même public. L'élaboration du plan départemental de la MILDT a ainsi été l'occasion d'organiser cette rencontre et de faire prendre conscience à tous des enjeux à travailler ensemble. Les réunions des groupes de travail constituent ainsi un point de départ pour un travail en partenariat.

Un enjeu majeur apparaît d'emblée : comment faire ressortir des directions communes pour que les acteurs travaillent ensemble en dépassant les modes de pensée de chacun ? On y voit nettement la nécessité d'un régulateur en la présence de l'Etat. Néanmoins, passer d'un rôle classique de prescripteur de règles et de normes à des fonctions d'impulsion, d'animation et de coordination est un nouveau défi pour l'Etat. Cette régulation peut se traduire lors de la réalisation de programmes ou de plans. Comment l'Etat intègre-t-il dans le dispositif juridique les multiples dimensions de la santé publique et des conduites addictives ?

1.1.3 Un dispositif juridique en reflet de la complexité engendrée par un système de santé ouvert

La santé publique bénéficie aujourd'hui d'une importante évolution de son cadre juridique. Elle a aujourd'hui vocation à s'intégrer aux outils visant l'organisation sanitaire. Avec les PRS actuellement, le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) demain et le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), peut-on clairement identifier les orientations retenues dans le champ des conduites addictives à travers les outils de régulation?

Lors de sa création par la loi du 31 juillet 1991⁵, le SROS a vocation à organiser l'offre sanitaire sur la région pour une durée de cinq ans. Les domaines traités étaient uniquement curatifs. Ce n'est que lors de l'élaboration de la III^e génération de schémas que les préoccupations de santé publique sont abordées :

« Ces nouveaux SROS se voient confier comme objectifs :

- d'une part, d'assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité [...]*
- d'autre part, de veiller à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique et plans stratégiques prévus par le projet de loi d'orientation en santé publique et à leurs déclinaisons régionales figurant dans les programmes régionaux de santé, s'ils sont définis avant l'adoption des SROS. [...] »⁶*

La région Pays de Loire n'a pas attendu cette III^e génération de schémas et intégrait déjà des priorités de santé publique au sein du SROS II. Quant aux PRS, officialisés en 1996⁷, leurs thématiques renvoient explicitement à la santé publique. Deux exemples en Pays de Loire : le PRS « *Conduites d'alcoolisation et aux pratiques addictives* » et le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes en difficulté sociale (PRAPS). Il faut rappeler que la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe comme une de ses priorités la réduction des disparités sociales et régionales de santé. Les PRS ont aujourd'hui vocation à être inclus au sein du futur PRSP. Cette décision permettra d'éviter un possible cloisonnement entre eux et de les

⁵ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

⁶ Extrait de la circulaire n°101/DHOS/O/2004/ du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

⁷ Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins

insérer dans un cadre de travail plus large. Les axes retenus pour le projet de PRSP témoignent de ce nouveau cadre : les thèmes « *Bien grandir* » et « *Bien vieillir* » en font partie.

La santé publique peinait à trouver sa place. La loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique n'est que la seconde loi faisant explicitement référence à ce concept après celle de 1902⁸. Le PRSP offre à la santé publique un rôle d'une importante envergure. Ce nouveau dispositif va peut-être permettre le lancement d'une politique de santé publique plus cohérente en établissant un parallèle avec ce qu'est devenu aujourd'hui le SROS dans le domaine sanitaire. Encore faut-il que l'articulation annoncée entre ces deux outils phares puisse réellement être mise en place. Le principe retenu est identique à celui faisant loi dans la circulaire du 05 mars 2004 :

« *Le schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L6121-1 [du code de la santé publique] prend en compte les objectifs de ce plan [régional de santé publique]* »⁹

Le Schéma Régional d'Education Pour la Santé (SREPS) est également visé par la loi du 09 août 2004. Comme les PRS, sa mise en œuvre sera poursuivie jusqu'à son terme. Le SREPS de la région Pays de la Loire, officialisé en 2003, laisse augurer une superposition temporaire de plusieurs outils entre le moment d'adoption du futur PRSP et la date de fin de l'actuel SREPS (l'année 2008 en Pays de la Loire).

Comment va s'inscrire dans cette mosaïque de plans et de programmes le plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool ? La loi relative à la politique de santé publique du 09 août 2004 ne mentionne pas ce plan dans les articulations devant être assurées (chapitre II – Objectifs et plans régionaux de santé publique – article 3). Le projet de PRSP pour la région Pays de la Loire ne permet pas d'entrevoir une articulation claire. Il n'est seulement fait référence au plan MILDT, et en tant que document national, que dans la présentation du PRS « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* » 2001-2005. L'omission de l'organisation de l'articulation entre le plan MILDT décliné au niveau départemental et le PRSP, future pierre angulaire de la politique de santé publique tend à illustrer la place prépondérante détenue par la région depuis plus de vingt ans.

⁸ Direction Générale de la Santé, *La loi relative à la politique de santé publique : objectifs de santé, plans et programmes d'action*. Santé Publique 2004, volume 16, n°4, pp. 587-596

⁹ Extrait de l'article 3 de la loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique modifiant l'article L. 1411-11 du code de la santé publique

1.2 Vingt ans de régionalisation de la politique de santé publique en France : quelle place occupe actuellement le département ?

Les années quatre-vingts et quatre vingt dix ont vu l'émergence et la confirmation de la région comme échelle privilégiée d'intervention pour mener une politique de santé publique (1). La loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique concrétise cette hégémonie (2). La DDASS conserve toutefois des compétences en santé publique : la toxicomanie en fait partie (3).

1.2.1 Les années 80 et 90 : de l'observation (les Observatoires Régionaux de Santé – ORS -) à l'action (les PRS)

Les actions de santé publique n'ont pas été menées d'emblée au niveau régional. Elles ont dû s'appuyer sur les résultats de l'observation de la santé. La nécessité de mettre en place un dispositif d'observation régional remonte au début des années quatre-vingts¹⁰. Plusieurs rapports mentionnent cette priorité. Le rapport au Ministre de la Santé « *Propositions pour une politique de prévention* » publié en 1982 propose un dispositif d'observation mais ne mentionne pas le niveau à retenir. Ce rapport reconnaît les responsabilités du niveau régional, départemental et local en matière de planification, de programmation, d'exécution et d'évaluation dans le domaine de la promotion de la santé. L'année suivante, le rapport du groupe « *régulation de l'activité et des dépenses de santé : la santé choisie* » du Commissariat au plan confirme la volonté de mise en place d'une observation de la santé. L'installation des Observatoires Régionaux de Santé est quasiment terminée en 1985. Les ORS ont ainsi fortement contribué à accroître la connaissance de l'état de santé de la population au sein des régions. Son intérêt se porte précisément sur les déterminants comportementaux et environnementaux de la santé ainsi que sur l'analyse des ressources mobilisées pour l'améliorer. La connaissance est notamment facilitée par l'adoption d'une série d'indicateurs standardisés mise au point dans le cadre du projet « *La santé observée* ». Ce projet permet la publication, tous les deux ans, d'un tableau de bord régional sur la santé. Ce document existe en région Pays de la Loire¹¹. Ainsi, les moyens d'observation dont se sont dotées les régions doivent

¹⁰ P.H. Bréchat, *Naissance et histoire de la régionalisation des politiques de santé*. adsp, n°46 mars 2004, p. 15 à 22.

¹¹ ORS, *La santé observée dans les Pays de la Loire*. Edition 2003 - 2004

permettre de prioriser et de mettre en œuvre des actions de santé publiques régionales. De cette première phase sont nés les programmes régionaux de santé.

La production de rapports capitalisant les idées de développer les actions de santé publique au sein des politiques régionales de santé a permis l'émergence des programmes régionaux de santé. Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique¹² (HCSP) publié en 1992 énonce des préconisations en ce sens. A la différence des précédents rapports cités ci-dessus, celui-ci propose de retenir la région comme niveau territorial de mise en œuvre. La mobilisation de l'ensemble des acteurs et institutions constitue un autre pilier des futurs PRS. Préconisée par le rapport de 1992, cette mobilisation doit s'étendre jusqu'aux citoyens selon un autre rapport du HCSP publié en 1994. L'impulsion nécessaire au développement des politiques de santé publique a été donnée par la Direction Générale de la Santé (DGS) entre 1994 et 1995 avec la programmation stratégique des actions de santé (PSAS). Trois régions ont alors expérimenté les actuels PRS, en même temps que les conférences régionales de santé. Il s'agit de l'Alsace pour le cancer, l'Auvergne pour la périnatalité et la région Pays de la Loire pour les conduites d'alcoolisation à risques.

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins a consolidé ce dispositif. La construction d'un PRS obéit à trois temps : les Conférences Régionales de Santé (CRS) analysent les besoins de santé ainsi que leur évolution dans l'optique d'établir des priorités ainsi que des propositions pour améliorer l'état de santé de la population. Le Préfet choisit parmi ces priorités celles qui feront l'objet d'un PRS, en prenant appui sur le Comité régional des politiques de santé. En région Pays de la Loire, cinq Programmes Régionaux de Santé sont actuellement en cours: conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives, suicides et tentatives de suicide, le PRAPS, cancer et société ainsi que prévention de l'infection du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) –Syndrome Immunodéficientaire Acquis (SIDA). Il faut ajouter également la déclinaison régionale du Plan National Nutrition Santé. L'ensemble des priorités définies par les CRS n'a évidemment pu être mis en œuvre dans le cadre des PRS. Mais cela ne signifie pas qu'elles ont été laissées de côté. Elles ont en effet pu être traitées par d'autres outils tels que le SROS (dont les PRS sont complémentaires) ou développés dans le cadre de réseaux.

La loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique concrétise cette option régionale avec notamment la création du Plan Régional de Santé Publique.

¹² Le HCSP a été remplacé en 2002 par le Haut Conseil de Santé par la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades

1.2.2 La loi de santé publique du 09 août 2004 : la concrétisation de l'« hégémonie » régionale

Seconde intégrant directement dans son vocable la notion de « santé publique », après celle de 1902, la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique reconnaît ainsi la nécessité d'adjoindre à une approche médicale une application au sein d'une politique publique pour un traitement plus global et transversal de ce champ. Plusieurs principes y sont posés :

- La responsabilité de l'Etat en matière de santé y est affirmée
- La loi fixe des objectifs pluri annuels d'amélioration de santé de la population et définit des orientations stratégiques dans des domaines jugés prioritaires
- La région est consacrée comme l'échelon de référence pour la définition et la promotion d'une politique intégrée de la santé assurant la cohérence et la coordination de la détermination des priorités de santé, de l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires et de la définition d'une politique de gestion du risque.

La définition d'un cadre de référence clair et cohérent doit être obtenue par la mise en place de plusieurs outils : une structure d'expertise – le Haut Conseil de la Santé Publique¹³ –, des instances de concertation – Conférences nationale et régionales de santé –, de programmation – plans stratégiques et PRSP – ainsi que des structures de coordination des financeurs et des acteurs – Comité national de santé publique et GRSP-. Que ce soit des structures déjà existantes ou de nouvelles créations (PRSP et GRSP), la région apparaît comme l'échelle privilégiée. Aujourd'hui, la politique de santé publique obéit au fonctionnement de trois principaux outils à mettre en place sous l'autorité du Préfet afin de décliner sur cinq ans la politique régionale de santé : le PRSP, la CRS et le GRSP.

Le premier est le Plan Régional de Santé Publique, ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région. Les contrats pluri annuels conclus par les Agences Régionales de l'Hospitalisation mettent en œuvre le PRSP. Ce plan est arrêté par le Préfet après avis de la Conférence Régionale de Santé, instance consultative qui définit et évalue les objectifs régionaux de santé publique et est consultée lors de l'élaboration du PRSP ainsi que lors du suivi des programmes. Il est enfin mis en œuvre

¹³ Le Haut Conseil de la Santé Publique a été créé par la fusion du Haut Conseil en Santé et du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique par la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique

par le Groupement Régional de Santé Publique constitué sous forme de groupement d'intérêt public entre des représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, de l'ARH, d'établissements publics de l'Etat, de collectivités territoriales et de personnalités qualifiées. Actuellement, en région Pays de la Loire, le PRSP est à l'état de projet. Une consultation régionale de santé publique a été organisée le 13 décembre 2004 à Nantes, préfigurant la conférence régionale de santé du 28 novembre 2005. Les conséquences sur l'organisation de la politique dans le champ des conduites addictives ne peuvent donc pas encore être mesurées.

Quant aux conduites addictives, elles font l'objet d'un PRS « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* » qui sera mené à son terme, selon la loi de santé publique. Comment ce domaine va-t-il être pris en compte au sein du PRSP ? Ancré dans trois orientations nationales principales (stratégie nationale de lutte contre le tabac 2003-2007, stratégie nationale de lutte contre l'alcool – en préparation pour 2006 - et plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 de la MILDT) le PRS 2001-2005 comprenait un volet prévention et un volet soins. L'alcool, le tabac et la toxicomanie font partie des thématiques déclinées en cent objectifs de santé publique retenus à l'issue de la consultation nationale (annexe à la loi n°2004-806 du 09 août 2004). Les conduites addictives sont ainsi prises en compte au niveau régional, bien qu'il existe encore des incertitudes relatives aux modalités d'articulation entre le PRSP et le plan MILDT.

D'une manière générale, il convient de déduire que la région doit être considérée comme l'échelon « chef de file » pour le pilotage de la politique de santé publique, quel que soit le domaine traité : déclinaison régionale de programmes nationaux (tel que le Plan national nutrition santé), SROS, PRS et SREPS (puis le PRSP) sont autant d'outils à sa disposition. L'échelon départemental n'est pas pour autant absent : ses compétences lui sont précieuses pour mener à bien ses missions dévolues en tant qu'acteur de santé publique.

1.2.3 La toxicomanie au centre des compétences conservées par la DDASS

La DDASS, sous l'autorité du Préfet, assure la mise en œuvre des politiques nationales de santé, de développement social et de lutte contre les exclusions. Relais local de l'ARH pour la politique hospitalière, elle est amenée à développer des actions de prévention dans le champ de la santé publique en matière de toxicomanie, d'alcoolisme, de SIDA, de suicide et d'accès aux soins. Les actions en santé publique couvrent également d'autres domaines : la promotion et l'éducation pour la santé, la veille sanitaire et l'épidémiologie (méningites, listérioses, légionellose...) ainsi que l'agrément et le contrôle des

transporteurs sanitaires. La DDASS est enfin compétente pour l'élaboration des plans de gestion de crise (plan blanc, plan bleu).

Loin de s'amenuiser, ces compétences vont être renforcées au 1^{er} janvier 2006. En effet, l'article 71 de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales prévoit la recentralisation des compétences en matière de dépistage du cancer, de vaccinations, de lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles. Ces missions, actuellement départementales, sont néanmoins susceptibles de faire l'objet d'une régionalisation.

Les DDASS sont ainsi responsables du bon fonctionnement de la distribution des soins, des actions de prévention et de promotion de la santé décidées au niveau local. Considérées comme un des acteurs régionaux de la santé publique, les DDASS animent également avec la DRASS les travaux de la conférence régionale de santé et participent au choix des priorités de santé publique dans la région (avec les PRS qui en découlent). Ses agents sont enfin chargés de la déclinaison départementale du plan MILDT.

Néanmoins, les compétences détenues par la DDASS en matière de toxicomanie relève en partie plutôt de la mise en œuvre d'une politique que de la conception. Face à ses nombreux partenaires – établissements de santé publics et privés, praticiens et professionnels de santé, associations –, sa mission d'allocation de ressources est fondamentale et illustre sa place centrale dans la mise en œuvre de la politique en matière de lutte contre les conduites addictives.

Les missions des DDASS vont revêtir d'autant plus d'importance dans un temps assez court que l'heure est à la réflexion quant à l'organisation des actions à mener face au constat de la persistance d'inégalités territoriales de santé en Loire-Atlantique. N'est-ce pas un constat paradoxal avec le processus de régionalisation de la politique de santé publique à l'œuvre hier et aujourd'hui ?

1.3 Le constat d'inégalités territoriales de santé importantes en Loire-Atlantique face à l'organisation territoriale de l'Etat dans le champ des conduites addictives

L'action de l'Etat se fonde sur des territoires administratifs tels que la région ou le département dans le domaine des conduites addictives. L'organisation sanitaire intègre une territorialisation spécifique dans les territoires à travers les territoires de santé notamment (1). A la multiplicité des territoires pouvant être mobilisés se greffent ceux d'autres acteurs tels que le Conseil Général. Leurs territoires d'intervention sont différents de ceux retenus par l'Etat (2). La mise en avant d'inégalités territoriales de santé interroge la pertinence d'une action de l'Etat se restreignant au cadre départemental (3).

1.3.1 Une action de l'Etat fondée sur les territoires administratifs

Toute démarche d'organisation est ancrée sur des territoires. Cette notion a fortement évolué et peut faire l'objet d'utilisations multiples. Longtemps assimilé à un contenant, le territoire correspondait en général à une circonscription administrative, de la région jusqu'à la commune. L'idée d'y adjoindre un contenant va progressivement apparaître au début des années 1980, notamment sous l'effet de la décentralisation¹⁴. Le territoire est devenu un concept à périmètre et à durée variable en matière d'action publique.

Des territoires, pour quoi faire ? Cette question est récurrente en matière de politique de santé. Il appartient de distinguer les territoires d'observation de ceux d'action, ou territoires de pouvoir et territoires de savoir¹⁵. Les premiers ne débouchent pas forcément sur les seconds, mais sont souvent liés. Les territoires d'observation correspondent aux territoires d'étude et sont construits à partir de l'information disponible et mobilisable. Quant aux territoires d'action, ils recouvrent trois types de territoires :

- les territoires administratifs, sur lesquels les institutions ont des compétences légales et réglementaires (dont les secteurs sanitaires et les secteurs psychiatriques);
- les territoires dits spécifiques qui correspondent à des zonages servant à l'observation de certaines activités (les bassins de santé par exemple);
- les territoires de projet, fondés sur les initiatives des acteurs locaux (les intercommunalités, les Pays).

Ainsi, la notion de territoire ne se limite plus à une discussion sur le périmètre à retenir. La réflexion sur le contenu des services devant y être disponibles, sur la manière de les organiser et de mobiliser les acteurs afin de les assurer vis-à-vis de la population résidente prime aujourd'hui. De quelle façon l'Etat a-t-il abordé cette évolution ?

C'est dans le domaine de l'organisation des soins que l'on constate les évolutions majeures. L'Etat y intègre le concept de territoire administratif à travers les secteurs sanitaires. Le département de Loire-Atlantique en compte deux, ceux de Nantes et de Saint-Nazaire, pour un total de sept secteurs sanitaires pour la région Pays de la Loire. Ce découpage permet d'appréhender la logique retenue par l'administration sanitaire : l'élaboration régionale du SROS se combine avec une mise en œuvre infra-régionale à travers les secteurs sanitaires. L'utilisation des territoires est encore plus poussée dans le

¹⁴ Loi n°82-213 du 02 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions

¹⁵ CREDES, *Territoires et accès aux soins*. Rapport du groupe de travail, janvier 2003

cadre de l'élaboration du SROS III. Les secteurs sanitaires vont être remplacés par des territoires de santé au sein d'une graduation des soins.

Quatre niveaux vont désormais exister¹⁶ :

- les territoires de proximité (au nombre de 46 en Pays de Loire) qui se caractérisent par un exercice collectif et interprofessionnel pour la mise en œuvre de services polyvalents et coordonnés auprès des patients ;
- les territoires de santé (au nombre de 15 en Pays de la Loire) structurés autour de la médecine polyvalente et qui correspondent au premier niveau d'hospitalisation et du plateau technique, en complément de l'offre de soins de proximité ;
- les territoires de recours (au nombre de 7 en Pays de la Loire) qui sont le lieu des soins spécialisés ;
- les territoires d'influence régionale qui offrent des prestations spécialisées non présentes dans les autres niveaux.

L'élaboration de la IIIe génération de SROS a été l'occasion de retravailler l'approche territoriale avec comme objectif central de permettre un accès toujours meilleur aux soins. Le nombre plus important de territoires de santé par rapport aux secteurs sanitaires (trois territoires de santé contre deux secteurs sanitaires en Loire-Atlantique) plaide dans ce sens.

Quelle est l'approche territoriale retenue dans le domaine des conduites addictives ? Comme le SROS, le PRS « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* » est élaboré au niveau régional. Sa mise en œuvre fait intervenir la DRASS, la DDASS, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et la CPAM pour le recensement et la sélection des actions pouvant faire l'objet d'un financement. Bien que des permanences soient organisées au sein même d'un département, le cadre d'intervention reste au minimum départemental. Une transposition de la démarche territoriale relative à l'organisation sanitaire pour la planification des actions relevant des conduites addictives serait-elle possible ?

Le parallèle établi précédemment entre le SROS et le PRSP pourrait être réutilisé ici. La thématique des conduites addictives est omniprésente au sein du PRSP. Il ne s'agit pas ici de remettre en cause le niveau d'élaboration de la politique de santé publique. La région est à présent considérée comme le niveau permettant de disposer d'une masse critique afin de pouvoir s'appuyer sur une unité territoriale performante et de fédérer les ressources dans le but de donner la meilleure cohérence aux actions à entreprendre¹⁷.

¹⁶ ARH des Pays de la Loire, *Territoires de santé*. Novembre 2004

¹⁷ Source : Direction Générale de la santé, *PRSP et territoires, quelques réflexions introductives*. Diaporama, Internet

Dotés de points de convergence (inscription dans une loi, rythme quinquennal, élaboration participative et concertée...), ces deux outils divergent néanmoins quant à leur champ d'intervention (centré sur les soins pour le SROS / approche globale de la santé pour le PRSP). Est-il possible de définir des territoires infra-régionaux voire infra-départementaux pour l'ensemble des thématiques relevant de la santé publique et de l'appliquer au PRSP? Dans le cadre du SROS de seconde génération, le choix avait été de réaliser un schéma de psychiatrie séparément du schéma général. La raison résidait dans la différenciation de leurs territoires d'intervention. La transposition de la méthode SROS /PRSP paraît délicate au vu du nombre de thématiques traitées par ce dernier.

Faut-il alors descendre à un niveau administratif encore inférieur avec le canton ? La Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé (FNORS) a publié en mai 2004 un document retraçant les inégalités cantonales de santé en France¹⁸. Une vue globale de la carte de France métropolitaine selon un classement des 3706 cantons en huit catégories, à partir de 35 indicateurs, permet d'apprécier très rapidement la diversité de la situation épidémiologique de la région Pays de la Loire et a fortiori du département de la Loire-Atlantique. Pourquoi alors ne pas fonder les actions sur les résultats de cette observation de la santé ? La réponse est simple : le canton ne permet pas de disposer de la masse critique suffisante qui est reconnue au niveau régional pour fédérer les ressources et y adjoindre une cohérence entre les actions menées. Pourtant, d'autres acteurs que l'Etat ont fondé leur action à partir d'autres découpages plus restreints avec pour objectif d'apporter une réponse plus adaptée aux problématiques locales.

1.3.2 Les logiques d'action territoriale différentes d'autres acteurs oeuvrant dans le champ de la santé publique

Zones de territorialisation des politiques d'emploi, bassins de santé, Pays, arrondissements ou territoires d'action sociale. Les périmètres sont multiples mais présentent tout de même une particularité commune : ils sont en général ancrés à l'intérieur du territoire départemental. Trois types de territoires vont être présentés.

Le bassin de santé est une partie de territoire drainée par des flux hiérarchisés, orientés principalement vers un centre, de patients aux caractéristiques et aux comportements géographiques homogènes. Ainsi, ce n'est fondamentalement rien d'autre que « *le cadre spatial de l'action du professionnel de soin, celui où réside « sa » population et, autour de lui d'autres professionnels de santé avec lesquels il constitue, au moins de fait, un*

¹⁸ FNORS, *Inégalités cantonales de santé en France*. Collection Les études du réseau des ORS, mai 2004

réseau »¹⁹. Ce concept a servi de base à la délimitation des secteurs sanitaires pour les SROS de seconde génération. Une transposition aux conduites addictives – distribution et masse des professionnels de ce secteur, graphe des relations établies entre eux et délimitation - ne pourrait-elle pas servir à rapprocher les services de l'Etat et les besoins des usagers ?

Les Pays, aux termes de la loi Voynet de 1999²⁰ sont des espaces de projets partagés par des collectivités qui collaborent à leur développement commun en y associant les acteurs socio - professionnels et économiques du territoire. Il se caractérise par une cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale et constitue à ce titre un niveau privilégié de partenariat et de contractualisation. La Loire-Atlantique compte huit Pays. Espaces de projets, la logique de construction des actions est ascendante, ce qui favorise la dynamique locale et la construction de territoires vivants. La difficulté pour l'Etat réside dans la prise en compte de cette démarche ascendante pour instaurer une politique publique globale et cohérente. Les Pays présentent cependant l'indéniable avantage de constituer des territoires administratifs.

Enfin, les délégations de la solidarité, anciennement dénommées unités territoriales d'action sociale, ont été déterminées en Loire-Atlantique par les élus du Conseil Général en juin 2001. Fondée notamment sur les Pays, l'intercommunalité et les bassins d'emplois, chaque délégation est composée de trois pôles opérationnels – action en faveur des personnes âgées et personnes handicapées, action éducative, vie sociale et insertion – et constitue le lieu de coopération avec le délégué territorial et de travail en transversalité avec les acteurs des autres directions. Le département de Loire-Atlantique est ainsi composé de six délégations.

Le découpage du département en plusieurs territoires, quelque soit l'institution qui en est à l'origine, répond toujours à un souci de proximité avec les usagers en apportant la réponse la plus adaptée aux besoins. La multiplicité des thématiques concernées par les conduites addictives et le recours à de nombreux acteurs complexifient le pilotage par l'Etat d'une politique cohérente. De surcroît, les constats de persistance d'inégalités territoriales de santé dans le domaine des conduites addictives en Loire-Atlantique ne sont pas favorables au maintien de l'organisation actuellement en place.

¹⁹ VIGNERON E., *Les bassins de santé concept et construction*. ADSP, n°29 décembre 1999

²⁰ Loi n°99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi n°95-115 du 04 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire

1.3.3 La mise en exergue d'inégalités infra départementales en Loire-Atlantique

Toute démarche d'organisation des structures et des actions dans le domaine sanitaire a pour préalable une évaluation des besoins de santé de la population. Le SROS est arrêté sur cette base (article L6121-1 du code de la santé publique). Les objectifs à fixer seront en effet fonction de l'adéquation entre l'offre de soins existante aux besoins de santé. Ceux-ci pourraient être définis comme l'écart entre un état de santé constaté et un état de santé souhaité. La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) tend pour une approche plus pragmatique en considérant que les besoins de santé pourraient être inversement proportionnels à l'état de santé de la population (état de santé constaté), qui est mesurable par des indicateurs²¹. La santé dépend de nombreux déterminants autres que le système de soins d'où la nécessité de réponses multidisciplinaires. C'est dans cette optique que la DHOS recommande de s'intéresser dans un premier temps aux besoins de soins, c'est-à-dire à la capacité d'une population à bénéficier de soins. L'objectif est ainsi de développer une offre de soins adaptée à l'état de santé de la population et aux connaissances médicales ainsi qu'à l'efficacité des prises en charge existantes.

Comment se présente l'offre de prévention et de soin dans le champ des conduites addictives dans le département de Loire-Atlantique ? Une cartographie élaborée à partir des travaux de deux participants au groupe de travail « Approche territoriale » du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool permet de situer sur le territoire départemental les structures intervenant dans ce domaine (unité hospitalière d'alcoologie, CCAA, EAL, tabacologie, psychiatrie...) ²² et de présenter le constat suivant : les communes de Nantes et Saint-Nazaire disposent du plus grand nombre de structures, loin devant Châteaubriant, Blain et Ancenis. Cette cartographie permet d'emblée de saisir les zones ne disposant pas ou peu de structures. Cette impression est corroborée par les écarts de densité de médecins généralistes sur les différents territoires du département ²³. Les densités les plus faibles concernent les périphéries départementales, entre la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire autour d'Ancenis en particulier. En matière de conduites addictives, une seule structure a une vocation départementale et permet d'assurer une couverture relativement homogène du territoire: il s'agit de l'Office Central d'Hygiène sociale (OCHS) qui propose des consultations dans six centres sur le département (Nantes – deux centres -, Saint-Nazaire, Châteaubriant, Ancenis et Rezé).

²¹ DHOS, Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé. Mai 2004

²² Se reporter à l'annexe 3

²³ FLEURET S., *La santé, les soins, les territoires : penser le bien être*. 2002, pp. 33 à 48

L'offre de soins est-elle adaptée aux besoins de santé de la population ? Bien qu'en augmentation, l'évolution de la médecine libérale reste insuffisante. Au plan régional, un Ligérien sur huit ne dispose pas de médecin généraliste dans sa commune. Le secteur hospitalier en Loire-Atlantique fait l'objet d'une diminution des lits d'hospitalisation, tant dans les établissements publics que privés²⁴. Au sein d'une région, les disparités d'état de santé de la population peuvent être importantes. Dotée des effectifs les plus importants en médecins généralistes et spécialistes de la région mais quatrième département de la région pour le taux de lits de médecine (y compris l'hospitalisation à domicile)²⁵, le département de Loire-Atlantique présente des données plus défavorables que la moyenne régionale pour la thématique de l'alcool. La consommation régulière d'alcool concerne en 2005 23% des 15-25 ans en Loire-Atlantique contre 20% au niveau régional. L'écart est quasiment identique pour ce qui relève des ivresses répétées (24% contre 20%)²⁶.

Département présentant une situation déjà peu favorable par rapport aux moyennes régionale et nationale pour certains thèmes des conduites addictives, la Loire-Atlantique présente également en son sein de fortes disparités. Les données issues des documents intitulés « *La santé observée dans [...]* », réalisés à partir des territoires de santé de Nantes, Saint-Nazaire et Châteaubriant, illustrent ce propos. La surmortalité liée aux cirrhoses du foie sur le territoire de santé de Nantes par rapport à la moyenne nationale est de 22% alors que celles des territoires de santé de Saint-Nazaire et de Châteaubriant atteignent respectivement 54% et 59%. Le tabac et la consommation excessive d'alcool constituent des facteurs de risque importants du cancer et une part importante des cancers du poumon, du foie et des voies aérodigestives supérieures peuvent leur être attribués. Alors que l'indice de mortalité par cancer sur le territoire de santé de Nantes est identique à la moyenne nationale, ceux des territoires de santé de Saint-Nazaire et de Châteaubriant sont tous les deux supérieurs de 8% à la moyenne nationale.

Des progrès restent ainsi à accomplir et une meilleure homogénéité du territoire est à réfléchir. Dans le cadre de la régionalisation de la politique de santé publique et en particulier des conduites addictives, les inégalités territoriales de santé recensées sur les territoires de la Loire-Atlantique peuvent ainsi apparaître difficile à réduire. Le niveau de mise en œuvre, à savoir le département, peut-il permettre de réduire les inégalités territoriales de santé ?

²⁴ Source : PDAPS de Loire-Atlantique 2002-2004

²⁵ Source : DRASS – SAE – STATISS 2002

²⁶ Données issues d'un complément à l'enquête Baromètre santé jeunes 2005 pour la Loire-Atlantique (ORS Pays de la Loire, 2005)

2 L'INSCRIPTION TERRITORIALE DE LA DDASS DANS LE DOMAINE DES CONDUITES ADDICTIVES : D'UN RÔLE DE SIMPLE RELAIS A CELUI D'ACTEUR AU PROFIT DU DEVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE DE REDUCTION DES INEGALITES TERRITORIALES DE SANTE

Le principal constat présenté dans la partie précédente faisait état de la coexistence d'une régionalisation de la politique de santé publique et d'inégalités territoriales de santé persistantes dans le département de Loire-Atlantique. Les limites du dispositif des PRS incitent à travailler davantage à partir du cadre départemental et surtout infra-départemental (I). Les modalités de déclinaison départementale du plan MILDT illustrent la volonté de la DDASS de renforcer sa légitimité à travailler à partir du territoire infra-départemental (II) mais il est nécessaire de tenir compte des difficultés liées plus généralement à la problématique territoriale (III).

2.1 Les limites d'une politique régionale de santé publique ou les raisons de la nécessité de travailler à la réduction des inégalités territoriales de santé à partir de territoires infra départementaux

La DDASS se présente à travers la déclinaison du PRS « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* » comme un simple relais de la région avec un pouvoir limité d'initiative (1). Cela a pour conséquence d'octroyer chaque année les financements prioritairement aux mêmes promoteurs, ce qui est susceptible de remettre en cause l'adéquation entre les besoins et les actions (2). Les collectivités territoriales interviennent de plus en plus dans les champs sociaux et de la santé publique. La taille de la région permet-elle d'appréhender ce phénomène ? (3).

2.1.1 La déclinaison des PRS : le relais organisé par la DDASS

Le PRS « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* » ne fait pas exception à la procédure classique applicable à l'ensemble des PRS. La conférence régionale de santé analyse l'évolution des besoins de santé de la population dans la région, fait des propositions pour améliorer l'état de santé de la population et établit des priorités de santé publique (article L767 du Code de la Santé publique). Parmi ces priorités, le Préfet de

région détermine celles qui feront l'objet de programmes pluriannuels. Leur mise en œuvre annuelle relève de l'Etat et de l'Assurance maladie sous la forme d'un appel à projets. Celui-ci consiste en la production d'un document recensant les priorités de chaque programme, document qui sera remis chaque année aux promoteurs accompagné de la procédure d'agrément des projets. La procédure se déroule d'octobre de l'année n-1 (programmation) jusqu'en septembre de l'année n+1 (évaluation). A quel moment la DDASS intervient-elle ?

Concernant l'étape de programmation et d'appel à projets, des réunions ou des permanences destinées à présenter aux promoteurs la procédure et les priorités de chaque programme sont organisées au niveau départemental. Les promoteurs transmettent ensuite leurs dossiers et courriers en précisant le financement sollicité à la DDASS et à la CPAM. Ce n'est que dans le cas où le projet a une dimension interdépartementale ou régionale qu'il doit être transmis à la DRASS et à l'URCAM. La seconde étape correspond à la sélection des projets : les échelles départementales et régionales sont toutes deux concernées. Au niveau départemental, les dossiers sont examinés conjointement par les responsables de l'Etat (chefs de projet, MILDT, DDASS, Inspection Académique), ceux de l'Assurance Maladie voire d'autres financeurs. Les projets sont hiérarchisés en fonction des priorités arrêtées, de la cohérence et la pertinence des actions proposées. Au niveau régional, le comité de gestion des programmes prioritaires de santé arrête les actions qui seront financées sur la base des enveloppes allouées. Chaque niveau se voit ainsi confier des missions précises et complémentaires. Enfin, les services de l'Etat (DRASS/DDASS) et de l'Assurance Maladie (URCAM/CPAM) assurent la réalisation du bilan et de l'évaluation des actions.

La répartition des rôles de chaque niveau apparaît clairement à travers la procédure des PRS : la DDASS assure le relais entre les acteurs locaux (les promoteurs de projets) et le niveau décisionnel (la DRASS et l'URCAM). Son rôle n'est pas mineur puisqu'elle est en charge de la « présélection » des projets. Sa fonction se justifie notamment par sa connaissance approfondie du territoire départemental et des acteurs oeuvrant à l'intérieur de ce périmètre dans le champ de la santé publique et plus particulièrement celui des conduites addictives. L'articulation région/département ne se retrouve pas d'une manière identique à travers la déclinaison départementale du plan MILDT.

2.1.2 Les mêmes promoteurs retenus prioritairement chaque année : quelle adéquation entre l'offre et les besoins ?

Bien que des permanences soient organisées à l'intérieur des départements par la DDASS, la technique de l'appel à projets dans le cadre des programmes régionaux de santé présente une limite importante : les projets émergent très souvent des territoires où sont déjà présentes des dynamiques locales. Mais que fait-on pour les territoires et les acteurs qui ne se mobilisent pas d'eux-mêmes ? Si tel est le cas, rien ne sera fait sur le territoire en question et, par conséquent, les acteurs locaux ne pourront bénéficier de financements pour mettre en place des actions.

Bien que l'élaboration de la politique de lutte contre les conduites addictives nécessite une cohérence devant être apportée au niveau régional, le dispositif tel qu'en place actuellement et les marges de manœuvre octroyées à la DDASS ne semblent pas en mesure de pouvoir apporter une réponse totalement adaptée aux besoins locaux en matière de tabac, d'alcool et de drogues illicites. Les crédits du PRS « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* » octroyés illustrent ce mécanisme.

A partir du récapitulatif des demandes de financement au titre des déterminants de santé et plus particulièrement de l'alcool²⁷, il est possible de situer géographiquement les actions pour lesquelles la DDASS a proposé un financement. En 2005, Nantes bénéficie du montant de financement le plus important. Cela est dû au nombre de structures présentes sur ce territoire. Les communes du sud du département sont également bien placées avec une répartition s'étirant de Saint-Nazaire avec l'ANPAA au vignoble Nantais (le CHS Montbert) en passant par la communauté de communes de Légé au centre sud du département. Quant aux actions ayant pour point d'ancrage un établissement scolaire, leurs demandes ont été réorientées vers la MILDT.

La situation pour l'année 2004 est quasi identique, les évolutions restant en effet mineures. Les territoires de Nantes et Saint-Nazaire obtiennent une majorité de crédits. Ce sont très souvent les mêmes structures qui voient leurs projets financés. Les actions initiées par les établissements scolaires, réorientées vers la MILDT, représentent un espace géographique plus étendu. La marge de manœuvre peut ainsi apparaître plus importante à partir des crédits MILDT. Concernant les projets non retenus, on pourrait

²⁷ Promotion, prévention et programmes de santé publique Année 2005, Récapitulatif des demandes de financement classées par ordre de priorité (déterminants de santé, alcool). Document DRASS/URCAM

émettre l'hypothèse que leurs projets ne répondent pas suffisamment au cahier des charges du PRS pour obtenir leur validation.

En conséquence, concernant les crédits PRS, les projets étant présentés par les mêmes promoteurs, ce sont les mêmes territoires qui en bénéficient alors que les besoins sont également identifiés ailleurs. Les dynamiques sont présentes à travers de multiples entités. Les actions en matière de conduites addictives, aux côtés de secteurs adjacents tels que l'action sociale, ont connu un fort développement au sein des collectivités locales. Comment le niveau régional prend-il en compte ce phénomène?

2.1.3 Une prise en compte régionale nuancée des actions croissantes des collectivités territoriales dans les domaines sociaux et de santé publique

Il est aujourd'hui communément admis que la prise en charge des conduites addictives est sensible non seulement à des facteurs médicaux mais également à des déterminants non médicaux tels que l'environnement, l'aspect éducatif et surtout les facteurs sociaux. Le domaine sanitaire et social a été l'objet de profondes réformes qui ont modifié les compétences des différents intervenants. Le secteur social est le plus concerné avec les mouvements de décentralisation. Aujourd'hui, c'est au tour de la santé publique d'être impactée mais d'une manière différente : chaque acteur revendique le droit d'être l'échelon de référence en matière de santé. Le développement le plus important concerne les villes (avec les ateliers santé-ville - ASV -). Ces évolutions modifient à la fois les relations entre les acteurs et leur perception sur la façon de s'organiser sur leur territoire.

Le premier mouvement de décentralisation, initié par trois lois de 1982²⁸ et 1983 (des 07 janvier et 22 juillet 1983), a confié aux départements une compétence générale en matière de prestations d'aide sociale et en matière de prévention sanitaire et de services sociaux. L'acte II de la décentralisation, par la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, attribue aux départements un rôle de « chef de file » en matière d'action sociale. Il prend en effet à sa charge l'ensemble des prestations d'aide sociale. L'essentiel des mouvements dans les domaines sanitaire et social se sont ainsi déroulés au niveau départemental. Les compétences confiées aux régions ne relèvent pas de ces domaines, ce qui crée un contraste entre la répartition des compétences au niveau de l'Etat et celle au niveau des collectivités locales au regard de leurs échelles

²⁸ Loi n°82-213 du 02 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions

territoriales respectives. Des liens entre le niveau régional et les collectivités territoriales dans leur globalité existent tout de même : le contrat Etat-Région 2000-2006 signé dans les Pays de la Loire mentionne des crédits en contrepartie de la signature de contrats de pays et d'agglomérations. En 2004, 1,3 million d'euros a été consacré à la santé ainsi qu'aux établissements sociaux et médico-sociaux. Au final, le secteur social a fait l'objet d'une décentralisation départementale alors que la santé a été déconcentrée (ARH, DRASS et DDASS) principalement au niveau régional. Ces mouvements, sans être incompatibles, ne facilitent pas la mise en place d'une action territorialisée globale dans le domaine des conduites addictives. Par son positionnement et son rôle de mise en œuvre, la DDASS paraît être en mesure de pouvoir favoriser la coordination au sein d'une approche globale.

La santé est devenue l'objet de politiques transversales et chaque intervenant souhaite pouvoir y participer. A travers le développement des intercommunalités et la place croissante des villes dans ce domaine, il apparaît légitime de s'interroger sur la place occupée par la santé au sein de la politique de la ville. L'intérêt porté par les intercommunalités à travers les Comités intercommunaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CISPD)²⁹ et par les villes à partir des ateliers santé-ville démontre que, si la santé est une responsabilité de l'Etat, les préoccupations des élus locaux autour notamment de la prévention du SIDA et de la toxicomanie rendent compte de la nécessité de travailler sur ces thématiques au plus près des administrés.

Les montées de l'exclusion et des difficultés d'accès aux soins ont amené les communes à se créer une place nouvelle dans le dispositif de santé, même si celle-ci restait minoritaire. Les préoccupations sont à la fois d'ordre sanitaire – la demande porte sur la qualité des soins et sur la proximité des structures qui les délivrent - et économique, l'hôpital représentant un acteur économique déterminant³⁰.

L'adjonction d'un niveau administratif avec les intercommunalités a permis une répartition des compétences favorables au développement de la santé à un niveau infra-départemental. La Communauté d'Agglomération de la Région Nazairienne et de l'Estuaire (CARENE) comprend dix communes et leur apporte notamment un soutien pour le montage d'actions. Des chefs de projets participent à la politique de prévention de délinquance avec le CISPD et exercent des missions de conseil, de soutien, d'aide au

²⁹ Le comité local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD) ne relève quant à lui de la responsabilité que d'une seule commune

³⁰ in ZMIROU D., CHAMBAUD L., CHAPPELON S. et al. *Santé publique et territoires, 10 ans de décentralisation*. Actes du colloque à Rennes / ENSP, 25 et 26 janvier 1995

montage d'actions avec le souci de la recherche de cohérence sur l'agglomération. La CARENE détient notamment comme compétences la politique de l'habitat et la politique de la ville. Néanmoins, certaines réticences apparaissent quant au traitement par le CISPDP d'un nombre croissant de thématiques, le risque étant qu'il devienne « *un outil à tout faire* »³¹.

Les villes se sont également parfois prises en charge elles-mêmes. Nantes dispose du titre d'atelier santé-ville. Les ASV, issus du réseau français des villes-santé de l'Organisation Mondiale de la Santé, se sont développés à travers la politique de la ville. Mise en place à titre expérimental en Ile-de-France et en Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), c'est la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1^{er} août 2003 qui a permis le développement de cette démarche sur l'ensemble des communes comptant au moins une zone urbaine sensible. Ces ASV constituent des instances partenariales locales, au niveau communal ou intercommunal, ayant pour objectif central la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ils réunissent les représentants de l'Etat, les élus locaux, les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux (publics et privés), les associations et s'appuient le plus souvent sur une démarche participative des populations concernées. Ils constituent ainsi une instance locale de co-production de programmes adaptés de santé publique³². Les conduites addictives font partie des domaines majeurs de ces programmes locaux de santé.

La participation des communes et d'intercommunalités aux groupes de travail pour la déclinaison du plan MILDT, notamment pour les thèmes « Prévention » et « Approche territoriale » démontre, qu'au-delà des strictes répartitions de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales, la prégnance des questions de santé nécessite l'engagement de tous. L'Etat n'est pas absent des instances de ces structures. Par exemple, La DDASS fait partie du 2^e collège du CISPDP de la CARENE au titre de représentants de l'Etat (les autres collèges sont celui des élus des collectivités territoriales et celui des socioprofessionnels et autres acteurs de la prévention de la délinquance). Pourtant, la présence réelle de la DDASS reste très épisodique pour des raisons de disponibilité : certains acteurs locaux regrettent son absence régulière lors des comités des CLSPDP. A l'inverse, la dimension communale peut être intégrée au sein du GRSP afin de mettre en

³¹ Compte-rendu de la réunion du groupe « Approche territoriale » du 24 juin 2005

³² ASSOCIATION ELUS, SANTE PUBLIQUE ET TERRITOIRES, *Premières rencontres des villes pour la santé publique*. Dossier du participant, 23 novembre 2005

œuvre le PRSP³³ : la participation de communes ou groupements de communes est limitée à quatre membres. Le GRSP n'étant pas encore en place, l'avenir confirmera ou non la réussite de cette coopération propre à participer à la réduction des inégalités territoriales de santé.

Travailler à la réduction des inégalités de santé dans le champ des conduites addictives nécessite aujourd'hui de prendre en compte la dimension de la décentralisation et les actions exercées en ce sens par les collectivités territoriales. Le département et la région cherchent encore les articulations adéquates. Au vu de leurs compétences respectives, la DRASS et le Conseil Régional peuvent rencontrer des difficultés à les réaliser. Le mouvement semble plus propice à la DDASS mais celle-ci doit accroître sa légitimité afin de poser son action au plus près des territoires. L'élaboration du plan départemental de la MILDT en est une illustration.

2.2 La volonté de la DDASS d'asseoir sa légitimité face aux acteurs locaux pour travailler à partir des territoires infra départementaux : l'expérience du plan MILDT

Le plan MILDT a pour particularité d'être décliné directement au niveau départemental (1). Cela permet au département de bénéficier d'une plus grande marge de manœuvre pour définir ses axes. La mise en place du groupe « approche territoriale » en est la preuve bien que son fonctionnement ne soit pas dénué de difficultés (2). Les attentes des acteurs locaux sont importantes et illustrent leur souhait de disposer d'une meilleure visibilité quant aux missions de leur interlocuteur (la DDASS) et aux possibilités de partenariat dont ils seraient à même de disposer (3).

2.2.1 Le plan MILDT, un outil particulier dans sa déclinaison ?

L'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool suit un processus quelque peu particulier. Le plan national de la MILDT est décliné directement au niveau départemental, permettant ainsi à la DDASS d'adapter un outil national aux problématiques locales sans cadre intermédiaire régional. Le précédent plan

³³ Décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique

2001-2003 de la MILDT, sous la présidence de Madame Maestracci, était déjà décliné uniquement au niveau départemental, cette même démarche a aujourd'hui vocation à s'appliquer à l'ensemble du territoire national avec le plan 2004-2008, compte tenu des nombreuses déclinaisons déjà en cours. Quelles sont les justifications de ce choix ? La principale raison réside dans le fait que le plan quinquennal 2004-2008 favorise une approche par produits des actions à mettre en place. L'intitulé est d'ailleurs évocateur : « *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008* ». La consommation des différents produits variant selon les territoires, l'approche par produits a nécessité cette déclinaison afin d'être en mesure de produire la réponse la plus adaptée aux besoins.

Comment cette déclinaison s'est-elle formalisée en Loire-Atlantique ? Monsieur Cantal, sous-Préfet à la ville, a été désigné chef de projet de la déclinaison du plan MILDT. L'appui technique a été apporté par la DDASS de Loire-Atlantique. Le premier Comité de pilotage s'est tenu le 02 mai 2005 sous la présidence du sous-Préfet à la ville et a acté la constitution de quatre groupes de travail à partir des thématiques du soin, de la prévention, du rappel à la loi et de l'approche territoriale. La DDASS a animé ces groupes de travail regroupant des institutions, des collectivités territoriales et des professionnels (médecins, responsables d'association...) entre les mois de mai et de septembre 2005. La Préfecture de Loire-Atlantique a validé les travaux par la réunion d'un Comité de pilotage le 09 décembre 2005 avant la rédaction finale du plan départemental. La présentation de la méthode suivie permet de constater le circuit retenu : les relations sont uniquement formalisées entre la DDASS et la Préfecture de département. De surcroît, l'animation des groupes de travail a été réalisée par une Inspectrice principale, un Inspecteur et un Médecin Inspecteur de Santé Publique. Aucun agent de la DRASS des Pays de la Loire n'a assisté aux différentes réunions.

De quelle façon le niveau régional peut-il prendre en compte les axes du plan départemental et les actions qui en sont issues ? Sans revenir sur les difficultés d'articulation à prévoir entre le plan MILDT au niveau départemental et le PRSP (étudiées en première partie), une note du 23 novembre 2004 du Ministère de l'Intérieur et de la MILDT, qui met en place l'organisation territoriale de la MILDT, a décidé de l'instauration d'un coordonnateur régional des plans départementaux de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Il correspondra dans les faits au Chef de projet MILDT nommé dans le département chef lieu de région.

Cet outil qu'est le plan MILDT contraste ainsi fortement avec la mise en œuvre du PRS « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* ». Faisant partie de la politique de la ville d'une manière générale, la préoccupation de réduction des inégalités territoriales peut apparaître plus forte que dans le cadre du PRS. Elle se voit confirmée par le choix des thèmes des groupes de travail, signe potentiel d'une marge de manœuvre plus importante au profit de la DDASS pour œuvrer à la réduction des inégalités territoriales. Dans quelle mesure la DDASS peut-elle l'utiliser ?

2.2.2 La marge de manœuvre du département : un atout au service du travail sur les territoires en partenariat avec les acteurs locaux

Les axes du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool ont été arrêtés lors du Comité de pilotage du 02 mai 2005. Lors de ce Comité de pilotage, Monsieur Cantal avait rappelé les trois principales directions du plan gouvernemental, auxquelles correspondent les trois premières thématiques du plan départemental (soin, prévention et rappel à la loi). Ce choix répond non seulement à la volonté de rapprocher les actions menées dans ces trois champs mais également au souci d'articulation future entre le plan départemental et le PRSP³⁴. Le quatrième thème retenu, l'approche territoriale, ne figure pas comme un axe fort dans le plan gouvernemental. Le département, à travers la déclinaison du plan MILDT semble avoir ainsi bénéficié d'une marge de manœuvre plus importante que dans le cadre de la mise en œuvre du PRS. Comment est utilisée la marge de manœuvre du département ?

Elle se retrouve dans le fonctionnement du groupe de travail relatif à la thématique « Approche territoriale ». A partir du postulat que la déclinaison des plans nationaux et régionaux suscitait des problématiques différentes selon les territoires visés, l'objectif a avant tout consisté à dégager les problématiques fortes qui se dégageaient en Loire-Atlantique. Tout en s'appuyant sur le bilan du précédent plan, la décision de retenir un premier découpage du département (à partir des délégations de la solidarité du Conseil Général) afin d'organiser le recensement des actions mises en œuvre constitue également une innovation. La notion de territoire est mise en avant et est utilisée comme un outil visant à la réduction des inégalités de santé. Le panorama des participants au groupe de travail « Approche territoriale » reflète la diversité des acteurs et des territoires : hormis les acteurs à compétence régionale ou départementale, étaient

³⁴ PREFECTURE DE LOIRE-ATLANTIQUE, Comité de pilotage départemental toxicomanie du 02 mai 2005, relevé de conclusions

présents à la première réunion des acteurs des territoires de Saint-Nazaire, d'Ancenis et de Blain. Le groupe s'est enrichi, au fil des réunions d'acteurs des territoires du Sud-Estuaire et du vignoble nantais. Le corollaire de cette diversité est la difficulté à pouvoir mobiliser sur un même thème un ensemble très hétérogène d'intervenants sur des territoires présentant des caractéristiques divergentes.

La constitution du groupe de travail « Approche territoriale » est une expérimentation. Elle suit la logique du plan MILDT en soutenant le postulat d'une consommation différente selon les territoires. Néanmoins, les modalités d'inscription de son action sur les territoires peuvent rencontrer des obstacles dans leur mise en œuvre. Les difficultés relatives au fonctionnement du groupe témoignent de cette problématique.

La phase de diagnostic n'a fait l'objet que de peu de remarques de la part des participants. Les données disponibles peuvent être confrontées, lors des réunions du groupe de travail, à l'analyse de terrain. Les critiques résident principalement dans les finalités. Au-delà d'un consensus sur l'intérêt de mener une réflexion territoriale dans le champ des conduites addictives, certains acteurs locaux regrettent la formulation d'objectifs très généraux qui débouchent sur « *des propositions manquant d'affinage* ». La pertinence d'avoir créé un groupe de travail spécifique à l'approche territoriale est également parfois relativisée du fait de la difficulté à pouvoir traiter seul cet aspect. Peut-être que le caractère transversal du thème aurait plutôt nécessité de l'adjoindre aux autres groupes et notamment à ceux relatifs au soin et à la prévention. Par exemple, l'accessibilité géographique revêt-elle la même importance selon que l'on se situe dans le cadre du soin ou de la prévention ?

« *Le pilotage [du plan quinquennal] n'est pas ce que la DDASS sait le mieux faire* ». La remarque émane d'un acteur local et illustre le déficit de légitimité de la DDASS à agir directement sur les territoires de façon aussi poussée et le manque de levier financier à sa disposition. Elle traduit également les limites du rôle que tient la DDASS à travers la mise en œuvre du PRS « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* », rôle de relais sans véritable capacité à pouvoir travailler à la réduction des inégalités territoriales de santé à partir des territoires infra-départementaux. Les acteurs locaux sont pourtant favorables à une meilleure prise en compte de la répartition géographique des moyens lors de la mise en œuvre des actions de lutte contre les conduites addictives.

2.2.3 Les attentes des acteurs locaux vis-à-vis de la DDASS

Les attentes des acteurs locaux ont été recueillies à travers des entretiens. Réalisés durant mon stage d'exercice professionnel, ils ont concerné cinq participants à l'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Les quatre autres entretiens ont permis d'apporter un regard extérieur à cette élaboration mais leurs relations avec la DDASS ont tout de même été abordées. Trois tendances se sont dégagées : avoir une DDASS plus visible et plus disponible, une DDASS dépassant l'aspect financier dans le partenariat et une DDASS affirmant son poids politique.

« Une DDASS plus visible et plus disponible »

Des remarques ont été formulées quant à l'opacité pour certains acteurs locaux des missions de la DDASS avec parfois pour conséquence des difficultés à visualiser l'origine des financements susceptibles d'être obtenus. Pour un autre acteur, cette opacité nuit à l'action de la DDASS sur les territoires et se ressent notamment dans les difficultés à affiner les propositions nées du travail d'élaboration du plan départemental MILDT. Un autre interlocuteur regrette le manque de disponibilité de la DDASS, manque qui s'est accru avec le temps. La participation épisodique de la DDASS au collège des CLSPD et CISPD relève du même constat. Toutefois, la DDASS reste facile à interpeller pour d'autres structures. Les divergences des avis peuvent ainsi révéler des décalages quant à l'« accessibilité » de la DDASS pour les structures. Celle-ci ne semble possible que par une clarification des missions et des moyens de la DDASS et de sa compétence départementale aux yeux des acteurs locaux.

« Dépasser le partenariat uniquement financier »

La DDASS, à travers les PRS notamment, est très souvent perçue comme un partenaire financier. Le lien financier, s'il est nécessaire, peut se révéler souvent insuffisant car il ne garantit en rien la qualité des projets proposés. Certaines structures ne peuvent ainsi accéder aux financements et par là même à la pérennisation de leurs projets faute de conseils au montage d'actions. D'autres acteurs locaux interrogés souhaiteraient également un soutien politique, notamment vis-à-vis des élus locaux.

« Affirmer le poids politique de la DDASS »

La territorialisation n'a de sens que si son contenu résulte d'un choix politique. Afin de travailler à la réduction des inégalités de santé, la DDASS doit adjoindre à une

délimitation de territoires infra-départementaux des objectifs et des moyens. Face au souhait d'une DDASS « *plus ardente* », la DDASS doit affirmer sa plus-value notamment dans la garantie du lien santé/social et dans sa capacité de mise en perspective départementale des territoires.

Ces attentes, reflets de la reconnaissance d'un manque de légitimité de la DDASS à agir dans cette voie, sont en mesure de constituer autant d'objectifs à atteindre pour œuvrer à la réduction des inégalités territoriales de santé. Néanmoins, l'outil du territoire comporte à la fois un aspect géographique et un aspect institutionnel et sectoriel. Quels sont les freins, illustré encore une fois par l'élaboration du plan départemental MILDT, dont la DDASS doit tenir compte ?

2.3 Les freins au développement de la politique territoriale voulue

La santé est aujourd'hui de plus en plus indissociable du secteur social. Cela semble encore plus vrai dans le domaine des conduites addictives. Pourtant le Conseil Général était absent lors de l'élaboration du plan départemental. Peut-on travailler sans cette institution ? (1). Ce domaine implique aussi une problématique commune à la santé en général : l'articulation des compétences, notamment entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier. Quels sont les problèmes posés ? (2). Enfin, la question des territoires interpelle les habitudes et les cultures professionnelles des acteurs. Sont-ils prêts à accepter une évolution possible de leur territoire d'intervention (3) ?

2.3.1 La fragilité des liens créés entre les secteurs de la santé et du social

L'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool a réuni au sein des groupes de travail plus de soixante-dix partenaires différents. Ne figuraient pas parmi eux un acteur essentiel dans le département, le Conseil Général. Ses compétences en matière d'action sociale, développées précédemment, et sa logique d'action territoriale (à partir des six délégations de la solidarité de la Direction Générale Adjointe de la Solidarité) auraient pourtant pu apporter de nouveaux éléments aux débats menés au sein des groupes de travail, notamment pour la prévention et l'approche territoriale.

Le groupe de travail « Approche territoriale » a parmi d'autres thèmes abordés au cours des quatre réunions organisées les questions d'accessibilité géographique (création de nouveaux services ou mise en place d'antennes) et de public cible. Le groupe

« Prévention » a été scindé en deux sous-groupes « jeunes » et « adultes » afin de traiter séparément les problématiques liées à ces deux types de public. Le sous-groupe « adultes » a abordé les débats selon l'organisation retenue par le plan gouvernemental (travail, cité, prison). La démarche adoptée démontre que la thématique de la santé ne peut être traitée isolément mais plutôt dans un contexte global incluant notamment les déterminants sociaux de la santé.

Les conduites addictives interpellent à la fois les champs sanitaires et sociaux. Elles peuvent constituer une réaction à de graves problèmes sociaux. Une étude menée en Grande-Bretagne en 1993 conclut à une forte relation entre les conduites addictives et les indicateurs de situation défavorisée sur les plans économique et social³⁵. Il n'est pas concevable de généraliser, sans étude disponible, cette conclusion dans l'ensemble des pays et encore moins à l'intérieur du département d'un pays. L'exclusion, le chômage, l'isolement et les transports sont autant de facteurs qu'on ne peut cependant ignorer et qui sont plus ou moins pertinent selon les lieux visés par les actions. Le facteur du chômage ne peut pas être pris en compte lorsque l'on traite de la prévention au travail alors qu'il revêt une importance particulière dans le cadre de la cité (au sens étymologique du terme, c'est-à-dire la ville). Il est cependant important de ne pas considérer les facteurs sociaux comme la seule variable agissant sur l'état de santé de la population et sur l'évolution des conduites addictives.

L'approche multidisciplinaire privilégiée pour la santé publique et les conduites addictives dont la mise en avant des relations entre la santé et le social a un impact sur l'approche territoriale à retenir. La DRASS et le pôle Santé Publique de la DDASS ne sont pas les seules à intervenir sur le département et elles doivent notamment prendre en compte les travaux réalisés par le pôle social de la DDASS de Loire-Atlantique dans le cadre d'une observation sociale des territoires. Un entretien avec une conseillère technique en travail social de ce service m'a permis de replacer cette démarche dans son contexte. La loi du 29 juillet 1998³⁶ a réaffirmé le rôle de l'Etat dans le renforcement de l'accès aux droits et à la santé. Le département du Maine-et-Loire a expérimenté à partir de cette loi une démarche d'observation sociale des territoires. Elle a permis d'établir un diagnostic partagé par les acteurs. Le Comité Technique Régional et Interdépartemental (CTRI) a décidé de développer cette démarche dans les cinq départements de la région des Pays de la Loire.

³⁵ in *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. Collection OMS Europe 2004

³⁶ Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions

Le travail en Loire-Atlantique a été de définir des territoires ainsi que des indicateurs socio-démographiques, de pauvreté et de précarité, d'emploi et de qualification. Débuté en 2004 et devant permettre au final l'aide à la décision, ce travail s'est fondé sur une démarche descendante en ne favorisant pas l'apparition d'un diagnostic partagé. Une dynamique a vu le jour et de nombreux acteurs ont été réunis : Caisse d'allocations familiales, Caisse primaire d'assurance maladie, élus locaux dont le Conseil Général. A l'issue de ce travail préparatoire, l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) a récupéré les données afin de produire un document sur les modèles du Maine-et-Loire et de la Vendée. Ce document se compose d'une double entrée, avec une analyse thématique d'une part (contexte socio-démographique, pauvreté et précarité...) et une analyse territoriale d'autre part. Celle-ci est basée sur cinq territoires : le bassin de Saint-Nazaire, le territoire de Blain à Châteaubriant, le Pays d'Ancenis, le Pays de Retz et le Vignoble. Nantes n'y est pas inclus. Cela se justifie par le fait que cette ville dispose de ses propres outils d'observation qui dépassent le domaine social (avec un travail beaucoup plus fin au niveau des quartiers). Une observation territoriale des zones urbaines sensibles « Santé et accès aux soins » a d'ailleurs été mise en place en 2004. Les territoires retenus par le pôle social de la DDASS présentent chacun leurs propres caractéristiques³⁷ :

- Le bassin de Saint-Nazaire se compose de territoires urbains, côtiers et ruraux avec des populations aux caractéristiques assez distinctes ;
- Le territoire de Blain à Châteaubriant, situé aux marges du département, reste pour l'essentiel rural : vieillissement, pauvreté et précarité affectent ce territoire dans des proportions importantes ;
- Le Pays d'Ancenis commence à être concerné par l'étalement urbain de la métropole nantaise et est un territoire jeune et actif préservé du chômage et de la pauvreté ;
- Le Pays de Retz présente un visage social contrasté avec la coexistence de nombreux retraités sur la côte et de jeunes actifs dans l'espace périurbain nantais ;
- Le territoire du Vignoble nantais bénéficie de populations jeunes et actives drainées par l'étalement urbain de la métropole nantaise.

Une comparaison entre les territoires retenus pour l'observation sociale des territoires et ceux correspondants aux délégations de la solidarité du Conseil Général permet de

³⁷ INSEE Pays de la Loire, *Observation sociale des territoires de la Loire-Atlantique*. Septembre 2005

rapidement s'apercevoir qu'il s'agit de la même délimitation. La coexistence des territoires retenus peut faciliter le montage de projets communs. Les liens entre les secteurs du social et de la santé, à travers l'accès aux soins par exemple, amènent à s'interroger sur le choix à effectuer en termes de territoires dans le cadre d'une politique de lutte contre les conduites addictives. Toutefois, le territoire n'est pas le seul levier : une action coordonnée nécessite également l'existence d'une volonté d'agir ensemble. Or, le Conseil Général a changé de majorité politique au cours de la démarche d'observation sociale des territoires et la considère avec moins d'intérêt aujourd'hui. Le Conseil Général de Loire-Atlantique mène actuellement des études mais en interne avec ses propres outils.

La démarche d'observation sociale des territoires a aujourd'hui aboutie. Sous l'onglet « Santé et accès aux soins », un des indicateurs présents dans l'analyse territoriale est la part des médecins libéraux généralistes dans la population totale. L'importance de la médecine ambulatoire dans un processus de territorialisation de santé publique doit pouvoir s'articuler avec le secteur hospitalier compétent dans le champ des conduites addictives.

2.3.2 Le cloisonnement des compétences : l'exemple des difficultés d'articulation entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires

Les groupes de travail mis en place afin d'élaborer des propositions à intégrer au plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool ont rassemblé des acteurs d'horizons divers. De nombreux praticiens hospitaliers de plusieurs origines étaient présents – équipe d'addictologie de liaison, centres hospitaliers, centre hospitalier spécialisé- alors que la médecine libérale était quasiment absente. Le secteur ambulatoire n'était composé que par un représentant de l'Ordre des pharmaciens et d'un médecin de l'OCHS. Le groupe « Approche territoriale », par ses participants, était limité au secteur hospitalier et au même médecin de l'OCHS. Cette structure gère les Centres de cure ambulatoire en alcoologie sur le département de la Loire-Atlantique. Comment assurer un accès aux soins satisfaisant lorsque les médecins généralistes ne sont pas présents aux débats? Le parcours de soin de l'utilisateur inclut pourtant la médecine de ville, l'hôpital ainsi que les établissements du dispositif spécialisé.

La territorialisation contient un enjeu d'ouverture. La santé a intégré ce processus par la définition de périmètres territoriaux et de niveaux de soins alliant à la fois la médecine libérale et le secteur hospitalier (du niveau de proximité aux trois niveaux d'hospitalisation). Qu'en est-il pour la santé publique et les conduites addictives ? Le cas de l'alcoologie est révélateur. Les consommateurs d'alcool sont également de gros consommateurs de soins en général : *« non seulement ils consultent plus, mais aussi plus*

souvent » (neuf consultations ou visites en moyenne par an, 5,8 en moyenne pour les autres patients ; Parquet et Reynaud, 1999)³⁸. La médecine générale constitue donc un pilier important qu'il s'avère nécessaire de mobiliser sur la thématique des conduites addictives. Les médecins généralistes sont à la fois fournisseurs potentiels de patients et relais possibles de prise en charge. Pourtant, le manque de formation en toxicomanie fait figure de serpent de mer : comment s'occuper, seul en cabinet, sans les ressources d'une équipe pluridisciplinaire et sans aucune formation ni habitude de ce type de patients particuliers ?³⁹ Un second écueil est le temps nécessaire à la prise en charge d'une problématique d'addiction :

*« La médecine générale est débordée, elle rencontre beaucoup de problématiques sociales. Elle n'est donc pas disponible pour traiter une conduite d'alcoolisation »*⁴⁰

L'apport de la territorialisation peut être de permettre le développement de territoires de projets afin de dépasser les cloisonnements des compétences de chaque acteur⁴¹. Un des vecteurs de la déclinaison du plan MILDT était de favoriser la connaissance par les acteurs des pratiques de chacun. La proposition de renforcer la formation des médecins généralistes par rapport aux conduites addictives a très souvent été évoquée par les groupes de travail et notamment ceux relatifs aux soins, à la prévention et à l'approche territoriale.

Ce renforcement souhaité de la formation des médecins généralistes ne garantit pas la réussite de la coopération entre ceux-ci et le secteur hospitalier. Par exemple, le réseau en addictologie Groupement d'Intérêt Public Réseau d'Addictologie de la Presqu'île et de l'Estuaire de la Loire (GIP RAPEL) se compose de deux centres hospitaliers, d'un hôpital local et d'un CCAA. Cette mise en commun de compétences n'empêche pas toujours la confrontation entre la culture hospitalière et celle du secteur ambulatoire, qui peut parfois poser problème : dans le cas présent, une contrainte réside dans la difficulté du centre hospitalier à sortir du cercle hospitalier.

La définition de territoires de projets devra prendre en compte l'organisation hospitalière, la disponibilité de la médecine de ville ainsi que des services sociaux et médico-sociaux.

³⁸ BERGERON H., *Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique des addictions*. Office Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), février 2001

³⁹ Id supra

⁴⁰ Source : entretiens

⁴¹ Compte-rendu du Comité de pilotage du 02 mai 2005

Un autre paramètre important ne doit pas être éludé : il s'agit des habitudes et des cultures professionnelles de chacun des acteurs.

2.3.3 La contrainte des cultures professionnelles et des habitudes de chacun

Les acteurs participant aux groupes de travail pour l'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool y ont participé en référence à leur profil professionnel. Celui-ci les amène bien souvent à se situer plutôt dans le domaine préventif ou dans le domaine curatif et à exercer leurs compétences sur une partie déterminée du département. Ces territoires d'intervention peuvent être dénommés territoires historiques.

Il a été précisé en première partie de ce mémoire que les conduites addictives mêlent à la fois le soin et la prévention. Les acteurs oeuvrant dans ces deux secteurs sont différents et travaillent selon leur propre logique. L'objet de la prévention dans le cas présent est d'une part de pouvoir donner les moyens à une population visée de réduire les risques de maladies liées aux conduites addictives et d'autre part d'éviter une montée en puissance des comportements à risque si ceux-ci existent déjà. L'aspect curatif consiste à traiter les comportements à risque et leurs conséquences. Les enjeux liés aux territoires sont ainsi différents : le raisonnement en termes de population-cible (pour la prévention) implique d'opter pour un maillage important du territoire alors que le raisonnement en termes d'usagers (pour le soin) a principalement des conséquences sur l'adéquation entre les besoins et les structures de soin, ainsi que sur leur accessibilité géographique. Il apparaît ainsi difficile de pouvoir traiter la problématique territoriale d'une façon identique pour la prévention et pour le soin – « *L'idée de réfléchir sur le territoire afin de mesurer les besoins en termes d'équilibre géographique me semble tout à fait intéressante : par contre [...] ce seul aspect [l'approche territoriale] est difficile à traiter, peut-être est-il transversal et aurait dû être étudié sur chacune des autres thématiques ?* »⁴² - car les cultures professionnelles liées au domaine couvert concernent des types déterminés de structures. Les acteurs de prévention à l'égard des jeunes vont souhaiter s'appuyer sur les CESC alors que cette structure présente spécifiquement en établissements scolaires ne va pas être sollicitée par les acteurs du soin.

Quel que soit le domaine d'activité, chaque acteur travaille selon un périmètre bien défini. Ainsi, la CPAM de l'arrondissement de Saint-Nazaire intervient autour de la ville de Saint-

⁴² Un participant au groupe de travail « Approche territoriale »

Nazaire, s'étend jusqu'à Savenay à l'Ouest et descend jusqu'à Couëron et Machecoul. Le CSST La Rose des Vents porte son action de Saint-Nazaire à Savenay, d'Herbignac au Nord à Pornic au Sud. Quant aux CESC, ils sont implantés dans les établissements scolaires. Ces exemples montrent à la fois les surfaces d'action qui peuvent être très variables ainsi que le possible chevauchement des territoires d'intervention des différents acteurs, ce qui peut ne pas faciliter la mise en place d'actions en commun.

Les constats présentés en début de seconde partie du mémoire démontrent un manque de dynamisme de certains territoires alors que des besoins existent. De quelles façons peut-on remédier à ce déficit de réponses ? La question a été posée lors du groupe de travail « Approche territoriale ». Faut-il démultiplier les recours aux associations spécialisées ou faut-il développer les réseaux purement locaux ? Les expériences menées dans le département sont contrastées. Ainsi, des réseaux ont été mis en place sur le Sud-Loire et le Nord-Loire mais leur fonctionnement n'a pas été jugé satisfaisant, « *faute de financements* »⁴³ selon un participant au groupe de travail. D'autres réseaux existent de fait, sans formalisation. Opérer un découpage sans en tenir compte serait susceptible de modifier les organisations existantes. Il apparaît nécessaire de motiver les acteurs prépondérants sur les territoires afin de mobiliser les ressources locales. La seconde solution, créer des points d'ancrage qui soient des démembrements des structures importantes, n'est pas souhaitée par une partie des acteurs présents dans le groupe de travail « Approche territoriale ». Les débats menés dans ce groupe ont tout de même permis l'identification de « structures phares » sur chaque territoire retenu.

L'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool en Loire-Atlantique constitue pour la DDASS, face aux constats de l'existence d'importantes inégalités territoriales de santé à l'intérieur du département, un moyen d'y remédier. La mise en place d'un groupe thématique « Approche territoriale » concrétise la volonté des services de l'Etat de s'appuyer sur le territoire infra départemental pour y parvenir. La rencontre des services de la DDASS et des acteurs locaux ainsi que le partage des attentes de chacun ont permis d'aboutir à la formulation de propositions visant à promouvoir la réduction des inégalités territoriales de santé. A partir de ces propositions, dans le contexte des missions et des moyens de la DDASS, il en ressort le rôle d'impulsion et de soutien que celle-ci doit jouer dans la lutte contre les conduites addictives à partir du territoire infra-départemental afin d'œuvrer à la réduction des inégalités territoriales de santé.

⁴³ Compte-rendu de la réunion du groupe de travail « Approche territoriale » du 08 juillet 2005

3 IMPULSER ET SOUTENIR LES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LES CONDUITES ADDICTIVES A PARTIR DU TERRITOIRE INFRA DEPARTEMENTAL POUR ŒUVRER A LA REDUCTION DES INEGALITES TERRITORIALES DE SANTE

La définition de territoires nécessite de réfléchir quant au contenu que l'on souhaite y adjoindre. Les constats développés en première partie du mémoire et la détermination du cadre au sein duquel la DDASS va être en mesure de travailler à la réduction des inégalités territoriales de santé dans le champ des conduites addictives incitent à promouvoir un rôle d'impulsion et de soutien de la part des services déconcentrés de l'Etat au profit des actions présentes ou à venir mises en place par les acteurs locaux. Les travaux menés par le groupe de travail « Approche territoriale » ont abouti à la formulation de propositions en ce sens. Une partie d'entre elles ont permis de servir de point de départ aux préconisations déclinées ci-après. Elles ont été enrichies par l'expérience de la démarche de déclinaison du plan de la MILDT ainsi que par les réflexions qui en découlent. Ainsi, la réalisation d'un diagnostic local à la fois de l'état de santé de la population, des acteurs présents ainsi que des actions menées et permettre alors son partage par une grande majorité des acteurs constitue la première étape (1). Les relations entre les acteurs locaux et les financeurs d'une part et entre les acteurs locaux eux-mêmes d'autre part constituent les bases d'un partenariat solide. Son développement et son renforcement nécessitent un soutien fort de la DDASS (2). Ces deux principes de travail devront s'inscrire dans un périmètre géographique adapté au caractère multidisciplinaire de la prise en charge des conduites addictives : le choix de retenir le découpage des délégations de la solidarité du Conseil Général de Loire-Atlantique semble le plus pertinent (3).

3.1 Impulser des actions à partir de la réalisation d'un diagnostic partagé de la situation locale

Partager le diagnostic impose en premier lieu de tenir compte des travaux déjà réalisés par les acteurs locaux ainsi que de la situation actuelle (1). Le diagnostic « actualisé » nécessitera d'obtenir l'adhésion des acteurs locaux, et notamment des collectivités territoriales rurales (2). Pour ce faire, la DDASS pourrait se déplacer directement sur les territoires concernés afin d'y montrer son implication (3).

3.1.1 Déterminer et appuyer l'existant pour construire

L'existant comporte plusieurs versants. Le préalable à la réalisation d'un diagnostic local partagé sur l'adéquation entre la situation sanitaire du territoire et les actions qui y sont menées est de pouvoir disposer de sources d'informations relatives à l'état de santé de la population. Le document élaboré par l'ORS, intitulé « *les inégalités cantonales de santé en France* » constitue une base intéressante, d'autant qu'il fait référence à de nombreux indicateurs. Un complément à cette « photographie » de l'état de santé de la population du département pourrait s'avérer utile pour nos travaux : il s'agit des flux de patients. Connaître l'origine géographique des personnes bénéficiant de soins au sein des structures du département et connaître ainsi leurs habitudes de déplacement pourrait apporter une vision supplémentaire de l'organisation sanitaire du département dans le domaine des conduites addictives. Ces informations seraient obtenues par exemple par un recueil anonymisé des codes postaux de la commune de résidence des usagers.

Il importe ensuite de recenser les actions impulsées par l'Etat à travers les programmes en cours ou achevés. Les acteurs sont en effet « derrière ». Deux outils doivent être mentionnés : le PRS « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* » et le plan triennal de la MILDT décliné au niveau départemental. Un bilan de ce plan a été présenté lors des groupes de travail pour la déclinaison du nouveau plan de la MILDT mais certains acteurs regrettent l'absence de mention au niveau du bilan de projets prévus mais non aboutis. Une analyse plus complète des aspects négatifs de la réalisation du précédent plan triennal pourrait permettre d'en comprendre les raisons afin de ne pas les rééditer au sein du nouveau plan.

Dans un troisième temps, l'identification des acteurs peut être réalisée de deux manières : d'une part, il est possible de se référer à la participation de ceux-ci aux différents groupes de travail. Le bémol étant la limitation de leur représentativité : en effet, une partie d'entre eux seulement était présente. Les raisons sont multiples : manque de disponibilité, lassitude, manque d'information quant aux travaux en cours de réalisation. D'autre part, le report à des répertoires et guides existants est en mesure de pouvoir permettre de dépasser cet écueil, à tout le moins pour ce qui concerne les professionnels de la prise en charge des conduites addictives. Certains ont été cités lors des groupes de travail et se rapportent à des territoires : le Comité Vendéen d'Education Sanitaire et Sociale (COVESS) -pour la Vendée-, le Sud-Loire, Saint-Nazaire et Ancenis. Le regroupement de ces informations sous la responsabilité de la DDASS permet de donner une envergure départementale à des sources d'informations à diffusion limitée à un périmètre inférieur au département. Le recueil et son traitement pourraient être confiés à un IASS afin de procéder à leur recoupement et à leur mise en commun avant toute utilisation.

Les acteurs présents au groupe de travail « Approche territoriale » ont été invités à énoncer les actions qu'ils ont mises en œuvre sur leur territoire d'intervention, avec ou sans financement de l'Etat. Au fil des réunions, il a été possible de recenser des actions sur l'ensemble des territoires pré-définis. Une limite identique à l'identification des acteurs peut être mentionnée : les actions citées ne représentent qu'une partie de la situation réelle. Par exemple, sur le Pays de Retz, l'unique référence a été le travail mené par le CISPD de Pornic. Néanmoins, l'objectif de réaliser un état des lieux exhaustif est difficilement réaliste et ne doit pas être forcément recherché à tout prix.

Il s'agit plutôt de comprendre les ressorts des dynamiques qui animent chaque territoire ainsi que leurs écueils le cas échéant. La diversité des situations existantes et leur comparaison au sein d'un groupe de travail sont propices à la mise en place d'un partage des expériences entre les acteurs. Le groupe de travail « Approche territoriale » a ainsi constitué un premier pas pour permettre de prendre conscience de la mosaïque existante dans le département en matière de prise en charge des conduites addictives. Il pourrait servir à construire un groupe d'échanges plus étoffé afin de tendre vers une représentativité encore plus importante des acteurs et des actions dans ce domaine. Des réunions vont encore avoir lieu lors de la mise en œuvre du plan départemental : des invitations peuvent toujours être proposées. L'objectif à rechercher est en effet d'obtenir l'adhésion au diagnostic local d'une majorité d'acteurs.

3.1.2 Obtenir l'adhésion d'une majorité d'acteurs

L'adhésion d'un nombre important d'acteurs à la démarche visant à produire un diagnostic local favorisera sa portée et la diffusion d'informations. Un acteur essentiel était absent des groupes de travail : il s'agit d'un représentant de l'ordre des médecins. Cette invitation pourrait constituer un préalable à toute participation plus importante des médecins généralistes. Augmenter le cercle des participants, même si l'élaboration du plan est avancée, serait une solution permettant de dépasser la limite de la représentativité relative des acteurs présents au sein des groupes de travail. De quelles façons pourrait-on procéder afin de les sensibiliser à cette problématique ?

L'absence du Conseil Général des groupes de travail a déjà été mentionnée dans la seconde partie du mémoire. Son envergure départementale, la logique territoriale qu'il a développée et sa prépondérance sur le secteur social en font pourtant un acteur de premier plan. Chaque délégation de la solidarité contient un pôle « développement local » qui intervient de manière transversale sur tous les pôles opérationnels, dont celui « vie sociale et insertion », pour soutenir les projets de développement local. Sa participation à la démarche d'observation sociale des territoires milite pour une réflexion relative à

l'articulation de ses compétences avec la démarche territoriale relative aux conduites addictives. De nouvelles démarches pour l'associer au travail réalisé pourraient être entreprises. Néanmoins, la réalité de « tensions » politiques ne doit pas être sous-estimée dans un contexte actuel de recentralisation de certaines compétences de santé publique au profit de la DDASS. Il nous appartient de réussir à le convaincre des avantages d'une participation associée. Leur absence, hormis à la première réunion du groupe de travail « Soins », en dépit des sollicitations pour participer aux groupes de travail du plan MILDT, ne permet cependant pas d'envisager une relance selon des modalités identiques. L'organisation d'une réunion uniquement entre des représentants de la DDASS (IASS et MISP) et de la Préfecture d'une part et des représentants du Conseil Général d'autre part pourrait être une piste d'évolution car il semblerait que cette absence résulte en partie d'une incompréhension quant aux objectifs du plan. Dans tous les cas, les sollicitations envers les collectivités territoriales constituent un axe fort dans une perspective d'un consensus autour du diagnostic de la situation locale.

Les intercommunalités étaient présentes au sein des groupes de travail, à travers principalement les CISP (la CARENE et le Sud-Estuaire pour le groupe « Approche territoriale »). Leur fort développement depuis une dizaine d'années a conduit à un maillage territorial important du département. La mise en commun de compétences entre plusieurs communes permet de mieux appréhender les ressources en matière de santé publique notamment grâce à la concentration des équipements. Existait sur la Loire-Atlantique cinq CISP (plus un qui est actuellement en réflexion). La thématique des conduites addictives y est traitée par le biais de la prévention de la délinquance. Faut-il se restreindre au cadre du CISP (ou comité local de sécurité et de prévention de la délinquance – CLSPD - lorsqu'il n'est créé que par une commune) ou ne pourrait-on pas étendre la démarche à l'ensemble des intercommunalités du département, même dans le cas où elles ne disposent pas d'un CISP ?

Enfin, une des difficultés est de pouvoir sensibiliser les élus des communes rurales aux problèmes des comportements à risques. Les réticences peuvent s'avérer importantes - *« Les élus des communes rurales ne reconnaissent pas les problèmes de toxicomanie ; l'alcool leur apparaît différemment des autres drogues »*⁴⁴ - ce qui ne facilite pas les démarches. Une proposition de solution pourrait consister dans un premier temps non pas de proposer aux communautés de communes ou d'agglomérations de participer aux réunions des groupes de travail mais de déplacer des agents de la DDASS à la rencontre de leurs représentants par l'organisation de réunions publiques.

⁴⁴ Source : entretiens

3.1.3 Déplacer des agents de la DDASS pour impulser les initiatives

L'année 2006 va permettre la finalisation du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool ainsi que sa mise en œuvre. Organiser des rencontres territoriales entre la DDASS et les acteurs locaux répondra à des objectifs différents selon les territoires. En effet, le caractère souple de ces interventions sera utile en fonction de l'état de l'analyse du diagnostic local. Il pourra s'agir soit de favoriser la prise de conscience de la réalité de la situation locale (c'est-à-dire l'objectif développé dans la sous-partie précédente) soit d'impulser les initiatives en présentant le rôle de l'Etat ainsi que les moyens (financiers ou matériels) auxquels les acteurs locaux sont en mesure de prétendre.

Ces interventions pourraient prendre la forme de réunions publiques, soit sur proposition aux acteurs locaux soit en réponse aux sollicitations de ces derniers. Les agents de la DDASS susceptibles d'y participer pourraient être ceux ayant organisé la déclinaison du plan MILDT, c'est-à-dire un Inspecteur principal, un IASS et un MISP. L'élaboration du plan départemental a, par exemple, permis de faire émerger une demande de la Communauté de communes de Pornic en ce sens. Solliciter les acteurs des territoires pourrait également permettre de mieux prendre conscience de dysfonctionnements correspondants aux relations entretenues entre les acteurs. Mais avant cela, comment peut-on prendre contact avec eux ? Les sollicitations directes de la part de l'Etat ne sont pas toujours garantes d'un retour de la part des collectivités territoriales par exemple. Une solution pourrait consister à s'appuyer sur des acteurs référents sur chaque territoire afin de bénéficier de clés d'entrée. Ceux-ci ont été identifiés lors des débats du groupe de travail « Approche territoriale ». Leur proposer un rôle à la fois de moteur et de relais paraît possible mais cela ne doit pas créer un temps supplémentaire de travail trop important compte tenu des nombreuses sollicitations dont ils font déjà l'objet.

Une autre limite ne peut pas être évacuée : l'organisation de réunions, notamment « à la demande » des acteurs locaux, nécessite pour les agents de la DDASS de pouvoir y consacrer un temps important pour leur préparation, leur déroulement et le suivi à apporter. Les emplois du temps particulièrement chargés ne plaident pas pour cette piste de travail, pourtant novatrice et ambitieuse. Elle devra naître d'une volonté politique forte de la part de la DDASS. Enfin, les liens créés avec les territoires ne doivent pas déboucher sur un nouveau processus de cloisonnement entre les territoires délimités. La DDASS peut en être la garante par la mise en place d'une information régulière sur la situation sanitaire du département au profit des acteurs locaux selon un rythme triennal. Cette information pourrait prendre pour base les objectifs mentionnés par le plan quinquennal gouvernemental. Présentant des similitudes avec ceux de la loi du 09 août

2004 relative à la politique de santé publique, ils peuvent se fonder sur des indicateurs reconnus nationalement. Une limite apparaît d'emblée : les données sont traitées pour l'évaluation des actions issues du plan MILDT par l'OFDT. Il paraît difficilement envisageable de pouvoir obtenir ces indicateurs au niveau infra-départemental. Un travail pourrait néanmoins être mené avec l'ORS au niveau des territoires de santé, sur le même schéma que celui ayant abouti à la réalisation de l'étude nommée « *La santé observée sur les territoires de santé de...* ». Un indicateur sera par contre facilement mobilisable : il s'agit du recensement des structures de soin et de prévention ainsi que des partenariats formels en place.

Le bénéfice obtenu par la mise en place d'une information régulière sur la situation sanitaire au sein du département serait double : organiser une cohérence des actions au niveau départemental d'une part et permettre aux acteurs locaux de bénéficier de références entre les territoires afin de pouvoir comparer les résultats de leurs actions respectives. La méconnaissance par les acteurs d'un territoire de la situation existante sur les autres est apparue au cours des entretiens menés :

Quel est votre ressenti sur la situation territoriale du secteur de
[.....] par rapport aux autres secteurs du département ?

« Je ne connais pas les autres territoires, cela constitue un problème »

Il convient également de s'interroger sur la prise en compte régionale des actions menées par le département. Bien que la responsabilité de la déclinaison relève de la Préfecture, la participation importante de la DDASS invite à se prononcer plutôt pour une coordination régionale au sein de la DRASS. La désignation d'un IASS de la DDASS comme correspondant santé publique avec la DRASS est réalisable. Le modèle à retenir pourrait être celui du coordonnateur régional des plans départementaux de la MILDT : appliqué aux services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales, le coordonnateur serait l'agent chargé des appels à projets des PRS en DRASS. L'obtention d'une complémentarité entre les deux niveaux est essentielle pour une bonne circulation des informations dans les deux sens. Car les manques de transfert d'informations de l'Etat aux acteurs locaux ont été soulignés lors des entretiens (« *les bilans envoyés à l'Etat ne font pas l'objet de retours* »).

Impulser les actions à partir du territoire infra-départemental pourrait permettre de travailler à la réduction des inégalités territoriales de santé dans le domaine des conduites addictives. Mais l'efficacité des actions se situe dans la durée : faire vivre les territoires

nécessite de se donner les moyens d'y développer et de renforcer selon les cas le partenariat entre les acteurs locaux oeuvrant dans le champ des conduites addictives.

3.2 Faire vivre le territoire par le développement et le renforcement du partenariat

Le travail en réseau a pour préalable la connaissance des acteurs et de leurs pratiques entre eux. La DDASS peut favoriser ses échanges (1). Mais la viabilité des travaux menés sur les territoires nécessite une autonomisation des acteurs locaux par la mise en réseaux. Le soutien de la DDASS apparaît comme une garantie de leur pérennité (2). Le travail en réseaux ne semble néanmoins pas devoir toujours se traduire par une extrême formalisation. Une distinction des outils selon les territoires est importante à réaliser (3).

3.2.1 La première étape : la connaissance des acteurs et de leurs pratiques entre eux

Le groupe de travail « Approche territoriale » a permis la réunion régulière d'une quinzaine de participants entre les mois de mai et septembre 2005. Certains acteurs se connaissaient déjà voire travaillaient ensemble sur le champ des conduites addictives (tel est le cas sur le territoire de Saint-Nazaire par exemple). Pour d'autres, ce fut une première rencontre : « *La mission locale [Nord-Atlantique] travaille avec de nombreux partenaires mais sur le champ de la santé, elle ne participe pas à des réseaux. La difficulté consiste alors à pouvoir orienter les jeunes rencontrant des problématiques toxicomaniaques vers les structures adaptées* »⁴⁵. Cette remarque justifie à elle seule le bien fondé du choix de la thématique « Approche territoriale » aux côtés des trois autres axes du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool. Que va-t-il se passer maintenant que l'élaboration du plan touche à sa fin ? Les réunions de suivi seront organisées au niveau du Comité de pilotage sous la présidence du sous-préfet à la ville. Il serait intéressant pourtant de pouvoir réaliser le suivi cette fois par le biais de la DDASS (à partir de la même équipe d'agents ayant procédé à son élaboration) également au sein des groupes de travail formés à l'occasion de l'élaboration. Les services de la Préfecture seraient bien entendu les premiers destinataires des comptes-rendus réalisés à l'issue de ces réunions. Ces dernières seraient ouvertes à de nouveaux

⁴⁵ Extrait du compte-rendu de la réunion du groupe de travail « Approche territoriale » du 31 mai 2005

participants s'ils le souhaitent afin de favoriser la connaissance des acteurs entre eux autour d'un projet commun. Le principal inconvénient de cette proposition est la contrainte du temps une fois de plus : elle concerne à la fois les agents de la DDASS et les acteurs locaux.

Une seconde possibilité existe afin de maintenir la dynamique actuelle. La DDASS, hors contexte du plan départemental, pourrait procéder à l'organisation de réunions régulières, trois à quatre fois par an, au niveau départemental dans le but de permettre la confrontation des pratiques ainsi que l'échange d'expériences menées sur un ou plusieurs territoires. Cette démarche aurait également pour but d'éviter le cloisonnement entre les territoires et créer une émulation entre eux. Il s'agit en effet de pouvoir faire profiter à d'autres des expérimentations menées sur certains territoires. Un dernier avantage est de pouvoir analyser les causes de réussite ou d'échec de telle ou telle action. Le même inconvénient qu'au paragraphe précédent peut être souligné, à savoir le temps restreint pouvant être dévolu à ce suivi. Néanmoins, la réussite de ce suivi pourrait compenser l'écueil lié à la lassitude envahissant certains locaux. L'affichage d'une volonté politique forte pourrait y participer.

Le soutien de la DDASS ne peut cependant pas être apporté sur un temps trop long. Les acteurs locaux doivent tendre vers l'autonomie pour faire vivre les actions sur leur territoire. Le soutien souple de la DDASS serait un prémice à l'organisation des acteurs en réseaux locaux relatifs aux addictions.

3.2.2 Favoriser le travail en réseaux

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique [...] » (extrait de l'article L6121-1 du Code de la Santé Publique⁴⁶). Un réseau peut également être défini comme la constitution *« à un moment donné, sur un territoire donné, [de] la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté »*⁴⁷. 164 réseaux addictions ont été

⁴⁶ Issu de la loi n°2002-303 du 04 mars 2002 et de l'Ordonnance n°2003-850 du 04 septembre 2003

⁴⁷ POLOMENI P. *Les réseaux addictions*, Thema. Revue Toxibase n°8 Décembre 2002 p. 1 à 16

dénombrés en 2000 par la DGS et la MILDT. Nés de la volonté de médecins dans le contexte de l'impact du SIDA sur les usagers de drogues, ils concernent aujourd'hui également les thématiques de l'alcool et, dans une moindre mesure, du tabac. La Loire-Atlantique en comprend plusieurs : le réseau nantais de prévention des toxicomanies, le comité local de prévention de l'arrondissement de Saint-Nazaire ou encore le GIP RAPEL. D'autres exemples ont été cités lors des réunions du groupe de travail « Approche territoriale » avec le réseau existant sur le territoire d'Ancenis et le réseau d'écoute et d'accompagnement des jeunes, également sur le Pays d'Ancenis.

Il s'agit dans un premier temps de mesurer l'impact de l'organisation en réseaux à la fois sur les territoires et sur les compétences des acteurs afin de mesurer leur intérêt et leur faisabilité dans le contexte présent. La base commune d'un réseau comprend une zone géographique, des critères d'inclusion ainsi que des intervenants issus du pôle hospitalier, du secteur ambulatoire et du secteur social⁴⁸. La notion de territoire revêt ainsi un caractère déterminant dans la création d'un réseau puisqu'il constitue un élément phare dans son processus de création. Le diagnostic partagé qui aura été réalisé suite à l'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool permettra la définition de territoires en les centrant sur les usagers et leurs besoins.

Pourtant, la réalisation du diagnostic a d'ores et déjà nécessité le découpage du département en plusieurs zones. Il permet de distinguer différentes situations, qui ont pour point commun de placer la DDASS comme initiateur du réseau. Lorsqu'un besoin local est identifié sur un territoire où il n'existe pas de réseau, la DDASS peut prendre l'initiative d'une rencontre avec les professionnels afin de les inciter à s'organiser. L'argument du financement n'est pas à la disposition de la DDASS puisque les réseaux sont financés à partir de crédits assurance-maladie (enveloppe Dotation Régionale Des Réseaux). L'initiative se situerait plutôt dans le travail de construction d'une base commune et de légitimation.

Dans le cas où un réseau existe déjà, il n'apparaît pas souhaitable d'imposer un rapprochement obligatoire. Lors des réunions du groupe de travail « Approche territoriale », un consensus parmi les professionnels s'est formé autour du choix de mobiliser les ressources locales plutôt que de créer des antennes de structures existantes sur d'autres territoires. Les enjeux portent dans ce cas sur les territoires d'intervention de chaque réseau et par delà de chaque membre du réseau. L'inverse est également vrai : isoler un territoire pour y reconstruire un réseau comporte des risques. Ces derniers ont

⁴⁸ VIGNERON E. Santé et territoires, une nouvelle donne. DATAR/Aube, Paris. Bibliothèque des territoires, 2003

été mentionnés lors de la réunion du groupe de travail « Approche territoriale » du 31 mai 2005 concernant le Sud Loire et Saint-Nazaire.

Peut-on définir des territoires avant d'initier la création de réseaux dans ce cas ? Cette démarche semble en effet possible. La première condition, déjà énoncée, serait de ne pas s'attacher à étendre à tout prix les réseaux existants aux autres territoires mais de capitaliser leur expérience pour permettre le développement de réseaux sur les autres territoires. La seconde condition a été soulignée lors des débats du groupe de travail et fait référence aux compétences des acteurs: il s'agit de la formation des médecins généralistes. De nombreuses demandes dans ce sens existent alors que la tendance actuelle des équipes d'addictologie de liaison (Ancenis, Blain et Châteaubriant en l'espèce) est à un recentrage de leurs missions sur le centre hospitalier, au détriment des actions extérieures et notamment celle de former les soignants. Un rappel de cette mission auprès des directions des structures hospitalières pourrait être réalisé. La continuité des actions nécessite en effet la mise en place d'une formation continue des médecins. De là pourra émerger le bénéfice individuel de chaque acteur à participer au réseau et motiver ainsi la volonté de partenariat. La réduction du cloisonnement entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire devrait en résulter grâce au développement d'une base commune.

S'appuyer sur les expériences en place est essentiel. Le groupement d'intérêt public Réseau d'Addictologie de la Presqu'île et de l'Estuaire de la Loire fait figure d'exemple dans le département. Il a pour origine le rapprochement entre les centres hospitaliers de Saint-Nazaire et de Guérande, l'hôpital local de Paimbœuf et le centre de cure ambulatoire en alcoologie de Saint-Nazaire. Son territoire d'intervention correspond au secteur sanitaire de Saint-Nazaire mais le travail avec le Sud-Loire est plus ponctuel. Le réseau a été précédé par la délimitation du territoire d'intervention, correspondant ici au secteur sanitaire. La démarche retenue actuellement dans le cadre du plan départemental ne semble donc pas incompatible. Son coordonnateur reconnaît la pertinence du réseau par rapport à la problématique des conduites addictives. Il s'agissait de proscrire une vision parcellaire de la situation du patient et aboutir à une vision globale tout en tenant compte de la vision parcellaire. Les difficultés sont réelles pour intégrer la médecine générale au réseau. L'argument principalement invoqué est le manque de temps qu'ils pourraient y consacrer. Le réseau est donc une réponse partielle dans ce cas à la sectorisation entre le secteur hospitalier et l'ambulatoire (positive avec le CCAA mais aux résultats limités pour la médecine de ville).

La formation des médecins pourrait-elle constituer un élément de réponse aux réticences pour s'engager dans une démarche de réseau ? L'important est de pouvoir démontrer les intérêts à s'y engager. « *La réussite du travail en réseau dépend de l'importance*

accordée à la phase de conception » : un initiateur motivé est indispensable, les membres doivent être volontaires et le réseau doit pouvoir être légitimé. Ce dernier principe nécessite l'intervention et le soutien des pouvoirs publics, notamment par les modes d'intervention proposés précédemment.

Le second temps correspond au fonctionnement du réseau. La mise en veille des réseaux au Sud-Loire et Nord-Loire serait notamment due à un manque de financements selon certains professionnels. Hormis l'aspect financier, un réseau doit non seulement disposer d'un territoire délimité et pouvoir développer un projet mais également fonctionner par l'intermédiaire d'un dispositif d'animation et de direction de la zone. Avoir au sein du réseau des référents en position centrale dans chaque monde professionnel⁴⁹ peut engendrer le risque de créer une hiérarchie entre les membres du réseau et aller ainsi à l'encontre d'un des objectifs initiaux. Le fait d'avoir repéré des acteurs prépondérants sur chaque territoire lors des réunions des groupes de travail n'en est-il pas l'illustration ? Gageons que non. Leur rôle s'analyse plus en termes de relais et de diffusion d'informations qu'en termes de tête de réseaux. Il est indispensable de les considérer comme tel.

De surcroît, les profils différents de ces partenaires tendent à démontrer la diversité des situations des territoires où un secteur ne « domine » pas les autres sur l'ensemble du département dans la prise en charge des conduites addictives. Cela se vérifie d'autant plus que tous les territoires ne se destinent pas à accueillir un réseau formalisé, soit que les ressources ne sont pas adaptées ou soit que le besoin ne se fait pas ressentir. D'où la volonté d'un soutien souple de la DDASS, caractère nécessaire au développement d'une réponse adaptée afin de réduire les inégalités territoriales de santé dans le domaine des conduites addictives.

3.2.3 Pour une formalisation à échelle variable des réseaux selon les territoires : l'alternative de la création d'un répertoire

La mise en place en place d'un réseau témoigne des difficultés à réaliser un équilibre entre la dynamique militante et la nécessité de disposer d'un cadre et de moyens structurants.

⁴⁹ SCHWEYER F.-X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T. *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes*. Edition ENSP, 2004

« A Nantes, il n'y a pas de mise en réseau mais plutôt en filière de soins [...]. La coopération rentre dans une formalisation : il y a plus de protocoles [qu'à Saint-Nazaire] » (source : entretiens). Ces propos se sont vus confirmés lors des réunions du groupe de travail « Approche territoriale ». La taille de la ville revêt une importance particulière : on ne peut pas obtenir le même degré de formalisation d'un réseau dans deux villes aux caractéristiques différentes. Ainsi, le caractère informel des réseaux prédomine en Loire-Atlantique.

Quelles pistes de travail retenir afin de remédier au cloisonnement des secteurs, lorsque le territoire n'est pas forcément adapté au travail en réseau, dans l'optique d'une prise en charge globale des conduites addictives ? La proposition de création d'un répertoire regroupant les professionnels de ces domaines a été formulée lors des réunions du groupe de travail « Approche territoriale ». L'atout principal est que chaque professionnel puisse bénéficier d'une lisibilité plus large. La proposition s'orientait vers le support informatique avec un répertoire consultable par le biais d'Internet. Cependant, des démarches préalables s'avèrent nécessaires. Les rédacteurs de ce répertoire apportent leur caution relativement aux professionnels y figurant. L'élaboration en amont d'une charte (contenant au moins des critères théoriques de qualité) a recueilli l'unanimité : les signataires de celle-ci figureraient dans le répertoire.

En continuant sur cette voie, il pourrait être intéressant d'inclure la clé d'entrée des territoires au sein du répertoire qui lui serait à portée départementale. La justification est que chaque acteur ne ressent pas le besoin de connaître l'ensemble des acteurs oeuvrant dans le champ des conduites addictives sur le département. Il s'agit de rendre le répertoire interactif. En effet, la présentation de répertoires existants et leur connaissance par les acteurs présents tendent à démontrer que les répertoires « classiques » ont tendance à être rapidement « oubliés ». Y inclure un système de mots-clés serait peut-être une piste à également travailler. En fin de compte, le répertoire aboutirait à la mise en place d'un réseau a minima sur chaque territoire. Néanmoins, comment appréhender le travail réalisé en collaboration avec les communes frontalières hors de la région (Ille-et-Vilaine et Morbihan notamment) ?

L'élaboration de ce répertoire sera réalisée sous la responsabilité de la DDASS à un niveau départemental : cela constitue un moyen intéressant pour la DDASS d'affirmer sa légitimité sur les territoires, à la fois par l'organisation de réunions visant à créer physiquement ce répertoire ainsi que la charte l'accompagnant mais surtout par son déplacement sur les territoires afin d'y recenser notamment les partenariats existants.

Impulser les initiatives et soutenir les dynamiques en place ou créées à partir d'une organisation infra-départementale nécessite par-dessus tout de définir ces territoires. Aborder cette question en fin de mémoire ne semble pas incohérent : il fallait avant tout

connaître le contenu à y adjoindre ainsi que les acteurs chargés de la mise en œuvre. Des principes peuvent être énoncés : éviter la superposition de nouveaux territoires, favoriser l'articulation avec des territoires déjà utilisés pour la mise en œuvre d'actions dans le champ des conduites addictives... Les territoires d'action sociale du Conseil Général répondent-ils à ces principes ?

3.3 Quels territoires retenir ?

Les principes définis ci-après ne constituent que des pistes de travail qui ne garantissent pas de trouver le découpage idéal mais en conditionnent partiellement le succès. L'objectif ne doit pas être de créer de nouveaux territoires rajoutant de la complexité à un paysage déjà hétérogène mais de s'appuyer sur des territoires déjà existants (1). Les territoires qui seront retenus doivent coïncider avec des territoires déjà utilisés pour y mener des actions (2). Les territoires du Conseil Général ne pourraient-ils pas convenir (3)?

3.3.1 S'appuyer sur les territoires existants

L'objet des travaux du groupe de travail « Approche territoriale » ne visait pas à créer une nouvelle échelle d'action. C'est dans cette optique que le pari a été formulé par la DDASS dès le départ de se fonder sur les Délégations de la solidarité du Conseil Général de Loire-Atlantique pour débiter le recensement de la situation sanitaire sur chaque partie du département ainsi que des partenariats existants. De surcroît, l'ensemble des délimitations citées lors des entretiens faisait référence à des territoires pré existants retenus par des institutions : les secteurs sanitaires, les arrondissements des CPAM, les Pays, les Communautés d'agglomérations... La « mosaïque » de territoires déjà existante ne favorise pas la conduite d'une action territoriale d'ensemble articulant les différentes politiques publiques – politique de la ville, conduites addictives, action sociale notamment -. Les territoires en place permettent à chaque acteur de conduire sa politique. Même dans le cas d'une coopération et de partenariats entre ces acteurs, les chevauchements de territoires constituent autant de difficultés à agir ensemble. Le chevauchement des compétences qui peut en découler est un écueil dès lors difficile à éviter. La Communauté d'Agglomération de Pornic peut être citée à titre d'exemple : elle fait partie du territoire de Saint-Nazaire pour le soin mais non pour la prévention.

Inscrire les actions du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool représente aujourd'hui l'occasion d'inscrire le champ des conduites addictives dans une vision plus large du territoire. L'inscription de ce plan dans le cadre de la

politique de la ville n'est sans doute pas anodin. Enfin, faciliter la coexistence de plusieurs politiques publiques sur un seul territoire par le choix de retenir un territoire préexistant ne doit pas dispenser de réétudier l'adéquation du périmètre avec la politique menée. Le territoire infra-départemental déterminé, pour permettre une réduction des inégalités de santé, doit continuer à recueillir l'assentiment des acteurs y travaillant. L'organisation de réunions tous les trois ou quatre ans afin d'informer les acteurs locaux sur l'évolution de la situation sanitaire du département et de ses territoires pourrait être le moment adéquat pour renouveler ou modifier le périmètre en vigueur. Ce découpage sera d'autant plus pertinent qu'il se fondera sur le périmètre de territoires permettant la mise en place d'actions.

3.3.2 Retenir des territoires déjà utilisés pour l'action

« *Le territoire pertinent se situe entre l'arrondissement et la circonscription de la CPAM* » (source : entretiens). Ces deux exemples de territoires existants s'appréhendent de façon différente : l'arrondissement fait référence à l'observation alors que la circonscription de la CPAM est notamment utilisée pour financer des actions de prévention. Le canton ne pourrait pas être retenu dans le cadre de la politique de réduction des inégalités de santé. Son périmètre est trop restreint pour pouvoir mobiliser une masse critique d'acteurs locaux dans le domaine des conduites addictives. La taille de ce territoire est par contre idéale pour l'observation de la santé telle qu'elle a été menée par l'ORS dans le document intitulé « *Les inégalités cantonales de santé en France* »⁵⁰. La possibilité de s'y reporter lors de l'évaluation triennale ou quadriennale de la situation sanitaire des différents territoires du département pourrait être retenue. Toutefois, lorsque l'on se trouve dans une logique d'action, la proximité n'est pas forcément synonyme d'efficacité.

Le territoire pertinent devra contenir un niveau d'offre de soins suffisant : la cartographie présentée en annexe 3, qui illustre la prépondérance des villes de Nantes et de Saint-Nazaire, recense les ressources disponibles sur les différentes parties du département. Seul le territoire du Pays de Retz semble dépourvu de structures. Cette situation s'explique par les liens créés avec le territoire de Saint-Nazaire, tout au moins pour le soin. Appréhender la situation des territoires à partir de la structuration de l'offre de soins actuelle semble être une évidence : les établissements et les centres sont à l'origine des actions menées et participent activement à la formation continue des médecins. Comment être en mesure de mener des actions lorsque les moyens ne sont pas présents ? Dans tous les cas, cette approche par l'offre, commode dans un premier temps, doit au

⁵⁰ Ibid.

minimum permettre de faire émerger les territoires qui sont les moins pourvus, comme le Pays de Retz.

Se fonder sur des territoires d'action présente enfin l'avantage de bénéficier d'une reconnaissance plus importante de la part des acteurs locaux, que ceux-ci agissent dans les secteurs de l'aménagement du territoire, culturel, économique ou encore politique. Les acteurs se sont en effet appropriés ces territoires et seront ainsi plus à même de prolonger leur action dans le domaine des conduites addictives. L'appropriation s'avère plus aisée lorsque les territoires servent pour l'action plutôt que pour l'observation.

Au final, le choix du périmètre retenu devra obtenir l'appui des acteurs (professionnels et élus) locaux. La situation inverse pourrait conduire à l'opposition de réticences de leur part à s'inscrire dans une logique de partenariat, avec l'Etat notamment. Il a été précisé précédemment que la DDASS a fait le pari de mener les débats à partir des Délégations de la solidarité du Conseil Général. Ce choix apparaît pertinent à plusieurs titres. Les acteurs locaux sont-ils prêts à y adhérer ?

3.3.3 Le pari de choisir les territoires définis par le Conseil Général

Les anciennes unités territoriales d'action sociale, aujourd'hui dénommées délégations de la solidarité, ont été délimitées par les élus du Conseil Général de Loire-Atlantique par une délibération du 21 juin 2001. Faisant l'objet d'arbitrage à partir de plusieurs territoires dont les Pays, les intercommunalités et les bassins d'emplois notamment, les six délégations (annexe 4) ont remplacé les dix-sept circonscriptions. Ces dernières ont tout de même constitué un des paramètres lors du découpage. Cette évolution traduit la volonté de la Direction Générale Adjointe de la Solidarité de se territorialiser davantage, non pas en recherchant à tout crin le découpage le plus proche du territoire mais celui permettant la mise en place la plus pertinente d'une organisation favorable au développement d'une culture de développement local.

Le choix de la DDASS de se fonder sur ces territoires pour y mener une politique de réduction des inégalités territoriales de santé dans le champ des conduites addictives correspond au pari de répondre à plusieurs enjeux : s'investir au sein de territoires bénéficiant d'une reconnaissance, se rapprocher des acteurs locaux et notamment des élus, se « caler » sur les territoires retenus pour l'observation sociale, favoriser l'articulation entre les secteurs de la santé et du social, permettre la création et la pérennisation d'une dynamique territoriale... Les objectifs sont ambitieux et nécessitent le soutien d'une volonté politique forte et affichée afin de dépasser les limites présentes en l'espèce.

« On n'y prête pas d'attention particulière », « Ils restent très théoriques », « Le découpage du Conseil Général ? Je n'en ai pas vraiment connaissance... ». Il ressort des entretiens menés un manque d'intérêt ou du moins de connaissance du découpage adopté par le Conseil Général. On peut en déduire que ces territoires ne sont pas partagés par l'ensemble des acteurs locaux. Cela peut se justifier par les compétences essentiellement sociales du département alors que les acteurs interrogés oeuvrent en très grande majorité dans le domaine de la toxicomanie. Retenir ce découpage serait pourtant une première étape pour répondre à un souhait récurrent de la part des professionnels : la clarification à leurs yeux des compétences entre les différentes échelles territoriales. La participation du Conseil Général apparaît essentielle. Travailler à partir du même périmètre pourrait constituer un avantage pour les professionnels et pour les usagers : un individu qui, confronté à une problématique toxicomaniaque, se situe sur un territoire pourrait trouver sur son secteur de vie une grande majorité de réponses adaptées à sa ou ses problématiques.

Il apparaît ainsi nécessaire, afin de mener à bien cette politique, de se fonder sur des territoires de projet tout en tenant compte des territoires administratifs dans ses paramètres de délimitation. Cependant, quelle attitude adopter si, à l'issue des travaux d'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, il apparaît que ce découpage ne peut pas correspondre aux relations déjà établies par les dynamiques locales existantes ? Les causes de dysfonctionnement devront être identifiées pour avancer. Rien n'interdit une évolution de ce découpage. Le Conseil Général en est lui-même conscient lorsqu'il évoque les possibilités de redéfinition en fonction de la création de nouvelles intercommunalités. L'analyse de l'état sanitaire menée au regard des indicateurs du plan quinquennal pourra constituer un argument fort pour évaluer l'efficacité du système en place. La DDASS pourrait y adjoindre la formalisation d'une enquête à destination non seulement des structures mais également des usagers des structures. Cette enquête pourrait ici prendre la forme de questionnaires anonymes de satisfaction quant à la qualité de leur prise en charge, disponibles au sein des structures. Les données recueillies seraient traitées à un niveau départemental. Les thèmes pourraient porter sur le ressenti quant à l'accès aux soins sous ses différentes formes (accessibilité géographique, financière...). L'analyse de ces questionnaires constituerait un élément-clé pour l'étude régulière des périmètres des territoires et de leur contenu.

A l'issue des premières réunions du groupe « Approche territoriale », la présentation aux acteurs locaux du périmètre des territoires retenus a fait l'objet d'un accueil positif. La mise en œuvre du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool confirmera ou non la pertinence de ce choix.

CONCLUSION

« L'homme va bien là où il va tout entier »

Jules Romain

Utiliser le levier des territoires dans le cadre de l'élaboration du plan MILDT est une innovation. Cela a nécessité de mesurer les moyens de l'échelon départemental des services déconcentrés de l'Etat à pouvoir en user afin d'œuvrer à la réduction des inégalités territoriales de santé dans le champ des conduites addictives. La réussite de cet objectif est conditionné non seulement par le respect de principes de délimitation des territoires mais avant tout par la définition du rôle à tenir par la DDASS avec les acteurs locaux : impulser et soutenir les initiatives et les dynamiques locales. Le cheminement n'est pas dénué de difficultés : tenir compte des réalisations déjà en place ainsi des réalités territoriales sont deux aspects essentiels. En définitive, travailler à partir du territoire infra-départemental afin d'y construire des territoires de projets semble être le fondement d'une prise en charge globale des conduites addictives incluant notamment l'aspect social : *« L'homme va bien là où il va tout entier »*. Le partenariat constitue alors le moteur de cette prise en charge globale.

La DDASS, pour s'appuyer sur le territoire infra-départemental, doit y affirmer sa légitimité à s'inscrire dans un partenariat local avec les acteurs et de leur permettre de s'approprier ensemble cet espace. Se rendre directement sur ces territoires, tout en maintenant une perspective départementale et régionale, semble le moyen le plus efficace pour parvenir à atteindre ces objectifs.

Deux interrogations subsistent : d'une part, les travaux réalisés dans le cadre de l'élaboration du plan départemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool doivent être replacés dans le cadre régional. Comment le PRSP va-t-il prendre en compte les modalités spécifiques d'élaboration et de mise en œuvre de cet outil qu'est le plan MILDT ? D'autre part, la démarche territoriale adoptée pour le domaine des conduites addictives pourrait-elle être élargie à d'autres domaines de la santé publique présentant également de fortes disparités territoriales de santé ?

Bibliographie

➔ Supports papier

○ Ouvrages

- DE KERVASDOUE J., PICHERAL H. *Santé et territoire – Carnet de santé de la France 2004*. Paris : Dunod, Edition 2004. 116 p.
- SCHWEYER F.-X., LEVASSEUR G., PAWLIKOWSKA T. *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes*. Edition ENSP, 2004. 112 p.
- VIGNERON E. *Santé et territoires, une nouvelle donne*. DATAR/Aube. Paris : Bibliothèque des territoires, 2003. 239 p.

○ Ouvrage collectif

- ZMIROU D., CHAMBAUD L., CHAPPELON S. et al. *Santé publique et territoires, 10 ans de décentralisation*. Actes du colloque à Rennes / ENSP du 25 et 26 janvier 1995. Société Française de Santé Publique, 183 p.

○ Collectivités d'auteurs

- CREDES. *Territoires et accès aux soins, rapport du groupe de travail*. Paris, 2003. 38 p.
- FEDERATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE SANTE. *Inégalités cantonales de santé en France*. Collection Les études du réseau des ORS. Mai 2004, 139 p.
- OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE. *La santé observée dans les Pays de la Loire*. Edition 2003-2004, janvier 2004, 188 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Les déterminants sociaux de la santé – Les faits. Collection OMS Europe, 2004. 40 p.

○ **Articles**

- CHAUDIEU E. « Les nouveaux territoires de la santé ». *La gazette Santé – Social*, n°13, Novembre 2005, pp. 28 à 37
- DUBERNARD .M. « La régionalisation de la politique de santé ». *Cahiers hospitaliers*, n°195, Novembre 2003, pp. 35 et 36.
- PARQUET P-J. « Conduites addictives, pour une autre approche de la consommation des substances psychoactives ». *La revue du praticien*, juin 2003, tome 53, volume 12.
- POLOMENI P. « Les réseaux addictions ». Thema, *revue Toxibase*, Décembre 2002, n°8, pp. 1 à 16.
- TORRES A. « Favoriser une approche décloisonnée des approches de santé ». *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2390, 14 janvier 2005, pp. 35 et 36.
- VIGNERON E. « Les bassins de santé, concept et construction ». *Actualités et dossiers en santé publique*, n°29, Décembre 1999, p 38 à 43.
- VIGNERON E. « Des territoires de santé, pour quoi faire ? ». *Soins Cadres*, n°52, Novembre 2004, pp 53 à 57.

○ **Chapitre d'ouvrage**

- FLEURET S. (Dir.), SECHET R. (Dir.), JOUSSEAUME V. *La santé, les soins, les territoires : penser le bien-être*. Rennes : PUF, Collection Espaces et territoires, 2002. Chapitre 1, Diffusion et recomposition de l'offre médicale : l'exemple des Pays de la Loire (1967 – 2000), pp. 33 à 48.

○ **Contribution dans un ouvrage**

- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. La loi relative à la politique de santé publique : objectifs de santé, plans et programmes d'action. In *Santé Publique, la revue*. 2004, Volume 16, n°4, pp. 587-596

○ **Mémoires**

- CLAVIER C., LONCLE P. (Dir.). *Politiques de santé et partenariats locaux : les professionnels face à la territorialisation de l'action publique. Le cas des Programmes Régionaux de Santé en Nord-Pas-de-Calais*. Rennes, Edition ENSP, 2002. 186 p.

- MONNIER P. *Le partenariat et la territorialisation au service de la prévention par l'éducation nutritionnelle dans le département du Gers*. Rennes, ENSP, 2005, 74 p.

○ **Textes de loi et règlements**

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. Loi constitutionnelle n°2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République. *Journal Officiel de la République Française*, 29 mars 2003.

- Code de la santé publique

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux responsabilités locales. *Journal Officiel de la République Française*, 17 août 2004.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. Loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal Officiel de la République Française*, 11 août 2004, p. 14277.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. Loi n°2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine. *Journal Officiel de la République Française*, 02 août 2003.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel de la République Française*, 05 mars 2002.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1999. Loi n°1999-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire et portant modification de la loi n°95-115 du 04 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire. *Journal Officiel de la République Française*, 29 juin 1999, p. 9515.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 02 août 1991.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1983. Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 modifiant la loi n°83-8 du 07 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, départements, régions et l'Etat modifiée et complétée. *Journal officiel de la République Française*, 23 juillet 1983.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1983. Loi n°83-8 du 07 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, départements, régions et l'Etat. *Journal officiel de la République Française*, 09 janvier 1983.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1982. Loi n°82-213 du 02 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions. . *Journal Officiel de la République Française*, 03 mars 1982, p.730.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2003. Ordonnance n°2003-850 du 04 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. *Journal Officiel de la République Française*, 06 septembre 2003
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel de la République Française*, 25 avril 1996
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. Décret n°2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif aux groupements régionaux ou territoriaux de santé publique. *Journal Officiel de la République Française*, 01 octobre 2005, p.15708
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2004. Circulaire n°101/DHOS/0/2004/ du 05 mars 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération. *Bulletin Officiel du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées* n°2004-13, 22 au 28 mars 2004

- **Documents DRASS Pays de la Loire / DDASS de Loire-Atlantique**

- Plan Régional de Santé Publique (Projet), Pays de la Loire, 2005
- Schéma Régional d'Education Pour la Santé, Pays de la Loire, 2003 - 2008
- Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies II, Pays de la Loire, 2003 - 2006
- Plan Départemental d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies, Loire-Atlantique, 2002 - 2004
- Programme Régional de Santé « *Conduites d'alcoolisation et autres pratiques addictives* », Pays de la Loire, 2001 – 2005

- **Autre document**

- ASSOCIATION ELUS, SANTE PUBLIQUE ET TERRITOIRES. *Premières rencontres des villes pour la santé publique*. Dossier du participant. 23 Novembre 2005.

✦ **Supports électroniques**

○ **Ouvrage**

- BERGERON H. *Dispositifs spécialisés « alcool » et « toxicomanie », santé publique et nouvelle politique des addictions* [en ligne]. Février 2001. Disponibilité : www.ofdt.fr

○ **Ouvrages collectifs**

- AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION des Pays de la Loire. *Territoires de santé* [en ligne]. Novembre 2004. Disponibilité : www.parthage.sante.fr

- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. *Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé* [en ligne]. Mai 2004. Disponibilité : www.sante.gouv.fr

- OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE. *La santé observée sur le territoire de santé de Châteaubriant* [en ligne]. Avril 2005. Disponibilité : www.parthage.sante.fr

○ **Article**

- BRECHAT P-H. Naissance et histoire de la régionalisation des politiques de santé. *Actualités et dossiers en santé publique* [en ligne]. N°46, Mars 2004, p.15 à 22. Disponibilité : www.hcsp.ensp.fr

○ **Autres fichiers**

- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. *PRSP et territoires, quelques réflexions introductives* [en ligne]. Janvier 2005. Disponibilité : www.pays.asso.fr

- PREFECTURE DE LOIRE-ATLANTIQUE. Politique de la ville. Rapport d'activité de l'Etat dans le département de la Loire-Atlantique, 2004 [en ligne]. Disponibilité : www.loire-atlantique.pref.gouv.fr

○ **Autres sites Internet**

- www.pays-de-la-loire.sante.gouv.fr
- www.pays-de-la-loire.pref.gouv.fr
- www.sante-pays-de-la-loire.com
- www.vie-publique.fr

Liste des annexes

- **Annexe 1** : Liste des personnes rencontrées ou contactées téléphoniquement

- **Annexe 2** : Grille d'entretien à destination de participants au groupe de travail
« Approche territoriale »

- **Annexe 3** : Cartographie des structures intervenant dans la prise en charge des conduites addictives en Loire-Atlantique (cartographie réalisée par le service statistique de la DRASS des Pays de la Loire à partir des informations transmises par deux participants au groupe de travail « Approche territoriale »)

- **Annexe 4** : carte relative aux délégations de la solidarité du Conseil Général de Loire-Atlantique

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées ou contactées téléphoniquement

- Inspecteur Principal, responsable du pôle Politique hospitalière, DRASS des Pays de la Loire
- Conseillère technique en travail social, Pôle social, DDASS de Loire-Atlantique
- Chargée de mission décentralisation, Conseil Général de Loire-Atlantique (entretien téléphonique)
- Chargé de mission, CREDEPS Pays de la Loire (entretien téléphonique)
- Chef de projet, CARENE
- Directeur d'un CSST
- Responsable du pôle prévention d'une CPAM
- Responsable de la politique de prévention, Mairie
- Coordonnateur d'un réseau d'addictologie

ANNEXE 2 : Grille d'entretien à destination de participants au groupe de travail

« Approche territoriale »

Je souhaite vous rencontrer dans le cadre des travaux issus de mon mémoire. Ce dernier porte sur la définition de territoires infra départementaux en Loire Atlantique dans l'optique d'y mener une politique de santé publique. L'exemple concret retenu est celui des conduites addictives. La problématique est la suivante : tout en devant inscrire son action dans une perspective régionale, dans quelle mesure la DDASS peut-elle s'appuyer sur le levier des territoires au sein du département de Loire-Atlantique pour travailler à la réduction des inégalités territoriales dans le champ des conduites addictives ?

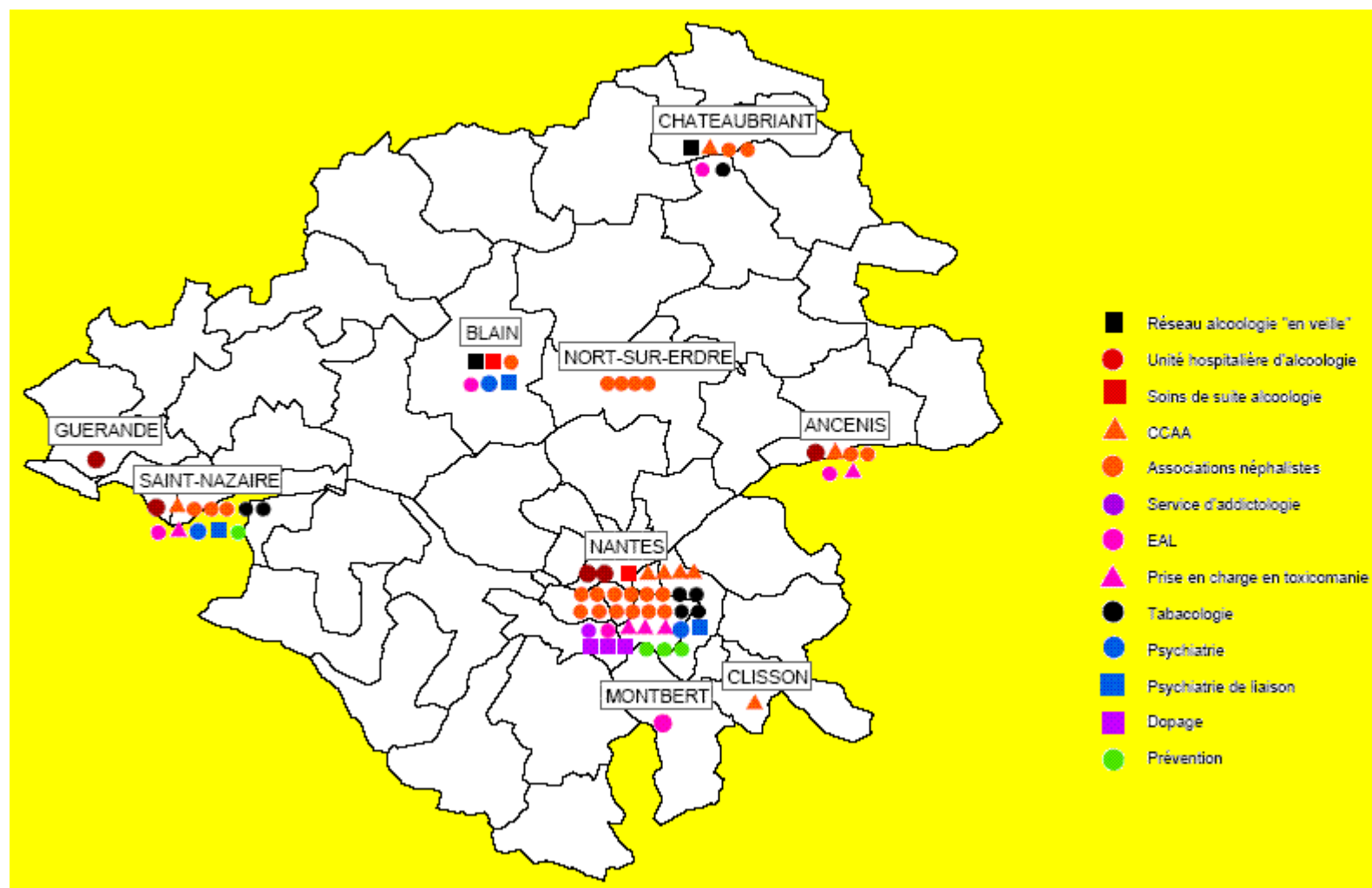
Définir un contenant (le territoire) sans avoir au préalable un contenu a peu de sens. Néanmoins, la DDASS, dans le cadre du groupe de travail « Approche territoriale » pour la déclinaison départemental du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, a fait le pari de retenir les territoires d'action sociale définis par le Conseil Général.

Reste à constater sur le terrain l'approche locale de l'action de la DDASS et du niveau territorial retenu pour mettre en œuvre les actions en matière de lutte contre les conduites addictives. C'est dans ce sens que je vous contacte afin de connaître l'activité de votre structure en matière de conduites addictives sur le territoire de [...] et son mode d'organisation.

Thématiques	Questions	Réponses
1. Missions et champ d'action	1.1 Quelles sont vos missions actuelles ?	
	1.2 Quels sont vos champs d'intervention?	
	1.3 Sous quelle forme s'organisent les actions menées ?	
	1.4 Comment s'organisent vos relations lors des projets et actions avec les autres échelons (partenaires associatifs, partenaires institutionnels) au sein du département ?	

2. Actions et territoires	2.1 Quel est votre ressenti sur la situation territoriale de votre territoire (par rapport aux autres secteurs du département) ?	
	2.2 Le découpage du Conseil Général vous semble-t-il pertinent ?	
	2.3 Quels réseaux existent sur votre territoire ?	
	2.4 Y participez-vous ?	
	2.5 Comment ressentez-vous l'action de la DDASS par rapport aux problématiques rencontrées et aux actions menées ?	
	2.6 Le groupe territoire organisé dans le cadre de la déclinaison du plan MILDT vous semble t-il une initiative pertinente ?	
	2.7 Que souhaiteriez vous voir améliorer ?	

ANNEXE 3 : Cartographie des structures intervenant dans la prise en charge des conduites addictives en Loire-Atlantique



ANNEXE 4 : Carte des Délégations de la solidarité du Conseil Général de Loire-Atlantique

