



Etat des lieux

La prévention des conduites addictives en région Provence Alpes Côte d'Azur

Année 2007

Rapport définitif - mars 2009

SOMMAIRE

1. La prévention dans le domaine des drogues.....	3
2. Les politiques nationales de prévention.....	4
3. Déclinaison des politiques publiques au plan local.....	5
3.1. Le volet prévention des plans départementaux déclinaison du plan gouvernemental MILDT	5
3.2. Les actions de prévention du plan Addiction	7
3.3. Le Plan Régional de Santé Publique	9
3.4. Les actions de prévention des addictions développées en milieu scolaire	10
3.4.1. L'activité des personnels infirmiers de l'Education Nationale - Année scolaire 2007/2008	11
3.4.2. Le programme de prévention des conduites addictives Education Nationale/MILDT	15
3.5. Les actions de prévention des addictions en politique de la ville (contrats urbains de cohésion sociale, ateliers santé ville,...).....	17
3.6. La prévention de la délinquance	19
3.7. La sécurité routière (plans départementaux d'action en sécurité routière)	20
3.8. La Prévention du dopage et des conduites à risque dans le sport	22
3.9. L'action de prévention des addictions des collectivités territoriales.....	24
4. Projets de prévention des addictions : les programmes MILDT et PRSP – Année 2007.....	26
4.1. Le PRSP	26
4.2. Le programme MILDT	27
4.3. Les actions de prévention financées en 2007 au titre du PRSP et de la MILDT	27
5. Les porteurs de projets : la prédominance des associations	28
5.1. Une majorité d'associations spécialisées dans le champ de la santé.....	28
5.2. Des associations financées dans chaque département de la région.....	29
5.3. Des associations de petite taille.....	29
6. Description des projets financés	29
6.1. Inscription territoriale : une couverture plutôt bonne du territoire régional	29
6.1.1. Analyse par département.....	29
6.1.2. Analyse par territoire de santé	32
6.2. Des projets très localisés.....	33
6.2.1 En termes de territoire de couverture	33
6.2.2. En termes de populations visées.....	34
6.3. Une majorité de projets de prévention universelle.....	35
6.4. Des projets qui privilégient les interventions de prévention des addictions.....	37
6.5. Montage et financement des projets.....	38
7. Conclusion	40

1. La prévention dans le domaine des drogues

La prévention dans le domaine des drogues a évolué progressivement vers une prévention globale des usages et des abus de produits illicites (stupéfiants) et licites (alcool, tabac), inscrite dans le cadre plus général de la prévention des conduites à risques¹. Elle inclut également les conduites d'addiction (mésusage de médicaments, anorexies et boulimies, jeu pathologique, cyberaddiction,...)

Cette évolution est due à la mise en évidence de la diversité des modes de consommation de produits, à la place donnée au concept plus fédérateur d'« addiction », et à l'importance statistique des usages de substances psychoactives dans la population.

La prévention ne se réduit pas à l'information sur les dangers ou au simple rappel de la loi. Elle se nourrit globalement des méthodes éducatives et de la promotion de la santé. Les objectifs en sont divers, puisqu'ils peuvent concerner tous les points du parcours des individus avec les consommations.

La prévention peut ainsi viser à :

- Décourager l'initiation
- Repousser l'âge des premières consommations
- Encourager et aider l'arrêt
- Prévenir l'usage nocif et le prendre en charge
- Réduire les conséquences sanitaires et sociales des consommations. 2

La prévention des conduites addictives recouvre les actions qui diminuent les facteurs de risque d'usage, d'abus ou de dépendance des produits psychoactifs, ainsi que leurs conséquences sanitaires et sociales.

Le risque majeur n'est plus seulement la dépendance mais aussi l'entrée d'un adolescent dans des conduites à risque quelle que soit la forme que prennent ces attitudes. La référence aux conduites psychologiques et sociales de l'adolescent et du jeune adulte, les questions posées aux différents acteurs en charge de leur accueil, accompagnement, scolarisation, éducation apparaissent au cœur des démarches de prévention. La survenue de conduites d'addiction est souvent accompagnée d'un cumul de facteurs de risque et de fragilité et d'une situation de souffrance qu'il s'agit d'écouter et d'éclaircir pour pouvoir intervenir.

Dans ce sens, la prévention est une intervention auprès des adolescents, des jeunes et des adultes en situation de précarité sociale ou affective mais aussi auprès des partenaires éducatifs (familles, enseignants, éducateurs).

La prévention concerne également des questions sociétales, mettant en jeu la santé et la sécurité des citoyens, qu'il s'agisse de la route, du travail, des loisirs et de la scolarité.

Ces axes de prévention connaissent un développement lié au fait qu'au delà du risque encouru pour l'individu, elles engagent une responsabilité collective.

Enfin, la question des usages de drogues est à l'interface de la prévention de la demande et celle de l'offre. Si l'application de la loi relève des services de police et de justice, les professionnels éducatifs, sanitaires et sociaux sont également concernés par la prévention de la délinquance. Dans les territoires urbains (mais pas exclusivement), la prévention s'inscrit aujourd'hui dans une approche globale, portant sur des risques sanitaires, sécuritaires, et des

¹ Surtout depuis le rapport Parquet (P-J), « Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives », 1997

² Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004 2008, MILDT - juillet 2004

questions sociales, dont celles posées par la précarité, l'insertion et par l'attractivité pour les commerces illicites.

Un champ de définition aussi vaste (prévention primaire, repérage précoce, accès aux soins et réduction des risques sanitaires et sociaux) implique des approches diversifiées, mobilisant les services de l'état, les collectivités locales, les partenaires institutionnels et associatifs, chacun dans son domaine de compétence et/ou de responsabilité ³.

2. Les politiques nationales de prévention

Les politiques nationales de prévention des conduites addictives s'appuient sur des dispositifs ou programmes. Les principaux sont résumés dans le tableau suivant :

Politiques ministérielles, programmes et actions de prévention dans le domaine des drogues et addictions en région PACA

Domaine concerné	Pilotage national	Cadre pour la prévention	Mise en œuvre
Politique gouvernementale	Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie - MILDT	Plan gouvernemental 2008 - 2011	Chefs de projet Préfecture et coordination DDASS - Comité de pilotage et plans départementaux
Politique de santé publique	Ministère de la santé, J et S et vie associative	Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007 – 2011	DRASS ARH MILDT Agence régionale de santé (2009) - Schéma régional Addictologie Commission Régionale Addictologie
Politique de santé publique	Ministère de la santé, J et S et vie associative	Loi de santé publique 9 août 2004	GRSP Paca - Programme régional de santé publique
Politique de la Ville	Ministère de la ville Comité Interministériel des villes DIV	Loi pour l'égalité des chances mars 2006	Préfet délégué à l'Egalité des chances ou SP Ville - Villes, Département Région - Volet « santé » des CUCS Ateliers santé ville
Politique de lutte contre la délinquance	Comité interministériel de prévention de la délinquance FIPD	Loi de prévention de la délinquance 5 mars 2007	- Volet « citoyenneté et prévention de la délinquance » des CUCS - CLSPD et CLS - CDPD et Plan départementaux

³ La notion de prévention primaire, secondaire et tertiaire n'est plus utilisée, car trop sanitaire ; les instances internationales préfèrent distinguer les domaines de prévention universelle (les programmes en population générale), sélective (selon certaines caractéristiques de risques) et indiquée (selon les niveaux de difficultés des individus).

Politique de l'éducation	Ministère de l'Education nationale	Code de l'Éducation en conformité avec le code de santé publique n°2004-806 du 9 Août 2004 (article L312-18) - CIRCULAIRE N°2006-197 DU 30-11-2006 sur la protection du milieu scolaire et les CESC	Inspections d'académie – Rectorats Comités d'éducation à la santé et la citoyenneté
Politique de prévention du dopage et des conduites à risque dans le sport	Ministère de la santé, J et S et vie associative	instruction n°JS 04-201 du 16 décembre 2004 sur la politique nationale et les objectifs régionaux	Médecin conseiller du DRJS
Politique de sécurité routière	Comité interministériel de sécurité routière	Programme pluriannuel de lutte contre l'insécurité routière	Préfecture - Conseil départemental de prévention Coordinateur SR Document général d'orientation Plans départementaux d'actions de Sécurité Routière

3. Déclinaison des politiques publiques au plan local

Cette partie présente les cadres et objectifs des actions de prévention en région Paca :

- Les plans départementaux « MILDT »
- Les actions de prévention inscrites dans le « Plan addiction »
- Le programme régional de santé publique
- Les actions de prévention des addictions développées en milieu scolaire
- La politique de la Ville
- Les actions de prévention de la délinquance
- Les actions de sécurité routière
- Les actions de prévention du dopage et des conduites à risques dans le sport
- Les actions portées par les collectivités territoriales.

Des encadrés résument les données actuellement disponibles.

3.1. Le volet prévention des plans départementaux déclinaison du plan gouvernemental MILDT

Les plans gouvernementaux successifs prévoient d'agir de manière coordonnée entre les différents ministères concernés, sur l'ensemble des volets de l'action publique : prévention, soin, application de la loi et lutte contre le trafic. Il souscrit à l'approche équilibrée préconisée par les instances internationales et européennes.

Le plan 2008-2011 se présente sous forme de mesures concrètes, en réponse aux enjeux posés par les consommations des drogues et l'économie qu'elles génèrent. Il a pour ambition de décrire l'ensemble des politiques conduites par l'Etat et ainsi de veiller à leur cohérence globale. Ainsi, le Plan Addiction 2007-2011, porté par le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, représente le volet « Prise en charge » du plan gouvernemental (fiche 3.1 du plan).

38 mesures sont prévues dans l'axe prévention, communication, information

Elles préconisent :

- Des campagnes d'information pérennes sur les conséquences sanitaires et juridiques des consommations
- Des actions de prévention en milieu scolaire, périscolaire et étudiant
- Des actions de prévention en direction des adultes
- Des actions de prévention à destination des milieux professionnels
- La systématisation de la réponse judiciaire à l'usage illicite de drogues (stages de sensibilisation ...)
- Des mesures destinées à réduire l'accessibilité des boissons alcoolisées.

L'optimisation du maillage territorial de la MILDT et de son pilotage s'appuient au niveau départemental sur la mise en place d'un binôme comprenant un chef de projet Préfet ou sous Préfet, afin de renforcer la légitimité interministérielle, et un coordonnateur issu d'un service déconcentré (les DDASS en région PACA) qui apporte la compétence technique, tandis qu'au niveau régional le chef de projet du département chef lieu de région (le Préfet délégué pour l'égalité des chances, en région PACA) assure la cohérence avec les schémas régionaux existants.

Les chefs de projet coordonnent, sous l'autorité du préfet, les actions des services déconcentrés sur l'ensemble du champ des drogues. Leur mission se traduit par des programmes départementaux pluriannuels fixant les axes prioritaires à mettre en œuvre dans chaque département au regard des orientations du plan gouvernemental et du contexte local.

La mise en œuvre du plan gouvernemental 2008-2011 conduira donc, fin 2008 et courant 2009, à la définition de nouveaux plans départementaux appliquant ces orientations.

En 2007, année de référence de l'état des lieux, les actions se réfèrent au Plan National 2004-2008.

En région Provence - Alpes - Côte d'Azur

Les plans et appels à projet départementaux.

Cinq départements ont mis en œuvre des plans départementaux entre 2004 et 2006, en déclinaison du plan national 2004-2008. Ces plans comportent des volets coordonnés entre eux, couvrant l'ensemble des domaines de l'action publique : prévention, soin, application de la loi et lutte contre le trafic.

Trois thématiques dominent dans les actions mises en œuvre (en 2006 et 2007) sur le volet prévention :

1. **Le milieu scolaire** : action prioritaire, se référant à des circulaires spécifiques de l'Education nationale et de la MILDT ; création fin 2005 de comités de pilotage départementaux spécifiques ; il s'agissait de mettre en place des formations à l'utilisation du guide méthodologique DESCO MILDT, en binôme entre des personnels de l'Education nationale et les associations de prévention et des

accompagnements pédagogiques des équipes éducatives des établissements scolaires

2. **Le milieu sportif et les loisirs** : projets en lien avec Jeunesse et Sports, sur les deux volets d'action de ce ministère (animation/vacances loisirs et activités sportives)
3. **La prévention de l'alcoolisation en lien avec la sécurité routière** : actions de prévention concertées avec les coordinations départementales « sécurité routière »

D'autres projets présentent des caractéristiques particulières : complémentaires aux autres actions existantes, innovantes ou visant le renforcement des réseaux d'acteurs de prévention locaux :

- Actions hors périmètres Politique de la ville (territoires ruraux peu pourvus de réseaux d'acteurs)
- Actions de formations, colloques,...
- Prévention pour des publics jeunes hors milieu scolaire.

Les rapports des chefs de projet signalent :

- Le manque d'opérateurs compétents dans certains domaines (intervention dans le monde du travail, prévention des usages de drogues illicites en sécurité routière)
- Le manque d'opérateurs en nombre suffisant pour assurer des missions de prévention en population générale
- Les difficultés de coordination départementale entre acteurs de prévention, entre acteurs et demandeurs d'action
- Le manque d'implication de certaines villes, collectivités
- Le manque d'implication de responsables d'établissement scolaires auprès de leurs équipes éducatives
- Le besoin de formation continue et de soutien méthodologique des acteurs de prévention au contact des jeunes usagers de drogues (cannabis, alcool) et qui n'ont pas pour mission principale la prévention des addictions.

Par contre, sur le volet Education Nationale : des progrès importants ont été accomplis, en matière de territorialité (l'objectif étant de concerner l'ensemble des établissements) et de méthode (une référence unique, un programme de la 6ème à la Terminale) même si en 2007, est toujours privilégiée l'intervention auprès des publics scolaires, les actions de formation et de conseil méthodologique auprès des équipes restant insuffisamment développées. En revanche, le partenariat avec des acteurs de prévention « application de la loi » se concrétise de plus en plus, afin d'éviter les déperditions de moyens disponibles sur les établissements. En Région PACA : 29 « Formateurs Relais Anti-Drogue » FRAD au 1/1/2008 (source : BPDJ d'Aix en Provence) et 40 « Policiers Formateurs Anti-Drogue » PFAD ont été recensés (étude ReLION – CIRDD OFDT 2007).

3.2. Les actions de prévention du plan Addiction

Le plan 2007 2011 de prise en charge et de prévention des addictions n'a pas été mis en œuvre courant 2007. Les actions de prévention qu'il prévoit (voir plus bas), s'appuient sur les dispositifs sanitaires et médico sociaux de soins spécialisés en région PACA et la médecine de ville.

S'agissant des dispositifs médico sociaux (CSST, CCAA), il n'est actuellement pas envisageable de décrire l'action de prévention menée en 2007 par ces structures en anticipation des actions de prévention de ce plan, trop peu de structures ayant renseigné la fiche « prévention » de leur Rapport d'activité.

Le Plan Addiction 2007-2011 propose de développer la prévention (axe prioritaire 4). Trois objectifs et 6 mesures sont décrites :

- **Objectif 8 : Favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements**
 - ❖ Intégrer les programmes de repérage précoce dans les CSAPA
 - ❖ Développer en médecine de ville la prévention de l'usage à risque de l'alcool
 - ❖ Développer des actions de prévention des consommations de substances psychoactives pendant la grossesse

- **Objectif 9 : Renforcer l'éducation à la santé en matière d'addictologie**
 - ❖ Lancer une grande campagne d'information sur les addictions
 - ❖ Mettre en place un numéro unique d'appel téléphonique

- **Objectif 10 : Renforcer le rôle des associations**
 - ❖ Valoriser et renforcer le maillage associatif.

Les actions de prévention du plan addiction correspondent à :

- Des modalités nouvelles dans l'accueil et la prise en charge des patients, tout au long de leur parcours et dans l'ensemble des lieux de soin (médecine de ville, réseau de santé, dispositif sanitaire et médico social)
- Des actions de communication ciblées sur certains groupes à risques ou le grand public.

En région Provence - Alpes - Côte d'Azur

Courant 2008, une instance d'évaluation des actions dans le champ des addictions a été mise en place afin de déterminer les modalités de travail et les axes stratégiques à développer au plan régional par la commission régionale addiction, portant – et c'est la spécificité de la région PACA – sur l'organisation de la prise en charge **et** des actions de prévention développés par les programmes et plans locaux.

Cette instance d'évaluation, composée de décideurs, de représentants des institutions de santé publique et d'experts dans le champ des addictions, a été instaurée à la demande conjointe du directeur de la DRASS, de l'ARH et du coordonnateur régional de la MILDT. Elle s'est adjointe les services d'un consultant en santé publique, en charge d'évaluer les politiques et actions mise en œuvre sur le territoire régional, et de proposer des pistes pour l'élaboration du futur schéma en addictologie. Le CIRDD PACA s'est vu confier une mission d'état des lieux sur trois volets : la prise en charge des addictions par les dispositifs médico sociaux, sanitaires et les réseaux de santé ; les consommations et problèmes associés observés en région, et la mise en œuvre de la prévention .

La première réunion d'installation de la commission régionale addictions a eu lieu le 16 décembre 2008. Un groupe de travail, sur les cinq institués, est spécifique à la prévention. Sa mission est de proposer les objectifs « prévention » du schéma régional.

3.3. Le Plan Régional de Santé Publique

Une évolution importante dans le champ de la prévention concerne la mise en place fin 2005 des Plans Régionaux de Santé Publique, à partir des Groupements Régionaux de Santé Publique, en application de la loi de santé publique du 09 août 2004.

S'agissant des addictions, le Plan Régional de Santé Publique de Provence-Alpes Côte d'Azur s'engage sur les thématiques suivantes.

En région Provence – Alpes - Côte d'Azur

❖ PRSP Paca volet « Agir sur les comportements individuels et collectifs »

Programme 04 : Réduire les conduites addictives et diminuer les consommations excessives

Objectif général du programme : Réduire les conduites addictives et diminuer les consommations excessives : tabac, alcool, drogues illicites ou produits détournés de leur usage.

Les projets doivent s'inscrire dans l'un et/ou l'autre des objectifs opérationnels suivants :

- « Offrir aux jeunes de 10 à 26 ans, hors établissements publics de l'Education nationale, la possibilité de bénéficier d'actions de prévention et d'information et pour ceux qui rencontreraient un problème d'addiction, de bénéficier d'une orientation et d'un accompagnement vers des structures spécialisées du dispositif en addictologie ».
- « Proposer des actions de prévention, d'information, d'orientation et d'accompagnement vers des structures spécialisées du dispositif en addictologie à des publics de femmes souffrant d'un problème d'addiction »
- « Proposer un accompagnement vers l'accès aux soins aux personnes souffrant d'un problème d'addiction et qui sont reçues dans des structures d'hébergement et d'accueil spécifiques : CHRS, Unité d'hébergement d'urgence, structures de grande urgence sociale »

❖ PRSP volet « Agir au bénéfice de populations spécifiques »

Programme 16 : santé scolaire et éducation à la santé

Objectif général du programme : Promouvoir la santé des élèves afin de contribuer à leur réussite scolaire

Objectif opérationnel 6 : prévenir les conduites addictives

Actions :

- Mise en place de projets visant à renforcer l'application de la loi EVIN dans l'ensemble des établissements scolaires

- Mise en place, dans tous les établissements (écoles, collèges, lycées) à l'horizon 2009, du programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire s'appuyant sur le guide d'intervention réalisé en partenariat avec la DESCO, la MILDT, la DGS et l'INPES.

❖ PRSP Paca volet « Agir sur certaines pathologies »

Programme 14 : Améliorer la prévention, le dépistage et le suivi du VIH, Sida et IST

Programme 15 : Améliorer la prévention, le dépistage, la prise en charge globale des hépatites B et C

3.4. Les actions de prévention des addictions développées en milieu scolaire

Ces dernières années, la politique de prévention des conduites addictives en milieu scolaire a été marquée par :

- Le **plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004/2008** qui prévoit la mise en place d'ici 2008 d'une éducation obligatoire à la prévention des pratiques addictives portant sur le tabac, l'alcool et les autres substances licites ou illicites tout au long de la scolarité du CM2 à la terminale.
- Le **code de l'éducation**, en conformité avec la loi de santé publique du 09 août 2004 qui prévoit dans son article L312-18 qu'une information soit délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé. Cet objectif a été réaffirmé dans la circulaire de rentrée du 15-04-2005.
- Le **socle commun des connaissances et des compétences**⁴ qui définit les sept compétences que les élèves doivent maîtriser à l'issue de la scolarité obligatoire. Deux d'entre elles (« Les compétences sociales et civiques » et « L'autonomie et l'esprit d'initiative ») valident les concepts et méthodologies de la prévention.

En milieu scolaire, il revient notamment aux comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), instaurés en 1998, de « définir un programme d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des comportements à risque » (circulaire du 30/11/2006) Si « le CESC doit permettre un engagement de toute la communauté scolaire », les personnels infirmiers sont généralement les opérateurs privilégiés de l'activité de prévention comme en témoigne les données d'activités présentées ci-après.

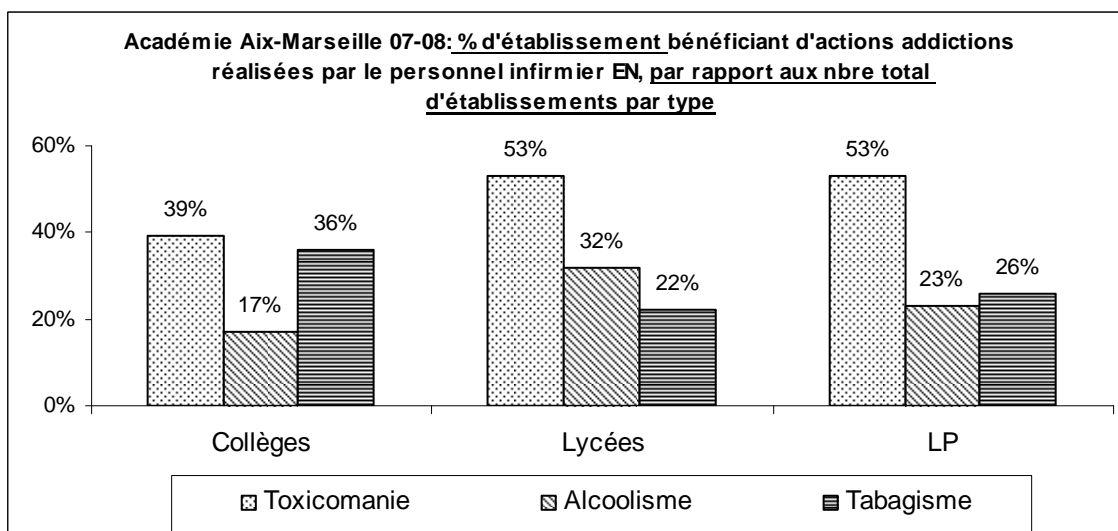
⁴ Loi d'orientation du 23 avril 2005 et décret du 11 juillet 2006

3.4.1. L'activité des personnels infirmiers de l'Education Nationale - Année scolaire 2007/2008

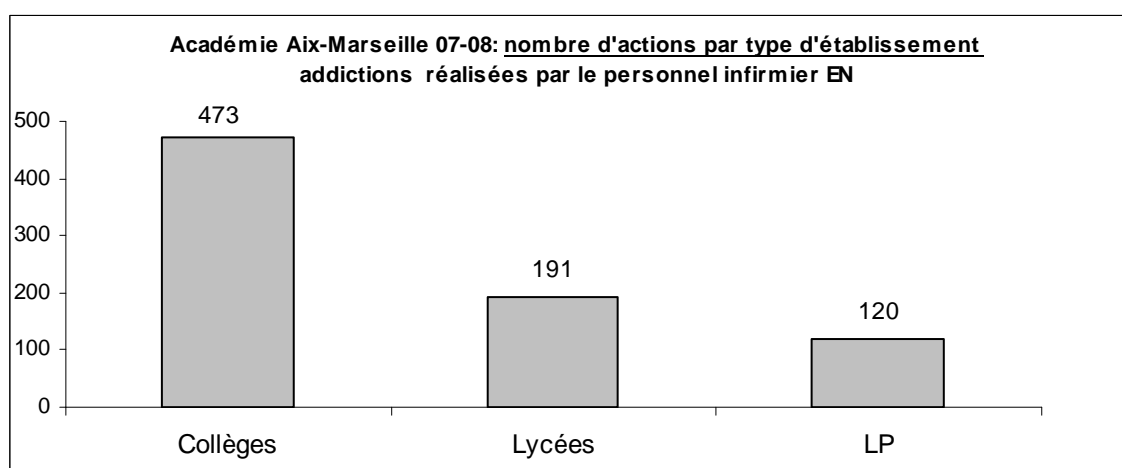
❖ Dans l'Académie d'Aix-Marseille - Départements des Bouches-du-Rhône, Vaucluse, Alpes de Haute Provence et Hautes Alpes

Dans l'Académie d'Aix-Marseille, en 2007-2008, les personnels infirmiers ont développé une action de prévention « toxicomanie » dans la moitié des établissements scolaires du 2nd degré, une action de prévention du tabagisme dans près d'un tiers des établissements, une action de prévention de l'alcoolisme dans un quart des établissements.

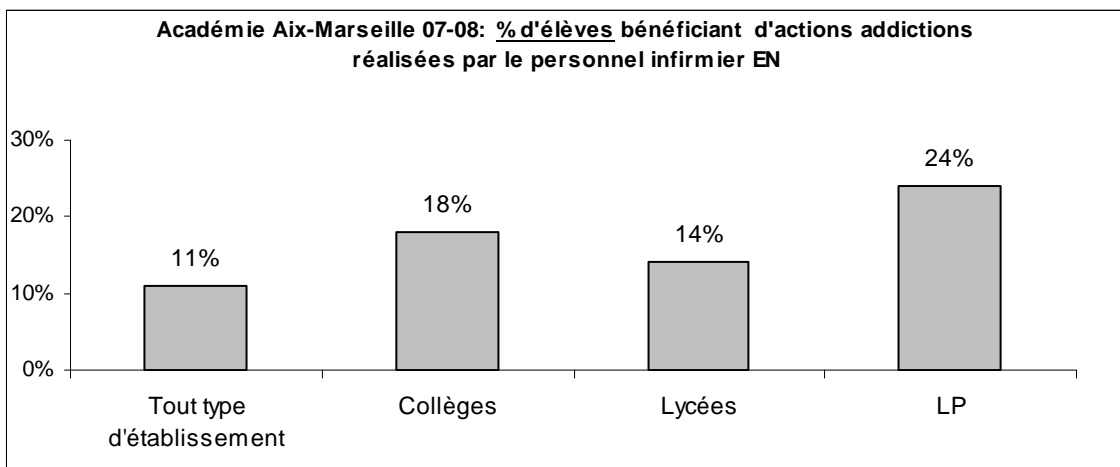
Le pourcentage de lycées et lycées professionnels ayant engagé une action en matière de drogues illicites est supérieur à celui des collèges (53% versus 39%).



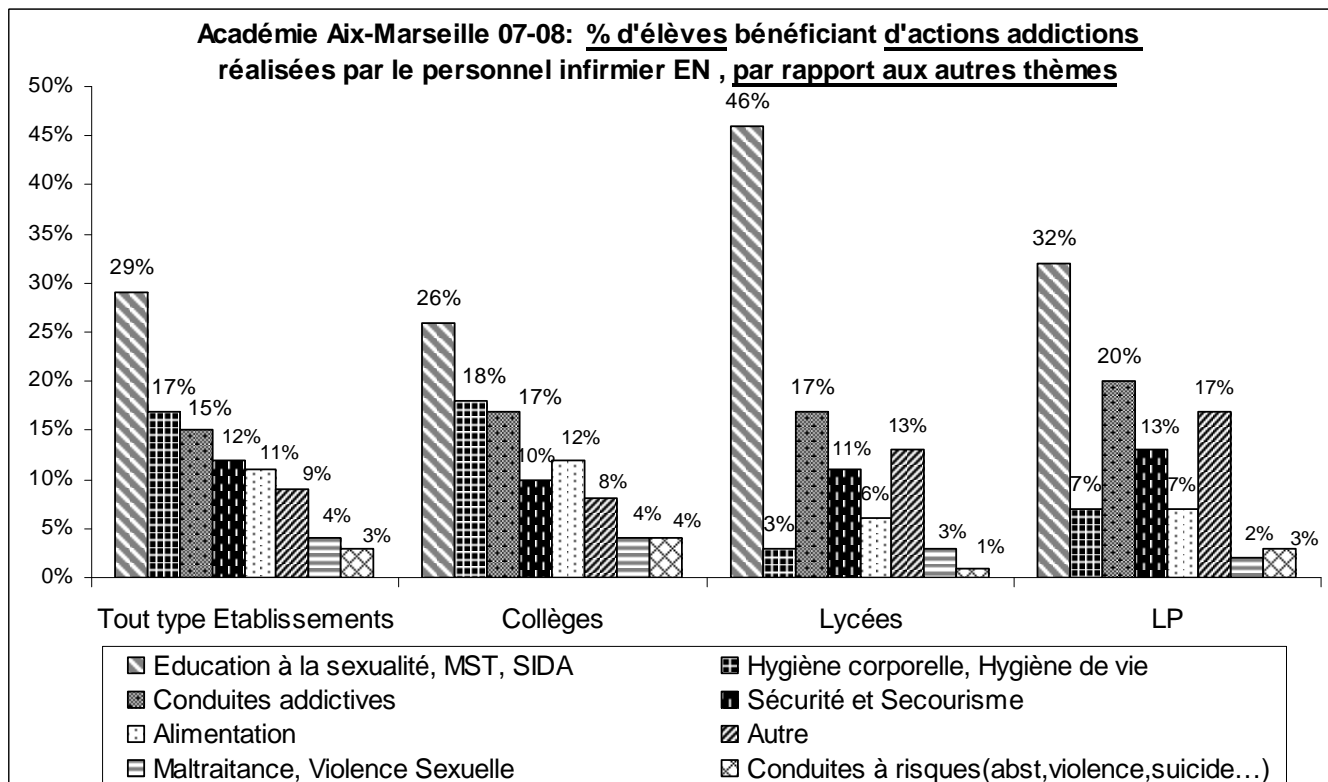
Près de 800 actions « addictions » ont été développées dont 60% par les collèges.



Plus de 42 000 élèves dont 77% du 2nd degré ont bénéficié d'actions de prévention des addictions. Cela représente 11% des effectifs des établissements tout type confondus et près d'un quart des élèves de lycées professionnels.



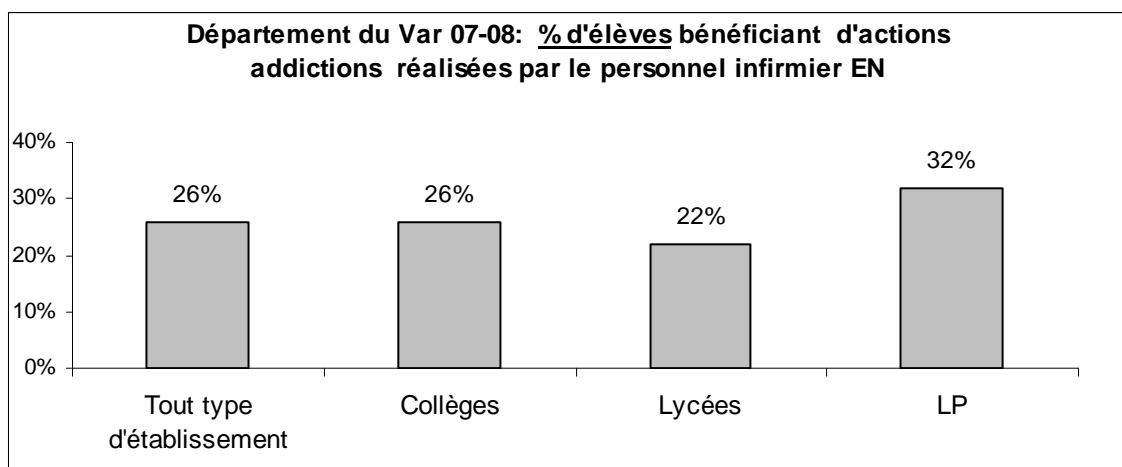
En terme de thématique, la prévention des addictions arrive en 3ème position pour tout type d'établissement. Dans les lycées et les lycées professionnels, elle est la thématique la plus souvent traitée après « l'éducation à la sexualité, MST, sida » toujours au 1er rang. Dans les collèges, elle dispute la 2ème place avec les actions relevant de l'hygiène de vie.



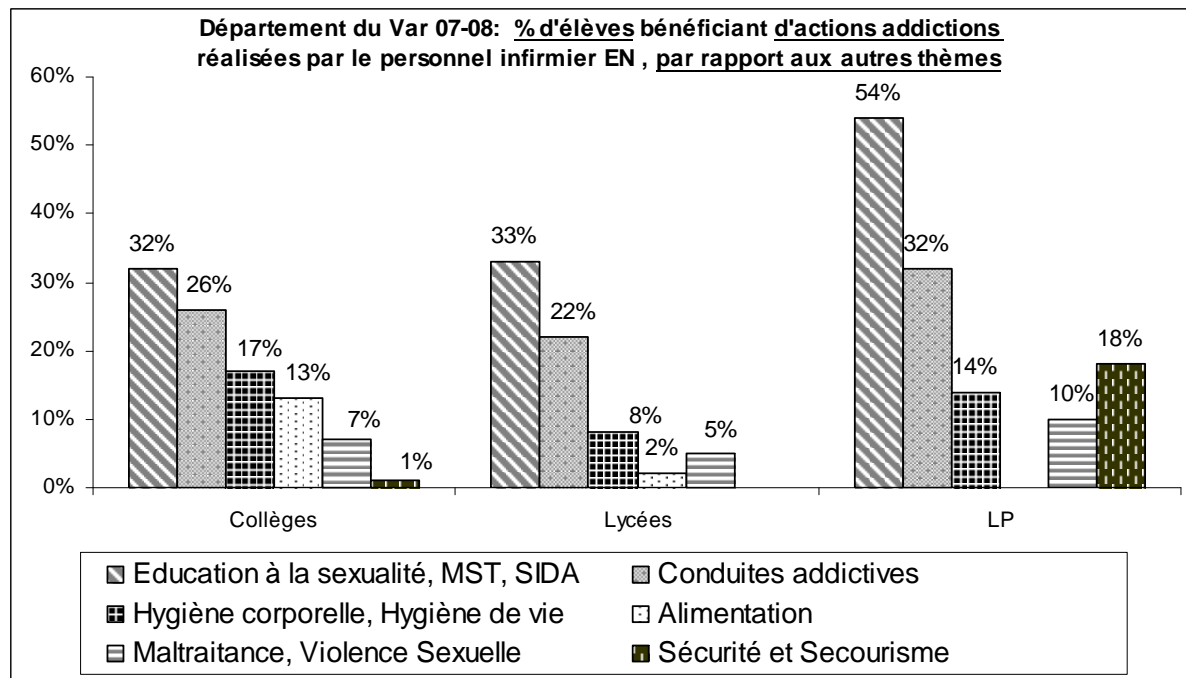
❖ **Dans l'Académie de Nice - Département du Var, Alpes Maritimes**

Plus de 18 000 élèves scolarisés dans le Var ont bénéficié d'au moins une action de prévention des addictions ce qui représente 26% de l'effectif total des élèves du département.

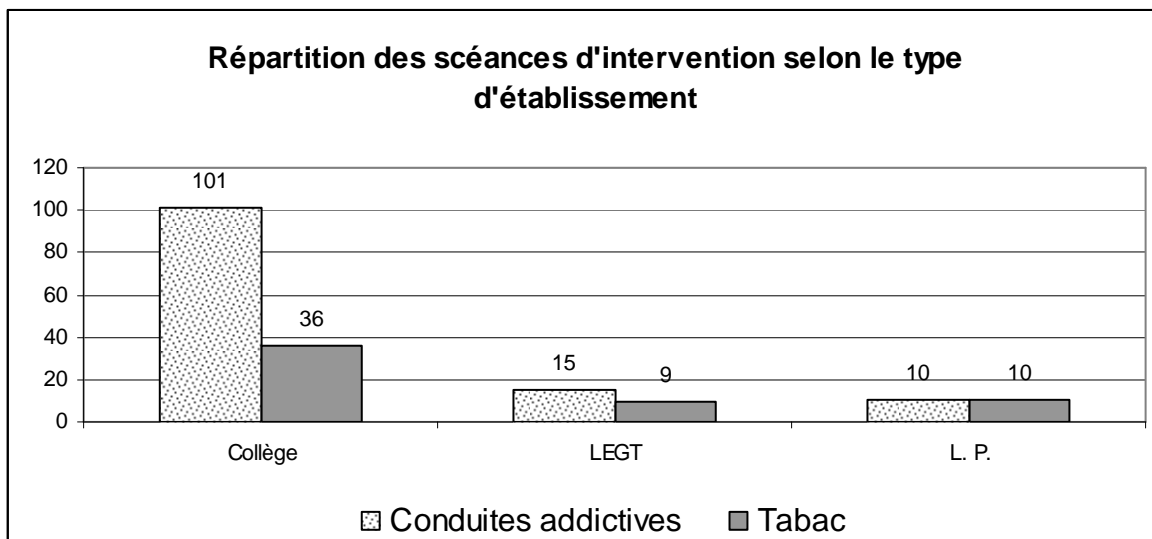
Comme dans l'académie d'Aix-Marseille, les élèves en lycée professionnel sont plus nombreux à être destinataires d'actions de prévention (32%).



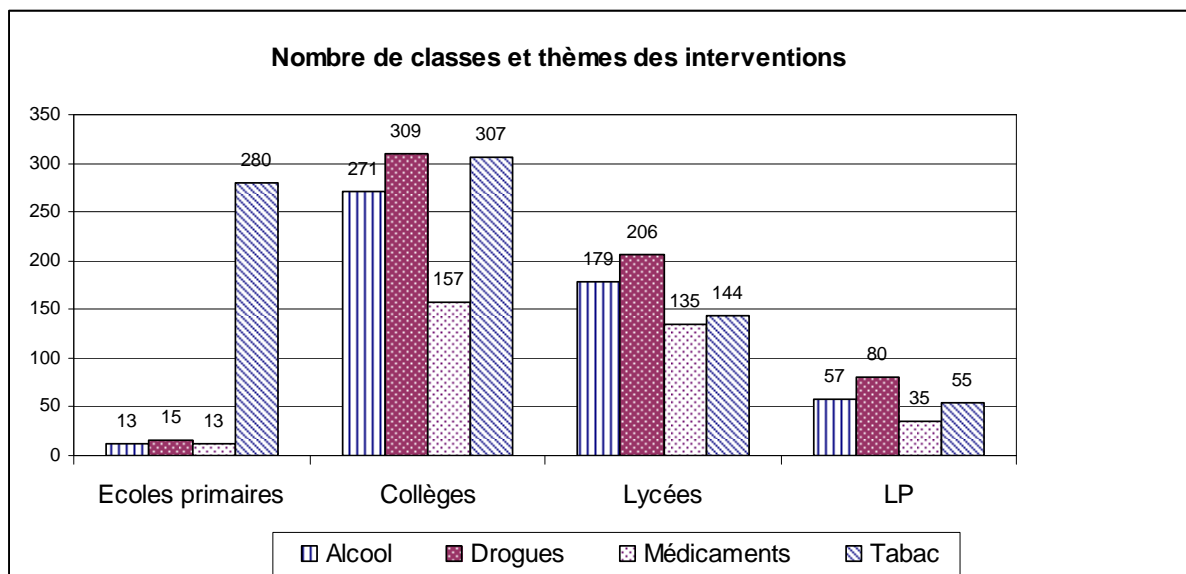
La prévention des conduites addictives est la thématique la plus souvent traitée par les personnels infirmiers derrière l'éducation à la sexualité, MST, sida.



Les indicateurs d'activités des personnels infirmiers des Alpes Maritimes ne sont pas identiques à ceux des autres départements de la Région. Néanmoins, dans ce département, en 2007/2008, on dénombre 181 actions de prévention collectives sur le thème des conduites addictives, généralement intégrées aux CESC, dont 55 spécifiquement sur le tabac.



La thématique du tabac est celle qui a été abordée dans le plus de classes (786) essentiellement en collèges (39%) et en écoles élémentaires (36%). Vient ensuite le thème des drogues illicites qui a concerné 610 classes, majoritairement dans les collèges et lycées (84%). L'alcool a été abordé dans 520 classes.



3.4.2. Le programme de prévention des conduites addictives Éducation Nationale / MILDT

En 2005, conformément au plan gouvernemental, le Ministère de l'Éducation Nationale et la MILDT ont conçu un programme national de prévention des usages de drogues qui doit s'inscrire de manière transversale dans les enseignements. Ce programme est présenté dans le «Guide d'intervention pour la prévention des conduites addictives en milieu scolaire»⁵. Sa mise en œuvre s'accompagne d'un dispositif de formation des équipes éducatives et des acteurs de prévention intervenant en milieu scolaire.

En région Provence - Alpes - Côte d'Azur

Ces nouvelles orientations ont été déclinées par des comités de pilotage départementaux réunissant Préfecture, Inspection Académique, DDASS, CIRDD...

Dans certains départements, le dispositif a constitué une priorité des plans départementaux et les appels à projets de ces dernières années. Des organisations adaptées au territoire, des coordinations et des partenariats entre opérateurs du programme ont vu le jour.

Le dispositif a bénéficié d'un soutien au niveau académique et a été articulé avec les autres plans et co-financements. Ainsi, l'objectif opérationnel 6 de l'appel à projet (programme 16) du Programme Régional de Santé Publique reprend pour la région PACA les mêmes orientations que la politique nationale.

Le dispositif de formation des équipes éducatives a été inscrit au Plan Académique de Formation d'Aix-Marseille et de Nice. Un même programme de formation a été dispensé dans trois départements. Deux autres s'en sont inspirés. Une co-animation «personnel Education Nationale/acteur spécialisé» a été recherchée mais n'a pas toujours été effective.

Les participants aux formations sont majoritairement issus des établissements du 2nd degré et forment des équipes pluridisciplinaires. Au-delà des personnels de santé scolaire, les personnels de direction et des enseignants de toutes disciplines sont de plus en plus nombreux.

Depuis fin 2005, une centaine de sessions de formations ont été organisées : 1500 personnels Education Nationale toutes catégories et acteurs de prévention y ont participé. Plus de 400 établissements sont concernés. Le taux d'adhésion et de satisfaction est élevé. Les outils d'évaluation restent difficiles à mutualiser au plan régional.

La mise en œuvre du programme dans les établissements nécessite soutien méthodologique et accompagnement au-delà de la formation. Des programmes de prévention au long cours ont vu le jour : Dans le 04, 05 et le 13, une centaine a engagé la mise en œuvre du programme auprès d'élèves, du 1er degré jusqu'en terminale. Différents intervenants, notamment les FRAD et PFAD s'associent au programme.

Dans les Bouches-du-Rhône : une organisation spécifique

Un comité de pilotage composé de la Préfecture, l'Inspection Académique, la DDASS et le CIRDD PACA a été constitué dès novembre 2005. Le programme de prévention en milieu

⁵ *Guide d'intervention en milieu scolaire MILDT-DGESCO. Outil de référence en milieu scolaire, ce guide est un document précieux en matière de prévention des conduites addictives et doit s'intégrer dans la dynamique éducative des établissements à travers une démarche plus vaste de promotion de la santé. Il propose, par l'intermédiaire de points de vue d'experts et d'éléments scientifiques validés, une démarche et des contenus destinés à tous ceux qui, personnels des établissements scolaires ou intervenants extérieurs sont amenés à développer des actions de prévention auprès des élèves.*

scolaire devient une priorité départementale à la rentrée 2006, et prévoit une **articulation appels à projets crédits MILDT et PRSP 16 (objectif 06)**

En 2005/2006, des formations initiales co-animées par l'IA 13 et le CIRDD PACA font connaître le programme et recrutent des binômes de formateurs (EN/acteurs spécialisés) sur l'ensemble du département.

Durant les années scolaires suivantes, des **formations de formateurs** formalisent l'organisation du dispositif. **Sept associations deviennent « référentes » par bassin d'éducation.** 5 ETP sont financés par les crédits MILDT pour l'année scolaire 2007/2008 (soit ± 0,5 ETP par bassin + 0,5 coordination). Le choix des structures est liée à trois critères : leur compétence reconnue, le respect de l'éthique, leur implantation géographique.

Un même cahier des charges est confié aux associations référentes :

- Organiser et co-animer des formations d'équipes éducatives
- Accompagner les équipes éducatives formées dans la mise en œuvre du programme de prévention auprès des élèves
- Répondre aux demandes individuelles
- Participer à la coordination et à l'évaluation du dispositif assurée par le CIRDD PACA

La coordination et l'évaluation départementale sont confiées au CIRDD, qui apporte :

- Le soutien à chaque référent et des temps de travail collectifs
- Le protocole et les outils d'évaluation communs à tous les référents
- Le partenariat FRAD / référents : Des engagements formalisés et des outils de collaboration

Diffusion du dispositif à juin 2008

54 sessions de formation organisées depuis décembre 2005

- Au moins 1 personnel formé dans 142 établissements du 2nd degré et 40 structures de prévention
- 640 professionnels formés dont 88% de personnels EN: enseignants (48%), infirmières (27%), CPE (12%)

La moitié des établissements du département sont concernés (161). A Marseille, 46% des établissements ont été concernés, contre 56% dans le reste du département

- Dans 6 bassins: 50% à 76% des établissements
- Dans 3 bassins: 25 % à 33% des établissements

En 2007/2008 : l'évaluation de l'action a permis de mieux connaître l'engagement des établissements, des équipes éducatives et les résultats auprès des élèves.

Ainsi, 1/3 des établissements a 1 ou 2 personnels impliqués, 1/3 entre 3 et 5, 1/3 plus de 5. En moyenne : 3,5 fonctions différentes, avec parfois des élèves, des parents ou professionnels hors EN. Le programme a été appliqué sur 129 Classes, soit 3695 élèves.

Les plus-values et difficultés liées au programme ont été recensées, ainsi que son impact.

❖ **Plus values**

- Cohérence du dispositif, approche territoriale
- Réorganisation des pratiques des référents, plus de cohérence, développement des compétences au niveau de la formation et du conseil méthodologique
- Mobilisation des équipes éducatives (évolution des représentations, des connaissances, diversification des contacts)
- Des élèves intéressés, qui demandent de l'aide plus facilement, évolution du rapport élève/enseignant, identification d'éventuels problèmes, favorise la prévention entre les pairs

❖ **Difficultés, freins**

- Articulation des demandes (COPIL, chefs d'établissements, autres dispositifs...)
- Organisation avec les équipes éducatives (disponibilité des équipes, manque de temps, bénévolat, turn-over, communication sur ce qui est mis en place par les équipes)
- Encore des établissements réfractaires
- Un soutien des référents qui reste indispensable dans certains établissements

❖ **Impact...**

Du côté de l'Éducation Nationale

- L'acquisition d'une culture commune de la prévention des addictions (qui englobe application de la loi et accès aux soins)
- Des établissements engagent une politique sur le long terme
- Des ressources et des dynamiques de travail en partenariat se développent au sein des établissements
- Les représentations et les pratiques notamment des enseignants évoluent
- Des élèves bénéficient enfin d'un programme de prévention qu'ils plébiscitent

Du côté des associations

- Adhésion à une commande institutionnelle claire et de qualité
- La prévention se professionnalise
- Des partenariats se nouent
- Des coordinations et des évaluations départementales se développent

3.5. Les actions de prévention des addictions en politique de la ville (contrats urbains de cohésion sociale, ateliers santé ville,...)

La politique de la ville désigne la politique mise en place par les pouvoirs publics afin de revaloriser les zones urbaines en difficulté et réduire les inégalités entre les territoires.

La politique de la ville est mise en œuvre par les collectivités territoriales. Les préfets passent des contrats avec les maires ou les présidents d'EPCI (Etablissement Public de Coopération Intercommunale) qui définissent un projet de développement pour chaque quartier.

Signés pour une durée de trois ans renouvelable, ces contrats - baptisés « Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) – programment des actions précises dans cinq champs prioritaires :

- Habitat et cadre de vie
- Emploi et développement économique
- Education
- Citoyenneté et prévention de la délinquance
- Santé

Deux domaines concernent plus spécifiquement les actions « addiction » : la santé et la citoyenneté / prévention de la délinquance

1. La santé

Elle figure aujourd'hui parmi les priorités assignées à la politique de la ville. Il s'agit de réduire les inégalités sociales et spatiales de santé et de permettre un égal accès aux soins à tous en répartissant mieux l'offre médicale à l'échelle des quartiers en difficulté. L'Atelier Santé Ville (ASV) est destiné à rapprocher acteurs et professionnels de santé pour qu'ils élaborent des programmes de santé publique à l'échelle locale et, si possible avec les habitants. Il s'agit de développer des projets de santé au plus près des besoins des publics en situation de précarité qui connaissent des problèmes spécifiques (addictions, souffrance psychique, obésité, problème d'accès aux soins...). L'Atelier Santé Ville vise aussi à décliner les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins dans le cadre des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP/PRAPS).

2. la prévention de la délinquance

Les problèmes d'insécurité ont toujours été perçus de façon plus aiguë dans les zones urbaines sensibles. L'évolution de la délinquance, de ses causes et de ses manifestations - comme en témoignent les émeutes urbaines de novembre 2005 - a justifié plusieurs réformes. On aborde désormais la prévention de la délinquance dans sa globalité, comme politique publique à part entière, dans ses dimensions à la fois pénales, sociales et sanitaires. Ces réformes ont suscité la création d'un Comité Interministériel pour la Prévention de la Délinquance (CIPD) (décret du 17 janvier 2006) et d'un Fonds Interministériel pour la Prévention de la Délinquance au sein de l'ACSé (FIPD) (article 5 de la loi du 5 mars 2007). Le maire est positionné comme chef de file du dispositif de prévention, en raison de sa proximité immédiate avec la population et de sa connaissance de la ville et de ses habitants. Des Contrats Locaux de Sécurité sont mis en œuvre et constituent le cadre juridique de cette politique. **Une des priorités soutenues par la DIV dans la prévention et la lutte contre la toxicomanie est le soutien à des réseaux locaux et à des actions sanitaires et éducatives menées avec l'Education nationale et les associations spécialisées dans les addictions** (en concertation avec les maires et en partenariat avec les chefs de projets MILDT)

En Région Provence Alpes Côte d'Azur

Les dispositifs financés sur la question des addictions dans le cadre de la Politique de la Ville le sont à deux titres :

- **L'accès au droit commun.** Les territoires en difficulté se doivent d'accéder aux mêmes services publics, à une qualité d'actions de prévention identique à celle offerte à tous, sinon adaptée.
- **Les actions territorialisées « hors les murs » :** les actions se déroulent dans des espaces publics, au sein de structures locales assurant la proximité avec le public, dans des centres villes ou à la périphérie, mais dans lesquels se pose la question de la proximité,

du « aller vers » les marges (publics, lieux de vie). L'action associative participe, sur les volets éducatifs, sanitaires et sociaux, aux régulations locales nécessaires à la vie de la cité.

3.6. La prévention de la délinquance

La loi 2007-297 du 5 mars 2007 a consacré la prévention de la délinquance comme une politique publique permanente. Pour l'inscrire dans la durée et lui donner les moyens de se développer de façon cohérente et efficace, des innovations institutionnelles et administratives ont été nécessaires.

Le **Comité Interministériel de Prévention de la Délinquance** (CIPD) a ainsi été créé par décret N°2006-52 du 17 janvier 2006. Le CIPD comprend, outre le Premier Ministre, les Ministres chargés de l'Intérieur, de la défense, de la cohésion sociale, de l'éducation nationale, de la justice, des transports, de la santé, de l'outre-mer, et de la jeunesse. Il fixe les orientations de la politique gouvernementale en matière de prévention de la délinquance et veille à leur mise en oeuvre. Il coordonne l'action des ministères et l'utilisation des moyens budgétaires consacrés à la politique de prévention de la délinquance.

Comme le précise la circulaire du secrétaire général du CIPD datée du 21 février 2008, les priorités d'intervention du FIPD pour 2008 sont en nombre plus restreint qu'en 2007, l'objectif étant de ne financer que les projets les plus aptes à contribuer à la réduction de la délinquance et mis en oeuvre dans un cadre partenarial.

Des actions de prévention de la toxicomanie et des conduites addictives sont finançables au titre du FIPD si une partie de l'action s'inscrit dans les priorités 2008 énoncées dans la circulaire du 21 février. Sinon, comme l'indique la circulaire du CIPD du 21/02/2008, des crédits spécifiques sont prévus directement dans le budget de l'État pour financer les actions de lutte contre la drogue et la toxicomanie (crédits MILDT).

Le FIPD peut intervenir pour soutenir des actions de prévention dans le cadre d'un CUCS que celui-ci soit concerné ou pas par un CLS (volet citoyenneté prévention). D'ailleurs, la circulaire du 4 décembre 2006 prévoit « de favoriser en priorité la conclusion de CLS de nouvelle génération sur les territoires faisant l'objet d'un CUCS » dont ils constitueront le volet « citoyenneté et prévention de la délinquance ».

Les dispositifs territoriaux de prévention et de lutte contre la délinquance sont le Conseil départemental de prévention de la délinquance et les Conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance.

Le **Conseil départemental de prévention de la délinquance** est présidé par le Préfet, et dont les vice-présidents sont le Président du Conseil général et le Procureur de la République, regroupe les principaux acteurs locaux dans différents collèges : collectivités territoriales, administrations, associations et organismes socioprofessionnels.

Il met en oeuvre un plan départemental de prévention de la délinquance, dont le volet « lutte contre les drogues et les toxicomanies » correspond au plan départemental de la MILDT. ⁶

⁶ **Décret n°2006-665 du 7 juin 2006 relatif à la réduction du nombre et à la simplification de la composition de diverses commissions administratives.** Article 12 : « Le conseil départemental de prévention de la délinquance, d'aide aux victimes et de lutte contre la drogue, les dérives sectaires et les violences faites aux femmes concourt à la mise en oeuvre, dans le département, des politiques publiques dans ces domaines. Sa compétence inclut notamment la prévention des conduites d'addiction et la lutte contre l'insécurité routière et, plus généralement, contre les violences et incivilités de toute nature »

En région Provence – Alpes - Côte d'Azur

Près de 70 référents CLS /CLSPD, chefs de projet ou chargés de mission politique de la Ville de la région PACA ont été interrogés sur leur connaissance du phénomène « addictions », sa prise en charge en terme de prévention et de lutte contre l'insécurité sur leur territoire.

Seuls 16 d'entre eux ont répondu (soit 23%).

La très grande majorité des répondants s'accorde à dire qu'elle n'a pas de connaissance objective du phénomène. Seuls 8 professionnels avancent des informations qu'ils considèrent plutôt comme le reflet d'un ressenti partagé.

Pour eux, les consommations de drogues sont en constante augmentation, notamment s'agissant de l'alcool et des ivresses, du cannabis et de la cocaïne. Le trait le plus marquant est le rajeunissement des consommateurs (expérimentations précoces) et de façon moindre leur féminisation. Les usages réguliers apparaissent plus nombreux.

Ces consommations sont visibles dans l'espace public particulièrement aux abords des établissements scolaires, aux pieds des immeubles, dans les parcs ou tout autre lieu de rassemblement des jeunes.

Si elles sont toujours concentrées en soirée, les week-end et durant les vacances scolaires, elles semblent en augmentation la journée et en semaine. Les troubles générés par ces conduites sont essentiellement le sentiment d'insécurité et le tapage, les problèmes de délinquance ou de violence dans une moindre mesure.

Le profil des consommateurs reste majoritairement masculin mais la proportion des femmes consommatrices augmente. Si les jeunes sont les consommateurs les plus « repérés » notamment pour leurs usages en groupe, toutes les tranches d'âges sont concernées par l'usage de drogues.

Rares sont les CLS/CLSPD qui portent des actions spécifiques de prévention des addictions.

Ceux qui le font en l'absence d'autres dispositifs pertinents pour porter des initiatives en la matière, orientent leurs actions vers le maintien de la tranquillité publique. D'autres soutiennent les associations spécialisées, les CESC des établissements scolaires et les dispositifs « jeunes » (PAEJ, mission locale) quand ils existent sur leur territoire. Les actions d'information et de sensibilisation (notamment en milieu scolaire) et la prise en charge individuelle sont privilégiées. Le travail en réseau ou la formation des acteurs locaux ne sont cités qu'une fois.

3.7. La sécurité routière (plans départementaux d'action en sécurité routière)

La mise en œuvre de la politique locale de sécurité routière par l'État est placée sous la responsabilité du Préfet de chaque département. Celui-ci s'appuie sur un Chef de Projet Sécurité Routière et sur un Coordinateur Sécurité Routière, situé à la Préfecture ou à la Direction Départementale de l'Équipement.

Des correspondants sécurité routière sont désignés dans chaque administration de l'État. Ils veillent à la prise en charge de la sécurité routière dans tous ses champs de compétences et la représentent au Pôle de Compétences État sur la sécurité routière. Ce Pôle est réuni régulièrement par le chef de projet Sécurité Routière pour préparer, mettre en œuvre et suivre la politique de l'État dans le département.

Les **collectivités territoriales sont des acteurs importants en matière de sécurité routière**. Elles agissent sur leur territoire départemental (Conseil Général) ou communal (Communes et regroupements de communes), en fonction de leurs compétences spécifiques. Les régions peuvent aussi, en sécurité routière, s'impliquer dans le cadre des infrastructures, de la formation professionnelle et de l'aménagement du territoire.

Les structures de concertation :

La sécurité routière s'inscrit dans le cadre des dispositifs territoriaux de prévention et de lutte contre la délinquance : le Conseil départemental de prévention de la délinquance, le

Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance, la Conférence départementale de sécurité.

Le Conseil départemental de prévention de la délinquance encourage les initiatives locales, valide le Document Général d'Orientations (DGO) et le Plan Départemental d'Actions de Sécurité Routière (PDASR), et évalue les résultats obtenus.

La Conférence départementale de sécurité, placée sous l'autorité du Préfet et celle du Procureur de la République, coordonne l'action des services de l'État dans la lutte contre l'insécurité routière.

La concertation entre la préfecture et les collectivités territoriales peut trouver sa concrétisation par la signature de contrats d'actions, portant sur un ou plusieurs enjeux retenus dans le département, et dans le cadre des actions inscrites au PDASR.

Un **Document Général d'Orientations** (DGO) permet à la Préfecture, au Conseil Général, aux principales communes et groupements de communes, dans le cadre d'une démarche partenariale de définir et d'afficher les axes de la politique de sécurité routière qu'ils mettront en œuvre, ensemble ou séparément, au cours des cinq prochaines années (2004 - 2008).

En région Provence Alpes côte d'azur

La mise en œuvre de cette politique se fait dans le cadre des **Plans Départementaux d'Actions de Sécurité Routière (PDASR)**.

Le PDASR comporte trois grands domaines d'intervention : les infrastructures routières, l'éducation - la formation - la prévention - la communication, et enfin le contrôle et les sanctions.

Des crédits sont mis à disposition des Préfets pour le financement des actions qu'ils proposent et pour soutenir certaines actions des partenaires, notamment des associations. D'autres partenaires comme les collectivités territoriales ou des acteurs locaux participent au financement des actions du PDASR.

Le nouveau programme de mobilisation « Agir pour la sécurité routière » lancé en octobre 2004 et remplaçant le programme REAGIR, propose aux acteurs locaux de s'impliquer dans des opérations de prévention définies par chaque préfecture ou les collectivités territoriales. L'animation du programme est assurée par la préfecture, et notamment le coordinateur sécurité routière.

Un volet spécifique du programme de mobilisation concerne les jeunes (14-28 ans). Pour mener à bien leur projet, ils peuvent déposer un projet Label vie à la préfecture, avec le soutien d'une association. Ils peuvent bénéficier d'une dotation allant jusqu'à 800 euros pour sa réalisation.

Des **maisons de la sécurité routière** se mettent progressivement en place dans les départements, dans le cadre de partenariats locaux, notamment entre les préfectures et les collectivités territoriales. Elles ont pour objectifs d'assurer l'accueil des victimes et de leurs familles, d'informer les citoyens, de mettre à disposition des ressources pour l'action locale et enfin d'être un lieu d'échanges entre bénévoles, associations, institutionnels et professionnels.

3.8. La Prévention du dopage et des conduites à risque dans le sport. ⁷

Concernant la prévention du dopage et des conduites à risque dans le sport, la politique nationale et les objectifs régionaux sont définis par l'instruction n°JS 04-201 du 16 décembre 2004 : accroître l'efficacité de la lutte contre le dopage et harmoniser les pratiques et réglementations en matière de lutte contre le dopage, mieux faire connaître l'existence et les missions des Antennes Médicales de Prévention du Dopage (AMPD) et les intégrer dans les réseaux régionaux de prévention et d'éducation à la santé.

L'instruction n°JS 07-057 précise les missions des médecins conseillers régionaux concernant le dopage : « il coordonne, développe et soutient, au plan régional, les actions relatives à la prévention des conduites dopantes, en lien avec les différents partenaires et avec l'Antenne Médicale de Prévention du Dopage » et les jeunes : « il est associé aux actions de prévention en direction de la jeunesse au plan régional, notamment en participant et apportant son soutien, en lien avec la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies, aux actions relatives à la prévention des conduites addictives chez les jeunes ».

Dans le cadre de la protection de la santé des sportifs toutes les orientations de prévention réclament une méthodologie adaptée aux sportifs et à l'hétérogénéité des pratiques sportives. Les messages de prévention ciblent en priorité les sportifs mais leur encadrement doit toujours être associé. Il s'agit là de personnes relais essentielles qui assureront la pérennité de l'éducation à la santé et de la dissuasion face aux pratiques à risques ou aux conduites dopantes.

Ainsi un excellent message global de prévention concernant les différents publics à cibler pourrait être le suivant :

- Sensibiliser et protéger les enfants
- Eduquer et responsabiliser l'ensemble des pratiquants sportifs et notamment les adolescents
- Former l'encadrement (éducateurs, entraîneurs, dirigeants, enseignants, parents) à travers les différentes formations initiales et continues mises en place dans le sport
- Motiver et informer les professionnels de santé (médecins, kinésithérapeutes, infirmières, psychologues)

En Région Provence Alpes côte d'Azur

❖ Partenaires

- Les Antennes Médicales de Prévention du Dopage de Marseille et de Nice
- Le Numéro Vert Ecoute Dopage
- Le CIRDD PACA
- Les Centres de Médecine du Sport associatifs, municipaux et hospitaliers
- Les médecins préleveurs
- Les équipes médicales et paramédicales des CREPS et des pôles
- Les commissions médicales des ligues, des Comités Régionaux Olympiques et Sportifs (CROS)
- L'Association Régionale des Psychologues du Sport (ARPS-PACA)

⁷ Bilan d'activité 2007- Dr Jacques PRUVOST - Médecin conseiller du Directeur Régional Jeunesse et Sports PACA

- Les facultés de médecine de Marseille et de Nice et les facultés des sciences du sport de Marseille, Nice et Toulon
- Les services sport et les services santé des collectivités locales

❖ Outils

- Un outil régional de prévention et d'information, la revue : « Performance et santé »
- La lettre de la protection de la santé des sportifs en région PACA est éditée à 5000 exemplaires et diffusée par téléchargement sur différents sites institutionnels et associatifs. Le premier numéro de 2007 a été entièrement construit pour faire comprendre aux sportifs et à leur encadrement les nombreuses modifications au plan national et international concernant les dispositifs préventifs et répressifs dans le cadre de la lutte contre le dopage et la protection de la santé des sportifs.
- Une carte « sport, performance, santé : contacts utiles » regroupant les coordonnées et les sites Internet des différentes structures proposant un soutien pour les sportifs dans le cadre des addictions, du dopage ou des conduites à risque.

❖ Actions

- Les actions mises en place par les antennes médicales de prévention du dopage
- Les actions subventionnées par la DRJS et mises en place par les partenaires fédéraux ou institutionnels. Il s'agit d'actions d'éducation à la santé en regard des jeunes sportifs (ligue côte d'azur de tennis de table, CODES 05, CREPS PACA), d'action d'information et de formation auprès de l'encadrement sportif (Centre Médico-Sportif de Salon de Provence, ligue Provence d'Athlétisme), d'actions de protection de la santé des sportifs par un suivi médical régulier sur un public à risque (Club de lutte de Nice), de formation de médecin préleveurs et de l'encadrement médical des sportifs (Association Médecine du sport du Comtat Venaissin), de soutien à l'Association des Psychologues du Sport (accompagnement psychologique et prévention de la violence et des conduites dopantes), de soutien aux pôles et aux CREPS pour que les sportifs intensifs puissent bénéficier d'une présence ou d'un recours aux professionnels de santé en cas de conduites à risque.
- Les différentes interventions du médecin conseiller concernant la prévention des conduites dopantes et l'éducation pour la santé montrent que les demandes d'intervention peuvent venir de structures très différentes : collectivités locales, faculté de médecine et faculté des sciences du sport, CTS, DDJS, clubs sportifs, écoles de kinésithérapie ou ostéopathie, etc. ; que les thèmes abordés sont en priorité la prévention des blessures, la lutte contre le dopage, l'éducation à la santé par les APS ; que les publics sont très différents : sportifs, éducateurs sportifs, parents, professionnels de santé, tout public.
- Formations et enseignement. Outre les formations mises en place pour les éducateurs sportifs (BEES, BEESAN), ce secteur se développe beaucoup avec un soutien et une participation régulières aux différents enseignements mis en place par les facultés de Médecine et de Science du Sport concernant le dopage (réglementation, prévention, lutte) : ITEM 111 (étudiants de sixième année de médecine) ; Capacité de médecine du sport ; Attestation d'Etudes « aptitude aux sports et dépistage des conduites ; Master santé à Marseille et à Nice ; écoles de Kinésithérapeutes, Ostéopathes, Infirmières.

❖ Recherche et développement

- Une étude épidémiologique longitudinale a été mise en place en 2006 et 2007 avec le soutien méthodologique de l'Observatoire Régional de la Santé sur différents pôles de la région PACA pour mieux connaître l'incidence des blessures et troubles psychosociaux dans le sport de haut niveau. Les premiers résultats montrent qu'un grand nombre de sportifs intensifs ont des risques de dépendance à l'alcool. De ce fait, des actions d'information et de prévention ciblées sur l'alcool seront mises en place en 2008.

3.9. L'action de prévention des addictions des collectivités territoriales

Les collectivités locales et territoriales n'ont pas de compétence directe dans le champ des addictions, qui relèvent de l'action de l'Etat. L'offre de soins aux usagers de drogues est une alternative aux poursuites judiciaires et est inscrit dans la loi du 31 décembre 1970.

Cette compétence concerne le soin des addictions et la prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues dans des structures hospitalières ou médico sociales, qui relèvent des budgets de l'Etat et de l'Assurance Maladie.

Par contre, dans le champ de la prévention et de la réduction des risques, les prises de responsabilité politique sont nombreuses, mais mises en œuvre dans les départements et villes de la Région avec une grande diversité

Du fait qu'ils financent nombre d'actions, ils apparaissent dans le dispositif régional comme décideurs ou codécideurs d'actions de prévention.

❖ Le Conseil régional

La collectivité régionale s'est engagée sur des actions de prévention des addictions dans le cadre de sa politique vis-à-vis des jeunes, en particulier ceux qui relèvent de son champ de compétence : les lycéens, les apprentis, les jeunes en insertion suivis par les missions locales, les étudiants,... de manière plus générale les jeunes en difficulté sociale ou vivant dans des territoires moins pourvus en dispositifs d'écoute, d'aide, d'animation,... Les usages de drogues étant la conséquence de difficultés dans les parcours de vie des jeunes, la Région s'engage pour informer les jeunes et améliorer leurs conditions de vie pour diminuer ainsi les facteurs de risques présents.

Dans le contrat de Projet Etat Région Provence-Alpes Côte d'Azur 2007 - 2013, chapitre IV.2.5. , intitulé « Santé publique et renforcement de la cohésion sociale », le Conseil régional indique son implication dans la question des addictions chez les jeunes.

L'action 2 qui s'intitule « Actions de santé et centres de ressources dans le domaine de la santé » prévoit trois axes d'intervention privilégiés :

1. Les actions relatives à l'accès à la prévention et aux soins des publics précaires
2. Les actions relatives à la promotion de la santé des jeunes
3. La lutte contre le sida et les risques liés à une sexualité non protégée.

En 2007, le service solidarités, santé, prévention de la Région Provence Alpes Côte d'Azur a soutenu 7 associations, venant en appui d'un réseau de santé, d'un CAARUD et de cinq programmes de prévention, et contribue également au financement d'actions de prévention santé globale des PAEJ et ESJ.

En 2008, un appel à projet a été proposé par ce même service, sur la prévention des addictions, qui vise à l'information, la prévention et l'éducation pour la santé et concerne en particulier les jeunes entre 15 et 25 ans qui relèvent des compétences de la Région en

matière d'éducation, de formation, d'apprentissage, accordant une priorité aux jeunes en situation de précarité.

❖ **Les Conseils généraux et les villes**

Les collectivités locales, villes et conseils généraux, interviennent à plusieurs titres dans la prévention des addictions.

Les conseils généraux sont engagés tout d'abord au titre de leur champ de compétence sur la protection de l'enfance et la protection maternelle et infantile. Cette mission leur permet :

- En matière de santé et santé mentale : développer diverses actions au titre de la protection, des enfants et des mères (comme la prévention ou suivi des usagères de drogues lors de la grossesse) de la prise en charge en PMI, en CMPP, ...
- En matière de dépistage et de prévention sanitaire : favoriser la prophylaxie des IST, du VIH et du VHB-C, en particulier chez les usagers de drogues, à partir des centres d'information et de dépistage anonymes et gratuits
- En matière de protection de l'enfance : action de la prévention spécialisée,...
- Dans le cadre des actions destinées aux collégiens.

Les Bouches du Rhône ont inscrit leurs actions dans le cadre d'un schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance et de l'adolescence.

Les conseils généraux agissent également, en tant que partenaires des plans de l'Etat dans différents dispositifs mettant en œuvre des actions de prévention des addictions : Politique de la Ville, comités départementaux de pilotage MILDT, conseils départementaux de sécurité et Conseils départementaux de prévention de la délinquance... Les Alpes Maritimes consacrent ainsi des moyens très conséquents à l'accompagnement des programmes d'information, de prévention des addictions et de soutien à la mise en réseau des acteurs locaux dans le département, en cohérence avec le plan et le dispositif MILDT.

Des villes sont également engagées dans les dispositifs partenariaux avec l'Etat, le GRSP,... et par leurs financements, contribuent à la mise en œuvre des actions locales.

Une des villes les plus engagées, et ceci depuis des années, sur la thématique de la prévention des addictions est la Ville de Marseille. La commune, hors compétence obligatoire, a développé une politique basée sur trois principes: le respect de l'intégrité et de la dignité des personnes, la nécessaire solidarité, et la globalité de la politique à mener.

Celle-ci se construit autour de deux axes prioritaires :

1. La prévention et la réduction des risques liés aux usages de drogues
2. L'accès aux droits (aux soins bien sûr, mais aussi au logement, à l'insertion professionnelle etc...)

Sa mise en œuvre s'appuie sur la création d'une Mission Sida Toxicomanie, désormais élargie à la Prévention des conduites à risques et l'ouverture d'une ligne de crédits spécifique de 3,5 millions de francs par an dont 2 à 2,5 millions consacrés à l'attribution de subventions aux associations pour des actions particulières. La Mission est intégrée à la Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille, celle-ci a su mettre en œuvre une politique urbaine exemplaire concernant :

- Les usages de drogues et leurs conséquences sanitaires et sociales (pilotage avec l'Etat d'un dispositif de distribution et de récupération de matériel d'injection, d'un travail de rue territorialisé, puis co-animation d'un comité de pilotage d'un programme de développement des actions de réduction des risques)

- Egalement le champ de la prévention des conduites à risques, dès le plus jeune âge, en lien avec les dispositifs locaux de développement sanitaire, social et éducatif.

4. Projets de prévention des addictions : les programmes MILDT et PRSP - année 2007

L'activité de prévention des conduites addictives est essentiellement organisée et financée aux niveaux régional et départemental à partir de deux dispositifs distincts : le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) et les Plans Départementaux MILDT.

L'état des lieux des actions de prévention en région Provence Alpes Côte d'Azur, présenté ci-dessous, vise d'une part, à décrire l'offre existante, en dénombrant, localisant et qualifiant ces actions dans leur ensemble, et d'autre part, à mettre en évidence d'éventuelles différences entre les deux programmes.

4.1. Le PRSP

Le PRSP 2005-2009 de la région Provence Alpes Côte d'Azur se donne comme finalités d'« améliorer l'état de santé de la population et [de] lutter contre la mortalité prématurée évitable ». A cette fin, trois axes de travail ont été retenus :

- « développer la prévention vis-à-vis des maladies qui y sont accessibles,
- Développer la prévention des incapacités,
- Réduire les inégalités d'accès à la prévention et aux soins d'ordres géographique, social, culturel et économique ».

La question des conduites addictives et des consommations de produits psychoactifs est prise en compte par le PRSP, qui se donne pour objectif d'agir dans trois directions :

- D'une part, retarder (voire décourager) l'expérimentation des produits chez les non consommateurs ;
- D'autre part, prévenir les consommations excessives chez les consommateurs, en protégeant notamment les plus vulnérables ;
- Et enfin, réduire les dommages sanitaires dus ou associés à la consommation chez les usagers dépendants.

La problématique de l'addiction et de la consommation de produits psychoactifs est intégrée à plusieurs programmes du PRSP :

- Le programme 4 (réduction des conduites addictives et diminution des consommations excessives) lui est entièrement consacré
- Le programme 2, objectif 8, concernant l'environnement au travail, vise à prévenir les risques liés au tabagisme
- Le programme 14 (dépistage et suivi du VIH et des IST) invite, par son objectif 1, à l'adaptation de la prévention du VIH et des IST aux personnes usagères de drogue par voie intraveineuse
- Le programme 15, concernant les hépatites B et C, propose d'une part dans son objectif 2 de faire diminuer les contaminations par le VHC chez les personnes utilisant une drogue injectable ou non, et d'autre part, dans son objectif 5, de modifier les modalités de dépistage de l'hépatite C chez les usagers de drogue

- Le programme 16, qui concerne l'éducation à la santé et la santé scolaire, prend en compte, dans son objectif 6, la prévention aux conduites addictives en milieu scolaire.

Dans la mesure où le programme 2 n'a pas été financé durant la période étudiée et que les programmes 14 et 15 ciblent des populations restreintes⁸, c'est dans le cadre des programmes 16 (objectif 6) et 4 que le plus grand nombre d'actions de prévention ont été financées en 2007. C'est pourquoi les programmes 14 et 15 n'ont pas fait l'objet d'une analyse dans le cadre de ce travail : **seuls les projets financés au titre des programmes 4 et 16 (objectif 6) sont traités dans ce chapitre**. Les 15 actions dites « structurantes » du PRSP 4 sont incluses dans l'analyse, puisque financées depuis 2006 sur cette enveloppe.

4.2. Le programme MILDT

Les actions MILDT répondent à des appels d'offres annuels adressés par les chefs de projet en Préfecture aux acteurs locaux. Cet appel à projets décline un Plan Départemental interministériel, intégrant plusieurs volets (prévention, soins, rappel à la loi...), et qui est une traduction locale des orientations nationales. La MILDT attribue chaque année des crédits aux chefs de projet départementaux selon deux critères : la nature et l'importance du phénomène des drogues au plan local, et les résultats obtenus par le Plan.

Les actions locales sont présentées et validées en comité de pilotage départemental interministériel, présidé par le chef de projet départemental MILDT (sont généralement présents des représentants de la Justice, l'Inspection académique, DDJS, DDASS, Police nationale, Gendarmerie nationale), auquel participent, dans certains départements, des représentants des collectivités territoriales voire même des opérateurs.

La grande majorité des actions financées par la MILDT relève de la prévention des addictions.

4.3. Les actions de prévention financées en 2007 au titre du PRSP et de la MILDT

En 2007, 233 projets de prévention ont été financés par les deux programmes, pour un montant total de 2 652 789 €.

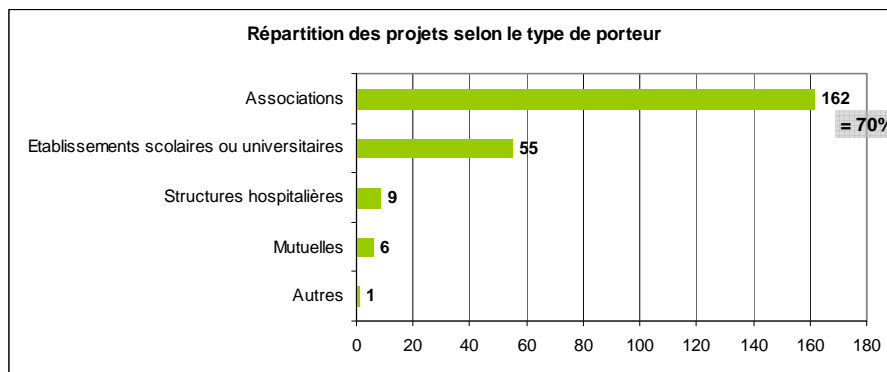
2007	Nombre de projets	Financements accordés
MILDT	138	1 082 446 €
PRSP	95	1 570 343 €
Dont programme 4	68	
programme 16, obj.6	27	

La description des actions, présentée ci-après, porte sur les 233 actions financées dans le cadre des deux programmes. Les différences entre les deux programmes seront mises en évidence à chaque fois qu'elles sont significatives.

⁸ Concernant les addictions, nous avons repéré : 8 actions financées par le programme 15 et 16 actions financées par le programme 14. Ces financements sont attribués à des réseaux ville hôpital et à des opérateurs de la réduction des risques.

5. Les porteurs de projets : la prédominance des associations

Sur les 233 projets de prévention financés en 2007, **162 sont portés par des associations, soit 70%**.



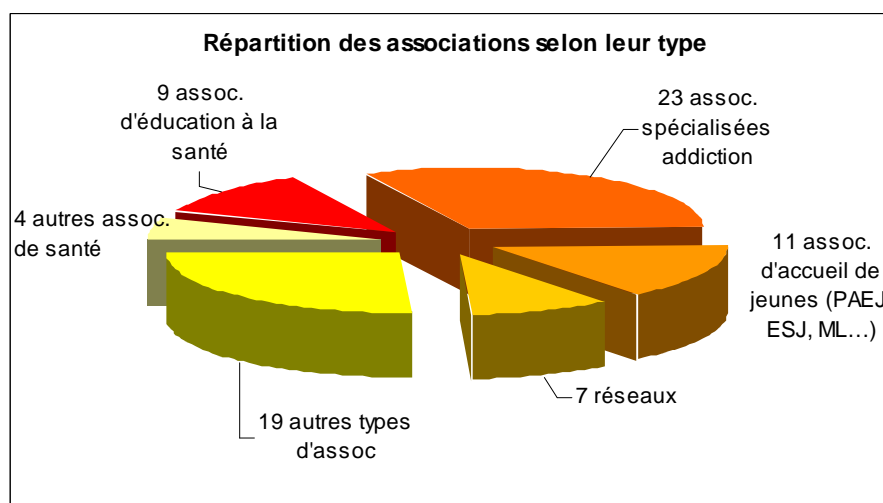
Si les associations représentent 85% des projets financés au titre du PRSP, ce taux tombe à 60% dans le programme MILDT, celui-ci finançant davantage les établissements scolaires (qui représentent plus du tiers, 36%, des projets financés dans ce cadre).

5.1. Une majorité d'associations spécialisées dans le champ de la santé

Les 162 projets associatifs du PRSP et de la MILDT sont portés par **73 associations différentes**. Dans leur grande majorité (52/73), elles ne portent qu'un ou deux projets. 21 portent trois projets ou plus. Au total, 11 associations portent 79 projets, soit plus de 40% des projets associatifs.

Par ailleurs, 22 de ces associations portent des projets dans les deux programmes, 22 ne portent que des projets MILDT et 29 ne portent que des projets PRSP.

Les associations spécialisées dans le champ des addictions sont les premiers opérateurs associatifs de la prévention des addictions : certaines d'entre elles sont gestionnaires de structures médico-sociales (CSST, CCAA ou CAARUD), d'autres sont des réseaux. Viennent ensuite les associations qui accueillent des jeunes et enfin les associations d'éducation à la santé, qu'elles soient généralistes ou qu'elles ciblent les jeunes.



Parmi les 19 « autres types d'associations », on trouve des associations de prévention spécialisées (qui interviennent sous mandat de justice ou qui font des accompagnements

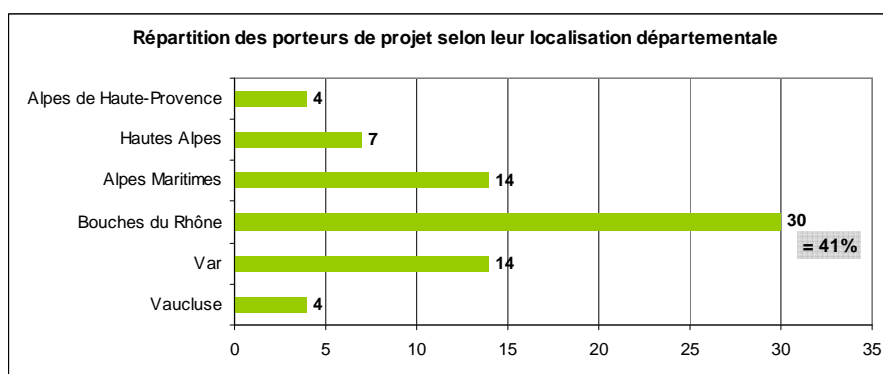
éducatifs), des compagnies de théâtre, des associations d'insertion pour du public en grande difficulté, des associations de développement économique (travail autour des saisonniers ou des apprentis)...

On observe quelques différences dans les types d'associations financées selon les programmes :

- Seul le PRSP finance des réseaux,
- Le PRSP finance davantage d'associations spécialisées dans le champ des addictions ou des associations qui accueillent du public jeune,
- La MILDT finance davantage d'associations généralistes dans le champ de la santé.

5.2. Des associations financées dans chaque département de la région

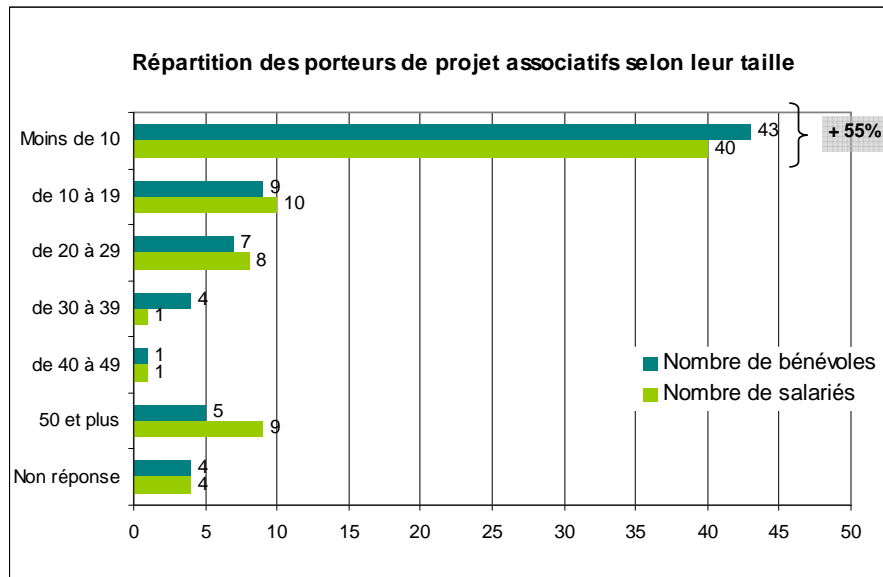
Dans chaque département, des associations sont financées au titre des programmes MILDT ou PRSP. Evidemment, plus les départements sont peuplés, plus il y a d'associations financées et l'on observe que les rapports sont plutôt équilibrés. Ainsi, environ 40% des associations financées sont situées dans le département des Bouches du Rhône (qui représente également 40% de la population régionale). 20% des associations sont localisées dans le département des Alpes Maritimes et autant dans le Var (soit l'équivalent de leur poids de population en région).



On remarquera que dans le département du Var, les associations financées le sont surtout au titre du PRSP (qui soutient 12 associations sur 14). Dans une moindre mesure, 3 associations sur 4 financées dans le département des Alpes de Haute Provence le sont au titre de la MILDT.

5.3. Des associations de petite taille

Au regard de leur nombre de salariés, de bénévoles et de leur masse salariale, les associations financées sont plutôt des petites structures : **plus de la moitié d'entre elles déclare moins de 10 salariés et moins de 10 bénévoles.**



On n'observe pas de différences significatives entre les deux programmes quant à la taille des associations financées.

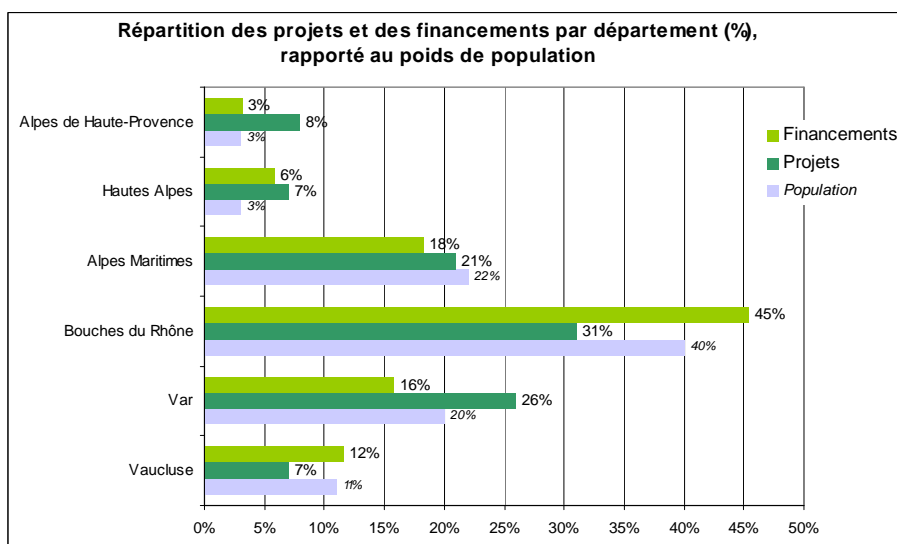
6. Description des projets financés

6.1. Inscription territoriale : une couverture plutôt bonne du territoire régional

Les analyses présentées ci-dessous proposent une entrée par territoire (département, territoire de santé...) Les projets qui concernent plusieurs territoires sont ainsi comptés plusieurs fois (le total est donc supérieur à 233).

6.1.1. Analyse par département

Tous les départements de la région sont couverts par des actions de prévention, comme le montre le graphique suivant :



Lecture du graphique : 31% des projets financés par la MILDT ou le PRSP dans la région se déroulent dans le département des Bouches du Rhône, mais ils représentent 45% du total des financements. En comparaison, 40% de la population régionale y réside⁹.

Quelques observations peuvent néanmoins nuancer cette première affirmation :

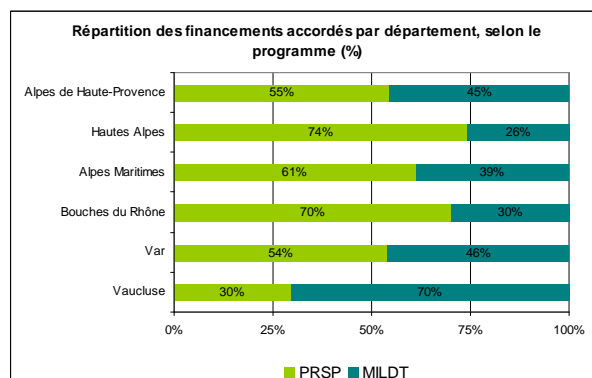
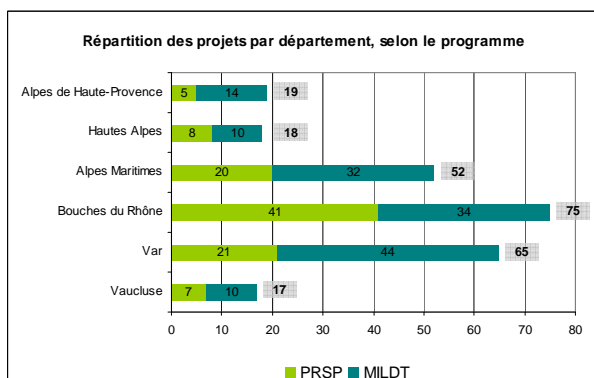
- Le département des Hautes-Alpes est le seul dont le « poids » en termes de prévention (que ce soit en part d'actions ou en part de financements accordés) est nettement supérieur à son poids en termes de population à l'échelle de la région. Le département des Alpes Maritimes présente une situation opposée (même si les écarts sont moins prononcés). Dans les autres départements, les rapports sont plus équilibrés
- Certains départements, comme les Alpes de Haute Provence et surtout le Var, se caractérisent par de nombreuses actions qui mobilisent peu de financements (en proportion) ; d'autres, comme les Bouches du Rhône ou encore le Vaucluse, se caractérisent par la situation inverse. Ceci est à mettre en lien avec des pratiques différentes d'un département à l'autre : dans le Var par exemple¹⁰, les établissements scolaires eux-mêmes sont porteurs des projets, alors que dans les Bouches du Rhône, les projets sont plutôt portés par des associations qui interviennent sur plusieurs établissements (remarquons qu'un seul établissement scolaire est porteur de projet dans ce département)

L'analyse par programme montre que la MILDT finance davantage d'actions que le PRSP, mais ce dernier apporte davantage de financements. Néanmoins, on remarquera que :

- Dans le Vaucluse, la MILDT représente 70% de l'ensemble des financements accordés,
- Dans les Bouches du Rhône, le PRSP est prédominant, que ce soit en nombre d'actions qu'en part de financement.

⁹ Population : source INSEE 2006.

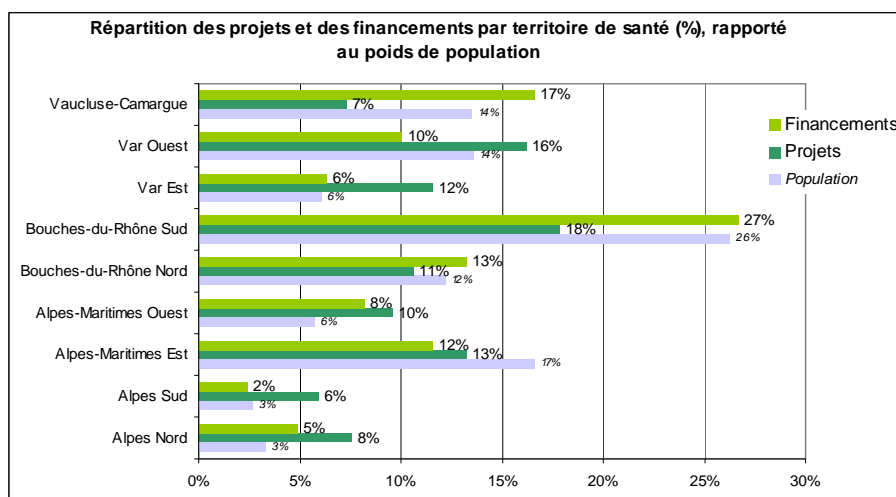
¹⁰ Comme dans les Alpes Maritimes



6.1.2. Analyse par territoire de santé

Le territoire de santé est le découpage géographique pertinent dans le champ de la santé publique : il correspond à une zone fonctionnelle de l'organisation des soins¹¹.

La déclinaison de l'activité de prévention (MILDT + PRSP) par territoire de santé fait apparaître la situation suivante :

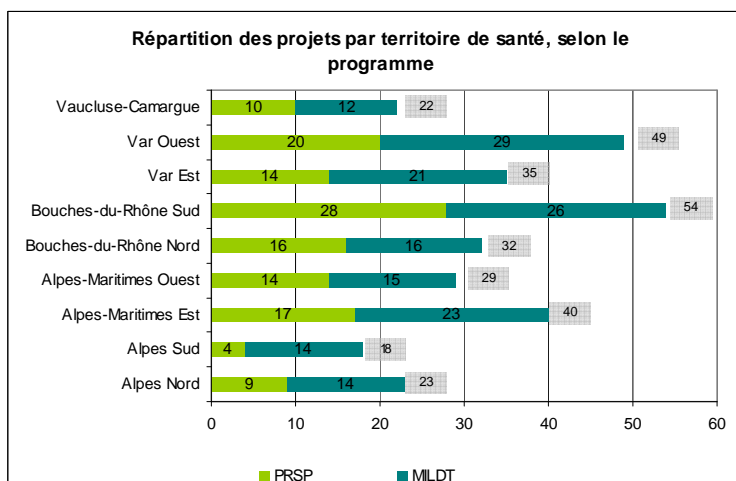


Le découpage par territoire de santé donne une lecture plus fine qu'à l'échelle départementale. Si l'ensemble de ces zones est couvert par des actions de prévention des addictions, des différences sensibles sont observables :

- Les Alpes-Maritimes Est apparaissent être le territoire le moins bien couvert, eu égard à son poids de population ; Var Ouest est dans une situation proche (même si le nombre d'actions s'y déroulant est comparativement plus élevé)
- Au contraire, les Alpes-Maritimes Ouest et Vaucluse-Camargue sont dans une situation plus favorable.

Dans les autres territoires de santé, soit la majorité, les rapports actions de prévention / population sont plutôt équilibrés.

¹¹ Il remplace le « secteur sanitaire ».



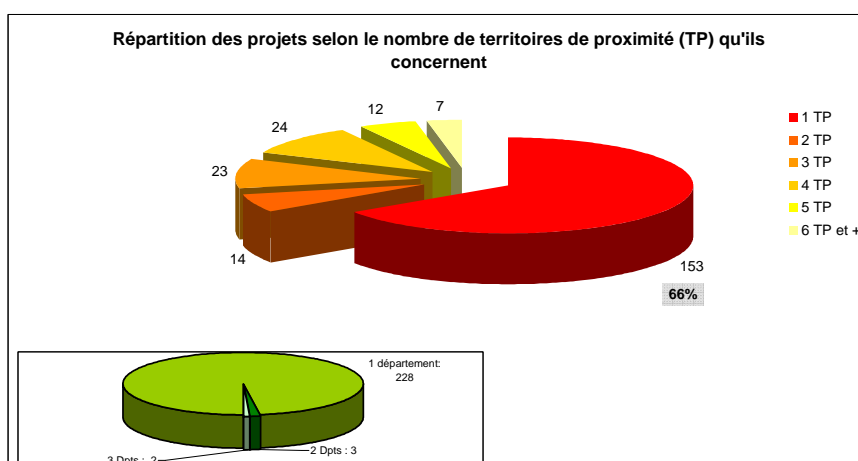
Les territoires alpins, ainsi que Var Est et Ouest dans une moindre mesure, présentent davantage de projets MILDT que PRSP.

6.2. Des projets très localisés

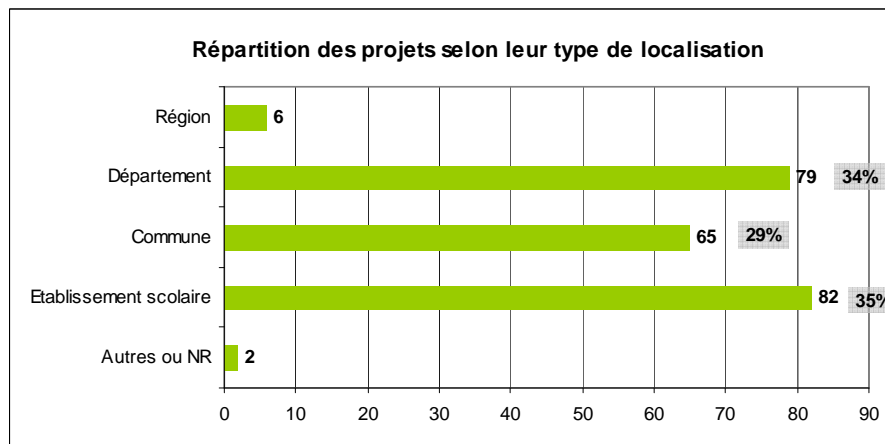
6.2.1. En termes de territoire de couverture

La quasi-totalité des projets de prévention (98%) se déroule sur un seul département. Rappelons que cette échelle est le territoire pertinent pour les crédits MILDT : il est donc logique que dans le cadre de ce programme, les projets s'inscrivent à l'intérieur de cet espace.

Par ailleurs, **les deux tiers des projets ne se déroulent que sur un seul « territoire de proximité »**, espace qui correspond au niveau des soins de premiers recours, celui de l'accès aux soins, impliquant le généraliste, l'infirmier et le pharmacien. Il y en a 25 dans la région PACA.



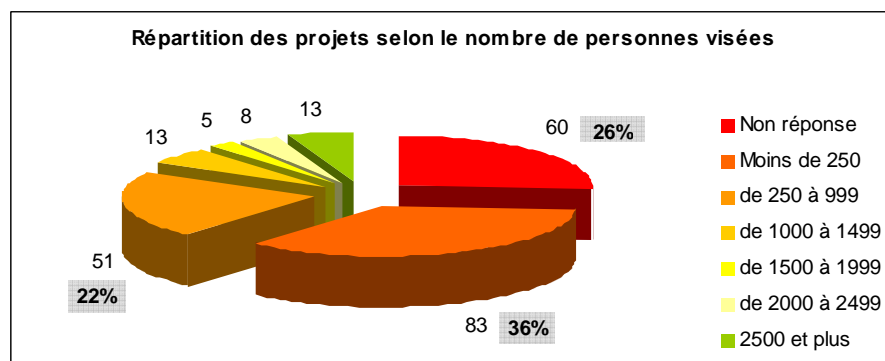
Une analyse plus fine montre que 35% des projets se situent à l'échelle d'un établissement scolaire et près de 30% à l'échelle d'une commune, soit encore une fois, environ les deux tiers des projets.



Le caractère très « local » des projets de prévention est à mettre en lien avec les types de porteurs, qui sont, comme on l'a montré précédemment, surtout des associations de petite taille, qui ont une intervention très ciblée (soit en termes de publics, soit en termes de territoires), ou des établissements scolaires.

6.2.2. En termes de populations visées

Plus du tiers des projets vise moins de 250 personnes (attention, un quart des structures n'a pas répondu à cette question).

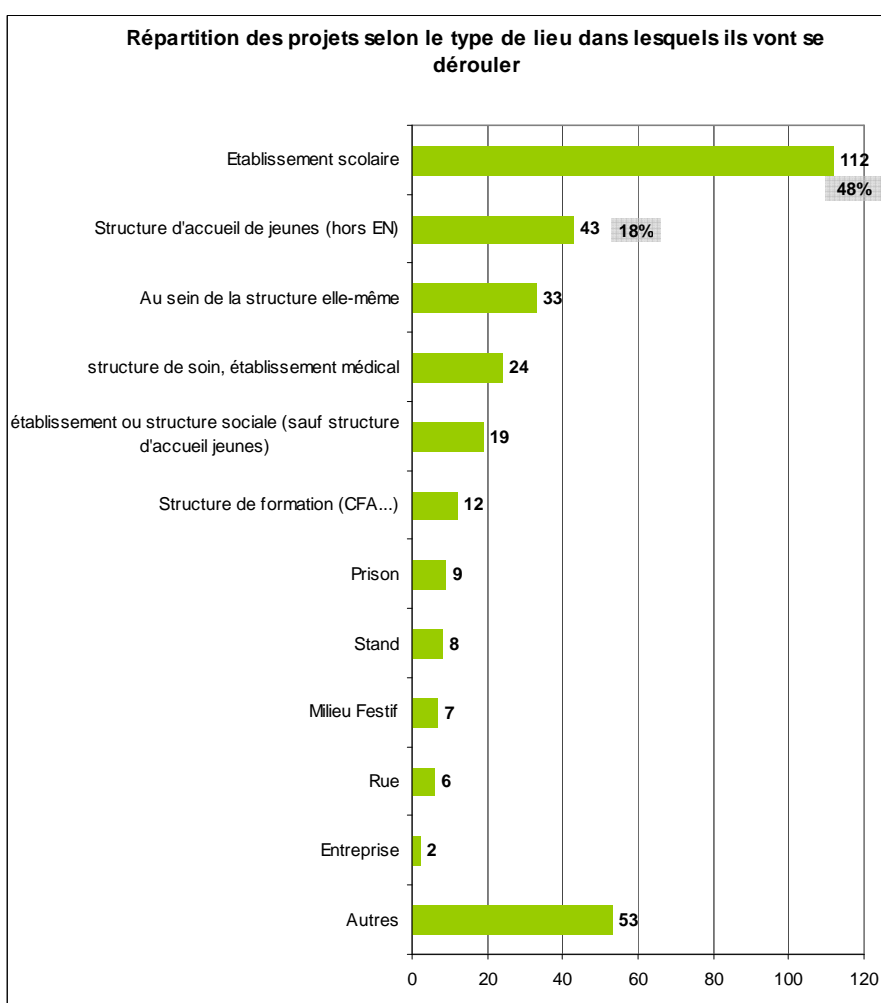


6.3. Une majorité de projets de prévention universelle

L'analyse des lieux de déroulement des actions ainsi que des types de publics visés montrent que la prévention au niveau régional :

- Vise principalement **les jeunes**, soit directement, soit indirectement par le biais des professionnels qui les ont en charge en temps scolaire ou extrascolaire ;
- S'adresse à **la population jeune dans son ensemble**, plutôt qu'à des publics spécifiques (jeunes fragilisés ou précarisés, consommateurs, jeunes en apprentissage...).

Les projets de prévention se déroulent préférentiellement dans des structures éducatives, établissements scolaires pour la moitié d'entre eux, mais également des équipements d'accueil (18%).



Très peu de projets proposent d'agir dans des lieux plus « spécialisés », comme les centres de formation, la rue, le milieu festif ou encore l'entreprise.

On observe que les projets MILDT concernent proportionnellement plus les établissements scolaires, beaucoup moins les structures de soins ou d'accueil des jeunes que le PRSP.

Quant au type de public visé, **outre les jeunes**, de moins de 16 ans ou de 16-25 ans, des adultes sont également identifiés par les actions de prévention : ce sont des **professionnels au contact du public jeune** : des personnels éducatifs, de l'action sociale ou de la santé.

Tout public	9 projets	
Jeunes moins de 16 ans	99 projets	
Ecoliers	10 projets	4%
Collégiens	74 projets	32%
moins de 16 ans	31 projets	13%
Jeunes 16-25 ans	107 projets	
Lycéens	68 projets	29%
Apprentis	10 projets	4%
Etudiants du supérieur	3 projets	1%
16-25 ans	42 projets	18%
Professionnels	79 projets	
Professionnels EN	36 projets	16%
Professionnels de l'éducation	23 projets	10%
Professionnels du champ des addictions	22 projets	9%
Professionnels de la santé	29 projets	12%
Professionnels institutionnels (service de l'état, collectivités....)	10 projets	4%
Professionnels du social	40 projets	17%
Professionnels de l'animation et sport	22 projets	9%
Autres professionnels	4 projets	2%
Publics spécifiques	36 projets	
Parents	21 projets	9%
Personnes incarcérées ou sous main de justice	22 projets	9%
Autres publics spécifiques (femmes enceintes, prostituées, homosexuels, etc.)	3 projets	1%
Publics précarisés	25 projets	
16-25 ans	22 projets	9%
Adultes	13 projets	6%
Usagers	27 projets	
Fumeurs	5 projets	2%
Usagers d'alcool	17 projets	7%
Usagers de drogue	14 projets	6%

On observe que **les actions de prévention en direction de publics spécifiques, de publics en situation de précarité ou encore des usagers de drogues sont beaucoup moins fréquentes.**

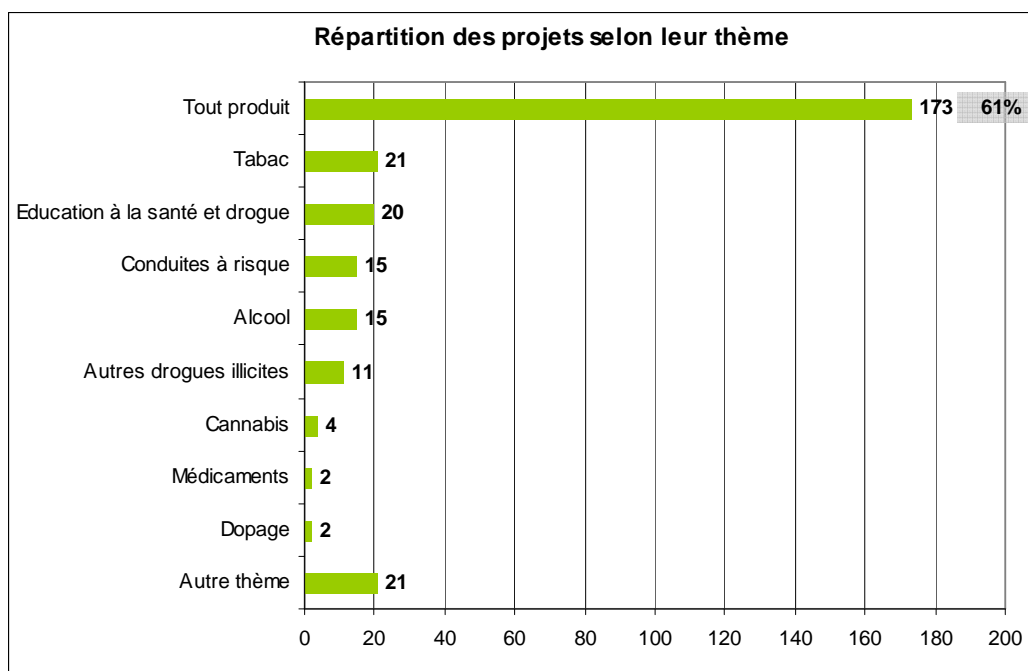
Une analyse par programme montre que :

- Le PRSP soutient davantage de projets en direction des publics précarisés (jeunes et adultes) et des usagers de drogues,
- La MILDT soutient davantage d'actions en milieu scolaire et en direction de personnes sous main de justice (à mettre en lien avec l'existence des Conventions d'Objectifs Justice / Santé dans chaque département).

6.4. Des projets qui privilégient les interventions de prévention des addictions

Le contenu des projets de prévention en région PACA témoigne de la prise en compte des politiques de prévention, qui privilégiaient auparavant des approches par produit, et qui se redéfinissent aujourd'hui autour des **conduites addictives**.

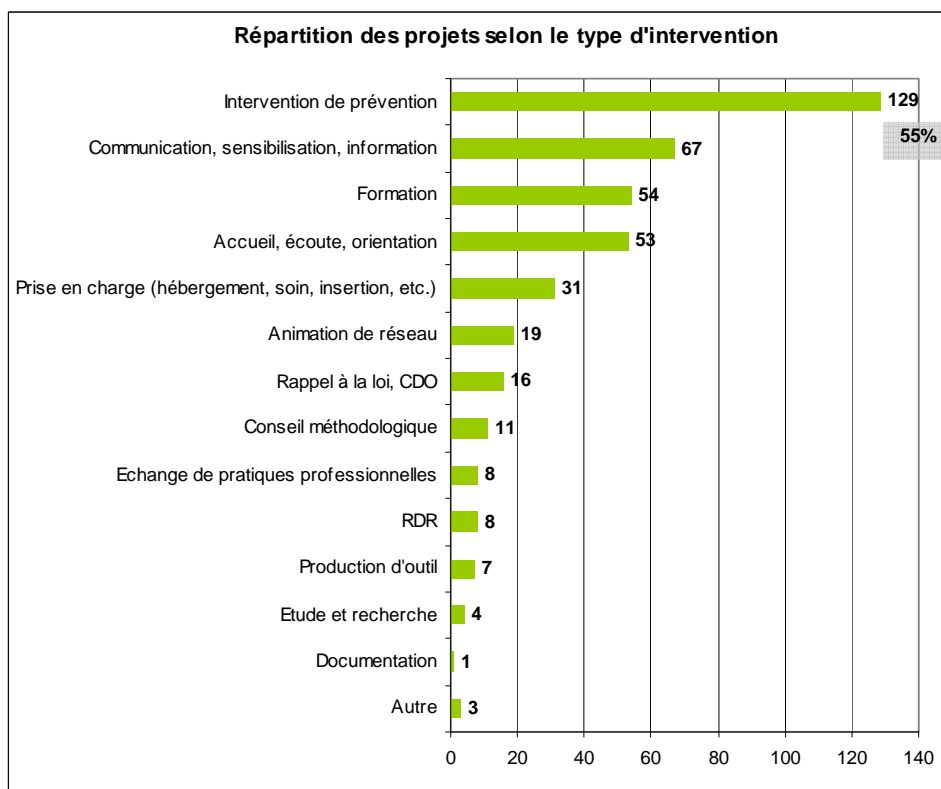
Ainsi, les projets proposent une approche généraliste des addictions, une minorité est en effet centrée sur un produit en particulier. Soulignons que l'on ne remarque aucun projet sur les addictions sans produit.



Il n'y a pas de différences significatives sur les thèmes des actions entre les programmes MILDT et PRSP.

Comme le montre le graphique suivant, le type d'intervention majeur est « l'intervention de prévention », qui concerne plus d'un projet sur deux. Puis viennent les actions de « communication, sensibilisation, information » (environ 30%) et de formation (25% environ). Il s'agit bien là d'une prévention de type « primaire », qui vise à empêcher ou retarder les premiers usages plutôt qu'à en limiter les conséquences,

Soulignons néanmoins qu'une part non négligeable des projets concerne également la prise en charge (plus de 1 sur 10). Au contraire, la réduction des risques est peu présente, les études et recherches encore moins.

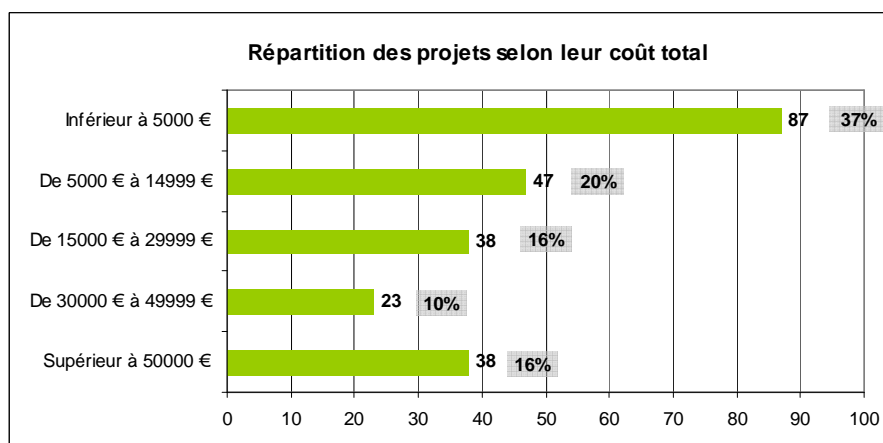


Les programmes MILDT et PRSP présentent des spécificités dans les types d'interventions soutenus :

- le PRSP finance proportionnellement plus d'actions de formation, d'accueil, écoute, orientation, de communication et sensibilisation, mais également de l'animation de réseaux, des actions de réduction des risques et de prise en charge ;
- la MILDT est davantage présente sur les actions de conseil méthodologique et de rappel à la loi (du fait des CDO).

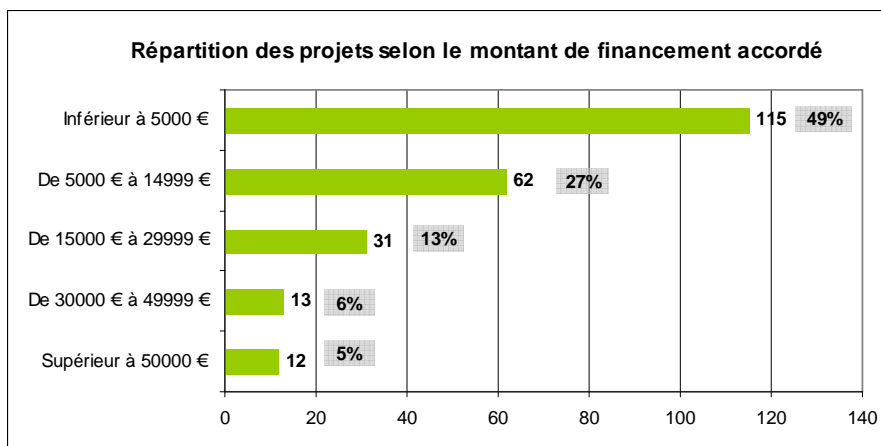
6.5. Montage et financement des projets

En moyenne, un projet d'action de prévention représente un budget total qui s'élève à 25 148 €. Pour autant, on repère une grande diversité dans les montants, comme en témoigne le graphique ci-dessous.



Signalons que 85% des projets font état d'un partenariat dans la mise en œuvre (pas de différence entre PRSP et MILDT).

Si l'on s'intéresse aux financements accordés dans le cadre des deux programmes, la subvention moyenne s'élève à 11 385 € pour chaque projet. En moyenne, chaque projet MILDT est financé à hauteur de 7 844 €, pour 16 530 € pour les projets PRSP. Néanmoins, on observe une grande diversité dans les montants accordés, la plus faible des subventions s'élevant à 120€, la plus importante à 99 675 €.



Les deux tiers des subventions MILDT s'élèvent à moins de 5 000€, contre seulement un quart pour le PRSP. Si l'on soustrait des financements MILDT tous les projets portés par les établissements scolaires (dont on sait qu'ils demandent peu de financements), encore la moitié des financements accordés est inférieure à 5 000 €.

Signalons que près de la moitié (45%) des projets prévoit un co-financement (un peu plus pour les projets PRSP, car la MILDT finance beaucoup d'établissements scolaires qui ne demandent pas de co-financement).

7. Conclusion

Les actions de prévention des addictions en Région Provence Alpes Côte d'azur sont dotées de moyens importants et couvrent un champ d'activité allant de la prévention primaire jusqu'à la réduction des risques. Elles répondent aux attentes d'une politique interministérielle de prévention des usages de drogues, en s'ouvrant aux questions de santé, d'éducation, de formation, de sécurité publique, ... posés par les addictions.

L'activité de prévention sur le territoire régional est mise en œuvre par de nombreuses associations, venant de divers domaines professionnels, spécialisées en addiction ou au contact des publics visés par la prévention.

L'état des lieux des actions de prévention réalisées dans le cadre des programmes PRSP et MILDT fait apparaître un certain nombre d'avancées :

- Certaines modalités d'action sont aujourd'hui **bien structurées**, comme la prévention des addictions en milieu scolaire, qui est pilotée par l'Education nationale et s'appuie sur une méthode d'intervention claire et un guide méthodologique largement diffusé.
- De plus, l'information du tissu associatif sur les « sphères de compétence » (qui finance quoi ?) de la MILDT, du PRSP et des autres dispositifs situés dans les champs connexes à la prévention des addictions (conduites dopantes, sécurité routière, politique de la ville, prévention de la délinquance,...) participe à ces améliorations actuelles.
- L'investissement de villes, des Conseils généraux et de la Région dans la prévention est également acquise, sur la base de leurs propres dispositifs ou en partenariat avec l'Etat (appels à projets de la Région, action sanitaire, sociale et éducative des villes et conseils généraux, CLS et CUCS,...). Le fait que des collectivités participent aux comités de pilotage MILDT et au GRSP contribue à une meilleure « assise » de ces projets.
- Enfin, l'analyse des actions PRSP « addictions » et « MILDT » met en évidence une certaine **complémentarité** entre les deux programmes : ainsi les crédits MILDT soutiennent davantage des associations généralistes ou des établissements scolaires et vise le public jeune en général, alors que le PRSP finance également des réseaux de soins ou des associations spécialisées et cible mieux les publics précarisés.

Pour autant, cet état des lieux soulève aussi certaines questions sur lesquelles il y a lieu d'interroger la commission régionale addiction :

- **La dimension des projets** : peu de projets (un tiers) dépassent le cadre du territoire de proximité et beaucoup s'inscrivent à l'échelle d'un établissement scolaire ou d'une commune. Cette situation témoigne d'un certain émiettement des actions et de la difficulté à décliner sur le terrain des orientations régionales. Plus précisément, la question posée est celle de **l'équilibre à trouver entre déclinaison locale d'une stratégie régionale d'une part et prise en compte des besoins des territoires de proximité d'autre part.**
- **La répartition des rôles entre les porteurs** : l'activité de prévention est aujourd'hui organisée dans le cadre d'un système très libéral où tout porteur peut faire une demande de financement dans le domaine qu'il souhaite. Cette organisation a abouti à une répartition en cercles : au centre, un noyau de porteurs très investis (environ 10), plutôt spécialisés et qui porte près de la moitié des projets (43%) ; autour,

des associations non spécialisées qui mettent en œuvre un nombre aussi important de projets, mais d'ambition plus limitée. La question posée ici est bien celle de la **nécessité ou pas de définir plus précisément les rôles et les responsabilités des opérateurs dans l'action de prévention, et ce, au sein de chaque dispositif**. Autrement dit, est-ce que cette organisation de fait est satisfaisante ou faut-il réfléchir à une autre répartition ? Dans ce cas, qui devrait faire quoi et vis-à-vis de quel public ? Par exemple, quelle relation trouver entre la mission de prévention des futurs CSAPA et les actions de prévention territoriales (MILDT et PRSP) ?

- **L'absence de certaines thématiques et publics pourtant considérés comme prioritaires dans le champ « addiction »** : l'état des lieux a montré que la majorité des actions de prévention s'inscrivaient dans le champ de la prévention universelle. Au contraire, le public hors scolaire, des centres de formation des apprentis, les lieux festifs, les entreprises, les universités, les femmes, jeunes et adultes en précarité sociale, les jeunes errants, les détenus, sont plus rarement la cible des actions de prévention, alors qu'ils sont considérés comme prioritaires. **La question posée est celle de la capacité à favoriser et à soutenir des projets qui visent ces publics.**

Ces questions pointent plusieurs pistes de réflexion :

- La nécessité de donner au champ de la prévention des outils de pilotage et de suivi, avec la mise en place d'indicateurs et de données fiables sur les programmes et actions.
- La mise en œuvre d'études et de recherches sur des domaines peu investigués, afin d'orienter les programmes et dispositifs futurs.
- La formation des acteurs dans les domaines définis comme priorité régionale, mais dans lesquels il y a peu d'actions et peu de structures compétentes.
- Le cadrage des appels à projets à partir d'objectifs plus précis, correspondant à des choix de développement territorial et thématique.