

# **Annexes**

**« Évaluation des programmes  
départementaux  
« de prévention »**

## 1) Analyse typologique

Cette analyse typologique permet de rendre compte de la diversité des configurations des départements, et de nuancer ainsi les conclusions globales du rapport (Cf. notamment synthèse et 6.1 — conclusions évaluatives).

### Rappel méthodologique

Comme indiqué dans la méthodologie de l'étude, les questionnaires de chefs de projets traités ont été regroupés selon une méthode de classification (classification hiérarchique ascendante), et la description qui suit concerne le niveau « 4 groupes » de la classification<sup>1</sup>. Les variables utilisées sont au nombre de 144, tirées du questionnaire : seules les questions sur lesquelles il y a quasi-unanimité des réponses ne sont pas utilisées.

Trois des quatre départements vus en études de cas, le 13, le 29 et le 60, se placent dans trois de ces 4 groupes, qu'on nomme donc, pour une compréhension plus facile des lecteurs de ce rapport, « groupe 13 », « groupe 29 » et « groupe 60 »<sup>2</sup>. Il apparaît en outre un petit groupe de trois départements : « groupe 33-47-972 ».

La composition des 4 groupes de départements est la suivante, par ordre décroissant de nombre de départements :

- Groupe 60 : 21 réponses venant de 20 départements<sup>3</sup> : 01, 04 (deux questionnaires), 12, 15, 34, 42, 46, 52, 56, 60, 67, 71, 72, 73, 78, 81, 82, 87, 90, 91.
- Groupe 29 : 12 départements : 08, 21, 26, 29, 31, 35, 41, 44, 53, 62, 76, 973.
- Groupe 13 : 6 départements : 5, 13, 17, 18, 27, 30.
- Groupe 33, 47, 972 (trois départements).

Dans le présent texte, chaque groupe est décrit à partir de ses traits saillants ; c'est-à-dire les réponses sur lesquelles il arrive « en tête » des 4 groupes en se distinguant substantiellement de la moyenne des quatre<sup>4</sup>. Cela n'efface pas les grandes tendances valables pour tout l'échantillon — par exemple, à la question 1, la citation de l'alcool comme consommation la plus préoccupante — même si ces grandes tendances ne sont pas rappelées dans le portrait de chaque groupe.

- Il est bien évident que les critères « statistiques » ont peu de portée sur des échantillons de si petite taille. La présente typologie a pour vocation de décrire de façon synthétique les réponses aux questionnaires, non de « prouver » que telle ou telle différence est « significative ».

Il est en particulier normal que chacun des départements de chaque groupe, y compris celui qui lui donne son nom, diffère quelque peu du profil « typique » du groupe.

---

<sup>1</sup> On peut en effet arrêter le processus de regroupement à n'importe quel niveau : 2, 3... 30... groupes.

<sup>2</sup> Ces 4 groupes réunissent 41 départements, mais il y a un 42<sup>e</sup> : le chef de projet du département 64 a interprété de façon un peu différente les consignes du questionnaire, ce qui ne permet pas de classer son département parmi l'un des 4 groupes. Il constituerait donc un cinquième groupe résiduel.

<sup>3</sup> Huit départements, dont les questionnaires nous sont parvenus après la création de la typologie, ont été affectés après coup aux types dont les réponses se rapprochaient le plus. La description donnée ensuite de la typologie correspond à la version sur 33 départements.

<sup>4</sup> Substantiellement : l'écart à la moyenne est supérieur à l'écart-type des 4 réponses.

Le rapport d'activité 2001 des chefs de projets fournit un petit nombre d'indicateurs quant à l'activité départementale en prévention. Nous avons recherché des corrélations entre ces variables de réalisation et le contenu du questionnaire, mais elles sont rares.

- Ces informations complémentaires apparaissent sous forme d'alinéas en retrait.

**Le groupe 60 (20 départements sur 41) : le processus administratif, souvent en petit comité d'acteurs, a du mal à passer à la prévention concrète.**

- La consommation de tabac est jugée plus préoccupante que celle du cannabis (Q1) par les chefs de projets de ces départements.
- Parmi les acteurs les plus compétents en matière de prévention (Q5), le chef de projet mentionne le personnel scolaire (enseignants, direction). Les personnes les mieux placées pour une prévention efficace auprès des jeunes sont à ses yeux les personnes de structures spécialisées en prévention (CODES, CDPA, etc.).
- Les initiatives de la MILDT et la démarche de programmation départementale ont, selon le chef de projet, ouvert un dialogue qui n'existait pas auparavant (Q7), fait que « les acteurs de la prévention se connaissent mieux et coopèrent plus facilement » (Q16), même si « la conduite du projet a eu du mal à se traduire dans le travail concret du fait de problèmes individuels (disponibilité, mutations...) » (Q9) : le chef de projet juge que ses « moyens humains (...) ont été insuffisants pour organiser les réunions et élaborer un programme » (Q11).
  - De fait, le temps consacré par le chef de projet et son adjoint au dossier « drogues et dépendances » semble moindre dans ces départements : 0,3 équivalents temps-plein en moyenne, contre 0,4 sur l'ensemble de notre échantillon et 0,6 sur la totalité des rapports d'activité parvenus à la MILDT.
- Comment sont prises les décisions qui comptent en matière de prévention ? Aucune modalité ne se dégage clairement ; souvent, les décisions sont prises par chaque institution de façon autonome (Q10).
- C'est dans ces départements que les PDP contiennent le moins grand nombre d'actions de prévention concrètes (Q13b) ; si on comptabilise les modes de prévention qui se développent, même sans être mentionnés dans le programme (Q13), ces départements sont au-dessous de la moyenne.
- Les projets de prévention trouvent assez souvent des financements au titre des Programmes régionaux de santé (PRS) et des guichets de la politique de la ville (Q14).
- Pour l'avenir, ces chefs de projets pensent que la prévention demandera surtout plus d'outils et de méthodes (et non pas plus de financements, par exemple -Q17). Ce sont d'ailleurs ces chefs de projets qui, interrogés sur les démarches à prévoir pour améliorer la prévention dans les prochaines années, suggèrent le plus de réponses opérationnelles (Q26) par contraste avec les réponses institutionnelles, majoritaires sur l'ensemble de l'échantillon.

- Un bon diagnostic, pour eux, ce serait d'abord un bilan des actions de prévention déjà menées dans le département (Q24). Ils conseillent à la MILDT d'évaluer l'action des actions de prévention (Q27).
- Ils jugeraient pertinent d'attribuer les crédits MILDT en fonction des accidents de la route liés à la drogue ou à l'alcool (Q22).

**Le groupe 29 (12 départements sur 41) : la prévention en actions, dans la logique des orientations nationales, avec une dominante « santé publique ».**

- Le Comité de pilotage, dans ces départements, s'est montré particulièrement inquiet du développement des polyconsommations (Q2).
- Les actions de prévention passent en premier lieu par « la formation des adultes au contact des jeunes, pour qu'ils réagissent de façon pertinente en cas de demande ou de problème rencontré par un jeune » (Q4).
- Le personnel le plus compétent est celui de structures spécialisées en santé publique ou en prévention (CODES, CDPA etc.), mais il n'est pas forcément bien placé pour une prévention effective auprès des jeunes ; tandis que le personnel le mieux placé, corps enseignant et personnel scolaire, est peu compétent. Il en va de même des entraîneurs sportifs et des parents, souvent cités comme bien placés pour prévenir les usages et dangers des produits psychoactifs (Q5 et Q6).
- L'action de la MILDT et la démarche de programmation départementale ont « conduit les personnes qui travaillaient en prévention à modifier leurs méthodes » (Q7).
- « La conduite du projet a permis à l'une des institutions d'État d'affirmer une prééminence dans ce domaine sur les autres institutions » (Q9 ; c'est le groupe qui comprend quelques chefs de projets cadres de préfectures, mais la majorité est comme ailleurs composée de cadres de DDASS).
- Le projet départemental « décline les orientations définies au plan national par le plan triennal » (Q12) et, plus qu'ailleurs, mutualise les ressources financières. Des actions y sont mentionnées, comme la formation continue à l'intérieur de certains services à partir des contenus « MILDT » (Q13b). Ce sont les départements où le chef de projet cite le plus grand nombre d'actions en développement, inscrites ou non au PDP : formations donc, mais aussi réduction des risques en lieux festifs, actions dans les écoles, actions communes à plusieurs structures, implantation en un même lieu de services sanitaires et sociaux. Le chef de projet cite d'ailleurs « le nombre de projets produits en réponse aux appels à projets » comme critère judicieux pour l'attribution des crédits MILDT (Q22).
  - Presque tous les départements de ce groupe ont effectivement rédigé un programme départemental qui est parvenu à la MILDT ou à l'OFDT.
- Les guichets « santé » semblent mobilisés plus qu'ailleurs pour financer les actions de prévention : assurances maladies et mutuelles, ainsi que les services déconcentrés de l'État (Q14).

- La « clarté des orientations nationales » apparaît comme un facteur de succès (Q19 et 20) et les outils MILDT, notamment les formulaires, sont jugés de nature à « clarifier les objectifs et méthodes des actions financées ». Cependant, celles-ci ne sont pas évaluées « car les porteurs de projets se sentent démunis dans ce domaine » (alors même que les formulaires étaient censés les former à la logique de gestion de projet) (Q16b).
- La prévention demanderait plus de personnel (Q17), et le chef de projet souhaiterait parfois plus de soutien institutionnel du préfet, ou une meilleure connaissance dans des domaines comme la gestion administrative ou les procédures des différents dispositifs (Q18b).
- Pour l'avenir, les chefs de projets de ces départements ont des avis divergents quant à la démarche départementale la plus appropriée. Plusieurs imaginent « poursuivre les réunions du Comité de pilotage sans nécessairement rédiger de document de programmation », proposent de baser le diagnostic sur une analyse démographique et sociale du département, et sur un état de l'art des pratiques de prévention (Q23, Q24).

**Le groupe 13 (6 départements sur 41) : d'une prévention ciblée « drogues dures » à la réalité du cannabis : un blocage stratégique ?**

- C'est dans ces départements que la préoccupation des chefs de projets, quant à la montée du cannabis, est la plus forte (Q1). Les personnes les mieux placées pour intervenir auprès des jeunes seraient les policiers et les gendarmes ainsi que le personnel médical et paramédical (Q6).
- La prévention, telle qu'elle existe dans ces départements, est surtout constituée par les services d'accueil et d'écoute pour consommateurs de produits dangereux (Q4), et les personnes les plus compétentes en prévention sont, selon les chefs de projets, celles qui travaillent auprès de personnes dépendantes (Q5).
- La démarche de la MILDT et la programmation départementale ont « permis d'élargir le partenariat réuni autour de la question des drogues et des dépendances » et « d'officialiser publiquement, sans les changer, des façons de voir la prévention qui étaient auparavant plus officieuses » (Q7).
- Le chef de projet se voit dans un rôle à la fois stratégique (décider des orientations) et diplomatique (face à des acteurs qui ont du mal à travailler ensemble, Q8).
- Les décisions importantes en matière de prévention sont souvent prises en petits comités de techniciens ou groupes thématiques (Q10).
- Le programme a souvent pris du retard du fait d'un changement ou d'une vacance au poste de chef de projet, ou encore de la durée d'une étude préalable (Q11). Le document définit des objectifs prioritaires pour le département, après avoir analysé les problèmes de drogues et de dépendances qui s'y posent spécifiquement (Q12). L'élaboration du document a été l'occasion de discussions quant aux stratégies d'intervention (Q16).

- Certaines actions sont inscrites dans ce plan (Q13b) — actions dans les discothèques pour prévenir les accidents de la route, prévention dans les temps périscolaires et extrascolaires — mais ce sont les départements où globalement les actions de prévention se développent le moins (Q13).
  - Les rapports d'activité, disponibles pour quatre des chefs de projets sur 2001, mentionnent effectivement un nombre assez faible d'actions de prévention, que ce soit en milieu scolaire ou dans d'autres cadres.
- Les autres documents de programmation, relevant de politiques connexes, renvoient au PDP ou aux orientations de la MILDT, ou n'abordent pas les drogues et les dépendances (Q15). Les actions de prévention sur ce thème peuvent recourir à des financements au titre du PRAPS (Q14).
- Le chef de projet souhaiterait des financements à plus long terme (Q18), leur annualité expliquant le faible nombre d'actions pluriannuelles (Q16b). Il souhaiterait également que les TPG soient mieux informés sur les procédures de financement de la MILDT (Q18b). La délégation des crédits MILDT lui semble être un outil essentiel à l'avenir pour améliorer la prévention dans le département (Q26).
- Pour l'allocation des crédits MILDT, le chef de projet propose de prendre pour clé les statistiques liées à l'usage nocif de drogues illicites ainsi que l'effectif de la population de 12 à 25 ans — et ne suggère guère de nouveaux critères (Q21, Q22).
- Pour l'avenir, le chef de projet propose de faire un point approfondi sur la situation : évaluer ce qui a été fait en prévention (Q23), analyser la situation départementale en matière de consommations (Q24) en commandant une étude *ad hoc* approfondie (Q25).

**Le groupe 33, 47, 972 : un pied à l'école, un pied dans la sphère « toxicomanies » : la démarche MILDT est-elle marginalisée par le poids du conseil général ?**

- Dans ces départements, dont l'un des chefs de projets a cité des drogues dures parmi les produits les plus préoccupants (Q1), le Comité de pilotage est inquiet de la banalisation de la consommation de cannabis et du haut niveau d'insécurité routière dû à l'alcool et aux autres substances (Q2). Les adolescents et les jeunes adultes sont la cible prioritaire de la prévention (plutôt que les enfants et les préadolescents : Q3).
- L'action de prévention la plus fréquente est constituée par les interventions dans les classes (Q4).
  - Les rapports d'activité, disponibles pour deux des chefs de projets sur 2001, mentionnent dans ces deux départements un très grand nombre d'interventions en milieu scolaire.
- Pourtant, ce sont les travailleurs sociaux et le personnel des structures spécialisées (dépendance et/ou prévention, CIRDD) qui sont considérés comme les plus compétents et les plus en mesure de prévenir les usages et leurs dangers chez les jeunes. Les policiers et les gendarmes ne sont pas cités comme bien placés pour la prévention même si leur compétence est reconnue (Q5, Q6).

- Le rôle du chef de projet, selon lui, a été managérial (obtenir un fonctionnement collectif efficace) et politique (faire passer les orientations nationales, Q8). Si « la demande de l'administration centrale a été satisfaite sans perturber le fonctionnement habituel des services », l'appel à projets a « suscité un afflux surabondant de demandes financières » (Q9).
- Le programme départemental « rassemble les actions des différents acteurs dans un document commun », sans analyse spécifique ni mutualisation des ressources (Q12), à l'image de son élaboration « collégiale » en Comité de pilotage, complété par un « dialogue direct entre chaque institution et le chef de projet » (Q10). Il n'a pas connu de retard même si « les autres missions du chef de projet se sont avérées plus urgentes » (Q11).
- Il n'y a pas d'évolution claire des actions de prévention dans le département suite au PDP, sinon dans un département « l'arrêt de certaines formes de prévention qui n'étaient pas conformes à la doctrine MILDT ». Il n'y a pas d'actions de réduction des risques en fêtes et rave parties (ni « en développement », ni au Programme). Au Programme, plus dense qu'ailleurs en actions mentionnées, figurent des actions de formation interministérielles ou intersecteurs, des actions communes à plusieurs structures, un accroissement des actions dans les écoles et/ou auprès des jeunes détenus ou placés (Q13 et Q13b).
- Le conseil général apparaît dans ces trois départements comme le principal guichet alternatif de financement pour des actions de prévention (Q14).
- La politique départementale de prévention est, selon le chef de projet, parfaitement connue des acteurs de terrain (Q16) ; le chef de projet est cité à plusieurs reprises dans les autres documents contractuels (Q15).
- Il classe comme facteurs de succès la mobilisation des partenaires et porte, contrairement aux autres départements, un jugement neutre sur les formulaires et les outils fournis par la MILDT ; toutefois, considérant que les crédits MILDT n'ont pas facilité la démarche, il demande pour l'avenir plus de financements, pour lui-même et pour la prévention en général (Q17, 18, 19 et 20).
- Pour l'avenir, le chef de projet propose de reprendre la démarche de programmation dans les mêmes conditions que sur la période écoulée (Q23), en répertoriant en guise de diagnostic les acteurs de la prévention (Q24), pour s'appuyer sur leur analyse collective des priorités locales (Q25).
- L'association d'une démarche de programmation départementale pluriannuelle et de relations directes du chef de projet avec chaque acteur (Q26) semble à celui-ci permettre une amélioration de la prévention. La MILDT doit donc, selon lui, continuer dans la ligne de ce qu'elle fait actuellement et éventuellement augmenter la fréquence de ses réunions avec les chefs de projets (Q27).

## 2) Structures de textes normatifs

### Circulaire du Premier ministre du 13 septembre 1999

#### *Principes*

- Interdiction de l'usage des stupéfiants.
- Renforcer l'information et la prévention concernant toutes (vision globale) les dépendances.

#### *Contexte/évolution phénomène, politiques publiques*

- Loi 31 décembre 1970 est confrontée à l'évolution :
  - ❖ De la consommation de drogue :
    - stabilisation de la consommation d'héroïne : = ;
    - cannabis : + ;
    - diversification des produits ;
    - drogues de synthèse : + (arrivée massive) ;
    - abus ou usage nocif impliquant drogues illicites et produits licites (mélange ?).
  - ❖ D'alcool et de tabac :
    - chez les jeunes : + (nombre d'états d'ivresse répétés) ;
    - tabac : = (maintien d'une consommation élevée).
  - ❖ Pratiques de dopage
  - ❖ Recours excessif aux médicaments psychoactifs

=> Constat préoccupant qui aboutit aux réponses dans le « plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances »

#### *Politique : le plan triennal*

- Donner des réponses à la transgression de l'interdit fixé par la loi par :
  - ❖ la répression du trafic local et international ;
  - ❖ le renforcement de la coopération internationale ;
  - ❖ à travers la circulaire du garde des sceaux du 17 juin 1999 relative à la lutte contre le trafic de stupéfiants.
- Prévenir et traiter l'usage de drogues ET de l'emploi abusif de substances psychoactives (les experts soulignent le lien entre diverses pratiques de consommation : une politique de prévention doit être fondée sur les comportements plus que sur les produits consommés, tout en distinguant l'usage, l'usage nocif et la dépendance [degrés]).
- Intègre prévention et prise en charge des conséquences de l'usage du tabac et la consommation abusive d'alcool.
- Le dispositif du plan triennal s'insère dans cadre défini par circulaire du 9 juillet 1996.
- Le dispositif actuel (1999) de coordination départementale de lutte contre la drogue et la toxicomanie est organisé autour des trois instances suivantes :
  - ❖ chef de projet ;

- ❖ comité restreint (de lutte contre la drogue et la toxicomanie) ;
- ❖ conseil départemental de prévention de la délinquance.
- Champ d'action de cette coordination :
  - ❖ info & communication, éducation, prévention ;
  - ❖ soins ;
  - ❖ insertion et formation ;
  - ❖ politique pénale et interventions des services de police et de gendarmerie.
- Acteurs :
  - ❖ autorités judiciaires ;
  - ❖ collectivités territoriales ;
  - ❖ organismes de protection sociale ;
  - ❖ établissements publics de santé, notamment les secteurs de la psychiatrie ;
  - ❖ associations œuvrant dans les domaines de l'éducation, de l'animation et de l'insertion sociale et professionnelle ;
  - ❖ coordonnateur régional quand CPER et Programme régional pour l'Accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies traitent de ces questions ;
  - ❖ Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté dans les établissements scolaires.
- Les axes du plan triennal fondent l'action (non mentionnés).
- Programme départemental de prévention orienté vers les jeunes (public cible).
  - ❖ Défini au sein du comité restreint dorénavant appelé « Comité de pilotage de lutte contre la drogue et de la prévention de la dépendance », qui :
    - fixera les objectifs quantitatifs et qualitatifs évaluables,
    - inclura les actions des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté qui seront généralisés dans les établissements scolaires.
- La formation constitue un levier essentiel pour créer une culture commune à tous les acteurs lutte et prévention.
- Soins : programmation régionale et départementale. Programme de réduction des risques destinés aux usagers de drogues les plus en difficulté. Insertion : dispositifs du programme d'action, loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Les objectifs devront s'inscrire dans le cadre de la politique pénale : circulaire garde des Sceaux 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies.
- Articulation des dispositifs éducatifs, sanitaires et sociaux avec :
  - ❖ le Plan départemental de sécurité ;
  - ❖ les Contrats locaux de sécurité ;
  - ❖ les Contrats d'action de prévention pour la sécurité dans la ville.
- Coordonner la mise en œuvre du plan avec :
  - ❖ le plan départemental d'actions de sécurité routière, sur les thèmes de l'alcool et de la drogue au volant.
- Objectif global : réduction des consommations au cours des trois prochaines années, notamment chez les jeunes.

- Principe de mise en œuvre : la multiplicité des acteurs et la diversité des cultures professionnelles rendent nécessaire un travail de coordination des messages et des actions.

### Circulaire DIV du 9/01/01 à l'attention des préfets

Lutte contre la drogue : un volet important de la politique de la ville.

- Contrats de ville pour mobiliser les différents acteurs avec démarche ateliers « santé ville » (circulaire DIV du 13/ 6/00).
- La prévention est de la **compétence des partenaires territoriaux ; l'adhésion et la participation de ses élus sont donc essentielles.**

Actions prioritaires

- **Programmes de réduction de risques** (à intégrer au volet santé des contrats de ville) nécessité d'associer les élus concernés, les professionnels locaux du champ sanitaire et social (médecins libéraux, pharmaciens, centres sociaux, associations de prévention spécialisées, foyers d'animation, service départemental d'action sociale, qui doivent être des relais pédagogiques indispensables).
- **Renforcement des Points d'écoute et d'accueil pour les jeunes et leurs parents :**
  - ❖ actions portant une attention particulière aux signes de vulnérabilité, actions favorisant l'action des jeunes dans une dynamique de prévention entre pairs,
  - ❖ actions à élaborer avec les associations de quartiers, et celles à vocation sportive et socioculturelles non spécialisées dans le champ de la toxicomanie.
- **Prise en charge des personnes sous main de justice (drogue-alcool),** (conventions départementales d'objectifs qui permettent de financer des actions dans les domaines éducatifs sanitaires et sociaux en direction de ces publics ; volets prévention et sécurité des contrats de ville pour dresser un état des lieux et décloisonner les dispositifs de prévention, de répression et de soins et améliorer la communication entre acteurs. (Actions : faire rentrer dans les contrats de ville.)
- **Formation des élus locaux et professionnels territoriaux.** Création d'une culture commune à tous les professionnels de la prévention, de l'éducation, du soin, de la réinsertion et de la répression : une garantie d'efficacité des politiques locales : une priorité du Comité de pilotage. L'État (Politique de la Ville) pourra financer les formations dont les contenus auront été validés en Comité de pilotage sur la base des modules interministériels. La MILDT engagera des actions de formation avec l'ensemble des services de l'État concernés (professionnels, élus locaux et fonctionnaires territoriaux).

- **Centres d'information et de ressources sur les drogues et les dépendances** (CIRDD) en complémentarité avec les institutions existantes (Observatoires régionaux de la santé, Comités régionaux et nationaux d'éducation pour la santé, Comités départementaux de prévention de l'alcoolisme et Centres ressources « Politique de la ville ». Objectif des CIRDD : être des lieux d'information et d'échanges et d'animation des réseaux de partenaires et des acteurs de la politique de la Ville).
- **Prévention dans les lieux et événements festifs** (discothèques, concerts, soirées raves) compte tenu de l'évolution des modes de consommation des jeunes).

**Note préparatoire à la circulaire MILDT sur la formation à caractère interministériel sur la politique publique de lutte contre la drogue et les dépendances**

- Partage d'une culture commune.
- Meilleure compréhension des orientations gouvernementales.
- Meilleur partenariat local.
- Ajustement des pratiques professionnelles.
- Définition des objectifs au plan régional et départemental à adapter au contexte local d'où la nécessité d'appréhender les attentes et besoins des personnels formés au sein du Comité de pilotage et en amont.
- Taille des groupes (entre 15 et 25) avec une bonne dispersion des profils.
- Tenir compte des différents types de départements si formations au niveau régional. (Départements très urbanisés, départements ruraux, départements confrontés à la mise en place de structures de bas seuil.)
- animateur appartenant de préférence à un centre de formation ministériel déconcentré et ayant l'expérience de l'interministérialité et proche du Comité de pilotage.
- Intervenants locaux tels que le parquet du TGI, services répressifs, services de prise en charge de toxicomanes et alcoolo-dépendants, professionnels de l'éducation et de l'adolescence.
- Ateliers : choix de cas concrets reposant sur des situations vécues (usage et deal en milieu scolaire, difficultés liées à l'implantation et aux activités des structures à bas seuil, raves-parties, trafic local avec ses aspects sociologiques et économiques.
- Assiduité très importante.
- Visites de sites à organiser pour échanges avec les professionnels du terrain.
- Contenu des sessions, veiller à :
  - ❖ une approche tous produits sur chaque thème traité (lors de l'état des lieux, de la présentation des textes législatifs, des actions de prévention et des modes de prise en charge ;
  - ❖ la prise en compte des comportements d'usage, d'abus et de dépendance (observation des comportements =/= théorie comportementaliste) ;
  - ❖ une recherche de réduction des risques et des dommages ;

- ❖ fiches thématiques à l'attention des intervenants par la MILDT.
- **Évaluation** (questionnaires d'évaluation interne mis à disposition).

### **Socle de connaissances communes (document MILDT et IREMA, décembre 2000)**

Le dispositif doit permettre de développer une culture commune à l'ensemble des acteurs par les moyens suivants :

- prise en compte de la **globalité du plan triennal** (=/= thématique spécifique à la pratique spécifique de chacun) ;
- **meilleure articulation des différents champs institutionnels d'intervention** (répression, prévention, accompagnement, réduction des risques) ;
- prise en compte du **tabac, de l'alcool et des médicaments détournés** dans le module interministériel.

Le module de formation s'adresse aux **professionnels du service public**.

**L'approche se veut globale**, (pas de pensée unique) **évolutive** (évaluations et ajustements) prenant en compte les questions relatives à l'éthique, aux représentations sociales, aux pratiques de travail en réseau, au respect de la personne.

#### Les thèmes des 11 fiches :

1. Les représentations sociales
2. L'approche historique et culturelle de l'usage des substances psychoactives et dopantes
3. Géopolitique et économie des drogues
4. Les politiques publiques
5. Les données actuelles
6. Les substances psychoactives, substances dopantes, effets contextes de consommation
7. Les comportements d'usage et les phénomènes de dépendance
8. Les législations en matière de substances psychoactives
9. Application de la loi et partenariat
10. La prévention
11. Les dispositifs sanitaires et sociaux d'accueil et de soins des usagers de substances psychoactives

### **3) Présentation des acteurs locaux**

La présentation qui suit vise à rappeler les caractéristiques propres de différentes institutions susceptibles d'intervenir localement sur les questions de prévention des drogues et des dépendances. Il s'agit de points de vue des évaluateurs et non d'un rappel des textes normatifs. De ce fait, la présentation se concentre sur les acteurs qui ont semblé aux évaluateurs jouer le rôle le plus important, et l'ordre de présentation suit une logique analogue et non une logique de préséance institutionnelle.

Les institutions spécifiques à la politique de lutte contre les drogues et les dépendances (chef de projet et CIRDD) sont en fait des missions attribuées à des institutions préexistantes (DDASS, préfetures, associations). C'est pourquoi elles sont évoquées en dernier.

## **Les administrations d'État**

### *L'Éducation nationale, les autres institutions éducatives*

L'éducation à la santé n'est pas une orientation nouvelle dans l'Éducation nationale, mais cette mission a été relancée récemment à travers trois moyens : les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), les conseils en matière de prévention contenus dans le Bulletin officiel de l'Éducation nationale, et les Rencontres éducatives pour la santé au collège.

- Créés en 1990, les Comités d'environnement social ont été transformés en Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté en 1998. L'éducation à la santé est un des axes retenus dans la mission de ce Comité qui consiste en l'organisation de la prévention des dépendances, des conduites à risques (maladies sexuellement transmissibles notamment) et de la violence dans le cadre du projet d'établissement. La composition des CESC est adaptable à chaque situation locale, mais doit associer au moins l'ensemble de la communauté éducative (chefs d'établissements, enseignants, personnels d'éducation, de surveillance, sanitaires et sociaux, d'orientation, ATOS, élèves, parents d'élèves et partenaires extérieurs). La généralisation des CESC dans les établissements scolaires est prévue par le plan triennal de la MILDT.
- Le Bulletin officiel « Repères pour la prévention des conduites à risques<sup>5</sup> » contient des conseils à destination de la communauté éducative et a été diffusé à 800 000 exemplaires à toutes les personnes du second degré et un par établissement du premier degré.
- Les Rencontres éducatives pour la santé au collège est un dispositif prévoyant l'obligation de mettre en place sur deux ans (6<sup>e</sup>-5<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup>-4<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup>-3<sup>e</sup>) entre 30 à 40 heures d'éducation à la santé (sexualité notamment) effectuées par un intervenant extérieur en dehors du cadre de la classe. Deux brochures « Repères pour la prévention des conduites à risques » peuvent servir de documents de référence pour ces rencontres.

L'intention du ministère est d'impliquer l'ensemble de la communauté éducative dans la prévention des « conduites à risques ». Un chef d'établissement peut aussi faire appel à des intervenants extérieurs, en majorité les services de prévention de la gendarmerie (FRAD) et de la police (PRAD), (cf. infra), dans les petites classes (CM2), mais également des personnels de CSST pour des classes de collège et de lycée. Les associations doivent, pour intervenir, avoir un agrément national délivré par l'Éducation nationale.

---

<sup>5</sup> N° 28 du 9 juillet 1998 : « Protection du milieu scolaire : Prévention des conduites à risques et Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté ».

Au niveau administratif, le recteur est entouré de deux conseillers techniques coordonnateurs des CESC, chargés de donner l'impulsion de la généralisation des CESC dans les établissements scolaires et du suivi. En général, un coordonnateur CESC est soit médecin scolaire, assistante sociale, infirmière, ou responsable de la vie scolaire (inspecteur de l'Éducation nationale).

La politique de l'Éducation nationale est gérée au niveau académique et est animée par le recteur, tandis que l'animation locale de la politique de la MILDT par le chef de projet « Drogues et Dépendances » se fait au niveau départemental. Le chef de projet (même lorsqu'il est préfet) n'a pas autorité sur le recteur, et l'examen des projets des CESC en Comité de pilotage semble exclu, bien que ce soit la MILDT qui en finance la majeure partie.

Pour pallier à ces difficultés institutionnelles, deux « personnes-ressources MILDT » ont été désignées à l'automne 2001 dans chaque département — fréquemment des infirmières ou des médecins scolaires, ou des infirmières ou médecins conseillers de l'inspecteur d'académie. Ces personnes ressources ont reçu une formation théorique en décembre 2001 sur le management (analyse systémique, montage de projets...). Parfois, les personnes ressources départementales et les coordonnateurs CESC académiques se confondent.

La MILDT a permis la déconcentration de trois millions de francs de crédits expérimentaux aux CPDD pour dix départements choisis parmi ceux dont le lien entre le CPDD et l'Éducation nationale était le plus efficace. L'Éducation nationale cofinance la moitié du montant des projets. En 2002, la moitié des crédits MILDT alloués aux CESC seront déconcentrés aux CPDD afin d'être examinés localement en commun avec l'inspecteur d'académie.

La médecine préventive universitaire est, en revanche, en retrait des PDP étant donné que l'organisation des universités recouvre souvent plusieurs départements. La MILDT est toujours la meilleure échelle de gestion.

Le dispositif des contrats éducatifs locaux (CEL<sup>6</sup>) vise à mettre en œuvre un projet éducatif local, pendant le temps péri et extrascolaire des enfants et des adolescents des écoles maternelles et élémentaires, et des collèges. Il doit contribuer à garantir l'égal accès des enfants et des jeunes aux savoirs, à la culture et au sport et reprend les dispositifs précédemment contractualisés dans le domaine de l'aménagement des rythmes scolaires. Chaque projet retenu peut bénéficier des ressources (personnels et structures) et des financements des ministères de l'Éducation nationale, de Jeunesse et Sports, et, plus rarement, de la Culture, et de la Ville. Des projets de prévention peuvent être inclus selon la volonté des communes, des associations et de la communauté éducative locale (chefs d'établissements, parents d'élèves, etc.).

L'enseignement privé est peu pris en compte par cette politique de l'Éducation nationale ; l'enseignement agricole, qui dépend du ministère de l'Agriculture, n'a pas mis en place de maillage systématique analogue à celui de l'Éducation nationale. Or, tous deux pourraient être des vecteurs privilégiés de la prévention.

- L'enseignement privé, notamment confessionnel, en raison de sa tradition associant mission éducative à mission d'enseignement, ce qui devrait favoriser la prise en compte par ses personnels des impératifs de prévention.

---

<sup>6</sup> Lancé par la Circulaire interministérielle n° 98 - 144 du 7 juillet 1998.

- On relève que c'est par exemple le cas dans le Finistère où, entre les « deux écoles », c'est l'enseignement catholique qui apparaît le plus mobilisé sur la prévention des drogues et des dépendances.
- L'enseignement agricole en raison de l'isolement des jeunes par rapport aux familles (fort pourcentage d'internes), qui réduit les capacités éducatives de celles-ci et peut favoriser la consommation.
  - La création du réseau « RESEDA » (Réseau d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent) dans l'enseignement agricole marque une prise de conscience de l'administration de tutelle et de certains professionnels ; une première rencontre s'est déroulée en novembre 2001.
  - L'enseignement agricole n'a pas été mentionné comme partenaire significatif par les autres acteurs dans les départements étudiés.

***La Justice : parquets, juges, administration pénitentiaire, Protection judiciaire de la jeunesse, Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP)***

La justice se caractérise par le nombre et la diversité de ses acteurs en relation avec des personnes ayant des problèmes de consommation, licite ou illicite, détenues pour des raisons en lien ou non avec leur consommation.

Les conséquences de son action concernent :

- les personnes arrêtées ou détenues :
  - ❖ les décisions juridiques à leur égard (poursuites ou non, condamnation ou non, injonctions thérapeutiques...) sont-elles de nature à faciliter une réduction de leur consommation ou de ses risques pour eux-mêmes et autrui ? ;
  - ❖ même question pour les conditions de leur détention, de leur placement ou de leur suivi thérapeutique, ce qui renvoie aux règlements des institutions et au comportement des professionnels (éducateurs, etc.) ;
- Le grand public : les décisions de justice à l'égard des personnes arrêtées, connues par leurs proches ou via les médias, sont-elles de nature à faciliter une réduction de leur consommation ou de ses risques pour le reste de la population ?

Il s'agit donc, d'une part de prévention et de réduction des risques auprès d'un public spécifique, d'autre part des liens et de la cohérence entre répression et prévention.

Les personnes et les institutions concernées par la prévention des drogues et des dépendances sont notamment :

- les procureurs de la République (parquets) ;
- les juges, en particulier les juges spécialisés : juges pour enfants, juges de l'application des peines ;
- l'administration pénitentiaire : centres de détention et maisons d'arrêt ;
- les Directions départementales de la protection judiciaire de la jeunesse, en charge des mineurs ayant fait l'objet de mesures judiciaires de placement ;
- les Services pénitentiaires d'insertion et de probation...

Les institutions en charge de jeunes en milieu fermé (pénitencier, PJJ) disposent souvent de cadres infirmiers, qui seront alors en première ligne pour les questions de prévention, notamment pour la formation à ces questions des personnels au contact direct des personnes détenues ou placées.

Or, la nouvelle approche des drogues et des dépendances, donnant une plus grande importance aux enjeux sanitaires par rapport au caractère licite des substances, pose des difficultés particulières dans ce contexte professionnel : la seule légitimité des agents, dans leur mission de détention ou de « protection » comme dans leur mission d'éducation, vient de la loi. Or, par exemple, la consommation de cannabis semble devenue une pratique majoritaire parmi les jeunes détenus ou placés.

Les partenaires immédiats des services judiciaires sont la gendarmerie et la police, ainsi que certains services hospitaliers ou certaines associations travaillant dans le domaine de la toxicomanie. Les Conventions départementales d'objectifs « Justice-Santé » doivent encadrer cette coopération croissante avec le monde médical. Enfin, des « passerelles » sont établies entre la justice et l'extérieur : Conseil départemental de l'accès au droit, correspondants Justice/Ville ; mais les personnes qui occupent ces fonctions peuvent rencontrer ensuite une difficulté pour faire intervenir les administrations judiciaires.

Les tribunaux et les parquets ne sont pas dans une relation hiérarchique avec les préfetures et leur compétence géographique ne correspond pas en général au département : il y a ainsi trois parquets dans l'Oise, indépendants les uns des autres, et deux dans les Pyrénées-Atlantiques. Au sein de la PJJ, traditionnellement, chaque établissement est très autonome mais on constate une montée en puissance des structures départementales.

Dans un univers dominé par la loi et les décisions judiciaires, la coopération formelle ou informelle entre les différentes institutions, même à l'intérieur du ministère de la Justice, ne nous a pas semblé très répandue, mais cela resterait à confirmer (nous avons réalisé trop peu d'entretiens dans l'univers judiciaire pour en juger).

Les circulaires du ministère de la Justice, depuis la circulaire Peyrefitte de 1978<sup>7</sup> confirmée implicitement par une circulaire de 1984<sup>8</sup>, invitent les parquets à ne pas poursuivre le simple usage de cannabis<sup>9</sup>. La procédure de « rappel à la loi » est donc appliquée de façon générale. Mais les circulaires aux parquets n'ont pas de force réglementaire, et quelques-uns sont réputés poursuivre encore pour ce motif.

---

<sup>7</sup> Circulaire n° 69F389 du 07/05/1978, faisant suite au rapport de la commission Pelletier. Elle confirme des circulaires antérieures (1970, 1971), la nouveauté étant de distinguer spécifiquement le cas du cannabis dont l'usager ne doit pas être considéré comme un « véritable toxicomane ».

<sup>8</sup> Circulaire « Badinter », CRIM.84-15-E.2 du 19/09/1984.

<sup>9</sup> La circulaire « Guigou » du 17 juin 1999, JUSA9900148C, appuyée sur les résultats du rapport Roques, invite à une diversification et à une individualisation des réponses judiciaires aux situations de consommation. C'est la dernière circulaire en date sur le sujet.

### *La gendarmerie et la police*

La police et la gendarmerie sont chargées de faire appliquer la loi, en particulier celle de 1970 relative à la répression du trafic et de l'usage de stupéfiants. À cet égard, les comportements de la police (qui intervient en zones urbaines) et de la gendarmerie (en zones rurales et petites villes) peuvent différer : sur la répression de l'usage du cannabis, la police apparaît sur plusieurs des départements visités, comme plus stricte que la gendarmerie.

Toutefois, ils ont également un rôle de prévention important de la consommation de substances addictives à travers les 200 Formateurs relais antidrogues (FRAD) de la gendarmerie et les 400 Policiers formateurs antidrogues (PFAD).

Les FRAD et les PRAD interviennent essentiellement à la demande de chefs d'établissements d'écoles primaires ou secondaires sur la prévention primaire de la consommation de substances psychoactives.

Chaque département comporte un responsable de FRAD ou de PFAD, relais de l'Éducation nationale.

### *La Direction départementale de la Jeunesse et des Sports*

Nominalement, au sein de l'appareil d'État, les DDJS sont chargées de la jeunesse « hors temps scolaire » ; à ce titre elles ont une mission d'éducation et de prévention qui couvre toutes les dimensions de la vie des jeunes (et tous les produits psychoactifs), avec un accent particulier sur le milieu sportif et le dopage.

Mais, contrairement à l'Éducation nationale, elles n'interviennent pas directement auprès des jeunes ; leur influence sur ceux-ci passe par celle des associations dont elles sont chargées de contrôler l'action.

Elles sont en particulier responsables, en relation avec les Directions régionales, des formations d'encadrants, qu'elles les organisent (brevets d'État) ou en délivrent les diplômes (BAFA, BAFD, par exemple). Elles contrôlent le respect, par les associations et autres structures d'accueil de jeunes, des dispositions réglementaires, notamment par des inspections lors des activités.

Parmi ces associations, la distinction est nette entre celles qui dépendent du secteur « sport » et celles qui relèvent du secteur « jeunesse » des DDJS :

- fédérations sportives avec leurs comités départementaux (réunies en un Comité départemental olympique et sportif, dont l'autorité est faible sur chaque discipline sportive),
- mouvements « d'éducation populaire » comme la Fédération Léo-Lagrange, les CEMEA, etc.

Les mouvements d'éducation populaire ont une forte proportion d'intervenants permanents, salariés. Ce qui leur donne une plus grande stabilité et les rend plus disponibles pour des stages, des réunions, des formations, donc pour la diffusion de messages de prévention. Ces intervenants sont des adultes de toutes générations au même titre que les enseignants.

Les mouvements sportifs fonctionnent essentiellement avec des bénévoles dont la formation est plus brève et concentrée sur des savoir-faire techniques et/ou administratifs. (Le scoutisme est dans le même cas, avec des bénévoles eux-mêmes jeunes pour l'essentiel, et une formation uniquement interne).

Pour cette raison et/ou par conviction de diffuser un modèle de vie « positif » à travers l'exercice de leur sport, les fédérations semblent ne pas se tourner aisément vers un modèle éducatif plus large intégrant la lutte contre le dopage<sup>10</sup>.

Les DDJS ont été mobilisées pour la prévention des drogues et des toxicomanies dès 1987, et ont suscité à cette occasion la création de réseaux de professionnels, à l'échelle locale (villes), dont certains fonctionnent toujours. Jusqu'à cette année, elles recevaient des « crédits MILDT » à utiliser dans le cadre d'appels à projets (les crédits sont désormais centralisés, dans chaque département, par le chef de projet, (cf. infra).

Au début des années 1990, elles ont été relayées dans leur fonction de « mise en réseau » par les DDASS, qui ont également bénéficié de « crédits MILDT », jusqu'à l'institution de « chefs de projets » en 1996, (cf. infra).

Les DDJS ont également une fonction de mise en réseau et de conseil, basée sur leur connaissance des activités extrascolaires, et gèrent à ce titre les Contrats éducatifs locaux (CEL<sup>11</sup>). Elles peuvent être maîtres d'œuvre d'activités de loisirs financées par l'État, comme dans le cas du dispositif Ville-Vie-Vacances.

### *La Direction départementale des affaires sanitaires et sociales<sup>12</sup>*

- Indépendamment de la désignation ou non d'un cadre de la DDASS comme chef de projet « drogues et dépendances ».

La DDASS a en charge toute la politique de prise en charge sanitaire des toxicomanes, et dans le domaine de la prévention, la politique de réduction des risques. Ce rôle est souvent tenu, outre par le directeur départemental lui-même, par un médecin-inspecteur ou un inspecteur de la DDASS.

La DDASS a un rôle prépondérant en matière de toxicomanie puisque la politique de la Direction générale de la santé concerne les CCAA<sup>13</sup> et les Centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST), (dont l'appellation, qui n'est pas encore passée dans l'usage, est depuis cette année « Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie », dénomination plus proche des activités et des préoccupations actuelles des CSST). La DDASS veille à l'implication des établissements de santé dans les dispositifs de soins aux toxicomanes. Du fait de ces contacts nombreux et anciens avec les institutions spécialisées en addictologie, la DDASS apparaît comme un point central de ce réseau :

*La DDASS est traditionnellement en contact avec les associations, comme financeur de projets, donc elle connaît (...) les partenaires. Association, Finistère*

---

<sup>10</sup> Dans deux des quatre départements enquêtés sur place (Oise, Finistère), le handball était cité comme une exception à ce cas général.

<sup>11</sup> [www.education.gouv.fr/cel/default.htm](http://www.education.gouv.fr/cel/default.htm).

<sup>12</sup> N'est évoqué ici que le volet « sanitaire » de la DDASS, celui dont nous avons rencontré des représentants au cours de l'évaluation. Le volet « social » n'est pas traité.

<sup>13</sup> Cependant, ceux-ci sont entièrement financés par la Sécurité sociale depuis 1999 : « La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions avait inscrit les CCAA - anciennement dénommés Centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) et créés par voie de circulaire - au rang d'institutions sociales et médico-sociales. L'article 35 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 avait, par la suite, mis intégralement à la charge de l'Assurance maladie les dépenses médico-sociales des CCAA alors que la mission de lutte contre l'alcoolisme relève de l'État. » (Rapport sénatorial Blanc sur le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale.)

Elle prépare la convention départementale d'objectifs « justice-santé » avec le CPDD, les autorités judiciaires, les services départementaux du ministère de la Justice.

Elle contribue également, sous le pilotage des DRASS, à l'élaboration, lors des conférences régionales de santé, des Programmes régionaux de santé (PRS), qui comportent des volets « jeunes », « alcool » ou « toxicomanies/dépendances » s'intégrant dans la politique de la MILDT. De même, elle participe à l'élaboration des Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS<sup>14</sup>).

### *La préfecture de département*

- Indépendamment de la désignation ou non d'un cadre de la préfecture comme chef de projet « drogues et dépendances ».

Les préfets représentent l'autorité de l'État dans les départements. À ce titre, ils sont signataires des multiples contrats associant l'État, à travers certains de ses services, aux collectivités territoriales.

La croissance des compétences des conseils généraux, à la suite des lois de décentralisation, a restreint les dimensions des services déconcentrés de l'État sur lesquels les préfets exercent une autorité directe — ceci entre autres dans le domaine social. Le rôle des préfets est cependant inchangé au sein du ministère de l'Intérieur dont ils relèvent, ayant :

- autorité sur les forces de l'ordre civiles, dont la police, et une coordination étroite avec les forces militaires dont la gendarmerie,
- responsabilité de contrôle sur les collectivités territoriales. Cela conduit en pratique leurs services à exercer un conseil préalable quant à la conformité des actes de ces collectivités à la réglementation.

Les préfets détiennent en outre la responsabilité de crédits interministériels, dont des crédits de formation complémentaires à ceux dont dispose chaque ministère<sup>15</sup>.

Dans presque toutes les régions, les préfets de départements sont chargés, par délégation du préfet de région, de l'instruction des demandes de subventions sur fonds européens.

En vertu de leur caractère interministériel, les préfectures sont chargées de nombreuses missions ayant ce caractère ; par exemple de la prévention routière : le délégué départemental à la sécurité routière est souvent en préfecture.

Les préfectures ont été chargées, en 2000-2001, de la coordination et de la rédaction des Projets territoriaux de l'État (PTE) concernant leur département (idem pour les préfectures de région). Élaborer de tels projets a pu poser problème dans la mesure où les préfectures n'ont pas, ou pas seules, la « responsabilité du territoire », qui est l'échelle de compétence des collectivités élues. Certains PTE ne sont donc que des « projets pour les services territoriaux de l'État ».

---

<sup>14</sup> Parmi les 26 PRAPS de première génération (2000-2002), 7 ont défini la prévention et la prise en charge des dépendances comme un objectif prioritaire et, pour au moins 11 d'entre eux, l'alcool est un thème prioritaire, également désigné par le PRS.

OFDT, *Drogues et dépendances : indicateurs et tendances 2002*.

<sup>15</sup> Indépendamment des crédits de formation interministérielle « MILDT », dont ils peuvent disposer en tant que chefs de projets « drogues et dépendances ».

En conclusion, la prévention des drogues et des dépendances ne concerne donc les préfetures que de façons indirectes, mais multiples :

- impact sur l'ordre public et sur le travail des forces de l'ordre, (cf. dossier récent des rave-parties) ;
- impact sur la sécurité routière (alcool, cannabis...) ;
- lien avec les politiques contractuelles locales et départementales.

La caractéristique la plus marquante des préfetures par rapport aux autres administrations de l'État est leur capacité de contact avec un grand nombre d'acteurs ayant autorité ; cette aptitude s'étendant pour ce qui concerne les drogues et les dépendances, au volet « préventif », comme au volet « répressif ». En revanche, les préfetures n'ont guère de contact direct avec les associations.

Les principaux cadres des préfetures sont le préfet, le secrétaire général, le directeur de cabinet, le directeur des affaires interministérielles, les sous-préfets d'arrondissement. Les préfetures des départements concernés par les politiques de la ville ont un « sous-préfet Ville ».

### *La Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle*

Cette administration est essentiellement sollicitée localement :

- pour l'information des médecins du travail de l'approche de prévention de la MILDT et des interlocuteurs locaux (voire l'intégration des problématiques de consommation de substances psychoactives dans leur rôle réglementaire de vérification de l'aptitude au travail et dans un rôle de prévention vers les entreprises),
- pour l'insertion professionnelle des anciens détenus toxicomanes.

Son rôle est relativement mineur par rapport à la politique de la MILDT.

### **Les collectivités locales**

#### *Le conseil général*

Acteurs principaux des politiques d'aide sociale, les conseils généraux peuvent, dans certains cas, se positionner comme acteurs centraux et coordinateurs de la lutte contre les drogues et les dépendances : les cas des conseils généraux du Nord, des Hauts-de-Seine, de Seine-Saint-Denis sont connus.

Dans les quatre départements étudiés sur place par les évaluateurs, le conseil général apparaît comme un acteur mineur, peu impliqué sur ce sujet.

Un exemple de contribution possible : dans le cadre de sa mission de gestion des structures d'insertion (parfois formalisée par un Plan départemental d'insertion), le conseil général peut financer des actions d'insertion de toxicomanes conduites par des CSST. C'est par exemple le cas dans les Pyrénées-Atlantiques.

### *Les communes*

Selon l'importance de la problématique sur la ville et pour les élus, certaines communes se sont engagées dans des politiques de lutte contre la toxicomanie et de prévention des dépendances. Elles financent des associations, des animateurs ou des chargés de mission. Elles ont parfois — dans le cas de grandes villes — leur politique et leur service propre (Mission Sida et Toxicomanie de la Ville de Marseille par exemple) ou contribuent financièrement à des actions de prévention réalisées par des associations dans les établissements scolaires (quelques communes du sud du Pays basque, comme Saint-Jean-de-Luz, Ciboure, Guéthary).

### **Les institutions de la santé**

#### *La Caisse primaire d'assurance maladie*

Les Caisses primaires d'assurance maladie disposent de services de prévention et d'éducation à la santé, à vocation généraliste. Leurs orientations sont fixées par le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) qui gère le Fonds national de prévention et d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS).

Depuis cette année (2002), l'alcool fait partie des orientations nationales du programme de prévention de la CNAM, au même titre que le tabac, la vaccination, l'hygiène bucco-dentaire, les accidents de la vie courante, le Sida et les MST, et la nutrition. Par exemple, en matière de tabac, la CPAM de Marseille offre des plans de sevrage tabagique sur cinq jours.

Dans une moindre mesure, des adaptations locales peuvent être établies par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), et par le Conseil d'administration de la Caisse primaire d'assurance maladie du département. La CPCAM<sup>16</sup> de Marseille a inclus la toxicomanie dans ses priorités locales<sup>17</sup> : elle finance l'achat d'automates de distribution de seringues et subventionne un CSST sur sa dotation sanitaire et sociale (qu'elle peut utiliser librement).

L'articulation de la démarche des PDP avec les actions des CPAM dépend donc :

- de la concordance avec les orientations nationales et, dans une moindre mesure locales (budget plus faible),
- des liens constitués entre le CPDD, et les chefs des services prévention ou promotion de la santé de la CPAM.

Les CPAM sont en relation avec les DDASS ou les DRASS, certaines communes ou associations, la médecine du travail.

Les CPAM participent en outre aux dispositifs des PRS et des PRAPS.

#### *Les associations d'aide aux toxicomanes*

Créés pour appliquer « l'injonction thérapeutique » définie par la loi de 1970, les Centres de soins spécialisés aux toxicomanes dépendent souvent d'associations spécialisées.

---

<sup>16</sup> Caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

<sup>17</sup> Suite aux sollicitations d'un élu de Marseille, J.-F. Mattei, à l'origine de la Mission Sida et Toxicomanie de la Ville de Marseille.

Certaines d'entre elles visaient à la fois le soin aux toxicomanes et la prévention des drogues dures. La situation géographique des centres de soins « fermés », en milieu rural, a pu les éloigner, dans les années 1980, des problématiques de prévention primaire. À l'inverse, le développement de la substitution depuis 1993, l'ouverture des structures à « bas seuil » (« boutiques »...), ont pu d'une part les « médicaliser », d'autre part les « ramener en ville » et les réimpliquer sur des actions en faveur de la population générale<sup>18</sup>. La réduction des risques en site festif, au point de convergence de ces deux évolutions, fait assez naturellement partie de leur champ d'action.

Leur activité en prévention « primaire » — sensibilisation dans les écoles par exemple — varie d'une association à l'autre mais, parmi celles rencontrées dans l'évaluation, n'apparaît jamais comme centrale.

Une association indique ainsi que, pour assurer l'activité de soins aux toxicomanes, « avec la réduction des budgets de la DGS, on doit utiliser les budgets prévention ». [citation à préciser]

Cela peut se rapporter au fait que, contrairement à la plupart des autres structures, elles ont une mission de gestion (de personnes, de soins, de fonds) en matière de toxicomanie, mission dont les résultats sont relativement mesurables, ce qui contraste avec l'activité de prévention en population générale.

- Ceci peut être étendu à d'autres organisations, chargées de la prise en charge de mineurs en situations difficiles :

*Le Service de prévention toxicomanie est la danseuse du service, un élément mineur dans les actions de l'association. Association spécialisée*

L'effectif de ces associations peut être de quelques dizaines de salariés dans un département.

Elles sont souvent en lien avec un grand nombre d'acteurs institutionnels au plan local et départemental : DDASS, structures hospitalières spécialisées, CNAM, conseil général, municipalités, Éducation nationale, maisons d'arrêt, PJJ...

### ***Les hôpitaux et les médecins hospitaliers***

De nombreux praticiens hospitaliers jouent un rôle éminent dans les réseaux professionnels œuvrant sur la prévention.

Les services hospitaliers et les praticiens sont, au départ, spécialisés par pathologie donc par substance : lien entre la tabacologie et la cancérologie ou la pneumologie, entre l'alcoologie et la gastro-entérologie (et la diététique)...

Comme les associations, les hôpitaux peuvent gérer des Centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CCST) (exemple du CHU de Brest). Les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) dépendent en général également des hôpitaux, tout en ayant fréquemment un statut associatif.

---

<sup>18</sup> L'évolution des consommations et des traitements vient affecter leur organisation. Parmi leurs effectifs suivis, les associations constatent l'augmentation des jeunes ayant un usage problématique du cannabis (forte consommation) et des toxicomanes sous Subutex®, éventuellement hors prescription médicale. Cela modifie les conditions de prise en charge : la prise de Subutex® est aisée contrairement à la méthadone injectée en lieu médicalisé ; les lieux de postcure, fréquentés par les héroïnomanes, sont inadaptés aux usagers de cannabis.

Depuis une dizaine d'années, les consultations en alcoologie, tabacologie, addictions, se multiplient, conformément aux directives nationales. Ces disciplines sont parfois associées (deux d'entre elles ou les trois) dans une même consultation. L'élargissement des compétences à partir de l'une des disciplines suscite des besoins de formation. Les praticiens semblent y voir une évolution cohérente avec celle des pathologies elles-mêmes (croissance des polyconsommations).

Les médecins hospitaliers allient souvent compétence professionnelle quant à une pathologie et/ou à des publics, et implantation locale sur le long terme leur donnant une forte position politique (exemple dans le Finistère). Cela en fait parfois des interlocuteurs incontournables dans le réseau « prévention » même si leur activité et leur compétence, de même que celles des associations qu'ils patronnent à la frontière de l'univers hospitalier, sont bien plus axées sur le soin que sur la prévention.

### *Le réseau des Comités d'éducation pour la santé*

Les Comités d'éducation pour la santé — national (CFES), régionaux (CRES), départementaux (CODES) — ont chacun une structure juridique d'association loi 1901. Ils sont indépendants les uns des autres, mais fonctionnent sur des financements publics, comparables d'un lieu à l'autre. Leur existence n'est pas systématique. Ainsi l'Oise, contrairement aux deux autres départements picards, n'a pas de CODES mais une implantation locale du CRES.

Structures composées de quelques permanents salariés, les CRES/CODES ont principalement un rôle de centre de documentation et un rôle de formation. Ils peuvent également intervenir comme conseils sur le montage de projets.

### *Autres structures*

Certaines associations de prévention « thématiques », souvent liées au milieu hospitalier, jouent un rôle important, comme la Ligue contre le cancer ou l'Association nationale de prévention de l'alcoolisme (ANPA), représentée dans les départements par ses Comités départementaux (CDPA). Il existe des associations locales du même type. Des associations d'anciens alcooliques jouent également un rôle dans la prévention, comme Vie Libre.

Les « points écoute jeunes » (et/ou « Points écoute parents ») sont présentés par les textes émanant de l'État comme un dispositif unifié issu du programme gouvernemental de lutte contre la toxicomanie de 1995. Financés par l'État, ils sont souvent issus d'initiatives locales ou associatives et leur répartition sur le territoire est très inégale. Nous renvoyons à l'évaluation spécifique qui a été menée à ce sujet en 2000 par le RESSCOM pour l'OFDT.

- Le rôle de ces différentes structures peut être sous-représenté dans la présente évaluation en raison du faible nombre de contacts que les évaluateurs ont eu avec elles. La répartition de nos contacts a souvent été à l'image des réseaux de partenaires les plus directement associés à la démarche de programmation départementale « drogues et dépendances ». Notamment, la représentation modeste des acteurs « alcool », à l'exception du Finistère, contraste avec les résultats de l'enquête menée en fin d'évaluation auprès des chefs de projets, qui mettent presque unanimement l'alcool en tête des substances les plus préoccupantes.

### **Les institutions « drogues et dépendances »**

#### *Le chef de projet « drogues et dépendances »*

Sous l'autorité du préfet (et désigné par lui), le chef de projet chargé de la coordination départementale de la lutte contre la drogue et de la prévention des dépendances met en œuvre la politique interministérielle au niveau départemental<sup>19</sup>. Son rôle est d'animer la politique locale dans ce domaine dans la lutte contre la drogue et la prévention des conduites addictives, notamment à partir de l'élaboration d'un programme départemental de prévention drogues et dépendances.

Dans l'annexe 3, relative à la Circulaire « Lutte contre la drogue et prévention des dépendances », le Premier ministre, s'adressant aux préfets, évoque ainsi les différentes missions des chefs de projets :

- *établit l'état des lieux des actions et structures existantes, tant dans les domaines de la prévention, de la formation, des soins et de l'insertion que dans celui de la sécurité publique et de la sécurité routière ; à cette fin, les services de l'État lui transmettent les indicateurs et les données chiffrées concernant ces activités ;*
- *diffuse les informations et documents transmis par la MILDT auprès de ses partenaires institutionnels et associatifs ; il veille à l'harmonisation des actions de communication locale avec le programme national de communication ;*
- *prépare la convention départementale d'objectifs « justice-santé » avec les autorités judiciaires, les services départementaux du ministère de la Justice et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, selon les modalités définies par la note d'orientation du 12 février 1999 ;*
- *participe aux différentes instances départementales ou locales de la politique de la ville, notamment dans le cadre de la préparation des contrats d'action de prévention pour la sécurité dans la ville et des contrats locaux de sécurité, ainsi qu'à l'élaboration du plan départemental d'actions de sécurité routière ;*
- *prépare les propositions de financement d'actions, dans le cadre des crédits déconcentrés par la MILDT à cet effet, en tenant compte de ceux délégués par les différents ministères ; le chef de projet et les responsables des services déconcentrés se tiennent régulièrement informés des difficultés qu'ils rencontrent ;*

---

<sup>19</sup> Les entretiens menés pour cette évaluation, et les programmes départementaux étudiés, ne font jamais mention d'un niveau régional de coordination « drogues et dépendances ».

- examine avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur régional des affaires sanitaires et sociales l'implication des établissements de santé dans les dispositifs de soins aux personnes concernées ;
- organise chaque année avec le directeur départemental de la jeunesse et des sports, qui aura pris l'avis du directeur régional, une réunion consacrée à la consommation de produits dopants et de substances psychoactives en milieu sportif ;
- tient un tableau de bord afin de disposer de données concernant les différentes actions des services et des structures concourant aux politiques menées ;
- veille à l'évaluation des actions et des projets ; à cet effet, l'élaboration de conventions précisant les objectifs de l'action, l'ensemble des crédits mobilisés ainsi que les modalités d'évaluation, doit être encouragée ;
- établit le rapport annuel global de la politique départementale de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances et le présente au comité de pilotage.

Le chef de projet pourra s'appuyer pour l'exercice de sa mission sur les « centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances » qui seront créés dans le cadre du présent plan. Ces centres, à vocation régionale ou départementale, rassembleront la documentation disponible et apporteront l'appui méthodologique nécessaire à la mise en œuvre d'actions de prévention ou de formation. Le chef de projet en suscitera la création en tenant compte des compétences et des structures déjà existantes.

Afin que la coordination soit assurée au niveau régional et interdépartemental, les préfets de région veilleront, en liaison avec les préfets de département, à ce qu'une réunion des chefs de projets se tienne au moins une fois par an. Ils désigneront à cet effet un coordonnateur régional. Celui-ci alimentera notamment les réflexions de la conférence régionale de santé pour ce qui concerne les dépendances aux substances psychoactives et veillera corrélativement à la diffusion des recommandations de la conférence.

La façon dont la mission du chef de projet est assurée dans la pratique est largement évoquée dans le présent rapport.

### ***Le Centre d'information et de ressources drogues et dépendances (CIRDD)***

Le CIRDD doit répondre aux besoins locaux d'information dans le domaine des dépendances, tant aux substances illicites qu'aux produits licites : alcool, tabac et médicaments psychoactifs.

L'appellation de « CIRDD » est souvent attribuée, avec les missions et les crédits afférents, à des associations possédant déjà des centres de documentation et d'information, comme par exemple le Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), le Comité départemental de prévention de l'alcoolisme (CDPA) ou le Comité régional d'éducation pour la santé (CRES).

Le CIRDD est à la disposition des chefs de projets « drogues et dépendances » pour les fonctions suivantes : documentation et information ; observation ; ingénierie sociale et appui technique aux chefs de projets.

Il peut ainsi aider le CPDD à élaborer le diagnostic local du programme départemental de prévention (PDP). Il a un rôle de conseil méthodologique, d'études, d'analyse des besoins locaux, de création ou d'expertise d'outils pédagogiques.

Il peut aussi, selon les départements, être sollicité par les institutions représentées à son comité de pilotage, les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale et les associations spécialisées ou non, pour l'appui technique et le soutien méthodologique à leurs actions.

Le Comité de pilotage d'un CIRDD peut aussi constituer un lieu d'échanges et de débat ouvert à tous les acteurs, comme c'est le cas dans les Bouches-du-Rhône.

En 2001, il y a 40 CIRDD à vocation départementale ou interdépartementale.

#### **4) Réflexions sur les pratiques de prévention, autour des informations recueillies dans l'évaluation**

*Comment les jeunes sont-ils « atteints » par la prévention, et comment réagissent-ils ?*

Cette question n'est naturellement pas couverte par la présente évaluation : les enquêtes menées auprès des jeunes sont un outil plus adapté pour y répondre, qu'une recherche centrée sur les fonctionnements institutionnels et professionnels.

Cependant, les professionnels interrogés se sont souvent prononcés, à la demande des évaluateurs, sur ces questions ; on rend compte ici d'éléments de résultats en ce sens, et des questions que posent ces éléments de résultat.

- Toute cette annexe doit être considérée comme l'expression d'opinions par les évaluateurs, même si elle s'appuie sur des éléments de l'évaluation, et que certains passages sont spécifiquement mentionnés comme de libres développements à partir de ces observations.

#### **Constats sur l'impact possible des actions de prévention**

Les intervenants s'accordent globalement sur leur perception des demandes ou attentes des jeunes en matière de prévention ; ces analyses convergent avec nos propres investigations (réunion qualitative d'un groupe de six adolescents dans les Bouches-du-Rhône).

- Les messages « choc », qui apparaissent progressivement dans la communication de masse mais très peu dans la communication de proximité, sont demandés et appréciés. Ils « font parler ».
- L'information concrète, riche de contenu humain, est également appréciée. Les élèves souhaiteraient rencontrer des personnes malades, dépendantes, guéries... en tout cas concernant les produits qui gardent une part de secret (drogues dures, alcoolisme).
- Les brochures et dépliants MILDT — si elles ne répondent sans doute pas à ce besoin de « contact humain », contrairement à d'autres<sup>20</sup> — comportent une information descriptive concrète très appréciée par les jeunes.

---

<sup>20</sup> Comme la brochure *Les premières fois* (CFES), sur les premiers rapports sexuels et la prévention des MST. Elle comporte nombre de témoignages réels d'adolescent(e)s.

- La diffusion des CESC — qui n'est pas seulement due au plan triennal ou aux programmes départementaux mais aussi à la politique propre de l'Éducation nationale<sup>21</sup> — donne un terrain plus favorable aux initiatives de prévention, notamment en mettant en relation l'école et d'autres institutions (gendarmerie, commune...).

Cependant, la diffusion de la prévention ne peut être supposée proportionnelle à celle des CESC : beaucoup d'actions se font hors CESC et beaucoup d'entre eux n'ont d'existence que formelle ou « minimale », le chef d'établissement ne les ayant constitués que par obéissance à la consigne hiérarchique.

- Si l'alcool est un problème pour les jeunes, c'est au moins aussi souvent sous l'angle des problèmes de dépendance ou de violence des *parents*, que sous l'angle de leur consommation personnelle, dont ils ne perçoivent pas toujours le danger (logique de « prévention des risques » pour la famille d'un parent alcoolique).

La formule à laquelle on pense le plus souvent quand il s'agit « d'actions de prévention » est celle des interventions d'une à trois heures dans les classes, sous une forme proche du cours ou sous celle de théâtre-forum. Ce type d'interventions suscite beaucoup d'interrogations quant à leur efficacité :

- **Quantitativement, on n'atteint semble-t-il qu'une minorité des jeunes,** même au seuil d'une seule action par scolarité ; resterait cependant à faire des mesures d'incidence partant des écoles elles-mêmes ou des élèves :
  - ❖ les bilans par intervenant sont partiels et demanderaient à être consolidés (tous ne sont pas renseignés en nombre d'élèves ni même de classes) ;
  - ❖ les bilans partant de ce qui est inscrit au Programme départemental donneraient à tort des chiffres minimes : seules sont inscrites au Programme et financées par les crédits MILDT des actions très particulières (innovantes et/ou consommatrices de crédits).

Dans le cas du Finistère, les bilans quantitatifs sont plus impressionnants et plus précis. Une forte proportion d'élèves est sans doute touchée par plusieurs actions, si bien que le problème de la répétitivité des messages vient à se poser.

- Certes, le plan triennal prône la répétition de messages de prévention de préférence à une action unique. Mais plusieurs messages ponctuels successifs ne font pas une continuité.

- **Qualitativement, une partie des interviewés doute de l'impact de telles actions**

*[C'est] un cours de moins, mais [ça n'a] aucun intérêt. [Et si c'est] en supplément, personne ne viendra. [Il reste] du travail à faire avec l'Éducation nationale. (Finistère).*

---

<sup>21</sup> Notamment par rapport aux questions de « citoyenneté » : lutte contre la violence à l'école, les exclusions, les incivilités ...

Ce doute est peut-être excessif : d'autres interviewés regrettent l'absence de connaissances fiables à ce sujet :

*« Il faudrait d'abord qu'on soit en capacité d'évaluer quelque chose. Il n'y a pas vraiment d'histoire de la prévention en France, il y a pourtant des dizaines d'années [qu'on en fait]. [Ce qu'on dit dans] les grand-messes, ?même si on n'en touche qu'un, c'est déjà gagné?... c'est vraiment [idiot]. » (Association gérant des CSST)*

*« [Il serait] intéressant de développer les réflexions sur les outils en milieu primaire : l'Éducation nationale. » (Finistère)*

Certains mettent aussi en cause le décalage entre l'approche actuelle de « l'éducation pour la santé », globale, responsabilisante, faisant la promotion de l'estime de soi, et l'approche pédagogique dans laquelle sont formés les enseignants français, basée sur la correction d'erreurs et la valorisation de l'élève méritant (en fait le plus doué) aux dépens des « médiocres ». Cette pédagogie stresse les jeunes et suscite la prise de produits... que l'éducation pour la santé prétend contrer (idée développée par un médecin inspecteur de DDASS).

### **Enjeux suggérés par cette situation quant à la stratégie de prévention**

**Plusieurs des acteurs rencontrés manifestent une demande** quant à une stratégie de prévention clairement affirmée et adaptée à la situation actuelle.

On peut définir des stratégies selon de multiples caractéristiques : le type de message, l'objectif de prévention, son échelle, etc.

#### *Stratégie de prévention : quel type de message ?*

Concernant le type de message, les options suivantes sont rencontrées dans les actions financées par les PDP, ou évoquées par les interviewés.

- Les commentaires en sous-alinéa et petit caractère sont des suggestions des auteurs et non des conclusions de l'évaluation.
- Message informatif et/ou responsabilisant.
  - Dans ce cas le point clé est la crédibilité de l'information, pour que le jeune (responsable) puisse totalement s'appuyer dessus dans ces décisions. L'informateur le plus crédible serait l'ex-fumeur, l'ex-alcoolique, l'ex-toxicomane. Ils sont très peu, ou pas, mobilisés.
  - Une variante est la diffusion et l'explicitation de la loi. L'informateur le plus crédible est alors le représentant des forces de l'ordre ou de la justice.
- Message interpellant, créant le débat et le dialogue, cassant le consensus implicite qui protège certaines pratiques dangereuses.
  - Dans ce cas, le message doit contourner le niveau du discours habituel, mettre les jeunes devant la réalité qu'ils se cachent : ce peut être le rôle des images choc, des visites d'hôpital ou encore du théâtre-forum.
- Message éducatif « en positif », démonstratif.
  - Il s'agit de faire expérimenter le bénéfice d'une vie saine, indépendante, etc. Cette stratégie peut être appliquée en prévention « tertiaire » dans un but de sevrage (communautés thérapeutiques...). Il est à notre avis difficile d'y articuler un message de prévention primaire, sauf à pouvoir s'appuyer sur des expériences déjà partagées, (cf. message « fumer, c'est pas dans ma nature »).

- Cette difficulté peut être à l'origine des blocages rencontrés par les messages de prévention dans les structures dont la vocation est précisément de diffuser des schémas positifs de savoir (Éducation nationale) ou de performance (sport).
- Message normatif, diffusant en exemple de « bons » modèles.
  - Cette stratégie, proche de la précédente, consiste à proposer des modèles cohérents de comportement. Celui du « sportif », souvent utilisé dans les années 1980, souffre de la réalité du dopage. Plus largement, ce type de message est difficile à porter dans la relation de proximité par des adultes qui ne correspondent pas, par définition, au modèle.
- Message injonctif : « Ne faites pas ça. »
  - Cette stratégie est actuellement abandonnée, même par les intervenants issus des forces de l'ordre. Elle suppose, soit une autorité considérable du porteur de message (ce qui ne peut guère être le cas dans la relation aux adolescents, si le porteur du message est adulte), soit une grande absence, un caractère très mystérieux de la situation à éviter (exemple pour la prévention du suicide : « ne fais pas ça »).

Sur la base des éléments dont ils disposent, les évaluateurs ont le sentiment que :

- tous ces types de message seraient cohérents avec la « culture commune » ;
- ceux qui lui sont les plus conformes sont les messages informatif, interpellant et éducatif ;
- les plus représentés dans les programmes départementaux et les actions qu'ils financent, suivent les modèles informatif et éducatif ;
- le message informatif rencontre, *a priori*, les plus grandes chances de succès, en tout cas dans le cadre scolaire, mais les intervenants actuellement retenus pour porter ce message ne sont pas forcément ceux qui auraient les meilleures chances de succès.

### *Stratégie de prévention et objectifs visés*

On peut aussi aborder la stratégie de prévention selon les objectifs qu'elle se fixe, par exemple :

- 1. Que les gens soient en meilleure santé.
- 2. Que les gens soient plus autonomes.
- 3. Que les gens soient moins dangereux pour leur entourage.
- Etc.

Il est évidemment difficile à une institution d'État de chercher à préciser ses objectifs en de tels termes, puisqu'ils sont définis par les textes réglementaires. Dans les évaluations de politiques, il revient à l'évaluateur de restituer, par analyse de ces textes, les objectifs les plus déterminants de la politique. Dans le cas de la présente étude, redéfinir les objectifs globaux de la prévention sortait du cadre de l'évaluation (qui se limite à l'outil « programmes départementaux »).

La réflexion des évaluateurs les conduit à souligner que ces alternatives d'objectifs peuvent avoir des conséquences en termes de substances et d'usages contre lesquels lutter en priorité. On peut analyser en ces termes la forte préoccupation quant à l'alcool affichée presque unanimement par les chefs de projets, qui sont de par leurs fonctions animés d'une préoccupation majeure de santé (DDASS) ou de sécurité publique (préfectures).

Par exemple — à titre de « *brainstorming* » uniquement — cela pourrait conduire à des priorités comme les suivantes :

- 1 (meilleure santé). Priorité possible à la lutte contre le tabac, les drogues dures, l'abus de médicaments psychotropes, et contre les consommations élevées d'alcool ou de cannabis.
  - En prévention primaire, cela rendrait par exemple importants les témoignages, la visualisation, avec une orientation « médicale » : percevoir concrètement les risques réels encourus.
  - Pour réduire les risques sanitaires parmi les gens en situation de dépendance, la méthode adaptée pourrait être la présence sur les lieux de consommation aiguë, la promotion de produits de substitution au tabac ou à l'héroïne...
- 2 (autonomie). Priorité à la lutte contre les dépendances, possible d'une part auprès des personnes dépendantes (sevrage...), d'autre part en prévention primaire :
  - Les témoignages pourraient avoir une importance particulière, avec une orientation « psychologique » : faire percevoir aux jeunes qu'on risque, avec ces produits, de ne plus être soi-même.
- 3 (sécurisation de l'entourage). Priorité à la lutte contre la conduite en état d'ivresse, sous médicament psycho-actif ou substance psychotrope ; à la lutte contre le tabagisme passif...
  - Cela donnerait peut-être une importance particulière à la loi, aux règles sociales, qui trouvent ici une légitimité particulièrement évidente : chacun doit s'imposer à lui-même une consommation sans impact négatif pour autrui.

Si on évoque, au conditionnel, de telles pistes, c'est pour souligner par contraste la rareté de stratégies *de ce type*, construites sur une « théorie d'action<sup>22</sup> », en prévention primaire, par contraste avec la réduction des risques pour les personnes dépendantes (supra, seconde composante de la stratégie 1).

Cette rareté est particulièrement visible dans le cas des Programmes départementaux : si la plupart intègrent un diagnostic de la situation locale, il en est rarement tiré une stratégie d'intervention de prévention, au-delà d'une priorité donnée à certains produits (alcool et associations avec l'alcool, dans le Finistère...). Les grandes lignes de la démarche posée se résument souvent à la diffusion de la « culture commune », assurant plus de cohérence entre acteurs, et à la juxtaposition des moyens et réalisations de ceux-ci.

---

<sup>22</sup> Terme du vocabulaire évaluatif : une théorie d'action est un ensemble d'hypothèses sur les liens entre les actions menées et les effets qui en sont attendus.

### *Stratégie de prévention et mode de transmission des messages*

En prenant du champ par rapport au modèle de « l'intervention en classe », on peut distinguer deux modes ou situations de transmission de messages de prévention : mode « actif » et mode « réactif », qu'on peut encore baptiser modes « sortant » et « entrant » ; ceci étant indépendant de la distinction entre les niveaux « primaire, secondaire, tertiaire » d'éducation ou de prévention :

- mode actif : un porteur du message s'adresse à un public,
- mode réactif : un détenteur du message accueille un porteur de questions.

On peut croiser ces deux modes avec l'échelle d'action, locale ou nationale :

	Prévention active	Prévention réactive
Échelle locale	Interventions en classe sur demande de l'établissement Organisation d'une conférence couverte par la presse Animation d'une « journée » sans alcool, sans tabac... Interventions au micro dans une fête (annonce du DJ...)	Intervention en école suite à incident de santé, arrestations... Stand sur une fête Sleep-in, boutiques Visite d'un élève à l'infirmerie scolaire En cas d'arrestation, de convocation : comportement et discours des forces de l'ordre, de la justice Comportements et discours des enseignants, parents, etc., sur des événements médiatiques
Échelle nationale	Messages publicitaires Informations parues dans les médias Discours de politiques ou de scientifiques Conception, édition, mise en vente de supports de communication	Numéro 113 « Drogues Alcool Tabac Info Service »

On observe que **la prévention réactive est difficile à l'échelle nationale** — les « écoutants » appelés à un numéro comme le 113 vont d'ailleurs souvent chercher à aiguiller l'appelant vers un interlocuteur local.

Le débat sur la prévention active se focalise au contraire sur le niveau national, les publicités à la télévision... nombre d'acteurs doutant de l'impact des actions menées localement.

À partir de cette analyse « typologique », du mode de transmission des messages, **on pourrait imaginer que les PDP se concentrent sur la prévention réactive.**

Mais ce ne semble pas être ce qui est attendu d'eux par le niveau national. Ainsi, le référentiel d'évaluation du plan triennal cite les « Programmes départementaux » comme seules mesures (ou indicateurs de réalisation) pour les objectifs « éviter l'initiation et retarder la première consommation », et « éviter l'évolution d'un usage simple vers un usage nocif et vers la dépendance » — c'est-à-dire les objectifs les plus typiques de la prévention active.

*Stratégie de prévention : quelles substances sont visées par la lutte contre les « dépendances » ?*

**Une autre alternative stratégique importante concerne l'élargissement de la lutte contre les toxicomanies, à l'alcool ou au tabac.**

L'élargissement « drogues et dépendances » viserait logiquement le tabac et l'alcoolisme chronique. L'alcool et le tabac apparaissent bien comme les deux substances les plus « préoccupantes » aux yeux des chefs de projets interrogés dans l'enquête finale.

Or, les préoccupations opérationnelles des acteurs départementaux rencontrés, quant aux *publics jeunes*, ne visent pratiquement jamais le tabac (sauf acteurs de l'« éducation pour la santé ») mais plutôt les consommations de produits *psychoactifs* : cannabis, combinaisons alcool-médicaments, nouveaux produits de synthèse...

*Les effets du tabac commencent tout juste à être mis en évidence. (Programme départemental du Finistère, p. 13).*

L'enjeu des *dépendances* n'est pas toujours posé comme pertinent, (cf. dans notre guide d'entretien la question : « Quand est-ce qu'une consommation devient problématique ? » La « dépendance » est un critère qui ressort parfois dans la réponse, mais pas toujours : ce peut être le caractère illicite, ou plus souvent le danger pour la santé).

L'enjeu qui légitime l'intervention d'acteurs publics peut être, par exemple, celui du *danger pour la santé ou pour autrui*, celui du *respect de la loi*, ou celui de la personne elle-même (consultation, demande d'écoute). La *dépendance* ne semble pas toujours suffire à légitimer la mobilisation de l'intervention publique. Ainsi l'alcoolisme chronique n'est qu'à la frontière du champ des programmes :

*[Il y a dans le département] un nombre important de personnes en difficulté avec l'alcool mais qui ne requièrent aucun soin. (Programme départemental du Finistère, p. 6)*

De ce point de vue, le glissement sémantique « drogues et dépendances » témoignerait malgré lui de la prégnance de la vision traditionnelle selon laquelle « les drogues douces mènent aux drogues dures ».

## **5) Liste des personnes interviewées**

### **MILDT**

- Michel ERLICH, MILDT
- Isabelle BILGER, MILDT
- Jean-Louis MARTINEZ, MILDT
- Liliane CHALON, MILDT
- Monique REUZE, MILDT

### **Bouches-du-Rhône**

- Étienne ZURBACH, AMPT, Responsable service prévention, Responsable CIRDD PACA
- M. TANCHE, AMPT, Directeur
- Pierre TOUBIANA, Ville de Marseille, Responsable de la Mission Sida, Toxicomanie, et Prévention des conduites à risques
- Mylène FRAPPAS, Ville de Marseille, Chargé de mission à la Mission Sida, Toxicomanie, et Prévention des conduites à risques
- M. VIDAL, Adjoint au chef de projet « Drogues et Dépendances », préfecture de police
- Jean-Pierre PALLAREA, Caisse primaire centrale d'assurance maladie (CPCAM), Sous-directeur du développement social et de l'action sanitaire et sociale (dont le service prévention santé)
- Nathalie GAROFALO, Caisse primaire centrale d'assurance maladie (CPCAM), Service prévention santé, Animatrice de prévention
- Jean-Luc L'HOTELIER, gendarmerie, Formateur relais antidrogues (FRAD)
- Dr CORUBLE, DDASS, Chargé de mission Toxicomanie
- Mme GUIBERT, CDPA
- Mme DURAND, Éducation nationale, Coordonnatrice CESC
- Jean-Louis MARTINO, Éducation nationale, Coordonateur CESC
- Mme SARRAT, Éducation nationale, Personne ressource, Proviseur
- Mme PELLEING Éducation nationale, Personne ressource, Infirmière conseillère technique

Réunion de jeunes de 13 à 16 ans de collèges et de lycées marseillais différents (moitié garçons/ filles)

### **Finistère**

- Mr BEAL, Chef de projet « Drogues et Dépendances », Directeur de la DDASS du Finistère, à Quimper
- Dr Alain MEVEL Adjoint au chef de projet, médecin inspecteur, à Quimper

- Dr Francine SEZNEC Inspection Académique, Service de promotion de la santé en faveur des élèves (Personne Ressource service médical), Régine PAUGAM Inspection Académique, (Personne ressource service infirmier) à Quimper
  - Dr Pierre BODENEZ CSST (Centre spécialisé de soins aux toxicomanes) et ADI (Accueil drogue information) de Brest
  - Docteur SAROT, Département santé environnement Ville de Brest, à mi-temps au Point accueil H de Brest
  - Madame LEMOIGNE, CPAM de Brest,
  - Michel ABALEA, CDPA 29, (Comité départemental de prévention de l'alcoolisme du Finistère, à Brest
  - Jacqueline BOURBIGOT, ACMLT, (Association de coordination des moyens de lutte contre la toxicomanie), Morlaix
  - Dominique ODOT, Directeur de l'ASEA, (Association pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence, service de prévention des toxicomanies), à Brest
  - Adjudant-chef Jean-Paul PAGE, gendarmerie nationale, BPDJ, (Brigade de prévention de la délinquance juvénile) Le Relecq-Kerhuon, Brest
  - Luc DUROUCHOUX, CIRDD, Centre d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances pour les départements 29 et 58
  - David SEBAN, Président de l'association Aides, pour le Finistère, Quimper
  - Kamel GELOUL, Directeur de l'association APICA, Brest
  - Pierre ROUDOTTE, gendarme de la Brigade BPDJ, qui travaille en partenariat avec l'association Apica, (Brest), sur des actions d'information dans les lycées.
- Réunion de Groupe (enseignants, service infirmier et parents), le 18/03/02 dans un collège de Brest

### **Pyrénées-Atlantiques**

- Maryse PUYO, Chef de projet « Drogues et Dépendances »
- M. LACO, Directeur départemental de la jeunesse et des sports,
- Mme DANET, DDASS,
- M. DUPONT, Éducation nationale, Inspecteur d'académie.
- Danièle MALBET, Conseiller technique de l'inspecteur d'académie, Assistante sociale, Service promotion de la santé, personne ressource MILDT.
- Christian LAINE, Béarn Toxicomanies
- Dr Christian PUERTOLAS, CIAT
- Jean-Luc PRADEILLE, BIZIA, Médecins du Monde
- Jean-Pierre DAULOUED, BIZIA, Médecins du Monde
- Michel CASTAGNE, ARIT
- Catherine VIDAL, CDPA
- Colette LANUSSE, Ligue contre le cancer

## Oise

- Carole ROUSSEAU, Éducation nationale, Infirmière conseillère technique de l'inspection d'académie
- Mme OSMONT, DDJS
- Mme MAUGARD, Infirmière conseil, Direction départementale protection judiciaire de la jeunesse
- Dr SIROT, DDASS, Médecin-inspecteur
- Patrick LAPOUZE, Directeur de cabinet du préfet de l'Oise, Chef de projet drogues et dépendances
- M. DEMANGE, SATO (Service de l'aide aux toxicomanes de l'Oise)
- Nancy BUSER, Relais Oise du CRES

## **6) Liste des réunions**

Trois réunions ont eu lieu :

- une réunion avec des collégiens et lycéens (Bouches-du-Rhône) ;
- une réunion d'associations (Pyrénées-Atlantiques) ;
- une réunion avec des membres de la communauté éducative (Finistère).

## **7) Guide d'entretien chef de projet**

Les relances et les hypothèses formulées au début de la mission sont supprimées dans ce document final pour des raisons de clarté.

### **1. PRÉSENTATION**

- Des évaluateurs (cabinet) et des objectifs de l'évaluation (à distinguer de l'évaluation relative à la formation).
  - ❖ Garantie de l'anonymat aux personnes interviewées.
- De la personne rencontrée
  - ❖ Fonctions actuelles à part d'être CPDD ?
  - ❖ Chef de projet DD depuis quand ?
  - ❖ Avez-vous une idée pour laquelle le préfet vous a choisi comme CPDD ?
  - ❖ Fonctions antérieures ?
  - ❖ Comment avez-vous connu le domaine de la prévention et ses pratiques ?
- Présentation rapide de l'équipe « Drogues et dépendances » (adjoint...) ou du service (moyens utilisés pour la fonction de CPDD).

### **2. REPRÉSENTATION SOCIALE**

- Qu'est-ce qu'évoquent pour vous les termes « Prévention des drogues et dépendances » ?
  - Dans quelle mesure, pour vous, l'alcool et le tabac font partie de ce champ ?
  - À partir de quel seuil pour vous une consommation devient-elle inquiétante ? (distinction « usage, usage nocif, dépendance »)

### 3. SITUATION DU TERRITOIRE

Comment percevez-vous personnellement la consommation de substances psychoactives dans votre département ? Les consommations les plus problématiques ? Évolutions perçues au cours des 10 dernières années ? Évolutions d'ici 3 ou 4 ans ?

- Publics touchés (âge, profil, origine)
- Produits consommés (alcool, tabac, polyconsommation, ecstasy, héroïne, etc.)
- Degré de consommation (usage, usage nocif, dépendance)
- Occasions et lieux de consommation (écoles, raves, centres de sport, quartiers)

### 4. IMPACT

- Nous reviendrons à cette question sous différents aspects dans le reste de l'entretien, mais de prime abord, pouvez-vous nous dire ce que l'existence du Programme départemental de prévention Drogues et dépendances a changé dans les pratiques professionnelles de la prévention ?

### 5. FONCTIONNEMENT

#### COMITE DE PILOTAGE

- Quelle est la composition du Comité de pilotage DD ?
  - ❖ Liste des organisations, noms et coordonnées
    - Autorités judiciaires
    - Collectivités territoriales
    - Organismes de protection sociale
    - Établissements publics de santé, notamment les secteurs de la psychiatrie
    - Associations oeuvrant dans les domaines de l'éducation, de l'animation et de l'insertion sociale et professionnelle
    - Coordonnateur régional quand CPER et Programme régional pour l'Accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies traitent de ces questions.
    - Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté dans les établissements scolaires
- Nombre de personnes
- Cette composition est-elle stable ? Devrait-elle évoluer ?
- Quels sont les acteurs les plus impliqués ?
- Quels acteurs de la prévention sont absents du Comité de pilotage ? Pourquoi ?
- Avez-vous le sentiment que le Comité de pilotage et le réseau est clairement identifié par tous les acteurs impliqués dans la lutte contre la drogue et la prévention des DD ?
- Quelle différence cela fait que (acteur a, b, c...) soit impliqué ?
  - ❖ Quelle contribution concrète apporte-t-il au fonctionnement du Comité de pilotage ?
  - ❖ Que se serait-il passé/se passerait-il sans lui ?
- Quels avantages (l'acteur a, b, c...) trouve-t-il à participer au Comité de pilotage ?
- Quels sont les thèmes traités par cette structure de coordination ?
  - Soins/Politique pénale et interventions des services de police et de gendarmerie
- ❖ Pourquoi ces thèmes ? Comment sont-ils fixés ?
  - Correspondent-ils aux besoins prioritaires sur le département ?

- ❖ Comment identifiez-vous les besoins prioritaires sur le département ?
  - Des diagnostics ont-ils été réalisés ? Des procédures de recueil de données sont-elles établies ?
- Quelle est la fréquence des réunions ?

#### COOPÉRATIONS ENTRE ACTEURS

- Quels sont les apports et les problèmes de la coopération entre les différents types de professionnels ?
  - Quelles sont les difficultés de cette coopération ?
  - Quelles seraient les conséquences de mettre fin à cette coopération ?
  - A-t-elle par exemple résolu des conflits ?
  - Diminué des actions faisant double emploi ?
- Quels sont les apports et les problèmes de la coopération entre professionnels de prévention (et de lutte DD) et non professionnels (parents, éducateurs, sportifs) ?
- Quelles sont les opportunités ou les freins qui influencent l'efficacité du fonctionnement en réseau d'acteurs ?

#### PROGRAMME

- *Si c'est le cas* : Pourquoi pas de PDP publié ?
- Utilité ? (précieux ? Superfétatoire ? au fonctionnement du système d'acteurs)
- Comment avez-vous élaboré le PDP ?
- Parmi les orientations interministérielles (Plan triennal, circulaires) quels sont les trois points que vous mettriez le plus en avant pour votre département.
- Le PDP se révèle-t-il un instrument assez opérationnel ?

#### ARTICULATION NATIONAL-DÉPARTEMENTAL

- Relations avec la MILDT : à quelles occasions ? Comment ? (réunion, téléphone...)
  - ❖ Supports de prévention
  - ❖ Commission de validation des outils
- Perception de la MILDT, coordination, interministérialité dans les actions, les textes, cohérence...
- Perception de l'OFDT

#### 6. RÉSULTATS

- Est-ce que le Comité de pilotage a favorisé le travail en commun ? Pourquoi ?
- Tous les membres du Comité de pilotage sont-ils satisfaits du travail en commun ?
  - ❖ Constatez-vous une présence effective de tous les participants aux réunions ?
    - Si oui, est-ce que c'est la marque d'un réel intérêt ou se sentent-ils obligés de venir ?
    - Si non, pourquoi ?
- Dans quels domaines le Comité de pilotage a-t-il apporté une plus grande communication entre acteurs ?
  - ❖ Qu'est-ce qu'il en résulte ? (quels bénéfices si oui, si non quels problèmes)
- Un partage de ressources ?
- Remontée d'indicateurs d'évaluation des retombées du travail accompli ?
- L'élaboration de stratégies communes ?

- ❖ Quelle est l'autonomie de chaque acteur dans l'élaboration de la stratégie leur organisation ?
- ❖ Quelle est la cohérence d'ensemble de chaque stratégie sur le département ?
- Qu'est-ce qui s'est fait de nouveau en matière de prévention des DD depuis les 3 dernières années ?
  - ❖ Comment ces changements sont apparus ?
  - ❖ Par qui ?
- Parmi les points suivants, lesquels ont fait l'objet d'actions dans le département ?
  - ❖ Mettre tous les produits sur le même plan ;
  - ❖ Prévention dans tous les lieux de vie des jeunes ;
  - ❖ Développement du rôle des parents, des enseignants et des pairs ;
  - ❖ Réduction des risques sur les sites festifs
  - ❖ Diffusion des documents MILDT et explication.
    - Envoi seulement sur demande ou systématique ?
    - Retour d'informations sur l'intérêt ?
  - ❖ En matière de formation :
    - Contenu :
      - Une approche tous produits sur chaque thème traité (lors de l'état des lieux, de la présentation des textes législatifs, des actions de prévention et des modes de prise en charge.
      - La prise en compte des comportements d'usage, d'abus et de dépendance (observation des comportements =/= théorie comportementaliste)
      - Une recherche de réduction des risques et des dommages
    - Organisation :
      - utilisation effective des Fiches thématiques à l'attention des intervenants par la MILDT
      - Ateliers à partir de cas concrets
      - Visites de sites
      - dispersion des profils des participants
      - évaluation des sessions ?
      - calendrier : nombre de sessions déjà réalisées et projetées
- ❖ Dispositifs éducatifs : Contrat éducatif local — CEL, CESC...
- ❖ Programmes régionaux sanitaires : Programme régional de santé (PRS), Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- ❖ Sécurité (Plan départemental de sécurité, CLS, Contrats d'action de prévention pour la sécurité dans la ville, tribunaux, commissariats...)
- ❖ Plan départemental d'actions de sécurité routière, sur les thèmes de l'alcool et de la drogue au volant
- ❖ Contrat de ville
- ❖ Programme de la CPAM, autres organismes sociaux...

## 7. MOYENS — EFFICIENCE

- Les ressources et les capacités nécessaires sont-elles disponibles ?
  - ❖ Êtes-vous obligé de renoncer à financer des projets qui vous semblent importants ? Pourquoi ?
  - ❖ Faut-il susciter les projets pour utiliser les crédits disponibles ?
- Quels financements recevez-vous ?
- Comment est lancé, diffusé l'appel à projets ?
- Comment prenez-vous les décisions d'allocation de financement des différentes actions ?
  - ❖ Comment la MILDT répartie-t-elle les moyens entre les départements ?
- Les financements MILDT crée-t-il un effet boule de neige permettant de mutualiser ou de faire émerger d'autres investissements venant d'autres organisations pour des actions communes ? (ex. : CPAM...)
- Moyens humains :
  - ❖ Comment assure-t-il son rôle de la politique de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances parmi ses autres activités ?
    - Dans quelle mesure, vos autres activités vous aident (ressources) ou, à l'inverse, sont un facteur de perturbation (contrainte) dans votre mission de chef de projet DD ?
    - Fonction qui l'intéresse ? Pourquoi ? Fonction pour laquelle ses compétences sont naturellement reconnues ?
  - ❖ Évolutions de l'équipe « drogues et dépendance » (pourquoi beaucoup de *turn-over* si c'est le cas) ou du service (moyens utilisés pour la fonction de CPDD).
  - ❖ Équivalent temps plein de l'équipe Drogues et dépendance ? (*actualisation des informations des rapports annuels*)
  - ❖ Est-ce que, selon vous, la fonction de chef de projet devrait être un poste à plein temps ?
    - *Pas un problème de ne pas avoir un poste consacré pour le coordonnateur ? Pas de priorités qui empiètent sur son rôle en matière de drogue ?*

## RECOMMANDATIONS

- Recommandations sur l'approche de coordination départementale la plus appropriée ?

## 8) Réponses des chefs de projets au questionnaire

Les modalités qui obtiennent plus de 20 réponses apparaissent en orange, tandis que celles entre 11 et 20 sont en jaune.

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>1. Dans le département, pour quelles substances psycho-actives la consommation vous semble-t-elle la plus préoccupante ?</b>		
Tabac	19	3
Alcool	40	35
Cannabis	17	3
Drogues de synthèse	4	3
Héroïne	2	1
Cocaïne	0	0
Usage abusif de Subutex	2	0
Produits dopants	0	0
Usage abusif de médicaments psychotropes	2	1
	Nombre citations	Dont en 1er
<b>2. Selon les débats menés dans le département dans la démarche de programmation départementale (au sein du comité de pilotage, des groupes de travail...), quelles sont les formes de consommation les plus inquiétantes dans le département ?</b>		
La consommation par des adolescents de plus en plus jeunes	28	19
La banalisation de la consommation de cannabis	18	6
La croissance constante et la féminisation du tabagisme	3	2
L'augmentation de la consommation de drogues de synthèse	1	1
Le haut niveau de l'insécurité routière due à des consommations d'alcool ou d'autres produits	17	7
Le développement de la consommation simultanée de plusieurs produits	18	12
	Nombre citations	Dont en 1er
<b>3. De l'avis des acteurs réunis autour du chef de projet dans la démarche de programmation départementale, sur quels groupes de population faut-il en ce moment accroître l'effort de prévention ?</b>		
Enfants et préadolescents	31	18
Adolescents et jeunes adultes	41	25
La population des quartiers sensibles	7	0
Les travailleurs à des postes de vigilance	4	1

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>4. Ce qui caractérise particulièrement ce qui est fait en prévention dans le département, c'est :</b>		
La formation des adultes au contact des jeunes, pour qu'ils réagissent de façon pertinente en cas de demande ou de problème rencontré par un jeune	24	15
Des interventions dans les classes, touchant une forte proportion des scolaires, pour les informer et les sensibiliser sur les produits, leurs usages et leurs dangers	37	24
Des services d'accueil et d'écoute dont bénéficie la masse des consommateurs des produits dangereux, pour limiter leurs effets négatifs potentiels sur la santé	12	5
L'intervention d'anciens usagers qui viennent parler de leur expérience vécue devant les jeunes et discuter.	0	0
Des actions de réduction des risques en milieu festif	3	1
L'implication directe de jeunes dans des actions de communication sur la prévention	8	0
	<b>Nombre citations</b>	<b>Dont en 1er</b>
<b>5. Vous avez identifié les personnes les plus compétentes en matière de prévention des drogues et dépendances auprès des jeunes, dans le département: quel est leur profil ?</b>		
Personnel scolaire (direction, corps enseignant)	14	4
Personnel médical ou paramédical (scolaire ou non)	21	5
Entraîneurs de sport	1	0
Policiers ou gendarmes	16	2
Travailleurs sociaux	8	1
Parents	1	1
Jeunes	2	0
Anciens usagers	2	0
Personnel des associations travaillant auprès de personnes dépendantes	24	13
Personnel des structures spécialisées en santé publique ou en prévention (CODES, CDPA, etc.)	31	16
CIRDD	7	4
	<b>Nombre citations</b>	<b>Dont en 1er</b>
<b>6. Pour le département, quelles personnes sont les mieux placées pour prévenir l'usage de drogues et la dépendance dans la jeunesse ?</b>		
Personnel scolaire (direction, corps enseignant)	27	13
Médecins généralistes	3	0
Personnel médical ou paramédical (scolaire ou non)	18	7
Entraîneurs de sport	6	2
Policiers ou gendarmes	6	2
Travailleurs sociaux	11	2
Parents	10	5
Jeunes	3	1
Anciens usagers	2	0
Personnel des associations travaillant auprès de personnes dépendantes	18	8
Personnel de structures spécialisées en santé publique ou en prévention (CODES, CDPA, etc)	22	8

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>7. Quand la MILDT a publié le rapport du Professeur Parquet et le Plan Triennal, et que la démarche d'élaboration d'un programme départemental a été lancée, que s'est-il passé dans le département :</b>		
Ça a conduit les personnes qui travaillaient en prévention à modifier leurs méthodes	15	8
Ça a été suivi de désaccords entre des personnes et institutions aux approches différentes	2	2
Ça a permis d'officialiser publiquement, sans les changer, des façons de voir la prévention qui étaient auparavant plus officieuses	9	5
Ça a ouvert un dialogue qui n'existait pas avant	20	13
Ça a permis d'élargir le partenariat réuni autour de la questions des drogues et des dépendances	35	15
	<b>Nombre citations</b>	<b>Dont en 1er</b>
<b>8. Selon vous, le rôle qu'est appelé à jouer le " chef de projet départemental drogues et dépendances ", est principalement ...</b>		
Managérial : obtenir un fonctionnement collectif efficace, débouchant sur des projets concrets	29	18
Politique : faire passer auprès des acteurs départementaux les orientations politiques nationales	19	5
Stratégique : décider des orientations les plus pertinentes en matière de prévention compte tenu des besoins du département	25	20
Diplomatique : restaurer une collaboration plus étroite et plus confiante entre des acteurs qui ont du mal à travailler ensemble	16	5
	<b>Nombre citations</b>	<b>Dont en 1er</b>
<b>9. Dans la gestion du dossier " programme départemental de prévention drogues et dépendances ", les situations suivantes se sont-elles produites dans le département ?</b>		
La conduite du projet a permis à l'une des institutions d'État d'affirmer une prééminence dans ce domaine sur les autres institutions	16	10
La demande de l'administration centrale a été satisfaite sans perturber le fonctionnement habituel des services dans le département	19	16
L'identification d'un " chef de projet départemental " a suscité un afflux surabondant de demandes financières des différentes institutions	13	3
La conduite du projet a eu du mal à se traduire dans le travail concret du fait de problèmes individuels (disponibilité, mutations ...)	13	9
	<b>Nombre citations</b>	<b>Dont en 1er</b>
<b>10. Les décisions qui ont compté, en matière de prévention des drogues et dépendances dans le département, avaient été élaborées :</b>		
Par chaque institution ou administration de façon autonome	8	4
Par une équipe restreinte de techniciens de différentes institutions	20	14
De façon collégiale dans le comité de pilotage	16	10
Dans le dialogue direct entre chaque institution et le chef de projet	13	6
Dans des groupes de travail thématiques réunissant les spécialistes	20	8

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>11. Quelles difficultés ont pu retarder la finalisation du Programme dans le département ?</b>		
Le Chef de projet a changé en cours de route ou/et la fonction a été vacante pendant un temps	9	5
Les autres missions du chef de projet se sont avérées plus urgentes que le dossier " drogues et dépendances "	15	8
Les moyens humains du Chef de projet ont été insuffisants pour organiser les réunions et élaborer un programme	16	9
Par rapport à la situation du département en matière de drogues et dépendances, faire un tel programme n'était pas une nécessité	0	0
Par rapport aux réseaux et aux programmes pré-existants dans le département, faire un tel programme était superflu	1	0
Une étude préalable a été lancée et sa réalisation a pris du temps	7	5
Un travail collectif des acteurs sur le programme n'a pas été possible	0	0
Des postes ont été longtemps vacants parmi les partenaires majeurs de la démarche	2	0
Aucune de ces raisons, le programme n'a pas connu de retard	15	13

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>12. Qu'est-ce qui caractérise le mieux le document issu de ces travaux (Programme départemental de prévention)?</b>		
Il rassemble les actions des différents acteurs dans le département dans un document commun	25	13
Il décline les orientations définies au plan national par le Plan triennal	24	10
Il analyse les problèmes spécifiques de drogues et dépendances de la population départementale	11	1
Il lance des mesures qui tranchent par rapport aux pratiques antérieures	7	1
Il définit des objectifs prioritaires pour le département	32	16
Il mutualise les ressources financières	10	1

	Nombre citations
<b>13. Sans figurer nécessairement au programme départemental, qu'est-ce qui s'est développé depuis un ou deux ans ?</b>	
Des interventions ou campagnes en direction des médias locaux	3
Des formations sur la politique actuelle et réunissant plusieurs secteurs d'intervention	13
Des actions pour la réduction des risques dans les fêtes et rave-parties	13
Des actions dans les discothèques pour éviter les accidents de la route	14
De la formation continue à l'intérieur de certains services reprenant les méthodes ou les intervenants des formations " MILDT "	6
Des actions communes à plusieurs structures, en matière de prévention ou d'information	16
Un accroissement du nombre d'actions de prévention dans les écoles	24
Un accroissement du nombre d'actions de prévention autour des temps périscolaires et extrascolaires	11
Un accroissement du nombre d'actions de prévention auprès des jeunes détenus ou placés	11
La nomination et la formation de bénévoles comme personnes-relais dans les quartiers	4
L'arrêt de certaines formes de prévention qui n'étaient pas conformes à la doctrine de la MILDT	8
L'implantation en un même lieu de services sanitaires et sociaux	7

	Nombre citations
<b>13 B . Quelles actions ou évolutions sont précisément inscrites au programme départemental de prévention (ou au document qui en tient lieu) ?</b>	
Des interventions ou campagnes en direction des médias locaux	2
Des formations sur la politique actuelle et réunissant plusieurs secteurs d'intervention	16
Des actions pour la réduction des risques dans les fêtes et rave-parties	13
Des actions dans les discothèques pour éviter les accidents de la route	12
De la formation continue à l'intérieur de certains services reprenant les méthodes ou les intervenants des formations " MILDT "	12
Des actions communes à plusieurs structures, en matière de prévention ou d'information	16
Un accroissement du nombre d'actions de prévention dans les écoles	21
Un accroissement du nombre d'actions de prévention autour des temps périscolaires et extrascolaires	15
Un accroissement du nombre d'actions de prévention auprès des jeunes détenus ou placés	10
La nomination et la formation de bénévoles comme personnes-relais dans les quartiers	3
L'arrêt de certaines formes de prévention qui n'étaient pas conformes à la doctrine de la MILDT	2
L'implantation en un même lieu de services sanitaires et sociaux	2

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>14. Hormis les crédits MILDT, quels sont les 3 principaux guichets qui financent des actions de prévention " drogues et dépendance " ?</b>		
PRS	19	10
PRAPS	15	6
Contrats Locaux de Sécurité	7	2
Politique de la Ville	19	6
Programme départemental d'insertion (RMI)	5	1
Programmes de lutte contre les exclusions	2	2
Assurance maladie	17	8
Mutuelles de santé	4	0
Communes	6	0
Conseil général	8	2
Services déconcentrés de l'État	21	7

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>15. Le " Programme départemental de prévention " prend place parmi un grand nombre de dispositifs contractuels locaux, départementaux, régionaux.</b>		
<b>Comment se présente l'imbrication entre ces dispositifs?</b>		
La prévention "drogues et dépendances" n'est pas concrètement abordée par les autres dispositifs	18	5
Pour ce qui concerne la prévention "drogues et dépendances", les autres dispositifs renvoient au Programme départemental ou aux orientations de la MILDT	32	14
Les personnes qui ont travaillé sur le programme départemental sont en général les mêmes que sur les autres dispositifs	36	21
Le chef de projet drogues et dépendances est cité, à qualités, dans les autres documents contractuels	9	3

<b>16. Quand vous faites le bilan de la démarche, diriez-vous que:</b>		
La politique départementale de prévention est parfaitement connue par les acteurs de terrain	19	3
L'élaboration de la politique départementale de prévention a été l'occasion de discussions sur les stratégies d'intervention	42	14
Les acteurs de la prévention se connaissent mieux et coopèrent plus facilement	40	23
Grâce à l'implication personnelle des directeurs des services de l'Etat, le Comité de pilotage a pu prendre des décisions importantes	5	2
<b>16B. Parmi les points suivants, quels aspects caractérisent le plus la prévention des dépendances dans le département?</b>		
	Oui	Non
L'annualité des financements explique la faible quantité d'actions pluri-annuelles	19	10
Le chef de projet a les moyens d'assurer un suivi simple des actions de prévention	15	10
La plupart des actions financées ne font pas l'objet d'une évaluation car les porteurs d'actions se sentent démunis dans ce domaine	21	8
Les outils disponibles de la MILDT (pour les demandes de subventions ou l'élaboration de projet ou la validation des outils de prévention) permettent de clarifier les objectifs et les méthodes des actions financées	13	11
<b>17. Pour développer une prévention plus efficace, de quoi aurait-on le plus besoin dans le département?</b>		
Plus de personnel	26	21
Plus d'outils et méthodes	21	10
Plus de financements	9	2
Des financements à plus long terme	22	9
	Nombre citations	Dont en 1er
<b>18. Pour assurer votre mission de conduite de projet " drogues et dépendances ", de quoi auriez-vous le plus besoin ?</b>		
Plus de personnel	30	25
Plus d'outils et méthodes	19	7
Plus de financements	9	2
Des financements à plus long terme	18	7
	Nombre citations	Dont en 1er
<b>18b. Et parmi les points suivants de quoi auriez-vous besoin ?</b>		
Plus de temps disponible pour cette mission	40	38
Plus de soutien institutionnel du Préfet	4	0
Une meilleure connaissance des autres domaines que le vôtre (gestion administrative, procédures et dispositifs spécifiques, etc.)	12	0
Une meilleure information du TPG sur les procédures de financement MILDT	9	4

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>19. Parmi les facteurs suivants, lesquels ont favorisé la réussite de la démarche dans votre département ?</b>		
Les crédits MILDT ont permis de financer ce qui était indispensable pour avancer	34	27
Les différents partenaires attendaient avec impatience une telle démarche	8	4
Les acteurs se sont fortement impliqués dans ce travail commun	17	8
La clarté des orientations nationales a permis de travailler efficacement	21	7
La clarté et la simplicité des formulaires a facilité l'expression de projets	1	0

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>20. Parmi les facteurs suivants, lesquels ont compliqué ou freiné la démarche dans votre département ?</b>		
L'insuffisance des crédits MILDT	13	8
Les différents partenaires n'ont pas vu grand intérêt à la démarche de programmation de la politique départementale	6	3
Les institutions concernées n'ont participé que trop irrégulièrement à ce travail	16	9
Des contradictions relevant du niveau national ont fait obstacle à une stratégie départementale claire	2	1
La complexité des formulaires freine l'expression de projets	17	8

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>21. Plusieurs critères sont actuellement utilisés par la MILDT pour attribuer des enveloppes financières départementales. Parmi eux, lesquels jugeriez-vous les plus pertinents?</b>		
Les statistiques liées à l'usage nocif de drogues illicites	24	11
Les décès par alcoolisme et cirrhose	19	10
Les décès par des maladies liées au tabagisme	7	2
La population de 12 à 25 ans	29	20

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>22. Et parmi les critères suivants, lesquels vous semblent aussi pertinents pour guider l'allocation des enveloppes financières départementales par la MILDT ?</b>		
La population vivant en zone urbaine	11	10
Le nombre de projets produits en réponse aux appels à projets	18	8
Les accidents de la route liés à l'alcool ou à la drogue	24	12
Le nombre de dépistages positifs de conduite sous l'emprise de l'alcool	11	4
Aucun de ceux-là, les critères actuels sont suffisants	5	5

	Nombre citations	Dont en 1er
<b>23. Comment souhaiteriez-vous l'avenir de cette démarche dans votre département ?</b>		
Il y a lieu de poursuivre les réunions du comité de pilotage sans nécessairement rédiger de document de programmation	10	5
Le moment est opportun pour évaluer ce qui a été fait en prévention dans le département	20	13
En s'appuyant sur la coordination entre partenaires, il faut maintenant travailler plus sur les méthodes concrètes de prévention	33	19
La démarche de programmation départementale devrait être renouvelée dans les mêmes conditions que la première fois	10	3
	<b>Nombre citations</b>	<b>Dont en 1er</b>
<b>24. Sur quoi doit s'appuyer en premier lieu le diagnostic préalable à l'élaboration du programme départemental de prévention ?</b>		
Répertorier les acteurs locaux de la prévention	12	9
Faire le bilan des actions de prévention déjà menées dans le département	22	12
Analyser la situation départementale en matière de consommations	22	17
Estimer l'importance des groupes prioritaires à partir d'une analyse démographique et sociale du département	9	4
Faire un état des lieux de l'art des pratiques de prévention	18	2
	<b>Nombre citations</b>	<b>Dont en 1er</b>
<b>25. Pour établir un diagnostic sur les consommations de substances psycho-actives dans le département, quelle méthode privilégieriez-vous ?</b>		
Commander une étude ad hoc approfondie	19	14
S'appuyer sur une extrapolation des données nationales	16	6
S'appuyer sur une analyse collective des priorités locales	27	18
	<b>Nombre citations</b>	<b>Dont en 1er</b>
<b>26. Parmi les démarches suivantes, quelles sont les plus utiles, dans le contexte particulier de votre département, pour améliorer la prévention :</b>		
L'organisation de formations inter-services	18	12
La délégation au chef de projet de crédits "MILDT"	14	11
L'organisation de colloques réunissant un public élargi	2	1
L'apport de documents élaborés au niveau national	4	2
Les relations directes du chef de projet avec chacun des acteurs	12	4
La rédaction d'un programme départemental pluriannuel	16	9
La validation des outils de prévention par une instance compétente	6	1
La réunion régulière d'une instance de concertation spécifique (comité de pilotage)	16	6
	<b>Nombre citations</b>	<b>Dont en 1er</b>
<b>27. Quels conseils aimeriez-vous donner à la MILDT pour le nouveau Plan triennal ?</b>		
Évaluer l'impact des actions de prévention	26	19
Diffuser des cas concrets d'actions de prévention	21	9
Augmenter la fréquence des réunions MILDT- Chefs de projet	8	5
Continuer dans la ligne de ce qui est fait actuellement	18	8