



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DES BOUCHES-DU-RHONE

**PLAN DÉPARTEMENTAL « DROGUES ET DÉPENDANCES »
DES BOUCHES-DU-RHÔNE
2010 - 2011**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1- CADRAGE NATIONAL	4
1.1 La politique transversale de lutte contre les drogues et les toxicomanies en 2010.....	4
1.2 De nouvelles mesures à prendre en compte	5
2- SYNTHÈSE DES ÉTATS DES LIEUX DÉPARTEMENTAUX	7
2.1 Approches des usages de substances psychoactives dans le département	7
2.1.1. ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS	7
2.1.2. DOMMAGES ASSOCIÉS À L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	8
2.1.3. OFFRE DE PRISE EN CHARGE	9
2.2 Éléments de bilan du plan départemental 2006 / 2009	9
2.2.1. AFFECTATION DES CRÉDITS MILDTS	9
2.2.2. BILAN QUALITATIF DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN 2006 / 2009, À TRAVERS SES TROIS VOILETS D'INTERVENTION.....	10
3- LES ORIENTATIONS DU PLAN DÉPARTEMENTAL DE PRÉVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS	12
3.1 Données générales sur le cadre et la mise en œuvre du plan	12
3.2 Les orientations nationales.....	12
3.3 Les orientations prioritaires du plan départemental.....	13
4- MODE OPÉRATEUR	17
4.1 Le pilotage du plan départemental	17
4.2 L'animation du plan départemental	17
5- FICHES - ACTIONS	18
6- ANNEXES	43
ANNEXE 1 : approches des usages de substances psychoactives dans le département	44
1. Evolution des consommations en population générale.....	44
2. Evolution des consommations en populations spécifiques	49
3. Dommages sociaux associés à la prise de substances psychoactives	52
4. Description et évolution de l'offre de prise en charge dans le département	58
ANNEXE 2 : bilan du plan départemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2006/2009	62
2.1 Bilan chiffré : lecture des priorités à travers les attributions de crédits	62
2.2 Bilan qualitatif de la mise en œuvre du plan 2006/2009	63
A. Volet PRISE EN CHARGE.....	63
B. Volet PRÉVENTION.....	66
C. Volet APPLICATION DE LA LOI ET LUTTE CONTRE LE TRAFIC	71

Un nouveau plan départemental, qui s'inscrit dans la continuité du précédent

Le précédent « plan départemental du lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool » des Bouches-du-Rhône avait été élaboré dans le cadre d'une large concertation, qui avait mobilisé plus d'une centaine d'acteurs locaux issus des différents champs professionnels concernés par les conduites addictives : la prévention, la formation, la répression et le soin. Plusieurs groupes de travail thématiques avaient ainsi été constitués et s'étaient réunis 2 à 3 fois pour construire les orientations et les actions du plan. L'ensemble de cette démarche avait abouti en novembre 2006 à un programme très complet et ambitieux, sur lequel les partenaires institutionnels se sont appuyés pour piloter la politique départementale de prévention et de lutte contre les drogues, licites ou illicites.

La démarche d'élaboration du présent plan départemental s'est voulue plus resserrée, à la fois en terme de concertation et de temps :

- d'une part, les constats qui avaient été posés collectivement en 2006 sont en majorité toujours d'actualité ;
- d'autre part, un certain nombre d'orientations et d'actions du précédent plan n'ont pas pu encore être développées, du fait du caractère relativement récent du document.

L'enjeu a été ici d'inscrire ce nouveau plan dans la continuité du précédent, mais en y apportant aussi des **inflexions nécessaires**, liées :

- **aux nouvelles orientations nationales issues du plan gouvernemental 2008/2011,**
- **aux problématiques récentes repérées sur le territoire,**
- **au bilan du précédent plan.**

Les orientations et objectifs opérationnels ont été validés lors du conseil départemental de prévention de la délinquance qui s'est tenu le 25 janvier 2010.

1.1 La politique transversale de lutte contre les drogues et les toxicomanies en 2010

En matière de drogues, la situation de notre pays reste préoccupante. La période actuelle est marquée par la conjonction de trois phénomènes majeurs : l'augmentation de l'offre de produits psychoactifs, des prix en baisse sur différentes substances, et une demande qui ne cesse de se diversifier. Ainsi, plus de 1 million de personnes usent de cannabis régulièrement, la consommation de cocaïne et de produits de synthèse a doublé depuis 2002, et les ivresses répétées chez les jeunes ont fortement augmenté (même si elles semblent se stabiliser sur la période récente 2005/2008).

Les usages de drogues constituent un problème majeur de santé et de sécurité publique, entraînant un coût social et économique élevé, pour l'ensemble de la population : aux dommages sanitaires et sociaux pour l'utilisateur et son entourage s'ajoutent des dommages pour autrui et la collectivité (accident, violence, délinquance, insécurité, économie souterraine). Enfin, les soins et la lutte contre le trafic représentent un coût très élevé pour la collectivité.

Mais la question des drogues est un problème de société complexe, qui mobilise différents acteurs et concerne de multiples volets : la prévention, l'information, la recherche, la réduction des risques et la prise en charge sanitaire et sociale des personnes dépendantes, la lutte contre le trafic, l'action internationale, ... Elle implique ainsi une trentaine de programmes ministériels, qui ne sont pas toujours articulés, ce qui est préjudiciable à l'efficacité et la lisibilité de l'action publique.

C'est pourquoi une **coordination interministérielle** forte a été confiée à la **mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies** (MILDT), placée sous l'autorité du Premier ministre. La MILDT élabore tous les quatre ans un plan gouvernemental et veille à sa mise en œuvre par la mobilisation de tous les ministères concernés. Elle dispose de crédits spécifiques d'impulsion et de coordination de l'action de l'Etat, au sein du programme 129 « coordination du travail gouvernemental ». Enfin elle s'appuie dans sa mission de coordination sur deux opérateurs publics, dont le groupement d'intérêt public de l'OFDT¹.

Un **document de politique transversale**, consacré à la lutte contre la drogue et les toxicomanies, permet de retracer l'effort global de l'Etat en faveur de cette politique interministérielle, au travers des budgets de ces différents programmes consacrés à la question des drogues.

Le pilotage territorial de cette politique interministérielle est assuré par les chefs de projet, nommés par les préfets. Les actions locales sont formalisées dans des plans départementaux préparés avec l'ensemble des services déconcentrés de l'Etat, et qui visent à prévenir et diminuer les usages de drogues sur l'ensemble du territoire. Dans les Bouches-du-Rhône, le chef de projet MILDT est le préfet délégué pour la défense et la sécurité ; il assure également la mission de coordination des actions MILDT au plan régional.

¹ Observatoire français des drogues et des toxicomanies, qui a pour objet d'observer les évolutions des consommations, la diffusion des données et l'évaluation des actions du plan. Le deuxième GIP est le CIFAD (centre de formation interministériel antidrogue), situé dans la zone des Caraïbes, à Fort de France.

1.2 De nouvelles mesures à prendre en compte

Le plan gouvernemental 2008 / 2011, porté par la MILDT, prévoit la mise en œuvre de 193 mesures dans les différents domaines des politiques publiques « de lutte contre les drogues et dépendances ». Ce plan indique par ailleurs que ces mesures s'inscrivent ou accompagnent différentes évolutions dans les domaines du cadre légal et réglementaire, et sont coordonnées avec les actions des différents programmes consacrés aux questions des drogues.

Déclinaison locale de ce plan national, le plan départemental des Bouches-du-Rhône se doit de prendre en compte, dans ses différents volets, les mesures légales, les plans et dispositifs publics dont les principaux sont :

1. **Le plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007 / 2011**, qui propose une réorganisation et une adaptation complète des dispositifs de prévention, de prise en charge, de réduction des risques et des soins, sanitaires (hospitaliers), médicosociaux (centres de soins spécialisés, consultations jeunes,...) et des réseaux de médecine de ville, en inscrivant ceux-ci dans un schéma régional en addictologie. Le chef de projet veille à ce que ces dispositions répondent aux besoins d'une bonne couverture territoriale, et qu'en particulier les dispositifs destinés aux plus jeunes et leurs familles soient connus par ces publics.
2. **La « circulaire DGS MILDT » du 23 février 2009²**. Le plan addictions, porté par le ministère de la santé a été complété par un ensemble de mesures, inscrites dans le plan gouvernemental 2008 / 2011, visant à doter les dispositifs de prise en charge de réponses nouvelles concernant des publics prioritaires (jeunes, femmes enceintes ou avec enfants usagères de drogues, détenus, ...). Ces mesures ont été présentées dans la circulaire commune MILDT / DGS ; un certain nombre de projets ont été retenus par la commission nationale, dont plusieurs concernent la région et le département des Bouches-du-Rhône³. Ces dispositifs répondent, pour partie, aux attentes exprimées par le plan départemental précédent (volet prise en charge) vis-à-vis de ces publics.
3. **Le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009 / 2012**. Ce plan prévoit dans le troisième objectif du premier axe stratégique, « réduction de la transmission des virus B et C (prévention primaire) », une action spécifique en milieu festif : diffusion de messages de prévention spécifiques sur les risques liés : à la consommation d'alcool ; aux rapports sexuels non protégés ; à l'usage de drogues par injection ou voie nasale : partage ou réutilisation de la seringue et du petit matériel d'injection (coton, cuillère, eau de rinçage...), partage de la paille à snif (articulation avec le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies) ; aux pratiques de tatouage et au perçage avec effraction cutanée. Ces messages seront délivrés dans les différents lieux festifs (bars, discothèques, soirées technos privées, soirées étudiantes, festivals...).

² Circulaire interministérielle DGS/ MILDT du 23 février 2009, relative à « l'appel à projets pour la mise en œuvre des mesures relatives au soin, à l'insertion sociale et à la réduction des risques du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 concernant le dispositif médicosocial en addictologie ».

³ Voir la liste des projets retenus dans la circulaire DGS/MILDT du 14 décembre 2009.

4. **La loi « HPST » (hôpital, patients, santé, territoires) du 21 juillet 2009** et ses mesures concernant l'alcool et le tabac. Les dispositions de cette loi prévoient des interdictions d'accès à ces produits pour les mineurs et d'autres restrictions réglementaires, dont il s'agit de s'assurer de l'effectivité⁴.
5. **La loi de santé publique du 08 août 2004**, qui prévoit une « information obligatoire des élèves sur les dangers des produits stupéfiants ... durant leur scolarité », de la 6^{ème} à la terminale ; la mise en place de dispositifs pilotés avec l'éducation nationale et répondant à cette exigence, reste une priorité de l'action publique locale de prévention. Le développement des actions dans les écoles primaires fait partie des souhaits de la MILDT et de l'éducation nationale, qui proposeront un guide au cours du premier semestre 2010.
6. **La loi de prévention de la délinquance du 5 mars 2007**, qui prévoit la mise en place des stages de sensibilisation et des médecins relais, comme indiqué par la circulaire justice. Le chef de projet MILDT est chargé d'accompagner la mise en oeuvre de ces dispositions et d'aider les procureurs de la République dans le choix des associations support des stages. Cette loi, qui prévoit également de renforcer les sanctions lors de la vente de produits stupéfiants aux abords des établissements scolaires et autres lieux de vie des jeunes, implique une attention particulière des plans d'actions départementaux, dans le cadre du volet « application de la loi ».

⁴ cf. le courrier DGS MILDT du 07 août 2009 aux chefs de projets, concernant les « mesures d'accompagnement des dispositions « alcool et tabac » de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

2- SYNTHÈSE DES ÉTATS DES LIEUX DÉPARTEMENTAUX

2.1 Approches des usages de substances psychoactives dans le département

2.1.1. ÉVOLUTION DES CONSOMMATIONS

En population générale, la dernière enquête menée auprès des jeunes de 17 ans du département des Bouches-du-Rhône (enquête ESCAPAD de 2008) montre :

- Des consommations d'alcool proches de la moyenne nationale, voire même légèrement inférieures. Les tendances récentes (2005-2008) se caractérisent par une baisse de l'ensemble des usages d'alcool : les usages réguliers⁵, sévères⁶, mais aussi les ivresses. Pour autant, 7% des jeunes du département ont connu une ivresse au moins 10 fois dans le mois et 15% un usage sévère d'alcool au moins 3 fois dans le mois.
- Une baisse de la consommation de tabac, comme au niveau national. 30% des jeunes de 17 ans de département sont néanmoins fumeurs quotidiens en 2008 et 8% fument plus de 10 cigarettes par jour.
- Des usages plus importants de drogues illicites en comparaison avec la moyenne nationale :
 1. Concernant le cannabis, 12% des jeunes des Bouches-du-Rhône en ont un usage régulier et 6% un usage quotidien. Si les expérimentations de ce produit sont en baisse, à l'image de la tendance nationale, l'usage régulier reste stable dans le département (10% en 2005 et 12% en 2008), alors qu'il est plutôt en diminution en métropole ;
 2. Concernant les autres drogues illicites, telles que la cocaïne, l'ecstasy ou encore l'héroïne, les taux d'expérimentation sont supérieurs aux taux nationaux (parfois même à ceux de la région), mais ils sont plutôt stables, alors qu'ils progressent au niveau national.

Environ 7 800 personnes présenteraient un usage problématique de drogues illicites⁷ (hors cannabis) dans le département. La plupart d'entre elles (70%) résiderait à Marseille. Il s'agit majoritairement d'hommes, d'une trentaine d'années et dont une partie vit en grande précarité.

Concernant plus précisément ce public d'usagers en précarité, sont constatées depuis quelques années⁸:

- une diversification de leurs profils (à celui traditionnel des structures de « bas seuil » et de soins spécialisés, s'ajoutent de nouveaux publics ayant perdu leur droits brutalement, ou se retrouvant rapidement sans logement après une perte d'emploi...);
- une augmentation des usagers de drogues en souffrance psychique et / ou présentant des pathologies psychiatriques ;
- une confirmation de la présence de jeunes errants de moins de 25 ans, sans droits sociaux et souvent en rupture familiale et qui présentent des pratiques à risques.

⁵ Au moins trois fois par semaine

⁶ Avoir bu au moins 5 verres en une même occasion

⁷ Source : enquête NEMO. Pour la présentation des enquêtes, se reporter aux annexes du plan.

⁸ Constats réalisés à partir du dispositif d'observation TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues, 2008 ; coordination Marseille, enquête annuelle OFDT).

L'espace festif (plus particulièrement « techno ») est également traversé par des tendances lourdes, qui s'observent d'années en années. Dans le département, trois phénomènes sont à retenir :

- le rajeunissement du public (la part des 18-25 ans est aujourd'hui plus importante qu'avant),
- la plus grande diversité de substances psychoactives au sein de l'espace festif techno dit « commercial » (discothèques, festivals, raves...), alors que c'était plutôt la marque de l'espace alternatif. Hormis l'alcool et le cannabis, sont davantage prisées la cocaïne, la kétamine, les amphétamines et la MDMA (méthylènedioxymétamphétamine) en poudre, alors que l'usage de l'ecstasy décline ;
- une augmentation des prises successives de plusieurs produits au cours d'une même soirée, à l'opportunité, parfois dans un court laps de temps.

Dans les **quartiers populaires de la périphérie** (dits « sensibles »), se dessinent les mêmes tendances que celles observées en population générale, avec parfois des prises de risques accentuées du fait de la spécificité de ces territoires. Les professionnels relèvent en effet que :

- l'usage du cannabis est en développement et/ou davantage visible ; il concerne une plus grande diversité de jeunes, ainsi que des jeunes filles ;
- l'usage de la cocaïne se diffuse parmi une minorité de jeunes, souvent plus âgés que les premiers et ayant des ressources financières ;
- l'héroïne fait son retour dans ces quartiers où elle avait été en quelque sorte bannie ;
- la consommation de médicaments psychotropes n'est pas rare chez les jeunes mères de familles, souvent seules.

2.1.2. DOMMAGES ASSOCIES A L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

En terme sanitaire d'abord :

- Les taux d'accidents de la routé liés à l'alcool sont inférieurs dans le département à ceux de la région ou de la métropole, mais ils sont en légère hausse continue depuis 2003.
- Le nombre d'usagers de drogues infectés par le virus du sida a chuté de façon spectaculaire dans le département, grâce à la politique de réduction des risques mise en place en France dans les années 1990. Aujourd'hui par exemple, quasiment aucun usager de drogue actif de moins de 30 ans n'est séropositif au VIH⁹.
- Mais l'infection au virus de l'hépatite C reste très importante parmi ce public (60%), dans ce département comme ailleurs.

D'un point de vue légal, les évolutions récentes montrent que :

- Le département se caractérise toujours par un nombre important d'interpellations pour usage de stupéfiants, et particulièrement de cannabis. Il s'agit surtout de jeunes âgés de 18 à 23 ans.
- Les interpellations pour trafic de stupéfiants connaissent également une augmentation, mais concernent des effectifs nettement inférieurs (1.5 interpellations pour trafic pour 10 interpellations pour usage). On observe une hausse de la part des

⁹ Source : enquête COQUELICOT

mineurs interpellés pour trafic depuis 3 ans (ils représentent 16% des interpellés).

- Le trafic de stupéfiants semble s'enraciner dans les quartiers « sensibles », surtout concernant le cannabis, mais ne se limite pas à ces territoires.

2.1.3. OFFRE DE PRISE EN CHARGE

L'analyse de l'offre de prise en charge médico-sociale des Bouches-du-Rhône fait apparaître les constats suivants :

- les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), au nombre de 13 dans le département, présentent des files actives en augmentation, en raison notamment de la hausse des consultations liées à des sanctions pénales. Rapporté au nombre d'habitants, le taux de consultation du département est en constante augmentation et se rapproche du taux régional (supérieur au taux national).
- Le nombre de personnes accueillies pour une prise en charge en alcoologie dans l'un des sept centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) du département est stable. A l'image de la situation régionale, le taux de consultation du département est inférieur à la moyenne métropolitaine, en raison, vraisemblablement, d'un sous-dimensionnement de l'offre.
- Parmi les 6 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD), 5 sont situés dans la ville de Marseille.

Les données relatives au matériel stérile d'injection montrent que le département présente des taux de vente supérieurs à la moyenne métropolitaine, ce qui pourrait être lié soit à une demande interne plus forte, soit à des positionnements professionnels plus ouverts de la part des pharmaciens.

2.2 Eléments de bilan du plan départemental 2006 / 2009

Le précédent plan départemental de prévention et de lutte contre les drogues et les toxicomanies s'est décliné en trois volets : prise en charge, prévention, application de la loi et lutte contre le trafic.

2.2.1. AFFECTATION DES CREDITS MILDT

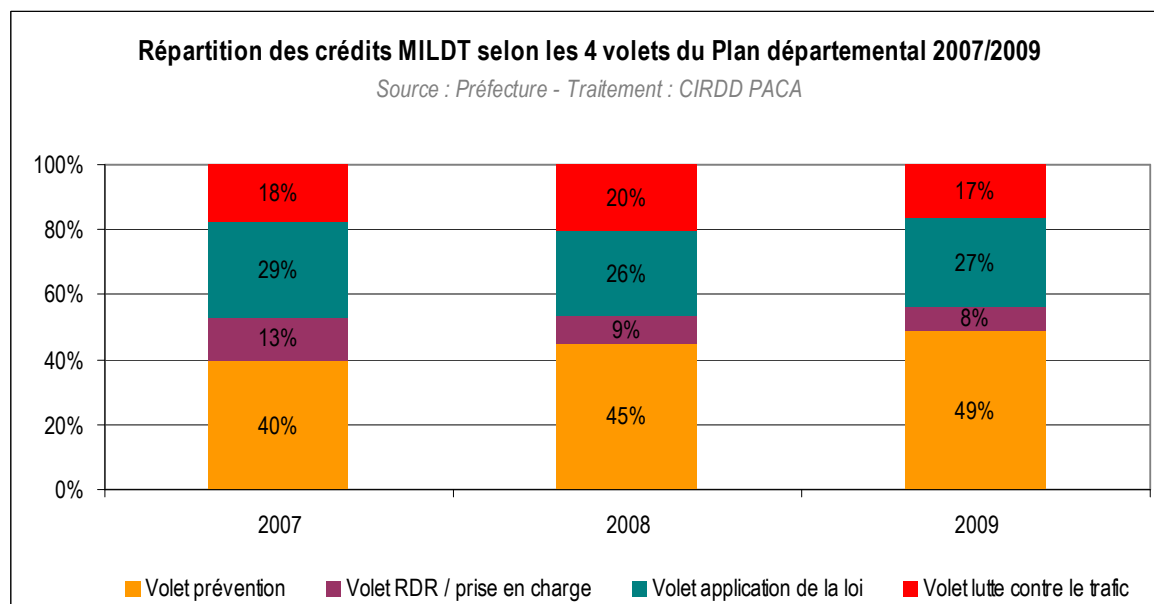
Entre 2007 et 2009, les crédits attribués par la MILDT au département des Bouches-du-Rhône ont diminué chaque année de 2%.

	2007	2008	2009
Volet prévention	203 830 €	224 100 €	237 500 €
Volet RDR / prise en charge	64 500 €	43 000 €	38 000 €
Volet application de la loi	150 000 €	128 500 €	131 316 €
Volet lutte contre le trafic	90 902 €	102 002 €	80 567 €
Total	509 232 €	497 602 €	487 383 €

Cette période est par ailleurs marquée par des évolutions sensibles quant aux orientations réalisées en matière d'attribution des financements. Sont en effet constatés :

- Une hausse des financements alloués aux actions de prévention, qui représentent, à partir de 2008 près de la moitié des crédits MILDT,

- Au contraire, une baisse des crédits destinés à soutenir des actions de prise en charge et / ou de réduction des risques, qui sont plutôt soutenues par le plan régional de santé publique (PRSP),
- Enfin, une relative stabilité des crédits destinés aux volets application de la loi et lutte contre le trafic, le premier étant exclusivement constitué d'actions relevant de la convention départementale d'objectifs Justice / Santé, le second d'achats de matériels par les services chargés de la lutte contre le trafic de stupéfiants.



2.2.2. BILAN QUALITATIF DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN 2006 / 2009, A TRAVERS SES TROIS VOILETS D'INTERVENTION

Dans le cadre de son volet « prise en charge », le plan a permis de :

- Soutenir des actions pour répondre au manque d'accueil et de coordination relatifs à la prise en charge de publics prioritaires (souffrant de comorbidités psychiatriques, alcoolodépendants, femmes usagères de drogues...). Des formations et temps d'échanges ont ainsi été développés pour favoriser la rencontre entre les différents professionnels accompagnant ces publics, faire évoluer leurs représentations, créer des réseaux de prise en charge et mettre en place des accueils spécifiques. Progressivement, ces actions ont été reprises par le PRSP (programmes 4, 14 et 15).
- Poursuivre la construction de l'offre spécialisée de soin et de réduction des risques, en particulier concernant les dispositifs destinés aux jeunes et à leur famille (promotion d'outils d'évaluation des risques auprès de professionnels accueillant des jeunes, formation d'équipes éducatives, ...). Par ailleurs, les objectifs du plan relatifs à la prise en charge ont été repris dans les travaux de réflexion et de préparation du schéma régional en addictologie.

Si les avancées ont été sensibles au cours de cette période dans le champ de la prise en charge, les besoins restent importants, tant du côté de la mise en réseaux des professionnels que de la formation.

Au sein du volet prévention, une majorité des crédits MILDT a été consacrée à la mise en œuvre du programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire, programme ambitieux qui est développé sur tout le territoire des Bouches-du-Rhône. Dans chacun des 9 bassins d'éducation du département, une association de prévention est en effet mandatée pour être « référente » auprès des établissements scolaires et leur offrir des formations et des accompagnements à la mise en œuvre d'actions de prévention auprès des élèves. Depuis 2006, 168 établissements scolaires du secondaire ont ainsi pu former une équipe éducative au guide MILDT / DESCO, soit plus de la moitié des établissements du département (et 70% des établissements publics). En termes humains, cela représente plus de 900 personnels de l'éducation nationale formés et 424 classes qui ont bénéficié d'interventions de prévention.

L'action du plan en matière de prévention en milieu du travail, en milieu festif et en territoires sensibles a été moins structurée et globalisante, souvent d'ailleurs faute de projets d'actions qui auraient pu être soutenues par les crédits MILDT, particulièrement dans les deux premiers domaines. Soulignons toutefois le travail mené dans le champ de la prévention dans les ZUS, porté par l'ADDAP13 pour former les équipes de professionnels de terrain et par la DIV, pour former les équipes des CLS et CLSPD.

Aujourd'hui, si la poursuite du programme de prévention en milieu scolaire apparaît prioritaire (au vu de ses résultats), il est également important de développer d'autres champs de prévention dans le cadre du plan, par la définition d'une stratégie d'action adaptée.

Le volet application de la loi et lutte contre le trafic du plan 2006 / 2009 s'est principalement décliné à travers :

- la convention Justice / Santé, en application locale des mesures du plan gouvernemental 2004 / 2008, dont l'objectif était de rapprocher le monde de la santé de celui de la justice afin de favoriser localement la prise en charge sanitaire et sociale des personnes placées sous main de justice rencontrant des problèmes d'addiction ;
- le soutien à l'achat ou la location de matériel d'investigation et de surveillance.

3- LES ORIENTATIONS DU PLAN DEPARTEMENTAL DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

3.1 Données générales sur le cadre et la mise en œuvre du plan

Le plan départemental constitue un document de référence pour l'action publique dans le domaine des drogues et des addictions. Il présente un ensemble de caractéristiques :

- il recouvre l'ensemble du champ d'activité concerné : prévention, prise en charge, réduction des risques, application de la loi, lutte contre le trafic,
- il soutient une démarche interministérielle, cohérente avec l'action habituelle des services de l'Etat,
- il prend en compte les besoins et attentes des publics concernés, en référence aux données actuelles disponibles sur les usages de drogues licites et illicites,
- il s'adapte aux domaines de compétences et aux possibilités des structures spécialisées et des acteurs de la prévention actuellement présents sur le territoire départemental,
- il privilégie l'innovation, en particulier dans certains domaines, qui sont actuellement peu pris en compte par les actions de terrain,
- il favorise les mises en synergie des structures et services,
- il se décline en plans d'actions annuels, avec appels à projets,
- enfin, il propose une démarche de suivi et d'évaluation, ainsi qu'un accompagnement pédagogique et technique des opérateurs.

3.2 Les orientations nationales

Conformément aux souhaits de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, le plan départemental décline les priorités nationales, définies dans le plan gouvernemental 2008 / 2011 et précisées dans la circulaire du 18 septembre 2008 du président de la MILDT :

« Ce plan a pour objectif de faire baisser durablement le nombre d'usagers de drogues illicites et de consommateurs abusifs d'alcool, notamment ceux qui s'adonnent au 'binge drinking', en mettant un accent particulier sur la prévention des entrées en consommation ou des usages d'alcool à risque, tout en poursuivant le développement des actions de repérage et de prise en charge sanitaire des usagers de drogues dépendants, leur accompagnement psychosocial, la réduction des risques associés, la lutte contre l'offre et le démantèlement des réseaux de trafiquants ».

Le plan prévoit cinq axes complémentaires d'action pour atteindre cet objectif : la prévention (« prévenir, communiquer, informer »), l'application de la loi, la prise en charge sanitaire et sociale (« soigner, insérer, réduire les risques »), la recherche (« former, chercher, insérer ») et la coopération internationale (« agir au plan international »). Les trois premiers doivent trouver une déclinaison départementale.

Les circulaires du 18 septembre 2008 et du 4 novembre 2009 précisent les attentes de la MILDT vis-à-vis des plans départementaux.

En matière de prévention, les priorités sont les suivantes :

- prévenir les consommations excessives d'alcool chez les jeunes,
- développer l'action éducative en milieu scolaire et du loisir,
- impliquer les adultes et parents dans la prévention,
- prévenir dans le monde du travail.

Dans le champ de la prise en charge (« soigner, insérer, réduire les risques »), les actions départementales se déterminent en complémentarité avec le plan addictions et en réponse aux besoins locaux. Les priorités du plan national sont les suivantes :

- s'assurer de la bonne couverture territoriale des dispositifs spécialisés, notamment des consultations jeunes consommateurs (CJC),
- favoriser l'insertion et la réinsertion des usagers de drogues les plus fragiles dans les dispositifs de droit commun, en particulier les femmes enceintes ou avec enfants, les personnes détenues ou sortant de prison, les jeunes en errance,
- s'assurer de l'effectivité des injonctions thérapeutiques et des médecins relais.

En terme d'application de la loi, il s'agit de :

- veiller au respect des dispositions de la loi HSPT concernant les mineurs,
- veiller au développement des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants,
- prévoir des mesures de lutte contre le trafic local, en lien avec un diagnostic départemental sur l'offre et l'usage des drogues. Ces mesures concernent tout particulièrement la proximité des établissements scolaires et des autres lieux de vie des jeunes, l'information, la prévention visant au respect de la loi.

3.3 Les orientations prioritaires du plan départemental

Les orientations du plan départemental de prévention et de lutte contre les drogues et les toxicomanies déclinent certes les orientations nationales, mais prennent également en compte les caractéristiques, particularités et besoins du département, telles qu'elles ont été décrites dans les états des lieux.

Les orientations départementales s'organisent en trois volets :

- prévenir, communiquer, informer,
- soigner, insérer, réduire les risques,
- appliquer la loi.

PREVENIR, COMMUNIQUER, INFORMER

Rappels des constats	Orientations	Objectifs opérationnels
<p>Le précédent plan a permis de structurer une politique de prévention des conduites addictives en milieu scolaire, dont les résultats sont probants. Toutefois, peu d'autres actions ont été développées dans les autres espaces de vie des jeunes</p>	<p>Promouvoir une prévention de type universel en direction des jeunes, qui se décline dans tous leurs lieux de vie</p>	- Poursuivre le soutien au programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire (fiche-action n°1)
		- Impulser des actions en direction des parents, en s'appuyant sur le réseau des acteurs sociaux, sanitaires, socioculturels (fiche n°2)
		- Soutenir la mise en place d'actions de prévention en milieu sportif et du loisir, en mettant l'accent sur la formation des « encadrants » (fiche n°3)
<p>Peu d'actions de prévention ont été mises en place dans le monde du travail. Celles qui ont existé l'ont été à la demande de grandes entreprises. Le colloque « Drogue et travail », a fait émerger des besoins d'accompagnement chez les médecins du travail</p>	<p>Permettre le développement des actions de prévention en milieu professionnel par la diffusion des méthodes et outils adaptés</p>	- Former des opérateurs de prévention spécialisés (fiche n°4)
		- Expérimenter un programme en milieu du travail, qui propose une offre de prévention globale (fiche n°5)
		- Soutenir les demandes d'interventions qui émanent du monde de l'entreprise (fiche n°6)
<p>Les besoins de prévention et de réduction des risques en milieu festif sont importants, comme en témoignent les rapports annuels de l'étude TREND De nombreuses initiatives se sont développées en ce sens, sous l'impulsion d'acteurs institutionnels et associatifs Néanmoins, des freins subsistent dans la mise en œuvre de ces actions</p>	<p>Favoriser le développement d'une prévention qui prenne en compte l'espace festif dans sa globalité</p>	- Soutenir les expérimentations (fiche n°7)
		- Favoriser la reconnaissance institutionnelle de la prévention et de la réduction des risques en milieu festif (fiche n°8)
		- Encourager l'interconnaissance et la coordination de terrain (fiche n°9)
<p>Les questions d'usages de drogues dans les quartiers classés en ZUS se posent de manière saillante à une grande majorité d'acteurs intervenant sur ces territoires. Ces phénomènes sont encore difficiles à appréhender, à prendre en compte et à traiter. Ils nécessitent la mise en place d'une démarche partagée</p>	<p>Soutenir la mise en place de projets de prévention territorialisés</p>	- Poursuivre les démarches de partage de connaissance et de capitalisation (fiche n°10)
		- Encourager le développement des projets proposant une réponse à l'échelle d'un territoire (fiche n°11)

SOIGNER, INSERER, REDUIRE LES RISQUES

Rappels des constats	Orientations	Objectifs opérationnels
Le plan précédent avait engagé des actions en anticipation de la mise en oeuvre du schéma régional en addictologie (SRA), visant à développer, organiser et optimiser l'offre de soin pour en améliorer l'accessibilité et la qualité	Développer des actions départementales en complémentarité avec le plan addiction et en réponse aux besoins locaux	- S'assurer de la bonne couverture territoriale des dispositifs spécialisés, notamment des consultations jeunes consommateurs (CJC) et en promouvoir le recours par les jeunes et parents (fiche n°12)
		- Développer le repérage précoce et l'orientation des usagers de drogues illicites (cannabis, cocaïne,...) ou usagers abusifs d'alcool (fiche n°13)
		- Développer la prise en compte des addictions « sans drogues » (fiche n°14)
Le développement des collaborations et partenariats entre structures pour mieux répondre aux besoins des publics précaires ou ayant des risques spécifiques doit être renforcé	Soutenir le développement des filières de soin en addictologie, comme prévu par le SRA	- Favoriser l'insertion et la réinsertion des usagers de drogues les plus fragiles dans les dispositifs de droit commun (fiche n°15)
		- Développer les liens entre le dispositif en addictologie (CSAPA, CAARUD, ville, hôpital) et celui de la santé mentale (fiche n°16)
		- Développer la prévention et la réduction des risques chez les jeunes errants (fiche n°17)
La prévention des risques d'infection aux VIH et VHC et des autres risques sanitaires et sociaux chez les usagers de drogues par voie nasale ou injectable reste une priorité (plan hépatite 2009 / 2012)	Développer la réduction des risques infectieux dans les différents lieux de rencontre avec le public concerné	- Remobiliser les pharmacies d'officine, dans leur rôle de prévention des infections par voie intraveineuse (fiche n°18)
		- Favoriser la prévention des contaminations et des dommages sanitaires et sociaux par la réduction des risques liés à l'injection (fiche n°19)

APPLIQUER LA LOI

Rappels des constats	Orientations	Objectifs opérationnels
Les consommations de l'alcool et du tabac baissent, mais à 17 ans, 30% des jeunes sont encore des fumeurs quotidiens. Le niveau des ivresses déclarées à 17 ans est relativement élevé ¹⁰ .	Faire appliquer les mesures d'interdiction et de restriction d'accès à l'alcool et au tabac, incluses dans la loi HPST¹¹	- Informer, sensibiliser les professionnels et les publics concernés par cette loi (fiche n°20)
La région est en 2 ^{ème} position, s'agissant des ILS pour usage de cannabis ¹² ; et ce chiffre ne cesse de croître depuis 2001. Dans les Bouches-du-Rhône, 15% des interpellations pour usage sont le fait de mineurs. Les orientations justice vers les structures de soins sont en augmentation ¹³ . La mise en oeuvre des stages de sensibilisation aux dangers des usages de stupéfiants reste peu aboutie.	Développer les réponses pénales à l'usage simple, de type sanitaire et pédagogique	Développer les réponses pénales pédagogiques pour les usagers de drogues majeurs ou mineurs, conformément à la loi de prévention de la délinquance (fiche n°21)
		- Mieux prendre en compte les problèmes liés à la consommation abusive d'alcool auprès des personnes faisant l'objet d'une alternative aux poursuites pénales (fiche n° 22)
		- Prévenir la récurrence des ILS, pour les publics jeunes en difficulté sociale et psychologique et placés sous main de justice (fiche n°23)
Le développement de la revente de produits stupéfiants aux abords des lieux de vie des jeunes est signalé par de nombreux partenaires locaux ¹⁴	Prévoir des mesures de lutte contre le trafic local, en lien avec un diagnostic départemental sur l'offre et l'usage des drogues, en lien avec les dispositifs connexes¹⁵	- Mieux connaître les espaces et moments particuliers de consommation et de revente de produits psychoactifs. (fiche n°24)
		- Développer une culture commune et des pratiques de prévention partagées, portant sur le respect des lois concernant les drogues (fiche n°25)

¹⁰ Au moins dix fois dans l'année (données OFDT – ESCAPAD 2005) ; 14 % d'ivresses régulières chez les garçons cette tendance se confirme en 2008

¹¹ Loi « Hôpital Patients, Santé Territoire »

¹² 56.8 ILS pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans en 2007

¹³ en 2007, 20% des patients des centres de soins spécialisés ont été orientés par la justice

¹⁴ Cf circulaire du président de la MILDT aux chefs de projets départementaux du 18 septembre 2008 : « les établissements scolaires et les autres lieux de vie des jeunes devront faire l'objet d'une attention particulière, en partenariat avec les chefs d'établissements et les responsables concernés, afin de faire respecter la loi sur la prévention de la délinquance qui renforce la sanction lors de la vente de produits stupéfiants à leurs abords et de mener parallèlement des actions d'information et de prévention en direction des élèves et de leurs parents ».

¹⁵ Plan de prévention de la délinquance des B.D.R., contrats locaux de sécurité et de prévention de la délinquance.

4- MODE OPERATOIRE

4.1 Le pilotage du plan départemental

Conformément au décret n°2006-665 du 7 juin 2006 relatif à la réduction du nombre de commissions administratives, le conseil départemental de prévention de la délinquance, d'aide aux victimes et de lutte contre la drogue, les dérives sectaires et les violences faites aux femmes, présidé par le préfet délégué pour la défense et la sécurité, est chargé d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer le plan départemental de lutte contre les drogues et de prévention des conduites d'addiction.

La composition de ce conseil départemental, son organisation et son fonctionnement sont fixés par arrêté préfectoral.

Si cela s'avère nécessaire, une commission spécialisée sur la thématique des drogues et des conduites addictives, peut être créée en son sein et s'adjoindre de personnes compétentes, issues des associations et institutions composant le dispositif départemental de prévention et de prise en charge dans le champ des addictions.

4.2 L'animation du plan départemental

L'animation du plan est réalisée par le chef de projet départemental, qui s'appuie sur un comité technique, le « comité technique de pilotage », dont le rôle est de :

- suivre la mise en œuvre du plan : instruire les dossiers de demande de financement, donner un avis sur ces dossiers, organiser des rencontres, initier des partenariats, favoriser les coordinations...
- réaliser en fin d'année un bilan de l'action du plan, sur ses trois volets ; dans ce cadre, il pourra solliciter les différents services de l'Etat pour lui transmettre les données d'activité nécessaires à la rédaction de ce bilan ;
- préparer le conseil départemental de prévention de la délinquance, d'aide aux victimes et de lutte contre la drogue, les dérives sectaires et les violences faites aux femmes.

Le comité technique de pilotage se réunit autant que de besoin et se décline en deux formations différentes selon les dossiers traités :

- le programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire,
- les autres axes du plan.

5- FICHES - ACTIONS

Prévenir, communiquer, informer

Fiche n°1	Poursuivre le soutien au programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire
Fiches MILDT correspondantes	1.6 : Développer une politique de prévention au sein des établissements scolaires des premier et second degrés en mettant à la disposition de la communauté scolaire les outils et les ressources nécessaires
Contexte	<p>Depuis 2004, l'éducation à la prévention des conduites addictives est obligatoire en temps scolaire et à partir de 2005, certaines connaissances et compétences pouvant être favorisées par la prévention des conduites à risques font partie du socle commun de compétences devant être validées en fin de scolarité .</p> <p>Pour autant, les équipes des établissements scolaires ne disposent pas toujours des outils et des ressources pour mettre en œuvre une politique de prévention des conduites addictives, d'autant plus que les produits et les usages qui en sont faits évoluent rapidement.</p> <p>Dans les Bouches-du-Rhône, un comité de pilotage réunit le chef de projet MILDT, l'inspection académique, l'agence régionale de santé (ex DDASS), le conseil général (pour les actions qu'il soutient dans les collèges), la ville de Marseille (pour le suivi d'un programme expérimental en école primaire) et la mission d'appui drogues et toxicomanies (ex. CIRDD PACA). Ce comité de pilotage est chargé de suivre un dispositif cohérent, couvrant l'ensemble du territoire départemental, dans le cadre duquel sont mandatées, pour chacun des neuf bassins d'éducation, une ou plusieurs structures associatives pour former des équipes éducatives des établissements scolaires secondaires du bassin de référence et les accompagner dans la mise en œuvre du programme de prévention auprès des élèves. La coordination et l'évaluation de ce dispositif ont été confiées à la mission d'appui drogues et toxicomanies (ex. CIRDD PACA).</p> <p>Le plan gouvernemental 2008/2011 appelle à poursuivre le dispositif initié pour le second degré, par l'éducation nationale et la MILDT en 2005 et présenté dans le « guide d'intervention pour la prévention des conduites addictives en milieu scolaire ». Il prévoit également la mise en place d'un dispositif similaire dans le 1^{er} degré. Il est prévu la réactualisation du guide DESCO / MILDT, qui intégrerait un volet destiné au primaire.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le secondaire, poursuivre le développement du programme de prévention en milieu scolaire, dans le cadre du cahier des charges spécifique à cette action, avec les référents associatifs retenus par le comité de pilotage départemental - Travailler à l'évolution de ce cahier des charges, sur la base des résultats de l'évaluation en continu de ce programme - Soutenir la mise en œuvre d'un programme expérimental de prévention dans les écoles primaires de la ville de Marseille - Poursuivre la coordination du dispositif et renforcer le volet évaluation dans le cadre d'une collaboration spécifique avec l'éducation nationale - Poursuivre l'élargissement du partenariat, tant institutionnel qu'opérationnel
Articulation avec d'autres dispositifs	PRSP programme 16 (éducation à la santé en milieu scolaire), actions de prévention menées par les formateurs relais anti-drogues (FRAD) et des policiers formateurs anti-drogues (PFAD), actions de prévention des collectivités territoriales
Partenaires	Inspection académique, police nationale, gendarmerie nationale, associations de prévention des addictions, conseil général, ville de Marseille
Indicateurs de suivi	le programme départemental de prévention en milieu scolaire a prévu un dispositif de suivi, avec ses outils d'évaluation. La mise en œuvre de la coordination et le suivi de l'évaluation du programme sont confiées au dispositif d'appui.

Fiche n°2	Impulser des actions en direction des parents, en s'appuyant sur le réseau des acteurs sociaux, sanitaires, socioculturels
Fiches MILDT correspondantes	1.3 : Relégitimer les adultes dans leur rôle de principal acteur de prévention
Contexte	<p>La MILDT a fait de l'information et de la sensibilisation des parents une de ses priorités, et ce, afin de leur donner les moyens et les méthodes pour se constituer comme acteur principal de prévention pour leurs enfants.</p> <p>Pour les parents confrontés aux consommations de produits psychoactifs de leurs enfants, la demande d'aide est souvent effectuée dans l'urgence, dans une situation de tension avec l'adolescent, et elle est rarement prolongée. Nombre de soignants indiquent le désarroi que connaissent les parents face à la question des drogues, leur manque de connaissances sur le sujet et la perte des repères éducatifs habituels. Cette situation a diverses raisons, que l'on peut résumer par le sentiment d'impuissance ou d'incompétence, la crainte d'une stigmatisation ou la culpabilité liée aux difficultés éducatives rencontrées.</p> <p>Pour autant, il est avéré que le raccourcissement des délais entre l'installation dans des conduites à risque et la demande de soin, ainsi que le soutien des proches dans cette démarche sont des facteurs favorisant la prise en charge. L'objectif des acteurs de prévention et du soin est donc de susciter la rencontre avec les usagers ou leurs proches au plus tôt, dès les périodes d'expérimentation ou de prises de risques, et dans des conditions favorisant le mieux possible la relégitimation des adultes dans leur rôle éducatif. Pour cela, il est important de développer chez les parents les connaissances et les pratiques éducatives et préventives sur le thème des usages de drogues.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir dans le département la campagne nationale grand public prévue par la MILDT, suite aux assises nationales de la parentalité - Proposer aux responsables de structures accueillant des familles (points information familles, centres sociaux, maisons pour tous, maisons sociales, associations affiliées à l'UDAF...), des réseaux d'aide à la parentalité et des associations de parents d'élèves, des temps de rencontre, d'information, voire de formation pour comprendre les enjeux de la situation actuelle vis-à-vis des consommations et les questions éducatives liées à la prévention des usages de drogues - Soutenir les actions de prévention en direction des adultes et des parents, sur la base des recommandations des assises de la parentalité - Mettre en place et / ou soutenir la diffusion d'une information en direction des parents sur les lieux où ils peuvent trouver de l'aide ou une information (consultations jeunes consommateurs, espaces santé jeunes, point accueil et écoute jeunes...)
Articulation avec d'autres dispositifs	REAAP 13, PRSP programme 4
Partenaires	DTARS, DDCS, UDAF, CAF, conseil général, FCPE, PEEP
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - nombre et types d'actions développées dans ce domaine et en lien avec la MILDT - nombre de professionnels et de parents concernés, par territoire - type de professionnels mobilisés - documents ou outils produits dans le cadre de cet objectif

Fiche n°3	Soutenir la mise en place d'actions de prévention en milieu sportif et du loisir, en mettant l'accent sur la formation des « encadrants »
Fiches MILDT correspondantes	1.8 : Réduire les pratiques addictives en milieu de loisirs éducatifs et sportifs 1.10 : Réduire les pratiques dopantes dans le milieu du sport amateur ou récréatif
Contexte	<p>Traditionnellement, les projets de prévention des conduites addictives ont privilégié le milieu scolaire pour viser le public jeune. Le département des Bouches-du-Rhône n'échappe pas à ce constat, puisque peu d'actions de prévention ont été menées dans d'autres lieux de vie des jeunes, ou ont ciblé d'autres équipes éducatives (animateurs socioculturels, éducateurs sportifs...).</p> <p>Or on sait qu'un certain nombre de professionnels socioculturels ont du mal à se positionner par rapport aux pratiques de consommation des jeunes qu'ils encadrent. On sait également que la pratique du sport, même sous son axe récréatif, hors compétition ou manifestation sportive, expose à des conduites dopantes tant en ce qui concerne les mineurs que les majeurs. Ces conduites sont susceptibles de porter atteinte à la santé ou occasionner des trafics sanctionnés par la loi.</p> <p>La MILDT et le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports ont constitué dans chaque région une équipe pluridisciplinaire de formateurs à même de former les encadrants en milieu sportif, sur la base d'un référentiel national commun.</p> <p>Ce mouvement rejoint une préoccupation du plan gouvernemental, qui souhaite « inscrire l'approche préventive dans les loisirs collectifs des jeunes ».</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir les structures socioéducatives (centres de vacances, centres sociaux, MJC...) et sportives dans la mise en place d'actions de prévention en direction de leur public. A l'image de ce qui se fait en milieu scolaire, favoriser la sensibilisation et la formation des animateurs et responsables de structures d'accueil de jeunes et leur proposer un accompagnement à la mise en place de ces projets. - Accompagner la mise en place des formations de l'équipe pluridisciplinaire régionale de formateurs constituée par la MILDT et le ministère de la santé de la jeunesse et des sports, à même de former les encadrants en milieu sportif, sur la base d'un référentiel national commun
Articulation avec d'autres dispositifs	PRSP programme 4, politique nationale et actions régionales de prévention du dopage et des conduites à risques dans le sport
Partenaires	Médecin conseiller « dopage » de la DRCS, CAF, DDCS, CROS, AMPD, N° vert Ecoute dopage, acteurs associatifs de prévention des addictions et de lutte contre le dopage
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - nombre et type d'actions développées dans ce domaine - publics et territoires concernés - nombre et types d'actions de prévention initiées suite à des actions de sensibilisation / formations en direction de professionnels - analyse des questionnaires de satisfaction remplis par les participants <p><i>D'autres indicateurs de suivis pourront être construits sur la base des bilans transmis par les 2 opérateurs ayant bénéficié de financements dans le cadre des crédits MILDT pour la prévention des conduites dopantes.</i></p>

Fiche n°4	Former des opérateurs de prévention spécialisés « drogues et travail »
Fiches MILDT correspondantes	1.9 : Réduire les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants
Contexte	<p>Près de 15% à 20% des accidents professionnels, de l'absentéisme et de conflits interpersonnels au travail seraient liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants¹⁶. Les consommations de drogues sont notamment plus importantes dans certains secteurs : BTP, transports, hôtellerie/restauration, commerce¹⁷. Les données de consommation concernant les jeunes en formation, en recherche ou occupant un emploi¹⁸ montrent également des usages et des risques supérieurs à ceux des jeunes poursuivant leur scolarité.</p> <p>Jusqu'alors peu engagées dans l'action ou quasi exclusivement sur les alcoolodépendances, les entreprises s'interrogent sur leur responsabilité et obligations légales vis-à-vis de la prévention des consommations de produits psychoactifs notamment les drogues illicites.</p> <p>Pour autant dans le département, peu d'actions de prévention ont été mises en place dans le monde du travail.</p> <p>Plusieurs explications ont été avancées, parmi lesquelles la faiblesse du réseau des acteurs de prévention spécialisés dans l'intervention en milieu du travail.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer les acteurs de prévention qui pourraient s'investir dans ce type d'intervention et identifier leurs besoins. - Organiser une ou plusieurs formations destinées à former de futurs formateurs parmi les associations repérées - Etudier la possibilité de mettre en œuvre ces formations à une échelle régionale
Articulation avec d'autres dispositifs	Plan national de santé au travail – PRSP
Partenaires	Direccte (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), opérateurs de prévention, entreprises, organismes professionnels et représentant les salariés, médecine du travail
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - identification des acteurs de prévention déjà investis dans ce domaine, repérage des acteurs souhaitant s'y investir... - nombre et contenu des formations mises en place - nombre et qualité des participants - analyse des questionnaires de satisfaction remplis par les participants à l'issue des formations

¹⁶ Source : plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008/2011

¹⁷ Baromètre santé 2005

¹⁸ Exploitation régionale enquête ESCAPAD 2005

Fiche n°5	Expérimenter un programme en milieu du travail, qui propose une offre de prévention globale
Fiches MILDT correspondantes	1.9 : Réduire les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants
Contexte	<p>Le bilan du plan précédent a montré que très souvent, les actions de prévention menées en milieu du travail, l'ont été à l'initiative d'entreprises. Or, les employeurs, les salariés et les organisations professionnelles ne savent pas toujours comment aborder ce problème, ni à qui s'adresser pour le résoudre. De plus, le coût d'une action de prévention peut constituer un frein pour les très petites, petites et moyennes entreprises (PME / TPE).</p> <p>Dans ce contexte, le développement d'actions de prévention en milieu professionnel ne pourra passer que par la mise en place d'une stratégie d'offre de services. Autrement dit, c'est au plan départemental MILDT de proposer aux entreprises de s'engager dans une action collective de prévention des conduites addictives en milieu du travail. Pour autant, le plan départemental n'a pas vocation à soutenir toutes les actions de prévention et doit se donner des garanties quant à la mise en œuvre des actions développées</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Sur la base d'un diagnostic, sélectionner le type d'entreprises et/ou le secteur d'activité à privilégier - Diffuser une information large aux entreprises et/ou groupement d'employeurs / de médecins du travail identifiés lors de la phase de diagnostic - Missionner des porteurs de projets pour qu'ils proposent des interventions de prévention, particulièrement ceux ayant été formés (cf. fiche 4) - Rédiger un cahier des charges à destination de ces porteurs de projets, qui précise les attendus en terme de démarche de prévention - Mettre en place un dispositif de suivi des actions réalisées
Articulation avec d'autres dispositifs	Plan national de santé au travail – PRSP
Partenaires	Direccte (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), opérateurs de prévention, entreprises, organismes professionnels, et représentant les salariés, médecine du travail
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - réalisation du diagnostic - capacité à mobiliser les « publics cibles » identifiés lors de la phase de diagnostic - élaboration d'un cahier des charges spécifiques à la prévention en milieu du travail - nombre et types d'actions de prévention menées - nombre et qualité des publics concernés

Fiche n°6	Soutenir les demandes d'interventions qui émanent du monde de l'entreprise
Fiches MILDT correspondantes	1.9 : Réduire les accidents professionnels, l'absentéisme et les risques liés à l'usage d'alcool, de psychotropes ou de stupéfiants
Contexte	<p>Afin de promouvoir la prévention des conduites addictives en milieu professionnel, il ne s'agit pas de créer un dispositif trop cadré et « descendant », tel que présenté au sein des fiches actions 5 et 6. Il faut aussi pouvoir soutenir les expériences nées dans d'autres cadres.</p> <p>C'est pourquoi, parallèlement à la mise en place d'un programme de prévention en milieu du travail, le plan MILDT doit aussi pouvoir soutenir des expériences en milieu du travail, émanant d'entreprises (employeurs, organisations professionnelles, syndicats, médecins du travail...) et / ou d'associations de médecine de travail interprofessionnelles.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Prioriser les projets innovants ou sur des problématiques particulières (comme par exemple drogues et entreprises d'insertion ou d'intérim...) - Se donner les moyens pour suivre la mise en œuvre de ces actions, dans une perspective de capitalisation
Articulation avec d'autres dispositifs	Plan national de santé au travail - PRSP
Partenaires	Direccte (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), organismes professionnels et représentants les salariés, médecine du travail, opérateurs de prévention
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de demandes de financement d'actions de prévention - nombre d'actions retenues - analyse des actions mises en place

Fiche n°7	Soutenir les expérimentations en milieu festif
Fiches MILDT correspondantes	3.8 : réduire les risques sanitaires liés à l'usage de drogues – action 7 : développer des campagnes d'information innovantes dans les lieux festifs, en prenant en compte le poly-usage qui caractérise la population fréquentant ces lieux, qui associe consommation élevée d'alcool et de drogues illicites tels le cannabis, la cocaïne et autres psychostimulants, mais aussi l'héroïne
Contexte	<p>Les besoins de prévention et de réduction des risques en milieu festif sont importants, comme en témoignent les nombreuses études réalisées sur ce sujet.</p> <p>Si le niveau de consommation d'alcool par habitant continue de diminuer en France, des phénomènes d'alcoolisation massive sont aujourd'hui observés, en particulier chez les jeunes dans un cadre festif. Par ailleurs, et comme le montre l'étude TREND, la présence de produits stupéfiants s'élargit en milieu festif : alors qu'on les trouvait surtout dans certains milieux (techno notamment), ils ont tendance à être disponibles au sein de l'espace commercial (soirées étudiantes, discothèques...).</p> <p>Or les actions de prévention et de réduction des risques se sont surtout développées dans le milieu « techno » alternatif, et les acteurs de ce champ ont peu de connaissance ni d'expérience dans d'autres milieux festifs (et particulièrement le milieu commercial). Par ailleurs, étant donnée l'étendue du milieu festif, particulièrement en PACA, il semble important que les missions de prévention et de réduction des risques soient également assurées par les personnels chargés de l'organisation ou du déroulement des événements (associations d'étudiants, responsables de discothèques, personnels de service et de sécurité...)</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la mise en place d'études et d'espaces de réflexion destinés à produire de la connaissance, capitaliser, impulser des actions... - Soutenir les expérimentations d'actions « innovantes » de prévention et de réduction des risques dans différents types d'espaces festifs - Permettre la réalisation de formations adaptées pour les différents intervenants de prévention et de réduction des risques en milieu festif, qu'ils soient acteurs de prévention ou autres acteurs en charge d'espaces festifs.
Articulation avec d'autres dispositifs	PRSP (programmes 04, 14 et 15), PDASR des Bouches-du-Rhône, dispositif « Fêtez clair », CLSPD de la ville de Marseille
Partenaires	Comité de pilotage départemental des actions de réduction des risques, acteurs de la prévention des addictions et de la réduction des risques, villes, conseil général
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - existence de dispositifs d'études et de réflexion dans ce domaine, sujets développés - nombre d'actions innovantes soutenues - description des formations : organisation, lieu de déroulement, nombre et qualité des participants, durée, analyse des questionnaires de satisfaction... - recueil et analyse des actions développées par les intervenants en milieu festif qui ont été formés

Fiche n°8	Favoriser la reconnaissance institutionnelle de la prévention et de la réduction des risques en milieu festif
Fiches MILDT correspondantes	3.8 : réduire les risques sanitaires liés à l'usage de drogues – action 7 : développer des campagnes d'information innovantes dans les lieux festifs, en prenant en compte le poly-usage qui caractérise la population fréquentant ces lieux, qui associe consommation élevée d'alcool et de drogues illicites tels le cannabis, la cocaïne et autres psychostimulants, mais aussi l'héroïne
Contexte	<p>Les interventions de prévention et de réduction des risques sont parfois difficiles à mettre en place parce que le travail conduit par les associations en milieu festif reste mal connu par les institutions.</p> <p>Ces acteurs de prévention et de réduction des risques sont peu considérés comme des acteurs en charge à part entière de la sécurisation de l'espace festif. Ils sont rarement perçus comme des ressources, assez souvent traités comme le reste des participants, d'autant plus dans le milieu festif alternatif, quand les fêtes ne sont pas souhaitées.</p> <p>Il y a donc un enjeu à développer l'interconnaissance, à l'échelle du département, entre les acteurs de prévention / réduction des risques et les représentants des institutions locales.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le groupe de travail sur le milieu festif au sein du comité de pilotage départemental des actions de réduction des risques et favoriser le partage des travaux réalisés dans ce cadre au sein d'instances institutionnelles. Promouvoir à ce titre la prise en compte des questions relatives à la gestion des espaces festifs au sein d'instances locales de type CLSPD - Informer largement les élus locaux sur les acteurs et les méthodes d'intervention de réduction des risques en milieu festif. Cibler particulièrement les villes où se déroulent des fêtes votives. - Organiser des formations / journées d'informations sur la réduction des risques à l'attention de services de l'administration d'Etat ou territoriale (police, gendarmerie, police municipale...)
Articulation avec d'autres dispositifs	PRSP (programmes 04, 14 et 15), PDASR des Bouches-du-Rhône, dispositif « fêtez clair », CLSPD des villes du département, plan de prévention de la délinquance départemental
Partenaires	Comité de pilotage départemental des actions de réduction des risques, acteurs de la prévention des addictions et de la réduction des risques, CLSPD, police nationale, gendarmerie nationale
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de réunions du groupe de travail « milieu festif » du comité de pilotage RDR - productions et avancées de ce groupe - réalisation de formations institutions / acteurs de prévention et de RDR - réalisation d'informations en direction des élus locaux - nombre et types d'actions partenariales développées dans ce domaine

Fiche n°9	Encourager l'interconnaissance et la coordination de terrain en milieu festif
Fiches MILDT correspondantes	3.8 : réduire les risques sanitaires liés à l'usage de drogues – action 7 : développer des campagnes d'information innovantes dans les lieux festifs, en prenant en compte le poly-usage qui caractérise la population fréquentant ces lieux, qui associe consommation élevée d'alcool et de drogues illicites tels le cannabis, la cocaïne et autres psychostimulants, mais aussi l'héroïne
Contexte	<p>Le développement d'actions de prévention et de réduction des risques dans le milieu festif est soumis à l'amélioration de la coordination de terrain.</p> <p>Est constatée en effet, au-delà du besoin de coordination entre institutions et acteurs de prévention (cf. fiche n°7), une certaine faiblesse du partenariat de terrain, et ce, en amont de l'évènement festif, lors de la phase d'organisation. Des habitudes de travail en commun doivent être prises entre les acteurs de prévention « conduites addictives », organisateurs d'évènements festifs, acteurs de la prévention routière, acteurs chargés de la sécurité (secours), voire avec les forces de l'ordre.</p> <p>On constate également que les acteurs de prévention et de la sécurité routière, de prévention des addictions et les intervenants de la réduction des risques, tous investis sur le milieu festif, développent peu d'actions en commun.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Créer des temps de rencontre et d'échange entre les organisateurs d'évènements festifs et les associations de prévention, de façon à favoriser ensuite des partenariats autour de l'organisation des moments festifs - Mettre en place des espaces de rencontre entre acteurs de la prévention routière, de la prévention des addictions et acteurs de la réduction des risques, dans le cadre de formations communes par exemple
Articulation avec d'autres dispositifs	PRSP (04, 14 et 15), PDA SR des Bouches-du-Rhône, dispositif « fêtez clair », CLSPD des villes du département, plan de prévention de la délinquance départemental
Partenaires	Comité de pilotage départemental des actions de réduction des risques, associations de prévention routière, de prévention des addictions et de réduction des risques, police nationale, gendarmerie nationale, villes du département, organisateurs d'évènements (ex. Docks des Suds,...)
Indicateurs de suivi	- mise en place et développement des temps de rencontre et de formation « croisées »

Fiche n°10	Poursuivre les démarches de partage de connaissance et de capitalisation sur les questions d'usage et de trafic de drogues sur les territoires prioritaires au titre de la politique de la ville
Fiches MILDT correspondantes	1.12 : <i>prévenir la délinquance liée à l'usage et au trafic de drogues sur les territoires ciblés par la politique de la ville</i>
Contexte	<p>La jeunesse en difficulté, vivant dans les quartiers de la politique de la ville ou dits « sensibles » est confrontée aux situations à risques que font courir l'usage de drogues illicites, de médicaments et d'alcool, mais aussi la délinquance liée au trafic. Cette situation n'est pas spécifique à ces quartiers mais elle y est souvent accentuée.</p> <p>Pour autant, les acteurs des institutions et associations oeuvrant dans ces quartiers, qu'ils appartiennent au champ médical, social, socioculturel..., se trouvent parfois démunis face à ces problématiques. Ils n'ont pas toujours une connaissance fine des niveaux d'usages, des risques pris, des publics concernés, des logiques sociales et économiques accompagnant les phénomènes de trafic,... Ils doivent également inventer de nouveaux outils d'approche des publics, d'intervention sociale, d'accompagnement éducatif et de prise en charge.</p> <p>Des initiatives ont été développées depuis plusieurs années dans le département pour favoriser l'organisation de réseaux de professionnels, à même de répondre à ces questions sociales complexes au plan local (quartier, arrondissement, villes).</p> <p>L'objectif du nouveau plan est donc bien de poursuivre dans cette direction et de soutenir les initiatives prises dans cette perspective</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les études et observations menées sur ces territoires de façon à mieux appréhender les niveaux d'usages, les publics, les réseaux de trafic, les logiques d'action... - Soutenir les formations à destination des acteurs de terrain et de leurs institutions - Favoriser le partage d'expériences, la capitalisation et la diffusion des actions existantes dans ce domaine
Articulation avec d'autres dispositifs	Politique de la ville (CUCS), CLSPD
Partenaires	Villes en contrat urbain de cohésion sociale, ateliers santé ville, conseil général, conseil régional
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - retour des ateliers professionnels organisés par l'Addap 13 les 6 et 7 mai 2010 - études et démarches de connaissances développées dans ce domaine - organisation de temps de rencontre, d'échange, de formation

Fiche n°11	Encourager le développement des projets proposant une réponse à l'échelle d'un territoire « sensible »
Fiches MILDT correspondantes	1.12 : prévenir la délinquance liée à l'usage et au trafic de drogues sur les territoires ciblés par la politique de la ville
Contexte	<p>Sur les territoires sensibles, apporter une réponse aux questions de l'usage et du trafic suppose la mise en place d'une démarche globale et partenariale, impliquant une majorité d'acteurs du territoire. Ils sont en effet nombreux à être concernés par ces activités : établissements scolaires, équipements sociaux, sportifs, culturels, et du loisir, professionnels du soin, bailleurs sociaux, commerçants... et certains se sentent encore souvent bien isolés face à ces questions.</p> <p>Ce type de démarche est aussi indispensable si l'on veut y intégrer la question des adultes, parents ou simples riverains, parfois en difficulté sur ces questions, pour lesquelles il y a encore peu d'espaces de paroles.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler la question du cadre institutionnel et partenarial dans lequel est élaborée la réponse - Construire une réponse préventive, éducative et répressive, territorialisée et impliquant l'ensemble des acteurs du quartier - Prendre en compte dans la réponse, les adultes du quartier, qu'ils soient parents ou riverains
Articulation avec d'autres dispositifs	Politique de la ville (CUCS), ateliers santé ville, CLSPD
Partenaires	Villes en contrat urbain de cohésion sociale, ateliers santé ville, conseil général, conseil régional
Indicateurs de suivi	- analyse des projets de quartiers inscrits au CUCS et de leur prise en compte des questions relatives aux conduites addictives et au trafic de stupéfiants

Soigner, insérer, réduire les risques

Fiche n°12	S'assurer de la bonne couverture territoriale des dispositifs spécialisés, notamment des CJC et en promouvoir le recours par les jeunes et parents
Fiches MILDT correspondantes	3.3 : Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des jeunes consommateurs de produits psychoactifs. Action 2 : Expérimenter des consultations avancées dans des lieux recevant des jeunes pendant un temps limité mais suffisant pour permettre le développement du travail en réseau et la transmission de savoir faire
Contexte	<p>Le plan national de prise en charge et de prévention des addictions 2007 / 2011, correspond au volet « prise en charge » du plan gouvernemental¹⁹. Un schéma régional en addictologie, déclinaison locale de ce plan addictions, a été élaboré en 2009 et entre dans sa phase opérationnelle à partir de 2010 : le dispositif médicosocial, hospitalier, les réseaux de médecine de ville... a été repensé pour assurer une couverture territoriale cohérente et mieux répondre aux besoins des usagers.</p> <p>De plus et suite à un appel à projets²⁰, des actions nouvelles complètent le dispositif local sur certains aspects prioritaires (consultations jeunes consommateurs, accueils spécifiques des parents et/ou des femmes usagères de drogues, accueil de sortants de prison, consultations dans les lieux d'hébergement de personnes en situation précaire).</p> <p>Ces avancées dans la construction du dispositif de soins, de prévention et de réduction des risques peuvent être confortées et complétées par des actions spécifiques du plan départemental.</p> <p>Par exemple, les consultations jeunes consommateurs, qui ont des missions d'accueil, d'information, d'évaluation, de prise en charge brève et d'orientation si nécessaire des jeunes consommateurs et de leur entourage, sont actuellement fréquentées en majorité par des personnes orientées par la justice. Des marges importantes de développement du recours volontaire à ce dispositif existent, en particulier par les familles.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Faire connaître le dispositif départemental existant par une action de communication en direction des communes, des établissements scolaires, les lieux d'accueil des jeunes et des familles - Rapprocher dans le cadre de formations, de rencontres locales, les équipes des structures accueillant des jeunes (ESJ, PAEJ, centres sociaux, ...) et les intervenants des CSAPA portant une CJC, afin de mutualiser les savoirs, échanger des pratiques, autour des conduites à risques des jeunes
Articulation avec d'autres dispositifs	Schéma régional en addictologie
Partenaires	Inspection académique, DTARS, DDCS, CAF, villes, REAAPS
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - création et diffusion d'outils de communication - mise en place de temps de rencontre

¹⁹ Fiche 3-1 du plan gouvernemental 2008 2011

²⁰ Circulaire interministérielle DGS / MILDT du 23 février 2009 sur les mesures relatives aux soins, insertion sociale et réduction des risques du plan gouvernemental 2008 / 2011

Fiche n°13	Développer le repérage précoce et l'orientation des jeunes usagers de drogues illicites (cannabis, cocaïne,...) ou des usagers abusifs d'alcool
Fiches MILDT correspondantes	3.5: développer de nouvelles modalités de prise en charge pour les usagers de cocaïne, action 4 : mobiliser les CJC pour repérer et prendre en charge les consommations à risques dans le cadre de la polyvalence de ces consultations.
Contexte	<p>Le développement du dispositif de soin dans le département doit s'accompagner de différentes mesures facilitant son recours, et son adaptation permanente aux besoins.</p> <p>Ainsi, si les CJC ont su prendre en compte les demandes des jeunes et des professionnels au sujet des risques liés à l'usage de cannabis, les évolutions en cours des consommations imposent d'améliorer les savoirs et pratiques de ces professionnels vis-à-vis de questions émergentes, dont les usages de drogues plus rares et les abus d'alcool.</p> <p>Selon les résultats 2008 de l'enquête ESCAPAD, à 17 ans, le département présente des niveaux d'expérimentation de médicaments psychotropes et des autres produits illicites supérieurs à ceux mesurés dans le reste de la France²¹.</p> <p>De plus, si la consommation régulière d'alcool caractérise les usages des populations adultes et âgées, la consommation ponctuelle et excessive d'alcool est plutôt la marque de la jeunesse. Les phénomènes d'ivresse ou de consommation sévère d'alcool (5 verres ou plus en une seule occasion) se développent ces dernières années parmi les jeunes. Ce nouveau mode de consommation, connu au Royaume-Uni sous le nom de « binge drinking », provoque des dommages sanitaires et des conséquences en terme de troubles à l'ordre public particulièrement graves ; des mesures sont à prendre, notamment dans un cadre du repérage précoce, et de l'orientation vers des soins si besoin.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Former les professionnels accueillant des jeunes (centres sociaux, PAEJ, ESJ...) aux usages émergents, en particulier l'expérimentation de cocaïne et autres psychostimulants (approches épidémiologique, pharmacologique, sociale et sociétale) - Développer le repérage précoce de ces usages par les CJC en favorisant la connaissance et l'utilisation des pratiques, et des outils techniques, en premier ceux actuellement disponibles en prévention (questionnaires et grilles d'évaluation, de repérage des conduites à risques, entretiens de motivation, entretiens de prévention,...) - Améliorer la veille sur l'émergence de ces usages en rapprochant les CJC du réseau SINTES²², pour favoriser l'échange d'information entre le niveau national et local.
Articulation avec d'autres dispositifs	Schéma régional en addictologie
Partenaires	Inspection académique, DTARS, DDCS, CSAPA, réseau SINTES
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - mise en place de temps de travail et de formation en direction des professionnels des CJC - mise en place de formations au repérage précoce et à l'intervention brève - nombre et qualité des participants - analyse des questionnaires de satisfaction

²¹ Exceptions faites pour l'héroïne et les champignons hallucinogènes où les différences sont trop faibles pour être significatives.

²² Le Système d'Identification National des Toxiques et Substances est géré par l'OFDT : il comprend un volet veille (repérage et analyse de produits nouveaux, rares, ayant présenté un risque,...) et observation (collectes d'un type de produits consommé)

Fiche n°14	Développer la prise en compte des addictions « sans drogues »
Fiches MILDT correspondantes	3.2 améliorer les compétences de professionnels dans le domaine de la prévention individuelle ciblée et de la prise en charge
Contexte	<p>Les dernières années sont marquées par l'émergence plus nette de la thématique de l'addiction au jeu (jeu de hasard, jeu d'argent, jeu vidéo, addiction à Internet...) : ce phénomène fait l'objet de plus en plus d'écrits, qu'ils soient scientifiques ou d'actualité, et ils est également mentionné plus facilement par les personnes concernées et par leur entourage.</p> <p>Pour autant, il n'existe pas en France d'études de prévalence de l'addiction au jeu. Celles qui ont été réalisées principalement au Québec et aux Etats-Unis donnent un pourcentage de joueurs problématiques compris entre 0,4% et 3,4 % de la population. Par extrapolation, on suppose qu'en France, il y aurait entre 600 000 et 1 800 000 Français dans cette situation²³.</p> <p>En région PACA, peu de structures ont développé une consultation spécifique à l'intention des joueurs compulsifs : le CSST La Caravelle à Grasse, l'Hôpital Pasteur à Nice, et dans les Bouches-du-Rhône, l'Hôpital Sainte-Marguerite à Marseille.</p> <p>Cependant, le plan gouvernemental 2007 / 2011 de prise en charge et de prévention des addictions prévoit que les futurs CSAPA soient en capacité de prendre en charge l'ensemble des conduites addictives et, s'ils le souhaitent, les addictions sans substances. Dans ce contexte, les professionnels du soin sont demandeurs de données scientifiquement validées et de formations permettant de développer une offre de prise en charge et de prévention dans ce domaine.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place des formations pour les professionnels du soin et de l'addictologie afin de les aider à prévenir, diagnostiquer et prendre en charge ces pathologies - Envisager la possibilité d'ouvrir ces formations aux acteurs de prévention, afin qu'ils puissent intégrer cette problématique au sein de leurs interventions - Envisager également la possibilité d'ouvrir ces formations aux professionnels du jeu, dans l'objectif de leur permettre de dépister les joueurs en difficulté et de les conseiller
Articulation avec d'autres dispositifs	Schéma régional en addictologie, PRSP (programme 4)
Partenaires	DTARS, DDCS, CSAPA
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - mise en place de formations dans ce domaine - qualité des participants - analyse des questionnaires de satisfaction - évolution des accueils pour addictions sans drogues au sein des CSAPA du département

²³ Source : Centre de Référence sur le Jeu Excessif, <http://www.crje.fr/index.htm>

Fiche n°15	Favoriser l'insertion et la réinsertion des usagers de drogues les plus fragiles dans les dispositifs de droit commun
Fiches MILDT correspondantes	3.10 : améliorer l'insertion et la réinsertion sociale des personnes présentant une addiction
Contexte	<p>Les difficultés liées à la prise en charge des usagers de drogues en situation précaire sont toujours d'actualité, comme le confirment les files actives des dispositifs de soin et de réduction des risques, mais également les observations réalisées chaque année dans le cadre de TREND. Les dernières tendances montrent une diversification des profils des usagers en grande précarité : personnes en situation irrégulière, personnes qui ont perdu leurs droits brutalement, personnes qui se retrouvent à la rue très rapidement après avoir perdu leur emploi, jeunes en rupture familiale.</p> <p>Les travailleurs sociaux qui accompagnent ces publics sont souvent démunis pour comprendre les difficultés spécifiques liées aux pratiques addictives et leur donner une réponse. Par exemple, face au recours croissant au sniff et à la voie injectable, ils ne sont pas toujours suffisamment formés aux risques et dommages spécifiques qui sont liés à ces pratiques.</p> <p>Suite à ces constats, plusieurs actions ont été menées pour développer les réponses au manque de dispositifs d'accueil ou de coordination, adaptés aux besoins spécifiques de ces publics. Elles ont été financées par le plan départemental MILDT, également par le PRSP. Des actions de formation en direction des travailleurs sociaux, des ateliers de réflexion / élaboration de projets ont été mis en œuvre par le comité de pilotage départemental des actions de réduction des risques et soutenus par la ville de Marseille. Il s'agit aujourd'hui de poursuivre les démarches engagées.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre les actions de formation en direction des travailleurs sociaux - Renforcer le partenariat entre les acteurs sociaux et les acteurs spécialisés pour améliorer la prise en charge des personnes en situation précaire
Articulation avec d'autres dispositifs	Schéma régional en addictologie, PRSP (programme 04 + PRAPS), ASV
Partenaires	DTARS, DDCS, comité de pilotage départemental des actions de réduction des risques, ASV, conseil général, acteurs de l'hébergement d'urgence et temporaire
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - mise en place de formations - nombre et qualité des participants - analyse des questionnaires de satisfaction - analyse des partenariats développés - existence d'expérimentations liées aux addictions dans les équipements sociaux

Fiche n°16	Développer les liens entre le dispositif en addictologie (CSAPA, CAARUD, réseau ville, hôpital) et celui de la santé mentale
Fiches MILDT correspondantes	<p>3.2 améliorer les compétences de professionnels dans le domaine de la prévention individuelle ciblée et de la prise en charge</p> <p>Action 3 : favoriser la prise en charge intégrée des usagers de drogues présentant des comorbidités psychiatriques en s'appuyant sur un programme de formation croisée entre les professionnels des services d'addictologie, les CSAPA, d'une part et ceux de psychiatrie d'autre part.</p>
Contexte	<p>Le dispositif d'observation TREND confirme chaque année l'augmentation des personnes en situation de précarité, usagères de drogues, et en souffrance psychique et / ou présentant des pathologies psychiatriques.</p> <p>Ces publics interrogent les pratiques professionnelles à la fois des personnels du dispositif en addictologie et de ceux de la santé mentale.</p> <p>Le précédent plan a été marqué par l'organisation de temps de rencontre entre les professionnels de ces deux champs, qui ont permis de faire évoluer les représentations et les pratiques, mais qui ont aussi permis de renforcer le travail en réseau.</p> <p>Néanmoins, les besoins dans ce domaine restent importants, tant du côté de la connaissance de cette problématique (diagnostics, traitements adaptés...), que du partenariat territorial ou encore du développement d'une démarche de réduction des risques adaptée à ces personnes.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la mise en place et la coordination de réseaux de prise en charge des usagers ayant des comorbidités psychiatriques (santé mentale, les structures d'hébergement, et le dispositif en addictologie) - Engager, dans le cadre du comité de pilotage départemental des actions de réduction des risques, une réflexion sur le développement d'une démarche de RDR adaptée aux usagers de drogues en souffrance psychique ; associer les soignants
Articulation avec d'autres dispositifs	PRSP, ASV santé mentale de la ville de Marseille
Partenaires	DTARS, CSAPA, CAARUD, réseaux de médecine de ville, hôpitaux, ASV
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - recensement et analyse du fonctionnement des réseaux développés dans ce domaine - analyse de la composition et des réalisations de ces réseaux - niveau de prise en compte de cette problématique par le comité de pilotage départemental (dynamiques, freins, difficultés rencontrées...)

Fiche n°17	Développer la prévention et la réduction des risques chez les jeunes errants
Fiches MILDT correspondantes	3.8 : réduire les risques sanitaires liés à l'usage de drogues <i>Action 7 : développer des campagnes d'information spécifiques innovantes dans les milieux festifs, en prenant en compte le poly- usage qui caractérise la population fréquentant ces lieux, qui associe consommations élevée d'alcool et de drogues illicites tels le cannabis, la cocaïne et autres psychostimulants, mais aussi l'héroïne</i>
Contexte	<p>Âgés de 17 à 25 ans, le nombre des jeunes usagers errants est difficilement évaluable en région PACA comme en France²⁴. Ce terme recoupe deux populations différentes, les usagers de l'espace festif alternatif et les jeunes en précarité sociale ou économique (partis de chez leur parents ou jeunes étrangers). Ces populations se fréquentent sur les mêmes espaces urbains (rue et squats), ont des usages de drogues communs, de type amphétamines, kétamine, voire héroïne, mais selon des temps et modalités différentes²⁵.</p> <p>La population des jeunes usagers errants est essentiellement masculine, très mobile (camion, squat) et vit avec peu : minima sociaux quand c'est possible, mendicité, trafic, travail non déclaré et parfois prostitution. Ces jeunes fréquentent peu les structures d'accueil car sont généralement réfractaires aux institutions.</p> <p>Le dispositif TREND met en évidence deux pratiques qui caractérisent ces populations (qui, rappelons-le ne concernent qu'une faible minorité de jeunes) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la pratique de l'injection, jusqu'alors en constante baisse depuis 2000 au plan national comme local, connaît une visibilité accrue, et l'utilisation de la voie nasale (sniff) poursuit sa banalisation ; deux modalités d'usage ayant des incidences avérées sur les risques de transmission du VIH et VHB-C - « une désinvolture frappante dans le rapport aux risques induits par l'usage et l'usage abusif chez les jeunes utilisateurs »²⁶.
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer l'information et la connaissance des acteurs du champ des addictions par des échanges de pratiques et des formations sur les produits, usages et contextes de consommations observés chez les usagers de drogues errants rencontrés dans les lieux urbains - Développer la réduction des risques auprès de ces publics urbains et festifs, en particulier sur la question des risques de contamination au VIH et au VHB-C lors de l'usage des drogues. - Améliorer l'articulation des interventions entre les professionnels du social et de la prise en charge. Associer particulièrement les villes à ces temps de coordination afin d'assurer la coordination avec les CCAS.
Articulation avec d'autres dispositifs	PRSP (PRAPS)
Partenaires	DTARS, DDCS, villes, CAARUD, associations de réduction des risques, conseil général
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - mise en place de temps d'échange, d'information, de formation relatifs à ce phénomène - analyse du nombre et de la qualité des professionnels qui y participent - existence et développement d'actions de RDR au sein des espaces urbains et festifs - existence et développement de temps d'information et de formation sur les risques liés à l'injection et au sniff

²⁴ 50 000 à 100 000 jeunes en France selon un rapport signalé par la Loi de cohésion sociale, 2005.

²⁵ Videau B., Zurbach E., Les addictions en région Paca : Etat des lieux des consommations de produits psychoactifs et problèmes associés : indicateurs et évolutions récentes, CIRDD PACA, 2008.

²⁶ Enquête Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues, OFDT, AMPTA, Marseille 2007.

Fiche n°18	Remobiliser les pharmacies d'officine, sur leur rôle dans la prévention des infections par voie intraveineuse
Fiches MILDT correspondantes	<p>3.2 : 3.2 améliorer les compétences de professionnels dans le domaine de la prévention individuelle ciblée et de la prise en charge - Action5 : créer et mettre à disposition des outils d'aide au repérage, au conseil minimal et à l'orientation, adaptés aux pharmaciens et à leurs équipes officinales..</p> <p>3.8 : réduire les risques sanitaires liés à l'usage de drogues- action 5 : étudier le rôle des pharmaciens dans la diffusion du matériel d'injection stérile aux usagers de drogues</p> <p>3.9 : réduire la morbidité et la mortalité liées à l'hépatite C chez les usagers de drogues</p>
Contexte	<p>L'enquête Coquelicot 2004 (INVS –ANRS) confirme une séroprévalence du VHC très élevée chez les usagers de drogues²⁷ : si près de 11 % sont séropositifs au VIH, 59,8 % le sont au VHC. 10,2 % sont co-infectés par le VIH et le VHC. Alors que la séroprévalence du VIH est quasi-nulle chez les usagers de drogues de moins de 30 ans, elle est déjà de 28 % pour le VHC chez ces mêmes personnes, ce qui laisse supposer des contaminations dès l'initiation. Près d'un tiers des usagers de drogues méconnaît son statut vis-à-vis du VHC et se croit, à tort, indemne d'une telle infection. En revanche, 98 % connaissent leur statut vis-à-vis du VIH.</p> <p>La séroprévalence du VIH varie selon les villes (1% à Lille, 10,9 % à Paris, 31,5 % à Marseille), mais est élevée pour le VHC dans toutes les villes étudiées.</p> <p>La persistance des pratiques à risques (partage de matériel,...) incite à remobiliser les professionnels spécialisés et les acteurs de santé publique sur la réduction des risques infectieux, pour favoriser l'information, l'accès au matériel de consommation des drogues, et son usage unique.</p> <p>Les pharmaciens constituent des acteurs incontournables de cette politique de santé publique, puisque plus de 70% des seringues destinées aux toxicomanes proviennent des officines²⁸. Ceux-ci ont été largement associés et engagés dans la réduction des risques infectieux lors de la mise en place du Stéribox®, dès la phase expérimentale (1993). Ils ont été également associés à l'information sur les distributeurs échangeurs de matériel d'injection, lors de leur mise en place dans le département.</p> <p>Néanmoins, ces dernières années, les actions d'information et de communication concernant les actions de réduction des risques chez les usagers de drogues ont globalement diminué, et de ce fait, les pharmaciens sont moins engagés dans la promotion de ces actions de santé publique.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Mesurer et évaluer l'accès au matériel d'injection stérile dans le département, à partir des pharmacies, des programmes d'échanges de seringues et des distributeurs échangeurs - Apporter aux pharmaciens une information actualisée sur la politique de réduction des risques, et sur leur rôle d'acteur de santé publique vis à vis des usagers de drogues par voie injectable - Mettre à leur disposition des outils adaptés d'aide au repérage, au conseil minimal et à l'orientation.
Articulation avec d'autres dispositifs	PRSP, plan hépatites, SRA
Partenaires	Conseil régional de l'ordre des pharmaciens, syndicats des pharmaciens, répartiteurs, laboratoires pharmaceutiques, dispositif de soin des addictions et de réduction des risques
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - étude spécifique et comparative de l'accès au matériel d'injection - création et diffusion d'une information ciblée vers les pharmaciens - diffusion des outils adaptés

²⁷ L'enquête Coquelicot a été menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) sur plusieurs villes de France, dont Marseille, en 2004. Elle vise à estimer la séroprévalence du VIH et du VHC parmi les usagers de drogues en France ayant sniffé ou injecté au moins une fois dans leur vie. Pour Coquelicot, les usagers de drogues sont « des personnes ayant eu recours à des drogues injectables et/ou par inhalation au moins une fois dans leur vie »

²⁸ Source SIAMOIS / INVS

Fiche n°19	Favoriser la prévention des contaminations et des dommages sanitaires et sociaux par la réduction des risques liés à l'injection
Fiches MILDT correspondantes	3.8 : réduire les risques sanitaires liés à l'usage de drogues 3.9 : réduire la morbidité et la mortalité liées à l'hépatite C chez les usagers de drogues
Contexte	<p>Depuis septembre 2008, le comité de pilotage départemental des actions de réduction des risques des Bouches-du-Rhône a mis en place des groupes de travail thématiques quant aux perspectives d'évolution des projets de RDR au niveau local.</p> <p>L'un de ces ateliers a travaillé sur la question de la réduction des risques liés aux pratiques d'injection. Cette réflexion s'inscrit dans un contexte où, alors que les contaminations au VIH ont nettement diminué chez les usagers de drogues, le taux de prévalence VHC reste préoccupant. Ceci pose la question de l'incidence des outils et du discours de prévention en termes d'accompagnement/ éducation aux risques liés à l'injection.</p> <p>Aussi, cet atelier a souligné la nécessité d'une formation, soit initiale, soit de réactualisation des connaissances sur cette thématique, et d'un questionnement des pratiques professionnelles de réduction des risques liés à l'injection. Il a élaboré et expérimenté fin 2009, à l'attention des équipes des CAARUD et des CSAPA du département, un module de formation, pensé comme espace de discussion, sur la façon dont peuvent être abordés les risques liés à la pratique d'injection avec les utilisateurs et sur les questions techniques et éthiques posées aux professionnels.</p> <p>Les participants de l'atelier ont souhaité que cette formation soit renouvelée, mais en prenant en compte les besoins des professionnels au contact avec les UDVI (trois niveaux).</p> <p>Ils ont également proposé que ces formations soient inscrites dans les actions de formation retenues par le schéma régional en addictologie et ainsi promues au niveau régional.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre des formations de niveau 1 : connaissance des concepts, méthodes et outils de la réduction des risques, pour des intervenants débutant leur activité dans le champ des addictions ou pour des acteurs sociaux et/ou sanitaires rencontrant des UDVI - Proposer des formations de niveau 2 : permettre à des intervenants de la RDR de se familiariser avec les méthodes de l'éducation et de l'accompagnement à l'injection - Proposer, en niveau 3, aux équipes et responsables des structures de RDR, de poursuivre leur réflexion sur les outils et méthodes de RDR, dans le cadre d'ateliers d'échanges et de réflexion sur les pratiques
Articulation avec d'autres dispositifs	PRSP 14 et 15 ; plan hépatites
Partenaires	Comité de pilotage départemental des actions de RDR : les CAARUD, DTARS, ville de Marseille, CRIPS,...
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - mise en œuvre des formations aux trois niveaux - analyse de la composition du public de ces formations (nombre, qualité...) - analyse des questionnaires de satisfaction

Appliquer la loi

Fiche n°20	Informier, sensibiliser les professionnels et les publics concernés par la loi HPST
Fiches MILDT correspondantes	<p>1.2 rappeler le cadre légal et réglementaire qui régit la consommation de drogues illicites et l'alcool</p> <p>1.4 prévenir les conduites d'alcoolisation massive des jeunes publics et modifier les représentations par rapport à l'alcool. Action 3 : élaborer une charte de bonne conduite entre les professionnels de la restauration, des débits de boissons et des commerces et les ministères de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'agriculture et de la pêche, de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, dans le sens d'une responsabilisation collective de protection par rapport à l'usage d'alcool par les jeunes.</p>
Contexte	<p>Le précédent plan départemental s'était donné pour objectif d'engager un travail avec les établissements privés accueillant du public (discothèques, bars...) pour les inciter à respecter la loi en matière de vente d'alcool aux mineurs.</p> <p>Le vote récent de la loi « Hôpital, santé, patients et territoires » interdisant la vente de tabac, d'alcool ou l'offre à titre gratuit d'alcool aux mineurs, la vente d'alcool au forfait (open bars), incite à réactiver ce travail d'information et de sensibilisation en l'élargissant aux commerces de détail (petits commerces et grande distribution) et aux fêtes votives organisées dans les villes du département (lorsque le décret précisant le cadre d'application de la loi sera promulgué)²⁹</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Veiller au respect de la réglementation - Proposer et faire appliquer des « chartes de bonne conduite », en collaboration avec les commerces, établissements de vente d'alcool et de tabac - Informer les acteurs locaux (animateurs, éducateurs, travailleurs sociaux, policiers municipaux,...) des villes du département sur le contenu de la loi et son application.
Articulation avec d'autres dispositifs	Plan de prévention de la délinquance départemental, CLSPD et CISPDP des villes du département
Partenaires	Associations de prévention des addictions, chambres de commerce, grandes surfaces, organisateurs de soirées, discothèques, ...
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - création et développement d'une information ciblant les acteurs locaux concernés par cette loi - nombre de chartes de bonnes conduites adoptées par les commerces ou établissements vendant de l'alcool et des cigarettes - analyse des dynamiques et des freins spécifiques

²⁹ Article 3322-9 du CSP modifié par l'article 94 de la loi HPST

Fiche n°21	Développer les réponses pénales pédagogiques pour les usagers de drogues majeurs ou mineurs conformément à la loi de prévention de la délinquance
Fiches MILDT correspondantes	2.8 : Mieux sanctionner les infractions liées à l'usage
Contexte	<p>Le plan gouvernemental a inscrit dans ses priorités la mise en œuvre de réponses pénales pédagogiques à l'usage simple pour les publics majeurs et mineurs. Il s'agit en particulier des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants, au sein des parquets des tribunaux, mis en place sous le contrôle du procureur de la République.</p> <p>Les objectifs du stage définis par la loi³⁰ sont, d'une part, la prise de conscience des dommages sanitaires induits par la consommation de stupéfiants et, d'autre part, les incidences sociales d'un tel comportement. Il s'agit, sur un mode collectif, de stages d'information éducationnelle. Cette information à l'adresse de consommateurs, ciblée sur les dommages et les risques encourus, doit être de nature à modifier les habitudes d'usage des stagiaires. La sanction a besoin d'être expliquée et de rendre l'usager capable de faire face à ses responsabilités. Ce stage est également l'occasion de rappeler qu'en cas de récidive, les sanctions encourues pourraient être d'une autre nature et ce stage pourrait être également un moment privilégié pour que l'usager réfléchisse sur sa consommation en présence de professionnels de santé et, éventuellement, qu'il puisse amorcer une démarche de soin dans une structure spécialisée.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre ou poursuivre les stages pour les usagers de drogues sur les trois TGI de Marseille, Aix-en-Provence et Tarascon, conformément à la loi de prévention de la délinquance et la circulaire du ministère de la justice du 09 mai 2008 - Développer des stages spécifiquement destinés aux mineurs, en s'appuyant sur le cahier des charges et l'expérience acquise dans les différents TGI - Développer et mettre en œuvre des outils d'évaluation, comme prévu par le cahier des charges des stages de sensibilisation, annexé à la circulaire du 09 mai 2008 - S'assurer de la cohérence de l'ensemble des mesures sanitaires (orientations, injonctions thérapeutiques, obligations de soin) et pédagogiques (stages de sensibilisation) prises dans les trois TGI. - Renouveler le cadre de la convention d'objectifs Justice / Santé, portant sur les actions interministérielles, entre le chef de projet MILDT, la direction territoriale de l'ARS, les services de justice, de l'administration pénitentiaire, les parquets des TGI de Marseille, Aix-en-Provence et Tarascon.
Articulation avec d'autres dispositifs	Plan de prévention de la délinquance départemental, convention Justice / Santé entre les TGI de Marseille, Aix en Provence, Tarascon et la Préfecture des Bouches - du - Rhône
Partenaires	Procureurs des TGI, PJJ, SPIP, DTARS, associations gestionnaires des stages, intervenants spécialisés sur les volets santé, social, loi
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - mise en œuvre des stages et analyse de leur fonctionnement selon les TGI - analyse des publics concernés (nombre, âge, sexe, situation...)

³⁰ Loi de prévention de la délinquance n°2007-297 du 5 mars 2007

Fiche n° 22	Mieux prendre en compte les problèmes liés à la consommation abusive d'alcool auprès des personnes faisant l'objet d'une alternative aux poursuites pénales
Fiche MILD correspondante	Fiche 2 - 08 : mieux sanctionner les infractions liées à l'usage
Contexte	<p>Les alternatives aux poursuites pénales font l'objet d'un développement extrêmement important ces dernières années. Qu'il s'agisse de rappel à la loi ou de compositions pénales, la « troisième voie » constitue plus de la moitié du contentieux poursuivable des grandes juridictions, réservant les audiences des tribunaux aux affaires les plus graves et les plus complexes. Le cadre de la convocation devant le délégué du procureur où est évoqué l'infraction (souvent liée à une surconsommation d'alcool) est propice au dépistage de problématiques d'addictions.</p> <p>En effet, si certains de justiciables font l'objet d'alternative aux poursuites pour un dépassement accidentel du taux d'alcoolémie autorisé (repas arrosé ponctuel), un nombre non négligeable d'entre eux, présentent des difficultés récurrentes avec l'alcool : conduite sous l'empire d'un état alcoolique, violences familiales ... laissant augurer une véritable pathologie alcoolique.</p> <p>La mission des délégués du procureur consiste à mettre à exécution les mesures alternatives décidées par le parquet. Bien qu'ils ne soient ni des soignants, ni des éducateurs, les délégués sont en position de repérer un certain nombre de situations susceptibles de justifier une orientation vers un dispositif spécialisé.</p> <p>Le caractère émotionnel qui préside le plus souvent à la confrontation d'un individu avec la justice, constitue une opportunité et un levier potentiellement efficace pour favoriser la prise de conscience d'une éventuelle situation de dépendance.</p> <p>Dans ce contexte, il est possible de tenter de déclencher ou réactiver une démarche vers un dispositif soignant. L'individu concerné sera orienté vers un dispositif spécialisé en addictologie, selon les modalités propres à chacun des trois TGI :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour le TGI de Marseille : l'orientation s'effectuera par l'intermédiaire de la « permanence toxicomanie », qui devra évoluer vers une « permanence addictologie », pour prendre en compte la question de l'alcool - pour les TGI de Tarascon et Aix-en-Provence : l'orientation vers un CSAPA à proximité du domicile du justiciable (Arlès, Aix en Provence,...) s'effectuera directement par les délégués du procureur. <p>Il est également envisageable de demander une modification de l'alternative, en fonction de la situation de la personne mise en cause, au regard de son rapport à l'alcool en y incluant par exemple une orientation vers le dispositif sanitaire.</p> <p>Pour ce faire les délégués du procureur doivent être formés à l'approche de ces publics, aux pathologies alcooliques, à leur repérage et aux principes requis en matière d'orientation sanitaire.</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser un module de formation départemental à destination des délégués du procureur des trois tribunaux : Tarascon, Aix en Provence et Marseille (environ 15-20 personnes) auquel on peut ajouter des conseillers d'insertion et de probation (SPIP) intéressés. - Ce module est susceptible de contenir les thématiques suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. Les addictions : enjeu de société, problème de santé publique, problème de sécurité publique 2. Point sur le cadre légal 3. L'approche de la personne « alcoolo dépendante » 4. Les traitements et les dispositifs de soins spécialisés. 5. Principes de base pour une bonne orientation vers les soins.
Articulation avec d'autres dispositifs	Plan de prévention de la délinquance départemental, convention Justice / Santé entre les TGI de Marseille, Aix en Provence, Tarascon et la Préfecture des Bouches-du-Rhône,
Partenaires	Magistrats des parquets des TGI, DDPJJ, DSPIP, associations spécialisées en addictologie, intervenants spécialisés sur les volets santé, social ...
Indicateurs de suivi	Analyse du public concerné (nombre, âge, sexe, situation...), des situations rencontrées, des orientations effectuées Analyse du retour d'information des dispositifs spécialisés.

Fiche n°23	Prévenir la récurrence des ILS, pour les publics jeunes en difficulté sociale et psychologique et placés sous main de justice,
Fiches MILDT correspondantes	1.11 prévenir la récurrence de l'usage et du trafic de drogues chez les publics sous main de justice
Contexte	<p>Selon les résultats de l'enquête ESCAPAD, les jeunes sortis du système scolaire à 17 ans ou en apprentissage, ainsi que ceux qui ont redoublé sont plus nombreux à avoir expérimenté des produits psychoactifs et/ou en avoir un usage régulier. Ces corrélations statistiques sont très fortes pour le tabac ou le cannabis par exemple. Les jeunes sans emploi, en situation d'insertion professionnelle présentent eux aussi des niveaux d'usage supérieurs à la moyenne des jeunes, pour une grande majorité de substances psychoactives (et en particulier le tabac), sauf pour l'alcool.</p> <p>Une étude rendue en 2005 qui concerne les jeunes hébergés dans des structures de la protection judiciaire de la jeunesse³¹ montre l'importance - relativement à la population du même âge - des consommations de drogues licites et illicites. Parmi ce public spécifique, les filles présentent des niveaux de consommation de produits illicites supérieurs aux garçons.</p> <p>Le plan départemental devra prendre en compte les besoins suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prévention des risques liés aux consommations de substances psychoactives pour les jeunes sous main de justice - les difficultés spécifiques des professionnels locaux chargés de l'action éducative dans les structures d'accueil de ces jeunes. Leurs attentes sont les suivantes : mieux connaître les niveaux et la nature des risques encourus par les jeunes en difficulté sociale et psychologique et placés sous main de justice, proposer des actions éducatives adaptées, pour prévenir la récurrence des infractions à la législation sur les stupéfiants
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place, lors de l'accueil des publics placés auprès de services éducatifs de la PJJ, une évaluation des conduites à risques liées aux usages de substances psychoactives - Développer et réaliser un programme de prévention des conduites addictives, en capacité de soutenir ces professionnels lors de situations d'usages avérés, former des professionnels de ces structures à la prévention et aider à la mise en place d'actions
Articulation avec d'autres dispositifs	Convention départementale d'objectifs Justice / Santé
Partenaires	DDCS, conseil général, conseil régional, PJJ, associations de prévention des addictions, associations du travail social mandatées sur l'aide à l'enfance en danger
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - réalisation de formations de prévention - réalisation de formation au repérage précoce et à l'orientation - analyse du nombre et de la qualité des participants - analyse des questionnaires de satisfaction

³¹ Santé des 14-20 ans de la PJJ secteur public, 7 ans après - Direction de la Protection Judiciaire de la jeunesse, INSERM 2005

Fiche n°24	Mieux connaître les espaces et moments particuliers de consommation et de revente de produits psychoactifs.
Fiches MILDT correspondantes	2.1. Lutte contre le trafic en développant des moyens et méthodes d'investigation et d'intervention innovants
Contexte	Souvent, les consommations de produits psychoactifs ou les trafics ont lieu dans l'espace public, ou semi-publics (halls d'entrée des immeubles par exemple). Or, il n'y a pas aujourd'hui de réponses vraiment structurées ou expérimentées. Les actions sont en effet d'autant plus difficiles à organiser qu'elles se déroulent « hors cadre » (en dehors d'une institution) et que les acteurs locaux, les élus, ont parfois du mal à déterminer les rôles et responsabilités de chaque partie prenante. Qui est légitime pour organiser la réponse ? Quelle réponse pertinente développer ? Avec quels partenaires (en respectant leurs limites de compétences) ?
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser en partenariat (villes, associations spécialisées, services de police et de justice, bailleurs sociaux,...) des diagnostics localisant des espaces et identifiant des moments particuliers de consommation de produits psychoactifs. - Travailler en priorité, en lien avec le plan de prévention de la délinquance départemental, sur l'élaboration de méthodes d'action dans le champ de la prévention des addictions, portant sur la prévention situationnelle, l'alerte, le diagnostic partagé, la réponse à transmettre à la population, le pilotage et l'animation (qui coordonne l'action et comment ? Quelle réponse construire sur le plus long terme ?).
Articulation avec d'autres dispositifs	CLS des villes du département, plan de prévention de la délinquance départemental, plan départemental de lutte contre le trafic de stupéfiants, ateliers santé ville du département
Partenaires	Police nationale, Justice, DTARS, CLSPD et CISPD des communes des Bouches-du-Rhône, associations de prévention des addictions
Indicateurs de suivi	- actions développées en partenariat dans ce domaine

Fiche n°25	Développer une culture commune et des pratiques de prévention partagées, portant sur le respect des lois concernant les drogues
Fiches MILDT correspondantes	<p>2.1 : lutter contre le trafic en développant des moyens et méthodes d'investigation et d'intervention innovants</p> <p>action 2 : développer des plans départementaux de lutte contre le trafic local, dans le cadre du volet « application de la loi » des plans départementaux drogues et toxicomanies. A cet égard, un effort particulier doit concerner les abords des établissements scolaires, sur la base d'un diagnostic de sécurité partagé entre les forces de l'ordre et l'éducation nationale.</p>
Contexte	<p>Concernant le volet « application de la loi » des plans départementaux de lutte contre les drogues et toxicomanies, la circulaire du président de la MILDT à tous les chefs de projets départementaux du 18 septembre 2008, précise que « les établissements scolaires et les autres lieux de vie des jeunes devront faire l'objet d'une attention particulière, en partenariat avec les chefs d'établissements et les responsables concernés, afin de faire respecter la loi sur la prévention de la délinquance qui renforce la sanction lors de la vente de produits stupéfiants à leurs abords et de mener parallèlement des actions d'information et de prévention en direction des élèves et de leurs parents ».</p> <p>Dans le département des Bouches-du-Rhône, une partie des adolescents échange et consomme des produits psychoactifs, et notamment l'alcool et le cannabis, sur l'espace public (abords des établissements scolaires, centres villes, gares...). Ces consommations sont particulièrement visibles et/ou importantes à certains moments (après les cours, mercredis après-midi, vendredis soirs...) et elles peuvent donner lieu à des signalements et des interventions des forces de l'ordre.</p> <p>Ces établissements sont également le lieu d'une action de prévention conduite, à la demande des chefs d'établissements par les associations de prévention. Une meilleure coordination de l'intervention est envisageable, s'agissant de faire connaître et mieux respecter le cadre légal</p>
Actions	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les échanges de savoirs et de pratiques entre acteurs de prévention issus du champ sanitaire et ceux issus du champ répressif (FRAD, PFAD)³² afin de favoriser une culture commune sur la loi, sa connaissance et son application - Développer des interventions coordonnées entre ces acteurs de prévention au sein et à proximité des lieux d'accueil de jeunes : établissements scolaires, équipements socioculturels,...en particulier pour accompagner et expliquer les sanctions encourues lors d'interventions à visée répressive.
Articulation avec d'autres dispositifs	Plan de prévention de la délinquance départemental, CUCS
Partenaires	Education nationale, DDCS, DTARS, police nationale, gendarmerie nationale, associations de prévention des addictions
Indicateurs de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de formations / temps commun organisés en direction des acteurs de prévention - analyse de ces temps (nombre, publics, contenu...) - état des lieux des interventions réalisées en partenariat au sein ou à proximité des lieux d'accueil des jeunes

³² Formateurs relais anti drogues (gendarmerie nationale) et Policiers formateurs anti drogues (police nationale)

6- ANNEXES

ANNEXE 1 : APPROCHES DES USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES DANS LE DEPARTEMENT

ANNEXE 2 : BILAN DU PLAN DEPARTEMENTAL 2006 / 2009

ANNEXE 1 : approches des usages de substances psychoactives dans le département

1. Evolution des consommations en population générale

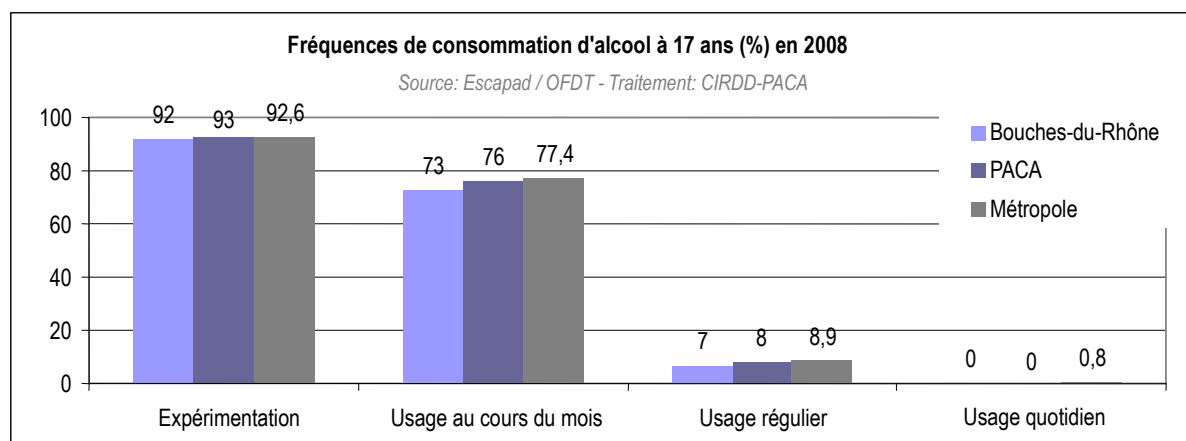
L'observation des usages de substances psychoactives en population générale est réalisée à partir d'enquêtes déclaratives. Il y a en France deux enquêtes principales :

- ESCAPAD, pilotée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), est réalisée tous les 3 ans auprès de 30 000 à 40 000 jeunes de 17 ans lors de la Journée d'appel à la préparation de la défense. La méthode d'enquête est celle des questionnaires auto-administrés anonymes.
- LE BAROMETRE SANTE, piloté par l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES), est menée tous les 5 ans auprès d'environ 30 000 personnes âgées de 12 à 75 ans par téléphone.

Si les données départementales du Baromètre Santé ne sont pas disponibles, les résultats de la dernière enquête ESCAPAD (qui date de 2008), peuvent être déclinés à l'échelle des Bouches-du-Rhône.

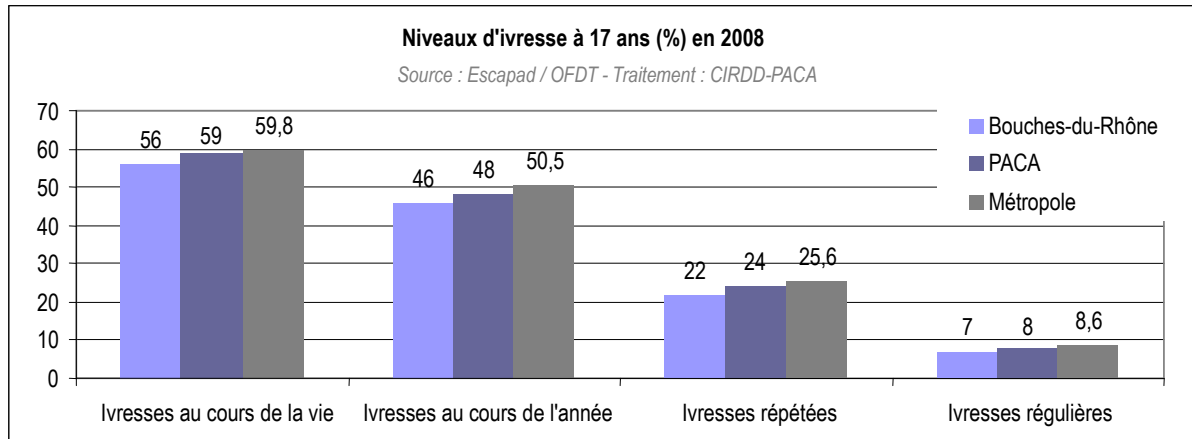
Consommation d'alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus expérimentée par les jeunes. A 17 ans, ils sont plus de 90% à en avoir déjà goûté et près des trois-quarts à avoir bu de l'alcool au cours du mois. Au contraire, ils ne sont que 7% à présenter un usage régulier d'alcool (avoir bu 10 fois ou plus au cours du mois). On ne repère pas de différences significatives entre les résultats du département et ceux de la métropole, avec toutefois des niveaux d'usage systématiquement inférieurs pour le département.

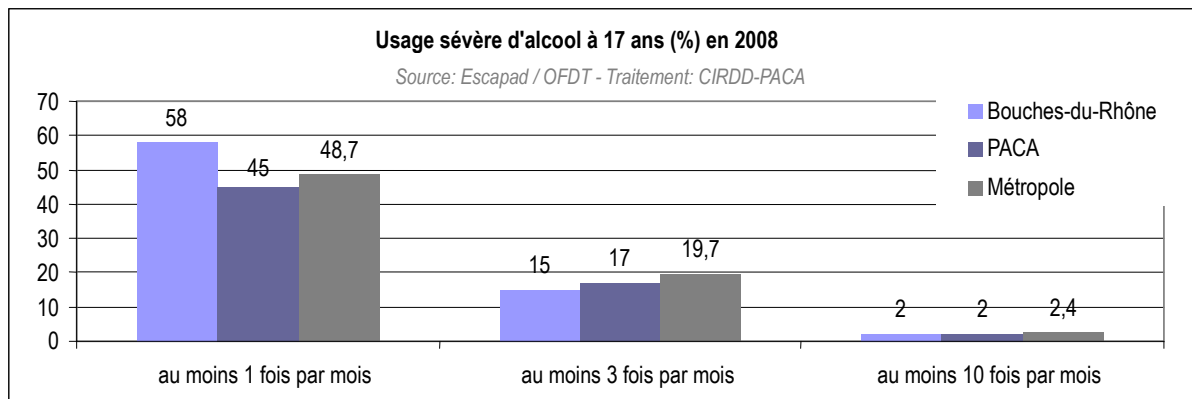


Ainsi, contrairement à leurs aînés, les jeunes ont une consommation d'alcool plus occasionnelle, mais plus souvent excessive, comme en témoignent les données relatives aux ivresses et aux consommations sévères d'alcool (avoir bu 5 verres ou plus lors d'une même occasion).

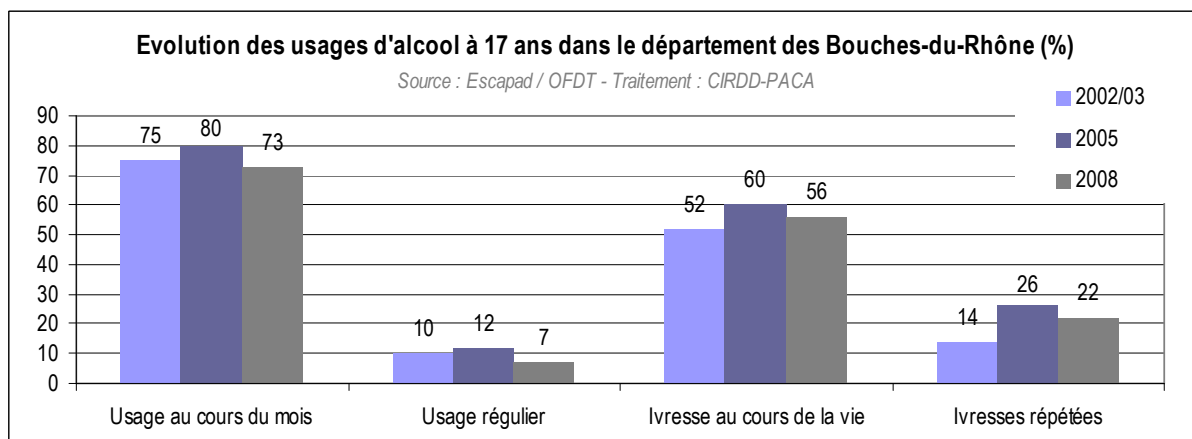
Un peu moins de la moitié des jeunes du département a connu une ivresse au cours de l'année et plus de 20% en ont connu au moins trois (ivresse répétée). Les niveaux d'ivresse des jeunes des Bouches-du-Rhône sont ici nettement inférieurs à ce qui est observé en métropole. Pour autant, l'âge moyen de la première ivresse est identique à la moyenne nationale : 15 ans. A souligner également que 7% des jeunes du département connaissent des ivresses au moins 10 fois par mois.



Plus de la moitié des jeunes du département (58%) présente un usage sévère d'alcool au moins une fois par mois (chiffre ici nettement supérieur à celui de la région et de la métropole) et 15% au moins trois fois par mois.



En termes de tendances, on observe dans le département, une légère baisse de l'ensemble des usages d'alcool.



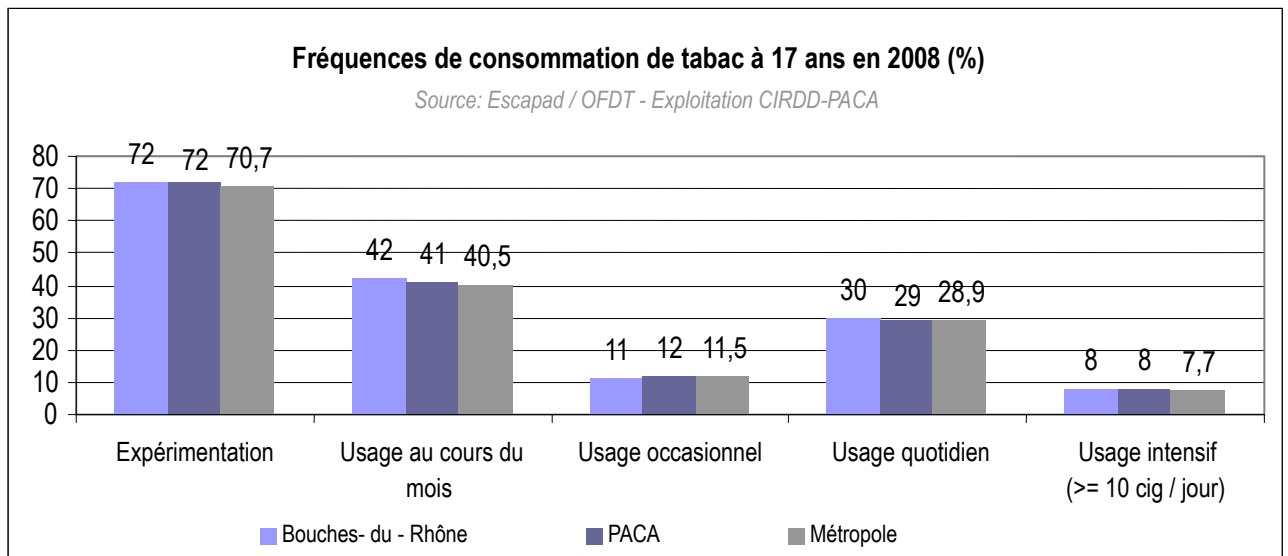
Consommation de tabac

Dans le département comme en France, plus de 70% des jeunes de 17 ont déjà fumé une cigarette et 30% fument quotidiennement. L'âge moyen d'expérimentation est 13,6 ans.

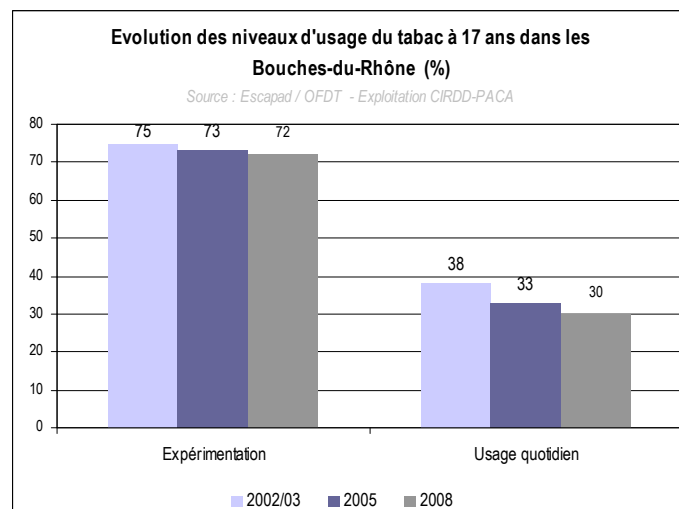
L'analyse par genre montre peu de différence sur l'usage quotidien : 32% des garçons du département fument tous les jours et 28% des filles.

On observera que 2008 est la première année où les différences de niveaux d'usage entre le département et la métropole sont aussi faibles ;

dans les années précédentes, les Bouches-du-Rhône, comme la région, se distinguaient par des consommations de tabac supérieures.



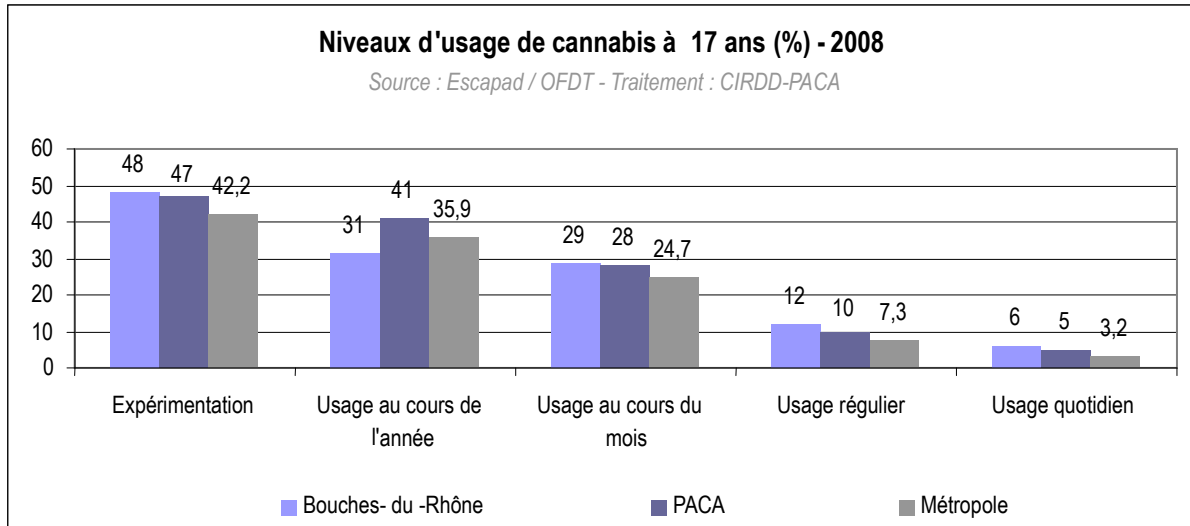
La consommation de tabac chute depuis plusieurs années (chez les jeunes comme chez leurs aînés) comme en témoigne le graphique suivant :



Consommation de cannabis

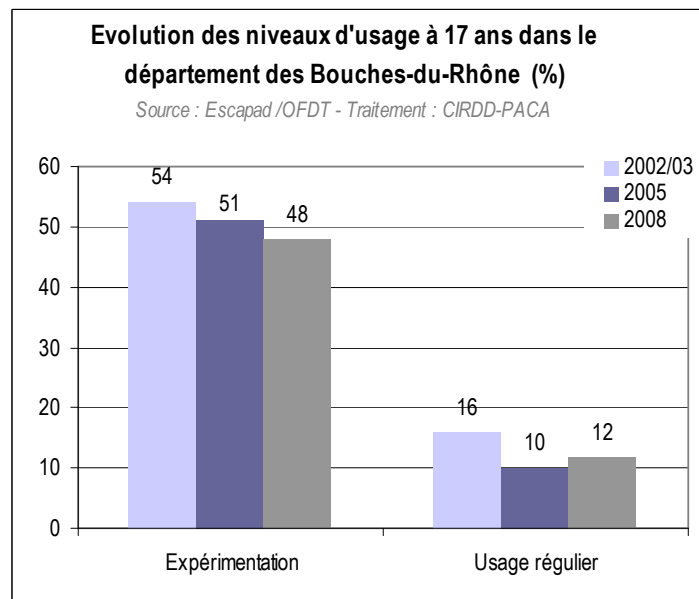
Les Bouches-du-Rhône se caractérisent traditionnellement par une prévalence de l'usage de cannabis supérieure aux moyennes régionales comme métropolitaine. Ainsi en 2008, près de la moitié des jeunes de 17 ans du département a déjà expérimenté le cannabis (48% vs 42% en métropole), 12% en ont un usage régulier (vs 7%) et 6% un usage quotidien (soit le double de la proportion métropolitaine).

C'est en moyenne au cours de la 15^{ème} année que se réalisent les premières expérimentations de cannabis.



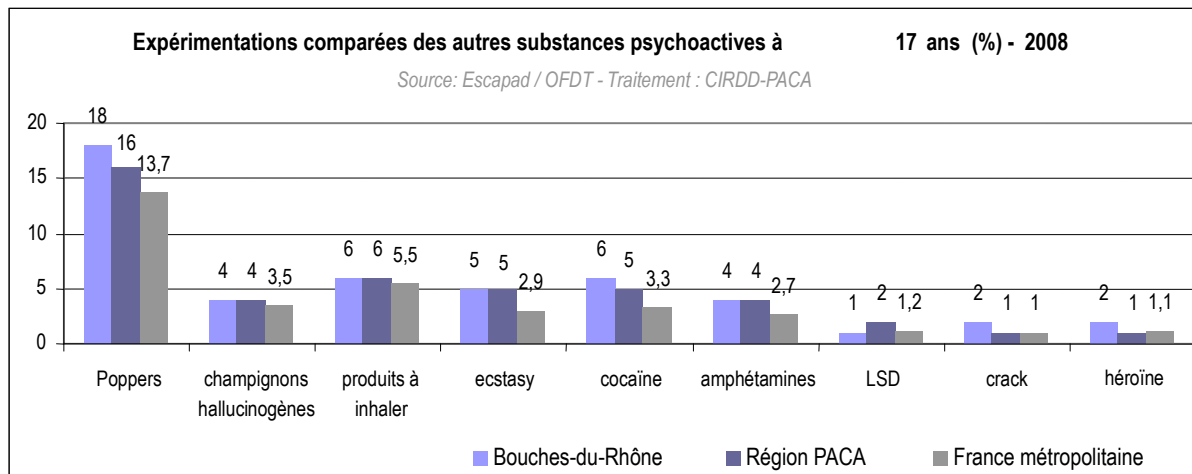
Usage régulier : 10 fois ou plus par mois

Alors que les niveaux d'usage sont en baisse en France et en région, le département présente une situation plus contrastée : les expérimentations de cannabis diminuent, mais les usages réguliers sont plutôt stables entre 2005 et 2008.

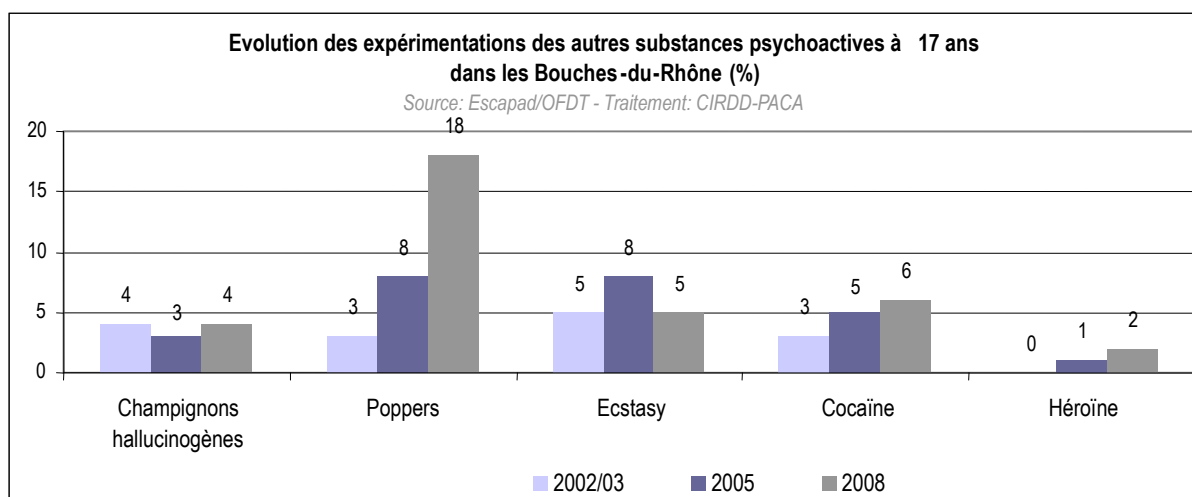


Consommation des autres substances psychoactives

Concernant les autres substances psychoactives (parmi lesquelles on retrouve surtout des stupéfiants), les jeunes de 17 ans du département se distinguent de la situation nationale par des niveaux d'expérimentation quasi-systématiquement supérieurs, et même parfois supérieurs à la moyenne régionale. Pour deux produits, l'ecstasy et la cocaïne, les taux d'expérimentation départementaux sont presque deux fois supérieurs aux taux métropolitains.



Les tendances de consommation de ces produits se dégagent difficilement. Hormis pour le poppers, qui présente une courbe d'augmentation nette³³, les niveaux d'expérimentation des autres stupéfiants sont caractérisés par des différences très faibles entre les trois dernières années d'enquête, ce qui peut laisser à penser que les taux d'expérimentation sont plutôt stables sur une période de 5 à 6 ans.



³³ Cette situation est observée sur l'ensemble du territoire métropolitain, sans que l'on puisse l'expliquer réellement. L'OFDT avance l'hypothèse d'un changement de statut légal de ce produit, dont la vente a été interdite en 2007 : « Une soudaine augmentation de l'offre via une baisse des prix pour liquider les stocks des fabricants et des revendeurs autorisés n'est pas à exclure » (Tendance n°66, OFDT, juin 2009).

2. Evolution des consommations en populations spécifiques

Le département des Bouches-du-Rhône bénéficie d'autres dispositifs d'enquêtes, qui permettent d'approcher les usages de drogues licites et illicites chez des populations spécifiques. Nous retiendrons ici deux enquêtes :

2. NEMO (Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT), menée en 2005, a cherché à produire des estimations locales de la prévalence de l'usage problématique de drogues³⁴ dans six agglomérations françaises (Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes, Toulouse) et dans un département d'outre-mer (La Martinique).
3. TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) est une enquête annuelle conduite par l'OFDT depuis 1999, sur 7 grandes villes de France, dont Marseille. Elle cherche à repérer les phénomènes émergents (nouveaux usages, produits, pratiques à risques,...), révélateurs de tendances susceptibles de s'étendre à des publics plus larges, à d'autres contextes de consommation,... Elle permet également de constituer une veille sur les problèmes sanitaires et sociaux des usagers de drogues. Deux espaces d'observation sont privilégiés : le milieu festif électro-techno et le milieu urbain des usagers précaires. Il est important de signaler que les phénomènes révélés par TREND décrivent **les pratiques d'une infime partie de la population** (concernant le public de l'espace festif, on estime qu'il représente, selon les villes, entre 2% et 8% de la classe d'âge 20/29 ans³⁵).

Estimation des usagers problématiques de drogues

Selon les résultats de NEMO publiés récemment³⁶, la part des personnes qui présentent un usage problématique de drogues (« usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines »³⁷) au sein de la population est estimée entre 5.4 et 6.4 pour 1 000 personnes âgée de 15 à 64 ans.

Appliqué au département des Bouches-du-Rhône, environ **7 800 personnes** présenteraient un usage problématique de drogues³⁸.

A Marseille même, cette estimation s'élève à 5 560 personnes (soit un taux légèrement supérieur que la moyenne nationale : 7‰). Les usagers de drogues rencontrés à Marseille en 2005 sont :

- Majoritairement des hommes,
- Agés de 30 à 39 ans,
- Bénéficiant d'une couverture complémentaire à 50%,
- Ayant un logement stable à plus de 60 %,
- Ayant utilisé l'injection récemment dans 22,4 % des cas.

Il s'agirait par ailleurs majoritairement de consommateurs de produits de substitution :

- 60 % ne déclarent pas d'usage de drogue par voie intraveineuse,
- 46 % consomment de la buprénorphine haut dosage (BHD), 35 % de la méthadone³⁹,
- 19 % déclarent un usage fréquent et récent de cocaïne et autres stimulants et 12 % d'héroïne et d'autres opiacés, 6 % un usage d'hallucinogènes fréquent et récent.

³⁴ par la technique Capture Recapture

³⁵ Source : Reynaud-Maurupt Catherine (sous la direction de), « Pratiques et opinions liés aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif musiques électroniques », OFDT, 2007.

³⁶ Prévalence de l'usage problématique de drogues en France, OFDT, juin 2009

³⁷ Définition opérationnelle de l'OEDT, pour l'ensemble des pays européens

³⁸ Ne sont donc pas inclus dans ce nombre les usagers essentiellement consommateurs de cannabis

³⁹ BHD(dont le plus connu est le Subutex®) et méthadone sont des traitements de substitution aux opiacés

Evolution des usages en milieu urbain

Selon les derniers résultats de TREND, les tendances qui se dessinent depuis plusieurs années dans l'espace urbain, chez les usagers de drogues en précarité sont les suivantes :

- **Une diversification des profils des personnes en grande précarité** : le constat d'une précarisation des usagers bénéficiaires des structures de bas seuil et de soin est renouvelé en 2008. Les professionnels identifient de nouveaux publics accueillis ou rencontrés dans le travail de rue : des personnes en situation irrégulière, des personnes qui ont perdu leurs droits brutalement, des personnes qui se retrouvent à la rue très rapidement après avoir perdu leur emploi, des jeunes en rupture familiale. Cette précarisation n'est pas sans conséquence sur la qualité des relations entre professionnels de la prise en charge et les publics suivis, qui ont parfois tendance à réagir plus violemment que d'habitude.
- Une **augmentation des personnes usagères de drogues en souffrance psychique et/ou présentant des pathologies psychiatriques**. Cette observation est là aussi partagée par l'ensemble des professionnels de la prise en charge et pose la question de l'accès aux soins et du soutien aux équipes mobiles psychiatrie et précarité, qui font le lien entre les travailleurs sociaux et l'hôpital psychiatrique.
- Une confirmation de la présence de **jeunes errants**, âgés de moins de 25 ans, donc sans droits sociaux. Il semblerait qu'ils soient en augmentation dans les agglomérations marseillaise et aixoise depuis 2 ans. Ils consomment toutes sortes de produits psychoactifs, à l'opportunité. C'est parmi ce public que l'on repère une reprise des pratiques d'injection.

Evolutions des usages en milieu festif

Le rapport TREND Marseille 2008 met en évidence plusieurs tendances observées au sein de l'espace festif :

- **Le rajeunissement du public se confirme**. La part des jeunes âgés de moins de 25 ans augmente, et parmi eux les mineurs. Ceci se conjugue à une diminution de la part des plus âgés. Plus précisément, il est noté depuis plusieurs années une séparation croissante des classes d'âge. Cette évolution a notamment pour conséquence l'affaiblissement de l'encadrement exercé par les plus âgés sur les plus jeunes, qui pouvaient jouer un rôle de protection, d'information lors des phases d'initiation.
- La différence entre l'espace alternatif (free parties, tecknivals légaux et illégaux, squats...) et l'espace commercial (raves parties, festivals électro, discothèques...) du point de vue de la disponibilité des produits psychoactifs est moins importante aujourd'hui. Autrement dit, on trouve une **plus grande diversité de produits dans l'espace commercial qu'avant** (présence croissante d'amphétamines, de LSD, kétamine et gamma-hydroxybutyrate (GHB)). Dans les deux espaces, si la consommation d'alcool domine, on observe une présence croissante de cocaïne, kétamine, amphétamines, méthylènedioxymétamphétamine en poudre (MDMA), qui ont tendance à supplanter l'ecstasy.
- **Le polyusage de développe et peut être parfois accompagné d'une recherche de « défonce »**. « Dans une recherche d'expérimentation de soi et du monde propre à cette tranche d'âge, les plus jeunes (17-23 ans) ont tendance à prendre plusieurs produits dans la soirée, à l'opportunité et dans un court laps de temps (3 à 4 produits différents en 2h). Le polyusage n'est pas nouveau, mais dans les générations précédentes, il prenait plus une forme « culinaire » et prudente : les associations de produits se faisaient selon la temporalité, l'intensité et la spécificité de chacun des

effets des produits et de leurs interactions »⁴⁰.

- **La référence aux notions de réduction des risques (RDR) et de santé communautaire recule.** « Selon les intervenants de RDR, la génération de participants et d'organisateur arrivés après 2002, qui sont donc âgés entre 17 et 25 ans, ignore souvent le principe de la réduction des risques. (...) La méconnaissance des risques et la difficulté à les mesurer se traduisent parfois par des attitudes de déni ou de dérision face aux acteurs de RDR. (...) De même s'observerait un recul de la notion de santé communautaire, soit une diminution des interactions d'entraide lorsqu'une personne rencontre des difficultés dans sa prise de produits. (...) Selon les intervenants, la moindre connaissance des notions de RDR et de santé communautaire s'explique en partie par le fait que les associations de RDR n'ont pas pu suivre la multiplication des fêtes et l'augmentation du nombre de jeunes y participant régulièrement »⁴¹.

Observation des usages dans les quartiers populaires périphériques

En 2008, le dispositif TREND Marseille a cherché à mieux décrire les usages de substances psychoactives des jeunes des « Zones Urbaines Sensibles ». Il s'agissait en effet de sortir des représentations communes (notamment concernant la consommation de cannabis chez les jeunes de ces quartiers), pour mieux cerner la réalité de ces consommations.

Plusieurs observations se dégagent de ce travail :

- **une partie des jeunes de 16-25 ans consomme du cannabis**, parfois associé à de l'alcool. L'usage de cannabis s'est, semble-t-il, développé depuis les années 1990 dans les cités, et il est de plus en plus visible. En effet, le plus souvent, les jeunes fument leur joint dans les espaces publics ou semi-privés (halls d'immeubles). Les travailleurs sociaux de ces quartiers observent une féminisation de ce public et témoignent de profils très divers de consommateurs. Il s'agit à la fois de jeunes en situation de stabilité (en CDI par exemple), d'autres plus précaires en terme d'emploi, mais en situation sociale stable. Leur usage est majoritairement occasionnel et en quantités limitées, du fait des modes d'achat du cannabis, souvent à plusieurs. Le manque d'argent joue ici comme un frein à l'usage. Seule une minorité présente des niveaux d'usage plus problématiques, mais il s'agit de la frange la plus fragile et la plus en difficulté de la jeunesse des cités.
- Est constaté aussi le **développement de l'usage de cocaïne chez certains jeunes**, parmi les plus âgés et ayant le plus de moyens financiers.
- Dans ces territoires qui ont beaucoup souffert de l'héroïne, et d'où elle avait été en quelque sorte « bannie », est observé un **retour des pratiques d'injection chez quelques jeunes** âgés d'une vingtaine d'année. Cette pratique est d'autant plus grave qu'elle reste taboue et pour le coup quasi-invisible (d'où une difficulté pour les travailleurs sociaux de leur venir en aide). Ainsi, ces jeunes ne s'adressent pas à des utilisateurs expérimentés ou qui ont pratiqué l'injection, « alors qu'ils pourraient acquérir des connaissances sur l'injection, ses risques, les dispositifs d'aide, se privant ainsi de ressources de réduction des risques »⁴².
- Enfin, est identifiée la **consommation de médicaments psychotropes chez certaines femmes**, dont les jeunes mères de familles vivant seules, souvent en grande fragilité sociale et professionnelle. Quelques-unes associent médicaments, alcool et cannabis.

⁴⁰ Hoareau E, « Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008, tendances récentes sur le site de Marseille », ODFI, juin 2009, page 30.

⁴¹ Ib.id, page 33.

⁴² Ib.id, page 41.

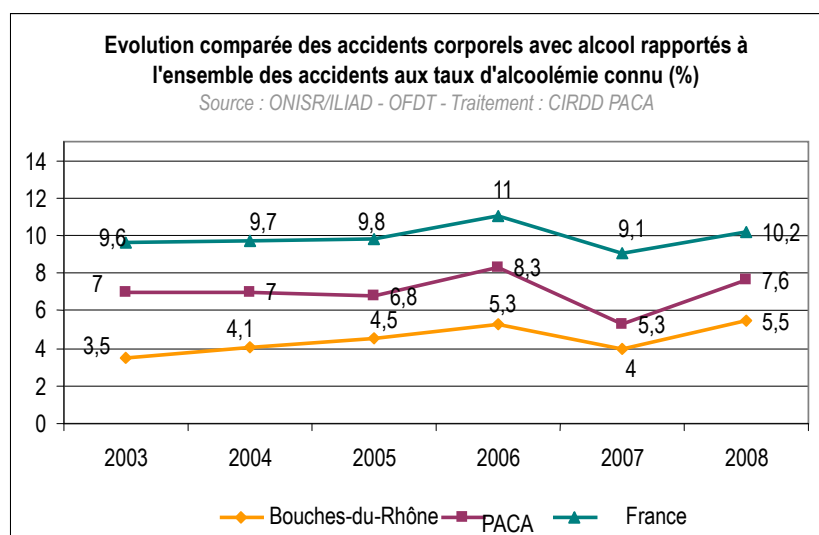
3. Dommages sociaux associés à la prise de substances psychoactives

Deux catégories de dommages sont habituellement associés à l'usage de substances psychoactives : les dommages sanitaires (accidents de la route, décès, maladies), les dommages légaux (interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants, ILS).

Les dommages sanitaires

Les accidents de la route

189 accidents de la route étaient liés à l'alcool en 2008 dans le département. Ils représentent 5.5% des accidents corporels aux taux d'alcoolémie connu, ce qui est un taux inférieur aux moyennes régionale et départementale. Mais l'on remarquera qu'il augmente selon un rythme plus élevé.



Les jeunes sont surreprésentés parmi les accidentés de la route.

Les infections aux virus du SIDA et de l'Hépatite C

7 645 cas de sida ont été déclarés en PACA depuis le début de l'épidémie. C'est la 2^{ème} région de France la plus touchée : 12% des cas de sida déclarés en France⁴³ alors que la région représente 7,6% de la population française.

Au sein de la région, les Bouches-du-Rhône est le département le plus concerné par l'épidémie de sida, après celui des Alpes-Maritimes.

⁴³ Sur les 7 645 déclarations de sida, 4 462 sont décédées et 3 183 vivent au stade sida.

Département	Nombre cas de SIDA	Taux par million
04 Alpes de Hte-Provence	135	882,4
05 Hautes Alpes	116	878,8
06 Alpes Maritimes	2938	1511,5
13 Bouches-du-Rhône	2881	2761,3
83 Var	1044	1079,6
84 Vaucluse	531	1003,8
Total Région PACA	7645	1609,1

Les modes majeurs de contamination sont les rapports sexuels (hétéro d'abord puis homo). **Les contaminations par usage de drogues par voie intraveineuse ne représentent que 4,1% des découvertes de séropositivité entre 2003 et 2008, alors qu'elles représentent 45% des cas de sida cumulés (depuis le début de l'épidémie) dans les Bouches-du-Rhône.** Ceci reflète l'efficacité de la politique de réduction des risques mise en place en France et en région PACA.

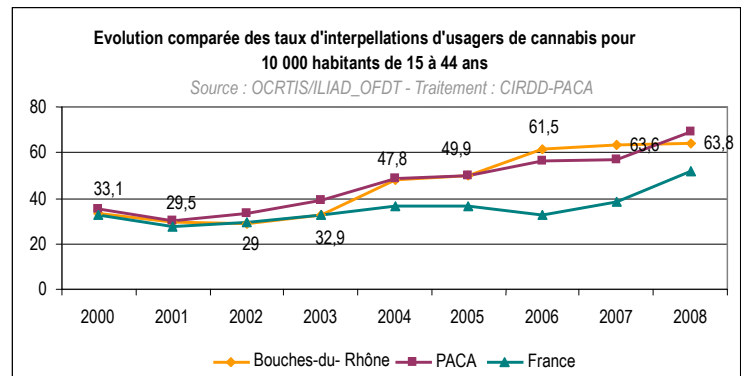
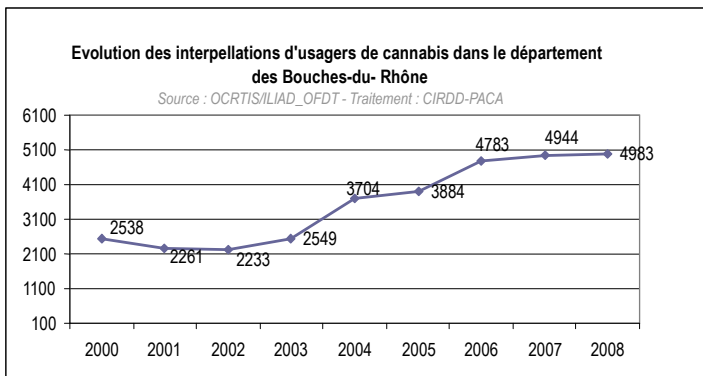
Les résultats de l'enquête COQUELICOT confirment ces évolutions, puisqu'elle montre que la **séroprévalence au VIH parmi les usagers de drogues actifs, est quasi-nulle chez les moins de 30 ans**, alors qu'elle se situe à 11% sur l'ensemble de la population enquêtée. Elle montre également qu'elle est nettement plus élevée à Marseille (32%) que dans les autres villes enquêtées.

Concernant l'infection au virus de l'hépatite C, les données sont moins étayées. L'étude Coquelicot montre que **la séroprévalence au VHC chez les usagers de drogues est nettement plus élevée, 60%**. Si elle croît avec l'âge, les moins de 30 ans sont tout de même 28% à être contaminés par le VHC. On ne repère pas de différences significatives entre les villes.

Les conséquences légales

Les interpellations⁴⁴ pour usage de stupéfiants

Le nombre d'interpellations pour usage de stupéfiants est, dans le département comme ailleurs, en hausse depuis plusieurs années. La quasi-totalité des interpellations pour usage renvoie à une consommation de cannabis (4983 / 5294, soit 94%). Les taux d'interpellation du département sont proches des taux régionaux, et supérieurs aux taux nationaux. Ils témoignent toutefois d'une stabilisation entre 2006 et 2008.



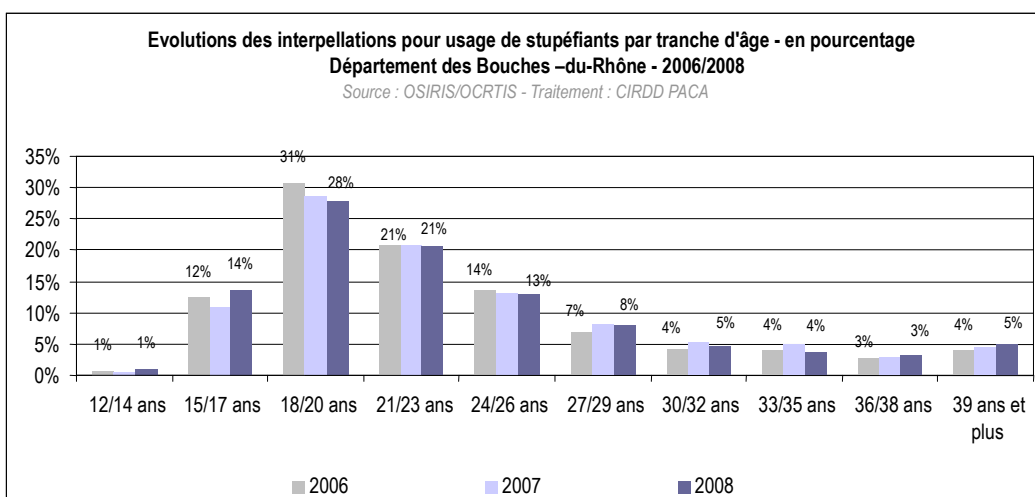
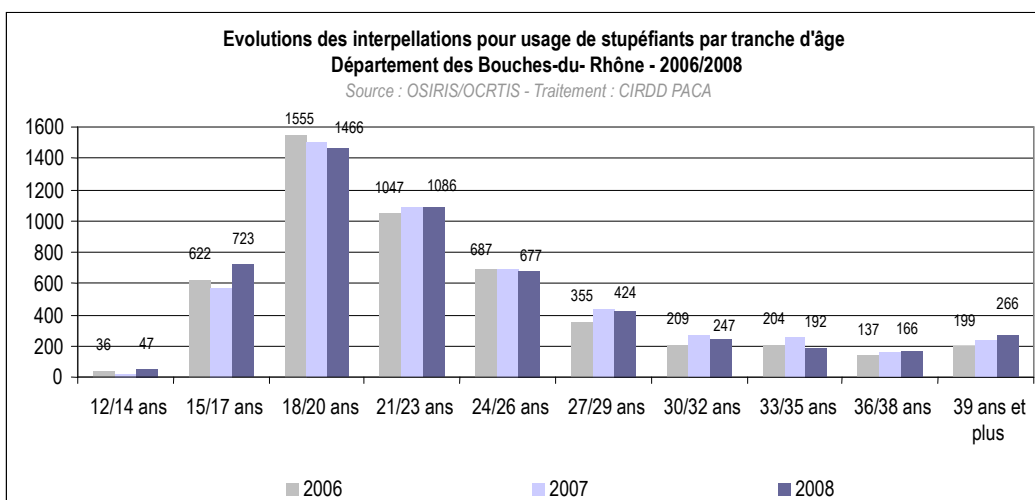
A noter que les interpellations pour usage d'héroïne, cocaïne et ecstasy sont en hausse dans le département, à l'image de la situation nationale. Néanmoins, les taux d'interpellation sont inférieurs aux taux nationaux.

La répartition par tranche d'âge des interpellations pour usage montre les évolutions suivantes :

- la surreprésentation des interpellés âgés entre 18 et 23 ans. Ils représentent en 2008 plus de 40% de l'effectif total ; plus largement, les jeunes âgés de 15 à 26 ans représentent près des deux tiers des interpellés pour usage ;
- une tendance récente (entre 2007 et 2008) à l'augmentation des mineurs parmi les interpellés et au contraire une baisse plus prononcée de la tranche d'âge suivante (18-20 ans). Cette évolution peut à la fois s'interpréter par un rajeunissement des consommateurs⁴⁵ et par la priorité accordée par les services répressifs à la délinquance des mineurs.

⁴⁴ Une interpellation par les services de Police ou de Gendarmerie n'induit pas automatiquement des conséquences judiciaires, la décision d'engager des poursuites judiciaires appartient au tribunal.

⁴⁵ Néanmoins, les résultats des dernières enquêtes réalisées auprès des jeunes (ESCAPAD) montrent une tendance à l'augmentation des âges d'expérimentation du cannabis en particulier.



Le département se distingue de la situation nationale par l'importance des interpellations de mineurs (11,79% des interpellations pour usage en France en 2008 versus 15% dans les Bouches-du-Rhône), et au contraire une sous représentation des plus âgés parmi les interpellés (32,52% en France versus 28% dans le département en 2008).

Approche du trafic de stupéfiants

Le trafic de stupéfiants est présent dans tous les milieux sociaux et dans de nombreux espaces de sociabilité : le trafic de cocaïne, d'ecstasy et d'amphétamines est très développé dans le milieu festif, notamment sur une pratique d'usage-revente. Pour autant, ce trafic qui concerne à priori davantage les classes moyennes voire supérieures, est peu connu. Il fait l'objet de peu de recherches ou d'observations.

Au contraire, les articles de presse se multiplient sur la « présence structurée et oppressante »⁴⁶

⁴⁶ Titre d'un article de La Marseillaise du vendredi 22 mai 2009.

des réseaux mafieux de trafic de stupéfiants dans les cités d'habitat social, recrutant chaque jour davantage de jeunes et imposant leur loi à l'ensemble des habitants du quartier. Or, certains travaux scientifiques réalisés sur cette question semblent témoigner d'une réalité plus complexe et nuancée.

Les différentes enquêtes réalisées sur l'organisation du trafic de stupéfiants montrent l'existence d'un lien entre poussée du chômage et concentration des familles pauvres dans des territoires « relégués » d'une part et implantation durable du trafic d'autre part : « Ces activités sont une réponse à la vulnérabilité de masse engendrée par la désindustrialisation et la recomposition du marché de l'emploi »⁴⁷.

Différents travaux en sociologie et économie ont été, par ailleurs, consacrés à ces questions s'agissant :

- des territoires concernés : citons les travaux de Monique Weinberger⁴⁸ sur les interpellations pour trafic de stupéfiants en 2005 dans la ville de Marseille
- des conditions d'entrée des jeunes dans les réseaux de trafic : mentionnons les travaux de Pierre Roche⁴⁹ sur l'entrée et le maintien de certains jeunes des quartiers populaires dans le trafic de stupéfiants
- de l'économie « de la débrouille » : ce concept a été proposé par le sociologue Michel Kokoreff⁵⁰ et développé lors de la conférence débat organisée à Marseille en 2007. Les enquêtes menées font en effet apparaître que le trafic dans les cités populaires ne « constitue que la partie la plus visible de l'iceberg »⁵¹
- des revenus du trafic : citons les travaux de Christian Ben Lakhdar sur cette question, qui font apparaître de fortes disparités selon la position occupée dans le réseau de revente.⁵²

Cette liste n'est pas exhaustive. Ces chercheurs, ainsi que d'autres, citons Pascale Jamouille, Michel Joubert, Salva Condro, Nacer Lalam, Thomas Sauvadet,... ont été consultés à diverses occasions lors de travaux de réflexion et d'élaboration d'actions concernant le travail social en lien avec les trafics des drogues, menés dans le département.

Ces travaux se sont inscrits dans le cadre d'une collaboration, engagée en 2006, entre le chef de projet MILDT, la Ville de Marseille (Direction de la santé publique), l'ADDAP 13 et le Conseil général.

Dans le département, les interpellations pour trafic de stupéfiants ont augmenté sensiblement entre 2006 et 2008, passant de 687 à 743 en 2007 (+8%), et à 772 en 2008 (+4%).

On observe ici :

- une pyramide des âges proche de celle des interpellés pour usage, mais la part des interpellés « âgés » (39 ans et plus) est ici plus importante. La plupart des interpellés est néanmoins âgée entre 15 et 23 ans (plus de la moitié de l'effectif)
- le nombre et la part des mineurs interpellés pour trafic augmente chaque année, alors que les tranches d'âge suivantes sont caractérisés par une situation inverse.

⁴⁷ Duprez D, Kokoreff M « Les drogues : consommations et trafics », in « Crime et sécurité, l'état des savoirs », Mucchielli L, Robert P (sous la direction de), Editions La Découverte, 2002, p.191.

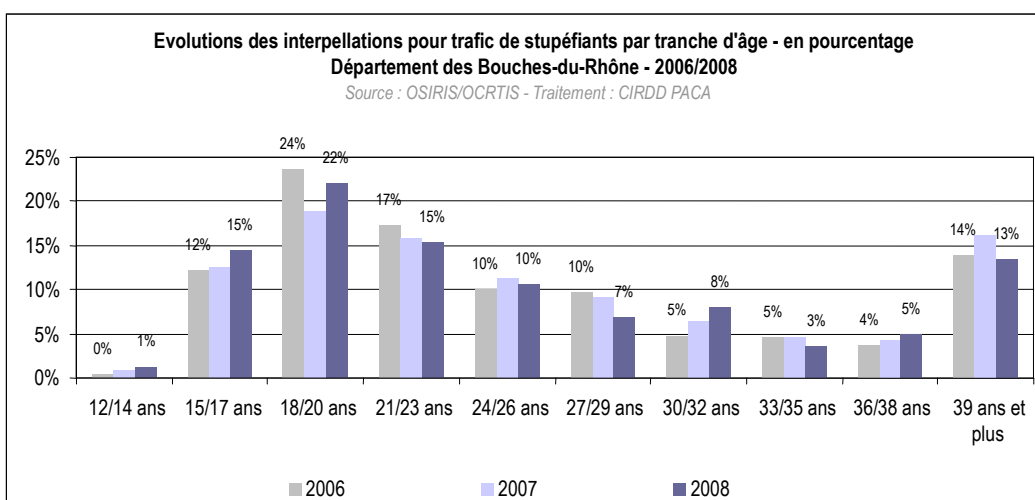
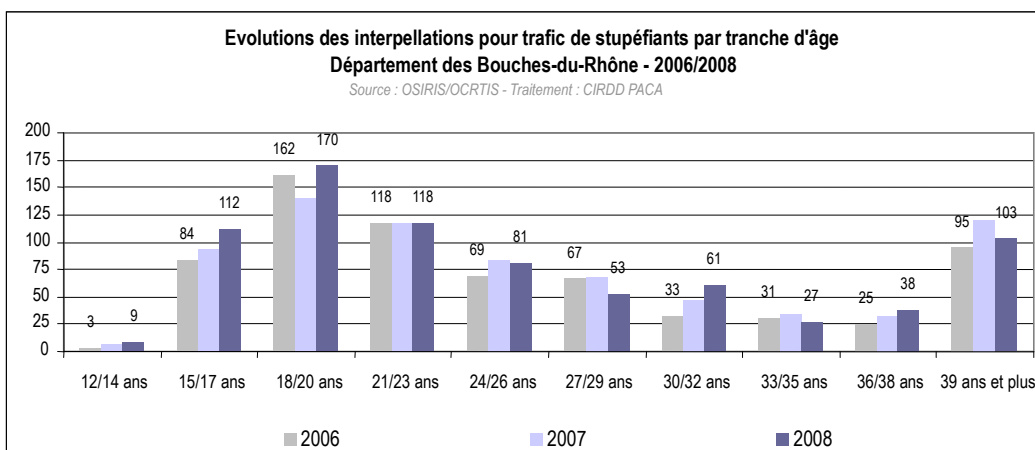
⁴⁸ Weinberger Monique « Le trafic de drogues à Marseille 1995 – 2005 », in La proximité à l'épreuve de l'économie de la débrouille, Actes de la XIIIème conférence-débat organisée par la Ville de Marseille

⁴⁹ Roche Pierre (sous la direction de) « La proximité à l'épreuve de la débrouille », CEREQ / ADDAP13, 2005, p.21.

⁵⁰ Kokoreff Michel, « L'économie des liens dans les cités », in actes de la conférence-débat « La proximité à l'épreuve de l'économie de la débrouille », Ville de Marseille, 11 décembre 2007.

⁵¹ Duprez D, Kokoreff M « Les drogues : consommations et trafics », in « Crime et sécurité, l'état des savoirs », op.cit. p.192.

⁵² Christian Ben Lakhdar « le trafic de cannabis en France : estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment, OFDT - MILDT », La documentation française, nov. 2007



Les données nationales correspondantes n'étant pas publiées, la comparaison avec la situation départementale n'est pas possible.

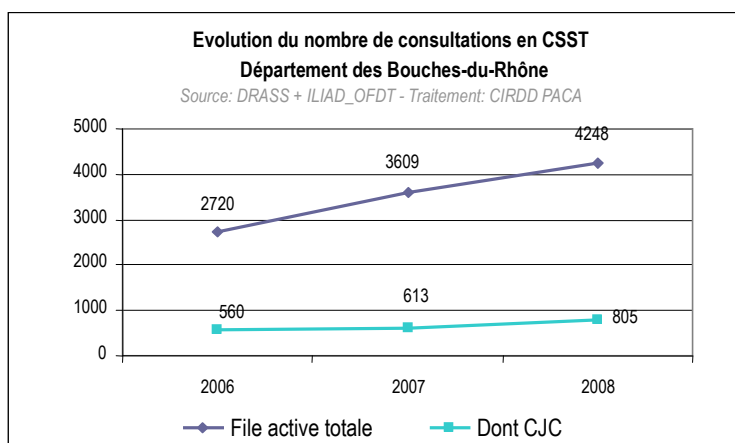
4. Description et évolution de l'offre de prise en charge dans le département

Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST)

Dans le département, 13 structures sont recensées en 2008⁵³ :

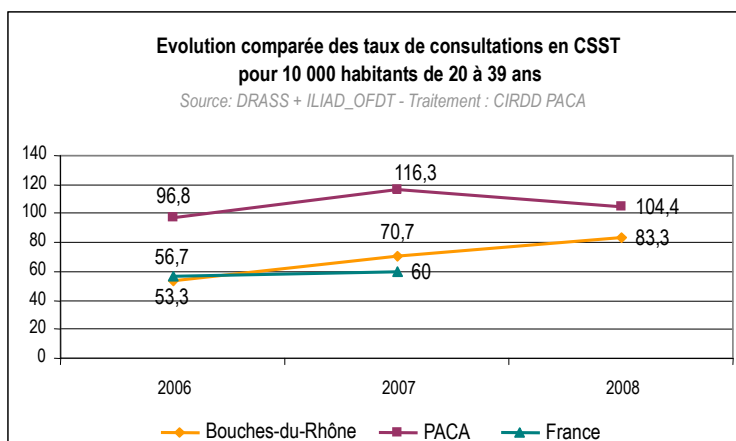
- 10 sont des CSST en ambulatoire, dont 3 ont une section avec hébergement,
- 3 sont des CSST uniquement avec hébergement.

7 sont situées à Marseille, 2 à Aix-en-Provence, 2 en Arles, 1 à Aubagne, 1 à Martigues.



Le nombre de personnes⁵⁴ reçues dans les CSST augmente nettement entre 2006 et 2008, en raison notamment de la hausse des consultations liées à des sanctions pénales. Les consultations jeunes consommateurs (CJC) évoluent selon les mêmes tendances. Elles représentent chaque année environ 20% du total des files actives des structures du département. Rapporté au nombre d'habitants, le taux de consultations du département est en constante augmentation et se rapproche du taux régional.

Les taux nationaux ne sont pas encore disponibles pour 2008.



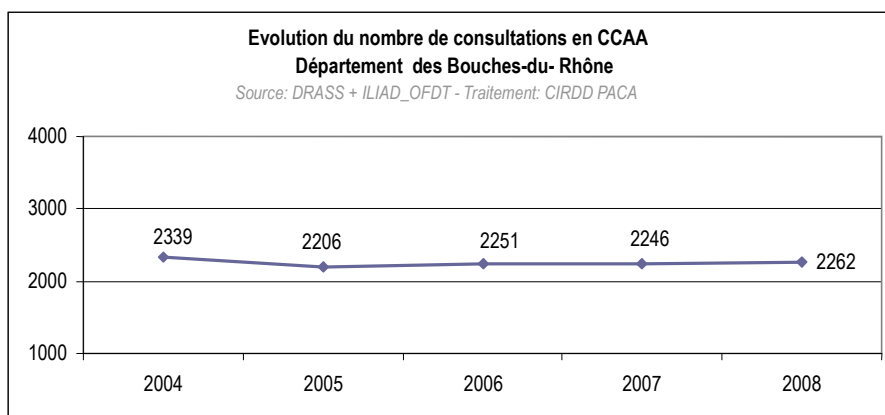
⁵³ Ne sont pas recensés ici les CSST pénitentiaires (Baumettes), ou les sections pénitentiaires de CSST (Salon et Luynes)

⁵⁴ Ces totaux annuels contiennent des doublons, dont il est difficile d'évaluer la part, mais dont on peut supposer qu'elle est faible.

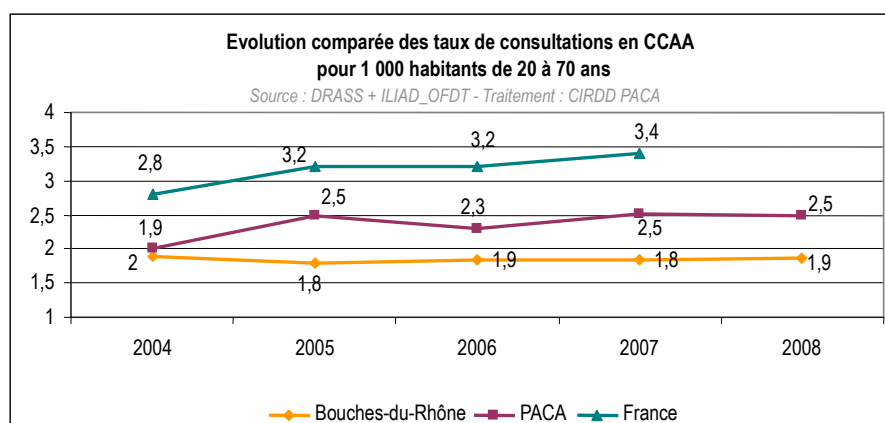
Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)

Il y a 7 CCAA dans le département en 2008, dont 2 à Marseille, et 1 dans chacune des villes suivantes : Aix-en-Provence, Salon-de-Provence, La Ciotat, Martigues, Arles.

Le nombre de personnes accueillies pour une prise en charge en alcoologie est stable. On remarquera qu'il est inférieur à celui des personnes accueillies en CSST.



Les taux de consultation du département sont inférieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine.



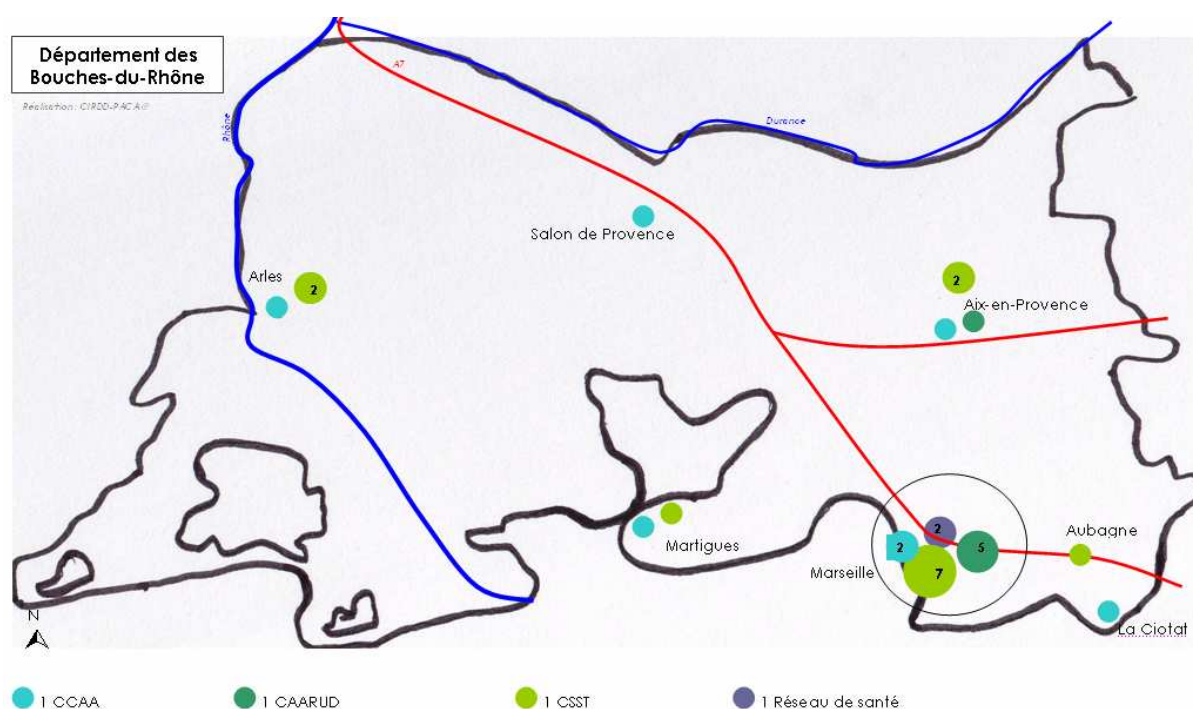
Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)

La réduction des risques est une forme d'action privilégiant des stratégies de prise en charge visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections...) et sociaux (précarité) liés à l'usage de produits psychoactifs. Les principaux acteurs de cette forme d'action sont les centres d'accueil d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD).

6 CAARUD sont présents dans le département : 5 sont situés à Marseille et 1 à Aix-en-Provence.

Ils ont accueilli en 2008, 5355 personnes⁵⁵.

Cartographie des structures médico-sociales dans le département



Le recours aux traitements de substitution aux opiacés (TSO)

On peut estimer le nombre de personnes sous traitement de substitution aux opiacés à partir des données de ventes de ces médicaments en officines⁵⁶.

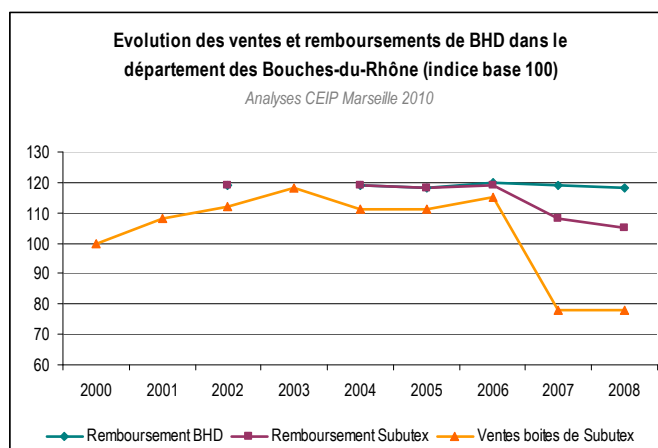
En 2006, on estime à 8 260 personnes sous buprénorphine haut dosage (BHD, dont Subutex®) et 880 sous méthadone. Environ les deux tiers résident à Marseille ou son agglomération.

Depuis 2006, on assiste dans le département comme en France, à une baisse des ventes de Subutex®. Cette évolution est à corréler avec l'introduction des médicaments génériques, qui ont détourné une partie des usagers du Subutex® vers ces nouveaux traitements. Comme le montre le graphique suivant, la baisse du nombre de boîtes vendues est plus rapide que

⁵⁵ La part des doublons est ici sûrement plus importante qu'en CSST.

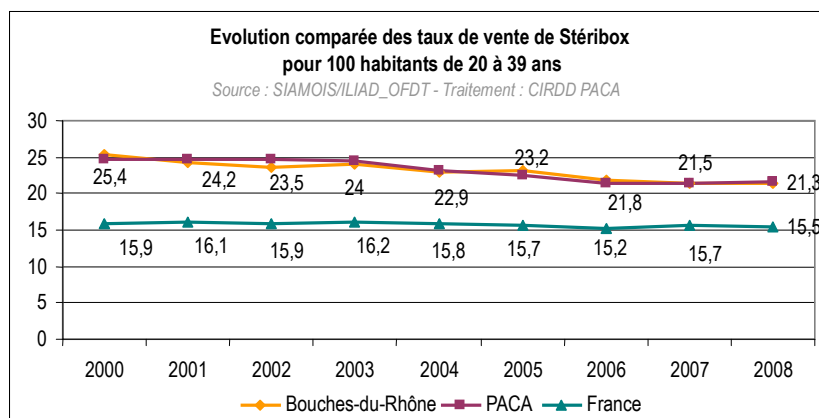
⁵⁶ Données InVS. Etant recueillies auprès des pharmacies, ces estimations ne prennent pas en compte les médicaments, et en particulier la méthadone, délivrés à l'hôpital et en structures spécialisées.

celle du remboursement en grammes à partir de 2007, alors que les courbes étaient parallèles avant. Il semblerait donc que la pénétration des génériques soit meilleure pour les faibles dosages, alors que le Subutex® reste surtout utilisé sur des dosages élevés (égal ou supérieur à 8 mg). On peut donc penser que les médecins ont réussi à prescrire les génériques aux patients dont le parcours de substitution était stabilisé, alors que ceux qui ne le sont pas ont préféré rester sur un médicament connu.



L'accès au matériel stérile d'injection

Parallèlement au développement des TSO, la pratique d'injection a fortement régressé depuis les années 1990. Pour autant et comme le montre le graphique suivant, le département, comme la région, sont caractérisés par des taux de vente de Stéribox® (matériel stérile d'injection) nettement supérieur au taux métropolitain.



Comment expliquer cette différence ? Serait-ce parce que la demande est plus importante dans le département que dans le reste de la France ? Autrement dit, y aurait-il davantage d'injecteurs dans les Bouches-du-Rhône qu'ailleurs, (et ce, alors bien même que nombre d'observateurs locaux ne repèrent pas un retour de l'héroïne dans ce territoire) ? Peut-être aussi le produit injecté est-il autre (Subutex® par exemple) ou encore les principes et méthodes de RDR sont davantage suivis et appliqués par les usagers dans le département.

Autre piste de questionnements : l'accès au matériel est peut-être plus facile ici qu'ailleurs. Les pharmaciens sont-ils toujours autant impliqués et mobilisés dans la diffusion de ce matériel ?

ANNEXE 2 : bilan du plan départemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2006/2009

Le précédent plan départemental de prévention et de lutte contre les drogues et les toxicomanies s'est décliné en trois volets : prévention, prise en charge / réduction des risques, application de la loi / lutte contre le trafic.

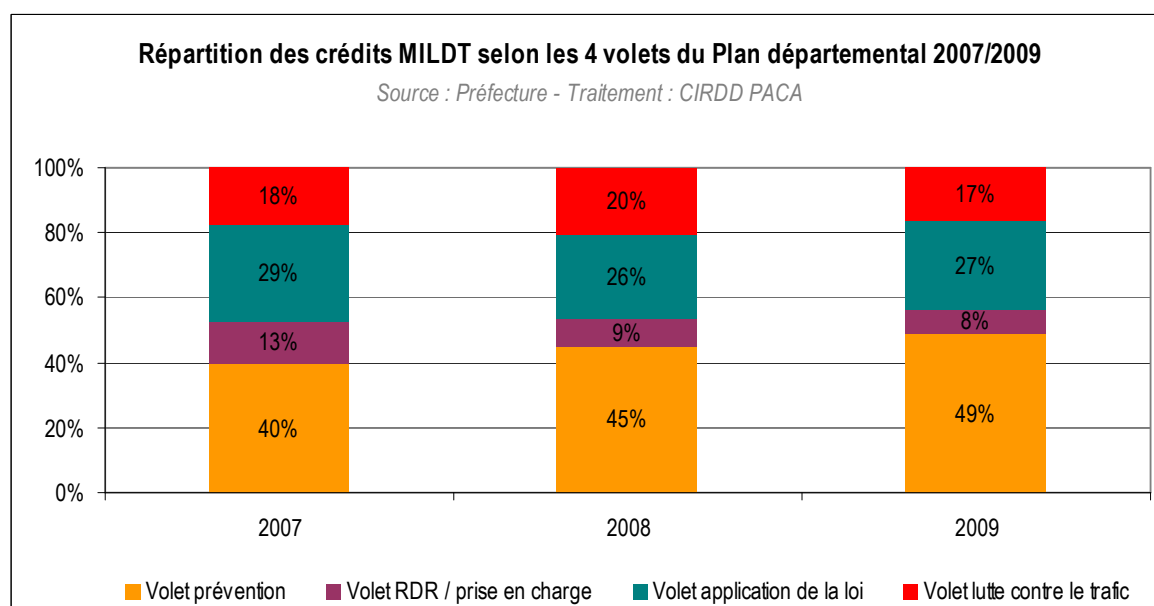
2.1 Bilan chiffré : lecture des priorités à travers les attributions de crédits

Entre 2007 et 2009, les crédits attribués par la MILDT au département des Bouches-du-Rhône ont diminué chaque année de 2%.

	2007	2008	2009
Volet prévention	203 830 €	224 100 €	237 500 €
Volet RDR / prise en charge	64 500 €	43 000 €	38 000 €
Volet application de la loi	150 000 €	128 500 €	131 316 €
Volet lutte contre le trafic	90 902 €	102 002 €	80 567 €
Total	509 232 €	497 602 €	487 383 €

Cette période est par ailleurs marquée par des évolutions sensibles quant aux orientations réalisées en matière d'attribution des financements. Sont en effet constatés :

- Une hausse des financements alloués aux actions de prévention, qui représentent, à partir de 2008 près de la moitié des crédits MILDT,
- Au contraire, une baisse des crédits destinés à soutenir des actions de réduction des risques et/ou de prise en charge, qui sont plutôt soutenues par le plan régional de santé public (PRSP),
- Enfin, une relative stabilité des crédits destinés aux volets application de la loi et lutte contre le trafic, le premier étant exclusivement constitué d'actions relevant de la convention départemental d'objectifs Justice / Santé, le second d'achats de matériels par les services chargés de la lutte contre le trafic de stupéfiants.



2.2 Bilan qualitatif de la mise en œuvre du plan 2006/2009

A. Volet PRISE EN CHARGE

Le précédent plan départemental s'était donné deux grands objectifs en matière de prise en charge des usagers de drogues.

1. Répondre aux besoins les plus aigus des publics usagers de drogues en situation souvent précaire

Cet objectif se déclinait en plusieurs volets :

- améliorer la prise en charge des usagers de substances psychoactives précaires, présentant des **comorbidités psychiatriques**,
- réduire l'inadéquation entre les services proposés et les populations concernées, en particulier les **personnes alcoolodépendantes**,
- lutter contre la stigmatisation et la culpabilisation dont les **femmes usagères de drogues** sont victimes (en premier les femmes enceintes ou jeunes mères) afin de favoriser leur recours aux systèmes sociaux et de soin,
- favoriser le développement de nouvelles pratiques ou de nouveaux outils à même de créer du lien avec le public rencontré en **milieu festif**,
- prévenir la **contamination par le VHC** (virus de l'hépatite C) en particulier au moment où les usagers sont au stade du début de l'injection.

De nombreuses actions ont été développées pour répondre à ces objectifs, qui ont été financées par le plan départemental MILDT, et, à partir de 2006 par le PRSP sur les programmes 4 (prévention des addictions), 14 et 15 (prévention et prise en charge des IST, VIH et VHC).

S'agissant des publics concernés par le problème des **comorbidités psychiatriques** (ou, autrement dit, présentant un « double diagnostic » de toxicomanies et de troubles psychiatriques), la période 2007/2009 a été marquée par des temps de rencontres et de réflexions, qui ont été propices à des évolutions des représentations sur ce public et des pratiques, dans les dispositifs dits de droit commun, dans les centres de soins spécialisés et dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD)⁵⁷. Ces évolutions sont largement évoquées par les rapports successifs TREND.

Néanmoins des difficultés restent présentes : manque de connaissances partagées sur ces questions, besoin de diagnostics et de traitements adaptés à la situation de la personne, faible mise en réseau par territoire, des acteurs contribuant aux prises en charge sanitaires et sociales, et non prise en compte d'une démarche de réduction des risques pour ces personnes.

⁵⁷ La création de structures et d'équipes référentes spécialisées, comme les équipes mobiles de liaison en psychiatrie, en lien avec les dispositifs de l'urgence sociale et de la grande précarité, contribuent à faire progresser ces prises en charge.

Concernant la prise en charge des **personnes alcoolodépendantes**, la question se posait sur deux versants :

- le manque de prise en compte des usagers en grande précarité : des formations ont été mises en place pour faire évoluer les pratiques de structures intervenant dans le champ de la précarité (centres d'hébergement et de réinsertion sociale, unité d'hébergement d'urgence,...) souvent peu engagées sur ces questions, afin qu'elles puissent effectuer des orientations sanitaires et sociales vers les structures de prise en charge spécialisées ;
- l'absence d'une alternative au sevrage pour le soin des alcoolodépendants : les pratiques de réduction des risques en alcoologie restent encore peu développées, bien que la démarche de réflexion soit engagée, comme l'indique en particulier le volet « prévention - réduction des risques » du schéma régional en addictologie. Elle pourrait utilement se développer dans le cadre des prises en charge précoces des jeunes ayant des ivresses répétées.

S'agissant des **femmes usagères de drogues**, les années 2006 / 2009 ont vu s'accroître les préoccupations des structures médicosociales et de réduction des risques, et des réseaux de santé (médecine de ville – hôpital) vis-à-vis de ce public. Comme le rapportent les études successives TREND, des évolutions significatives sont observées durant cette période : rajeunissement et augmentation du nombre de femmes rencontrées dans les structures spécialisées, accélération des processus d'exclusion sociale, persistance des pratiques à risques, préoccupations liées à la maternité... Des services d'accueil spécifiques ont été créés et différents réseaux se sont constitués pour s'investir sur l'évolution des représentations sociales et des pratiques des professionnels, en particulier des services de « droit commun » comme la protection maternelle et infantile (PMI, service du conseil général), les maternités et lieux d'hébergement.

Concernant les usagers problématiques fréquentant **les « nouveaux » espaces urbains de la musique électronique** (lieux privés, festivals, squats,...), des initiatives ont été financées (via le PRSP, programme 14 et 15) à des associations de réduction de risques. Néanmoins, ces actions restent difficiles à mener, car elles concernent des manifestations ponctuelles, souvent clandestines, attirant des publics peu nombreux, dont les pratiques à risques sont élevées.

Enfin, sur la question de la **prévention des contaminations au VHC**, le plan prévoyait de développer le travail préventif et de réduction des risques à proximité des lieux que fréquentent ces publics, de favoriser l'accès au matériel d'injection et la formation des professionnels de santé sur cette question. Des actions ont été mises en œuvre, financées par le PRSP (programme 14 et 15) et le seront également par le plan hépatites 2009 / 2012.

2. Poursuivre la construction du dispositif spécialisé de soin et de réduction des risques

Le plan départemental s'était fixé quatre objectifs :

- repérer l'abus ou la dépendance le plus tôt possible,
- développer, organiser et optimiser l'offre de soin pour en améliorer l'accessibilité et la qualité,
- améliorer la qualité et la diversité des réponses thérapeutiques,
- améliorer la prise en charge des usagers incarcérés.

Ces objectifs ont été repris, à partir de 2008, dans les travaux de réflexion et de préparation du schéma régional en addictologie. Deux éléments ont permis d'objectiver les besoins de développement du réseau local de prise en charge et de prévention des addictions :

- la réalisation de travaux préparatoires à la création d'une commission régionale en addictologie (évaluation des actions en addictologie, état des lieux régional des addictions, des dispositifs de prise en charge et de prévention réalisés par le CIRDD PACA),
- la mise en place d'une commission régionale en addictologie, chargée de mettre en œuvre les recommandations issues de ces travaux, et de définir les déclinaisons locales du plan addiction (création des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie -CSAPA- application des dispositions concernant le sanitaire, le médicosocial, les réseaux).

Différents axes majeurs sont développés par cette commission :

- assurer la couverture territoriale de l'offre de soin et de réduction des risques en addictologie,
- clarifier et structurer le domaine de la prévention,
- mettre en place l'offre régionale de formation initiale et continue en addictologie,
- développer la prise en compte des « nouvelles addictions » (jeu, Internet,...),
- développer le volet spécifique prise en charge des addictions en milieu carcéral.

Début 2010, ce schéma régional en addictologie entrera dans sa phase opérationnelle. Un groupe de suivi et d'évaluation est constitué en appui de cette mise en œuvre.

Le plan MILDT, durant la même période, a contribué à la construction du dispositif spécialisé de prise en charge, en finançant des actions visant à faire connaître et compléter l'action des consultations jeunes consommateurs de cannabis (CJC) et visant à :

- promouvoir l'utilisation des outils d'évaluation des risques appropriés aux CJC,
- aider et former les équipes éducatives qui sont au contact de ces publics,
- développer l'activité d'accueil des jeunes ayant des conduites à risques en lien avec les drogues, dans des structures comme les points d'accueil et d'écoute des jeunes (PAEJ) et les espaces santé jeunes (ESJ).

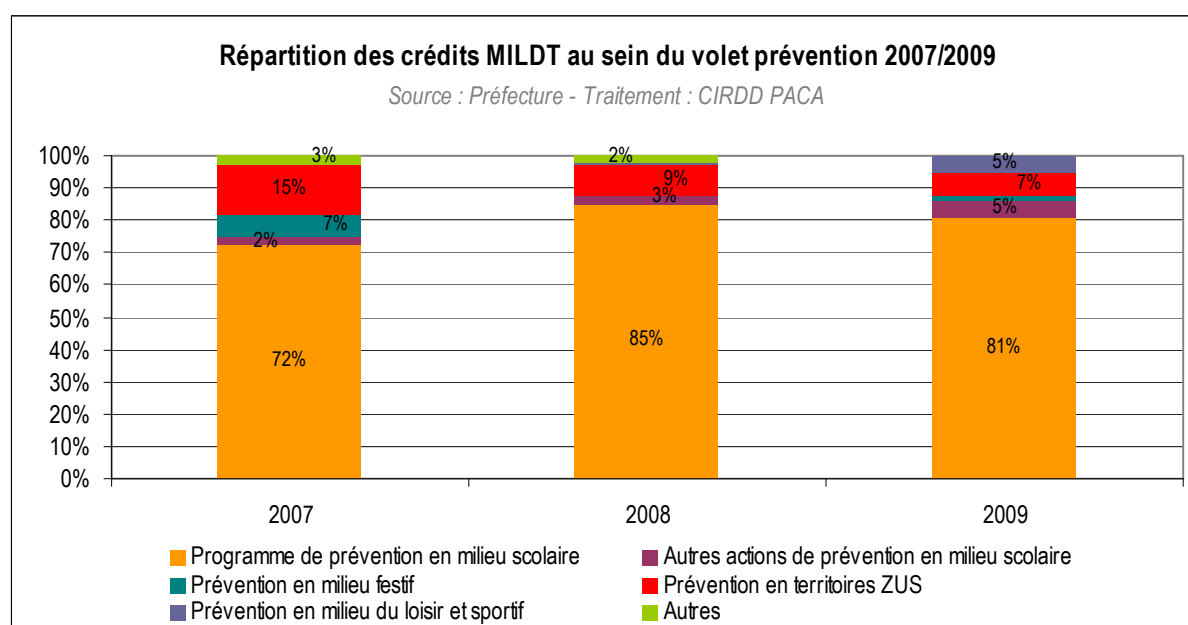
Ces actions s'inscrivaient dans les priorités du plan national 2004 / 2008.

B. Volet PREVENTION

La prévention a constitué un axe majeur du précédent plan départemental, qui avait visé quatre espaces privilégiés d'intervention :

- le milieu scolaire, prioritairement le secondaire,
- le milieu du travail,
- l'espace festif (en lien avec la sécurité routière),
- les territoires sensibles, prioritaires du titre de la politique de la ville.

Au sein du volet prévention, une majorité des crédits MILDT a été consacrée à la mise en œuvre du programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire, programme ambitieux qui est développé sur tout le territoire des Bouches-du-Rhône. L'augmentation des crédits alloués à celui-ci s'explique en 2008, par la croissance du volume d'activité liée au programme, et en 2009 par la nécessité de suppléer au retrait du PRSP.



1. **Le programme de prévention des conduites addictives en milieu scolaire**

Depuis 2005 est développé dans le département un dispositif ambitieux et original de prévention en milieu scolaire, qui s'appuie sur le guide méthodologique de prévention des addictions en milieu scolaire conçu par la MILDT et le ministère de l'éducation nationale (« guide MILDT / DESCO »).

a. *Un programme ambitieux*

C'est véritablement le premier programme à visée « généraliste », dans le sens où il cherche à atteindre l'ensemble de la population scolaire du secondaire du département.

Il n'a pu se mettre en place que grâce au soutien important dont il bénéficie depuis 2005 de la part de la MILDT, et plus récemment et plus modestement du PRSP et du conseil général.

On est bien ici dans un programme de prévention « primaire », ou « universelle », qui est structurée autour de 4 fondamentaux :

- savoir mobiliser ses compétences psychosociales,
- connaître les produits, leurs effets et les risques,
- connaître la loi,
- savoir demander de l'aide.

b. Un programme innovant

Pour atteindre cet objectif ambitieux, il a fallu mettre en place un dispositif très cadré :

- en terme de couverture territoriale : dans chacun des 9 bassins d'éducation du département, une association de prévention est mandatée pour être « référente » auprès des établissements scolaires. Ce sont aujourd'hui 6 associations qui assurent cette fonction, retenues pour leurs compétences, leur éthique et leur implantation locale.
- en terme de contenu des interventions : pour s'assurer que les principes et les méthodes promus par le guide soient bien appliqués, les associations référentes doivent respecter un même cahier des charges, qui les enjoint à offrir à tous les établissements de leur secteur à la fois :
 - des formations en direction des équipes éducatives
 - des accompagnements de ces mêmes équipes à la mise en œuvre d'actions de prévention auprès des élèves
 - des conseils sur des situations individuelles.
- en terme de pilotage : depuis 2005, un comité de pilotage départemental, composé de représentants de la MILDT locale, de l'inspection académique, de la DDASS, du conseil général, de la ville de Marseille, du GRSP et du CIRDD PACA, donne des orientations et suit l'avancée du dispositif.
- En terme de coordination : le comité de pilotage s'est doté d'une coordination départementale, chargée d'accompagner et de suivre les associations référentes, de favoriser les partenariats avec d'autres acteurs de prévention, et en particulier les formateurs relais anti-drogues (de la Gendarmerie nationale) et policiers formateurs anti-drogues (de la Police nationale), et de mettre en œuvre un dispositif d'évaluation en continu. Cette coordination a été confiée au CIRDD PACA.

c. Programme dont les impacts sont mesurés

Ce programme est accompagné d'un dispositif d'évaluation en continu, qui permet de suivre son avancée et d'en mesurer les plus-values. Quelques données peuvent être résumées ici, qui mettent en avant l'ampleur du programme :

Depuis le lancement du programme (fin 2005 / début 2006) :

- 168 établissements scolaires du secondaire ont pu former une équipe éducative au guide MILDT / DESCO, soit plus de la moitié des établissements du département (et 70% des établissements publics). Plus précisément, ce sont 54% des collèges, 55% des lycées professionnels et 45% des lycées d'enseignement général qui ont participé à ces formations. En termes humains, cela représente plus de 900 personnels de l'éducation nationale formés à la prévention des conduites addictives en milieu scolaire ;

- 424 classes ont bénéficié d'interventions de prévention.

Uniquement sur l'année scolaire 2008/2009 :

- 99 établissements ont participé à ce programme (52 collèges, 24 lycées d'enseignement général, 23 lycées professionnels), 63 dans le cadre de la formation, 85 pour de l'accompagnement à la mise en œuvre d'actions de prévention et 56 pour des interventions auprès d'élèves.
- 340 personnels d'établissements scolaires ont été formés. Ils sont en majorité très satisfaits de la formation dont ils ont bénéficié, mais la plupart d'entre eux expriment le besoin d'être accompagné lors de la mise en œuvre opérationnelle d'actions de prévention.
- 454 élèves ont bénéficié d'une intervention de prévention dans le cadre de ce programme (soit 192 classes différentes), le plus souvent dans le cadre d'une co-animation association référente / personnel de l'établissement (enseignants ou infirmières scolaire en majorité).

d. Des enjeux pour l'avenir

Lors du dernier comité de pilotage, plusieurs axes de développement ont été dégagés pour la poursuite du programme :

- Renforcer le partenariat, en développant la coordination engagée avec le conseil général et les FRAD, et en formalisant une articulation avec les PFAD ;
- Renforcer le dispositif d'évaluation de façon à pouvoir mieux rendre compte de l'autonomisation des établissements dans la mise en œuvre du programme (repère-t-on, parmi les établissements qui ont été formés au guide, une autonomisation progressive dans la mise en œuvre d'actions de prévention ?) ;
- Dans le cadre d'un partenariat avec l'éducation nationale, se doter d'outils de suivi qui permettraient d'avoir une vision plus exhaustive de l'activité de prévention en milieu scolaire, en particulier celle qui se fait « en interne » ;
- Créer de nouveaux outils : collecter des outils sur le thème des addictions pour que les enseignants puissent les intégrer dans leurs enseignements
- Elargir le programme aux écoles primaires, conformément aux souhaits de la MILDT.

2. La prévention des conduites addictives en milieu du travail

Le précédent plan départemental avait ciblé trois niveaux d'objectifs, correspondant à trois publics différents :

- objectif « salariés » : prévenir les conséquences d'un usage de substances psychoactives en terme de santé globale et d'insertion sociale et professionnelle ;
- objectif « employeurs » : réduire les conséquences de l'usage de substances psychoactives sur le fonctionnement de l'entreprise ;
- objectif « médecins du travail » : permettre à celui-ci de participer à la politique de prévention de l'usage de substances psychoactives.

Plusieurs remarques peuvent être formulées au terme de ces 3 ans :

- les actions qui avaient été prévues dans le cadre du plan départemental ne se sont pas développées ;

- les crédits MIDLT n'ont pas soutenu d'actions de prévention en milieu du travail, faute de propositions d'actions dans ce domaine ;
- quelques actions ont néanmoins vu le jour, comme par exemple :
 - la réalisation d'une enquête auprès des médecins du travail, piloté par le CIRDD Rhône-Alpes, dans le cadre d'une collaboration avec le CIRDD PACA,
 - la réalisation d'un colloque sur ce thème (« Alcool et drogues, agir pour la santé et la sécurité au travail ») organisé par le CIRDD PACA en décembre 2009, avec l'appui de la Région et de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE : ex DRTEFP)
 - le développement d'actions de prévention en direction des apprentis (dans les centres de formation des apprentis), sous l'impulsion de la Région ;
 - l'existence d'actions dispersées, souvent au sein de grandes entreprises (pétrochimie et transport par exemple), pour lesquelles on a aujourd'hui peu d'informations.

Force est de constater que la MIDLT n'a pas pu impulser une dynamique dans ce domaine, ni ses crédits jouer un effet levier. Un certain nombre de freins peuvent être identifiés :

- du côté des acteurs de prévention, la faiblesse du réseau d'opérateurs spécialisés dans la prévention des addictions en milieu du travail, sur lequel aurait pu s'appuyer la MIDLT pour mettre en œuvre largement une stratégie d'action dans ce domaine ;
- du côté des entreprises, la difficulté pour développer et prendre en charge des actions de prévention, particulièrement au sein des très petites entreprises et petites et moyennes entreprises (TPE / PME), qui ne sont pas organisées pour mettre en place des actions de santé en leur sein ;
- du côté des médecins du travail, le besoin d'être formés sur cette question spécifique. L'intérêt qu'ils ont manifesté par leur présence au colloque « Drogue et travail » ainsi que les témoignages qu'ils ont apportés pendant ou après ce colloque attestent des attentes importantes en matière de connaissance de cette problématique et d'accompagnement méthodologique à la mise en œuvre d'actions de prévention.

3. La prévention des conduites addictives en milieu festif

Le précédent plan départemental avait là aussi ciblé plusieurs catégories de publics :

- les acteurs de prévention,
- les consommateurs,
- les institutions,
- les organisateurs d'évènements festifs, qu'ils soient associatifs ou professionnels.

La prévention des conduites addictives en milieu festif a représenté 7% des crédits MIDLT en 2007 (2 actions), 0 en 2008, 1% en 2009 (1 action). Ainsi, les expériences qui se développent dans ce domaine sont plutôt portées par d'autres programmes ou d'autres institutions. Par exemple,

- la grande majorité des actions financées par le plan départemental d'actions de sécurité routière (PDASR) en 2009 sont des actions de prévention routière en milieu festif, en lien avec les consommations d'alcool et de stupéfiants ;
- un groupe de travail sur les « sorties nocturnes » est piloté par le conseil général ;

- au sein du comité de pilotage des actions de réduction des risques piloté par la ville de Marseille et l'agence régionale de santé (ex-DDASS), un atelier de travail réunissant les associations de réduction des risques sur le milieu festif s'est mis en place ;
- la ville de Marseille travaille à l'élaboration d'un projet « Fêtez clairs » ;
- des initiatives sont nées en milieu étudiant, sous l'impulsion du CIRDD PACA et de la Région, portées par des associations comme la Mutuelle des étudiants de Provence (MEP), la Mutualité française ou encore l'Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions (AMPTA) ;
- Enfin, l'association Assajir a bénéficié de formations pour développer des interventions de prévention en milieu festif qui prennent aussi en compte les usages de drogues illicites.

Seul le dernier projet a vu le jour sous l'impulsion de la MILDT. De façon générale, l'articulation des expériences de prévention des conduites à risques en milieu festif avec les orientations de la MILDT a été réalisée par le biais du CIRDD, qui a pu peser sur les décisions prises ou sur les méthodologies utilisées.

Aujourd'hui, plusieurs difficultés sont identifiées dans la mise en œuvre des actions de réduction des risques en milieu festif :

- La mauvaise connaissance du cadre législatif et réglementaire dont relèvent les actions de réduction des risques génère des crispations lors des événements festifs et ne facilite pas les interventions des associations de ce secteur ;
- la faiblesse de la coordination dans ce domaine : peu d'espaces de rencontre entre les opérateurs de prévention, entre eux et avec les organisateurs d'événements festifs ou encore avec les institutions...
- peu de liens entre les acteurs de prévention routière et ceux de la prévention des addictions et de la réduction des risques.

L'enjeu en matière de prévention des conduites addictives est d'arriver à prendre en compte l'espace festif dans sa globalité, ce qui implique de sortir de la dualité entre milieu alternatif et milieu commercial, entre prévention routière et prévention des addictions et ce qui implique aussi d'élargir le partenariat, tant institutionnel (impliquer les villes) que de terrain.

4. La prévention des conduites addictives en zones urbaines sensibles

Le précédent plan MILDT s'était donné plusieurs objectifs en matière de prévention des conduites addictives sur les territoires classés en zone urbaine sensible (ZUS) :

- mieux connaître le phénomène et clarifier l'action,
- développer les actions de prévention,
- prévenir les usages problématiques,
- soutenir la fonction parentale.

15% des crédits MILDT ont financé des actions en ce sens en 2007, 8% à 9% les deux années suivantes. D'autres programmes ont été mobilisés pour soutenir des actions de prévention dans ces quartiers, comme les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) ou le PRSP.

S'il ne nous est pas possible de réaliser un bilan exhaustif des actions menées dans ces quartiers, quelques projets peuvent être signalés pour leur intérêt :

- la poursuite de l'étude action portée par l'Association départementale pour le

développement des actions de prévention (ADDAP 13, service des 13 et 14^{ème} arrondissements), « Questions de réseaux », qui vise à définir et mettre en œuvre des démarches éducatives adaptées et concertées sur un territoire, en réponse à l'attractivité qu'exerce le trafic de stupéfiants ;

- une formation expérimentale soutenue par la Délégation interministérielle à la ville (DIV) et la MILDT, menée sur quatre sites en France dont Marseille (11 et 12^{ème} arrondissements), dont l'ambition était de modéliser la mise en réseau autour de la délinquance liée aux usages de drogues.

Les enjeux en matière de prévention dans les territoires ZUS se situent à plusieurs niveaux : la poursuite du travail d'observation et de compréhension de ce phénomène, de la diffusion et du partage de cette connaissance, et de la mise en place d'une stratégie globale à l'échelle du territoire.

C. Volet APPLICATION DE LA LOI ET LUTTE CONTRE LE TRAFIC

Le volet « application de la loi et lutte contre le trafic » du plan 2006 / 2009 décrivait, en deux parties, les orientations générales de la politique pénale en matière d'usages de stupéfiants, et celles de la convention « Justice – santé », en application locale des mesures du plan gouvernemental 2004 / 2008.

Nous décrivons, dans cette partie de bilan du précédent plan, les faits majeurs ayant marqué la période, sous trois angles :

- les évolutions des questions d'application de la loi, et les conséquences de ces évolutions sur les activités de prévention et de soin ;
- les actions développées dans le cadre de la convention « Justice santé » ;
- la possibilité, pour les forces de l'ordre, de bénéficier de financements pour le matériel d'investigation et de surveillance.

1. Evolutions des questions d'application de la loi et des activités des services

Le plan national 2004 / 2008 avait proposé diverses mesures de prévention du tabagisme, qui devaient accompagner des mesures d'interdiction. Si l'on reprend l'historique de ces mesures, on constate une accentuation progressive des limitations à la vente et à l'usage, soutenues à la fin par l'opinion publique⁵⁸.

Les deux premières années du plan sont celles des mesures très médiatiques du **décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006** fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif :

- **Depuis le 1^{er} février 2007**, dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans toute l'enceinte (y compris les endroits ouverts telles les cours d'écoles) des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. Des emplacements réservés aux fumeurs peuvent y être installés, sauf dans

⁵⁸ Ainsi, la loi Evin du 10 janvier 1991, qui reprend des éléments de la loi Veil du 9 juillet 1976, interdit la publicité pour le tabac dans la presse écrite, le parrainage des manifestations sportives par les cigarettiers ; les emballages de paquets de cigarettes doivent présenter un message sanitaire ; des interdictions de fumer sont prévues dans des lieux à usage collectif. Ensuite, la loi du 20 décembre 2002 impose la suppression des expressions « light » « léger » sur les paquets de cigarettes, jugées mensongères. Le 31 juillet 2003 est publiée une loi interdisant la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans. Le 26 juillet 2005, afin de rendre l'achat de paquets de tabac plus difficile pour les mineurs, la vente de paquets contenant moins de 20 cigarettes sont interdits (modification de l'article L.3511-2 du code de la santé publique par la loi du 26 juillet 2005).

les lieux accueillant des mineurs et les établissements de santé.

- **A partir du 1^{er} janvier 2008**, dans les débits permanents de boissons à consommer sur place, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques, sauf aménagement, éventuel, d'un emplacement réservé aux fumeurs.

Le plan départemental MILDT avait indiqué qu'il revenait au **plan cancer 2003 / 2007** de développer les mesures d'action publique d'information et de prévention, susceptibles de faire connaître la loi et favoriser son application.

Un **programme régional de prévention du tabagisme**, incluant de fait le département des Bouches-du-Rhône, a été développé entre 2005 et 2008, financé par l'INPES, porté par plusieurs associations, soutenu par l'assurance maladie, les deux rectorats et la DRASS, et coordonné par le CIRDD PACA. Il aura permis, entre autres actions, d'accompagner par la prévention, la communication et la formation, les mesures d'interdiction dans les établissements d'accueil des jeunes et dans les entreprises.

Concernant la législation **sur l'usage d'alcool**, après 2006, les principales mesures prises figurent dans la loi du 5 mars 2007, qui alourdit les peines pour les atteintes aux personnes (violences volontaires quelle que soit l'incapacité total de travail, agressions sexuelles et viols), lorsque qu'elles sont commises « par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste d'un produit stupéfiant ».

Au volant, en cas d'accident ayant entraîné des blessures ou un décès, les peines sont aggravées et peuvent atteindre sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende pour homicide involontaire, « lorsque le conducteur se trouvait en état d'ivresse manifeste ou était sous l'empire d'un état alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure aux taux fixés par les dispositions législatives ou réglementaires du code de la route, ou a refusé de se soumettre aux vérifications prévues par ce code et destinées à établir l'existence d'un état alcoolique ».

Si une ou plusieurs autres circonstances aggravantes sont associées à l'alcool (par exemple, prise de stupéfiants), les peines sont encore alourdies, pouvant aller jusqu'à dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende.

Ce texte va clairement à l'encontre de ceux qui tendaient encore à considérer la prise d'alcool comme une excuse, susceptible de diminuer la responsabilité de l'auteur.

Une des conséquences signalées par les services intervenant auprès de publics concernés par ces infractions, commises surtout lors de la conduite routière, est la multiplication des **incarcérations et obligation de soin** avec orientation vers les dispositifs (signalé par le CSST des Baumettes, les CCAA départementaux et le CSAPA d'Aubagne)⁵⁹.

S'agissant des **infractions à la législation sur les stupéfiants**, notre région est en 2^{ème} position, essentiellement pour usage de cannabis⁶⁰ et ce chiffre ne cesse de croître depuis 2001. Dans les Bouches-du-Rhône, 15% des interpellations pour usage sont le fait de mineurs.

Si les usages de stupéfiants, dont le cannabis, ont connu une progression importante, la mise en œuvre de mesures alternatives à la sanction pénale et les **orientations vers les dispositifs sanitaires** ont également fortement progressé⁶¹.

⁵⁹ En 2007 18 % des patients des CCAA sont orientés par la justice.

⁶⁰ 56.8 ILS pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans en 2007.

⁶¹ en 2007, 20% des patients des centres de soins spécialisés et 59% des patients des consultations jeunes consommateurs ont été orientés par la justice (données OFDT).

Ces mesures sont liées à l'application de différentes circulaires du ministère de la Justice, dont celle du 8 avril 2005⁶².

Enfin, le plan départemental 2006 / 2009 est concomitant à l'application de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, et de deux mesures concernant les usagers de drogues sous main de justice : le renforcement des modalités d'échange d'informations entre autorité judiciaire et autorité sanitaire dans le cadre d'une injonction thérapeutique (mise en place des médecins relais) et la mise en œuvre des **stages de sensibilisation** aux dangers de l'usage des produits stupéfiants, dont les conditions sont précisées dans le **décret du 26 septembre 2007**.

S'agissant du tribunal de grande instance de Marseille, le procureur de la République a souhaité, fin 2007, que la mise en œuvre des stages soit effectuée durant un an sous forme d'expérimentation, afin de « tester » les modalités d'application (rôle des associations et des délégués dans l'orientation et la réalisation du stage, durée,...). La réalisation des stages a été confiée aux deux associations tenant des permanences au tribunal (SOS Drogues Internationale et l'AMPTA) qui avaient d'ailleurs proposé en 2007 de réaliser, en plus des orientations sanitaires habituellement pratiquées, des accueils collectifs pour les usagers de drogues, sous forme de stages d'information sur les risques sanitaires et sociaux.

Cette première année d'activité des stages n'a pas entraîné de coût supplémentaire, car ceux-ci étaient inscrits dans le programme d'activité des deux associations ; par ailleurs, le procureur de la République ne souhaitait pas que le paiement soit demandé aux justiciables, durant cette première phase.

Courant 2009, la réalisation des stages au TGI de Marseille est confiée à l'association Université du Citoyen, qui en assure la gestion, selon des modalités répondant aux attentes de la loi. Fin 2009, le TGI d'Aix-en-Provence met également en place les stages de sensibilisation.

2. Actions développées dans le cadre de la convention Justice / Santé

Le plan départemental 2006 / 2009 rappelle qu'une grande partie des actions relevant du volet « application de la loi » sont inscrites dans le cadre de la convention Justice / Santé, convention cadre instituée par une circulaire interministérielle du 14 janvier 1993, cosignée des ministres de la justice, de l'intérieur, de la défense, des affaires sociales, de la santé, de la ville, et du délégué général à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (équivalent d'alors du président de la MILDT).

Ces conventions sont passées département par département, les Bouches-du-Rhône faisant partie des premiers concernés, car jugé prioritaire ; l'objectif est de rapprocher le monde de la santé de celui de la justice afin de favoriser localement la prise en charge sanitaire et sociale des personnes placées sous main de Justice rencontrant des problèmes d'addiction.

⁶² Publiée un an avant la rédaction du plan départemental, la circulaire du 8 avril 2005 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances avait renforcé l'éventail de réponses judiciaires en matière de consommation de stupéfiants. Elle se proposait d'orienter et uniformiser les pratiques des procureurs de la République et des tribunaux en privilégiant l'approche sanitaire, les poursuites pénales devant rester exceptionnelles et réservées aux récidivistes ou aux usagers qui refusent de se soumettre aux mesures alternatives. Elle prévoyait, selon le degré de consommation et les dommages entraînés, une réponse systématique mais graduée avec plusieurs alternatives aux poursuites :

- o classement assorti d'un rappel à la loi
- o classement assorti d'une orientation vers une structure sanitaire ou sociale
- o injonction thérapeutique.

Sur le plan structurel, il y a deux conventions distinctes :

- la convention départementale d'objectifs (ou CDO) qui constitue la convention cadre ;
- les conventions tripartites de prestations devant permettre concrètement d'en réaliser les objectifs : conventions s'analysant en accords bien distincts liant préfet, procureur de la République, et partenaires du champ sanitaire, social et éducatif.

Enfin, pour assurer le suivi de la convention, un comité de pilotage spécifique est chargé de valider les projets et les bilans d'activité. Il se compose, dans les Bouches-du-Rhône, des représentants du chef de projet, du procureur de la République, de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS), de la direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse (DDPJJ) et du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).

Sept actions, portées par des associations, ont donc été poursuivies entre 2006 et 2009 :

- les permanences toxicomanie au TGI de Marseille (portées par deux opérateurs),
- la consultation spécialisée mineurs et jeunes majeurs, en lien avec le service éducatif auprès du tribunal pour enfants (SEAT), et la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ),
- le programme de sensibilisation au risque alcool, en lien avec le SPIP et le centre de peines aménagées,
- les interventions précoces auprès des usagers de drogues pris en charge par la PJJ,
- les modules « ILS » au TGI d'Aix-en-Provence, actions en deux phases avec deux opérateurs (accueil, orientation et information éducative des usagers de drogues justiciables).

En 2008, la MILDT demande un recensement précis des actions qui pourraient faire l'objet d'un transfert budgétaire en 2010 vers l'Assurance Maladie (ONDAM), du fait qu'elles relèvent de l'action habituelle des structures médico-sociales spécialisées. Transfert obtenu en 2010, dans le cadre du projet de loi de finance de la Sécurité Sociale 2010.

Afin d'amplifier les réponses existantes et pour répondre aux besoins des usagers, la MILDT propose toutefois de prendre en compte des actions nouvelles dans le cadre de la convention d'objectifs Justice / Santé qui « devront privilégier **la prévention de la rechute et de la récidive** ».

3. L'achat ou la location de matériel d'investigation et de surveillance

La possibilité de faire financer du matériel pour les services chargés de la lutte contre le trafic (gendarmerie, douanes, police) est mentionnée pour la première fois dans une note du président de la MILDT aux chefs de projet, datant du 25 janvier 2006.

Cette note précise que ces financements « permettront de renforcer l'interministérialité » et sont « en rapport avec le volet lutte contre le trafic du plan départemental ». Ils constituent, avec les crédits de la CDO Justice / Santé, l'essentiel des dépenses consacrées au volet application de la loi / lutte contre le trafic.

Une nouvelle note datant de septembre 2008 précise que « (ces achats) doivent s'inscrire dans le cadre de projets impliquant plusieurs services et / ou plusieurs champs d'action : par exemple une action conjointe de prévention dans un établissement scolaire et d'identification et de démantèlement des réseaux de trafic présents à ses abords ».

Le plan départemental 2006 / 2009 avait par ailleurs souhaité que des réponses associant de manière cohérente les **acteurs de la répression et de la prévention** soient plus systématiquement mises en œuvre. Il s'agissait de développer des rencontres entre des agents de l'Etat et des opérateurs associatifs venant de différents champs des drogues et des dépendances (secteur éducatif, social, sanitaire et répressif), afin de développer une culture plus partagée de la prévention et de l'application de la loi⁶³. Cette ambition n'a pas abouti sous ce plan.

Il est néanmoins avéré que ces acteurs sont de plus en plus proches dans le cadre d'interventions de prévention (cf. les actions en milieu scolaire et sur les sites en politique de la ville, regroupant les acteurs associatifs et les FRAD ou PFAD).

⁶³ Cf. circulaire du président de la MILDT aux chefs de projets départementaux du 18 septembre 2008 : « les établissements scolaires et les autres lieux de vie des jeunes devront faire l'objet d'une attention particulière, en partenariat avec les chefs d'établissements et les responsables concernés, afin de faire respecter la loi sur la prévention de la délinquance qui renforce la sanction lors de la vente de produits stupéfiants à leurs abords et de mener parallèlement des actions d'information et de prévention en direction des élèves et de leurs parents ».