

La collection « Évaluation du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002) » comporte six volumes et résulte des travaux d'évaluation réalisés dans le cadre du mandat confié, par la MILDT et son comité permanent interministériel à l'OFDT le 26 septembre 2000. Le plan triennal prévoyait l'évaluation de ses orientations gouvernementales. Les évaluations de programmes retenus ont été dirigées par l'OFDT en collaboration avec les institutions concernées et réalisées par des équipes indépendantes. Ces cinq évaluations spécifiques sont complétées par un rapport d'évaluation général rassemblant outre les apports de ces travaux, un ensemble d'informations de toute nature susceptibles de rendre compte des degrés de réalisation des actions programmées.

*Dans la même collection*

- ✓ Évaluation du volet formation
- ✓ Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions
- ✓ Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris
- ✓ Évaluation des conventions départementales d'objectifs
  
- ✓ *Évaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), rapport général*

# PRÉVENTION PROGRAMMES DÉPARTEMENTAUX

**Evaluation des programmes départementaux  
de prévention**

---

Frédéric LEFEBVRE-NARÉ  
Fabien DEVAUGERME  
Caroline LIORET

# ÉVALUATION DES PROGRAMMES DÉPARTEMENTAUX DE PRÉVENTION

---

## Comité de pilotage

Animé par :  
Carine MUTATAYI (OFDT)  
Composé de :  
Isabelle BILGER (MILDT)  
Michel ERLICH (MILDT)  
Jean-Louis LOIRAT (MILDT)

## Équipe d'évaluation

Frédéric LEFEBVRE-NARE (Evalua)  
Fabien DEVAUGERME (Evalua)  
Caroline LIORET (Démoscopie)

<b>PRÉSENTATION DE L'ÉVALUATION</b>	<b>9</b>
SYNTHESE	9
<i>Les défis de la prévention des risques liés à la consommation de substances psychoactives</i>	9
<i>La démarche de programmation et les institutions départementales</i>	9
<i>L'impact de la démarche sur les pratiques professionnelles de prévention</i>	10
OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION	12
MÉTHODOLOGIE	13
1) Analyse du contenu des Programmes départementaux	13
2) Études de cas dans quatre départements	18
3) Enquête par questionnaire auprès des chefs de projet	18
<b>LES DÉFIS DE LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES</b>	<b>23</b>
CONSTATS SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	23
<i>Le plan triennal met en avant des évolutions sensibles des consommations chez les jeunes et de leur nocivité</i>	23
<i>Les chefs de projet se déclarent préoccupés en premier lieu par l'alcool</i>	24
CONSTATS SUR LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION	26
« DROGUES ET DÉPENDANCES »	26
<i>Les acteurs de la prévention relèvent de multiples structures</i>	26
<i>Les pôles de compétences ne sont pas, par nature, les interlocuteurs quotidiens des jeunes</i>	27

<b>LA DÉMARCHE DES PROGRAMMES DÉPARTEMENTAUX DE PRÉVENTION DANS LES DÉPARTEMENTS VISITÉS</b>	<b>29</b>	
COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON DES QUATRE DÉPARTEMENTS	29	<i>Les programmes comprennent très peu de mécanismes de gestion et de suivi</i>
BOUCHES-DU-RHÔNE	30	<b>LES FACTEURS LOCAUX DE RÉUSSITE DE LA DÉMARCHE</b>
<i>La situation départementale</i>	30	<i>La capacité d'animation du chef de projet repose sur une complémentarité autorité/continuité</i>
<i>L'élaboration de la démarche de programmation départementale</i>	30	<i>Un réseau impliquant les institutions, demande plus que des correspondants formels</i>
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	33	<b>LES FACTEURS NATIONAUX DE RÉUSSITE DE LA DÉMARCHE</b>
<i>La situation départementale</i>	33	<i>Les apports du niveau national sont surtout positifs aux yeux des chefs de projet</i>
<i>L'élaboration de la démarche de programmation départementale</i>	34	<i>Les crédits MILDT contribuent positivement malgré les difficultés de procédure</i>
OISE	36	<i>La clarté des orientations nationales et de la documentation est très appréciée</i>
<i>La situation départementale</i>	36	<i>La procédure de validation MILDT contribue à la confiance accordée aux documents locaux</i>
<i>L'élaboration de la démarche de programmation départementale</i>	37	<i>Les formulaires et les outils de gestion suscitent diverses insatisfactions</i>
FINISTÈRE	40	<b>LES FORMATIONS DÉLIVRÉES DANS LES DÉPARTEMENTS VISITÉS</b>
<i>La situation départementale</i>	40	<i>Bouches-du-Rhône</i>
<i>L'élaboration de la démarche de programmation départementale</i>	41	<i>Pyrénées-Atlantiques</i>
<b>RÉALISATIONS DE LA DÉMARCHE DES PROGRAMMES DÉPARTEMENTAUX DE PRÉVENTION</b>	<b>45</b>	<i>Finistère</i>
LA DÉMARCHE DE CONCERTATION ET DE PARTENARIAT AUTOUR DU CHEF DE PROJET	45	<i>Oise</i>
<i>Autour du Comité de pilotage, d'autres structures de travail existent</i>	45	<b>ARTICULATION AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS CONTRACTUELS ET DE PLANIFICATION</b>
<i>Le débat sur la prévention est collégial</i>	46	<i>Pas d'articulation avec les contrats éducatifs locaux (CEL)</i>
<i>La démarche produit une meilleure coopération entre acteurs départementaux, mais pas une mobilisation forte</i>	47	<i>Bonne articulation avec les programmes de santé (PRS, PRAPS)</i>
LES PROGRAMMES DÉPARTEMENTAUX EUX-MÊMES	49	<i>Articulation variable avec les dispositifs de sécurité publique (CLS) et les Contrats de ville</i>
<i>Programmes de lutte ou états des lieux de la prévention ?</i>	49	<i>Le champ de la prévention recoupe celui des Plans départementaux d'actions de sécurité routière</i>
<i>La majorité des programmes intègrent des éléments de diagnostic local</i>	51	
<i>La stratégie exprimée est en adéquation avec les orientations de la MILDT</i>	52	

<b>L'IMPACT DES PROGRAMMES DÉPARTEMENTAUX DE PRÉVENTION SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET L'EFFICACITÉ DE LA PRÉVENTION</b>	
ÉVOLUTION DES PRATIQUES DE PRÉVENTION DES « SPÉcialistes » DE LA PRÉVENTION	83
<i>La cohérence entre orientations officielles et pratiques spécialisées est accrue</i>	83
<i>Les pratiques professionnelles des « spécialistes » évoluent, mais les programmes départementaux en sont peu la cause</i>	86
DIFFUSION DES PRATIQUES DE PRÉVENTION AUX PERSONNES	
EN CONTACT QUOTIDIEN AVEC LES JEUNES	88
<i>On peut identifier plusieurs mécanismes de diffusion des messages vers les personnes au contact des jeunes</i>	88
<i>La diffusion quantitative des messages progresse, mais la plupart des milieux « éducatifs » restent difficiles à pénétrer</i>	90
<i>Quid de l'adéquation des messages, aux besoins des personnes au contact avec les jeunes ?</i>	92
<b>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</b>	95
CONCLUSIONS ÉVALUATIVES	95
RECOMMANDATIONS	102
<i>Accroître les actions concrètes de prévention en mettant l'accent sur les acteurs et les institutions au contact des jeunes</i>	102
<i>Démultiplier la formation et les échanges au niveau des personnes au contact des jeunes</i>	104
<i>Susciter une large participation des acteurs départementaux à la démarche stratégique</i>	105
<i>Assurer aux chefs de projet une capacité de gestion quotidienne des projets</i>	106
<i>Maintenir le niveau des crédits de financement de projets</i>	107
<i>Maintenir l'apport de la MILDt aux chefs de projet et aux acteurs départementaux</i>	107
RECOMMANDATIONS DÉFINITIVES DU COMITÉ D'ÉVALUATION ÉLARGI	108
<i>1) Conforter une démarche stratégique cohérente</i>	109

2) Renforcer la mise en œuvre de la programmation de la politique de prévention, en fonction des réalités locales (besoins, caractéristiques des publics) et des orientations nationales	110
3) Démultiplier la formation et les échanges au niveau des personnes au contact des jeunes	113
4) Assurer aux chefs de projet une capacité de gestion quotidienne des projets	114
5) Maintenir l'apport de la MILDt aux chefs de projet et aux acteurs départementaux	115

<b>ANNEXE</b>	119
---------------	-----

ABRÉVIATIONS	121
--------------	-----

<b>AVERTISSEMENT</b>	
En raison du volume important représenté, les annexes complètes (liste ci-dessous) ne sont pas présentées dans cette version imprimée mais font l'objet d'une publication électronique (fichier pdf) accessible sur le site internet <a href="http://www.ofdt.fr">www.ofdt.fr</a>	
1) ANALYSE TYPOLOGIQUE	
2) STRUCTURES DE TEXTES NORMATIFS	
3) PRÉSENTATION DES ACTEURS LOCAUX	
4) RÉFLEXIONS SUR LES PRATIQUES DE PRÉVENTION, AUTOUR DES INFORMATIONS REÇUES DANS L'ÉVALUATION	
5) LISTE DES PERSONNES INTERVIEWÉES	
6) LISTE DES RÉUNIONS	
7) GUIDE D'ENTRETIEN CHEF DE PROJET	
8) RÉPONSES DES CHEFS DE PROJET AU QUESTIONNAIRE	

## PRÉSENTATION DE L'ÉVALUATION

---

### SYNTHESE

#### **Les défis de la prévention des risques liés à la consommation de substances psychoactives**

La préoccupation première des chefs de projet départementaux, en matière de prévention, est très nettement l'alcool. Le tabac est la deuxième préoccupation et le cannabis vient en troisième position. Ainsi, interrogés sur « les deux produits les plus problématiques », les chefs de projet ne citent presque jamais les drogues dures illicites. Les jeunes et les enfants sont les premiers publics visés pour la prévention. Cette hiérarchie des préoccupations, dans laquelle les risques à court terme (accidents de la route) jouent un rôle important, est partagée par les chefs de projet issus de la préfectorale comme des DDASS.

Les acteurs les plus en pointe en matière de prévention semblent être, dans les départements, les spécialistes de l'éducation pour la santé d'une part, les structures intervenant depuis les années 1970 auprès de toxicomanes d'autre part (pour la prévention secondaire et tertiaire principalement).

Les acteurs les mieux placés pour prévenir la consommation de drogues et les dépendances chez les jeunes sont souvent les enseignants, les parents d'élèves, voire les instructeurs sportifs, plutôt que les « spécialistes » de la prévention. Cet écart bien naturel pose la question de l'atteinte, par la politique de prévention, de ces acteurs bien placés : certains évoquent des réunions thématiques/conférences pour les parents d'élèves, d'autres la formation initiale en IUFM... Comment faire pour que la politique de prévention sorte du cénacle des institutions départementales au sein desquelles elle est élaborée ?

## La démarche de programmation et les institutions départementales

L'élaboration du programme départemental apporte, même si au bout du compte le programme n'est pas toujours finalisé, de la visibilité institutionnelle au chef de projet sur ce champ ; une compilation des actions menées par les acteurs du département ; des éléments de stratégie : objectifs, priorités et/ou diagnostic.

Les chefs de projet disent avoir « répondu à la demande du niveau national sans perturber le fonctionnement des services » : l'implication des services déconcentrés est donc globalement modeste. La démarche d'élaboration du programme a cependant été l'occasion d'échanges d'informations et d'opinions, d'un élargissement du partenariat sur tout le département, d'une (re)connaissance mutuelle.

Il faut noter toutefois que, généralement, les conseils généraux restent écartés du comité de pilotage, *a fortiori* les municipalités : la concertation se déroule pour l'essentiel au sein des services de l'État – dont certains sont d'ailleurs indépendants de la préfecture (parquets) – et avec les principaux acteurs associatifs.

Plusieurs éléments provenant du niveau national apparaissent comme des facteurs de succès de la démarche :

- les crédits MILDT, dont la gestion est déléguée au chef de projet départemental ;
- la clarté des orientations nationales ;
- leur expression à travers les outils de prévention et de communication développés par la MILDT.

D'autres facteurs, liés au chef de projet et influant sur le succès de sa mission, sont :

- sa disponibilité (globalement insuffisante, mais ce manque de disponibilité pose surtout problème sur les tâches de gestion) ;
- l'existence d'une dimension interministérielle dans sa mission, dans laquelle pourrait s'inscrire le dossier « drogues et dépendances » ;
- son autorité auprès des divers services concernés par le champ de la prévention des substances psychoactives (c'est globalement le cas avec les préfectures comme, dans une moindre mesure, avec les DDASS) ;
- sa continuité dans le poste (souvent faible) ;
- ses ressources financières (globalement suffisantes) ;
- sa compétence et son intérêt pour la thématique « drogues et dépendances ».

## L'impact de la démarche sur les pratiques professionnelles de prévention

La mise en place de la politique départementale de prévention a été bien accueillie. Une partie des acteurs locaux partageait déjà la vision « plus sanitaire que légaliste » et l'approche « par les publics plutôt que par les produits », que diffuse la MILDT et qu'exprime le plan triennal. Les informations en provenance de quelques départements suggèrent deux types de blocages ou freins possibles : entre les acteurs « État » et une action prédominante du conseil général ; de la part d'acteurs spécialisés, « toxicomanies » ou « alcool » par exemple, par rapport à une prévention élargie « tous produits ». Mais ces blocages éventuels sont en tout cas très minoritaires (ils concernent au total un département sur cinq ou moins).

L'évolution des pratiques professionnelles se situe donc en premier lieu au plan institutionnel, dans la meilleure compréhension réciproque, entre services, de leur action et des enjeux, dans une cohérence accrue entre les différentes politiques départementales. Elle a également parfois consisté en l'interruption du financement d'actions « non conformes » aux orientations et à l'état de l'art défendu par la MILDT.

Sans que ce soit toujours formalisé dans le texte des programmes départementaux de prévention, il y a, dans une bonne partie des départements, à l'instar du Finistère (objet d'une étude de cas dans cette évaluation), développement d'actions de prévention en milieu scolaire comme dans les fêtes, discothèques, raves..., et généralisation des CESC (Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté des collèges et lycées) – même si les questions liées à la violence semblent actuellement plus mobilisatrices que celles des drogues et dépendances.

Les attentes des chefs de projet « drogues et dépendances », pour la poursuite de leur action, et en particulier vis-à-vis de la MILDT, portent sur :

- la diffusion d'outils de prévention, de cas concrets ;
- le bilan et l'évaluation des actions de prévention ;
- l'attribution de plus de personnel (secrétaire et/ou adjoint), en particulier pour la gestion des dossiers générés par les appels à projets et les aspects logistiques et administratifs de la création de groupes de travail, de la rédaction, de la validation, de la publication et de la diffusion d'un programme ;
- la possibilité d'attribuer des financements à plus long terme.

Les chefs de projet sont satisfaits du niveau actuel des crédits MILDT, ce qui peut renvoyer au grand nombre de guichets susceptibles d'être sollicités pour des actions de prévention – conseil général, CPAM et mutuelles, politique de la Ville, etc.

De plus, les actions de prévention sont en majorité consommatrices de temps et d'implication (d'enseignants, éducateurs, etc.) et non de crédits. Elles n'apparaissent pas nécessairement comme projets à financer.

Les enseignements de l'évaluation conduisent-ils à recommander de renouveler la même démarche de programmation départementale ? Quelle que soit la solution retenue, il apparaît souhaitable qu'elle permette, comme cela a été le cas sur 1999-2001, la définition de priorités locales, et qu'elle régule l'attribution des crédits MILD'T, qui jouent non seulement un rôle opérationnel mais aussi symbolique en flétrissant les démarches et les structures encouragées par les acteurs départementaux.

La notion de « programmation », avec ses connotations d'organisation et d'allocation de moyens, apparaît moins adéquate : les moyens propres des institutions sont peu « activables » par le programme, qui ne couvre donc pas la totalité des actions en matière de prévention « drogues et dépendances ».

Dans un système où chaque institution garde une forte autonomie par rapport à la coordination départementale, l'essentiel est, à notre sens, que toutes agissent de façon à la fois dynamique et cohérente.

La lecture de cette synthèse peut être complétée par celle des conclusions évaluatives, répondant au cadre logique proposé par le cahier des charges (§ 6.1) et par celle des recommandations des évaluateurs (partie 6.2).

Les études de cas départementales (partie 3) et une typologie des réponses des chefs de projet aux questionnaires (annexe 1) donnent une bonne idée de la diversité des situations départementales, nécessairement gommées par la présente synthèse.

## OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

Cette évaluation a pour but de confirmer, infirmer ou préciser les hypothèses constituant le cadre logique des Programmes départementaux de prévention « drogues et dépendances » (PDP) et, plus précisément, répondre à la douzaine d'interrogations soulignées par le cahier des charges ; ceci renvoie aux différentes étapes de la démarche de programme, notamment :

### Les programmes et les objectifs

La politique (nationale) de PDP était-elle cohérente en elle-même, ou comprenait-elle des contradictions internes ?

La qualité des PDP publiés : sont-ils en adéquation avec les orientations interministérielles ? Sont-ils opérationnels ? Etc.

Les moyens et les réalisations prévues : sont-ils en adéquation avec les objectifs des PDP ?

### Sur la mise en œuvre

La mise en réseau et le partenariat – au niveau interne aux services déconcentrés de l'État ; dans les relations entre ces services et leur environnement.

L'opportunité même d'une politique partenariale : quel est son apport réel compte tenu des modes de travail antérieurs et des objectifs de prévention ? L'importance et l'adéquation des moyens et des ressources dont disposent les chefs de projet « drogues et dépendances ».

### Sur les réalisations effectives et l'impact du PDP

Les actions prévues ont-elles effectivement eu lieu ? Avec quelle cohérence, quelle qualité, quelle continuité ? La vision globale recherchée s'est-elle effectivement traduite en termes d'intégration des questions des substances psychoactives dans les dispositifs préventifs de la politique de la ville [contrat de ville, contrats éducatifs locaux (CEL), contrats locaux de sécurité (CLS)] ? Prévention dans tous les lieux de vie des jeunes ; approche comportementale, plus axée sur les usages que sur les substances ; développement du rôle des parents, des enseignants et des pairs ; réduction des risques sur les sites festifs ; approches de proximité enracinées dans les besoins locaux...

## MÉTHODOLOGIE

La présente évaluation a eu essentiellement recours à trois méthodes de recueil d'information :

- l'analyse du contenu d'un échantillon de 15 Programmes départementaux de prévention drogues et dépendances ;
- des entretiens et des réunions au niveau national et dans un échantillon de 4 départements (études de cas) ;
- une enquête par questionnaire écrit diffusé par mail à un échantillon de 41 chefs de projet départementaux « drogues et dépendances ».

Chacune de ces trois sources nourrit l'analyse sous les différents angles évaluatifs, donc est utilisée à différents endroits du rapport.

### 1) Analyse du contenu des Programmes départementaux

Un échantillon de 15 départements a été tiré au hasard pour analyse, sur documents, du contenu de leurs Programmes.

Le tirage est aléatoire, mais selon des modalités qui optimisent la représentativité de l'échantillon en termes d'incidence de l'usage de drogues illicites ;

d'incidence de la consommation excessive d'alcool et de focalisation ou non du Programme sur la question de la prévention (selon un pointage rapide de leur contenu, réalisé à réception par la MILD'T).

Le tableau page 15 indique la répartition des départements retenus, entre les différentes catégories.

Le tirage ne s'est fait que parmi les programmes effectivement parvenus à l'OFDT ou à la MILD'T à la date de l'étude. Parmi ceux qui n'étaient pas parvenus (en italique dans le tableau), il s'est avéré que quelques-uns avaient pourtant finalisé leur programme.

Les indicateurs utilisés pour caractériser la consommation de drogues illicites et d'alcool ont été sélectionnés au sein de la base de données géographiques ILIAD<sup>1</sup>. Ont été évités les indicateurs pour lesquels de fortes différences existaient entre départements voisins, sans logique géographique apparente : ce cas de figure laisse supposer que l'indicateur est fortement influencé par une politique départementale en matière sanitaire ou policière. Sur les indicateurs retenus : usages de Stéribox<sup>®</sup> d'une part, mortalité liée à l'alcool parmi les moins de 65 ans d'autre part, la carte fait apparaître des continuités géographiques, au-delà des frontières administratives (régionales), qui laissent supposer qu'à la date d'aujourd'hui l'indicateur saisit plus une réalité « sociologique » qu'une réalité « politique ». Ce ne sont certes pas des indicateurs parfaits à cet égard ; leur valeur est cependant adéquate compte tenu de l'usage pour lequel ils sont mobilisés : optimiser la représentativité de l'échantillon.

Concrètement, le tirage se fait en triant les départements aléatoirement, en les triant sur les trois variables indiquées (sur Excel), puis en tirant aléatoirement un premier département et enfin en sélectionnant dans la liste les 14 suivants selon un pas fixe.

## 2) Études de cas dans quatre départements

Les quatre départements étudiés ont été sélectionnés, pour l'un d'entre eux parmi ceux n'ayant pas de programme publié (les Bouches-du-Rhône – 13) ; pour trois d'entre eux parmi ceux ayant un programme. Parmi les 15 de l'échantillon précédent, ces trois-ci ont été sélectionnés de façon à avoir une diversité de situations en termes d'incidence de la consommation illicite ou nocive de drogues et d'alcool. La disposition des chefs de projet à participer à l'évaluation a également été prise en compte.

1. ILIAD est la base de données gérée par l'OFDT sur les indicateurs locaux d'information sur les addictions.

Échantillon de départements Évaluation PDP-DD		Ampleur du problème « drogues illicites » Indicateur : usages de Stéribox <sup>®</sup> pour 1 000 hab.		
		Élevé	Moyen	Faible
	Élevée	51 57	62 76	29 56
			08 89 88 59	02 03 23 44 87
				22 80
Ampleur du problème « alcool »				50 58 72 79
	Moyenne	55 67	60 ← 10	53 86
		74 68 37 54 83	16 18 24 77 91	09 43 85 21 35
				36 49 90 15 19
Indicateur : mortalité liée à l'alcool dans la population de < 65 ans				42 61 63
	Faible	75 06 34 66 11 13 ← 17 30	65 64 ← 05 01 25 26 69 84	38 39 73 95 04 41 81 47
				48 78 31 32 33 40 45 52 70 82
				97 Réu 97 Guy 96 Gua 97 Mar
	non rens.		2A	2B

Légende (1)

encadré : échantillon de 15 plans pour étude sur documents

flèches : échantillon de 4 départements visités

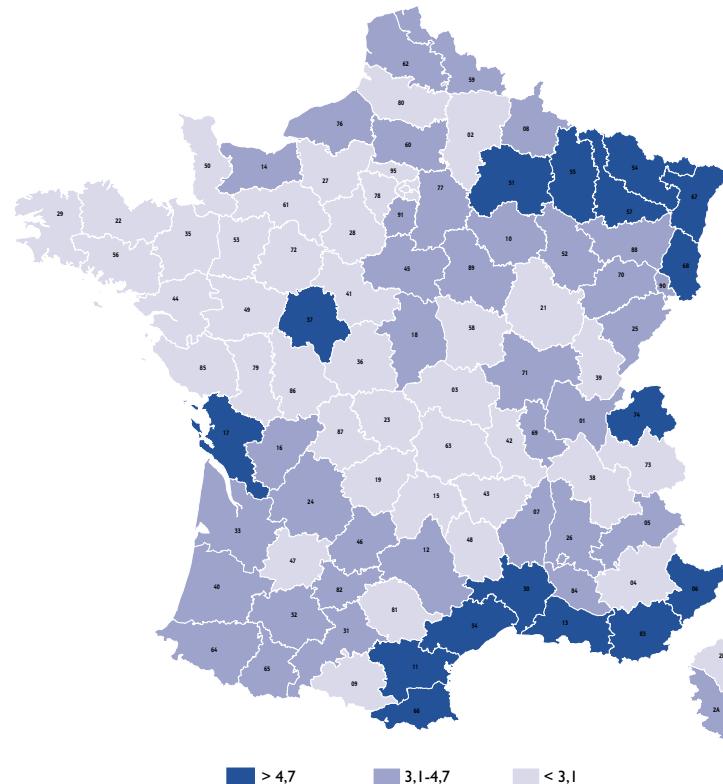
Légende (2)

gras : présence d'un Plan spécifique « prévention »

maigre : présence d'un Plan plus général

italique : pas de plan reçu à la date où l'échantillon a été fait

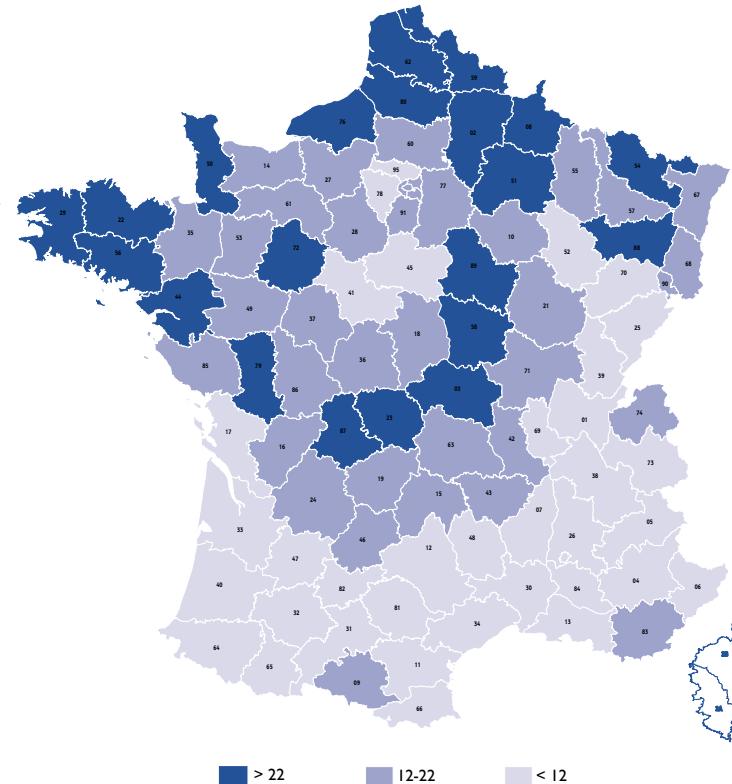
Ventes de Stéribox® par habitant en 2000



En nombre de Stéribox® par 100 habitants de 20 à 39 ans (moyenne nationale = 15,9)

Source **ILIAD** d'après **SIAMOIS/InVS et INSEE**

Décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose du foie en 1998



Nombre de décès par 10 000 hab. de 40 à 64 ans (moyenne nationale = 3,9)

Source **ILIAD** d'après **INSERM SC8 et INSEE**

Ces trois autres départements retenus sont le Finistère (29), l'Oise (60) et les Pyrénées-Atlantiques (64).

Les entretiens et les réunions réalisés dans ces départements sont indiqués en annexe.

### 3) Enquête par questionnaire auprès des chefs de projet

La vocation et la méthode de cette enquête étaient définies comme suit, en annexe à la convention d'évaluation :

#### Objet

- « Quantifier » les observations qualitatives précédentes, c'est-à-dire étendre aux autres départements les résultats de l'évaluation tenant à l'élaboration, au mode de fonctionnement concret, aux réalisations et à l'impact des PDP au niveau départemental, l'articulation entre le niveau départemental et national.

- Notamment, compléter les résultats des questionnaires APPRE [en fait il fallait lire ici : les rapports d'activité des chefs de projet] par des questions plus ciblées sur le partenariat, dans la suite des résultats de l'enquête qualitative.

#### Modalités

- Choix d'un échantillon de départements (cohérent avec l'étude documentaire). L'échantillon doit être assez étendu pour permettre de conclure au niveau national – tandis qu'une enquête exhaustive dépasserait les moyens alloués à l'étude. Nous proposons d'interroger :

- un département sur deux parmi ceux ayant terminé l'écriture du PDP,
- un département sur trois parmi les autres.

- Rédaction, validation par le comité d'évaluation, et envoi par mail aux chefs de projet « drogues et dépendances », de ce questionnaire (la diffusion pourrait, pour garantir un meilleur taux de réponse, être assurée par l'OFDT ou la MILDT). Réception des réponses par evalua, par mail ou fax (relances en cas de non-réponses), et saisie.

Une attention particulière doit être apportée à la rédaction du questionnaire. L'objectif ne peut être de mesurer des taux de « bonnes » réponses (conformes aux orientations nationales...), car les répondants seraient incités à répondre de façon orientée. Il s'agit plutôt de situer ce qui se passe dans le département, par rapport aux « cas de figure » décrits lors de l'enquête qualitative.

Le questionnaire permet de fournir des « réponses fermées » à l'exception d'un espace laissé aux commentaires spontanés du chef de projet.

Évitant les redites par rapport au questionnaire déjà diffusé cette année, il doit tenir sur 4 à 6 pages et ne pas exiger plus de 30 minutes de remplissage.

- Exploitation chiffrée et analyse des réponses, en lien (débat entre consultants) avec l'analyse documentaire et qualitative.

#### Résultats attendus

- Des données portant sur l'ensemble du territoire, assez faciles à transmettre car chiffrées, assez faciles à admettre car émanant des chefs de projet, portant sur le rôle du PDP à travers les différentes questions évaluatives.

- L'expression de l'opinion des chefs de projet sur des perspectives d'évolution de l'outil PDP et des méthodes de prévention.

Cette méthode a été appliquée, avec les précisions suivantes :

- Le questionnaire est plus long que prévu : cinq pages écrites sur deux colonnes en petits caractères, et son remplissage prend sans doute un peu plus d'une demi-heure en moyenne.
- Les questions ont intégré un certain nombre de modalités ou propositions qui ne correspondaient pas à ce que les évaluateurs avaient observé dans les quatre départements étudiés sur place, mais ont été ajoutées sur suggestion des membres du comité de pilotage.
- Le questionnaire a été testé en interne par les consultants (en « simulant » les réponses des chefs de projet rencontrés antérieurement), puis en externe auprès de trois des chefs de projet des départements étudiés sur place (29, 60, 64).
- Le questionnaire a été diffusé par courrier électronique par la MILDT et deux relances ont été effectuées également par mail.
- La première relance a été envoyée par erreur à tous les départements (pas seulement aux 41 échantillonés). Bien que l'erreur ait été rapidement corrigée par un second message, deux départements « hors échantillon » ont répondu ; leurs réponses ont été intégrées.
- La base de données à jour des rapports d'activité de chefs de projet n'était pas disponible à la date de rédaction de ce rapport : l'analyse statistique a été faite sur la seule base de l'enquête.
- L'analyse quantitative des réponses a été plus systématique que prévu ; au débat entre consultants sur les résultats « à plat » se sont ajoutées deux analyses statistiques complémentaires :

- typologie des départements, c'est-à-dire construction de groupes de départements aux réponses proches. Plusieurs étapes y ont conduit : matrice des corrélations deux à deux entre réponses ; analyse en composantes principales de cette matrice ; sélection d'axes pertinents (4 axes en l'occurrence) ; classification ascendante hiérarchique ; sélection d'un niveau pertinent de rupture dans cette classification (au niveau de 4 groupes de départements, en l'occurrence),

- calcul question par question de la différence entre la moyenne des réponses des 4 chefs de projet rencontrés (départements 13, 29, 60, 64), et la moyenne des perceptions des évaluateurs concernant les 4 mêmes départements. Ce calcul permet d'identifier d'éventuels décalages systématiques, c'est-à-dire des points sur lesquels des évaluateurs externes choisirraient sans doute d'autres réponses que celles retenues par les chefs de projet.

Cette méthode d'analyse statistique, basée sur des questionnaires à contenu surtout « qualitatif » (au lieu d'indicateurs chiffrés de bonne marche des programmes), sur un échantillon limité aux correspondants directs du financeur du programme (les chefs de projet), a semblé innovante à certains membres du comité de pilotage.

Il peut donc être utile d'en préciser la portée et les limites.

- Cette méthode produit des résultats à la fois descriptifs et analytiques. Descriptifs parce qu'elle donne l'opinion des chefs de projet – qui sont l'une des « parties » de la politique évaluée. Analytiques parce que la formulation des questions incorpore les analyses des consultants dans les études de cas : le choix par les chefs de projet de telle ou telle réponse possible est aussi une préférence pour telle ou telle analyse de la situation départementale.

- Le questionnaire porte sur tout le champ de l'évaluation ; en fait, les questions reformulent, sous forme interrogative, les réponses qu'énonceraient les évaluateurs à chacune des questions évaluatives. Cependant, venant en complément de rapports d'activité existants, le questionnaire ne comprend pas de mesures de la « quantité » des réalisations départementales en matière de prévention (nombre d'actions, budget dépensé...) ni en matière de partenariat (effectif du comité de pilotage...).

- La question de la significativité statistique d'une telle enquête est à la fois délicate et peu pertinente. Peu pertinente, parce que, moyennant un coût supérieur (en travail des évaluateurs, et en temps des chefs de projet), « l'échantillon » aurait pu être exhaustif. Délicate car, n'étant pas exhaustif [43 réponses (dont deux réponses du même département) analysées pour le présent document, soit un peu plus d'un département sur 3], la marge d'erreur serait importante sur chaque pourcentage<sup>2</sup>. Il y a de plus un biais lié aux non-réponses : les chefs de projet qui n'ont pas répondu ne sont sans doute pas « identiques » aux répondants ; l'échantillon privilégie les départements avec programme finalisé. En toute rigueur, l'échantillon ne représente que lui-même, soit 42 départements se répartissant un peu partout en France métropolitaine et outre-mer. Plus concrètement, il donne une bonne idée de la situation nationale, avec un biais en faveur de la réussite de la politique évaluée (existence d'un programme finalisé).

- Les départements répondants sont les suivants : 01, 04 (chef de projet et adjoint), 05 (hors échantillon), 8, 12, 13, 15 (hors échantillon), 17, 18, 21, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 41, 42, 44, 46, 47, 52, 53, 56, 60, 62, 64, 67, 71, 72, 73, 76, 78, 81, 82, 87, 90, 91, 972 (hors échantillon), 973.

- Parmi les 43 répondants au questionnaire, 29 sont des chefs de projet, 11 des adjoints au chef de projet. Les fonctions des répondants se répartissent de la manière suivante :

DDASS : 27

Préfecture : 12

(dont directeurs de cabinet 8, sous-préfet 2, chargés de mission auprès du préfet 2).

2. Un pourcentage de 50 % sur 42 départements est assorti d'une marge d'erreur de + 9 points si on l'applique aux 100 départements. Risque de biais non compris.

## LES DÉFIS DE LA PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À LA CONSOMMATION DES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

---

### **CONSTATS SUR LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES**

#### **Le plan triennal met en avant des évolutions sensibles des consommations chez les jeunes et de leur nocivité**

Le plan triennal, dans son introduction, rappelle que les modes de consommation ont profondément évolué ou que le niveau de consommation est préoccupant :

- stabilité, voire diminution de la consommation d'héroïne ;
- augmentation de la consommation de cannabis (1/3 des jeunes de 15 à 19 ans déclare en avoir consommé) ;
- accessibilité de plus en plus importante des drogues de synthèse ;
- fréquence des consommations abusives associant produits licites et illicites ;
- croissance chez les jeunes de la consommation d'alcool fort et des ivresses répétées ;
- stabilisation de la consommation de tabac à un niveau élevé ;
- progression de la consommation de médicaments psychoactifs, en particulier chez les jeunes filles ;
- relative banalisation de l'usage des produits dopants.

Le plan triennal 1999-2001 part du constat de la polyconsommation et de l'extrême fréquence de la dépendance à plusieurs produits<sup>3</sup>, chez les jeunes notamment, pour proposer des programmes de prévention et de prise en charge qui s'adressent à toutes les conduites addictives, au-delà du caractère licite ou illicite du produit consommé.

---

3. plan triennal, p. 13.

Le plan justifie également ce lien entre les différents produits psychoactifs par « les travaux scientifiques les plus récents » qui montrent « une base biologique et moléculaire commune à toutes les dépendances, même si certains produits sont plus dangereux que d'autres ».

Le plan triennal précise que :

« Cette démarche ne conduit pas à remettre en cause les spécificités culturelles, sociales ou pharmacologiques de chacun des produits, mais à faire comprendre que toutes les substances psychoactives sont susceptibles d'un usage nocif, que leur usage soit ou non prohibé.

Une telle approche devrait notamment permettre de traiter la consommation excessive d'alcool, dont les effets sont largement sous-estimés, sans toutefois remettre en cause les bénéfices liés à un usage modéré et convivial. »

### Les chefs de projet se déclarent préoccupés en premier lieu par l'alcool

Notre enquête par questionnaire (mai 2002) montre très clairement que le produit dont la consommation est la plus préoccupante pour les chefs de projet consultés est l'alcool. Ce constat confirme donc celui du plan triennal.

Cette préoccupation s'oriente plus précisément vers le problème d'une consommation excessive (à l'origine de nombreux accidents de la route<sup>4</sup>), plutôt que celui de la dépendance qui est associé plus spontanément à l'étiquette « drogues et dépendances ».

Viennent ensuite en seconde priorité le tabac et le cannabis. Plusieurs départements, qui classent le tabac en second, précisent qu'ils situeraient le cannabis comme troisième priorité.

En revanche, l'héroïne, la cocaïne ou les produits dopants ne sont absolument pas cités<sup>5</sup>.

En dehors de ces substances les plus répandues sur le territoire métropolitain, le département de la Guyane classe le crack en premier.

4. Cf. tableau 2 et 22, page 51 Les crédits « MILD ».

5. Dans la présentation des tableaux, les modalités qui obtiennent plus de 20 réponses apparaissent en bleu foncé, tandis que celles entre 11 et 20 sont figurées en bleu clair.

Q 1 - Dans le département, pour quelles substances psychoactives la consommation vous semble-t-elle la plus préoccupante ?	Nombre citations	Dont en 1 <sup>er</sup>
Tabac	19	3
Alcool	40	35
Cannabis	17	3
Drogues de synthèse	4	3
Héroïne	2	1
Cocaïne	0	0
Usage abusif de Subutex®	2	0
Produits dopants	0	0
Usage abusif de médicaments psychotropes	2	1

Source : Evalua, 2001

### Q 2 - Selon les débats menés dans le département dans la démarche de programmation départementale (au sein du comité de pilotage, des groupes de travail...), quelles sont les formes de consommation les plus inquiétantes dans le département ?

	Nombre citations	Dont en 1 <sup>er</sup>
La consommation par des adolescents de plus en plus jeunes	28	19
La banalisation de la consommation de cannabis	18	6
La croissance constante et la féminisation du tabagisme	3	2
L'augmentation de la consommation de drogues de synthèse	1	1
Le haut niveau de l'insécurité routière due à des consommations d'alcool	17	7
Le développement de la consommation simultanée de plusieurs produits	18	12

Source : Evalua, 2001

**Q 3 - De l'avis des acteurs réunis autour du chef de projet dans la démarche de programmation départementale, sur quels groupes de population faut-il en ce moment accroître l'effort de prévention ?**

	Nombre citations	Dont en 1 <sup>er</sup>
Enfants et préadolescents	31	18
Adolescents et jeunes adultes	41	25
La population des quartiers sensibles	7	0
Les travailleurs à des postes de vigilance	4	1

Source : *Evalua, 2001*

Selon les chefs de projet, les débats menés dans le département ont rejoint les constats présentés du plan triennal quant à la polyconsommation, et la consommation de produits psychoactifs de sujets de plus en plus jeunes. Ils s'inquiètent également, en second lieu, de l'insécurité routière due à l'usage d'alcool ou d'autres produits, et de la banalisation de la consommation de cannabis. La croissance du tabagisme chez les jeunes et de la consommation de drogues de synthèse n'apparaît pas comme un sujet prioritaire de la prévention.

Enfin, la population cible est avant tout constituée par les adolescents et les jeunes adultes, puis par les enfants et les préadolescents.

**CONSTATS SUR LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION**

**« DROGUES ET DÉPENDANCES »**

**Les acteurs de la prévention relèvent de multiples structures**

La prévention concerne une grande diversité d'acteurs, aussi bien au niveau des institutions publiques (administrations d'État, collectivités locales), que dans les institutions de santé ou les associations. Elle fait ainsi intervenir, outre les instances liées à la MILDT (chefs de projet, centres d'information et de ressources sur la drogue et les dépendances), la préfecture, la DDASS, l'Éducation nationale et l'Agriculture (lycées agricoles), la DDJS, la Justice (parquets, juges, administration pénitentiaire, Protection judiciaire de la jeunesse, Services pénitentiaires d'insertion et de probation), la gendarmerie ou la police, la DDTEFP, le conseil général, les communes, les

Caisses primaires d'assurance maladie, des associations d'aide aux toxicomanes, les hôpitaux et les médecins hospitaliers, les Comités d'éducation pour la santé, les Comités départementaux de prévention de l'alcoolisme et d'autres associations spécialisées, etc. (Cf. présentation des acteurs locaux en annexe).

**Les pôles de compétences ne sont pas, par nature, les interlocuteurs quotidiens des jeunes**

**Les lieux de compétence en matière de prévention.** Selon les chefs de projet, les personnes les plus compétentes en matière de prévention des « drogues et dépendances » auprès des jeunes dans le département appartiennent aux structures spécialisées en santé publique ou en prévention (CODES, CDPA, etc.). Ces compétences correspondent sans surprise à la spécialisation de ces organisations.

Toutefois, les personnes les mieux placées pour prévenir l'usage de drogues et la dépendance dans la jeunesse et les plus compétentes ne sont pas les mêmes. Celles les mieux placées sont les personnes les plus proches des jeunes : le personnel scolaire est ainsi davantage cité que les professionnels des structures spécialisées en santé publique ou en prévention.

**Q 5 - Vous avez identifié les personnes les plus compétentes en matière de prévention des drogues et dépendances auprès des jeunes, dans le département : quel est leur profil ?**

	Nombre citations	Dont en 1 <sup>er</sup>
Personnel scolaire (direction, corps enseignant)	14	4
Personnel médical ou paramédical (scolaire ou non)	21	5
Entraîneurs de sport	1	0
Policiers ou gendarmes	16	2
Travailleurs sociaux	8	1
Parents	1	1
Jeunes	2	0
Anciens usagers	2	0
Personnel des associations travaillant auprès de personnes dépendantes	24	13
Personnel des structures spécialisées en santé publique ou en prévention (CODES, CDPA, etc.)	31	16
CIRDD	7	4

Source : *Evalua, 2001*

**Les acteurs au contact des jeunes.** Pour les chefs de projet, les personnes les mieux placées pour prévenir l'usage de drogues et la dépendance dans la jeunesse sont à trouver dans le personnel scolaire, suivis par les professionnels de ces questions.

<b>Q 6 - Pour le département, quelles personnes sont les mieux placées pour prévenir l'usage de drogues et la dépendance dans la jeunesse ?</b>	<b>Nombre citations</b>	<b>Dont en 1<sup>er</sup></b>
Personnel scolaire (direction, corps enseignant)	27	13
Médecins généralistes	3	0
Personnel médical ou paramédical (scolaire ou non)	18	7
Entraîneurs de sport	6	2
Policiers ou gendarmes	6	2
Travailleurs sociaux	11	2
Parents	10	5
Jeunes	3	1
Anciens usagers	2	0
Personnel des associations travaillant auprès de personnes dépendantes	18	8
Personnel de structures spécialisées en santé publique ou en prévention (CODES, CDPA, etc.)	22	8

*Source : Evalua, 2001*

## LA DÉMARCHE DES PROGRAMMES DÉPARTEMENTAUX DE PRÉVENTION DANS LES DÉPARTEMENTS VISITÉS

### COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON DES QUATRE DÉPARTEMENTS

Quatre départements ont été visités lors de l'enquête de terrain : les Bouches-du-Rhône, le Finistère, l'Oise et les Pyrénées-Atlantiques.

Ces quatre départements ont été choisis par le Comité d'évaluation en fonction de deux types de critères<sup>6</sup> :

- leur différence d'avancée dans la réalisation du programme départemental et la qualité de ce programme, ce qui a amené à inclure un département sans programme (Bouches-du-Rhône),
- leur diversité par rapport aux problématiques dominantes dans le département, soit un département marqué par un indicateur « drogues illicites » important (Bouches-du-Rhône), un département marqué par un indicateur « alcool » important (Finistère), et deux autres départements sans dominante et pris dans les classes statistiques moyennes de l'ensemble des départements français (Oise et Pyrénées-Atlantiques).

### Caractéristiques des départements de l'échantillon

	<b>Bouches-du-Rhône</b>	<b>Finistère</b>	<b>Oise</b>	<b>Pyrénées-Atlantiques</b>	<b>France</b>
Population totale	1 835 407	852 685	766 313	600 197	58 520 688
12-25 ans	337 426	151 553	147 798	100 051	10 738 225
Part des jeunes	18,4	17,8	19,3	16,7	18,3
Taux de chômage	19,50 %	11,20 %	12,40 %	12,20 %	12,80 %

*Source : INSEE, RGP 1999*

6. Voir également la présentation de la méthodologie (première partie du rapport).

Deux départements sont frontaliers (Bouches-du-Rhône et Pyrénées-Atlantiques) et davantage confrontés au trafic de « transit » de drogues. Les Bouches-du-Rhône sont le département le plus peuplé (population totale de 1 835 407 habitants), et connaît un taux de chômage plus important. La part des jeunes dans la population totale du département s'échelonne de 16 à 19 %.

## BOUCHES-DU-RHÔNE

### La situation départementale

L'utilisation de drogues illicites est élevée par rapport aux autres départements français, si l'on se réfère à l'indicateur de ventes de Stéribox® par 100 habitants de 20 à 39 ans en 2000 (>22 unités). En revanche, le nombre de décès par 10 000 habitants de 40 à 64 ans par alcoolisme et cirrhose du foie en 1998 était faible (<3,1) par rapport aux autres départements.

Selon l'adjoint au chef de projet, les situations les plus préoccupantes pour les Bouches-du-Rhône sont : l'usage de cannabis marqué par une banalisation et une accoutumance à sa consommation et la dépendance à l'alcool, en particulier caractérisée par l'explosion de la consommation en grande quantité de bière chez les jeunes.

En liaison directe avec la consommation d'alcool, le département est également l'un des plus criminogènes sur le plan de la sécurité routière.

La problématique des injecteurs lui paraît plus restreinte, ce qui tend à contredire l'indicateur constitué par les ventes de Stéribox®.

### L'élaboration de la démarche de programmation départementale

**Le réseau d'acteurs.** Le nombre d'acteurs concernés par le champ drogues et dépendances dans les Bouches-du-Rhône est très important. Tous les types d'acteurs sont présents<sup>7</sup>. On peut difficilement parler de « système » d'acteurs, car l'interdépendance et l'interaction sont assez faibles à l'échelle du département, sauf pour les acteurs Toxicomanie sur la ville de Marseille et au sein des mêmes organisations. La commune de Marseille et sa Mission Sida et Toxicomanie occupent une place importante, notamment à travers le financement d'actions sur

7. Cf. Présentation des acteurs locaux en annexe.

toute la ville de Marseille et l'animation d'une instance de coordination, le Comité d'orientation et de pilotage Sida et Toxicomanie de la ville de Marseille, « COP », rassemblant à la fois tous les services de l'État et les organismes privés ou associatifs.

L'AMPT est l'association la plus importante du département. Elle a été choisie pour être le CIRDD. Il existe de nombreuses associations dans chaque ville du département, notamment des antennes de l'AMPT, des Points écoute. Citons également Tremplin, ASUD, SOS Drogues International, TIPI, le CDPA, APSTAPTE. Chaque grande commune du département (Arles, Aubagne, Aix-en-Provence, Salon-de-Provence, Gardanne) a des actions dans le champ de la toxicomanie (écoute, prise en charge sociosanitaire, réduction des risques et prévention).

Les acteurs des CLS et des CCPD des villes du département ont, par ailleurs, participé pleinement aux travaux des groupes de travail d'élaboration du PDP.

**Le chef de projet.** Le chef de projet (CPDD) est sous-préfet à la ville et son adjoint est fonctionnaire de police. Au moment de l'enquête, le chef de projet avait quitté ses fonctions pour des raisons de santé. L'avancement dans la démarche d'élaboration d'un PDP est donc temporairement paralysé, étant donné que l'adjoint ne s'estime pas apte à arrêter un Programme départemental, décision qui relève pour lui du corps préfectoral. Le temps passé sur la mission « drogues et dépendances » est pour l'adjoint une « toute petite partie de [son] temps », et, en tout cas, « pas le plus important ». Il est en effet en charge, en plus de sa mission « toxicomanie », de tous les CLS sur le département et de la médiation urbaine où « rien n'était fait ».

**Le rôle du CIRDD.** Le CIRDD a été un appui important pour le chef de projet et son adjoint dans la démarche d'élaboration du programme. Il a fourni de nombreuses données au cabinet extérieur réalisant le diagnostic et a rédigé les comptes rendus de réunion et la synthèse des travaux des commissions appelée provisoirement « Programme départemental de prévention ».

**Le retard de publication du Programme départemental de prévention.** Au début du mois d'avril 2002, le PDP n'était pas publié. Plusieurs raisons expliquent ce retard : un diagnostic a été demandé à un cabinet extérieur ce qui a pris du temps (et n'a pas apporté de nouvelles connaissances aux acteurs interviewés) ; le CPDD a peu de temps à consacrer à cette mission qui est moins prioritaire pour lui que la politique de la ville ; l'animation des groupes de travail thématiques et du travail de rédaction du PDP s'est révélée insuffisante, selon plusieurs interviewés. Du fait de ce retard, l'orientation actuelle n'est plus de faire un « plan » mais seulement un « schéma », puisque le plan triennal va s'achever. Il est prévu qu'un programme sortira après le nouveau plan triennal afin qu'il soit adapté aux nouvelles orientations.

**Articulation avec les dispositifs contractuels.** Les fonctions du chef de projet à la préfecture et de son adjoint permettent une bonne diffusion de l'information sur la MILDT et le plan triennal vers les réseaux « CLS » et « contrat de ville ». Il en résulte des financements croisés d'actions à travers les budgets « CLS » ou « Ville » de la DIV. Le programme régional de santé (PRS) et le programme d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) sont également conformes avec la politique départementale. Chaque réseau (« COP » de la Mission Sida et Toxicomanie de la ville de Marseille, CLS, PRS, PRAPS, comité de pilotage du CIRDD) est plus ou moins constitué par le même noyau d'acteurs (notamment la DDASS pour tous les programmes santé) ce qui facilite ainsi la cohérence entre les dispositifs publics. (Cf. page 76, « Articulation avec les autres dispositifs contractuels et de planification »).

**Les effets de la démarche.** Le champ « drogues et dépendances » est toujours assez compartimenté selon des logiques par produit, en particulier dans le domaine sanitaire. Les spécialistes en « tabacologie » sont peu nombreux et peu connus, même si les acteurs se sont rencontrés lors des groupes de travail d'élaboration du PDP.

L'élaboration du « PDP » a permis de faire se rencontrer des acteurs sur tout le département et d'étendre le réseau de relations marseillais qui occupe une place prépondérante dans le département. Les acteurs marseillais se connaissaient en général du fait de leur présence dans l'un ou l'autre des réseaux de politiques publiques existants (Réseau « COP » de la Mission Sida et Toxicomanie de la Ville de Marseille, CLS, PRS, PRAPS, comité de pilotage du CIRDD).

La gendarmerie et la police sont toujours un peu à l'écart des CSST du fait de leur image répressive. La gendarmerie essaie d'intégrer dans ses actions de prévention les médecins ou les infirmières scolaires et la BDPJ travaille avec un pédopsychiatre, mais ces orientations ne sont pas dues au PDP. L'approche de prévention de la gendarmerie ou de la police cadre très bien avec un message de prévention de la consommation de substances psychoactives, beaucoup moins avec une approche de réduction des risques. Ils se sentent ainsi éloignés de l'association TIPI qui développe des actions de réduction des risques dans les *rave parties*.

Les conseils généraux et le conseil régional n'ont pas participé aux travaux d'élaboration du PDP. Toutefois, certains membres de leurs services ont pu coopérer avec d'autres réseaux (PRS en particulier) et être informés par cette voie.

La démarche du PDP n'a pas apporté de grands changements. Les acteurs s'identifient mieux mutuellement. Ils ont parfois découvert d'autres acteurs sur le département ou dans d'autres spécialisations (tabacologie et alcoologie). Mais cela n'a pas eu de répercussions visibles sur les actions.

La démarche est vécue positivement. Elle manque encore de visibilité, notamment du fait de l'absence de PDP publié.

## PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

### La situation départementale

L'utilisation de drogues illicites est moyenne par rapport aux autres départements français, si l'on se réfère à l'indicateur de ventes de Stéribox® par 100 habitants de 20 à 39 ans en 2000 (entre 12 à 22 unités). Le nombre de décès par 10 000 habitants de 40 à 64 ans par alcoolisme et cirrhose du foie en 1998 était faible (<3,1) par rapport aux autres départements.

Selon le diagnostic du Programme départemental de prévention, le département des Pyrénées-Atlantiques est classé parmi les départements les plus concernés par le phénomène des drogues illicites (18<sup>e</sup> rang pour le recours au système médico-social et 9<sup>e</sup> rang pour le nombre de recours au système médico-social pour 10 000 habitants de 15 à 44 ans, 19<sup>e</sup> rang pour les interpellations d'usagers de cannabis par 10 000 habitants de 15 à 44 ans, 26<sup>e</sup> rang pour les interpellations des usagers d'héroïne, cocaïne et ecstasy pour 10 000 habitants de 20 à 30 ans), avec un taux de croissance de 30 % de 1998 à 1999. La consommation des substances addictives en général semble en augmentation.

Pour la chef de projet, le département est marqué par une consommation d'héroïne et était particulièrement touché en 1995 par le Sida. À cet égard, la politique de réduction des risques semble avoir porté ses fruits concernant la contamination par voie intraveineuse du Sida (tombée de 1/3 à 20 %).

Les témoignages locaux sur la consommation de tabac confirment les études nationales : les jeunes commencent à fumer à 12-13 ans.

La consommation (ou plus souvent la polyconsommation) d'alcool, d'ecstasy, de tabac et de cannabis est forte dans les lieux festifs. La proximité avec l'Espagne crée un effet d'opportunités quant au développement de lieux festifs liés à la techno marqués par la consommation de drogues de synthèse, tandis que les festivals de rock en France ou en Espagne sont plus marqués par la consommation d'alcool.

Selon l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants, qui rassemble les statistiques de la police, de la gendarmerie et des douanes, la progression enregistrée du nombre d'interpellations depuis 1970 est très forte. Les saisies sont également importantes dans ce département frontalier, notamment celles de résine de cannabis : les Pyrénées-Atlantiques sont le 2<sup>e</sup> département touché par ces saisies (532, soit 10 223 kg).

## L'élaboration de la démarche de programmation départementale

**Le réseau d'acteurs.** Le département est divisé en deux pôles géographiques : le Béarn et le Pays basque. Les groupes d'acteurs sur le département se répartissent suivant cette configuration bipolaire. Les CSST du Béarn (CIAT, Béarn Toxicomanies) se connaissent bien entre eux, de même pour ceux du Pays basque (CDPA est un CAA mais aussi un CSST, Médecins du Monde-Bizia, Arit). Ils travaillent ensemble ou, au minimum, dans les cas des autres associations (Ligue contre le cancer), ils s'identifient bien et se renvoient mutuellement les demandes d'actions de prévention plus spécialisées sur certaines substances (alcool pour CDPA, drogues pour l'ARIT).

C'est moins vrai pour le CODES qui mène des actions pour la santé plus généralistes dans lesquels ne se reconnaissent pas les CSST (exemple de la prévention bucco-dentaire). Leurs relations sont de ce fait moins étroites qu'entre CSST.

La DDJS était un peu en retrait jusqu'à l'arrivée du nouveau directeur. Le référent Toxicomanie à la DDJS n'a pas été un relais de la démarche MILDT faute, apparemment, d'impulsion du précédent directeur.

La gendarmerie et la police sont également un peu à l'écart du groupe des CSST du fait de leur image répressive (plus la police que la gendarmerie). Toutefois, elles participent pleinement à la politique.

Le conseil général est très peu cité et semble avoir un rôle relativement mineur : il finance une partie des actions tournées vers le public en insertion dans le cadre du Plan départemental d'insertion.

**La chef de projet.** La CPDD est à la fois chargée de mission au Droit des femmes et CPDD, deux missions interministérielles, qui n'empiètent pas l'une sur l'autre, mais qui permettent au contraire de maintenir des relations étroites avec les mêmes acteurs pour des raisons différentes. Elle était précédemment directrice de la DDASS, et déjà donc bien connue du réseau des CSST et de tous les acteurs intervenant dans le domaine sanitaire. Une secrétaire l'appuie à mi-temps sur ses deux fonctions.

Il n'existe pas de CIRDD pour le département et son inexistence ne semble pas faire défaut, certains CSST tenant ce rôle *de facto*.

**Le comité de pilotage** regroupe toutes les administrations d'État (DDASS, Education nationale, gendarmerie, police, DDJS, PJJ, etc.). Aucune association n'y est représentée, le comité de pilotage étant identifié comme le lieu de la stratégie de l'État. Il valide les décisions, mais le travail de fond se fait dans les groupes de travail thématique d'élaboration du Programme.

**L'élaboration du programme départemental.** Le PDP a été élaboré de façon participative à partir de juillet 2000 à travers huit groupes de travail par thème et public cible. Trois axes ont été retenus :

1. Favoriser l'harmonisation et la cohérence des messages autour du plan triennal de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances.
2. Définir des priorités stratégiques pour des populations ciblées.
3. Coopération transfrontalière avec l'Espagne. L'arrêté portant adoption du PDP a été signé le 8 juin 2001.

**Articulation avec les dispositifs contractuels.** Le département dispose d'une bonne coordination avec le PRS et le PRAPS<sup>8</sup>, moins sur les CLS et Contrats de Ville, mais les contacts sont en cours (présentation de la chef de projet).

**Les effets de la démarche.** La démarche de programmation départementale n'a pas bouleversé le réseau local des acteurs de la santé : ils se connaissaient déjà entre eux du fait d'histoires communes (le CDPA et le CIAT) et leur participation à la politique de santé (PRS, PRAPS, Réseau GRITTA). Cependant, l'élaboration du PDP a été l'occasion d'ouvrir ce réseau à d'autres acteurs : l'association Zubia (même s'il existe encore des désaccords mineurs sur les méthodes de prévention), le CODES (même s'ils n'ont pas la même vision de la prévention).

Depuis l'élaboration du PDP, des communes du sud du Pays basque financent des actions de prévention réalisées par des animateurs des communes sur les questions drogues et dépendances. Les élus sont impliqués pour des raisons essentiellement personnelles.

En 2001, les Pyrénées-Atlantiques ont été retenues par la MILDT pour faire l'objet d'une expérimentation mettant en oeuvre la déconcentration de trois millions de francs de crédits dans dix départements (choisis parmi ceux où le lien entre le chef de projet et l'Éducation nationale était le plus efficace). L'Éducation nationale cofinance la moitié du montant des projets. Dans les Pyrénées-Atlantiques, cette expérimentation a lieu actuellement autour du CESC d'Orthez et rassemble l'ensemble des acteurs intervenant en prévention primaire.

8. Cf. « Articulation avec les autres dispositifs contractuels et de planification », page 76.

## OISE

### La situation départementale

Le département de l’Oise est parfois considéré de l’extérieur comme une extension ou une dépendance de l’agglomération parisienne. Il s’agit plutôt d’une association de différents terroirs et milieux : la région de la préfecture de Beauvais, plus comparable à la Normandie, n’est raccordée à l’agglomération parisienne par une liaison 2 x 2 voies et par une ligne SNCF électrifiée que depuis quelques années. Les terres à betteraves du Centre-Nord de l’arrondissement font partie du plateau picard. À la frange de l’Île-de-France, quelques communes (Méru) se sont développées comme satellites résidentiels de Paris ou de Cergy ; mais l’agglomération creilloise associe à cette fonction résidentielle un puissant pôle chimique pourvoyeur d’emplois pour le département. Située au nord de Paris, et site d’un important développement industriel après-guerre, l’Oise ne bénéficie pas des mêmes flux résidentiels ou touristiques (résidences secondaires...) que le sud et l’ouest, malgré ses villes historiques. À Compiègne, l’industrie et l’habitat ouvrier (42 % de logements sociaux) jouxtent d’anciens quartiers bourgeois.

L’utilisation de drogues illicites est moyenne par rapport aux autres départements français, si l’on se réfère à l’indicateur de ventes de Stéribox® par 100 habitants de 20 à 39 ans en 2000 (entre 12 à 22 unités). Le nombre de décès par 10 000 habitants de 40 à 64 ans par alcoolisme et cirrhose du foie en 1998 était également moyen (entre 3,1 et 4,7) par rapport aux autres départements. Si l’Oise présente, selon les indicateurs statistiques disponibles, une incidence proche de la moyenne nationale en matière d’alcool, de drogues, cela peut résulter de la combinaison de plusieurs facteurs :

- une forte consommation traditionnelle d’alcool notamment en zone rurale et dans les petites villes ;
- une consommation festive liée aux *rave parties* et autres soirées organisées dans le département par des franciliens ;
- une consommation de cannabis qui se diffuse rapidement, y compris dans les campagnes, sans qu’on observe pour autant d’aggravation des problèmes de santé liés aux drogues ou des consommations « lourdes » ;
- l’agglomération creilloise apparaît comme le principal pôle de distribution de produits illicites du département, en relation avec des trafiquants de Seine-Saint-Denis ;

- les statistiques de saisies de drogues sont à un niveau élevé, mais elles intègrent l’« artefact » du péage de Chamant sur l’A1, à l’entrée de l’Île-de-France, où sont interceptés des flux en provenance de la frontière Nord.

### L’élaboration de la démarche de programmation départementale

Le réseau d’acteurs dans l’Oise est caractérisé par l’ancienneté et la solidité du réseau d’acteurs au sein des services publics d’État. La DDJS a initié à la fin des années 1980, par des sessions de formation, une demi-douzaine de groupes de travail locaux à Méru, Montataire, etc. La DDASS a poursuivi la même approche au niveau départemental en finançant des sessions de formation, souvent animées par une même formatrice, par ailleurs membre du Conseil scientifique de Drogues, alcool, tabac info service (DATIS). Les participants étaient invités à poursuivre leurs échanges dans le cadre du « Réseau » (désigné comme tel dans plusieurs textes), la formation visait autant l’apprentissage du travail en réseau que l’acquisition de connaissances sur les toxicomanies. Certaines des personnes les plus actives dans le département, pour promouvoir la prévention, semblent se trouver dans les administrations d’État. La DDASS n’est plus guère dans ce cas, suite à des vacances prolongées de poste depuis deux ans, et ne comprend plus actuellement de personne ayant la mémoire de ces dossiers.

Une association dispose d’un monopole de fait sur le suivi des toxicomanes : le Service d’aide aux toxicomanes de l’Oise (SATO), créé en 1973 à Beauvais. Il compte une demi-douzaine de structures sur le département. Le SATO a également étendu son activité dans l’Aisne. Il est parti prenante du « Réseau ». Ses activités s’étant « médicalisées » avec la croissance des traitements de substitution et notamment du Subutex® (toujours pris en milieu ouvert), le SATO ne mène plus guère d’actions de prévention primaire. En revanche, il étend son action d’Accueil écoute avec l’ouverture fin 2000 d’un nouveau Point écoute situé à Beauvais (Le Fusain Ailé).

L’ANPA est également bien représentée et active dans l’Oise, plus sur des publics adultes que sur la prévention auprès des jeunes.

Les collectivités territoriales semblent peu présentes sur la prévention et l’éducation à la santé. La ville de Compiègne fait partie des exceptions, mais les actions de prévention qu’elle finance font appel à des intervenants et à une documentation « non validés par la MILDT ».

L’Oise n’a pas de CODES, contrairement aux autres départements picards, s’y substitue un « relais départemental » du CRES. Ce relais départemental, qui compte cinq personnes, constitue depuis plusieurs années, par transfert de fonctions aupar-

ravant assurées dans plusieurs directions déconcentrées, un centre unique de documentation sur la santé et la prévention.

**Le chef de projet.** Le directeur de cabinet du préfet a été nommé chef de projet « drogues et dépendances ». Le temps qu'il consacre à ce dossier est limité, « environ 2 % » soit quatre jours par an. L'essentiel du travail est réalisé par un membre du cabinet, ce qui représente environ un quart de temps. Ni l'un ni l'autre n'avaient de connaissance antérieure de ces questions. Ils ont trouvé peu d'appui à la DDASS, sauf dans les premiers mois, compte tenu des départs qui ont suivi (vacances de poste).

**Le comité de pilotage** représente essentiellement les services de l'État. Répondant à une demande de certains participants, il prolonge ainsi la structure du « Réseau » préexistant. Cependant, le SATO n'y a été invité qu'à partir de 2002 : le chef de projet souhaitait éviter que cette association, « metteur en œuvre » de la politique départementale, ne fasse influer ses propres enjeux sur la définition de cette politique. La justice était également peu représentée : par un substitut, motivé sur cette question, mais qui lui aussi a été muté rapidement.

**La démarche d'élaboration du programme départemental.** L'objectif du chef de projet, à travers cette démarche, semble avoir été d'assurer la cohérence des démarches des différentes administrations sur la base de la « culture commune » symbolisée par le rapport Parquet. La situation départementale ne semble pas avoir justifié d'accent particulier sur tel secteur, public, ou substance.

Quatre groupes de travail thématiques ont été constitués sur :

- la communication locale pour la prévention ;
- le renforcement de la cohérence des actions de prévention (groupe animé par la DDASS et au fonctionnement très irrégulier compte tenu des vacances de poste signalées précédemment) ;
- la prévention en lien avec la justice (groupe qui s'est interrompu après le départ du substitut qui l'animait) ;
- le suivi et l'évaluation des actions.

Le moment fort de la démarche a été un colloque comptant environ 200 participants, en présence du professeur Parquet et de Mme Nicole Maestracci. C'est l'élément le plus souvent cité quand on interroge les acteurs sur l'impact de la démarche PDP. Tous les acteurs rencontrés renvoient un écho positif non seulement sur ce colloque mais aussi sur la qualité de fonctionnement des groupes de travail et, dans une moindre mesure, du comité de pilotage (plus formel, autour de l'autorité préfectorale).

**Le programme départemental** n'a pas encore été bouclé ni publié. Aucun acteur rencontré ne s'en est plaint. Le chef de projet considère plus le programme comme un document de travail, capitalisant le travail des groupes et destiné à être publié *in fine*. De fait, après un diagnostic relativement détaillé (quelques pages), et l'exposé d'axes généraux, le programme est constitué par le compte-rendu des choix des groupes de travail, et par quelques dizaines de « fiches actions » rendant opérationnels ces choix.

Ces « fiches actions » sont pour la plupart assez générales, renvoyant aux actions de prévention menées par chacune des parties prenantes sur chaque public.

**Le CIRDD.** Il n'a pas été établi de CIRDD. Le relais Oise du CRES tient lieu de documentation et de ressource pour le chef de projet et bénéficie de crédits MILDT attribués sur projets par le CPDD, mais n'a pas reçu le statut de CIRDD et ne bénéficie donc pas des fonds destinés à ces derniers. Le fait que le chef de projet ait renoncé à instituer un CIRDD tient, selon certains, à une concurrence entre le CRES et le SATO pour obtenir cette mission. À l'arrivée, le CRES est confirmé dans son rôle de centre de ressources pour l'administration d'État, mais ne va guère au-delà de ce cercle.

**L'appel à projets.** L'utilisation des crédits MILDT n'a pas fait, dans l'Oise, l'objet d'un appel à projets largement publié. La DDJS et la DDASS, canaux de communication sur cette procédure, semblent avoir suscité des projets dans leur environnement direct, parmi les associations avec lesquelles elles travaillent. À l'arrivée, les crédits sont utilisés et le nombre de projets financés est limité. Les crédits MILDT jouent ainsi un rôle institutionnel en renforçant l'autorité du chef de projet (qui n'a pas de compétence sectorielle) sur les services et globalement sur les institutions représentées au comité de pilotage.

**Articulation avec les dispositifs contractuels.** Le travail en réseau préexistant entre administrations d'État semble avoir suffi à assurer la cohérence entre les différentes démarches contractuelles. Par exemple, le PRS comprend un volet « Jeunes » considéré comme cohérent avec le programme « Drogues et dépendances ». Le PRAPS de Picardie (validé en janvier 2000) mentionne la question de l'alcoologie pour le département de l'Aisne mais sans faire référence au PDP. Il envisage un « Plan d'actions régional » en cohérence avec les « plans départementaux triennaux sur les conduites addictives », ce qui n'a pas abouti à la date de l'enquête de terrain (mars 2002). Il semble moins évident que les politiques locales (contrats de ville, contrats locaux de sécurité, contrats éducatifs locaux) comprennent un volet « drogues et dépendances », ou qu'un suivi de cohérence ait été fait.

**Les effets de la démarche.** L'Éducation nationale participe activement à la politique départementale, notamment depuis l'arrivée d'une inspectrice d'académie qui attache une forte importance aux questions d'éducation pour la santé.

Si les CESC se généralisent à la demande de l'inspection d'académie, le reste relève, comme ailleurs, de démarches incitatives et de formation. Ainsi, l'adhésion à la démarche de prévention varie selon les zones. Deux secteurs plus dynamiques ont été retenus par le groupe de travail « suivi et évaluation » comme secteurs pilotes sur lesquels seraient menées des mesures d'impact par des questionnaires diffusés par l'Éducation nationale auprès des élèves (et par une mesure qui resterait à définir, en population générale).

La cohérence entre l'action du chef de projet et celle de l'Éducation nationale apparaît également dans l'exemple de Compiègne : le chef de projet a interrompu les cofinancements des actions de cette ville (actions « non conformes à la culture commune ») et l'Éducation nationale tente de relancer des actions de prévention auprès des collèges de la même ville en passant par les CESC.

Si, une fois de plus, la cohérence des acteurs « professionnels » semble plus ou moins acquise (malgré les différences de priorités liées aux objectifs institutionnels), les choses sont bien moins évidentes s'agissant des « acteurs de terrain » au contact direct des jeunes : élus locaux, chefs d'établissements, animateurs sportifs, parents... C'est l'espérance des rédacteurs du PDP que de voir chaque administration reprendre à son compte et diffuser en interne la « culture commune » ; mais un grand nombre d'acteurs sont difficiles à atteindre par les administrations d'État (élus, parents...).

## FINISTÈRE

### La situation départementale

Le Finistère se caractérise par un niveau très élevé et en « augmentation de la consommation de l'alcool (bière et alcools forts [...] première drogue y compris chez les jeunes<sup>9</sup> ». Le nombre de décès par 10 000 habitants de 40 à 64 ans par alcoolisme et cirrhose du foie en 1998 était élevé (supérieur à 4,7) par rapport aux autres départements. Certains interviewés indiquent que cette consommation commence très jeune, vers 9 ans, avec le cidre. Les jeunes consomment particulièrement des bières à haut titre d'alcool.

9. Programme départemental, p. 11.

À l'inverse, la consommation d'héroïne est inférieure à la moyenne nationale selon les indicateurs disponibles, et semble en diminution. L'utilisation de drogues illicites est faible par rapport aux autres départements français, si l'on se réfère à l'indicateur de ventes de Stéribox<sup>10</sup> par 100 habitants de 20 à 39 ans en 2000 (moins de 12 unités).

La consommation de cannabis et de produits de synthèse se développe.

Les *rave party* (ou « *free party* ») et les festivals, occasions de consommation aiguë associant souvent différents produits, sont nombreux dans le département : « L'engouement pour les musiques hip-hop, le rap et surtout pour la culture techno donne lieu dans le Finistère à de grandes manifestations organisées, avec l'accord des pouvoirs publics mais très souvent de manière clandestine ou en marge d'événements organisés (exemple : le technival ou festival « off » des Vieilles Charrues à Carhaix-Plouguer<sup>10</sup>). »

### L'élaboration de la démarche de programmation départementale

**Les groupes d'acteurs.** En matière de prévention, il semble possible, dans le Finistère, de distinguer trois principaux groupes d'acteurs de terrain intervenant en parallèle :

- le service hospitalier du CHU de Brest, spécialisé en alcool et toxicomanie, l'association DACORT<sup>11</sup> et le Centre départemental de prévention de l'alcoolisme (CDPA) – qui revendique avoir adopté depuis 1985 une « approche globale cannabis, toxicomanie, psychotropes » ;
- l'Association pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence, créée en 1937, qui compte 200 salariés dont trois dans un « Service de prévention des toxicomanies » implanté à Brest et à Quimper (sud du département) ;
- Aides-Armor, et l'association APICA fondée par un salarié d'Aides.

Sur Morlaix (nord du département), l'ACMLT, créée en 1988, semble se situer à un point médian entre les secteurs représentés à Brest par ces trois pôles. Mais elle intervient essentiellement auprès de toxicomanes plutôt qu'en prévention primaire.

En matière de prévention, tous quatre – CDPA, ASEA, APICA, ACMLT – interviennent particulièrement en classes de 4<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> de collèges, de l'Éducation nationale et, plus encore, de l'éducation catholique, qui représente près de la moitié des effectifs dans le département, mais aussi auprès des entreprises (CDPA), en lien avec la

10. Programme départemental, p. 30, texte repris par le PRAPS p. 115.

11. Développement d'actions, de coordinations, d'observations, de recherches en toxicomanie.

justice (CDPA, ASE, ACMLT), en *rave-party* (APICA avec Médecins du Monde)...

Les relations entre les trois groupes brestois semblent rares ou médiocres. Les institutions qui font appel à eux – collectivités locales, Éducation nationale, PJJ, SPIP... – doivent « composer avec les trois ». DACORT a diffusé une « Charte de la Prévention » : un financeur trouve qu'elle « leur a pris beaucoup de temps, mais pendant ce temps-là rien ne se fait ».

Les autres acteurs ont souvent des relations bilatérales sans qu'on puisse identifier une structure de réseau cohérente. La gendarmerie et la police ont des approches différentes, par exemple sur la prévention des risques en *free-party* ; la police semble très éloignée de la « culture commune ». Entre les procureurs, il y a également des différences importantes d'approches du cannabis.

La municipalité de Brest s'implique fortement sur la prévention. La Ville organise non seulement la « Journée sans Tabac », mais aussi une « Semaine sans Alcool » (avec trois jours d'abstinence). D'autres municipalités s'associent à des actions du même type et cofinancent des associations. L'Université de Bretagne Occidentale (UBO) a créé un Diplôme universitaire d'Alcoologie et Toxicologie. Plus largement, le problème sanitaire et de sécurité routière, posé par l'alcool, est largement reconnu en Bretagne.

**Le chef de projet et son équipe.** Dans le Finistère, le DDASS a été nommé chef de projet « Drogues et Dépendances ». Ce poste, ainsi que celui d'adjoint au chef de projet, ont été marqués par des changements de personne durant la période du plan triennal. L'adjoint, également cadre A de la DDASS, consacre environ un quart de temps aux « drogues et dépendances ».

**Le CIRDD.** Le service de formation continue de l'UBO a été choisi comme CIRDD par le chef de projet, après mise en concurrence avec le CODES. Cette mise en place a donné lieu à un véritable feuilleton administratif qui vient de se terminer après environ deux ans : élargissement du champ d'intervention du CIRDD au Morbihan, modification des statuts, retards dans l'attribution des budgets, coup d'arrêt aux actions et aux initiatives prises par le CIRDD pendant cette période du fait d'une non-compréhension du partage des rôles entre le CIRDD et la DDASS, celle-ci positionnant le CIRDD comme un appui au chef de projets en fonction des demandes de celui-ci, le CIRDD s'attribuant une capacité d'initiative auprès des différents acteurs. La fonction « diffusion d'information vers les professionnels » a été confiée au CODES. Le comité de gestion du CIRDD n'a pas encore pu être réuni.

La densité relativement élevée des acteurs dans le Finistère contraste avec le cas d'autres départements bretons (Côtes d'Armor, Morbihan) : certains intervenants du Finistère sont sollicités pour étendre leur action à ces départements. Le CIRDD

a d'ailleurs reçu une vocation interdépartementale (Finistère-Morbihan). Cela s'avère difficile à gérer, les interlocuteurs étant presque tous départementaux ou locaux, on se retrouve avec un « CIRDD bicéphale ».

**Le comité de pilotage** ne semble pas avoir fonctionné de façon aussi substantielle que le rapport annuel du chef de projet ne le suggère, même si les acteurs mentionnés correspondent bien à ceux qui sont actifs sur le terrain. La plus forte implication dans le comité de pilotage est venue des forces de l'ordre, de la DDJS, de l'Éducation nationale, des associations et du représentant du CHU.

L'élaboration du programme est pour l'essentiel l'œuvre de la DDASS (adjoint au chef de projet) ; le texte élaboré par la DDASS aurait été validé par un petit nombre d'acteurs, c'est-à-dire les membres du comité de pilotage représentant les grandes institutions. Il n'a pas été présenté publiquement ; il y a eu, au niveau régional, deux journées de présentation du plan triennal, qui auraient eu un fort impact. Sur le programme départemental, quatre groupes de travail ont fonctionné sur les sujets : « alcool et grossesse », « jeunes et sécurité », « conduite à risques », « formation et information ».

Le programme ne comprend en « tronc commun » qu'un diagnostic superficiel et pas de stratégie clairement explicitée ; en revanche, il se décline en fiches claires, dont beaucoup comprennent souvent des éléments de diagnostic de la situation sanitaire, des objectifs explicites, un maître d'œuvre bien identifié. Plusieurs de ces fiches font écho aux coopérations existant entre acteurs.

Cependant, le programme trouve ses limites là où il y a peu d'actions existantes ou proposées par les partenaires de la DDASS : par exemple, la fiche 5.2.3, significativement intitulée « Prendre en compte la dépendance au tabac », se limite pour l'essentiel à citer le plan triennal et le PRS Cancer.

Au-delà ou du fait des frictions ou concurrences entre intervenants, les interviews et les statistiques de réalisation témoignent à la fois d'une réflexion assez pointue et exigeante sur la prévention, et d'une activité fournie, de nature à toucher une partie significative de la population, jeune et moins jeune (de l'ordre de 5 000 élèves objets d'actions en une année, formations dans la moitié des établissements scolaires...).

**L'appel à projets** crédité par les fonds MILDT est lancé à l'échelle régionale en Bretagne, sur crédits unifiés. L'étude des projets est réalisée au niveau départemental (DDASS) avant transmission au niveau régional. À partir de cette année, l'instruction et les crédits seront même mis en commun entre la CRAM et la DRASS. Le lancement de cette procédure unifiée, objet d'une publicité plus large, a provoqué une forte augmentation du nombre de projets soumis, donc des tâches de gestion, qui semblent avoir saturé les capacités de l'adjoint au CPDD et de son secrétariat (à quart de temps sur ce sujet).

## RÉALISATIONS DE LA DÉMARCHE DES PROGRAMMES DÉPARTEMENTAUX DE PRÉVENTION

---

### **LA DÉMARCHE DE CONCERTATION ET DE PARTENARIAT AUTOUR DU CHEF DE PROJET**

#### **Autour du comité de pilotage, d'autres structures de travail existent**

Plusieurs structures facilitant la mise en réseau des acteurs existent : le comité de pilotage drogues et dépendances, le comité de pilotage du CIRDD le cas échéant, les groupes d'élaboration du PDP, les groupes de travail ou les comités de pilotage d'autres dispositifs publics (PRS, PRAPS, Contrat de ville, CLS...).

#### **Le comité de pilotage**

Le comité de pilotage est composé en moyenne de 20 institutions<sup>12</sup>. Les mieux représentées sont, en moyenne, les administrations de l'État (8), les autorités judiciaires (4), les collectivités territoriales et les associations (notamment le CIRDD lorsqu'il existe) (3). De l'enquête qualitative se dégage une très nette tendance à privilégier l'État dans son intégralité (autorités judiciaires incluses<sup>13</sup>). La présence d'associations, d'élus ou de techniciens de collectivités locales est rare. Deux arguments ont été évoqués à ce sujet :

#### **Un argument réglementaire**

« *Le comité de pilotage, c'est la stratégie de l'État. La circulaire était très claire là-dessus.* » CPDD

**Un argument d'équilibre** du pouvoir entre les structures non étatiques et une volonté d'éviter une trop grande lourdeur de la prise de décision,

---

12. Selon les chiffres des rapports annuels des CPDD 2000.

13. La présence de la Sécurité routière n'est en revanche pas systématique.

« On fait exprès de ne pas mettre la ville A, sinon il faudrait mettre B, C, D, etc. On aurait trop de personnes. » CPDD

Le comité de pilotage se réunit une fois tous les six mois en moyenne, sauf lors de l'élaboration des PDP où les réunions sont plus fréquentes. Il est le lieu où l'on « entérine les choses » (CPDD).

### Les groupes techniques d'élaboration du PDP

Le « travail de fond » se réalise plutôt dans les groupes techniques d'élaboration du PDP, qui forment ensemble un « comité plénier » (par opposition au comité restreint du comité de pilotage). Dans les Bouches-du-Rhône, un comité de travail, composé de techniciens de la DDASS, du SPIP, de la PJJ, de l'EN, de la DDJS, se réunit depuis 2001 pour préparer le comité de pilotage.

### Le comité de pilotage du CIRDD

Dans les Bouches-du-Rhône, le comité de pilotage du CIRDD est une occasion de rencontre régulière supplémentaire. Tous les départements n'ont cependant pas de CIRDD (et *a fortiori* pas de comité de pilotage du CIRDD).

### Le débat sur la prévention est collégial

Le caractère collégial de la démarche est affirmé par les chefs de projet, mais ce collectif se limite en général à de petits groupes : il s'agit souvent, selon nos constats, de « professionnels des comités de pilotage » chargés par leur administration de représenter dans toutes les politiques partenariales.

Le rôle du chef de projet. S'ils doivent définir leur rôle dans cette démarche, les chefs de projet le voient en premier lieu comme « managérial » et/ou « stratégique » – les deux rôles les plus valorisants. Cependant, une forte minorité reconnaît l'existence d'une dimension « diplomatique » liée à une collaboration difficile entre acteurs.

### La démarche produit une meilleure coopération entre acteurs départementaux, mais pas une mobilisation forte

Quelle a été l'interaction entre la démarche et le fonctionnement des services ? Parmi les quatre configurations proposées, un chef de projet sur deux retient celle dans laquelle le fonctionnement quotidien des services n'est pas affecté. Ce n'est pas si rassurant quant à l'éventuel caractère mobilisateur de la démarche. La démarche crée du dialogue et une meilleure coordination sans aller jusqu'à perturber le fonctionnement des services.

L'institution dont relève le chef de projet (le plus souvent la DDASS) est également mise en avant par la démarche.

Les réponses des chefs de projet sur « l'événement » créé par la démarche nationale et départementale, mettent en avant l'élargissement du dialogue et du partenariat. Vient ensuite une évolution des méthodes de prévention, sur laquelle on reviendra plus loin<sup>14</sup>.

<b>Q 10 - Les décisions qui ont compté, en matière de prévention des drogues et dépendances dans le département, avaient été élaborées :</b>	<b>Nombre de citations</b>	<b>Dont en 1<sup>er</sup></b>
Par chaque institution ou administration de façon autonome	8	4
Par une équipe restreinte de techniciens de différentes institutions	20	14
De façon collégiale dans le comité de pilotage	16	10
Dans le dialogue direct entre chaque institution et le chef de projet	13	6
Dans des groupes de travail thématiques réunissant les spécialistes	20	8

<b>Q 8 - Selon vous, le rôle qu'est appelé à jouer le « chef de projet départemental drogues et dépendances », est principalement</b>	<b>Nombre de citations</b>	<b>Dont en 1<sup>er</sup></b>
Managérial : obtenir un fonctionnement collectif efficace, débouchant sur des projets concrets	29	18
Politique : faire passer auprès des acteurs départementaux les orientations politiques nationales	19	5
Stratégique : décider des orientations les plus pertinentes en matière de prévention compte tenu des besoins du département	25	20
Diplomatique : restaurer une collaboration plus étroite et plus confiante entre des acteurs qui ont du mal à travailler ensemble	16	5

Source : *Evalua, 2001*

14. Si l'on compare les constats des évaluateurs sur les études de cas et les réponses des chefs de projet des mêmes départements, il s'avère que les évaluateurs ont souvent estimé que la démarche officialisait des pratiques existantes sans les changer (même si les chefs de projet ne le formulent pas ainsi).

**Q 9 - Dans la gestion du dossier « programme départemental de prévention drogues et dépendances », les situations suivantes se sont-elles produites dans le département ?**

La conduite du projet a permis à l'une des institutions d'État d'affirmer une prééminence dans ce domaine sur les autres institutions

Nombre de citations  
Dont en 1<sup>er</sup>

16 10

La demande de l'administration centrale a été satisfaite sans perturber le fonctionnement habituel des services dans le département

19 16

L'identification d'un « chef de projet départemental » a suscité un afflux surabondant de demandes financières des différentes institutions

13 3

La conduite du projet a eu du mal à se traduire dans le travail concret du fait de problèmes individuels (disponibilité, mutations ...)

13 9

Source : *Evalua, 2001*

**Q 7 - Quand la MILDt a publié le rapport du professeur Parquet et le Plan Triennal, et que la démarche d'élaboration d'un programme départemental a été lancée, que s'est-il passé dans le département ?**

Cela a conduit les personnes qui travaillaient en prévention à modifier leurs méthodes

Nombre citations  
Dont en 1<sup>er</sup>

15 8

Cela a été suivi de désaccords entre des personnes et institutions aux approches différentes

2 2

Cela a permis d'officialiser publiquement, sans les changer, des façons de voir la prévention qui étaient auparavant plus officieuses

9 5

Cela a ouvert un dialogue qui n'existant pas avant

20 13

Cela a permis d'élargir le partenariat réuni autour de la questions des drogues et des dépendances

35 15

Source : *Evalua, 2001*

Les chefs de projet voient plus dans la démarche une occasion efficace de meilleure connaissance entre acteurs, entre services, qu'un lieu de prise de décisions importantes :

**Q 16 - Quand vous faites le bilan de la démarche, diriez-vous que :**

La politique départementale de prévention est parfaitement connue par les acteurs de terrain

Nombre de citations  
Dont en 1<sup>er</sup>

19 3

L'élaboration de la politique départementale de prévention a été l'occasion de discussions sur les stratégies d'intervention

42 14

Les acteurs de la prévention se connaissent mieux et coopèrent plus facilement

40 23

Grâce à l'implication personnelle des directeurs des services de l'État, le comité de pilotage a pu prendre des décisions importantes

5 2

Source : *Evalua, 2001*

## LES PROGRAMMES DÉPARTEMENTAUX EUX-MÊMES

### Programmes de lutte ou états des lieux de la prévention ?

L'enquête par questionnaire nous donne un aperçu global des caractéristiques principales des Programmes départementaux de prévention, selon les chefs de projet eux-mêmes.

Ils mettent en avant l'inscription dans ces programmes d'objectifs prioritaires, et la réunion dans le document des actions des différents partenaires. En revanche, ils ne revendiquent guère de mesures innovantes pouvant faire le lien entre actions et objectifs :

Seize programmes ont été analysés par les évaluateurs. Il s'agit des programmes des départements suivants : Ardennes (08), Bouches-du-Rhône (13), Côte d'Or (21), Finistère (29), Isère (38), Marne (51), Mayenne (53)<sup>15</sup>, Morbihan (56), Oise (60), Pas-de-Calais (62), Pyrénées-Atlantiques (64), Hautes-Pyrénées (65), Haut-Rhin (68), Paris (75), Seine-Maritime (76) et Guyane (973).

15. Celui de la Mayenne, retenu dans l'échantillon premier, n'est pas à proprement parler un programme mais un suivi opérationnel de 3 pages des actions prévues. Le plan triennal d'actions en matière de santé publique du département de la Mayenne qui nous a été communiqué comporte 7 pages sur les « pratiques addictives » dont 5,5 pages d'état des lieux, 1,5 pages d'objectifs généraux sur la prévention et les soins.

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

Source : *Evalua, 2001*

La distinction entre « programmes (ou plans) départementaux de prévention des dépendances » et les « programmes de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances » ne signifie pas forcément que le champ du second est plus large que le premier. La plupart des programmes incluent une partie « soins et prise en charge ». En revanche, l'application de la loi concrétisée par une partie répressive ne figure que de façon rarissime (Plan de l'Isère). Le thème de « l'application de la Loi » fait référence à la lutte contre le trafic des produits illicites. L'application de la Loi Évin n'est pas mentionnée sauf pour faire référence à l'évaluation nationale concluant à son inapplication<sup>16</sup> (cas du programme des Pyrénées-Atlantiques). La plupart des programmes incluent les dispositions de la Convention départementale d'objectifs justice-santé. Des dispositifs d'injonction à la rencontre (avec des associations de prévention de l'alcoolisme ou des CSST) appartiennent une dimension préventive aux procédures judiciaires, en exonérant les contrevenants de poursuites pénales.

La transmission des programmes départementaux de prévention à la MILD'T n'est pas systématique. Certains chefs de projet ne perçoivent pas bien l'utilisation que la MILD'T fait de ces programmes. Lors de notre enquête de terrain et lors

16. Aucune disposition n'est en tout cas prise par rapport à l'application de la Loi Évin dans les PDP. Les personnes interviewées à la DDASS, responsables du PDP, ne savent pas qui est chargé de son application (amendes prévues par la loi) dans les restaurants, cafés, bars, tabacs. Les personnes interviewées à l'Éducation nationale précisent qu'elle n'est pas appliquée dans plusieurs établissements scolaires, car le chef d'établissement « a peur de se mettre à dos les élèves ».

des relances effectuées par l'OFDT auprès des CPDD, nous avons pu constater que des versions plus actualisées des programmes n'avaient pas été transmises à la MILD'T ou à l'OFDT.

Un tiers environ des départements n'avaient pas réalisé de programmes au début de l'année 2002.

La majorité des PDP sont des documents relativement épais<sup>17</sup> et complets pour la majorité des départements (10) (allant même jusqu'à 130 pages pour ceux de la Seine-Maritime, des Pyrénées-Atlantiques), seuls 2 programmes font seulement 3 pages (Guyane et Hautes-Pyrénées). Trois autres font environ 10 pages. Les 10 programmes complets précités reprennent les étapes d'une démarche de programmation : état des lieux et diagnostic, axes stratégiques, arborescence d'objectifs, actions (parfois formalisées par des fiches actions plus ou moins précises), financement.

### La majorité des programmes intègrent des éléments de diagnostic local

La raison d'être d'un diagnostic local, parfois remplacé par un « état des lieux » ou un « bilan de l'existant », est de définir un programme départemental qui soit fondé sur une réalité locale. L'état des lieux n'est pas toujours une partie explicite du programme : des éléments de constat ou des données peuvent apparaître au sein des différents chapitres thématiques du programme.

« L'état des lieux » concerne différentes réalités.

Tous les programmes ne s'intéressent pas à la situation sur le territoire de la consommation des substances psychoactives : seuls 10 sur 15 présentent des éléments de diagnostic sur ce sujet.

Ceux qui ne le font pas (3 sur les 5), comprennent le diagnostic uniquement comme un exercice de recensement des activités des services de l'État (police et gendarmerie ou soins), sans rapport avec l'objectif ultime de la prévention et les données et les caractéristiques de la consommation locale. Un programme présente bien des tendances de consommation, mais elles sont nationales (tirées du rapport *Indicateurs et tendances* de l'OFDT).

Dans deux cas sur quinze, le programme présente une liste brute d'indicateurs sans aucune explication (causes) et sans en tirer de réflexions (jugement, étalons nationaux passés de comparaison, identification de problématiques locales...).

17. Plus de 45/50 pages.

- La plupart des éléments de diagnostics contenus dans les PDP :
- établissent en général des jugements (points forts, points faibles) et des ordres de grandeur (grave ou non par rapport à la moyenne nationale, rang du département selon l'OFDT), plus rarement pour le tabac,
  - expliquent les chiffres (causes) en particulier pour les drogues illicites (ex. : « chiffres élevés de drogue car département transfrontalier »), l'alcool (ex. : « traditions gastronomiques et productions locales »), rarement pour le tabac et presque toujours en référence à des explications globales. En général, les explications des particularités locales ne proviennent pas d'enquêtes mais des perceptions des rédacteurs du PDP.

Les données sont issues de sources variées : de l'OFDT, des services déconcentrés de l'État concernant leurs activités, des Observatoires régionaux de la santé (en particulier pour l'alcool), des hôpitaux, de l'Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants, d'enquêtes locales d'associations...

En revanche, les questionnaires APPRE « État des lieux » sont inutilisés (à l'exception du Programme de la Seine-Maritime).

Par ailleurs, les diagnostics des PDP étudiés ne semblent pas avoir été réalisés par un prestataire extérieur.

L'évaluation des activités de l'État est en général sommaire. Le diagnostic est davantage un recensement des activités et des financements existants, plus rarement une description des acteurs (30 % des PDP).

## La stratégie exprimée est en adéquation avec les orientations de la MILDT

### *L'adéquation aux orientations du plan triennal*

L'ensemble des programmes est, à la lecture, en adéquation avec le Plan gouvernemental triennal, et sa philosophie de la prévention paraît comprise et intégrée.

Ainsi, les programmes incluent toujours des priorités concernant les jeunes, la prévention dans l'ensemble des lieux de vie des jeunes (et non pas seulement des temps scolaires), et en particulier les lieux festifs.

L'ensemble des PDP reprend la vision comportementale de la consommation de l'ensemble des substances addictives (drogues, alcool, tabac, médicaments).

La politique de réduction des risques est présente, souvent de façon plus détaillée dans le cas des départements animés par des chefs de projet DDASS.

Les programmes de formation portent en général sur le plan triennal et l'approche de la MILDT. Le contenu semble donc en adéquation. Les visites de sites et des ateliers à partir de cas concrets ne semblent par contre pas très développées.

En revanche, la prise en compte des parents est moins apparente<sup>18</sup>, de même, le dopage est un thème peu ou pas du tout traité.

Selon l'enquête, les actions inscrites au Programme sont les suivantes :

### Q 13 b - Quelles actions ou évolutions sont précisément inscrites au programme départemental de prévention (ou au document qui en tient lieu) ?

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

*Source : Evalua, 2001*

18. La prévention par les pairs l'est encore moins si ce n'est au niveau des généralités. Sa traduction en termes d'actions spécifiques est, il est vrai, plus problématique.

Ces actions inscrites dans les Programmes ne reflètent pas toujours les actions en développement (ou considérées comme tel par le chef de projet). Ainsi, l'implantation en un même lieu de services sanitaires et sociaux est peu évoquée dans les Programmes. En revanche, ceux-ci semblent citer de façon particulièrement fréquente « la formation continue à l'intérieur de certains services reprenant les méthodes ou les intervenants des formations MILDT », et un « accroissement du nombre d'actions de prévention autour des temps périscolaires et extrascolaires » :

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

Source : *Evalua, 2001*

### La prise en compte des spécificités locales

Le constat de la conformité avec les objectifs de la MILDT dans les PDP peut même parfois être préoccupant, par rapport à l'objectif de l'émergence d'une dynamique locale fondée sur des besoins locaux, lorsque le programme reprend *stricto sensu* les objectifs du plan triennal et les remplit par des généralités.

Les programmes les plus complets, comme celui des Pyrénées-Atlantiques, intègrent des priorités spécifiques fondées sur les caractéristiques du territoire départemental (la coopération transfrontalière sur les problèmes de consommation plutôt que de trafic).

En revanche, les différences thématiques avec le plan triennal ne sont pas toujours explicitées et ne permettent pas de conclure, à la lecture, qu'elles reposent sur des besoins locaux particuliers. L'enquête qualitative et l'analyse des programmes nous suggèrent plutôt que ces différences de thèmes sont dues à des volontés locales des services pour s'investir dans des thèmes d'activité qu'il leur semble important de couvrir.

C'est le cas par exemple de l'axe stratégique du PDP du Haut-Rhin « accroître la prévention des dépendances en milieu professionnel » (qui vient après l'axe « recentrer les actions de prévention auprès du jeune public »). Le programme précise même que cet axe ne provient pas d'un diagnostic préalable par cette phrase : « En raison d'une méconnaissance des problématiques rencontrées dans le milieu professionnel dans le domaine des dépendances, il est nécessaire dans un premier temps de les identifier et d'établir un diagnostic des actions entreprises. »

### Les programmes comprennent très peu de mécanismes de gestion et de suivi

#### Sur le caractère opérationnel des programmes

Les programmes comprennent parfois des listes d'actions avec leur budget.

Le document ne va en général pas dans le niveau de détail d'un document de suivi opérationnel d'un projet. Les fiches-actions définissent le public visé, les partenaires, les objectifs et les approches possibles. Mais lorsque les actions sont suffisamment précises, il manque fréquemment des éléments d'une gestion de projets comme le nom des responsables et leurs coordonnées, les dates d'échéance, les objectifs quantifiables, etc.

#### Sur les éléments prévus d'évaluation locale du programme

Rares sont les programmes prévoyant des éléments d'auto-évaluation.

La plupart citent à la fin quelques généralités visant à reporter à plus tard la réflexion sur l'évaluation des actions. Citons un cas représentatif :

« *Toutes les actions ou programme d'actions ne pourront pas être évalués. Un choix devra être opéré. Le programme d'évaluation précisera les lieux, les types*

de projets et la chronologie des interventions. Il serait arrêté par le comité de pilotage départemental.

Les modalités de mise en œuvre restent à définir. Par type de programme ou de méthodes d'intervention, ces évaluations, par exemple, seraient conduites par des intervenants externes en association avec des professionnels de proximité. »

Les indicateurs « d'évaluation » locaux prévus dans les PDP (lorsqu'il y en a) ou dans les rapports d'activité s'en tiennent généralement à des indicateurs de réalisation et non de résultat. Par exemple, ils prévoient le nombre d'établissements ou de classes ayant fait l'objet d'actions de prévention sans le rapporter au nombre total d'établissements ou de classes (taux de couverture), ce qui permettrait de mieux comprendre l'impact de ces actions par rapport aux évolutions de consommation sur le département.

### LES FACTEURS LOCAUX DE RÉUSSITE DE LA DÉMARCHE

L'enquête de terrain permet de dégager plusieurs facteurs de réussite d'une coordination locale efficace.

De l'analyse comparative des quatre départements de l'enquête qualitative se dégagent plusieurs facteurs locaux favorables ou défavorables à la mise en réseau des acteurs et à leur coopération. Ces facteurs sont regroupés en deux types :

- la capacité d'animation du chef de projet,
- la participation active des acteurs au réseau.

#### La capacité d'animation du chef de projet repose sur une complémentarité autorité/continuité

Il existe des différences nettes entre départements dans le niveau de connaissance et de coopération mutuelle entre les acteurs « drogues et dépendances ». La capacité d'animation par le CPDD du réseau d'acteurs est l'élément discriminant entre ces départements.

La capacité d'animation du chef de projet dépend de la présence de plusieurs conditions développées ci-après.

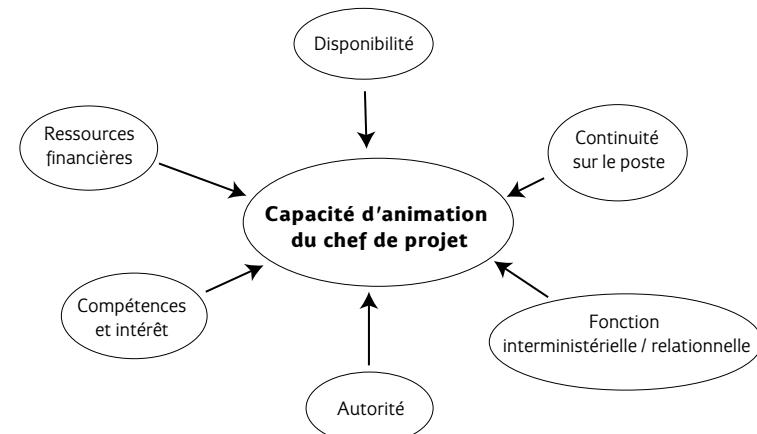
##### 1) Sa disponibilité

La charge qui accompagne la mission de chef de projet demande du temps pour :

- mettre à niveau ses compétences (en particulier pour les chefs de projet qui ne connaissent pas les problématiques « drogues et dépendances ») ;
- rencontrer, connaître les acteurs de ce champ diversifié, les informer de la démarche locale de la MILD'T, et faciliter la prise en compte de la problématique « drogues et dépendances » dans les différents secteurs ou dispositifs de l'action publique ;
- gérer les tâches logistiques et administratives (instruction des demandes de subvention et suivi financier, organisation logistique des réunions, de journées de formation, élaboration des arrêtés et des conventions, réponse aux demandes de suivi de la MILD'T ou constitution du dossier de demande de financement à la MILD'T, etc.) ;
- animer l'élaboration et l'accompagnement des orientations locales.

Pour réaliser ces tâches, le temps disponible pour le chef de projet dépend :

- de l'importance des problèmes à résoudre et du travail à mener sur le département ;
- du temps laissé par ses autres activités et de ses priorités ;
- de la présence d'une équipe « support » (adjoint, secrétariat, ou CIRDD) ayant des compétences dans ces domaines (par exemple en comptabilité publique pour les relations avec le TPG).



La synthèse des rapports d'activité annuels des chefs de projet drogues et dépendances (2000) montre que ces derniers consacrent 26 % de leur temps à cette mission (moyenne nationale). Lorsque le chef de projet a un(e) collaborateur/trice (73 % des cas), celui-ci/celle-ci consacre 45 % de temps en moyenne à la mission drogues et dépendances. Le chef de projet utilise parfois un secrétariat (dans 74 % des cas) occupé à 35 % en moyenne pour la mission « drogues et dépendances ». Dans les données qui nous sont accessibles, une corrélation apparaît entre la satisfaction du chef de projet par rapport au temps ou à l'effectif dont il dispose et le temps dont effectivement il dit disposer selon les rapports d'activité 2001, mais cette corrélation est loin d'être statistiquement significative<sup>19</sup>. On ne peut donc conclure que les chefs de projet les mieux dotés sont plus satisfaits ou moins demandeurs de personnel additionnel. Les chiffres des rapports d'activité surestiment sans doute le temps passé à cette mission, dans la mesure où nous admettons que les 16 % de non-répondants au questionnaire du rapport annuel figurent parmi ceux qui passent le moins de temps à la mission drogues et dépendances.

C'est le cas notamment du chef de projet et de son adjoint dans les Bouches-du-Rhône qui demandent plus de moyens humains pour les tâches administratives et financières. Cette revendication à l'égard de la MILD'T est également émise par le chef de projet du Finistère.

Selon l'annexe 3 de la circulaire du Premier ministre du 13 septembre 1999, le préfet doit garantir au chef de projet :

« Une disponibilité suffisante pour exercer sa nouvelle mission »,

et

« Veiller à ce qu'il dispose des moyens de fonctionnement suffisants, notamment en termes de secrétariat. Dans les départements les plus importants, il est souhaitable, comme c'est déjà parfois le cas, qu'il soit assisté d'un collaborateur à temps plein ».

Ces dispositions n'ont apparemment pas été appliquées.

C'est pourtant le facteur le plus important et le plus demandé par les chefs de projet, comme le montrent les réponses au questionnaire ci-dessous :

19 Cette recherche de corrélation est basée sur 28 départements pour lesquels on a à la fois les réponses des chefs de projet au questionnaire, et les rapports d'activité 2001 avec un total « équivalent temps plein » pour le chef de projet, son adjoint, son secrétariat. On trouve une corrélation de + 0,09 mais la marge d'erreur est de + 0,38 sur n = 28.

<b>Q 18 - Pour assurer votre mission de conduite de projet « drogues et dépendances », de quoi auriez-vous le plus besoin ?</b>	<b>Nombre de citations</b>	<b>Dont en 1<sup>er</sup></b>
Plus de personnel	30	25
Plus d'outils et méthodes	19	7
Plus de financements	9	2
Des financements à plus long terme	18	7

<b>Q 18 b - Et parmi les points suivants de quoi auriez-vous besoin ?</b>	<b>Nombre de citations</b>	<b>Dont en 1<sup>er</sup></b>
Plus de temps disponible pour cette mission	40	38
Plus de soutien institutionnel du Préfet	4	0
Une meilleure connaissance des autres domaines que le vôtre (gestion administrative, procédures et dispositifs spécifiques, etc.)	12	0
Une meilleure information du TPG sur les procédures de financement MILD'T	9	4

*Source : Evalua, 2001*

Plus de personnel (23 citations dont 20 en premier) et plus de temps disponible vont ensemble. La plupart du temps, il s'agit des compétences correspondant à des tâches de gestion administrative, financière et logistique (instruction des demandes de subvention et suivi financier, relations avec le TPG, organisation logistique des réunions, de journées de formation, élaboration des arrêtés et des conventions, réponse aux demandes de suivi de la MILD'T ou constitution du dossier de demande de financement à la MILD'T, etc.).

## 2) Le facteur relationnel : l'intégration de sa mission drogues et dépendances dans des fonctions interministérielles

Pour le CPDD, un travail interministériel augmente les occasions de rencontrer les chefs des services déconcentrés de l'État. La connaissance réciproque des acteurs facilite l'instauration de la confiance et d'une vision commune sur l'action. Ce travail interministériel demande un niveau hiérarchique élevé (directeur des services déconcentrés au moins).

Tous les chefs de projet semblent répondre à ce critère puisqu'ils ont tous une part de travail interministériel dans leurs missions traditionnelles, que ce soit un membre du corps préfectoral ou un DDASS (notamment l'élaboration des PRS, PRAPS).

Toutefois, leur pénétration des réseaux de politiques publiques sera différente selon les cas : acteurs de la santé et toxicomanie pour les DDASS, autres réseaux comme les CLS, ou politique de la ville pour les membres du corps préfectoral.

### 3) Son autorité

Le chef de projet doit donner des impulsions à différents services de l'État qui ont chacun leur propre hiérarchie et leurs propres orientations sectorielles. Cette situation est facilitée lorsque le chef de projet a autorité sur tous les services de l'État (en particulier lorsqu'il appartient au corps préfectoral et qu'il représente l'État).

*« En tant qu'officier de police, le DDASS peut me donner des instructions, je ne vais pas les suivre. »* Un officier de police.

*« Un DDASS, ce n'est pas pareil par rapport à des corporatismes. Le DDASS... pourquoi pas l'inspecteur d'académie ? C'est le même niveau ! »* Le conseiller technique d'un inspecteur d'académie.

58 % des chefs de projet travaillent en DDASS.

37 % sont issus du corps préfectoral (en général sous-préfet à la ville ou directeur du cabinet<sup>20</sup>).

Lorsque le chef de projet ne se sent pas lui-même une autorité suffisante pour peser sur les autres services de l'État, il a besoin d'une implication personnelle du préfet :

*« L'implication personnelle du préfet pour interroger les services et les partenaires est la clef de la réussite. »* Un chef de projet.

Toutefois, ce pouvoir formel du chef de projet n'est qu'un élément de sa capacité d'influence parmi les autres facteurs.

### 4) Ses ressources financières

Les moyens financiers des ministères vont être déconcentrés en 2002 au CPDD. Ce sera un moyen supplémentaire pour inciter les autres services déconcentrés de l'État à coopérer avec le chef de projet et les structures mises en place par la MILDT.

20. Le reste étant constitué par 1 DDJS, 1 DDPJJ et 2 départements sans CPDD. Source : Synthèse de l'année 2000 des rapports annuels des CPDD.

C'est par exemple le cas des personnes ressources MILDT dans l'Éducation nationale qui, lorsqu'elles ne sont pas en même temps des conseillers techniques de l'inspecteur d'académie et des coordonnateurs CESC, peuvent rester à l'écart de la politique académique des CESC :

*« Nous n'avons pas encore eu de réunions de coordination entre les coordonnateurs CESC et les personnes ressources. Il y a une incohérence dans le dispositif car il devrait y avoir une inscription du dispositif des personnes ressources dans la politique académique des CESC (pas de coordination ou d'information mutuelle). Mais (c'est parce qu') on n'a pas eu à souffrir de l'absence de personnes ressources pour coordonner la distribution des financements par le CPDD »* Un coordonnateur CESC.

Par rapport aux associations, et en particulier les associations CSST qui dépendent en grande partie des financements de la DGS, l'influence du CPDD et du PDP peut être perturbée :

*« Lorsque l'on parle de la prévention et du plan triennal au cabinet du ministère, ils nous répondent : oui, mais l'argent, c'est nous qui l'avons. La toxicomanie, c'est la substitution, c'est tout. Donc nos crédits sont liés à ça, au nombre de méthadone que l'on fait. (...) Comme le budget de la Santé baisse continuellement, nous sommes obligés de boucler le budget soins sur des fonds de prévention »* CSST.

Ce facteur d'influence semble en général bien assuré pour les chefs de projet ayant répondu au questionnaire. Non seulement les crédits MILDT sont cités majoritairement en tant que facteur de succès lorsque l'on demande aux chefs de projet de faire le bilan de la démarche<sup>21</sup>, mais surtout, ils ne réclament pas « plus de financement » pour assurer leur mission, ce qui est une réponse assez rare pour être souligné.

**Q 18 - Pour assurer votre mission de conduite de projet « drogues et dépendances », de quoi auriez-vous le plus besoin ?**

	Nombre de citations	Dont en 1 <sup>er</sup>
Plus de personnel	30	25
Plus d'outils et méthodes	19	7
Plus de financements	9	2
Des financements à plus long terme	18	7

*Source : Evalua, 2001*

21. Cf. 4.3.7

Le CPDD, lorsque ses fonctions l'amènent à gérer d'autres dispositifs publics, peut également compléter les financements alloués à la toxicomanie par d'autres fonds.

*« Le sous-préfet à la ville a une vision globale des fonds « Ville », « opérations Ville-Vie-Vacances », CLS, et MILD. On arrive à faire un panachage des différents contrats. Un DDASS ne pourrait pas tirer sur les fonds des contrats de ville car il ne peut pas faire le point sur l'ensemble des financements. »*

### 5) Ses compétences et son intérêt pour sa mission de chef de projet « drogues et dépendances »

Les journées de formation organisées par la MILD à l'intention des CPDD sont très appréciées :

*« On est réuni quatre fois par an par la MILD. Les formations sont vraiment bien faites, que ce soit la diffusion des documents ou les intervenants. »* chef de projet.

Cependant, les CPDD ne se sentent pas toujours suffisamment bien armés pour comprendre l'intégralité des dimensions du champ « drogues et dépendances » :

*« Les réunions de formation de la MILD, c'est très important. Il faut que la MILD fasse attention que le CPDD soit bien formé. Moi aussi, je demande au médecin inspecteur DDASS qu'il m'accompagne aux journées des CPDD MILD. Car sur les aspects médicaux, je décroche complètement. Il y a avait des sommets qui parlaient de psychologie... Parfois, je décroche si c'est trop médical. Je fais confiance au médecin-inspecteur. Lui aussi, il décroche sur le code des procédures. Je ne suis pas efficient »* Adjoint au CPDD.

Ils manquent aussi parfois d'intérêt pour la question et cela se ressent dans leur capacité de gestion du dossier :

*« Le chef de projet d'avant n'avait pas d'expérience en toxicomanie. Il n'était absolument pas intéressé par la toxicomanie. Quand il y avait une réunion, c'est moi qui la faisais. On ne dépensait pas tous les fonds. Je n'avais pas connaissance des fonds MILD. Lui, il ne s'en occupait pas du tout ; il ne savait pas qu'il avait des fonds MILD. C'est après une remarque de la MILD, qu'en une semaine, j'ai dû dépensé les fonds »* Adjoint au CPDD.

Dans d'autres cas, c'est davantage la capacité à communiquer des messages de prévention à des élus ou à des personnes ne faisant pas partie des spécialistes de la prévention qui pose problème.

*« Il faudrait que la MILD et le CFES s'entendent pour que les CPDD aient une formation sur la communication sur ce sujet délicat, un peu pointu »* CPDD.

### 6) La continuité sur le poste

La continuité sur le poste est un facteur peu présent. En d'autres termes, l'absence de continuité est donc un facteur défavorable à l'animation du système d'acteurs. Il arrive que les chefs de projet se succèdent relativement rapidement aux yeux des acteurs (tous les trois ans).

*« On fait plus la continuité de l'État qu'eux. Eux, ils passent. Nous, On est présent »* CSST.

Ce facteur est handicapant :

- pour l'avancement d'une démarche départementale ;
- pour la communication dans l'équipe du CPDD (lorsqu'il y en a une) ;
- pour l'inscription dans la durée de la démarche de changement impulsée par la MILD.

Le retard dans la publication d'un PDP s'explique parfois partiellement par la vacance du poste de chef de projet :

*« Actuellement, on n'a pas de CPDD. Je ne vais pas publier le PDP moi-même car ce n'est pas de mon niveau »* Adjoint au CPDD.

Parmi les difficultés qui ont pu retarder la finalisation du PDP, le changement de chef de projet est cité juste à la suite de problèmes de disponibilité et de moyens humains, facteur déjà évoqué.

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

**Source :** *Evalua, 2001*

### Un réseau impliquant les institutions, demande plus que des correspondants formels

#### 1) L'implication des directions

La « culture commune » désirée s'obtient plus facilement au plus haut niveau par des réunions ou des contacts réguliers bilatéraux entre le chef de projet et les chefs des services déconcentrés. Ces derniers peuvent ensuite donner les impulsions dans leur administration.

Ce constat vaut en particulier pour les administrations qui ne travaillaient pas traditionnellement dans le champ drogues et dépendances. Selon l'enquête qualitative de terrain, la différence d'avancement dans la réalisation du PDP et du plan triennal est en effet frappante entre les services déconcentrés de l'État dans lesquels le directeur départemental s'est impliqué dans le dossier et suit l'avancement des actions, et les autres où ce sont plutôt les techniciens qui informent à leur gré leur directeur. Des différences entre de mêmes administrations (par exemple Éducation nationale, Jeunesse et Sports) dans des départements différents s'expliquent ainsi.

De même, l'implication personnelle du préfet pour interroger les services et les partenaires est perçue comme une clef de réussite par un chef de projet.

#### 2) L'existence de personnes ressources, relais de diffusion du message « MILDT » dans leur institution

L'implication des directeurs de chaque institution est importante. Mais la diffusion vers l'ensemble du personnel de l'institution demande un travail de coordination, de suivi et de formation qui rend l'existence de relais indispensable. C'est particulièrement évident dans la grande administration de l'Éducation nationale, mais c'est aussi valable pour les autres administrations (DDJS par exemple).

#### 3) La participation large des acteurs à l'élaboration du PDP favorise l'appropriation et la réussite de la démarche

Un rassemblement large des acteurs et leur participation à l'élaboration du PDP contribue à son appropriation.

Dans les départements où le PDP a été construit quasiment par le CPDD et son équipe, sans groupes de travail, la connaissance réciproque des acteurs et la construction d'une culture commune sont restées très limitées. En effet, dans ce cas, les divergences de conceptions sont fortes, et les désaccords nombreux.

Ceci contraste avec les départements ayant fait appel à des méthodes plus participatives d'élaboration d'une stratégie commune au sein de groupes de travail.

Par rapport à cet objectif de coopération des acteurs et de construction d'une vision commune, la commande d'une étude à un prestataire extérieur ne garantit donc pas en soi l'émergence d'un diagnostic partagé (sans une nécessaire réappropriation des informations par tous les acteurs).

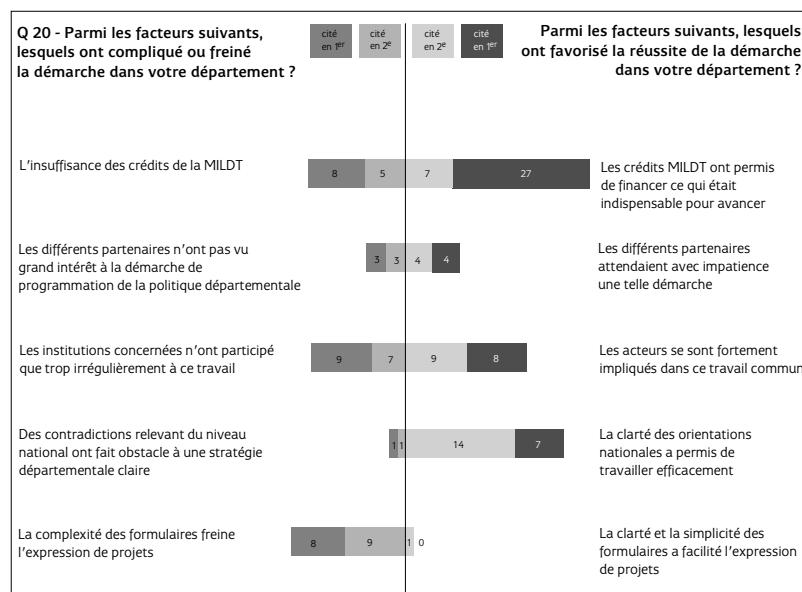
#### 4) La multiplication des occasions d'échanges ou de travail en commun

Cette multiplication des échanges renforce la cohérence des objectifs, mais reste coûteuse en temps (cf. page 76 - Articulation avec les autres dispositifs contractuels et de planification).

#### LES FACTEURS NATIONAUX DE RÉUSSITE DE LA DÉMARCHE

#### Les apports du niveau national sont surtout positifs aux yeux des chefs de projet

Les chefs de projet portent les appréciations suivantes<sup>22</sup> :



Source : *Evalua, 2001*

22. Ce graphique met face à face les réponses des chefs de projet à deux questions parallèles. Dans chacune des deux listes, ils pouvaient retenir un maximum de deux réponses (les couleurs permettent de distinguer quelles réponses ont été fréquemment choisies « en premier », donc comme les plus pertinentes de chaque liste). Les non-réponses sont plus nombreuses à la question sur les freins qu'à celle sur les facteurs favorables, mais il peut s'agir d'un artefact de « réponse prudente ».

En résumé :

#### Points forts

L'enquête par questionnaire dégage deux facteurs de réussite importants de la démarche « PDP », qui proviennent tous les deux de la MILDT :

- les crédits « MILDT »,
- la clarté des orientations nationales.

#### Les crédits MILDT contribuent positivement malgré les difficultés de procédure

Les crédits MILDT ont permis de financer ce qui était indispensable pour avancer selon la majorité des chefs de projet.

Selon un chef de projet, le fait de disposer d'une enveloppe de crédits spécifiques permet :

« - de faire « levier » auprès des cofinanceurs potentiels ;

- de mettre en œuvre des actions qui ne rencontrent pas d'embrée l'assentiment de partenaires (même si elles font un ou deux ans plus tard l'objet d'un consensus général) ;

- de crédibiliser le discours du chef de projet auprès de ses partenaires (établissements scolaires, collectivités...). »

Parallèlement, les chefs de projet se plaignent des procédures de financement :

- concernant les complications et le temps perdu avec le trésorier payeur général, qui ne connaît pas bien, semble-t-il, les procédures MILDT ;
- à propos de la multiplication des guichets de financement (que les fonds MILDT ne contribuent pas à simplifier), qui empêchent d'avoir une vision globale et lisible des fonds publics alloués à la prévention ;

« De nombreuses lignes budgétaires et procédures permettent de financer des actions de prévention sur les conduites addictives ; il faudrait clarifier les modalités de financement au niveau national pour améliorer la lisibilité et l'efficacité des actions » Un chef de projet.

- ou bien pour relayer les associations.

Globalement, les associations à la recherche de subventions se plaignent en effet de la quantité des dossiers à remplir, ce à quoi contribue la généralisation de l'optique « projet », censée éviter le financement de dépenses de fonctionnement récurrentes.

« [Nous sommes] de plus en plus submergés par les tâches administratives : un questionnaire Jeunesse et Sports, un autre questionnaire pour la DDASS, un autre questionnaire pour la CPAM... pour un même programme. [On envoie] des exemplaires de projets identiques d'un ministère à l'autre » Association, Finistère.

Les associations, mettant en avant la continuité de leurs actions et le caractère pluriannuel de la programmation de l'État, souhaiteraient des financements programmés de façon pluriannuelle en fonction d'objectifs portant sur l'ensemble de leur activité dans un champ donné (contrats d'objectifs et de moyens).

Le paiement d'une subvention n'est en général reçu qu'en novembre pour les actions de l'année écoulée, ce qui pose des problèmes de trésorerie et des incertitudes sur la pérennité de certaines actions.

Les critères de répartition par département des financements de la MILDT sont obscurs pour les chefs de projet interviewés.

Une des utilisations attendues de cette évaluation portait, selon le cahier des charges, sur les critères de financement des départements. Les critères actuels et des propositions de nouveaux critères ont été testés ci-après.

**Q 21 - Plusieurs critères sont actuellement utilisés par la MILDT pour attribuer des enveloppes financières départementales. Parmi eux, lesquels jugeriez-vous les plus pertinents ?**

	Nombre de citations	Dont en 1 <sup>er</sup>
Les statistiques liées à l'usage nocif de drogues illicites	24	11
Les décès par alcoolisme et cirrhose	19	10
Les décès par des maladies liées au tabagisme	7	2
La population de 12 à 25 ans	29	20

Source : *Evalua, 2001*

**Q 22 - Et parmi les critères suivants, lesquels vous semblent aussi pertinents pour guider l'allocation des enveloppes financières départementales par la MILDT ?**

	Nombre de citations	Dont en 1 <sup>er</sup>
La population vivant en zone urbaine	11	10
Le nombre de projets produits en réponse aux appels à projets	18	8
Les accidents de la route liés à l'alcool ou à la drogue	24	12
Le nombre de dépistages positifs de conduite sous l'emprise de l'alcool	11	4
Aucun de ceux-là, les critères actuels sont suffisants	5	5

Source : *Evalua, 2001*

Les accidents de la route liés à l'alcool ou à la drogue apparaissent comme un critère important pour les chefs de projet, ce qui est cohérent avec l'importance qu'ils accordent au problème de l'alcool.

Second critère souvent cité, le nombre de projets produits en réponse aux appels d'offres. Un chef de projet précise : « Conforme aux orientations de la MILDT. » Ce critère est ainsi justifié :

*Il est particulièrement délicat de promouvoir une démarche de prévention au plan départemental, puis lancer un appel à projets et se trouver finalement contraint de devoir opposer des refus de financement à des acteurs locaux au seul motif de l'insuffisance de crédits. Ce phénomène est tout à fait démotivateur. »*

Pratiquement aucun autre critère n'a été proposé en complément de ceux cités. Seul un critère a été mentionné comme alternative au critère des décès par des maladies liées au tabagisme, il s'agit d'une « meilleure prise en compte de la consommation de tabac chez les 12-25 ans ».

**La clarté des orientations nationales et de la documentation est très appréciée**

Sur 42 répondants, 21 chefs de projet ont déclaré que la « clarté des orientations nationales ont permis de travailler efficacement », contre deux estimant que « les contradictions relevant du niveau national ont fait obstacle à une stratégie départementale claire ».

Cette clarté du message de la MILDT s'exprime en premier lieu dans la documentation.

En effet, la totalité des personnes interviewées connaissent et apprécient la clarté et le message du petit livre blanc *Savoir plus, risquer moins*.

Le site internet de la MILDT est perçu comme une « mine d'informations ». Le nouveau site grand public « Savoir plus, risquer moins » est également apprécié pour son contenu<sup>23</sup>. Toutefois, tous les chefs de projet n'ont pas encore accès au Web de leur bureau, ce qui rend hasardeuse une stratégie de diffusion « tout Web ».

La diffusion de la documentation semble efficace dans les réseaux associatifs, notamment à travers les CIRDD. Une personne travaillant au contact des jeunes en milieu festif n'avait cependant pas connaissance de certaines brochures (le « *flyer* » pour le tabac et l'*ecstasy*).

Un spécialiste des outils de prévention souhaiterait une plus grande diffusion d'outils plus interactifs comme les CD-ROM.

Si le contenu des orientations nationales est clair, il reste des incertitudes terminologiques qui traduisent un certain flottement.

■ Quant à l'approche « programme » elle-même, aussi bien au plan national que départemental :

Le terme « plan triennal » utilisé à la place du « Programme départemental », ce qui provoque des confusions entre le plan national et le plan départemental :

« Vous parlez de « plan triennal » au niveau national ? Ça je vais vous dire que je ne l'ai jamais vu. » Médecin inspecteur récemment entré en fonctions, DDASS.

Dans le Finistère, le « Plan départemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances » est par exemple cité par le PRAPS comme Programme départemental de lutte contre la drogue et la toxicomanie<sup>24</sup>.

Le chef de projet a pour mission de décliner le plan national en programme départemental...

■ Quant aux termes « drogues et dépendances », qui focalisent le message sur l'addiction et son aspect sanitaire, au détriment de problèmes jugés importants par les chefs de projet (risques liés à la consommation excessive d'alcool et perte de l'attention, i.e. accidents de la route ; tabagisme « endémique » ; banalisation du cannabis, etc.) et d'autres substances psychoactives qui ne sont pas appelées couramment « drogues ».

23. Quelques problèmes techniques (liés semble-t-il à l'utilisation d'animations Flash®) ont empêché certains d'entrer dans le site.

24. Cité en page 94 du rapport relatif au PRAPS (mais le nom correct est donné p. 95).

## La procédure de validation MILDT contribue à la confiance accordée aux documents locaux

La validation nationale par la Commission de validation des outils de prévention est la procédure utilisée pour assurer de la cohérence et une vision commune dans les messages de prévention. Elle contribue à la clarté des orientations nationales, susmentionnée.

De nombreux « outils » sont créés par les associations locales qui entendent par cette voie faire connaître leur existence aux usagers. La procédure semble assurer globalement un filtrage efficace et les outils « validés » obtiennent chez les acteurs une confiance équivalente à celle des outils directement élaborés par la MILDT (l'OFDT, le CFES...).

La procédure de validation déçoit cependant les associations qui se voient refuser leur outil. Ils attendent des experts composant la Commission qu'ils motivent et expliquent davantage les raisons pour lesquelles leur outil a été refusé. Ils voient dans cette procédure une occasion pour la MILDT d'être pédagogique et de bien faire comprendre son message à ceux qui ne l'auraient pas saisi ou ne se l'auraient pas approprié.

Cette remarque confirme également l'intérêt pour une diffusion large des supports de prévention et des méthodes de prévention, et pour l'évaluation de l'impact des méthodes de prévention.

L'information sur les outils de prévention, validés par la MILDT, semble en effet insuffisante pour les personnes rencontrées. La page web sur le site de la MILDT présentant la liste des outils validés est peu connue.

Certains outils locaux (prospectus, brochures...) n'ont pas vocation à être généralisés au niveau national. Leur validation à travers une commission locale est envisagée positivement par certains interviewés. Le niveau national peut certes craindre dans ce cas une disparité des messages entre les départements.

## Les formulaires et les outils de gestion suscitent diverses insatisfactions

### Les formulaires APPRE

Le formulaire APPRE de demande de subventions est utilisé pour la procédure d'appel à projets. Dans le cas du département de l'Oise, l'utilisation du formulaire APPRE ancienne formule (le même que pour « l'état des lieux — prévention », donc un formulaire lourd) peut être rapprochée de la faible publicité donnée à la procédure et du petit nombre de dossiers remplis.

Il existe une insatisfaction certaine des chefs de projet vis-à-vis des formulaires utilisés pour les demandes de subvention (ce qui ne dit pas précisément quels formulaires ils utilisent). Dix-sept chefs de projet contre un déclarent que « la complexité des formulaires freine l'expression de projets » (cf. supra, tableau 20). Cependant, treize chefs de projet contre onze estiment que « les outils disponibles la MILD'T permettent de clarifier les objectifs et les méthodes des actions financées ».

Un chef de projet précise par rapport à cette question :

<b>Q 16 b - Parmi les points suivants, quels aspects caractérisent le plus la prévention des dépendances dans le département ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
L'annualité des financements explique la faible quantité d'actions pluri-annuelles	19	10
Le chef de projet a les moyens d'assurer un suivi simple des actions de prévention	15	10
La plupart des actions financées ne font pas l'objet d'une évaluation car les porteurs d'actions se sentent démunis dans ce domaine	21	8
Les outils disponibles de la MILD'T (pour les demandes de subventions ou l'élaboration de projet ou la validation des outils de prévention) permettent de clarifier les objectifs et les méthodes des actions financées	13	11

Source : *Evalua, 2001*

« L'actuelle fiche APPRE – simplifiée par rapport à la première – comporte des redites et n'aide pas suffisamment les promoteurs d'action à élaborer leur projet (moins pédagogique que la première) et n'aide pas assez le financeur à évaluer la pertinence, cohérence de l'action. »

Ce constat sur le formulaire de demande de subvention est sans doute à nuancer étant donné que certains départements (c'est le cas de l'Oise parmi les quatre départements visités) peuvent utiliser encore l'ancienne version du document APPRE qui cumulait la fonction de demande de subvention avec celle d'état des lieux.

Les réserves sont beaucoup plus claires et fortes concernant le questionnaire

APPRE « État des lieux – prévention » utilisé pour le « bilan<sup>25</sup> ». Il est fréquemment jugé trop long, trop lourd pour une seule action ou un seul type d'actions, et trop cadré et quantitatif (donc superficiel par rapport aux détails, nuances ou précisions que les acteurs aimeraient apporter pour expliquer les fondements de leur approche). Les acteurs ne s'y reconnaissent pas et envoient leurs propres rapports d'activité au chef de projet pour expliquer, parfois de façon plus approfondie, leurs activités.

Il est fréquent que les associations, en particulier les CSST, réalisent des enquêtes locales par questionnaire et tiennent des statistiques de fréquentation pour leurs bilans d'activité. Ces rapports d'activité sont la plupart du temps élaborés pour l'ensemble de leurs financeurs sans distinction. Dans un département, par exemple, le chef de projet partage leur point de vue et ne les incite pas à remplir le document APPRE. La sous-utilisation du questionnaire « APPRE-état des lieux » et l'absence de données APPRE sont manifestes dans le CD-ROM accompagnant le rapport de l'OFDT *Indicateurs et tendances 2002*.

Ce constat de désaffection du questionnaire remet en cause son efficacité, et incite à repenser l'adéquation entre l'objectif de ce questionnaire et sa forme actuelle.

S'ils regrettent l'inflation de formulaires administratifs et de dossiers de projets, les chefs de projet sont demandeurs de documents professionnels :

- supports et outils pour les interventions de prévention,
- outils d'évaluation de l'impact des méthodes de prévention (18 « oui » contre 4 « non » au tableau 16B).

## LES FORMATIONS DÉLIVRÉES DANS LES DÉPARTEMENTS VISITÉS

Dans le présent rapport d'évaluation, l'évocation des formations est limitée à la question de leur lien avec la démarche des programmes départementaux de prévention et l'impact de la coordination locale sur les formations qui ont eu lieu<sup>26</sup>.

L'organisation de nombreuses séances de formation et d'information à un large public est un facteur essentiel de diffusion d'une culture commune et de réussite de la construction d'un partenariat autour du chef de projet.

25. Fréquemment perçu par les interviewés comme un questionnaire « d'évaluation », ce dernier est en fait conçu pour permettre l'observation (quantitative) des pratiques de prévention, au niveau local et national, et pour constituer un moteur de recherche accessible au grand public.

26. Une autre évaluation, consacrée à la formation interministérielle, est actuellement pilotée par l'OFDT.

La connaissance du contenu de la démarche MILDT est un préalable à des collaborations transversales d'acteurs ne partageant pas forcément les mêmes référentiels d'action, notamment auprès de ceux appartenant à d'autres dispositifs. Le département des Pyrénées-Atlantiques place ainsi la formation au rang de « véritable fondement d'un programme départemental de prévention cohérent<sup>27</sup> ».

Dans les quatre départements décrits ci-après, le degré de réalisation de formations est variable.

### Bouches-du-Rhône

Le CPDD ou son adjoint ont fait des interventions dans les instances CLS, contrats de ville. Toutefois, aucune formation interministérielle n'a eu lieu. L'adjoint au chef de projet attribue cela au manque de crédits de formation interministérielle et il n'est pas informé par le SGAR sur ce sujet.

Au sein de l'Éducation nationale, des formations sont prévues en direction des proviseurs dans un premier temps.

### Pyrénées-Atlantiques

Le CPDD et le PDP font de la formation « le véritable fondement d'un programme départemental de prévention cohérent ». Le plan de formation arrêté par le programme comprend quatre actions :

- Une formation destinée aux institutions membres du comité de pilotage départemental (police, gendarmerie, DDPJJ, DDASS, DDJS, inspection académique, représentants des autorités judiciaires si elles le souhaitent) et aux acteurs de prévention (CPAM, Centres de santé, service de promotion de la santé en faveur des élèves à l'Éducation nationale, les médecins du travail, les médecins inspecteurs régionaux du travail, les associations des élus du sud du littoral, les deux chargés de mission du contrat de ville, le personnel du service de médecine préventive universitaire, le CLOUS, des médecins hospitaliers ou libéraux membres des réseaux ville-hôpital, les CSST, le CDPA, le CODES, les associations spécialisées).
- Une formation destinée aux centres, organismes, professionnels, bénévoles, non-spécialistes de problèmes de drogues.

27. L'évaluation en cours sur la formation interministérielle apportera des réponses systématiques sur la qualité de ces formations.

- Une formation destinée aux responsables des établissements scolaires du second degré, et aux CESC volontaires.
- Une information des médecins, généralistes ou relevant de certaines spécialités (gynécologie, pneumologie...).

Ces formations sont assurées par un prestataire extérieur (AFRESC) intervenant également dans d'autres départements. Le premier volet a été réalisé. Le deuxième et le troisième sont en développement.

**Le contenu de ces formations.** Selon un participant travaillant dans un CSST, ces formations sont appréciées, mais il appellerait cela plus de « l'information » que de la « formation ». Il s'agit avant tout d'informer sur le contenu du plan triennal, le message de la MILDT, la démarche du PDP et les acteurs du département, que de faire des formations pointues aux méthodes de prévention. Aussi, les formations sont « pluridisciplinaires » dans la mesure où elles intègrent les messages pluridisciplinaires de la MILDT, tout en restant trop « superficielles » pour rendre compte de la pluridisciplinarité.

### Finistère

Le programme départemental de formation consacre une place importante aux actions de formation. Celles-ci sont principalement ciblées sur l'Éducation nationale, couvrant de l'ordre de la moitié des établissements du secondaire, avec 4 à 15 personnes formées par établissement. Ces formations sont assurées par des intervenants extérieurs.

### Oise

Des actions de formation, systématiquement interministérielles (multiservices) ont été financées dans la continuité de ce qu'organisait la DDASS depuis plusieurs années. La même formatrice (Lia Cavalcanti) a été sollicitée.

Le contenu de ces formations est très largement conforme aux orientations du plan triennal<sup>28</sup>. Elles visent en outre à maintenir « en réseau » les participants.

Les formations suscitent des avis relativement unanimes et homogènes, témoignant de l'installation de la « culture commune ». Plusieurs interviewés regrettent cependant que, tout en formant aux réalités des drogues et dépendances, et à l'écoute des personnes concernées, ces sessions mettent peu l'accent sur le « comment prévenir » et valorisent peu l'abstinence ou l'arrêt de la consommation (pas d'interventions de personnes anciennement dépendantes...).

28. Remarque issue des appréciations des évaluateurs, et non du questionnaire auprès des chefs de projet.

Plusieurs intervenants espèrent et estiment que ces formations seront désormais étendues « en interne » dans les différentes administrations.

### **ARTICULATION AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS CONTRACTUELS ET DE PLANIFICATION**

L'analyse de contenu des PDP ne permet pas de conclure à l'effectivité de l'articulation entre les dispositifs publics et la démarche de programmation départementale « drogues et dépendances ». En effet, cette articulation dans les programmes est parfois citée, suivie éventuellement d'une énumération de dispositifs publics, mais rien ne permet de comprendre de quelle articulation il s'agit et si elle est effective.

D'après l'enquête qualitative de terrain, le fonctionnement des autres réseaux des politiques publiques joue un rôle important. En effet, le travail de connaissance réciproque des acteurs et de coordination se tient parfois dans d'autres lieux de coordination<sup>29</sup> : groupes de travail ou comités de pilotage d'autres dispositifs publics comme les PRS, PRAPS, contrat de ville, CLS, et dernièrement Schéma départemental d'éducation à la santé. Ces rencontres sont autant d'occasion d'échanger sur des dossiers liés aux substances addictives en dehors du cadre des PDP.

Les référents de chaque service déconcentré se retrouvent régulièrement dans ces différents lieux de coordination. Selon l'enquête quantitative, dans une large mesure, « les personnes qui ont travaillé sur le programme départemental sont en général les mêmes que sur les autres dispositifs » :

#### **Q 15 - Le « Programme départemental de prévention » prend place parmi un grand nombre de dispositifs contractuels locaux, départementaux, régionaux. Comment se présente l'imbrication entre ces dispositifs ?**

La prévention « drogues et dépendances » n'est pas concrètement abordée par les autres dispositifs	9	5
Pour ce qui concerne la prévention « drogues et dépendances », les autres dispositifs renvoient au Programme départemental ou aux orientations de la MILDT	23	14
Les personnes qui ont travaillé sur le programme départemental sont en général les mêmes que sur les autres dispositifs	30	21
Le chef de projet drogues et dépendances est cité, dès qualités, dans les autres documents contractuels	9	3

**Source : Evalua, 2001**

29. Cf. présentation des quatre départements de l'enquête de terrain, page 29.

En règle générale, l'inclusion des référents de chaque dispositif dans les groupes de travail d'élaboration du PDP a permis de réfléchir en commun et de faciliter l'effectivité des articulations. Certains interviewés ont néanmoins regretté la multiplication de réunions de coordination qui prennent trop de temps sur l'action. En d'autres termes, l'existence de ces lieux de coordination apporte de la cohérence à défaut d'efficience.

Ces autres réseaux de politiques publiques ne pourraient cependant pas remplacer complètement la coordination spécifique issue de l'élaboration du PDP, dans la mesure où ces instances sont rarement aussi larges que les groupes de travail du PDP : ils couvrent rarement tout le département, tous les secteurs et toutes les approches existantes (éducation à la santé, soins, application de la loi, etc.). Ils ne comprennent que des « noyaux durs » de personnes présentes dans la plupart des réunions, autour desquelles gravitent des personnes plus périphériques, spécifiques à chaque réseau.

Afin de prendre en compte la diversité des situations départementales, ces observations générales sur l'inscription de la démarche « PDP » dans les autres réseaux de politiques publiques peuvent être nuancées selon chaque dispositif public.

L'effectivité de l'articulation du Programme drogues et dépendances avec un autre dispositif dépend en grande partie des fonctions du CPDD et de son adjoint éventuel.

Lorsque celui-ci est directeur de la DDASS, les dispositifs sanitaires (PRS, PRAPS) comportent au minimum une référence à la MILDT et à la conformité au plan triennal, et en général des actions axées sur le soin aux alcooliques et toxicomanes, presque jamais pour les sevrages tabagiques. En revanche, les dispositifs CLS ou Ville restent plus souvent à l'écart. Parfois le CPDD a fait néanmoins la démarche de contacter les différents référents et de présenter la démarche de la MILDT et du PDP lors de participations à des réunions d'information.

À l'inverse, lorsque le CPDD est membre du corps préfectoral, l'articulation avec les CLS, les conseils communaux (ou départementaux) de prévention de la délinquance (CCPD), les Contrats de Ville, ou les plans d'actions de sécurité routière est beaucoup plus aisée. Le correspondant à la DDASS est souvent chargé de faire l'articulation avec les dispositifs sanitaires.

Les guichets de financement, issus des dispositifs contractuels ou non, liés de façon plus étroite à la politique de la MILDT sont ceux des services déconcentrés de l'État (dont la DDASS), suivis de ceux des Programmes régionaux de santé (cités fréquemment en premier), de la Politique de la Ville, de l'Assurance maladie, des PRAPS. Le guichet du conseil général n'est cité que huit fois au même

niveau que les Contrats locaux de sécurité. Les programmes de lutte contre les exclusions ne semblent jouer qu'un rôle mineur (même s'ils sont cités deux fois en premier), de même que le PDI, les mutuelles de santé, et les communes (lorsque celles-ci s'impliquent dans ce domaine).

**Q 14 - Hormis les crédits MILDT, quels sont les 3 principaux guichets qui financent des actions de prévention « drogues et dépendance » ?**

	Nombre de citations	Dont en 1 <sup>er</sup>
PRS	19	10
PRAPS	15	6
Contrats Locaux de Sécurité	7	2
Politique de la Ville	19	6
Programme départemental d'insertion (RMI)	5	1
Programmes de lutte contre les exclusions	2	2
Assurance maladie	17	8
Mutuelles de santé	4	0
Communes	6	0
Conseil général	8	2
Services déconcentrés de l'État	21	7

Source : *Evalua, 2001*

Les départements visités dans l'enquête qualitative nous permettent de tirer les constats suivants pour chaque dispositif ci-dessous.

**Pas d'articulation avec les contrats éducatifs locaux (CEL)**

L'articulation avec les CEL n'est pas effective pour l'instant dans les départements visités.

Ce ne sont en général pas les mêmes personnes qui s'occupent des CEL et de la question de la prévention des drogues et dépendances, et la coordination entre eux semble absente ou faible. Les DDJS nous ont paru plus sensibles à l'incorporation dans les CEL des problématiques de la prévention des comportements de consommation de substances addictives que les acteurs rencontrés à l'Éducation nationale. Les techniciens en charge du dossier à l'Éducation nationale ne partici-

pent en général pas à la vie des Contrats éducatifs locaux, et aucune réunion sur ce sujet ne semble avoir eu lieu entre les différentes personnes en charge. Nos demandes des documents de contrat éducatif local aux Personnes ressources « MILDT » de l'Éducation nationale les ont parfois mis en contact pour la première fois.

Pour certains acteurs, ce manque d'articulation est dû à la jeunesse des dispositifs « CEL » et de leur application dans toutes les communes, au manque de moyens fournis par l'Éducation nationale pour leur concrétisation, au grand nombre d'acteurs à inclure et à la lourdeur de la démarche, et parfois à la difficulté de parler aux élus de la vision globale de la consommation de substances psychoactives (notamment à propos de comparaisons entre les effets du cannabis illicite et de l'alcool licite). Ce dernier constat se retrouve pour d'autres acteurs dans le cas des CESC.

**Bonne articulation avec les programmes de santé (PRS, PRAPS)**

1) L'articulation avec les programmes régionaux de santé (PRS) est effective dans les quatre départements visités lorsque ceux-ci concernent l'alcool ou les jeunes. Dans ces cas, les acteurs participant aussi au PDP se recoupent en partie.

Dans le cas du PRS Alcool de la région Aquitaine, les acteurs des PDP se retrouvent : la DDASS, le CDPA, le CODES, la CPAM, etc. Le programme reprend les termes d'usage, d'usage nocif ou d'abus, et de dépendance et les applique aux acteurs concernés. Ses six axes stratégiques sont : « Agir sur les modes de consommation ; développer une démarche de promotion de la santé et d'éducation pour la santé ; réduire l'usage à risque et/ou nocif par un repérage précoce suivi d'un conseil minimal ; améliorer l'accès aux soins de qualité pour ceux qui en ont besoin ; développer la compétence des intervenants, professionnels et bénévoles ; mieux évaluer l'évolution des besoins et les interventions mises en œuvre. »

Dans le cas du PRS Jeunes utilisé dans le département des Bouches-du-Rhône, les institutions départementales représentées étaient l'Éducation nationale, la DDASS, la CPAM, les hôpitaux publics, l'Union des maires, et la DDJS (qui a en fait peu participé). Ces acteurs ont contribué à l'élaboration du PDP. Le PRS jeunes ne comporte pas de volet « toxicomanie » en tant que tel, mais traite néanmoins de la prévention des conduites à risques dans les Points écoute jeunes et dans les établissements scolaires. Pour ces derniers, la stratégie locale dans l'Éducation nationale est la même : éviter les interventions ponctuelles pour ancrer les actions de prévention dans les projets d'établissements.

Le Finistère a deux volets de PRS liés aux « drogues et dépendances » : le PRS « Cancer » et le PRS « Alcool »<sup>30</sup>. Il a été un temps envisagé d’élargir ce dernier en un volet « Addictions ». Certains professionnels ont obtenu qu’on en revienne à « Alcool » pour un meilleur ciblage et compte tenu du travail déjà fait sur ce volet. Le Programme départemental peut alors apparaître comme un complément, principalement orienté « toxicomanies », de ces volets du PRS. Il comprend six chapitres de taille inégale :

- connaître, savoir et comprendre (1 point) ;
- communiquer et informer : créer une culture de référence fiable sur la drogue (1 point) ;
- systématiser la prévention et élargir son champ tout en rappelant les interdits posés par la loi (22 points) ;
- la formation (5 points) ;
- accueillir, orienter, soigner, insérer (14 points) ;
- coordonner au plan local (1 point).

Le PRS Alcool dans le Finistère, décliné au niveau départemental avec des groupes de travail, apparaît même pour un acteur comme un « télescopage » avec la démarche PDP.

Le PRS Jeunes dans l’Oise semble également cohérent avec le PDP<sup>31</sup>.

2) L’articulation avec les PRAPS est plus difficile à percevoir. Dans le cas du Finistère, cependant, l’intégration du PDP avec le PRAPS est quasi parfaite. Un texte identique est utilisé dans les deux documents, qui renvoient l’un à l’autre, alors même que l’échelle géographique est différente.

### Articulation variable avec les dispositifs de sécurité publique (CLS) et les Contrats de ville

La lutte contre la drogue et la prévention des dépendances est de plus en plus incluse dans les CLS ou dans les Contrats de ville, suite à des interventions des chefs de projet dans les instances de ces dispositifs. Parfois, cette question est traitée au sein d’un chapitre prévention de la délinquance des mineurs où elle fait l’objet d’un très court paragraphe « lutte contre les toxicomanies ». La plupart du temps (sauf dans les grandes villes ou certaines villes particulièrement impliquées),

30. Ainsi qu’un PRS sur les tendances suicidaires.

31. Nous en attendons communication.

ce qui est dit est trop général pour pouvoir en conclure que le contrat va au-delà des déclarations d’intention. Les CLS approchent la toxicomanie en particulier sous l’angle de la réduction de l’offre, très rarement sous l’angle sanitaire.

Par exemple, le CLS de la Ville de Bayonne, cible « l’absence de sentiment de culpabilité lié à la consommation des drogues douces, l’apparition des polytoxicomanies les associant aux médicaments et à l’alcool [qui] obligent à une action préventive qui associe divers intervenants ». « *Les chefs d’établissements scolaires sont prêts à s’impliquer dans une action et une réflexion communes avec la magistrature et les services de police, les institutions ou les associations spécialisées, les structures de loisirs et de vacances, mais aussi les transports publics, la Société de transports de l’Agglomération bayonnaise en l’occurrence, qui dispose de sa propre cellule de sécurité et connaît bien les lieux, les heures et les motifs de comportements délictueux.* » « *Naturellement, les services de douane conservent leur pleine compétence dans la lutte contre le trafic de stupéfiants et assureront leur concours.* »

Le contrat peut reprendre des titres du plan triennal témoignant de son adéquation avec celui-ci. Par exemple, le Contrat de ville de Quimper dans sa fiche programme « prévention de la délinquance et tranquillité publique 2000-2003, n° 1.5 lutter contre les toxicomanies et l’alcoolisme » reprend l’axe « systématiser la prévention et élargir son champ d’investigation par une approche plus pragmatique des toxicomanies et ce, en rappelant les interdits posés par la loi », « mener une politique volontariste en la matière par des actions de communication, d’information, de formation et la constitution de réseaux ».

Certaines villes ont visiblement des démarches déjà avancées depuis longtemps.

C’est le cas dans le Contrat de ville de Marseille, qui inclut au chapitre « prévention de la délinquance », la « prévention des toxicomanies : une démarche globale articulant lutte contre l’offre, prévention et prise en charge sanitaire et sociale des usagers et de leurs proches ».

De même, le Contrat local de sécurité de Marseille inclut dans ses approches thématiques, la « lutte contre la toxicomanie » consommation de substances psychoactives » avec des volets prévention (à chaque fois structuré en problématique, instruments existants, propositions), prise en charge, lutte contre l’offre, « diminution des conséquences de la consommation sur l’environnement et renforcement de la capacité de résistance de tolérance du tissu social ». Le CLS est même assorti de fiches-action incluant : une « démarche concertée de programmation stratégique en matière de prévention des usages de drogues » pilotée par le Comité d’orientation et de pilotage Sida et Toxicomanie ville de Marseille ; le renforcement du travail de proximité auprès des usagers de drogues (projet innovant d’équipes de rue

constituées par des emplois jeunes destinés à améliorer les contacts avec les usagers de drogues les plus marginalisés socialement) ; un observatoire local des toxicomanies ; la gestion des nuisances liées à la consommation de substances psychoactives sur les microterritoires.

Les CLS du département des Bouches-du-Rhône (Châteaurenard, Aubagne, Port-Saint-Louis, Allauch-Plan de Cuques, Gardanne, Arles) incluent tous un volet toxicomanie (Points écoute, interventions dans les classes, centres d'information, parfois injonction thérapeutique, mais pas de prise en charge sanitaire).

Cependant, ces exemples dans les Bouches-du-Rhône, relativement approfondis, sont à rapporter aux fonctions du chef de projet, sous-préfet à la ville et de son adjoint, chargé des CLS sur le département, et leur facilité à articuler ces contrats avec la « démarche PDP ».

### **Le champ de la prévention recoupe celui des Plans départementaux d'actions de sécurité routière**

L'articulation avec les PDP n'est pas toujours formalisée dans ce plan. Il peut l'être dans le cadre des CLS. Dans le cas des Bouches-du-Rhône, le service Sécurité routière est au même étage que celui de l'adjoint au chef de projet, qui gère les CLS du département. En coopération avec le syndicat des exploitants de discothèques, des simulateurs de conduite ont été installés dans des discothèques et des alcootests sont remis à l'entrée. Les gendarmes restent parfois à la sortie des établissements afin de donner des conseils et de ne pas laisser partir les jeunes en état d'ébriété.

## **L'IMPACT DES PROGRAMMES DÉPARTEMENTAUX DE PRÉVENTION SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET L'EFFICACITÉ DE LA PRÉVENTION**

### **ÉVOLUTION DES PRATIQUES DE PRÉVENTION DES « SPÉIALISTES » DE LA PRÉVENTION**

#### **La cohérence entre orientations officielles et pratiques spécialisées est accrue**

L'appropriation des orientations nouvelles par les « spécialistes » de la prévention est, globalement, immédiate et excellente. Un très bon accueil est fait au rapport Parquet, au plan triennal (moins connu semble-t-il), et globalement à la MILDT :

*« J'espère que le successeur à la MILDT (et le deuxième [c'est-à-dire le prochain] plan triennal) ne va pas changer d'orientations. C'est la première fois qu'elles sont excellentes »* Association CSST.

Les « « spécialistes » y retrouvent en fait les orientations sur lesquelles ils travaillaient déjà : focalisation sur le public jeune ; politique de réduction des risques dans les lieux festifs ; développement des lieux d'accueil et d'écoute<sup>32</sup>...

*« Il n'y a pas de grands axes révolutionnaires. C'est plus le partenariat et la tentative de culture commune qui est plus important que le contenu lui-même. C'est la mécanique : ça a mobilisé 150 à 200 personnes »* Association CSST.

32. L'élargissement de l'horizon de la prévention aux produits licites, point important du plan triennal, n'est pas spontanément cité par les acteurs spécialisés de la prévention comme une de leurs orientations antérieures. Il ne s'agit guère en effet d'une orientation opérationnelle pour chacun d'entre eux pris individuellement (tel formateur antidrogue des forces de l'ordre, par exemple, intervenait toujours dans une approche « produits illicites »). Mais cela recoupe l'approche par public, en particulier l'approche « globale » du public jeune.

Mais la démarche a donné une reconnaissance gouvernementale à ce qui était en place et, ainsi, favorisé le rapprochement et le dialogue entre acteurs, notamment parmi les acteurs les plus proches de l'État.

*« La prévention a pris un essor conceptuel... et d'organisation important depuis qu'il y a la MILDT, le plan triennal et l'animation de Mme Maestracci : une assise conceptuelle fondée sur des bases scientifiques, une organisation autour du CPDD. Avant, la prévention, on en faisait de façon émiettée » CPDD.*

*« Le plan a eu le mérite de structurer. La politique est beaucoup plus lisible pour eux, pour les partenaires. Ce n'est pas forcément du nouveau, à part le CIRDD [d'ailleurs non encore opérationnel dans ce département] » CPDD.*

Ces deux éléments forts ont, l'un une conséquence plus institutionnelle, l'autre plus opérationnelle.

La reconnaissance, l'encouragement officiel à développer une approche des substances fondée sur leur nocivité et la dépendance qu'elles suscitent, plus que sur leur caractère licite ou non, tend à « réconcilier » les praticiens avec l'institution étatique. Plus banallement, les documents réalisés dans ce cadre sont plébiscités (documents produits par la MILDT et procédure de validation par la MILDT).

Le dialogue accru entre institutions est notamment de nature à faciliter l'approche « tous produits », surtout parmi les spécialistes « drogues » et « alcool ».

Outre la démarche elle-même et le dialogue accru, l'existence d'un programme publié est une composante importante de l'approche du chef de projet, comme le montre *a contrario* le cas de l'absence de programme.

Dans les Bouches-du-Rhône, l'inexistence d'un programme publié handicape la visibilité du dispositif départemental.

Ainsi, le chef de service prévention de la CPAM, qui n'avait pas participé personnellement à l'élaboration du programme au sein des commissions thématiques, n'avait jamais entendu parler d'un programme ou d'un schéma départemental de prévention, bien qu'il participe au comité de pilotage du CIRDD et connaisse le CPDD à travers le réseau Toxicomanie de la Ville de Marseille.

La Mission Sida et Toxicomanie de la Ville de Marseille avait élaboré une charte, suite à une démarche de programmation stratégique en matière de prévention des usages de drogues : « Vers une prévention concertée des usages de drogues », approuvée par la présidente de la MILDT. Du fait du commencement d'une démarche plus large de programmation départementale cette charte en est restée à ce stade. La publication du PDP était fortement attendue par la ville de Marseille pour concrétiser ces orientations concertées et travailler sur des bases communes formalisées.

La publication d'un programme apporte donc les vertus de la formalisation écrite, c'est-à-dire un document de référence, de mémoire collective, facilitant ainsi la communication.

Des écarts se maintiennent, témoignant des objectifs différents des institutions quand elles abordent le champ de la prévention.

En matière de politique pénale, les difficultés d'articulation entre répressif et soins ne sont pas résolues (nous renvoyons à l'évaluation en cours des Conventions départementales d'objectifs Justice-Santé – CDO, à paraître en septembre 2003).

Les difficultés de coordination proviennent aussi de l'indépendance des pouvoirs : les parquets et les juges ne sont pas sous la dépendance des préfets et ne sont donc, pas plus que les collectivités locales ou les associations, intégrés de droit dans les comités de pilotage. Ils sont aussi souvent multiples et indépendants les uns des autres (trois parquets dans l'Oise par exemple).

Cependant, la situation semble évoluer, lentement, dans le sens d'un dialogue accru.

Concernant l'Éducation nationale, l'évolution des pratiques professionnelles dépend moins du Programme départemental que des orientations de l'inspecteur d'académie ; les « spécialistes de la prévention » (personnes-ressources, coordination des CESC, médecine scolaire, parfois tous confondus) sont dans une position hiérarchique modeste par rapport aux chefs d'établissements. Les vecteurs d'action sur les pratiques sont la formation des enseignants et la pression à la généralisation des CESC dans les établissements scolaires.

Les orientations de la MILDT sont largement appréciées, et sa documentation destinée aux jeunes est utilisée sans réserve. Cependant, ces orientations satisfont globalement plus la filière « soins » (CSST), qui peut même demander d'aller plus loin (désriminalisation du cannabis), que la sphère « prévention » : un certain nombre d'interlocuteurs (réseau CRES/CODES, PJ...) ont des réserves par rapport à un discours purement informatif et souhaitent que soit transmis un message plus positif, plus affirmatif sur les comportements à adopter.

En ce sens, on peut penser que la diffusion des nouvelles orientations, à travers la démarche des PDP, a fait mûrir le débat entre acteurs.

*« [On peut parler] d'un débat renouvelé. Ça n'a pas mobilisé (plus) les gens qui avaient envie de faire de la prévention (mais) le discours change petit à petit (...) ça a fait évoluer un peu le débat dans le bon sens » Oise.*

Concernant les CPAM, il y a autant d'échos positifs que négatifs quant à leur intégration dans la démarche collective et leur adhésion à la culture commune. Plusieurs semblent rester attachées à l'approche par produit, et essentiellement à la prévention de l'alcool et du tabac :

« [Une association qui était financée par la DDASS doit maintenant l'être par la CPAM mais celle-ci] refuse de payer s'il ne s'agit pas exclusivement d'alcool ou de tabac » Selon une association du Finistère.

La coordination des budgets MILDT par le seul chef de projet à partir de 2002<sup>33</sup>, devrait être, en principe, de nature à accroître la cohérence des actions financées et surtout l'efficience de la procédure d'instruction.

Les commanditaires de l'évaluation se sont également interrogés sur l'existence éventuelle d'un « effet-levier » des crédits MILDT sur d'autres sources de financement.

De fait, la fonction d'animation « drogues et dépendances » du CPDD peut le conduire à cofinancer des actions « toxicomanie », voire à faire financer ces actions par d'autres sources de financement que les crédits de la MILDT lorsque ceux-ci sont insuffisants :

« C'est le cas d'un dispositif mené par un CSST qui comprend cinq communes. Le dispositif touche des fonds de droit commun de la DDASS [plusieurs lignes], de deux contrats de ville, de deux CLS, et chaque commune finance sur ses fonds propres » Adjoint à un chef de projet.

Dans les cas de cofinancement, il est toujours difficile de dire lequel des financeurs a eu un effet-levier sur l'autre. On peut toutefois attester de façon assez solide l'existence de deux éléments composant bien un mécanisme de « levier ».

Le *leadership* méthodologique et/ou managérial du chef de projet (ou des collaborateurs qu'il mobilise) facilite la mobilisation de financements autres sur des actions de prévention « drogues et dépendances ».

Ce *leadership* du chef de projet est d'autant plus facilement accepté qu'il est accompagné d'un budget propre, donc d'une capacité de redistribution vers les autres institutions et administrations (à travers les projets qu'elles soutiennent).

### Les pratiques professionnelles des « spécialistes » évoluent, mais les programmes départementaux en sont peu la cause

En fin de compte, le discours et les budgets du PDP ont-ils eu un impact sur les pratiques professionnelles de ces acteurs – les dizaines, au plus les centaines, de « spécialistes » dans chaque département ?

33. D'un point de vue central parisien, cette évolution peut être définie comme une déconcentration vers les départements, de crédits revenant auparavant à différents ministères. D'un point de vue local, il s'agit plutôt d'une centralisation, par le chef de projet, de crédits alloués auparavant à différentes Directions départementales. Le terme « déconcentration » n'a sans doute jamais été employé par les interviewés dans les départements.

La prise en compte par un panel plus large d'institutions, de la politique de réduction des risques en sites festifs, fait parfois espérer aux associations qui interviennent sur ces sites des financements accrus (Oise).

La couverture de ces événements est déjà bien assurée dans les Pyrénées-Atlantiques ; ailleurs, l'obtention de financements dans le cadre du PDP ne semble pas évidente :

« Depuis fort récemment, je suis référent sur la question des lieux festifs... qu'on a beaucoup de mal à investir : on a les entrées [relations avec les organisateurs] mais plus les bras ! [peu de personnel disponible pour intervenir au petit matin] » Association gérant des CSST.

L'évolution des acteurs spécialisés « drogues » ou « alcool » vers une approche « tous produits » peut être particulièrement efficace en prévention secondaire/tertiaire, c'est-à-dire dans la prise en charge des usagers polyconsommateurs – avec des limites, car le public type des consultations d'alcoologie n'est pas celui des stands implantés sur les rave-party.

La prise de distance par rapport à chaque produit est également revendiquée par les acteurs « éducation », dont certains vont jusqu'à une approche non centrée sur les produits ou la dépendance, mais sur la santé et l'autonomie – en particulier pour l'éducation à la santé à l'école primaire.

En revanche, cette approche conduit à situer la prévention à un niveau si général – lutter contre le mal-être des adolescents... – qu'elle est pauvre en termes de messages concrets. Si ceux-ci s'articulent sur des situations tangibles, ces situations renvoient à des produits, usages et dangers particuliers. L'articulation entre prévention concrète et approche « tous produits » n'est pas toujours évidente pour les évaluateurs. Cela s'est traduit dès la préparation de l'évaluation, par une difficulté à tirer du plan triennal des indicateurs de réalisation concrets dont on puisse vérifier le niveau dans chaque département...

Le fonctionnement en réseau produit, au-delà de quelques actions communes (expérimentation autour du CESC d'Orthez dans les Pyrénées-Atlantiques), une coordination entre structures qui est de nature à favoriser des actions concertées, notamment en prévention « réactive » (orientation d'un demandeur vers le spécialiste du produit qui le préoccupe...). On y reviendra *infra* (page 88).

Cependant, ce type de fonctionnement est soupçonné par certains acteurs (participants à des réseaux) de réunionnité :

« On crée beaucoup d'équipes de liaisons, quand on regarde de près, elles [ne] relient rien du tout, elles sont leur raison d'être en soi » Association gérant des CSST.

La formation est parfois jugée trop descriptive ou conceptuelle, pas assez mobilisatrice ou opérationnelle.

Ces deux dernières difficultés renvoient au caractère peu opérationnel, peu « proactif », du discours national sur la prévention, à l’exception de ce qui concerne la réduction des risques auprès des personnes dépendantes :

*« [Ça tient à ce] qu'il n'y a pas de modèle de prévention, pas de modèle de référence. (...) [On a la] maladie très française [de dire] « ne pas s'attaquer aux effets, s'attaquer aux causes », comme les causes sont très difficiles à cerner il faut beaucoup de réunions pour constater qu'on ne sait pas faire »*  
Association gérant des CSST.

C'est néanmoins à ce discours national, autant qu'à la programmation départementale, qu'est attribué un rôle décisif dans le rapprochement des pratiques professionnelles :

*« Les choses bougent quand même : le rapprochement entre professionnels spécialisés, la prise en compte d'une politique de prise en charge des conduites addictives... Le petit bouquin a bien marché [Savoir plus, risquer moins] »* CPDD.

Ceci est à rapprocher de la « clarté des orientations nationales » retenue par les chefs de projet comme facteur de succès de la programmation départementale. Les orientations sont claires à un niveau suffisamment général pour une meilleure coordination des institutions au sommet (ce qui se produit effectivement à la suite de la démarche de programmation). Elles ne sont pas assez opérationnelles pour une évolution des actions pratiques de prévention ou pour des décisions fortes dans ce domaine – comme en témoignent les réponses des chefs de projet.

#### **DIFFUSION DES PRATIQUES DE PRÉVENTION AUX PERSONNES EN CONTACT QUOTIDIEN AVEC LES JEUNES**

#### **On peut identifier plusieurs mécanismes de diffusion des messages vers les personnes au contact des jeunes**

*« – [Quels changements observez-vous dans le département depuis 2-3 ans en termes de pratiques de prévention ?]*

*– En termes de pratiques proprement dites, euh... fff... hein... je veux dire, euh... je vois pas grand... »* Oise.

Comment les messages sur la prévention, que se sont appropriés les comités de pilotage départementaux et les professionnels spécialisés, sont-ils diffusés en direction des personnes en contact quotidien avec les jeunes ?

On peut repérer les mécanismes suivants :

- amorces de diffusion à l’occasion d’événements (colloques, « grandes-messes ») ;
- formations intraminiestrielles (sur budget propre) réalisées avec le même contenu que les formations interministérielles sur budget MILDT (exemple des infirmières scolaires, Oise ; projet pour l’Éducation nationale, Pyrénées-Atlantiques) ;
- formations de petits nombres de personnes réparties géographiquement, en espérant un effet boule de neige sur leurs collègues. Exemple, formation touchant par exemple 9-15 personnes par établissement du MEN (Finistère) ;
- les discussions en CESC<sup>34</sup>, lesquels associent « aux membres de la communauté éducative, les élèves, les parents et les partenaires extérieurs ». Les drogues et dépendances semblent constituer le sujet qui motive le plus les CESC, avec ou après la violence.

L’Éducation nationale apparaît comme l’endroit au sein duquel les mentalités évoluent le plus, mais l’institution reste dépendante de la bonne volonté des chefs d’établissements. La démarche de coordination départementale ne joue en elle-même qu’un rôle mineur dans cette évolution (à en juger par « l’opacité » dont beaucoup d’acteurs continuent à taxer l’Éducation nationale), évolution qui provient plutôt de relations « bilatérales » locales et d’une démarche institutionnelle du ministère. Mais ces changements internes à l’institution sont plus ou moins pilotés par le niveau national et académique, en cohérence avec le plan triennal et les Programmes départementaux.

*« On fait plusieurs formations sur les établissements de Morlaix : des groupes d’analyse des pratiques, un suivi plus ou moins régulier à partir de cas concrets (...) tous les mois et demi pendant deux heures. C'est très utile, ça fait évoluer le regard des professeurs sur les élèves, ils sont moins exclusivement centrés sur les notes. Et ça met les adultes de l’établissement en réseau »* Finistère.

34. Au plan national, deux tiers des collèges et lycées ont un CESC à la rentrée 2001. Source : [www.eduscol.education.fr/D0004/r\\_cesc.htm](http://www.eduscol.education.fr/D0004/r_cesc.htm)

Deux questions se posent :

- quantitativement, quelle proportion de personnes contactées réellement ? Dans une optique de prévention, l'objectif ne peut guère être inférieur à 100 %,
- qualitativement, le message reçu leur permet-il d'être plus efficace pour la prévention des drogues et dépendances ?

### **La diffusion quantitative des messages progresse, mais la plupart des milieux « éducatifs » restent difficiles à pénétrer**

Le sujet reste globalement peu prioritaire pour le corps enseignant, car pas au programme et indépendant des disciplines. Il est, selon certains interviewés (information non systématiquement vérifiée), absent de la formation initiale en IUFM.

Les proviseurs et les adjoints ont l'impression d'être surinformés, les professeurs restent encore sous-informés, (Finistère).

Mais il se manifeste un intérêt croissant en formation continue : par exemple, il y a une demande « très lourde » des enseignants à la CPAM, qui n'a pas d'éducateurs ni de psychologues à leur envoyer (Finistère).

Dans les associations sportives, il y a une forte proportion de bénévoles, peu formés et peu disponibles pour l'être, en dehors des techniques propres à leur discipline.

La situation est différente pour les associations « d'éducation populaire » qui ont un important personnel salarié, plus facile à réunir et à former. Mais la proportion des jeunes à avoir un contact durable avec ces associations est sans doute très minoritaire et en diminution.

Les préoccupations des élus locaux, voire des parents, peuvent être bien différentes de celles du plan triennal : en premier lieu barrer la route aux produits illégitimes. Les produits licites ne sont pas le sujet : ne pas « parler d'alcool à des enfants », (Finistère). On peut modéliser cette réaction comme une reproduction du modèle de la génération précédente, tolérant malgré leur effet sanitaire et social négatif connu la combinaison alcool + tabac, associée à une connotation « virile », modèle excluant le cannabis.

On observe, dans les quatre départements, très peu de collaborations avec des municipalités à l'exclusion des grandes villes (Brest, Marseille...). Certaines villes moyennes diffusent un discours plus « injonctif » non conforme à la culture commune (Oise), tandis que les petites municipalités seraient plus demandeuses d'annonces de répression plus fermes, de présence renforcée des forces de l'ordre, que d'un discours « relativisant » ou « éducatif » qui renvoie une partie de la responsabilité sur les parents et les adultes du lieu, (Oise). Une exception est constituée par le regroupement de sept communes du sud du Pays basque, qui bénéficie d'un financement sur crédits MILDT.

Le dispositif ne prévoit aucune formation pour les élus locaux. Les mécanismes de financement de ces formations d'élus ne semblent pas connectés aux financements MILDT.

Très peu de choses sont prévues pour les parents ; ceux-ci sont jugés peu accessibles : « Ne viennent que ceux qui sont informés. » (Finistère).

*« Les parents ne viennent pas dans les établissements scolaires, sauf les délégués »* Finistère.

On espère atteindre les parents par le biais des « associations d'aide à la parentalité », (Oise). Mais ne risquent-elles pas de toucher essentiellement les parents dans des situations problématiques, sans efficacité pour la prévention de l'usage des substances psychoactives ?

Ainsi des Points écoute ouverts initialement à destination des jeunes, qui ont attiré essentiellement des parents (Oise), ou des professionnels de la jeunesse<sup>35</sup>. Cependant, leur attrait pour les parents n'est pas acquis : un Point écoute a ainsi fermé faute de fréquentation. Un cycle de réunions semble mieux fonctionner, (Finistère).

Concernant la « prévention par les pairs », on peut l'analyser comme balbutiante ou simplement absente. Dans les réponses des chefs de projet au questionnaire de fin d'enquête :

- parmi cinq réponses possibles, « l'implication directe de jeunes dans des actions de communication sur la prévention » n'est jamais citée en premier comme caractérisant « particulièrement ce qui est fait en prévention dans le département », et une fois sur neuf en second,
- parmi onze types d'acteurs, « les jeunes » ne sont jamais cités comme « les mieux placés pour prévenir l'usage de drogues et la dépendance dans la jeunesse », et une fois sur quinze en second ou troisième.

Cela est peut-être à relier au fait qu'aucune autonomie<sup>36</sup> n'est reconnue par la culture de l'administration d'État, en matière de prévention, à des jeunes des classes

35. L'évaluation de CATALYS Conseil sur 12 sites d'accueil et d'écoute en Bretagne, à la demande de la DRASS (mars 2000), indique que « les parents se dirigent de plus en plus vers les lieux destinés aux jeunes. De même, certaines structures sont de plus en plus souvent contactées par les professionnels de l'éducation » (source PRAPS, 2000, p. 156). S'agit-il d'une évolution ou d'une constante ? Le SATO (Oise) faisait le même constat après l'ouverture de son premier lieu d'écoute dans les années 1970.

36. Nous parlons bien d'autonomie : capacité d'établir ses propres règles (ses propres normes de comportement « sain », par exemple) ; non d'indépendance par rapport aux adultes, ce qui n'a pas de sens pour des personnes légalement mineures.

ses d'âge concernées : leur éventuelle capacité d'initiative doit s'exercer dans un cadre étroitement balisé par les éducateurs, les chefs d'établissements, etc.<sup>37</sup>.

Q 4 - Ce qui caractérise particulièrement ce qui est fait en prévention dans le département, c'est :	Nombre de citations	Dont en 1 <sup>er</sup>
La formation des adultes au contact des jeunes, pour qu'ils réagissent de façon pertinente en cas de demande ou de problème rencontré par un jeune	24	15
Des interventions dans les classes, touchant une forte proportion des scolaires, pour les informer et les sensibiliser sur les produits, leurs usages et leurs dangers	37	24
Des services d'accueil et d'écoute dont bénéficie la masse des consommateurs des produits dangereux, pour limiter leurs effets négatifs potentiels sur la santé	12	5
L'intervention d'anciens usagers qui viennent parler de leur expérience vécue devant les jeunes et discuter	0	0
Des actions de réduction des risques en milieu festif	3	1
L'implication directe de jeunes dans des actions de communication sur la prévention	8	0

Source : *Evalua, 2001*

### Quid de l'adéquation des messages, aux besoins des personnes au contact avec les jeunes ?

Au plan qualitatif, la question serait : les messages promus par les programmes départementaux de prévention sont-ils adaptés et utilisables par la masse des personnes au contact avec les jeunes ? Les indications dont disposent les évaluateurs sont ici parcellaires, surtout du fait du peu de messages conçus spécifiquement pour ces personnes dans les Programmes départementaux<sup>38</sup>.

37. Même dans l'action expérimentale nationale de prévention par les pairs, « Les élèves, acteurs de prévention », à la fin des années 1990, qui est apparue très encadrée par la hiérarchie de l'Éducation nationale à tous les niveaux : [www.eduscol.education.fr/D0004/r\\_cesc.htm](http://www.eduscol.education.fr/D0004/r_cesc.htm).

38. Un livret de prévention en cours d'élaboration par la MILDT se centre sur la personne et le rôle de « l'éducateur », appelé à prendre en compte la personnalité et la vie du jeune dans son ensemble ; mais qui peut se reconnaître dans cette situation ? Qui est « éducateur » ?

En-dehors des professionnels intervenant en milieu fermé, voire des « conseillers d'éducation », les seuls « éducateurs » vérifiant cette définition sont les parents. Et ce livret n'est pas destiné (ni dans son intention ni dans son contenu) aux parents.

En termes de mode d'intervention en prévention, les interventions associant plusieurs institutions semblent se répandre. Sans être une suite directe du Programme départemental, elles sont, clairement dans certains cas, facilitées par les relations de partenariat et la communication accrue entre les acteurs. Ainsi, dans le Finistère, avec l'association APICA, l'intervention se déroule en trois séquences : la psychologue aborde les problèmes de l'adolescence ; le gendarme rappelle la loi ; le directeur de l'association, ancien héroïnomane, témoigne.

Le tabac est le parent pauvre de la prévention, alors que le faible délai entre son premier usage et la dépendance, devrait en faire une cible prioritaire de la prévention primaire (et qu'il vient en n° 2, avec le cannabis, comme substance la plus préoccupante aux yeux des chefs de projet). Les personnes au contact des jeunes semblent avoir du mal à se mobiliser sur des actions de prévention sur le tabac :

« *Le tabac, ça dérange car tous fument* » Finistère.

Les messages diffusés reflètent plus, selon certains, les inquiétudes des adultes que les questions des jeunes :

« *On constate un décalage entre l'angoisse et les interrogations des adultes, et la demande des ados, qui touche à leurs relations, à leurs parents, leurs amis, leur sexualité, leur avenir, la pression scolaire qui pèse sur eux. Ils prennent du cannabis pour se déstresser, pour pouvoir dormir* » Finistère.

Sans que l'on puisse attribuer ce décalage à la démarche PDP, il est probable que cette démarche soit de nature à l'aggraver plus qu'à le résoudre. En effet, de façon générale, la concertation entre institutions (comitologie) tend davantage à produire des discours acceptables par chacune d'entre elles, que des discours innovants pour répondre aux attentes de cibles précises.

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

---

### CONCLUSIONS ÉVALUATIVES

Ces conclusions évaluatives résument et reformulent le contenu du rapport, par rapport aux objectifs opérationnels figurant dans le cadre logique défini, à l'occasion de l'évaluation, par son cahier des charges. Ce cadre logique fait correspondre à des objectifs opérationnels, des critères d'évaluation plus complets.

Nous donnons ici, sans rappeler les éléments précédemment exposés, l'appréciation des évaluateurs sur l'atteinte de chacun de ces critères.

Objectifs opérationnels (effets attendus)	Critères d'évaluation	Appréciation des évaluateurs
Développer une démarche opérationnelle pour la mise en application de la politique (date d'application, bilans, objectifs quantifiés, etc.).	Pas de critères précisés par le cadre logique.	Les programmes ont en général très peu de caractère « opérationnel » au sens précisé par la parenthèse.
<b>Qualité (des actions de prévention)</b>		
... Encourager les initiatives de prévention permettant de...		
... Renforcer l'approche comportementale (plus axée sur les usages que sur les substances).	Prise en compte de toutes les substances psychoactives.	La programmation prend bien en compte toutes les substances. Les pratiques de préven-

Objectifs opérationnels (effets attendus)	Critères d'évaluation	Appréciation des évaluateurs
... Assurer la prévention liée à l'ensemble des substances psychoactives.	Prise en compte des divers types d'usages (usage nocif, etc.).	<p>tion primaire, secondaire, tertiaire évoluent bien en ce sens. La démarche de programmation joue bien en faveur de cette intégration. Son rôle propre peut être moindre que celui d'autres facteurs comme les orientations de la MILDT, connues par ailleurs, la documentation nationale (<i>Savoir plus, risquer moins...</i>), les évolutions de la culture professionnelle des acteurs « drogue » qui avaient parfois – pas partout – anticipé ces évolutions.</p>
... Développer le rôle de certains groupes d'acteurs dans la fonction de prévention (parents, enseignants, pairs).	Renforcement du rôle des parents dans la prévention.	<p>La démarche de programmation contribue à diffuser, aux niveaux de direction des services de l'État, une hiérarchie des priorités qui corresponde mieux à une hiérarchie des dangers pour les usagers, qu'à la simple lecture de la loi.</p> <p>À l'état d'intention non concrétisée, ou de façon très ténue.</p>

Objectifs opérationnels (effets attendus)	Critères d'évaluation	Appréciation des évaluateurs
		<p>Renforcement du rôle des enseignants dans la prévention.</p> <p>L'école est au centre des actions de prévention. La logique qui progresse reste celle de l'ouverture de l'école à des acteurs extérieurs (avec les CES). L'implication des enseignants est plutôt une affaire de demande de leur part, suite à des situations vécues (demande pour savoir comment réagir à ces situations), que de programmation départementale. Très peu d'actions de prévention sont conduites par des enseignants à leur propre initiative.</p>
		<p>Prévention par les pairs.</p> <p>[Il s'agit cependant d'un critère peu présent lors de la formulation du plan triennal].</p> <p>La prévention par les pairs est une notion pour laquelle on ne décèle pas de réelle perspective de concrétisation. L'expression même est souvent absente des programmes départementaux.</p>
		<p>... Encourager la réduction des risques sur les sites festifs.</p> <p>Démarche de réduction des risques sur les sites festifs.</p> <p>Ces actions se diffusent et font partie des thèmes débattus dans la démarche de programmation départementale, que celle-ci conduise ou non à leur affecter des crédits de prévention MILDT.</p>

Objectifs opérationnels (effets attendus)	Critères d'évaluation	Appréciation des évaluateurs
... Renforcer les approches de proximité en déclinant des objectifs spécifiques aux besoins locaux.		Si certains programmes départementaux sont simplement calés sur les objectifs MILDT, la plupart affichent des objectifs ou au moins des priorités locales répondant à des éléments connus de la situation départementale. La difficulté est dans la déclinaison de ces priorités en actions, chaque service restant dans ses missions habituelles, ou évoluant en fonction de directives nationales (Éducation nationale) plus que du diagnostic local. La modeste représentation des conseils généraux, porteurs potentiels de priorités départementales, peut contribuer à ce problème de déclinaison.
Encourager les initiatives de prévention prenant en compte la diversité des logiques de réponses professionnelles.	Approche globale et connaissance des politiques publiques ainsi que des dispositifs mis en place par les différents partenaires.	La connaissance réciproque des différentes institutions d'État est améliorée, au moins au niveau d'un cercle de personnes chargées par leur hiérarchie de gérer ces contacts horizontaux.
	Partenariat (État, collectivités locales, associations, organismes de protection sociale).	Les partenariats atteignant l'extérieur de l'appareil d'État sont plus rares qu'attendus. Les exceptions sont de nature bilatérale : par exemple, une grande ville – une direction départementale ; les DDASS d'une région – les CPAM de cette région.

Objectifs opérationnels (effets attendus)	Critères d'évaluation	Appréciation des évaluateurs
Coordonner la politique de formation destinée à ce public.	Formation des acteurs de prévention.	La formation s'est pour l'instant concentrée sur le petit milieu des « spécialistes » de la prévention dans différents services. Elle semble avoir eu des effets favorables pour la diffusion parmi eux de la « culture commune » (cf. évaluation spécifique à la formation). Elle ne semble pas avoir eu un fort contenu opérationnel ni beaucoup touché le public en contact habituel avec les jeunes – parents, enseignants, infirmières scolaires, etc.
	Connaissances et représentations des acteurs.	<i>Idem supra</i> : la « culture commune » se diffuse dans le petit milieu des « spécialistes » de la prévention dans différents services <sup>39</sup> . Elle se heurte à des conceptions très différentes dans certains milieux (parents, élus de certaines villes et villages...). Elle diffuse encore peu vers les éducateurs professionnels au contact des jeunes. En fait, cette diffusion a lieu <i>via</i> les supports créés au plan national et destinés aux jeunes, et <i>via</i> des contacts interindividuels, plus que de façon programmée au niveau départemental.

39. Utilisé au niveau national et, par commodité, dans l'évaluation, le terme « culture commune » lui-même ne fait guère partie du vocabulaire des acteurs départementaux.

Objectifs opérationnels (effets attendus)	Critères d'évaluation	Appréciation des évaluateurs
<b>Continuité (des actions de prévention)</b>		
Encourager les initiatives de prévention basées sur une définition construite de la situation initiale, les objectifs, la population cible, les modalités d'actions.	Développement de l'ingénierie de projet	L'ingénierie de projet semble « plâtrée » aux yeux de certains auteurs d'initiatives de prévention (formulaires lourds qui semblent apporter peu à ceux qui les remplissent). L'entrée par les pratiques professionnelles (métier) leur semblerait souvent plus pertinente que l'entrée par le concept de projet (transversal et abstrait). La déclinaison des programmes en projets (fiches actions personnalisées et datées) n'a lieu que marginalement. Le gros des actions figurant au programme relève des missions permanentes des institutions associées et non d'une logique de projet.
Encourager les actions inscrites dans le temps pour une répétition ou une complémentarité des messages de prévention.	Développement de la démarche de programmation dans les initiatives de prévention.	Ceci ne semble pas avoir lieu sauf exception. Quelques acteurs, en petit nombre, se posent la question.
Veiller à l'intégration de la question des substances psychoactives dans les dispositifs préventifs de la politique de la Ville (contrat de ville, CEL, CLS).	Intégration de la question des substances psychoactives dans les dispositifs préventifs de la politique de la Ville.	Les dispositifs « Ville » sont utilisés comme guichets pour financer des initiatives « prévention » ce qui prouve qu'ils sont ouverts à cette dimension. La prévention des drogues et dépendances est cependant, au plus, un point très marginal des documents « Ville ».

Objectifs opérationnels (effets attendus)	Critères d'évaluation	Appréciation des évaluateurs
Développer un partenariat du chef de projet dans ces dispositifs de politique de la Ville.	Décloisonnement des services.	Le chef de projet n'est pas présent ès qualité dans des dispositifs externes. En revanche, il l'est souvent en tant que représentant de la préfecture ou de la DDASS. Mais la démarche départementale va clairement dans le sens d'un décloisonnement des services.
Favoriser le développement des CESC		Le développement des CESC est réel, impulsé par le MENRT, cohérent avec les PDP. Ceux-ci ne sont cependant pas l'élément moteur de ce développement.
Développer la prévention dans tous les lieux de vie des jeunes.	Collaboration étroite avec les services déconcentrés de l'Éducation nationale et de la Jeunesse et des Sports.	La coordination MENRT-JS* autour du chef de projet a été améliorée par l'existence de la démarche départementale. Les actions de prévention communes à ces deux administrations sont en revanche rares ou rarissimes.
Meilleure accessibilité aux Points écoute.		Le diagnostic d'une mauvaise accessibilité à ces Points ne semble pas avoir été posé où que ce soit. Ils ne semblent pas non plus devoir être considérés comme un moyen de toucher un grand nombre de jeunes, <i>a fortiori</i> comme un « lieu de vie » de ceux-ci.

\* Services de l'État chargés de l'Éducation nationale et de la Jeunesse et des Sports

## RECOMMANDATIONS

L'évaluation met en lumière six éléments clés de succès dans la démarche des programmes départementaux de prévention « drogues et dépendances » :

- le nombre des actions de prévention ;
- la « culture commune », notamment parmi les personnes au contact des jeunes ;
- le partage par les acteurs départementaux des mêmes lignes stratégiques ;
- la capacité de gestion quotidienne dont disposent les chefs de projet ;
- les crédits « MILDT » pour le financement des projets locaux ;
- le rôle joué directement par la MILDT dans les départements.

Les recommandations suivantes visent à maintenir et étendre géographiquement les éléments qui semblent avoir bien fonctionné ; proposer des axes de travail complémentaires contribuant à la « qualité et la continuité des actions de prévention », « qualité et continuité » qui sont définies comme l'objectif d'impact intermédiaire des Programmes départementaux.

On trouvera en annexe à ce rapport, sous forme de tableaux de chiffres, le rappel des réponses des chefs de projet interrogés dans 40 départements, notamment les questions portant sur l'avenir et sur leurs recommandations : tableaux 17, 18, 18b, 23, 26, 27.

### Accroître les actions concrètes de prévention en mettant l'accent sur les acteurs et les institutions au contact des jeunes

N°	Recommandation	Argument du rapport	Réf.
R1	Accroître le nombre global d'actions de prévention, de façon à améliorer la couverture de la population cible et la répétition des messages <sup>40</sup> , ceci à travers un temps plus important	- Préconisation de nombreux chefs de projet de passer d'une démarche surtout institutionnelle à la mise en œuvre concrète.	p. 88, tableaux 5 et 6

40. La « répétition » croissante des messages serait, dans cette optique, source d'un besoin d'organisation accrue des messages (adaptation à l'âge, la situation...) et des rôles des intervenants, pour éviter une « répétitivité » certainement peu pédagogique. Dans la plupart des départements, ce problème ne se pose pas encore.

N°	Recommandation	Argument du rapport	Réf.
	accordé par les acteurs déjà au contact direct des jeunes (enseignants – notamment dans le cadre des CESC – clubs sportifs, parents <sup>41</sup> ).	- Les acteurs au contact habituel des jeunes sont les plus en mesure d'être efficaces en prévention.	
R2	Mettre davantage l'accent sur les méthodes concrètes de prévention, sur des cas réels d'actions de prévention réussies <sup>42</sup> , motivants pour les acteurs et les institutions.	- Demande des acteurs pour des méthodes de prévention concrètes, des outils de travail - Demande d'évaluation par les chefs de projet.	p. 83 ; tableau 23
R3	Diffuser de façon plus proactive et plus réactive (liste de diffusion par mail, journal de la prévention ...) les outils et les méthodes de prévention existants.	<i>Idem</i> R2, demande des chefs de projet.	p. 69 ; tab. 27
R4	Réaliser à travers l'OFDT des évaluations des méthodes et des actions de prévention, développer la recherche dans ce domaine, en diffuser les résultats.	<i>Idem</i> R2, demande des chefs de projet.	tableau 27
R5	Introduire pour la répartition des crédits, des « primes à la réussite » stimulantes pour les chefs de projet et comités de pilotage : par exemple le nombre de projets conformes aux orientations de la MILDT, produits en réponse aux appels à projets.	- Le système actuel n'encourage pas à une large publication des appels à projets. - Option fréquente des chefs de projet (questionnaire) pour ce critère.	p. 67, p. 71, tableau 22

41. Ceci ne conduit pas nécessairement à augmenter le budget alloué aux appels à projets.

42. Le lancement de la démarche « PDP » a permis, dans la grande majorité des départements, un élargissement du dialogue et du partenariat (cf. p. 47). Ceci a favorisé dans un bon nombre de départements une évolution des approches de prévention pronées par les différentes institutions (élargissement du raisonnement à d'autres produits). Pour sortir du niveau des principes et des comités de pilotage, et arriver à des conséquences concrètes sur les jeunes, il reste nécessaire de travailler plus sur les méthodes concrètes de prévention, en s'appuyant sur la coordination entre partenaires. (p. 83 ; cf. Q23).

N°	Recommandation	Argument du rapport	Réf.
R6	Mettre plus explicitement l'accent sur les produits qui apparaissent les plus préoccupants – notamment alcool et tabac – à l'image du nouveau nom de « Drogues Alcool Tabac Info Service » (et contrairement aux termes de « drogues et toxicomanies », « drogues et dépendances »).	- Ces produits sont considérés comme plus préoccupants par les chefs de projet. - Leur utilisation dans les appellations contribuerait à améliorer la lisibilité des orientations nationales.	p. 24 ; p. 69
R7	Motiver de façon plus explicite, pédagogique et approfondie des rejets d'outils de prévention par la Commission nationale des outils de prévention.	Éviter d'inhiber l'esprit d'initiative local en suscitant des frustrations.	p. 71

### Démultiplier la formation et les échanges au niveau des personnes au contact des jeunes

N°	Recommandation	Argument du rapport	Réf.
R8	Démultiplier les formations et les échanges au niveau des personnes au contact des jeunes (enseignants, PFAD et FRAD, personnel des associations spécialisées, parents, infirmières scolaires...).	La plupart des actions de formation qui ont eu lieu jusqu'à maintenant sont restées au niveau « interministériel », celui des relais « drogues et dépendances » au sein des institutions.	p. 88 en lien avec p. 73

### Susciter une large participation des acteurs départementaux à la démarche stratégique

N°	Recommandation	Argument du rapport	Réf.
R9	Généraliser dans tous les départements le principe d'une participation de tous les acteurs du département à la démarche stratégique <sup>43</sup> , afin de mieux assurer une culture commune.	Un rassemblement large des acteurs et leur participation à l'élaboration du Programme favorise l'appropriation d'une culture commune sur l'ensemble du département.	p. 64
R10	Informier plus précisément les préfets, les chefs de projet, les autres participants potentiels comme les conseils généraux... sur le rôle du comité de pilotage, de façon à éviter qu'il ne soit restreint aux administrations d'État.	Les comités de pilotage sont souvent restreints aux administrations, ce qui n'est pas forcément voulu par les textes, contrairement à ce que certains chefs de projet peuvent penser.	p. 45, 46 et 47
R11	Étendre les formations interservices aux départements qui n'en auraient pas encore organisé.	La connaissance du contenu des orientations et de la démarche est un préalable à des collaborations transversales.	tableau 26 ; p. 73

43. Il s'agit bien ici de la partie « stratégique » de la démarche : réflexion sur les enjeux pour le département et sur les priorités à se fixer. La « déclinaison » de cette stratégie en actions est difficile à mettre en musique dans des cercles trop larges.

## Assurer aux chefs de projet une capacité de gestion quotidienne des projets

N°	Recommandation	Argument du rapport	Réf.
R12	Continuer la délégation au chef de projet des crédits MILDT.	Facteur essentiel dans la capacité d'animation du réseau d'acteurs.	Tab. 26 ; p. 67 et 56 (4°)
R13	Maintenir la nomination comme chef de projet de personnalités de haut niveau décisionnel (quitte à ce qu'elles disposent de peu de temps pour cette mission).	Facteur essentiel dans la capacité d'animation du réseau d'acteurs.	p. 56 (3°)
R14	Assurer plus de « temps de personnes » au niveau de l'équipe autour du chef de projet : tâches administratives et financières de niveau « secrétariat », tâches de « catégorie B » pour la gestion des projets et l'organisation logistique de la concertation.	Veiller ainsi à la mise à disposition par le préfet des moyens humains suffisants pour les tâches administratives et financières du chef de projet, conformément à l'annexe 3 de la circulaire du Premier ministre du 13 septembre 1999.	p. 56 (1°), p. 56 (4°), Tab. 18 et Tab. 18b
R15	Clarifier les termes génériques utilisés pour les différents documents de programmation, y compris pour désigner la démarche elle-même (plan, programme, projet...).	Faciliter la mobilisation des acteurs et le positionnement du chef de projet.	p. 56, 69 et 86
R16	Simplifier le questionnaire APPRE (état des lieux-prévention).	Actuellement sous-utilisé.	p. 66 et 71
R17	Informier les trésoriers payeurs généraux sur les procédures de financement MILDT, certains chefs de projet rencontrant des difficultés à cet égard.	Souci important des chefs de projet, consommateur de temps.	p. 56 (1°), Tableau 18b, p. 67
R18	Informier les chefs de projet sur les critères d'allocation des crédits MILDT aux départements.	Pour une transparence plus grande et un meilleur dialogue.	p. 67

## Maintenir le niveau des crédits de financement de projets

N°	Recommandation	Argument du rapport	Réf.
R19	Maintenir le volume global actuel des crédits pour les projets locaux.	Le niveau actuel est satisfaisant.	p. 67 ; Tableaux 20, 17.
R20	Rendre possibles des contrats de financement pluriannuels pour les associations, contrats précisant à la fois les objectifs et les moyens.	Les financements à plus long terme amélioreraient la continuité et l'efficacité de la prévention.	p. 67, Tableau 17

## Maintenir l'apport de la MILDT aux chefs de projet et aux acteurs départementaux

N°	Recommandation	Argument du rapport	Réf.
R21	Poursuivre la communication des orientations nationales selon les modes actuellement en vigueur : outils nationaux (petit livre blanc), commission de validation, déplacements dans les départements, contacts avec les chefs de projet ...	La clarté des orientations nationales a permis une bonne appropriation du message « MILDT ».	p. 83 et 69

## RECOMMANDATIONS DÉFINITIVES DU COMITÉ D'ÉVALUATION ÉLARGI<sup>44</sup>

Les recommandations des évaluateurs ont été discutées en comité d'évaluation élargi à deux représentantes de la MLDT chargées des questions de prévention ainsi qu'au chef du Bureau de l'action sanitaire et sociale et de la prévention de la direction de l'enseignement scolaire (DESCO B4), son adjoint et une collaboratrice.

Cette réflexion concrétée a permis d'organiser les recommandations en cinq axes stratégiques afin de faciliter la prise de décision sur des réorientations ultérieures :

**- deux axes liés à la coordination de la politique départementale :**

- 1) Conforter une démarche stratégique cohérente ;
- 2) Renforcer la mise en œuvre de la programmation de la politique de prévention, en fonction des réalités locales (besoins, caractéristiques des publics) et des orientations nationales,

**- trois axes liés aux moyens qu'il serait pertinent de mettre en œuvre :**

- 3) Démultiplier la formation et les échanges au niveau des personnes au contact des jeunes ;
- 4) Assurer aux chefs de projet une capacité de gestion quotidienne des projets ;
- 5) Maintenir l'apport de la MLDT aux chefs de projet et aux acteurs départementaux.

Les recommandations ont également été hiérarchisées en trois niveaux de recommandations. Les diverses recommandations ne s'articulent pas exclusivement de façon linéaire : certaines s'entrecroisent, notamment celles relevant des moyens à mettre en œuvre. La numérotation des recommandations permet de suivre leur hiérarchisation et leurs interconnexions. On distingue onze recommandations stratégiques globales (R1 à R11), auxquelles correspondent des recommandations stratégiques intermédiaires (ex. : R1a et R1b) et des recommandations opérationnelles (ex. : R1a-op et R1b-op).

### 1) Conforter une démarche stratégique cohérente

Constats d'évaluation	Recommandations stratégiques globales	Recommandations stratégiques intermédiaires	Recommandations opérationnelles [opérateurs potentiels]
Réf. : pages 45,46 et 47 - Les comités de pilotage sont souvent restreints aux administrations, ce qui n'est pas forcément voulu par les textes, contrairement à ce que certains chefs de projet pensent.	R1. Susciter une large participation des divers acteurs départementaux à la démarche stratégique.	R1a. Réaffirmer, par voie d'une circulaire interministérielle, le rôle du comité de pilotage auprès des préfets et des chefs de projet et attirer l'attention de ces derniers sur la composition la plus représentative du comité, notamment concernant la participation des collectivités territoriales, des représentants des PRS, PRAPS, etc., de façon à ce qu'il ne soit pas restreint aux administrations d'État.	R1a-op Élaborer la programmation de la politique de prévention avec les conseils généraux et les principales collectivités locales, [Chefs de projet].
Réf. : Pages 29 et 64 - Un rassemblement large des acteurs et leur participation à l'élaboration du Programme favorise l'appropriation d'une culture commune sur l'ensemble du département	R1b. Généraliser dans tous les départements le principe d'une participation de tous les acteurs du département à la démarche stratégique <sup>45</sup> , afin de mieux assurer une culture commune.	R1b-op et R2a-op Convier les acteurs clés œuvrant directement ou indirectement dans le champs de la prévention (ex. : paroquets), institutionnels ou privés (associations), du niveau départemental ou régional, à participer à la définition des axes stratégiques de la politique de prévention des dépendances (et des usages abusifs), [Chefs de projet].	

45 Il s'agit bien ici de la partie «stratégique» de la démarche : réflexion sur les enjeux pour le département et sur les priorités à se fixer. La «déclinaison» de cette stratégie en actions est difficile à mettre en musique dans des cercles trop larges.

**2) Renforcer la mise en œuvre de la programmation de la politique de prévention, en fonction des réalités locales (besoins, caractéristiques des publics) et des orientations nationales**

Constats d'évaluation	Recommandations stratégiques globales	Recommandations stratégiques intermédiaires	Recommandations opérationnelles [opérateurs potentiels]
Réf. : page 88, tableaux 5 et 6 : - préconisation de nombreux chefs de projet de passer d'une démarche surtout institutionnelle à la mise en œuvre concrète. - Les acteurs au contact habituel des jeunes sont les plus en mesure d'être efficaces en prévention.	R3. Développer la programmation d'actions de prévention de façon à améliorer la couverture de la population cible ainsi que la répétition(2) et la cohérence des messages, notamment celles menées par les acteurs au contact permanent des jeunes (enseignants, CPE, infirmières scolaires - surtout dans le cadre des CESC - clubs sportifs, parents)(3), dans un espace-temps déterminé.  (2) La « répétition » croissante des messages serait, dans cette optique, source d'un besoin d'organisation accru des messages (adaptation à l'âge, la situation...) et des rôles des intervenants, pour éviter une « répétitivité » certainement peu pédagogique. Dans la plupart des départements, ce problème ne se pose pas encore. (3) Ceci ne conduit pas nécessairement à augmenter le budget alloué aux appels à projets. (3) Ceci ne conduit pas nécessairement à augmenter le budget alloué aux appels à projets	R3a. Intégrer les acteurs (adultes référents) jusqu'à présent peu ou moins investis dans la prévention.	R3a-op. Encourager le secteur associatif socio-éducatif, culturel et sportif, à s'engager dans des approches de prévention, par exemple sur le plan du repérage des consommations à risques et de l'orientation vers des structures d'aides adéquates, [Chefs de projet].  Mobiliser les parents sur la prévention des dépendances à travers des thématiques moins stigmatisantes et plus globales, pour lesquelles un plus grand nombre se sent concerné, ex. : les comportements ou les « transformations » sur la période de l'adolescence, [Chefs de projet].

**2) Renforcer la mise en œuvre de la programmation de la politique de prévention, en fonction des réalités locales (besoins, caractéristiques des publics) et des orientations nationales**

Constats d'évaluation	Recommandations stratégiques globales	Recommandations stratégiques intermédiaires	Recommandations opérationnelles [opérateurs potentiels]
Réf. : pages 24 et 69 - Ces produits sont considérés comme plus préoccupants par les chefs de projet. - Leur utilisation dans les appellations contribuerait à améliorer la lisibilité [clarification des discours] des orientations nationales.	R4. Mettre plus explicitement l'accent sur les produits qui apparaissent les plus préoccupants - notamment alcool et tabac - à l'image du nouveau nom de « Drogues Alcool Tabac Info Service » (et contrairement aux termes de « drogues et toxicomanies », « drogues et dépendances »).	R4a. Développer en outre les programmes de prévention sur la consommation de tabac (la prévention liée à l'alcool étant déjà intégrée dans de nombreux départements et réunissant des réseaux d'acteurs investis depuis longtemps).	R8 et R8c.

### 3) Démultiplier la formation et les échanges au niveau des personnes au contact des jeunes

Constats d'évaluation	Recommandations stratégiques globales	Recommandations stratégiques intermédiaires	Recommandations opérationnelles [opérateurs potentiels]
Réf. : Tableau 26 ; page73 La connaissance du contenu des orientations et de la démarche est un préalable à des collaborations transversales.	R5. Étendre les formations inter-services aux départements qui n'en auraient pas encore organisé.	Recommandation liée à R1b et R2.	[CPDD, CIRDD, Conseils généraux, services déconcentrés]
Réf. : page 88 en lien avec page 73 La plupart des actions de formation qui ont eu lieu jusqu'à maintenant sont restées au niveau « interministériel », celui des relais « drogues et dépendances » au sein des institutions.	R6. Démultiplier les formations et les échanges au niveau des personnes au contact des jeunes (enseignants, PFAD et FRAD, personnel des associations spécialisées, parents, infirmières scolaires...).	Recommandation liée à R3.	[CPDD, CIRDD, Conseils généraux, services déconcentrés]
Réf. : Tableau 27 Idem R2, demande des chefs de projet.	R7. Réaliser à travers l'OFDT et l'INPES des évaluations des méthodes et des actions de prévention, développer la recherche dans ce domaine, en diffuser les résultats.		[OFDT, INPES]

### 3) Démultiplier la formation et les échanges au niveau des personnes au contact des jeunes

Constats d'évaluation	Recommandations stratégiques globales	Recommandations stratégiques intermédiaires	Recommandations opérationnelles [opérateurs potentiels]
Réf. : page 83 ; tableau 23 page 69 : tableau 27  - Demande des acteurs pour des méthodes de prévention concrètes, des outils de travail, afin de sortir du niveau des principes.  - Demande d'évaluation par les chefs de projet.	R8. Mettre davantage l'accent sur les méthodes concrètes de prévention, sur des processus de prévention réussis, motivants pour les acteurs et institutions.	R8a. Recenser les actions ayant réussi (via APPRE et autres outils à disposition).  R8b. Constituer des groupes de régulation pour la formalisation méthodologique des projets et le suivi, de la conception à la mise en œuvre des actions.	[CIRDD]]  [CIRDD]]

#### 4) Assurer aux chefs de projet une capacité de gestion quotidienne des projets

Constats d'évaluation	Recommandations stratégiques globales	Recommandations stratégiques intermédiaires	Recommandations opérationnelles [opérateurs potentiels]
<p>Réf. : tableau 26 ; pages 56 et 67 (4°).</p> <p>- Facteur essentiel dans la capacité d'animation du réseau d'acteurs.</p> <p>Réf. : page 56 (1°), page 56 (4°), tableaux 18 et 18b</p> <p>- Veiller ainsi à la mise à disposition par le préfet des moyens humains suffisants pour les tâches administratives et financières du chef de projet, conformément à l'annexe 3 de la circulaire du Premier ministre du 13 septembre 1999.</p>	R9. Maintenir la nomination comme chef de projet de personnalités de haut niveau déci-sionnel (quitte à ce qu'elles dispo-sent de peu de temps pour cette mission).	R9a. Assurer plus de « temps de per-sonnes » au niveau de l'équipe autour du chef de projet : tâches administratives et financières de niveau « secrétariat », tâches de « catégorie B » pour la gestion des projets et l'organisation logistique de la concertation, [Préfet].	
	<p>R10. Développer les capacités de communication et d'instruction des dossiers des chefs de projet.</p>	<p>Cf. : R11c R11e R13a R13b R14a</p>	R10.op. Identifier les associa-tions agréées et habilitées, [CIRDD].

#### 5) Maintenir l'apport de la MILDT aux chefs de projet et aux acteurs départementaux

Constats d'évaluation	Recommandations stratégiques globales	Recommandations stratégiques intermédiaires	Recommandations opérationnelles [opérateurs potentiels]
<p>Réf. : tableau 26 ; page 67 et 56 (4)</p> <p>Facteur essentiel dans la capacité d'animation du réseau d'acteurs.</p> <p>Réf. : page 67 ; tableaux 20, 17.</p> <p>Le niveau actuel est satisfaisant.</p>	R11. Maintenir le niveau des crédits de financement de projets.	R11a. Continuer la délégation au chef de projet des crédits MILDT, [MILDT].	
		<p>R11b. Maintenir le volume global actuel des crédits pour les projets locaux, [MILDT].</p>	
		<p>R11c. Clarifier auprès des trésoriers payeurs généraux les circuits de finan-cement MILDT et les procédures facil-iatrices de mise en œuvre des actions de prévention, dont la pluriannualité des financements.</p>	
<p>Réf. : page 56 (1°), tableau 18b, page 67</p> <p>Souci important des chefs de projet, consommateur de temps.</p>		<p>R11d. Développer des contrats préci-sant à la fois les objectifs et les moyens à mettre en œuvre au vu des objectifs.</p>	[Chefs de projet]

### 5) Maintenir l'apport de la MILDT aux chefs de projet et aux acteurs départementaux

Constats d'évaluation	Recommandations stratégiques globales	Recommandations stratégiques intermédiaires	Recommandations opérationnelles [opérateurs potentiels]
Réf. : page 67, tableau 17. Les financements à plus long terme amélioreraient la continuité et l'efficacité de la prévention.		R11e. Informer les chefs de projet sur les critères d'allocation des crédits MILDT aux départements.	R11e-op. Affiner les critères d'allocation adoptés pour les prochains exercices budgétaires en prenant en compte les indicateurs suivants : accidents dus à la conduite sous l'emprise de l'alcool (si faisable) et le nombre de projets suscités par l'appel à projets de l'exercice précédent, [MILDT, OFDT].
Réf. : page 67 Pour une transparence plus grande et un dialogue meilleur.			
La clarté des orientations nationales a permis une bonne appropriation du message « MILDT ».	R12. Poursuivre la communication des orientations nationales selon les modes actuellement en vigueur : outils nationaux (petit livre blanc), commission de validation, déplacements dans les départements, contacts avec les chefs de projet...		

### 5) Maintenir l'apport de la MILDT aux chefs de projet et aux acteurs départementaux

Constats d'évaluation	Recommandations stratégiques globales	Recommandations stratégiques intermédiaires	Recommandations opérationnelles [opérateurs potentiels]
Réf. : page 71 Les associations qui se voient refuser leur outil attendent des experts composant la Commission qu'ils expliquent davantage les raisons pour lesquelles leur outil a été refusé. Elles voient une occasion pour la MILDT d'être pédagogique et de bien faire comprendre son message à ceux qui ne l'auraient pas saisi ou ne se l'auraient pas approprié.	R13. Éviter d'inhiber l'esprit d'initiative local en suscitant des frustrations.	R13a Motiver de façon plus explicite, pédagogique et approfondie les rejets d'outils de prévention par la Commission nationale de validation des outils de prévention.	[MILDT]
Questionnaire APPRE (état des lieux-prévention) actuellement sous-utilisé.		R13b. Simplifier le questionnaire APPRE (état des lieux-prévention) en associant à la démarche les partenaires institutionnels au niveau national.	[MILDT, OFDT, Ministères, CIRDD]
	R14. Faciliter la mobilisation des acteurs et le positionnement du chef de projet.	R14a. Clarifier les termes génériques utilisés pour les différents documents de programmation, y compris pour désigner la démarche elle-même (plan, programme, projet...).  R14b. Clarifier les modes de diffusion et de remontée d'information des divers questionnaires adressés aux porteurs d'actions de prévention.	[MILDT]  [MILDT, Ministères]

## ANNEXE

## ABRÉVIATIONS

---

AFRESC	Action formation recherche en santé communautaire
AMPT	Association méditerranéenne de prévention de la toxicomanie
ANPA	Association nationale de prévention de l'alcoolisme
ANRS	Agence nationale de la recherche sur le Sida
APPRE	Actions et programmes de prévention - recensement
BDPJ	Brigade de prévention de la délinquance juvénile
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CCAA	Centre de cure ambulatoire en alcoologie (ex-CHAA)
CCPD	Comité communal de prévention de la délinquance
CDO	Convention départementale d'objectifs
CDPA	Comité départemental de prévention de l'alcoolisme
CEL	Contrat éducatif local
CEMEA	Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active
CESC	Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CFES	Comité français pour l'éducation à la santé (nouvellement INPES)
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIFAD	Centre interministériel de formation anti-drogues
CIRDD	Centre d'information et de recherche sur les drogues et les dépendances
CLS	Contrats locaux de sécurité
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé

CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	MENRT	Ministère de l'éducation nationale, de la recherche et de la technologie
CPDD	Chef de projet « Drogues et dépendances »	MILAD	Mission de lutte anti-drogue
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie	MILD'T	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies
CRES	Comité régional d'éducation pour la santé	OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
CSST	Centre spécialisé de soins pour toxicomanes	PDI	Plan départemental d'insertion
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales	PDP	Programme départemental de prévention « drogues et dépendances »
DATIS	Drogues alcool tabac info service (ex DIS)	PFAD	Policiers formateurs antidrogues
DDJS	Direction départementale de la jeunesse et des sports	PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
DDJS	Direction départementale de la jeunesse et des sports	PRAPS	Programmes d'accès à la prévention et aux soins
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle	PRS	Programmes régionaux de santé
DESCO	Direction de l'Enseignement Scolaire	PTE	Projet territorial de l'État
DGS	Direction générale de la santé	RESEDA	Réseau d'éducation à la santé pour l'écoute et le développement de l'adolescent
DIV	Délégation interministérielle à la ville	SATO	Service d'aide aux toxicomanes de l'Oise
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales	TPG	Trésorier payeur général
ETP	Equivalent temps plein	URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
FNPEIS	Fonds national de prévention et d'éducation et d'information sanitaire		
FRAD	Formateur Relais Antidrogue		
FSE	Fonds social européen		
IDF	Ile-de-France		
ILIAD	Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions		
INPES (ex CFES)	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé		
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques		
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale		
InVS	Institut de veille sanitaire (ex-RNSP)		
IREB	Institut de recherches scientifiques sur les boissons		
IREMA	Institut de recherche et d'enseignement des maladies addictives		
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres		
MEN	Ministère de l'éducation nationale		

**NOTES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## NOTES

## NOTES

**OFDT**

Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
105, rue La Fayette  
75010 Paris  
Tél : 33 (0)1 53 20 16 16  
Fax : 33 (0)1 53 20 16 00  
courrier électronique : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

**Evalua**

Midi-Pyrénées (siège social) :  
Tél. : 33 (0) 5 61 76 89 30  
Fax : 33 (0) 5 61 76 89 32  
[midip@evalua.com](mailto:midip@evalua.com)  
Place d'En Sérié  
F 31810 Clermont-le-Fort

Ile-de-France :  
Tél. : 33 (0) 1 30 76 00 40  
Fax : 33 (0) 1 30 76 06 40  
[idf@evalua.com](mailto:idf@evalua.com)  
5-7, boulevard Jeanne d'Arc  
F 95100 Argenteuil  
[www.evalua.com](http://www.evalua.com)

**Citation recommandée**

LEFEBVRE-NARÉ (F) et al., *Évaluation des programmes départementaux de prévention - Plan triennal de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 120 p.

---

Maquette et mise en page : Frédérique Million / Adaptation : Sylvie Allouche

Photographie en couverture : Isabelle Rozenbaum (Photo Alto)

Impression : Imprimerie Masson - 69 rue de Chabrol - 75010 Paris