

Feuille de route régionale Auvergne Rhône-Alpes MILDECA 2019-2022

I. Contexte et diagnostics :

I.1 Contexte territorial

Concernant la population générale de la région, selon le *Baromètre santé 2014*, dernier recensement connu, la population des 15 - 64 ans ne se démarque pas du reste du territoire national en matière de conduites addictives contrairement aux adolescents, dont la situation sera décrite plus bas.

Ainsi 27% de la tranche d'âge déclaraient fumer quotidiennement contre 27,9% sur le reste du territoire national, 18 % d'usages réguliers contre 18,1 % au regard de l'alcool, et 1 % contre 1,8 % concernant l'usage quotidien de cannabis.

Les addictions avec ou sans substances n'en représentent pas moins en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France un problème de santé publique majeur aux impacts multiples, pluridimensionnels à la fois sanitaires, économiques, sociaux et humains.

En région Auvergne-Rhône-Alpes (*chiffres INSEE 2016*), 400 000 personnes vivent dans les 140 quartiers de la politique de la ville. Quatre habitants de ces territoires urbains sur dix ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté c'est-à-dire avec moins de 990 € par mois pour une personne seule. En France métropolitaine, 14,3 % de la population se situe sous ce seuil contre 12,3 % pour la région qui fait partie des moins touchées par la pauvreté derrière la Bretagne, les Pays de la Loire et le Centre-Val de Loire.

La Haute-Savoie (9,5 %) et la Savoie (9,9 %) sont les départements les moins touchés.

Les habitants des territoires sont confrontés à des difficultés d'insertion sur le marché du travail concomitantes à un manque de formation et de qualification. Dans la région, la quasi-totalité des quartiers se distinguent par leur forte densité en logements sociaux : plus de quatre pour cinq ménages résidents. Ainsi, de nombreuses familles ayant des enfants à charge s'installent dans ces quartiers et la moyenne d'âge est plus jeune que dans les autres territoires urbains de la région.

Les deux tiers de la population des QPV d'Auvergne - Rhône-Alpes se trouvent dans les quatre principales agglomérations (Lyon, Grenoble, Saint-Étienne et Clermont-Ferrand). Toutes les grandes villes de plus de 100 000 habitants ont au moins un quartier concerné, à l'exception d'Annecy. Cependant, parmi les 38 unités urbaines qui comportent au moins un quartier, certaines sont de petites agglomérations comme Saint-Rambert-d'Albon, Belley, Tarare ou Thiers.

Les quartiers eux-mêmes sont de taille diverse. Les plus petits dépassent à peine le seuil légal de 1 000 habitants. Les deux plus grands comptent plus de 20 000 habitants : Les Minguettes – Clochettes, qui s'étend sur Saint-Fons et Vénissieux, et la Grande Île à Vaulx-en-Velin. Ces deux quartiers sont typiques de l'évolution de certaines zones à urbaniser en priorité (ZUP) des années 1960, devenues zones urbaines sensibles (ZUS) dans les années 1990 et désormais quartiers de la politique de la ville. Ils ont connu des épisodes de violence urbaine dans les années 1980-1990. Ces événements ont suscité une prise de conscience nationale qui a mené à des initiatives politiques (réhabilitation de logements, contrats de plan, création du ministère de la Ville) ou citoyennes.

Dans la région, les QPV représentent 9 % de la population des unités urbaines englobantes, et jusqu'à 20 % dans certaines petites agglomérations peu favorisées telles que Pierrelatte, Thiers et Oyonnax.

1.2 Synthèse des addictions en région

Sources devant être consultées pour approfondir la connaissance des données :

* **Tabac** : Bulletin de santé publique. janvier 2019

* **Toutes populations** : Addictions en Auvergne Rhône-Alpes - Consommations de substances psychoactives et offre médicosocial RS et OFDT juin 2017

* **Adultes** : ARS Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028 Guide régional : Stratégie et parcours - décembre 2017

Le projet est un portrait de santé qui apporte un éclairage sur l'état de santé général de la population et les principales pathologies rencontrées, les facteurs de risques, liés tant aux comportements qu'environnementaux, mais aussi sur l'offre en santé et le recours aux soins.

* **Adolescents** : Enquête ESCAPAD 2017. La population jeune est particulièrement vulnérable aux effets des substances psychoactives. Depuis une quinzaine d'années, l'enquête ESCAPAD menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) permet de mesurer, à l'échelle régionale, les usages de produits psychoactifs chez les jeunes de 17 ans.

*** TABAC**

En 2017, selon l'enquête Escapad (OFDT), chez les jeunes de 17 ans, l'usage quotidien du tabac variait de 18,9 % à 31,0 % selon les régions et la moyenne nationale était de 25,1 %.

Sur la région :

- 1 500 000 fumeurs quotidiens en 2017 soit 26,3 % de la population des 18-75 ans, proportion équivalente à la moyenne nationale (26,9 %). Cette proportion est en baisse depuis le début des années 2000 (30,6 % en 2000) ;

- 27,0 % de fumeurs quotidiens parmi les jeunes de 17 ans, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (25,1 %). Comme au niveau national, cette proportion est en baisse depuis 3 ans en Auvergne-Rhône-Alpes (33 % en 2014) ;

- 34,2 % de fumeuses parmi les femmes avant la grossesse et 19,3 % au 3ème trimestre de la grossesse en 2017,

proportions proches des moyennes nationales (30,0% et 16,2% respectivement) ;

- Les hommes, les adultes jeunes, les personnes dont le niveau d'étude est inférieur au BAC et celles ayant un faible revenu sont les plus concernés par le tabagisme quotidien ;

- 9 973 décès par an sur la période 2013-2015 pour les principales pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque important (cancer du poumon, cardiopathies ischémiques, broncho-pneumopathie chronique obstructive) à l'échelon de la région. La mortalité liée à ces pathologies rapportée à 100 000 habitants était proche de la moyenne nationale chez les hommes et chez les femmes.

Au niveau départemental, le Cantal présentait une mortalité supérieure de plus de 10 % à la moyenne nationale chez les hommes et chez les femmes, ainsi que l'Allier et le Puy-de-Dôme chez les femmes uniquement.

*** ALCOOL : consommation**

Concernant la population générale (15-75 ans), contrairement à ce qui est observé chez les adolescents de 17 ans, la région (18 % d'usages réguliers) ne se démarque pas du reste de la France sur l'ensemble des indicateurs concernant l'alcool (18,1%). La consommation d'alcool est également moins importante chez les femmes que chez les hommes.

En Auvergne-Rhône-Alpes les jeunes de 17 ans se distinguent sensiblement du reste de la France par une consommation d'alcool plus importante et des prévalences d'épisodes d'ivresse et d'alcoolisation ponctuelle au-dessus de la moyenne. De même, ils sont plus nombreux à déclarer des ivresses ou des Alcoolisations Ponctuelles Importantes (API) que sur le reste du territoire (18,2 % d'API répétées contre 16,4 % au niveau national).

Un épisode d'API correspond à la consommation de cinq verres ou plus en une même occasion.

*** ALCOOL : mortalité liée à l'alcool**

Les conséquences sanitaires et sociales de la consommation d'alcool en population adulte sont globalement moins importantes en Auvergne-Rhône-Alpes. Les décès avant 65 ans par alcoolisme ou cirrhose y sont moins fréquents, de même que les séjours hospitaliers pour éthyisme avec dépendance ou éthyisme aigu, ainsi que les interpellations pour ivresse sur la voie publique.

Les taux comparatifs montrent que les hommes décèdent environ quatre fois plus que les femmes de maladies liées à l'alcool dans l'ensemble de la région. Quel que soit le département observé, on constate que les hommes décèdent plus souvent de maladies liées à l'alcool que les femmes.

En Auvergne-Rhône-Alpes (tous âges confondus), entre 2009 et 2013, 1.877 personnes ont décédées d'une maladie liée à l'alcool en moyenne chaque année, soit un taux de 25,0 pour 100.000 habitants.

Au niveau départemental, les taux de décès par des maladies liées à l'alcool s'échelonnent entre 21,0 décès pour 100.000 habitants dans le Rhône, département présentant la situation la moins défavorable en termes de mortalité liée à l'alcool, et 34,7 dans l'Allier

*** CANNABIS : consommation**

Quelle que soit la fréquence d'usage considérée, la consommation de cannabis des 15-64 ans de la région Auvergne-Rhône-Alpes ne se démarque pas de la moyenne du pays (3 % de consommateurs réguliers), si ce n'est que les femmes y sont plus souvent expérimentatrices et consommatrices dans l'année. Comme sur l'ensemble de la métropole, cette consommation est en hausse depuis 2010. On observait alors dans la région Auvergne-Rhône-Alpes 8 % de consommateurs de cannabis dans l'année, contre 11 % dans le dernier recensement.

Pour la consommation quotidienne de cannabis, la population des 15-64 ans de la région ne présente pas de différence avec le reste de la France. En revanche, les hommes de la région déclarent moins souvent un usage quotidien de cannabis que dans le reste de la France (1 % dans la région contre 2,5 % en France). On ne retrouve pas de différence significative en ce qui concerne l'usage quotidien de cannabis des femmes de la région avec le reste de la France.

Les adolescents de 17 ans déclarent plus souvent qu'ailleurs consommer du cannabis au moins une fois par mois (41,6 % en région contre 39,1 % en France métropolitaine). Cette différence s'avère portée par les femmes qui déclarent pour 26 % d'entre elles consommer au moins une fois par mois du cannabis, contre 22 % en France métropolitaine.

En ce qui concerne l'usage régulier de cannabis, les jeunes de 17 ans de la région (8,2%) se distinguent là aussi sensiblement du reste de la France (7,2%).

*** ALCOOL OU DROGUE : mortalité par accident de circulation lié à la consommation d'alcool ou de drogue**

Un conducteur est dit « alcoolisé » s'il a une alcoolémie illégale, c'est-à-dire un taux supérieur ou égal à 0,5 g/l de sang. Les analyses sont réalisées sur les seuls accidents dont l'alcoolémie est connue, soit 78 % des accidents corporels et 81 % des accidents mortels (part stable depuis 2012).

En France, en 2016, 819 personnes ont été tuées dans un accident avec alcool (- 5,4 % par rapport à 2015). Elles représentent 29 % des personnes tuées dans les accidents dont l'alcoolémie est connue. La part des accidents mortels avec alcool est relativement stable depuis 2000, aux environs de 30 %.

En Auvergne-Rhône-Alpes, au niveau départemental, entre 2012 et 2016 derniers recensements, les parts des personnes tuées en moyenne, chaque année, dans un accident avec un conducteur alcoolisé s'échelonne entre 14 % des personnes décédées dans le Cantal, et 39 % dans la Haute-Savoie.

Sur les résultat des tests de stupéfiants pour les accidents mortels, cette proportion s'élève à 64 % en 2016 (contre 50 % en 2010).

En 2016, en France, 488 personnes ont été tuées dans un accident avec stupéfiants. Elles représentent 22 % des personnes tuées dans les accidents mortels au résultat de test connu.

En Auvergne-Rhône-Alpes, au niveau départemental, entre 2012 et 2016, les parts des personnes tuées en moyenne chaque année dans un accident avec un conducteur drogué s'échelonnent entre 8 % des personnes décédées dans le Cantal, et 39 % dans la Haute-Savoie.

Part (%) dans la mortalité des personnes tuées dans un accident de la route,
par département, Auvergne-Rhône-Alpes, 2012-2016

	dans un accident avec conducteur alcoolisé/alcool connu (%)	dans un accident avec conducteur drogué/drogué connu (%)
Ain	34	25
Allier	31	16
Ardèche	22	36
Cantal	14	8
Drôme	24	16
Isère	32	24
Loire	23	11
Haute-Loire	28	16
Puy-de-Dôme	37	19
Rhône	26	25
Savoie	25	25
Haute-Savoie	39	39
France	30	22

I.3 Tableau de la dernière enquête ESCAPAD 2017

réalisée auprès de 4.739 jeunes de 17 ans qui témoigne du niveau d'usages important de substances psychoactives.

Globalement, les jeunes de la région Auvergne-Rhône-Alpes présentent un profil de surconsommation relativement supérieur à celui du reste de l'Hexagone :

Addiction	Degré de consommation	ARA (%)	France (%)
Tabac	Expérimentation	63,0%	59,0%
	Quotidien (au moins 1 cigarette par jour)	27,0%	25,1%
	Intensif (plus de 10 cigarettes par jour)	5,2%	5,2%
Alcool	Expérimentation	87,3%	85,70 %
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	9,6%	8,4%
	Alcoolisation ponctuelle importante répétée (au moins 3 fois dans le mois)	18,2%	16,4%
Cannabis	Expérimentation	41,6%	39,1
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	8,2%	7,2%
Autres drogues illicites	Expérimentation d'au moins 1 drogue autre que le cannabis	7,2%	6,8%

Rappel de définition des indicateurs:

Expérimentation: au moins un usage au cours de sa vie.

Usage actuel / Au cours de l'année: au moins une consommation au cours de l'année. Pour le tabac, il s'agit de personnes déclarant fumer une fois de temps en temps.

Usage récent: au moins une consommation au cours des 30 derniers jours.

Usage hebdomadaire: au moins une consommation par semaine durant les 12 derniers mois.

Usage quotidien: au moins une fois par jour.

Usage à risque chronique ou de dépendance: consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes, de plus de 14 verres par semaine pour les femmes, ou consommation d'au moins 6 verres en une occasion au moins une fois par semaine.

Usage régulier de cannabis: usage d'au moins 10 fois dans le dernier mois.

II. Enjeux :

Le plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 ciblait les populations les plus exposées, pour des raisons sanitaires ou sociales, aux risques et aux dommages associés aux consommations de substances psychoactives : les populations en errance, les femmes usagères de drogue, et la jeunesse.

Il apparaît aujourd'hui nécessaire de renforcer une action territoriale coordonnée entre les institutions, les professionnels et les associations pour améliorer la réponse face aux niveaux de consommation des substances psychoactives, à la fréquence des addictions avec ou sans substances, et à leurs conséquences graves en termes de réussite académique, d'insertion, de santé, de sécurité et de tranquillité publiques.

La présente feuille de route vise à favoriser une approche intégrée permettant d'adapter les politiques menées aux différents enjeux, afin de garantir la mise en œuvre d'une prise en charge globale des publics prioritaires, notamment les jeunes et les personnes vulnérables.

Elle s'inscrit dans les orientations du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, mais également de la stratégie nationale de santé 2018-2022 définie par le Gouvernement et le Haut Conseil de la santé publique, qui rappelle l'importance de mettre en place une politique de santé en matière de pratiques addictives (tabac, alcool, substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substances). Elle complète et s'articule avec le programme national de lutte contre le tabac.

La présente feuille de route définit ainsi des objectifs stratégiques s'inscrivant notamment en cohérence avec les objectifs opérationnels des parcours de santé populationnels et thématiques définis par l'Agence régionale de Santé dans le cadre du projet régional de santé (PRS) 2018-2028. Elle met l'accent sur la prévention et porte une attention particulière aux enfants et adolescents plus vulnérables aux effets des substances psychoactives.

Les crédits de la MILDECA visent à soutenir, autour d'objectifs communs, les politiques sectorielles des services déconcentrés, des partenaires institutionnels et associatifs. Ils doivent permettre de protéger dès le plus jeune âge, de favoriser la fluidité des accompagnements, et d'accompagner les personnes les plus vulnérables ou éloignées du système de soins.

III. Les objectifs stratégiques :

Trois objectifs stratégiques ont été définis au niveau régional pour structurer l'ensemble des actions cofinancées par la MILDECA sur la période 2019-2022. Parmi ceux-ci, des objectifs opérationnels sont listés, qui permettront aux chefs de projets départementaux de les adopter en fonction de leurs problématiques et diagnostics locaux :

- 1. Renforcer la prévention et agir sur la précocité des consommations ;**
- 2. Soutenir le développement de dispositifs de réduction des risques et des dommages adaptés aux publics et aux territoires ;**
- 3. Soutenir la mise en œuvre de programmes de sensibilisation et de formation spécifique à la thématique addictive.**

IV. Des leviers à mobiliser :

Parallèlement au volet prévention et prise en charge, le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 prévoit également que les préfetures de département veillent à la mobilisation des leviers de sécurité publique, de contrôle et de police administrative permettant de renforcer la lutte contre les addictions (contrôle des débits de boisson, respect de l'interdiction de vente de tabac et d'alcool aux mineurs, arrêtés préfectoraux ...).

En matière de police administrative, des commissions de débits de boissons (ad hoc ou dans le cadre d'instances existantes) associant les services des principales communes concernées ainsi que des représentants locaux des débits de boissons, peuvent notamment être constituées. Les chefs de projet départementaux s'appuient sur les indicateurs réguliers à leur disposition (nombre d'arrêtés de fermeture de débits de boisson, nombre de suspensions administratives du permis de conduire pour motif alcool et stupéfiants ...) pour évaluer la politique de prévention des conduites addictives dans leur département.

En matière de maintien de l'ordre, les chefs de projet départementaux coordonnent la mise en œuvre d'opérations ponctuelles (par exemple, encadrement d'un événement festif) ou dans le cadre de plans de contrôle (en particulier pour assurer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs ainsi que la réglementation relative aux happy hours et à la publicité). La politique pénale de réduction de l'offre de produits stupéfiants s'accompagne de mesures d'accompagnement renforcé des personnes en récidive, en ciblant la population jeunes exposée à l'enrôlement dans le trafic de stupéfiants (notamment en offrant des alternatives d'insertion par le travail). Les projets retenus s'inscrivent en cohérence avec les programmations départementales définies dans le cadre du fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD).

Les actions de communication autour d'actions cofinancées par des crédits MILDECA sont renforcées, afin de relayer un discours public clair, objectif et partagé sur les risques et les dommages liés aux conduites addictives.

V. Modalités pratiques :

1 - Les chefs de projet départementaux MILDECA sont chargés d'organiser les appels à projet locaux, et d'assurer le déploiement des actions prévues dans ce cadre. Les projets s'inscrivent dans les objectifs stratégiques de la feuille de route, qui laisse néanmoins pleinement la possibilité d'innover et d'expérimenter de nouveaux dispositifs et modalités d'actions, comme de puiser dans les actions prioritaires présentées dans le respect des instructions nationales.

Par ailleurs, vous voudrez bien veiller à ce que les actions de communication autour d'actions cofinancées par des crédits MILDECA soient renforcées.

2 - Comme en 2018, les actions à portée régionale font l'objet d'un appel à projets spécifique dont le montant sera égal à celui de l'année précédente (50.000 €). Les crédits (20 % de l'enveloppe totale) restant à déléguer par la MILDECA, hors montant régional, seront communiqués dans les meilleurs délais.

3 - Suivi de la mise en oeuvre de la feuille de route

* Le chef de projet régional réunit un comité de pilotage régional annuel qui associe les chefs de projets départementaux MILDECA et les partenaires régionaux : ARS, rectorats, cours d'appel, PJJ, SPIP, douanes.

Ce comité de pilotage devra faire le point sur la mise en oeuvre du dispositif régional et de sa feuille de route (bilan, évolution et perspectives) sur le suivi des activités départementales et les difficultés ou enjeux identifiés.

* Le chef de projet régional procédera avec ses partenaires régionaux (ARS, rectorats, cours d'appel, PJJ, SPIP, douanes), à l'instruction des dossiers pour juger de leur pertinence en fonction des orientations données.

La validation financière relève de la compétence du chef de projet régional à l'issue de cette phase d'instruction.

Il communiquera à ses partenaires, pour leur parfaite information, la programmation qu'il aura arrêtée.

* Les chefs de projets départementaux procéderont avec leurs partenaires départementaux (direction départementale de l'ARS, rectorat, procureur(s), PJJ, SPIP, douanes), à l'instruction des dossiers pour juger de leur pertinence en fonction des orientations données.

La validation financière relève de la compétence du chef de projet départemental à l'issue de cette phase d'instruction. Il communiquera à ses partenaires, pour leur parfaite information, la programmation qu'il aura arrêtée.

A l'issue les chefs de projets départementaux adresseront les arrêtés (ou conventions) signés, ce par la voie électronique à pref-mildeca@rhone.gouv.fr pour leur gestion budgétaire, au fil des signatures.

* Enfin, ainsi que vous le savez, le Président de la MILDECA a posé le principe d'indicateurs de résultats. L'ensemble des départements et des services de l'État, mais aussi les associations partenaires y ont été associés.

L'attention des demandeurs et gestionnaires de préfectures est attirée sur le fait que ces indicateurs devront être respectés et adressés par les structures subventionnées, conjointement à leurs bilans finaux d'actions, aux chefs de projets. Chacun y sera sensibilisé pour ce qui le concerne.

Le pilotage régional (et départemental pour le Rhône) est assuré par le cabinet du préfet délégué pour la défense et la sécurité. Vous solliciterez ou vous vous rapprocherez du Pôle Prévention, Cellule administrative et budgétaire qui se tient à votre disposition.

Adresse de correspondance : pref-mildeca@rhone.gouv.fr

Objectifs stratégiques

1 Renforcer la prévention et agir pour retarder l'âge de l'expérimentation

Le public prioritairement visé est celui des milieux scolaire (primaire et secondaire), périscolaire et hors scolaire. Les actions de soutien à la parentalité sont également encouragées. Compte tenu de la précocité observée des consommations, les parents doivent pouvoir être mieux informés sur les risques en rapport avec les consommations et les comportements. Les préfetures de département pourront se rapprocher des Caisses départementales d'Allocations Familiales pour évaluer les besoins en matière de soutien à la parentalité.

Il convient également de porter une attention particulière et donc d'intervenir aussi auprès de tous les acteurs de l'environnement éducatif des enfants et des adolescents, en premier lieu les parents, puis les enseignants et autres éducateurs qui gravitent autour des jeunes. En effet, l'attention portée aux adolescents et à leur bien-être ne relève pas seulement de l'observation de professionnels et de spécialistes mais elle est l'affaire de tout adulte, et particulièrement des parents et des professionnels en contact avec les jeunes.

La politique éducative, sociale et de santé en faveur des élèves (10/11/2015 Min. Educ. Nationale) et les orientations du plan priorité prévention, placent l'éducation nationale comme l'un des acteurs de la prévention des conduites addictives dès le plus jeune âge par la mise en place de programmes de promotion de la santé, incluant le développement des compétences psychosociales et associant l'ensemble de la communauté éducative et les parents.

A) actions à destination des jeunes

La précocité des usages augmentant le risque d'usage problématique ultérieur, la prévention doit être mise en œuvre le plus tôt possible pour éviter l'initiation ou/et retarder l'âge de l'expérimentation.

A ce titre, les actions visant à prévenir les conduites addictives par le développement et le renforcement des compétences psychosociales des jeunes et de leur entourage seront prioritaires en Auvergne-Rhône-Alpes. Elles visent à renforcer l'estime de soi, la capacité à maîtriser ses émotions, la confiance dans l'adulte.

Les actions en milieu scolaire et hors milieu scolaire sont à privilégier. Afin d'être pleinement efficaces, les programmes de développement des compétences psychosociales validés doivent être appréhendés dans un continuum éducatif, au bénéfice des enfants et des parents, et ce dans tous les environnements de vie.

Actions opérationnelles:

* Développer les compétences psycho sociales ;

- Déployer dans la région des programmes validés de développement des CPS en matière de prévention des conduites addictives, mais aussi sur d'autres comportements à risque :
- Réduire l'exposition des jeunes à la publicité et aux stratégies d'influence
- Aider les parents dans leur rôle éducatif
- Soutenir l'action des CESC, CdESC et CaESC
- Former le personnel des services de l'éducation nationale et les acteurs au contact des enfants au développement des CPS.

- Développer une offre de prévention inscrite dans la durée et la proximité, qui s'appuie sur des programmes probants, mobilisant des professionnels qualifiés, développant une dynamique territoriale concertée et coordonnée avec l'ensemble des acteurs.
- Soutenir l'action des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) des établissements scolaires dans la coordination des actions de prévention et de promotion de la santé et dans le développement de partenariat de proximité.

Indicateurs :

- Nombre de publics touchés : élèves, adolescents, parents, professionnels, bénévoles, élus.

* Poursuivre les actions de sensibilisation aux effets des drogues et addictions par les services de police et de gendarmerie nationale formateurs anti-drogues dans les établissements scolaires.

Indicateurs :

- Nombre d'établissements partenaires :
- Nombre d'heures consacrées aux actions :
- Nombre de classes :
- Nombre d'élèves concernés :
- Outils à disposition des publics :

B) Actions visant à faire respecter la loi sur les achats et ventes des commerces

La lutte contre les usages y compris les jeux d'argent doit aussi s'exercer à destination des points de vente au détail (débits de boisson, débits de tabac notamment) qui acceptent la vente aux mineurs et ne respectent donc pas la législation en la matière.

Les services de l'État procèdent à des opérations de contrôle (police et gendarmerie nationales, douanes) et mettent en œuvre des décisions administratives consécutives à la constatation d'infractions (services de la réglementation des débits de boisson des préfectures) les mesures de contrôles à proximité des établissements scolaires et des artères commerciales des centres-villes, lieux de regroupement et de fréquentation par la jeunesse.

Actions opérationnelles :

* Mener des opérations de contrôle des points de vente au détail et des lieux de consommation :

Indicateurs :

- Nombre d'opérations de contrôle :
- Services partenaires (lister) :
- Nombre de collectivités partenaires :
- Nombre de points de vente et de consommation ciblés :
 - dont tabacs :
 - dont débits de boissons / terrasses :
 - dont autres :
- Ratio nombre d'opérations de contrôle / nombre d'infractions constatées :

* Inciter les fédérations professionnelles (débitants de tabac, commerces de proximité, restauration) à développer des chartes d'engagement et des actions de sensibilisation en s'appuyant sur les réseaux de professionnels de prévention et les acteurs associatifs locaux.

Elles et pourront être associées aux plans de contrôles afin qu'une large publicité puisse être faite en interne à cet égard.

Indicateurs :

- Nombre de fédérations partenaires associées :
- Nombre d'actions menées par les fédérations :
- Nombre de structures mobilisées :

* Mener des opérations de contrôle en ciblant des « happy-hours »

- Nombre d'opérations de contrôle :
- Services partenaires (lister) :
- Nombre de points de vente ciblés :
 dont tabacs : dont débits de boissons : dont autres :
- Ratio nombre d'opérations de contrôle / nombre d'infractions constatées :

* Mobiliser, informer et sensibiliser l'opinion publique en utilisant les supports presse pour faire connaître les mesures prises :

- Nombre d'opérations de communication (tout confondu):

2 Soutenir le développement de dispositifs de prévention, de réduction des risques et des dommages adaptés aux publics et aux territoires

Il s'agit de contribuer au déploiement d'une offre, centrée sur des besoins très différents, adaptée à la complexité des addictions et à la diversité des personnes et des situations. La région ARA connaît de fortes disparités territoriales, avec des difficultés pour trouver des porteurs de projets en milieu rural.

Dans ce cadre, l'une des priorités de la feuille de route consiste à améliorer la couverture territoriale en améliorant les diagnostics locaux et en demandant aux structures intervenantes de construire des indicateurs de résultats précis.

Un effort dans l'échange des pratiques est demandé aux départements touchés par les mêmes phénomènes afin d'aboutir progressivement à une régionalisation des actions.

A) Actions à destination des personnes vulnérables

La lutte contre les conduites addictives auprès des publics précaires et/ou vulnérables s'inscrit dans des actions reposant sur l'insertion par le travail et par les activités socio-culturelles. Ces actions visent des catégories de personnes vulnérables spécifiques, notamment:

- les jeunes sans qualification professionnelle et les élèves décrocheurs
- les saisonniers,
- les jeunes inscrits dans les Centres de Formation pour Apprentis (CFA), lycées professionnels
- les mineurs relevant des dispositifs de la protection judiciaire de la jeunesse ou de l'aide sociale à l'enfance,
- les mineurs non accompagnés,
- les jeunes majeurs sous main de justice et sortant du dispositif,
- les personnes éloignées de l'offre de soins
- les grands exclus (personnes sans abri)
- jeunes en zone rurale isolée
- jeunes femmes isolées

Actions opérationnelles:

* Développer l'accompagnement des professionnels et des acteurs intervenant auprès des publics en difficulté :

Indicateurs

- Nombre de professionnels formés :
- Typologie de personnes-relais accompagnés :

* Développer des actions spécifiques de prévention et de réduction des risques et des dommages auprès de personnes en situation de vulnérabilité :

Indicateurs :

- Nombre d'actions
- Nombre de publics pris en charge
- Financements MILDECA accordés

B) Actions dans le milieu festif – prévention et réduction des risques

Une attention particulière est portée à la santé festive, avec pour objectif de mieux accompagner la vie nocturne festive tant en milieu rural qu'en milieu urbain (promotion des démarches type charte de la vie nocturne, prévention itinérante, etc). La multiplication des rassemblements festifs et la consommation habituelle de produits psycho-actifs associée appellent une réflexion sur les risques sanitaires et la prévention des troubles à l'ordre et à la sécurité publics.

Les dispositifs retenus s'inscrivent dans "l'aller vers": il s'agit d'aller à la rencontre du public en intervenant au cœur des événements festifs. Dans cette approche, les actions de réduction des risques en santé festive ciblent:

- les concerts et festivals,
- les soirées étudiantes.
- le milieu festif saisonnier estival et essentiellement hivernal (départements alpins),
- les fêtes rurales

Actions opérationnelles:

*Développer les actions de prévention par les pairs en milieux festifs

*Soutenir les actions de réduction des risques en milieux festifs

Indicateurs généraux :

- Nombre d'interventions
- Nombre d'heures consacrées aux interventions
- Nombre d'associations intervenantes
- Nombre de structures partenaires mobilisées
- Nombre d'intervenants
- Outils à disposition des publics

* Promouvoir les démarches de type « Charte de la vie nocturne » en incluant la prévention et la réduction des risques, la tranquillité et la sécurité publiques, en associant les organisateurs de manifestations.

Indicateurs généraux :

- Nombre de chartes développées
- Nombre de communes concernées
- Nombre de professionnels associés (organismes)
- Thématiques ciblées : (Prévention, RDR, Tranquillité)

* Favoriser les actions de prévention sur les supports numériques et réseaux sociaux.

Indicateurs :

- Nombre de supports créés
- Nombre de jeunes concernés par les supports créés
- Nombre de ressources humaines impliquées dans l'action
- Thématiques abordées

C) Renforcer le soutien aux actions des territoires prioritaires :

Dans le cadre des orientations définies par la MILDECA, les projets retenus s'inscrivent en cohérence avec les programmations départementales définies dans le cadre du fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPDR).

Actions opérationnelles :

* Favoriser les Quartiers politique de la ville (au travers des ateliers santé ville, ou des contrats éducatifs locaux...) et PSQ (police de sécurité du quotidien) pour mettre en œuvre des actions au sein des programmes visés et des conseils locaux (CLSPD) ou intercommunaux (CISPD) de prévention de la délinquance.

Indicateurs :

- Nombre de communes partenaires
- Nombre de QPV concernés
- Nombre de ZSP (secteur police) visés
- Nombre de personnes touchées

3 Soutenir la mise en œuvre de programmes de sensibilisation et de formation spécifique des professionnels à la thématique des conduites addictives

Actions à destination des professionnels de terrain (secteur médico-social, associatif, encadrants de structures spécialisées type CER, CEF ou autres...).

Les actions de formation et de sensibilisation spécifique à la thématique addictive isolée et/ou couplée à d'autres conduites à risque favorisent le repérage précoce, l'accompagnement et l'orientation des personnes faisant usage de substances psychoactives, en particulier les plus jeunes, le cas échéant conjugués avec des pratiques sexuelles à risque. Elles visent l'ensemble des professionnels à leur contact, quelque soit leur champ d'intervention (éducatif, sportif, sanitaire et social, etc).

Elles doivent développer les partenariats entre ces professionnels de première ligne et ceux des dispositifs spécialisés en addictologie (CSAPA, CAARUD, CJC, MDA...) et en santé sexuelle (centres de planification et d'éducation familiale - CPEF, Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic - CeGIDD).

La prise en compte des problématiques liées aux conduites addictives doit pouvoir dépasser le secteur de l'addictologie et s'étendre à l'ensemble des intervenants pouvant y être un jour confronté (justice, éducation nationale, milieu carcéral...). Il s'agira également de prendre en compte les évolutions de la société qui conduisent à l'émergence de nouvelles addictions, et offrent dans le même temps de nouvelles modalités de prise en charge.

Promouvoir la démarche des « lieux promoteurs de santé » ou des « lieux sans » notamment dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et faciliter le décroisement et les liens entre les acteurs médicaux et médico-sociaux et les acteurs de l'accueil, de l'hébergement et de

l'insertion sont des thématiques pointées dans les démarches de prévention primaire et secondaires qui consistent à intervenir sur l'ensemble des prises de risques ainsi que les conduites à risques (prises de risques répétées) chez les publics adolescents et chez ceux qui font l'objet d'un suivi individualisé.

Enfin, l'ensemble des intervenants a mis en évidence le besoin de renforcement des compétences des professionnels sur la thématique des addictions, auprès d'une population des mineurs et jeunes majeurs sous main de justice majoritairement exposée à des consommations de produits psychoactifs.

Les professionnels de première ligne prioritairement ciblés sont :

les travailleurs sociaux,

les animateurs et éducateurs sportifs, notamment au sein des accueils collectifs de mineurs,

les professionnels des Missions Locales,

le personnel des services pénitentiaires et du secteur de la protection judiciaire de la jeunesse.

le personnel des services de l'éducation nationale, en renforçant la capacité de repérage précoce et en apportant des réponses adaptées aux situations rencontrées.

Actions opérationnelles:

* Développer des partenariats entre les professionnels de première ligne et ceux des dispositifs spécialisés en addictologie (CSAPA, CAARUD...) et en santé sexuelle (centres de planification et d'éducation familiale - CPEF, Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic - CeGIDD). : Favoriser le partenariat entre les CJC, les MDA et les établissements scolaires (plan prévention et éducation nationale).

Indicateurs :

- Nombre de projets co financés
- Nombre d'institutions concernées

dont par secteur professionnel

- Nombre de partenariats
- Outils à disposition des publics

* Favoriser le travail en réseau des professionnels par des journées d'échanges de pratiques et de partage d'expériences quel que soit le secteur d'exercice :

Indicateurs pour les sessions de formation

- Nombre d'associations co financées
- Nombre d'heures consacrées aux actions
- Nombre de dispositifs associés dont par secteur professionnel
- Nombre de participants

* Former les professionnels à la prévention addictive, au repérage précoce et aux modalités adaptées d'accompagnement, d'aide au sevrage et d'orientation.

- Renforcer les formations à l'entretien motivationnel des personnels médico-sociaux de l'éducation nationale et des CJC et améliorer l'articulation avec les dispositifs spécifiques (CJC, MDA)

Indicateurs :

- Nombre de personnels formés :
- Thématiques abordées (alcool, cannabis, polyconsommations...):
- Outils à disposition :

Copie à :

- Services et administrations partenaires ARA

- Partenaires associatifs