

**2017**

**Prevention workbook  
(Prévention)**

*FRANCE*

---

## Rapport national 2017 (données 2016) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox

Sous la direction de : Christophe Palle

### Contributions aux workbooks

- 1.1 *Politique et stratégie nationale* : Cristina Díaz-Gómez
- 1.2 *Cadre légal* : Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez
- 2 *Usages de substances illicites* : Olivier Le Nézet, Agnès Cadet-Taïrou, Magali Martinez, Eric Janssen
- 3.1 *Prévention* Carine Mutatayi, Caroline Protais
- 3.2 *Prise en charge et offre de soins* : Christophe Palle, Anne-Claire Brisacier, Caroline Protais
- 3.3 *Bonnes pratiques* : Carine Mutatayi
- 3.4 *Conséquences sanitaires et réduction des risques* : Anne-Claire Brisacier, Cristina Díaz-Gómez, Maitena Milhet, Thomas Néfau
- 4 *Marché et criminalité* : Michel Gandilhon, Magali Martinez, Thomas Néfau, Caroline Protais, Cristina Díaz-Gómez
- 5.1 *Prison* : Caroline Protais
- 5.2 *Recherche* : Isabelle Michot, Maitena Milhet

**Relecture (version française)** : Julie-Émilie Adès, Ivana Obradovic (OFDT) ; Nicolas Prisse, président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, et les chargés de mission de la MILDECA

**Relecture (version anglaise)** : Julien Morel d'Arleux, Anne de l'Eprevier

**Références bibliographiques** : Isabelle Michot

**Références législatives** : Anne de l'Eprevier

## Sommaire

Résumé .....	3
<b>T1. Profil national</b> .....	<b>5</b>
T1.1 Politiques et organisation .....	5
1.1.1 Principaux objectifs de la stratégie nationale en matière de prévention.....	5
1.1.2 Coordination des politiques de prévention.....	5
1.1.3 Financement de la prévention .....	6
T1.2 Interventions de prévention .....	7
1.2.1 Prévention environnementale.....	7
1.2.2 Prévention universelle, auprès de la population générale.....	11
1.2.3 Prévention sélective, auprès des publics plus à risques .....	14
1.2.4 Prévention indiquée .....	17
T1.3 Assurance Qualité pour les interventions de prévention .....	19
<b>T2.Tendances</b> .....	<b>19</b>
<b>T3. Les nouveaux développements sur 2016-2017</b> .....	<b>20</b>
<b>T4. Sources et méthodologie</b> .....	<b>21</b>
T4.1. Références .....	21
T4.2 Synthèses méthodologiques d'études mobilisées .....	23

## Résumé

### Politique et organisation :

En France, la prévention des usages de drogues et dépendances s'inscrit dans la politique de prévention des conduites addictives, laquelle se rapporte aux substances psychoactives licites et illicites (alcool, tabac et médicaments psychotropes) mais également à d'autres formes d'addiction (liées aux jeux d'argent et de hasard, aux jeux vidéo, au dopage). Cette stratégie est une responsabilité de l'État, coordonnée au niveau central par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et mise en œuvre à l'échelle locale par des services déconcentrés. Les objectifs généraux de la prévention des conduites addictives consistent non seulement à empêcher, sinon retarder le début de l'usage, mais aussi à diminuer les pratiques addictives ainsi que les abus et risques associés.

Les chefs de projet « drogues et dépendances » (ou chefs de projet de la MILDECA) coordonnent la mise en œuvre des priorités nationales de prévention en régions, en départements, voire dans certaines métropoles. Ils affectent aux activités de prévention des crédits provenant d'un fonds alimenté par les biens confisqués dans le cadre de la lutte contre le trafic de stupéfiants : le fonds de concours pour la lutte anti-drogue. Les Agences régionales de santé (ARS), le fonds spécial de l'assurance maladie et, surtout depuis quelques années, le Fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD) constituent d'autres sources de financement de la prévention.

Au plan local, les activités de prévention à « l'école » sont mises en œuvre par un éventail de professionnels. Dans le cadre du parcours éducatif de santé pour tous les élèves, les professionnels de la communauté scolaire sont impliqués aussi bien dans l'élaboration, que la planification et la mise en œuvre des activités. Dans de nombreux cas, des intervenants externes (personnels d'associations spécialisées, gendarmes ou policiers formateurs) sont sollicités pour s'adresser aux élèves. La prévention scolaire vise principalement à développer les compétences individuelles et sociales des élèves en vue de résister à la consommation et à l'offre de drogues.

### Interventions de prévention :

La prévention universelle et prévention indiquée sont des piliers des politiques publiques en France. La première se déroule essentiellement dans l'enseignement secondaire, alors que la seconde repose principalement sur les consultations jeunes consommateurs (CJC). À travers la France, 550 points de consultation offrent des « interventions précoces » aux jeunes usagers et à leurs familles. Toutefois, au cours des dernières années, c'est à l'égard des publics prioritaires, tels que les femmes usagères, les jeunes issus de zones urbaines défavorisées et les jeunes en contact avec le système judiciaire que les réponses de prévention ont été renforcées. D'importants efforts ont aussi été réalisés afin de développer des mesures de prévention collectives en milieu professionnel (lesquelles relèvent principalement des médecins du travail). Les stratégies environnementales visant à réduire la consommation d'alcool et de tabac sont bien établies et bénéficient d'un fort soutien politique. Des campagnes médiatiques nationales de prévention contre l'alcool, le tabac ou les drogues illicites sont régulièrement diffusées.

### Tendances et assurance qualité :

Depuis le début de cette décennie, les professionnels et les décideurs montrent un intérêt croissant quant à la qualité des services et programmes de prévention offerts et les moyens de l'améliorer. La création de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA), en 2014, est le reflet de cette volonté. Cependant, si les parties prenantes de la prévention sont encouragées à consulter les recommandations en matière de prévention des dépendances à l'école et dans d'autres milieux, elles ne sont soumises à aucune obligation.

L'ensemble d'outils ASPIRE (appréciation et sélection de programmes de prévention issus de la revue des standards de qualité « EDPQS ») a été adapté à partir de la documentation relative aux standards EDPQS afin de promouvoir la qualité de la prévention. Il sera mis à l'essai par un chef de projet de la MILDECA dans quatre régions.

**Nouveaux développements :**

Bien qu'il n'y ait guère de nouveaux développements majeurs à survenus dans la période écoulée entre juin 2015 et juin 2016, ce rapport présente plusieurs nouveautés intéressantes. Cela étant, il convient de signaler que la France ne dispose pas d'un système d'observation des programmes de prévention mis en œuvre au plan local. Par conséquent, les informations relatives à la portée et à la couverture des activités de prévention restent incomplètes.

## T1. Profil national

### T1.1 Politiques et organisation

#### 1.1.1 Principaux objectifs de la stratégie nationale en matière de prévention

La politique de prévention a pour principes premiers d'empêcher l'expérimentation de drogues, ou du moins de la retarder, d'éviter ou de réduire les abus ou les conduites addictives, qu'ils soient liés aux drogues ou non (Internet, jeux vidéo, jeux d'argent et de hasard, etc.). La prévention universelle à l'école demeure le principal domaine de mise en œuvre de la prévention des dépendances.

En milieu scolaire, le cadre général d'intervention est celui de la prévention des conduites à risques, relevant plus largement de l'éducation pour la santé. Il n'existe pas de plan d'action national qui régule et coordonne la prévention des dépendances de façon spécifique pour le milieu scolaire. La prévention scolaire est en grande partie définie par les chefs d'établissement dans le cadre des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC), sur la base des recommandations générales fournies par le ministère de l'Éducation.

#### 1.1.2 Coordination des politiques de prévention

Les politiques de prévention des usages de drogues licites ou illicites sont définies par les plans gouvernementaux pluriannuels, coordonnées par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), puis adaptées à l'échelle locale par les chefs de projet drogues et dépendances. Ces derniers affectent des crédits décentralisés à des actions locales de prévention des dépendances, sélectionnées par appel d'offres annuels. Les orientations gouvernementales peuvent être déclinées ou complétées par des programmes sectoriels nationaux ou régionaux sous l'impulsion et la coordination de différents ministères (de l'Éducation nationale ou de la Santé, notamment) ou par de services déconcentrés comme les Agences régionales de santé (ARS).

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est devenu la Direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS) au sein de Santé publique France, l'agence nationale de santé publique créée le 1<sup>er</sup> mai 2016. La DPPS a deux lignes d'action principales : (i) le soutien aux politiques nationales en matière de santé, à travers son expertise scientifique et des campagnes médiatiques vers la population pour la promotion de modes de vie sains (télévision, radio, Internet et réseaux sociaux, panneaux d'affichage...) et (ii) le soutien aux réseaux politiques ou professionnels à l'échelle régionale, notamment à travers la surveillance de la santé de la population. Dans le cadre de cette mission, l'INPES/SPF s'appuie sur des données probantes afin de mettre au point des interventions de prévention et de promotion de la santé. Cette stratégie implique d'utiliser efficacement les connaissances théoriques en matière de prévention et de promotion de la santé et de développer des dispositifs basés sur les connaissances scientifiquement validées (« *evidence-based* »). L'INPES/SPF accompagne l'adaptation au contexte local français de programmes démontrés comme efficace au plan international, par exemple : *Unplugged*, *Good Behavior Game* (GBG), *Nurse Family Partnership* (NFP, devenu PANJO en France), *Strengthening Families Program* (SFP), *Break the Cycle* (BTC, devenu Change le programme ! en France T1.2.4). Le site Internet de l'ancien INPES existe encore et fournit des outils évalués pour la prévention des usages de drogues : [http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/rech\\_doc.asp](http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/rech_doc.asp) [accès le 23/06/2017].

Dans les programmes régionaux de santé publique, les agences régionales de santé (ARS) prévoient généralement des lignes d'action visant à réduire les problèmes de santé liés aux drogues licites (alcool, tabac) ou illicites. Ces ARS peuvent s'avérer des sources supplémentaires de subventions pour la prévention des dépendances.

Dans les établissements d'enseignement secondaire, y compris dans l'enseignement agricole, les chefs d'établissement sont relativement libres de définir leur engagement en matière de prévention. Ils sont toutefois grandement encouragés à s'investir dans cette démarche par leurs administrations au niveau régional ou central, les recommandations rectorales et de l'inspection académique découlant des orientations ministérielles.

### Organismes engagés dans les interventions

Bien que la mise en œuvre la prévention des usages de drogues soit une responsabilité de l'Etat et de ses services, les programmes de prévention sont souvent menés par des associations.

Depuis 2006, la prévention des conduites addictives peut également s'appuyer sur les missions fondamentales de l'Éducation nationale à travers le « socle commun de connaissances, de compétences et de culture », qui englobe l'ensemble des connaissances, compétences, valeurs et attitudes que tout élève doit maîtriser à la fin de la scolarité obligatoire. Par conséquent, les personnels scolaires d'éducation, sociaux et de santé, sont fortement impliqués dans la coordination voire la mise en œuvre de la prévention auprès des élèves. Toutefois, les interventions de prévention sont souvent confiées à des associations de prévention ou d'éducation à la santé ou encore à des gendarmes ou policiers spécialisés (respectivement des FRAD et PFAD). À l'heure actuelle, la prévention des dépendances est intégrée au parcours éducatif de santé pour tous les élèves (PES), lequel est défini dans chaque établissement d'enseignement secondaire par un Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) (sous la présidence du principal ou proviseur).

L'intervention auprès des étudiants de l'enseignement supérieur revient aux services (inter)universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (les S(I)UMPPS). Des associations et des mutuelles étudiantes sont aussi présentes sur ce terrain.

### 1.1.3 Financement de la prévention

Depuis 1995, la vente des biens saisis grâce à la répression du trafic de stupéfiants alimente le fonds de concours « drogues » géré par la MILDECA. La majorité de la somme (90 %) est utilisée pour la lutte contre le trafic. Les 10 % restants pourvoient aux crédits délégués aux chefs de projet de la MILDECA pour le subventionnement d'actions locales de prévention.

Outre ces crédits déconcentrés de la MILDECA, des aides financières peuvent aussi être allouées à la prévention par les Agences régionales de santé (ARS) au prisme de priorités régionales ou départementales. Parallèlement, des programmes territoriaux transversaux – relevant de la santé, de l'exclusion sociale, de la sécurité publique ou de la politique de la ville – permettent également de redistribuer des crédits publics pour la prévention des usages de drogues. L'identification de zones d'intervention prioritaire en matière d'éducation ou d'aménagement du territoire (selon des indicateurs socio-économiques, de qualité de l'habitat ou de scolarité) permet par ailleurs de diriger des moyens supplémentaires vers des publics défavorisés.

Le système national d'assurance maladie subventionne également des actions de prévention, à travers le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), tout comme les mutuelles, bien que de façon plus sporadique.

Certains appels d'offres – co-organisés par des institutions de santé publique (Institut de recherche en santé publique (IReSP), Institut national du cancer (INCa)...) et par des administrations centrales (MILDECA, ministère de la Santé...) – permettent le financement d'expérimentations en matière de prévention et d'études translationnelles ou interventionnelles (voir le workbook sur la recherche). Le Fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD) est géré par le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET). Le Comité interministériel de prévention de la délinquance définit les priorités et décide de l'utilisation de ces crédits. Depuis 2016, le FIPD finance des actions relevant des

plans locaux de prévention de la délinquance. À cette fin, un partenariat a été formé entre la MILDECA et le Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (CIPDR), en vertu de la [circulaire du 16 janvier 2017 relative aux orientations pour l'emploi des crédits du Fonds interministériel de prévention de la délinquance \(FIPD\) pour 2017](#). En 2017, un petit nombre de programmes ont pu être cofinancés dans ce cadre, dans deux domaines :

- (i) le soutien aux personnes placées sous main de justice, en particulier les jeunes, pour qui la consommation de drogues constitue un facteur de criminalité ou de récidive – par exemple à travers des programmes spécifiques et innovants de remobilisation ou de réinsertion, principalement pour les personnes qui purgent une peine en milieu ouvert ou une peine alternative (réduction de peine) (tel le programme TAPAJ, voir section 1.2.1) ;
- (ii) la prévention du trafic de stupéfiants à travers des actions qui englobent à la fois l'identification des jeunes risquant de basculer dans le trafic et le renforcement des interventions de réinsertion socio-éducative et socio-professionnelle pouvant contrebalancer l'attrait des activités illicites. Dans cette ligne, les domaines liés à la politique de la ville ou au soutien à la parentalité sont prioritaires.

## T1.2 Interventions de prévention

### 1.2.1 Prévention environnementale

#### Législation sur l'alcool et le tabac

La consommation publique, la fabrication, le commerce, la vente et la promotion de l'alcool et du tabac sont largement réglementés, en France et ce depuis longtemps. Les principales dispositions figurent dans la loi « Évin » de 1991 [[loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme](#)] et son décret d'application de 1992 [[décret n° 92-478 du 29 mai 1992 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et modifiant le code de la santé publique](#)], ainsi que dans la loi « HPST » de 2009 [[loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#)] et dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 [[loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016](#)]. Toutes sont intégrées au Code de santé publique.

Les dernières dispositions traitent de la standardisation des emballages des produits du tabac et de la restriction du vapotage dans les lieux publics, comme indiqué ci-après :

- Depuis le 20 mai 2016, la loi de modernisation de notre système de santé [[loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016](#)] interdit tout processus visant à enfreindre la neutralité et la standardisation (l'uniformité) des unités de conditionnement et des emballages des produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler) ou des produits connexes (papier à cigarette), notamment les processus qui confèrent aux produits du tabac des caractéristiques auditives, olfactives ou visuelles spécifiques (Art. L. 3511-6-1 du Code de santé publique). L'inscription de la marque est de taille limitée, très discrète et toujours située au même endroit sur les emballages.
- Depuis janvier 2016, il est interdit de fumer des cigarettes électroniques dans les écoles et les établissements destinés aux jeunes, comme les locaux de formation ou d'accueil pour mineurs, ainsi que dans les moyens de transport en commun fermés et dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif (tout comme le tabac a été interdit au début des années 1990). Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2017, l'auteur d'une telle infraction s'expose à une contravention de 2<sup>e</sup> classe de 35 euros (pouvant atteindre 150 euros en cas de retard de paiement).

En résumé, la législation française sur le tabac et l'alcool :

- réglemente la fiscalité et la vente des produits de l'alcool et du tabac ;

*Concernant les lieux de consommation et la protection des non-usagers :*

- interdit de fumer dans les lieux publics depuis 1992 (loi Évin), y compris les aires de jeux collectives depuis 2015 [[décret n° 2015-768 du 29 juin 2015 relatif à l'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux](#)] ;
- interdit de fumer des cigarettes électroniques dans les établissements destinés aux jeunes, les transports en commun ou les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif ;
- autorise les employeurs à réglementer et même à interdire la consommation de boissons alcoolisées dans les locaux professionnels (article R. 4228-20 du Code du travail) (plus de détails dans le workbook 2016 sur la prévention) ;

*Concernant la fabrication et le conditionnement :*

- réglemente la composition des produits du tabac ;
- réglemente les emballages des produits du tabac et prévoit l'inclusion obligatoire d'un avertissement sanitaire (image et texte) sur chaque emballage ;
- impose des unités de conditionnement et des emballages neutres et standardisés pour les produits du tabac (y compris le papier à cigarette) ;

*Concernant la vente et la protection des mineurs :*

- interdit la vente ou la distribution gratuite à des mineurs de boissons alcoolisées et de produits du tabac (y compris papiers et filtres) ;
- interdit la vente ou la distribution gratuite à volonté de boissons alcoolisées dans un but commercial (« open bar »), sauf lors de fêtes traditionnelles ou de dégustations autorisées ;
- interdit d'inciter des mineurs à la consommation habituelle ou excessive d'alcool ou à l'ivresse ;
- interdit de proposer des boissons alcoolisées à prix réduit temporairement (« happy hour ») sans proposer aussi sur la même période des boissons non alcoolisées à prix réduit ;

*Concernant la publicité et la promotion :*

- pose l'interdit total de la publicité pour le tabac (y compris dans les points de vente, depuis 2016) ;
- limite les supports et les contenus des publicités pour l'alcool (interdit par exemple la publicité au cinéma et à la télévision interdite) et spécifie les supports ou médias autorisés. La législation française a pour particularité de fournir une liste fermée de ce qui est autorisé (interdisant de fait tout support ou média qui n'est pas stipulé) ;
- autorise la promotion des produits alcoolisés disposant d'une appellation de qualité ou liés au patrimoine culturel (loi de 2016 de modernisation de notre système de santé) ;
- autorise, depuis 2009, la publicité en ligne pour l'alcool par le biais de formats Internet classiques (bannières, par exemple) sur les sites web visant un public adulte, à condition que la publicité ne soit « ni intrusive, ni interstitielle » ;



### Concernant le lobbying :

- exige que les fabricants, importateurs ou distributeurs de tabac ainsi que les organisations ou sociétés qui les représentent, fournissent un rapport détaillé de leurs dépenses liées à leurs activités de lobbying et de représentation d'intérêts. Ces dépenses incluent les coûts de sous-traitance ou salariaux pour le lobbying et la représentation d'intérêts de même que les prestations en nature ou en espèces offertes à des membres du gouvernement ou de cabinets ministériels, à des collaborateurs du président de la République, du président du Sénat et du président de l'Assemblée nationale, à des parlementaires, des experts ou des fonctionnaires appelés à prendre des décisions, à préparer des décisions ou à conseiller les pouvoirs publics au sujet des produits du tabac.

### Fiscalité de l'alcool et du tabac

Le régime fiscal appliqué en France aux boissons alcoolisées respecte la taxation minimale déterminée par le Conseil de l'Europe [[directive 92/83/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant les structures harmonisées des droits d'accises sur l'alcool et les boissons alcoolisées](#) et [directive 92/84/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant le rapprochement des taux d'accises sur l'alcool et les boissons alcoolisées](#)]. Le produit total des droits d'accises et de la cotisation sociale sur l'alcool alimente les branches maladie et vieillesse du régime des exploitants agricoles. Les droits sur l'alcool sont réévalués chaque année par arrêté ministériel, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation, à l'exclusion du tabac, constaté l'avant-dernière année.

Le tabac est exclu de la liste des produits pris en compte dans l'indice des prix à la consommation, ce qui a permis d'appliquer des augmentations régulières à son prix en vue d'en freiner la consommation. Depuis 2014, en vertu du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT, adopté en septembre 2014) (Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes 2014), le ministère de la Santé collabore avec le ministère du Budget pour l'homologation des prix du tabac.

### Politique en matière d'alcool et de tabac

Le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019 (Ministère des affaires, sociales de la santé et des droits des femmes 2014) définit plusieurs objectifs de prévention en conformité avec la directive européenne du 3 avril 2014 [[directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE](#)] :

- (i) rendre les produits du tabac moins attrayants, notamment en imposant des emballages neutres et en interdisant la publicité dans les points de vente ainsi que les arômes attrayants (considérés comme incitatifs à l'égard jeunes) ;
- (ii) renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics ;
- (iii) interdire de fumer dans des véhicules en présence d'un mineur et établir des aires de jeux publics « sans tabac ». En conséquence, la police municipale est autorisée à faire respecter l'interdiction de vente aux mineurs et l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

### Discours public sur l'alcool

En juin 2016, la MILDECA et le ministère de la Santé se sont adressés à l'agence Santé publique France (SpF) et à l'Institut national du cancer (INCa) afin de bénéficier de recommandations d'experts pour renforcer la cohérence et l'efficacité du discours public plus vers la population générale au sujet de la consommation d'alcool (Santé publique France and INCa 2017). Les experts ont été sélectionnés à partir d'un appel public publié durant l'été

2016. Outre une revue de la littérature, le groupe de travail spécialisé a organisé des auditions avec des experts nationaux et internationaux ainsi que des associations de leaders d'opinion engagées dans la promotion de la santé ou la représentation d'intérêts économiques (pour de plus amples de détails sur la méthodologie, voir section T 5.2).

Dans son résumé, le rapport d'experts précise :

« Résultats. Le groupe d'experts propose tout d'abord que les pouvoirs publics informent la population sur les risques sanitaires associés à la consommation d'alcool et recommandent aux consommateurs d'alcool de ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine et pas plus de 2 par jour pour les hommes et les femmes. Ils ont choisi des repères qui représentent un risque absolu vie-entière de mortalité attribuable à l'alcool pour la population française située entre 1 pour 100 et 1 pour 1000. Pour les experts, il est donc important que ces repères soient largement connus et accompagnés de stratégies de marketing social de grande ampleur et d'un soutien des professionnels de santé. Ils considèrent que la présence d'un risque sanitaire, même pour des consommations faibles et modérées, implique que l'avertissement sanitaire actuel (« L'abus d'alcool est dangereux pour la santé ») soit remplacé par un message signifiant que toute consommation d'alcool est à risque pour la santé. En termes d'information du consommateur, il est pour eux important que cet avertissement soit également présent sur les unités de conditionnement des boissons alcoolisées, de même que le pictogramme femme enceintes, le nombre de verres standard à 10 g et le nombre de calories par verre standard.

Par ailleurs, le groupe d'experts propose que le discours public sur l'alcool soit mieux entendu et surtout unifié entre les différents ministères et institutions. Selon les experts, le discours public doit aussi être cohérent avec la réglementation, en particulier celle condamnant l'incitation de consommation des mineurs ou celle sur la taxation, mal comprise du public. En particulier, il est recommandé que la taxation de l'alcool soit proportionnelle à la quantité d'alcool responsable des dommages sanitaires et non pas selon les différents produits et que ses recettes servent à alimenter un fonds dédié aux actions publiques de prévention et de recherche dans le domaine de l'alcool.

Discussion. Suivant l'exemple d'autres pays comme l'Australie, le Canada, l'Italie, la Grande Bretagne, la France a lancé un travail de révision des repères de consommation d'alcool qui avaient été introduits en 1999. Comme dans les autres pays, les experts préconisent des nouveaux repères à la baisse, en particulier en raison du risque de cancer qui avait été négligé dans les recommandations initiales. Ces repères de consommation ne sont pour eux qu'un élément d'un discours public unifié qui se veut prévenir les risques liés à la consommation d'alcool tout en ne niant pas les intérêts économiques associés. Pour être cohérent, ce discours doit également être lié à des actions sur la fiscalité, sur la disponibilité des produits et leur promotion, ainsi que des actions d'éducation, de communication et de marketing social. »

### Stratégies de prévention de la délinquance et de la criminalité

Au cours des dernières années, une stratégie de prévention de la délinquance et de la criminalité a été mise en œuvre à l'endroit des auteurs d'infractions usagers de drogues, afin d'améliorer la collaboration et la communication entre les acteurs des systèmes judiciaire et médico-social. Dans ce contexte, la MILDECA finance chaque année des projets locaux, comme la formation de personnels pénitentiaires à la gestion des problèmes d'addiction, au repérage et au soutien des personnes dépendantes, ainsi qu'à la sensibilisation des détenus vis-à-vis des addictions. Des exemples d'actions de ce type ont été fournis dans le workbook 2016 sur la prévention, avec l'aide de la MILDECA et du ministère de la Justice On peut citer en exemple : (a) des programmes de prévention de la récidive (PPR) en lien avec les problèmes d'addiction, comme celui expérimenté au tribunal de Bobigny s'appuyant sur les services médico-sociaux, (b) la conception d'une vidéo infographique adressée aux détenus portant sur le cannabis, afin de les sensibiliser aux risques (pour eux ou leur proches) et aux services de santé disponibles en prison, (c) des affiches et des brochures sur le détournement des médicaments psychotropes à destination des détenus et de leurs familles, dans toutes les prisons françaises.



Le programme TAPAJ, « Travail alternatif payé à la journée », fait également partie de ces initiatives (<http://www.tapaj.org/>). Mis en œuvre pour la première fois à Montréal (Canada) en 2003, il a fait l'objet d'un essai pilote à Bordeaux en 2012, après un processus de transposition de deux ans assuré par le CEID-Addictions (*Comité d'Étude et d'Information sur la Drogue et les addictions*), avec le soutien de la Direction du développement social urbain de Bordeaux. TAPAJ permet à de jeunes adultes sans domicile fixe (18 à 25 ans en moyenne) d'accéder rapidement, avec un minimum de contraintes, à une source légale de revenus payés de façon journalière pour remplacer (au moins partiellement) la mendicité. Les activités ne nécessitent pas de qualification ni d'expérience professionnelle particulière ; elles sont toutefois susceptibles non seulement de renforcer l'estime de soi mais aussi de développer les connaissances professionnelles et la motivation à trouver un emploi. Ce nouvel outil d'intervention est mis en œuvre par des Csapa ayant une certaine expérience dans la réduction des risques sanitaires et sociaux. Ces services sont considérés sur le plan juridique comme les employeurs des « Tapajeurs » (public-cible) et les payent pour des tâches de courte durée proposées par des entreprises locales – publiques ou privées. Cette initiative peut représenter un tremplin d'accès vers des services sociaux et de santé, pour des personnes qui hésitent habituellement à s'adresser aux institutions et services d'aide traditionnels, le but ultime étant de rendre ces personnes autonomes (empowerment). Un plan national de diffusion a été mis en œuvre en 2014-2015 par la Fédération Addiction (fédération nationale de services d'addictologie) avec le soutien de la MILDECA. À Bordeaux, 45 % des bénéficiaires ont obtenu un résultat positif par ce biais. En 2017, le projet a été mis en œuvre dans 17 villes grâce à des crédits communaux, de la MILDECA, du FIPD (voir section T. 1.1.3), des ARS et des programmes budgétaires 147 (politique de la ville) et 177 (prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables). En 2016, la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL) a rejoint le comité de pilotage national.

## 1.2.2 Prévention universelle, auprès de la population générale

En France, la prévention universelle est l'approche prédominante de la prévention des usages/abus de drogues, notamment via le milieu scolaire, même si éponse importante a été développée en termes de prévention indiquée depuis 2004, par le biais des consultations jeunes consommateurs (CJC) (voir section T 1.2.4).

### Établissements scolaires

La prévention universelle s'adresse principalement aux élèves du secondaire. Diverses initiatives, pour la plupart axées sur les compétences psychosociales, sont encouragées dans le cadre des récents plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les conduites addictives dont celui défini pour 2013-2017 (MILDT 2013). La décennie 2010 a vu la transposition locale de plusieurs programmes validés (basés sur des données probantes) tels que *Unplugged*, *PRIMAVERA* et *Good Behaviour Game* (GBG). Le projet *Unplugged* mis en œuvre dans la région d'Orléans, ainsi que le projet *PRIMAVERA* sont tous les deux en cours d'évaluation (*Unplugged* est également mené en Saône-et-Loire). Les résultats devraient être disponibles en 2018.

Au cours de la décennie, la prévention des dépendances s'est inscrite dans des approches globales susceptibles d'impacter les compétences psychosociales et les comportements favorables à la santé, comme la promotion du bien-être, d'un bon climat scolaire ou de la persévérance scolaire. Quelques exemples peuvent être fournis dans cette veine :

(a) Deux collèges des académies de Versailles et de Créteil mènent depuis 2012 un programme axé sur la bienveillance et le développement du bien-être social a dans des classes de 6<sup>ème</sup> et de 3<sup>ème</sup>), auprès d'enfants issus de quartiers défavorisés de la région parisienne. (Au cours des quatre années du programme, deux heures de cours ont été

dispensées par des enseignants spécialement formés ou intervenants de prévention (associations) pour aider les enfants à apprendre à dire non aux drogues à travers des débats, des ateliers, des jeux, des présentations de connaissances ou des séjours collectifs sur le thème du « vivre ensemble ».

(b) Dans l'académie de Lyon, deux lycées, neuf collèges et quelques écoles élémentaires ont mis en place, le programme ABMA – « Aller Bien pour Mieux Apprendre » – s'appuie sur une approche globale, conforme aux principes du réseau européen de promotion de la santé. Il s'agit d'un programme de trois ans qui intègre une composante communautaire puisqu'une école n'y participe que si la majorité du personnel y adhère. Les actions sont développées selon 6 axes : gestion du temps, gestion de l'espace, relations interpersonnelles, communication, capacités personnelles et sociales, partenariat. Les écoles mettent en œuvre différentes actions prioritaires sur trois ans et les résultats varient en fonction des contributions. À titre d'exemple, le taux de réussite au certificat d'études en fin de collège est passé de 38 % (avant le début du programme) à 78 % parmi les élèves ayant bénéficié d'un apprentissage dans le cadre du programme. Les autres établissements scolaires ont rapporté selon les cas un meilleur taux de rétention des enseignants, réduction des incivilités, le renforcement de sentiment d'appartenance à l'établissement, un climat apaisé ou une plus grande participation des familles à un atelier annuel, avec une participation accrue des pères.

(c) Dans l'académie de Besançon, un groupe de travail sur le climat scolaire a été mis en place, composé de sept enseignants recrutés pour leurs capacités ou leur expérience en coaching, en communication, en gestion de classe et en innovation pédagogique. Ce groupe de travail soutient la diffusion au sein de l'académie de l'approche SCP (**S**outien au comportement positif), pour renforcer un cadre propice aux apprentissages. La création de cet environnement favorable s'appuie sur l'instauration de relations respectueuses, sans discrimination, l'application de principes d'équité et d'éducation inclusive et des stratégies de prévention du harcèlement, contribuant à un climat sécuritaire, coopératif et positif où élèves, parents et personnels scolaires puissent se sentir en sécurité. Cette expérimentation s'adresse à 5 000 élèves issus de 10 réseaux d'écoles, élémentaires et collèges bénévoles.

Un nouveau dispositif pour la prévention des usages de drogues en milieu scolaire est le parcours éducatif de santé pour tous les élèves (PES).

Le PES a été mis en œuvre en septembre 2016 dans le but de réduire les inégalités sociales relatives à la santé et à l'éducation et d'ainsi encourager la réussite de tous les élèves, dans un milieu scolaire plus juste et plus équitable [[circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016 relative à la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves](#)]. Dans tous les établissements scolaires de la maternelle au lycée, le PES structure :

- les mesures de protection de la santé, pour un environnement favorisant la santé et le bien-être de l'ensemble de la communauté scolaire (restauration, ergonomie, bâtiments et salles de classe, installations sanitaires) ;
- les activités relatives à la prévention des comportements à risque (notamment des conduites addictives), à la nutrition et l'exercice physique, à la contraception, à la protection de l'enfance... ;
- les activités éducatives intégrées aux enseignements en lien avec le programme scolaire et avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture.

### Milieu récréatif

En 2010, toutes les organisations professionnelles représentatives des employeurs des secteurs de l'hôtellerie, restauration, traiteurs, réceptions et lieux de vie nocturne signaient une charte nationale d'engagement avec le ministère des transports et la délégation interministérielle de la sécurité routière afin d'inciter leur membre à :

- proposer des dispositifs de dépistage d'alcool homologués à leur clientèle ;

- sensibiliser leur personnel aux moyens de gérer l'abus d'alcool ;
- promouvoir les moyens de maîtrise de soi auprès des clients ;
- relayer les campagnes média de l'État sur la prévention de l'alcool au volant. Des initiatives locales de formation ont été organisées afin de former les professionnels de l'industrie de la nuit à la gestion des clients abusant de l'alcool (voir le workbook sur les bonnes pratiques).

En outre, il existe différents exemples d'actions locales de prévention de l'abus d'alcool et de drogues. Dans les villes, la plupart des actions s'inscrivant dans des contextes récréatifs relèvent de « l'aller vers » et sont menées par des associations au plan local. Certaines grandes villes (qui ont généralement une population étudiante importante) financent des équipes de proximité pour intervenir dans les « points de consommation », Ce sont par exemple les dispositifs Noctambule à Lyon, Noxambules à Angers, Festiv'attitude et Somm'en Bus (bus avec un *chill-out* (espace de détente et réassurance) tenu par un professionnel de la réduction des risques) à Bordeaux. Ces dispositifs fournissent des conseils/du matériel de prévention et de réduction des risques concernant l'alcool, les drogues, le VIH et la sexualité (*safer sex*).

Des programmes de prévention des risques (incluant la mise en place d'équipes mobiles, de stands d'information et la distribution de matériel de réduction des risques) sont également organisés pour couvrir de grands événements musicaux (comme le Printemps de Bourges, les Eurockéennes ...) ou grands rassemblements. A l'occasion de l'Euro de football 2016, la MILDECA et du ministère des Sports et de la Jeunesse en collaboration avec les départements de la Politique de la Ville, de la Santé, l'INPES et la Délégation à la Sécurité Routière ont élaboré le guide méthodologique « Grands rassemblements sportifs et culturels : mettre en place un dispositif adapté de prévention et de réduction des risques ». Le document fournit une liste des ressources possibles (services municipaux ou locaux, acteurs du sport, organisateurs de compétitions, associations, etc.) et propose des modèles d'action pour la mise en place de zones de prévention et d'équipes mobiles de prévention.

### Milieu professionnel

Le troisième Plan de santé au travail 2016-2020 (Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social 2016) reconnaît que les conduites addictives comme un risque multifactoriel (reposant sur des médiateurs tant personnels que professionnels) requérant des mesures de prévention collectives en milieu professionnel.

Marqueurs de cette préoccupation, plusieurs événements nationaux ont été organisés ces dernières années sur les problématiques croisées des conditions de travail et des conduites addictives :

- la journée nationale de prévention des conduites addictives en milieux professionnels (JNPCAMP) des 22/10/2015 et 06/12/2016, sous l'égide de la MILDECA, du ministère de la Fonction publique et du ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social ;
- et le congrès « Travail, santé et usages de psychotropes; liens entre l'organisation du travail, la santé et les usages de psychotropes : si on en parlait? » du 06/09/2017 porté conjointement par l'association « Addictologie et travail » (Additra), la Fédération Addiction et l'Institut de recherche et d'enseignement sur les maladies addictives (IREMA).

Les sujets traversant les débats sont variés : détection précoce ou dépistage, risques et bénéfices de la consommation de drogues, qualité de vie en milieu professionnel, complémentarité des parties prenantes en tant que levier pour la prévention collective, le rôle des conditions de travail dans l'installation de conduites addictives, addictions comportementales comme « l'ergomanie » (*workaholism*), la techno-addiction et le droit à la déconnexion.

## Projet MAAD Digital : un média d'information numérique original construit avec et pour les jeunes

Soutenu depuis 2013 par la MILDECA, le programme MAAD « Mécanismes des addictions à l'alcool et aux drogues » permet à de jeunes participants d'aborder la question des addictions sous l'angle de la science et de la recherche, ce qui constitue une nouvelle perspective pour la plupart d'entre eux. Le projet « Apprentis Chercheurs » en 2005 conduit par l'association de chercheurs *L'Arbre des Connaissances* en est à l'origine. Des collégiens et lycéens, encadrés en binôme, participent à des activités de recherche en laboratoire durant dix mercredis après-midi au cours de l'année scolaire, avant de présenter le résultat de leurs travaux à l'occasion du congrès des Apprentis Chercheurs MAAD organisé dans cinq villes (Amiens, Bordeaux, Marseille, Paris et Poitiers). Depuis 2013, l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) et *L'Arbre des Connaissances* ont permis d'accueillir 120 adolescents (collégiens et lycéens) dans des laboratoires de neuroscience travaillant sur les addictions liées à l'alcool ou aux drogues. Pour une meilleure diffusion des résultats du programme MAAD, une solution numérique élaboré par les Apprentis Chercheurs les parties prenantes ont mis au point une solution numérique est désormais disponible. Son contenu élaboré par les jeunes Apprentis Chercheurs s'adresse à leurs pairs. MAAD Digital, le média d'information scientifique sur les addictions pour les jeunes, est en ligne depuis octobre 2016 (<http://www.maad-digital.fr/>).

### Campagnes médiatiques

**Campagne « Écoutez d'abord ».** La France a activement contribué à la campagne « Écoutez d'abord » conçue sous l'égide de l'ONU DC. Durant l'événement parallèle consacré aux nouvelles initiatives pour « Renforcer la réponse globale en matière de prévention », en marge de la 60<sup>e</sup> session de la Commission des stupéfiants du 13 au 17 mars 2017, le président de la MILDECA a dressé un bilan de l'initiative « Écoutez d'abord » lancée par la France, la Suède, l'ONU DC, l'OMS et le Groupe Pompidou (<https://www.unodc.org/listenfirst/>). En 2016, 52 pays ont adhéré à cette initiative qui soutient la prévention basée sur des données scientifiquement validées et met l'accent sur le fait qu'une approche globale en matière de prévention nécessite d'une part de renforcer l'écoute bienveillante à l'égard des jeunes et d'autre part de développer les compétences psychosociales des jeunes. Il s'agit d'un réel investissement dans le bien-être des enfants et des jeunes, de leurs familles et de leurs communautés. En mars 2017, 1,5 million de personnes, décideurs politiques, parents, enseignants, intervenants en prévention et en santé, avaient visionné les vidéos et les infographies ciblées (parents, enseignants, décideurs politiques, praticiens) spécialement élaborées dans ce cadre.

### 1.2.3 Prévention sélective, auprès des publics plus à risques

Il n'y a pas de nouveaux développements à signaler depuis la publication du workbook sur la prévention 2016 en ce qui concerne la prévention sélective. L'année 2017 étant la dernière de la stratégie quinquennale du gouvernement en matière de lutte contre les drogues, les politiques et les projets entreprennent les dernières mesures conformément au calendrier.

La prévention sélective dirigées vers des publics plus à risques que la population générale est le fruit d'actions locales dispersées et peu évaluées. Menées pour l'essentiel dans les quartiers sensibles (en dehors de l'environnement scolaire), ces actions sont assurées par des associations spécialisées ou, plus rarement, des agents des services de police ou de gendarmerie. Certains exemples sont donnés dans le workbook sur la prévention 2016.

La circulaire annuelle 2017 fixant les objectifs des chefs de projet de la MILDECA (en préfecture) désigne au rang des publics-cibles prioritaires en matière de prévention : les personnes en errance, les femmes usagères de drogues, les jeunes (scolarisés ou en apprentissage), les mineurs placés sous main de justice et les personnes fréquentant l'espace

festif (l'attention est notamment attirée sur la résurgence du discours partisan durant certaines actions de prévention en milieu récréatif, rapportée en 2016).

### Quartiers défavorisés

Le Plan d'actions pour la période 2013-2015 appelle à ce que la thématique des conduites addictives soit consolidée dans les actions de prévention développées au titre de la politique de la ville. Le soutien financier de la MILDECA et le Fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD) et leurs administrateurs en préfecture donnent un élan au développement de la prévention sélective dans les quartiers sensibles ou défavorisés, notamment dans les zones de sécurité prioritaires (ZSP). En 2017, plus de la moitié des actions de prévention financées par les chefs de projet de la MILDECA sont des mesures de sensibilisation ou de prévention des risques mises en œuvre dans des quartiers prioritaires, où se concentrent les structures d'aide et d'intervention dédiées (services municipaux et associations).

En 2015, à la demande de la MILDECA, la Direction de la politique de la ville a mis en place une cartographie interactive qui permet de localiser les structures médicosociales de lutte contre les addictions dans les quartiers prioritaires, afin de mieux orienter les jeunes vers des spécialistes en addictologie et de renforcer la prévention. Cette cartographie est disponible sur le site Internet de la Direction de la politique de la ville (<http://sig.ville.gouv.fr/Cartographie/1193>), la capacité des services existants à répondre aux besoins de la population, en particulier à ceux des jeunes, reste à analyser, tout comme les partenariats entre les consultations jeunes consommateurs (CJC) et ateliers santé ville (ASV).

### Personnes visées par la protection judiciaire de la jeunesse

Plusieurs mesures de soutien destinées à améliorer l'approche de prévention vis-à-vis des mineurs placés sous main de justice ont été mises au point au cours des dernières années, sous l'égide de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ). Elles ont pour principal objectif de permettre à ces jeunes à risque de préserver leur santé, afin de prendre en main leur propre vie. Ces initiatives relèvent du projet « PJJ promotrice de santé » lancé en 2013, qui définit les addictions et la santé mentale comme des menaces graves pesant sur les mineurs placés sous main de justice. A titre illustratif, trois supports sont développés dans ce cadre :

- Un outil interactif créé dans le but d'aider les mineurs placés sous main de justice à auto-évaluer leur état de santé, y compris leurs conduites addictives. Des contenus ludiques (quiz, par ex.) sont fournis, de même que des liens utiles vers des services d'aide et un « bilan de santé » imprimable que les adolescents peuvent télécharger et remettre aux professionnels de santé qu'ils consultent. Cet outil est disponible en ligne dans tout service de la protection judiciaire de la jeunesse qui offre un accès libre à des ordinateurs à des fins éducatives. Les éducateurs peuvent fournir informations et soutien aux jeunes qui demandent de l'aide ou des renseignements après avoir utilisé cet outil ;
- Un glossaire expliquant les questions liées aux drogues et au trafic. Regroupant des articles d'experts sur ces sujets il porte sur les expériences de divers praticiens et sur les points de vue de responsables de la PJJ.
- Un guide sur l'atteinte de la majorité légale, fruit de la collaboration entre la Maison des Adolescents des Hauts-de-Seine et la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse. Il s'adressera aux travailleurs sociaux susceptibles de conseiller les jeunes qui se rapprochent de l'âge de la majorité. Il inclura un guide pour les entretiens sur les conduites addictives.

Depuis 2015, une formation des formateurs est organisée au sein des services territoriaux de formation de l'administration de la PJJ afin de renforcer la mise en œuvre d'un programme de prévention basé sur les mangas. Le manga intitulé « Kusa » est une fable morale sur l'addiction (portant sur une « herbe magique ») écrite par un psychiatre travaillant en CJC. Ce

manga est utilisé pour encourager l'échange entre pairs et avec les adultes référents (éducateurs, par ex.) et pour mettre en pratique les compétences psychosociales pendant que les adolescents suivent l'histoire du personnage principal, un jeune samouraï qui est confronté aux épreuves de la vie et se trouve face au choix de recourir ou non aux drogues pour s'en sortir.

### Milieus récréatifs

Un référent national pour les événements festifs organisés par les jeunes, placé auprès du délégué interministériel à la jeunesse, peut conseiller les parties prenantes lorsque des événements de grande envergure sont organisés (teknivals, fêtes gratuites, etc.). Le gouvernement souhaite mettre en place un tel médiateur d'événements récréatifs au sein de chaque Direction départementale de la cohésion sociale, avec pour but spécifique de répondre aux besoins en formation des organisateurs d'événements.

### Familles vulnérables

La MILDECA soutient la mise en œuvre expérimentale de PANJO (partenariat entre les infirmières et les familles, promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents), un programme d'accompagnement précoce à la parentalité conçu par l'INPES. Les outils PANJO axés sur les infirmières ont fait l'objet d'essais pilotes dans trois départements (Rhône, Loire-Atlantique et Hauts-de-Seine) et ont été évalués au printemps 2015. Leur mise en œuvre est coordonnée et financée par l'INPES et confiée à l'Agence des nouvelles interventions sociales et de santé, une association qui se place comme interlocuteur auprès des autorités locales. La première phase a permis de confirmer l'excellent accueil réservé au programme par les professionnels et les familles et d'optimiser la conception des interventions et de la formation. Les interventions se sont concentrées sur le développement précoce de liens d'attachement et sur le renforcement des comportements favorables à la santé. La deuxième phase (2016-2018) doit mettre en pratique la conception optimisée du programme PANJO et à en évaluer l'efficacité (étude PANJO 2). Ainsi, 500 femmes enceintes devaient être recrutées jusqu'à juin 2017 et réparties en deux groupes. Le groupe de contrôle recruté dans dix maternités et a accès aux services habituellement offerts aux futures mères et aux jeunes mères (soins ordinaires en maternité, protection maternelle et infantile (PMI), services sociaux, services de la Caisse d'allocations familiales, garderies, etc.). Le groupe expérimental est recruté par le personnel de la PMI dans onze départements et bénéficiera à la fois des services habituels destinés aux mères et des interventions PANJO. Les interventions PANJO incluent au moins six visites à domicile pour rencontrer les participantes : deux pendant la grossesse et quatre après la naissance, jusqu'aux six mois de l'enfant. Ces visites sont effectuées par des professionnels de la PMI partageant un cadre standardisé de pratiques, grâce à la formation et aux recommandations communes d'intervention et de supervision du programme PANJO.

Avec le soutien de la MILDECA, plusieurs expériences de thérapie familiale multidimensionnelle (TFM) ont constitué des essais pilotes dans différents environnements, y compris au sein de services de la protection judiciaire de la jeunesse. La prochaine étape pour la MILDECA consiste à recueillir les premiers résultats de la TFM, avant d'envisager l'élargissement de cette approche aux CJC.



Le programme de renforcement des familles « Strengthening Families Program » (SFP) a été mis à l'essai en France dans une ville (2011-2012) puis dans trois villes (2013-2014) des Alpes-Maritimes, dans le cadre de la politique de la ville. Il visait à promouvoir la santé mentale des enfants à travers le soutien apporté aux parents, en enrichissant et en valorisant les compétences parentales, les compétences psychosociales des enfants ainsi que la communication entre les parents et leurs enfants. Cette expérimentation a concerné des enfants de 6 à 11 ans et leurs familles (Roehrig 2013; Roehrig 2015). Comme recommandé par l'auteur du SFP, le programme a été adapté à la culture et aux valeurs françaises (concernant la langue, les exemples, modes d'accueil et d'animation de groupe).



L'évaluation a révélé que 81 % des familles faisaient preuve d'une participation assidue. En moyenne, les compétences parentales ont augmenté de plus de 40 % en ce qui concerne, entre autres, la qualité du temps passé avec les enfants, l'identification et la gestion des émotions, la communication et la cohésion familiale. Le SFP a pris le nom de Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP). Depuis 2015, après quatre ans d'adaptation culturelle et contextuelle, la diffusion nationale du PSFP se poursuit. Le programme est en place dans plusieurs villes sur un petit nombre de régions pour la période 2015-2017. Le Plan d'actions 2016-2017 du gouvernement prévoit la mise en œuvre expérimentale du PSFP dans le cadre des CJC (MILDECA 2016).

#### 1.2.4 Prévention indiquée

**À l'exception de l'adaptation du programme « Break the Cycle », aucun nouveau développement n'est à signaler concernant la prévention indiquée.**

À l'instar de la prévention sélective, la prévention indiquée est principalement assurée par des associations spécialisées ou des services de police/gendarmerie, souvent dans le cadre de réponses judiciaires.

##### Jeunes présentant des conduites addictives

Les jeunes usagers peuvent être orientés vers des consultations jeunes consommateurs (CJC) et des stages de sensibilisation aux dangers des drogues. Les CJC ont pour but d'apporter une information et un conseil personnalisé aux jeunes consommateurs et à leurs familles, et de les soutenir dans l'arrêt des consommations ou dans la prise en charge à plus long terme, si besoin en les réorientant vers d'autres services spécialisés. En 2015, environ 550 points de consultation ont été répartis dans 420 villes françaises (métropole et DOM-TOM), dans 260 installations de CJC ou dans des lieux de consultation extérieurs « avancés » (dans des établissements scolaires, par ex.). Les usagers sont âgés de 19 ans et demi en moyenne. Ce sont majoritairement des garçons ou jeunes-hommes (81 %) (Protais et al. 2016). Seuls 18 % des usagers se sont rendus volontairement (spontanément) à la consultation, tandis que 39 % ont été orientés par le système judiciaire (tribunaux ou services de la protection judiciaire de la jeunesse), 20 % par leur famille et 9 % par leur école.

##### Usagers parmi les mineurs sous main de justice

Au cours des dernières années, les services de la protection judiciaire de la jeunesse et les CJC ont formé un partenariat (par ex. à travers les points de consultation « avancés »). Une étude commandée par la MILDECA est en cours pour évaluer le coût d'un tel partenariat et, par conséquent, le financement nécessaire pour le poursuivre.

La stratégie 2013-2017 formule des objectifs spécifiques en matière de prévention à l'égard des délinquants. De nouveaux programmes de prévention de la récidive liée aux drogues ont été lancés (voir section T1.2.1).

## Injecteurs et primo-injecteurs de drogues :

**Change**  
LE PROGRAMME

« Change le Programme » (CLP) est une adaptation de « Break the cycle », un programme britannique d'intervention sur les transitions vers d'autres modes d'administration (TMA). Il repose sur les situations et les interactions sociales au moment de la première injection d'un usager de drogues et vise à réduire le nombre d'initiations à l'injection parmi les usagers ou, à défaut, à retarder et rendre plus sûr le passage à l'injection. Lancé initialement au Royaume-Uni, le programme est reconnu à l'échelle internationale malgré le peu de données disponibles. Il a été adapté et modélisé pour la France entre 2012 et 2014 par l'INPES (désormais intégré à Santé publique France). Alors que les expérimentations américaines ont recouru à des entretiens de groupe, la version française de BTC à l'instar du programme originel (Hunt et al. 1998) s'appuie sur des entretiens individuels, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ne disposant guère de l'expérience suffisante en matière d'entretiens collectifs. Étant donné que la plupart des usagers des CAARUD ne s'impliquent que de façon limitée dans la communauté, les entretiens sont assurés par des intervenants professionnels, comme prévu à l'origine (et non par des pairs, comme au Canada). L'accent est mis sur les entretiens motivationnels, comme dans les programmes britannique et canadien, mais ils ne sont pas un élément central. Enfin, il a été jugé plus réaliste d'intégrer aussi dans la version française une approche éducative d'injection à moindre risque, dans le but de retarder si ce n'est d'éviter l'échéance les premières injections mais également de promouvoir des conditions d'administration plus saines. La version française, intitulée Change le Programme (CLP), a été mise à l'essai sur sept sites pilotes dans six villes (Aulnay-sous-Bois, Montreuil, Paris, Bordeaux, Marseille et Metz). Le RESPADD a mené son évaluation (EVAL-CLP) en partenariat avec l'Observatoire régional de la santé (ORS-IDF) d'Île-de-France. Les intervenants formés (2 ou 3 par site) s'adressent aux injecteurs lors d'entretiens motivationnels afin de les sensibiliser à l'influence qu'ils exercent sur les pairs non injecteurs et de mieux les préparer à refuser ou à retarder les demandes d'aide à l'initiation.

Concernant l'évaluation du processus, la recherche EVAL-CLP a révélé que la mise en œuvre de CLP dans les CAARUD était faisable mais pourrait mettre au jour des tensions quant aux pratiques professionnelles dans les structures de réduction des risques (Michels et al. 2017). La logique du programme s'écarte nettement de la logique du bas seuil qui sous-tend la plupart des stratégies de réduction des risques en France et qui amène à accompagner l'injection et à la rendre plus sûre. Ici, le but est de déclencher une transition temporaire ou définitive vers un autre mode d'administration que l'injection ou d'empêcher les usagers de drogues de passer à l'injection.

En ce qui concerne les résultats, Change le Programme a permis d'apporter les changements attendus au niveau des comportements, des perceptions et des intentions des participants à l'issue d'une période de trois mois. Ces résultats positifs coïncident avec ceux obtenus par le programme d'origine « Break the Cycle » (Hunt et al. 1998) et par son adaptation canadienne (Strike et al. 2014). Toutefois, l'intervention pourrait être rendue plus efficace en intégrant un suivi à mi-parcours (par exemple avec un deuxième entretien pour faire un rappel avec le participant – l'usager – des idées et des messages abordés lors de l'entretien initial). Néanmoins, ce type d'approche ne peut pas influencer les conditions macro-structurelles et structurelles qui jouent sur le passage à l'injection (type de produits injectés, situation du marché, présence de lieux ouverts ou concentrations d'injecteurs, pauvreté des usagers, rapports sociaux et entre les sexes, etc.) et qui représentent des environnements défavorables et des facteurs de risque supplémentaires pour le passage à l'injection des usagers non injecteurs (Werb et al. 2016).

## T1.3 Assurance Qualité pour les interventions de prévention

En février 2014, conformément au Plan gouvernemental 2013-2017, la MILDECA a mis en place la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA). Son objectif est de promouvoir et diffuser une nouvelle politique de prévention basée sur des données probantes et des modèles scientifiques ainsi que sur des programmes ayant fait la preuve de leur efficacité. Présidée par la MILDECA, la CIPCA rassemble des services ministériels et des institutions à caractère scientifiques concernés par le sujet de la prévention des drogues et des conduites addictives (voir le workbook sur les bonnes pratiques).

La formation des formateurs issus d'associations impliquées dans la prévention a débuté en 2016 afin d'améliorer la capacité de ces derniers à former les professionnels travaillant en contact avec des jeunes sur le thème de la prévention et leur capacité à conseiller les décideurs demandeurs d'action de prévention (voir le workbook sur les bonnes pratiques).

En plus de la publication des ensembles d'outils EDPQS, l'adaptation de la *checklist* « EDPQS » pour la sélection de projets de prévention de qualité a été entreprise durant l'été 2016 par un groupe de travail de la CIPCA. Cette initiative avait pour but de fournir aux financeurs locaux une version de l'outil européen adaptée à la France, utilisable de façon plus directe et complétant les procédures administratives existantes.

Dans ce cadre, une version plus simple a été mise au point : la grille d'évaluation « Appréciation et sélection de programmes de prévention issus de la revue des standards de qualité « EDPQS » » (ASPIRE). L'ensemble d'outils ASPIRE est composé d'une grille d'évaluation imprimable, d'un tableau de comparatif automatique (Excel), d'un guide rapide pour les évaluateurs et d'un guide rapide pour les candidats. Il peut être téléchargé dans la section « Aide aux acteurs » du site Internet de l'OFDT (<http://www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/prevention/grille-aspire-adaptation-francaise-des-edpqs-pour-la-selection-de-programmes-prometteurs/>). Pour plus détails, veuillez consulter le workbook sur les bonnes pratiques de 2016).

## T2. Tendances

Ces dix dernières années, l'engagement le plus significatif des pouvoirs publics en matière de prévention des dépendances a certainement été le soutien apporté au développement des CJC (consultations jeunes consommateurs). Ces CJC constituent le principal système de prévention indiquée en France.

En ce qui concerne les drogues licites, les actions publiques ont été marquées par un renforcement des dispositions déjà nombreuses pour la protection de l'ensemble de la population, plus particulièrement des mineurs, contre la normalisation du tabac et de l'alcool. Cela a récemment découlé sur l'obligation de mise en place de paquets neutres et standardisés pour tous les produits du tabac. De nouvelles restrictions sont également apparues en matière de vapotage (cigarette électronique), selon une logique qui rappelle grandement les mesures adoptées au tout début de la mise en place des politiques d'interdiction du tabac (années 1990). Les limites qui ont été imposées de façon durable en matière de promotion du tabac au cours de ces dernières décennies contrastent avec l'assouplissement des restrictions légales relatives à la promotion de l'alcool observé durant la même période, un assouplissement alimenté par les désaccords parmi les pouvoirs publics (Mutatayi 2016). Dans ce contexte, en juin 2016, la MILDECA et le ministère de la Santé ont fait appel à l'agence Santé publique France (SPF) et à l'Institut national du cancer (INCa) afin d'obtenir des recommandations d'experts pour faire évoluer le discours public en ce qui concerne la consommation d'alcool en France (voir section T1.2.1).

Depuis le début de cette décennie, professionnels et décideurs ont à cœur d'améliorer la qualité des services et des programmes de prévention offerts à la population. La création de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives (CIPCA), en 2014,

est un symbole de cette volonté de sensibilisation. Le renforcement de la qualité en matière de prévention des conduites addictives – à travers la promotion de méthodes basées sur des données scientifiquement validées et la professionnalisation des praticiens – est conjoncture de : (i) l'évolution des niveaux et des modes de consommation, notamment chez les adolescents ; (ii) l'amélioration des connaissances sur les dangers liés aux usages ; (iii) l'accès plus facile à des substances et des drogues de synthèse via Internet ; et (iv) la prise de conscience croissante quant aux lacunes et à l'inefficacité d'une politique uniquement axée sur l'interdiction de tout usage de drogues pour éviter les conduites addictives et les risques connexes.

Si les jeunes sont incontestablement la cible principale des politiques de prévention, les deux derniers Plans gouvernementaux (2008-2011 et 2013-2017) ont clairement établi des priorités concernant certains segments spécifiques de ce public, tels que les jeunes des quartiers défavorisés ou en contact avec le système judiciaire, mais aussi concernant les femmes.

Le plan gouvernemental actuel poursuit et renforce aussi la prévention en milieu professionnel, tant dans le secteur public que privé. Le soutien institutionnel envers le développement de la prévention sur le lieu de travail prend de l'ampleur.

### T3. Les nouveaux développements sur 2016-2017

- **Voir T 1.1.2 :**

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) est devenu la Direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS) au sein de Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique, avec de nouveaux objectifs en matière de prévention.

- **Voir T 1.1.3 :**

Le Fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD) est maintenant une nouvelle source de financement pour les programmes locaux de prévention sélective liés aux drogues et met particulièrement l'accent sur les jeunes placés sous main de justice et sur la prévention du trafic de stupéfiants.

- **Voir T 1.2.1 :**

Dans la section « Législation sur l'alcool et le tabac » :

- De nouvelles dispositions légales sont entrées en vigueur concernant les paquets neutres pour les produits du tabac.
- Le vapotage (cigarette électronique) a été interdit dans des lieux publics spécifiques (installations destinées aux jeunes, transports en commun, lieux de travail fermés et couverts).
- Les fabricants de tabac ont pour obligation de déclarer leurs dépenses liées au lobbying et à la représentation d'intérêts.

Dans la section « Discours public sur l'alcool » :

En juin 2016, la MILDECA et le Ministère de la santé commande une expertise sous l'égide de Santé publique France et de l'Institut national contre le cancer afin d'analyser et rendre plus cohérent le discours public à l'adresse de la population sur les données de référence sur la consommation d'alcool

Dans la section « Stratégies de prévention de la délinquance et de la criminalité » :

Le programme TAPAJ permet à de jeunes adultes sans domicile fixe (de 18 à 25 ans en moyenne) d'accéder rapidement, avec un minimum de contraintes, à une source légale de revenus, payés de façon journalière, comme une alternative à la mendicité et un tremplin d'accès vers les services d'aide en addictologie.

- **Voir T 1.2.2 :**

- Le parcours éducatif de santé (PES), qui a été mis en œuvre en septembre 2016 dans tous les établissements scolaires de la maternelle au lycée afin de réduire les inégalités sociales en matière de santé et d'éducation, offre un nouveau cadre de travail pour la prévention des conduites addictives.
- La deuxième Journée nationale de prévention des conduites addictives en milieu professionnel (JNPCAMP) s'est déroulée en décembre 2016.
- Le projet MAAD Digital : un média d'information numérique original construit avec et pour les jeunes.

- **Voir T 1.2.3 :**

Le programme PANJO dirigé vers des familles à risque, pour la promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents poursuit son expansion après une phase de faisabilité ayant permis de consolider les modalités d'intervention et la formation et de confirmer l'acceptabilité du programme. La deuxième phase du programme (2016-2018) s'appuie sur une étude cas-témoins ciblant plus de 500 femmes (recrutées alors qu'elles étaient enceintes en 2017).

- **Voir T 1.2.4 :**

« Change le Programme » est une adaptation de « Break the Cycle », un programme d'intervention sur les transitions vers d'autres modes d'administration que l'injection qui vise à réduire le nombre d'initiations à l'injection parmi les usagers de drogues ou à retarder et rendre plus sûr le passage à l'injection.

- **Voir T 1.2.5 :**

La France a participé à la campagne « Écoutez d'abord » lancée sous l'égide de l'ONUSD afin de mettre l'accent sur une approche globale de prévention à travers l'écoute bienveillante des jeunes et le développement des compétences psychosociales des adolescents.

- **Voir T 1.5.1 :**

La collection d'outils ASPIRE ou « Appréciation et sélection de programmes de prévention issus de la revue des standards de qualité « EDPQS » » a été adaptée à partir des matériaux et standards européens EDPQS afin de promouvoir de programmes de prévention répondant à une certaine qualité.

## T4. Sources et méthodologie

### T4.1. Références

Hunt, N., Stillwell, G., Taylor, C. and Griffiths, P. (1998). *Evaluation of a brief intervention to prevent initiation into injecting. Drugs Education, Prevention and Policy 5 (2) 185-194.*

Michels, D., Halfen, S., Lert, F., Lydié, N., Delile, J.-M., Arwidson, P. et al. (2017). *Change le programme. Rapport d'évaluation. RESPADD, Paris.*

MILDECA (2016). *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan d'actions 2016-2017. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Paris.*

MILDT (2013). *Government plan for combating drugs and addictive behaviours 2013-2017. MILDT, Paris.*

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (2014). Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [PNRT]. Cancer 2014-2019 - Objectif 10. Ministères des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Paris.

Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social (2016). Plan santé au travail 2016-2020. Paris.

Mutatayi, C. (2016). Le marketing en faveur des alcools et du tabac en France. In: Beck, F. (Ed.) Jeunes et addictions. OFDT, Saint-Denis.

Protais, C., Díaz Gómez, C., Spilka, S. and Obradovic, I. (2016). Évolution du public des CJC (2014-2015) [The evolution of population attending youth addiction outpatient clinic (CJC's) 2014-2015]. Tendances. OFDT (107).

Roehrig, C. (2013). Soutien à la parentalité : une étude d'implantation du programme Strenghtening Families Program en France. Dépendances (50) 16-19.

Roehrig, C. (2015). Expérimentation du Programme de soutien aux familles et à la parentalité. Cahiers de la puéricultrice 52 (291) 24-27.

Santé publique France and INCa (2017). Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Santé publique France, Saint-Maurice.

Strike, C., Rotondi, M., Kolla, G., Roy, E., Rotondi, N.K., Rudzinski, K. et al. (2014). Interrupting the social processes linked with initiation of injection drug use: results from a pilot study. Drug and Alcohol Dependence 137 48-54.

Werb, D., Garfein, R., Kerr, T., Davidson, P., Roux, P., Jauffret-Roustide, M. et al. (2016). A socio-structural approach to preventing injection drug use initiation: rationale for the PRIMER study. Harm Reduction Journal 13 (25).

#### **Internet :**

- Guide ASPIRE : <http://www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/prevention/grille-aspire-adaptation-francaise-des-edpqs-pour-la-selection-de-programmes-prometteurs/>

- MAAD Digital (recherche sur les addictions pour les jeunes) : <http://www.maad-digital.fr/>

- Le programme de réinsertion sociale TAPAJ (travail alternatif payé à la journée) a un site Internet : <http://www.tapaj.org/>

- Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool : <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-France-organise-par-Sante-publique-France-et-l-Inca>

## T4.2 Synthèses méthodologiques d'études mobilisées

### Enquête CJC : Enquête dans les consultations jeunes consommateurs conduite par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

L'exercice 2015 est le 4ème (après 2005, 2007 et 2014) de l'enquête sur les personnes accueillies en consultations jeunes consommateurs (CJC), dispositif créé en 2005 pour accueillir les jeunes usagers de substances psychoactives. L'enquête 2015 s'appuie sur les réponses des professionnels qui ont reçu les patients ou leur entourage entre le 20 avril et le 20 juin 2015. Elle couvre la métropole et les départements d'outre-mer. Sur 260 structures gestionnaires d'une activité de CJC en métropole et dans les DOM recensées en 2015, 199 ont répondu à l'enquête, soit un taux de réponse de 77 %.

Un an après un premier volet d'enquête en 2014, le second volet conduit en 2015 permet d'examiner l'évolution de la structure du public reçu, à la suite d'une campagne de communication sur le dispositif. Au total, 3 747 questionnaires ont été collectés pendant une période d'inclusion de 9 semaines en 2015 (contre 5 421 pendant 14 semaines d'enquête en 2014), ce qui permet de disposer d'un socle stable de structures doublement répondantes : 86 % des structures répondantes en 2015 ont participé aux deux éditions de l'enquête.

Le questionnaire comprend quatre parties : les circonstances et motifs de la consultation, les caractéristiques socio-démographiques du consommateur, les substances consommées et l'évaluation de la dépendance au cannabis par le CAST, et la décision prise à l'issue de la consultation.

### Expertise pour l'évolution du discours public sur la consommation d'alcool en France, coordonnée par l'agence Santé publique France et par l'Institut national du cancer (INCa)

Une recherche documentaire a été conduite. Un appel public à candidatures d'experts a été publié au cours de l'été 2016. Huit experts ont été retenus parmi 22 candidatures reçues par un comité de sélection après examen de l'expérience et des déclarations publiques d'intérêt. Le groupe d'experts s'est réuni 9 fois entre le 4 octobre 2016 et le 27 février 2017. Deux types d'auditions ont été conduits, d'une part celles d'experts français ou étrangers et, d'autre part, les parties prenantes qui produisaient des discours publics en tant qu'associations impliquées dans le domaine de la santé ou en tant qu'associations ou fédérations représentant des intérêts économiques. Une analyse de la situation française actuelle en termes de niveaux de consommation, d'historique réglementaire, d'impact de la publicité sur les jeunes et d'historique des repères de consommation a également été menée. Deux travaux ont été commandés. Le calcul du risque de mortalité vie-entière attribuable de la population française selon différents niveaux de consommation d'alcool a été commandé au CAMH. Cette approche était celle recommandée par le groupe d'experts du projet européen RARHA financé par la Commission européenne. D'autre part, une étude qualitative a été réalisée pour mieux appréhender la perception du discours public par la population française, entre autres la compréhension du risque alcool et l'utilisation des repères actuellement promus par divers organismes publics ou privés

Évaluation de « Change le Programme » (adaptation française de « Break the Cycle », un programme d'intervention sur les transitions vers d'autres modes d'administration (TMA)) (voir section T1.2.4). Aux fins de l'évaluation, l'initiative CLP a été mise en œuvre du 15 juin 2015 au 14 février 2016 dans sept CAARUD (services à bas seuil) répartis dans six villes de France (Aulnay-sous-Bois, Bordeaux, Marseille, Metz, Montreuil et Paris). Durant cette expérience de huit mois, dans chaque CAARUD, les intervenants formés (2 ou 3 par site) ont offert, pendant 2 ou 3 demi-journées par semaine, des entretiens aux usagers intéressés dans le cadre de CLP. À des fins de recherche uniquement, les participants ont dû répondre à des questionnaires ex ante et ex post. Ils ont été recontactés trois mois après l'entretien afin de répondre à un questionnaire de suivi.