

Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale

Siège social : 103, chemin des tennis 06670 Levens

Tel : 04.97.20.51.64 / 06.03.99.67.30

Association créée le 22.12.1994 et inscrite au JO le 25.01.1995

N° siret : 412 033 862 00043

www.grvs06.org



Evaluation du Dispositif territorial transdisciplinaire de prévention et de prise en charge des Addictions de la Ville de Valbonne Sophia-Antipolis 2006- 2013

Rapport d'évaluation à l'attention de la Ville de Valbonne Sophia-Antipolis,
de la Direction Générale de la Santé (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé)
et de la délégation départementale des Alpes-Maritimes de la MILDECA

Catherine Reynaud-Maurupt
Septembre 2014

Ce travail réalisé par le Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale a bénéficié de co-financements ayant permis sa réalisation :

- un financement de la Direction Générale de la Santé (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé), obtenu dans le cadre de l'appel d'offres national « Jeunes et Addictions » 2012.
- un financement de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives, obtenu dans le cadre de l'appel d'offres départemental des Alpes-Maritimes 2013.
- Un financement de la commune de Valbonne Sophia-Antipolis, correspondant à la valorisation de l'investissement de l'Atelier Santé Ville valbonnais, pour son aide logistique et son travail de facilitation de l'accès au terrain d'enquête.

Sommaire

Introduction	9
Objectifs de l'évaluation du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis	10
Les axes de la recherche	11
L'évaluation de processus	11
L'évaluation qualitative de l'impact	11
Les préconisations pour le développement des actions	11
La transposabilité du Dispositif Addictions de VSA sur d'autres territoires	11
Le contexte du travail d'évaluation du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis : la première phase d'un projet global	12
Méthode	12
Comité de pilotage	12
Une évaluation construite à partir d'une démarche qualitative	13
Critères d'inclusion	13
Conduite des entretiens et des groupes focaux	13
Le recueil des données	13
L'analyse des données	16
Les résultats attendus	16
Chapitre I. Spécificités de la commune de Valbonne Sophia-Antipolis	17
1. Une population jeune	17
2. Une forte mixité sociale	18
2.1. L'impact de la technopole de Sophia-Antipolis sur la vie quotidienne des habitants	18
2.2. Une population globalement aisée	18
2.3. Des groupes de population fragiles à prendre en compte	19
Les habitants du quartier CUCS de Garbejaire	19
Les familles monoparentales	20
Les étudiants	20
3. Des difficultés de déplacement	20
4. Un tissu scolaire et universitaire dense	21
5. Des ressources médico-sociales et socio-éducatives importantes	22
5.1. Ressources médico-sociales implantées sur le territoire communal	22

5.2. Ressources socio-éducatives implantées sur le territoire communal	23
--	----

Chapitre II. Evaluation de processus : création et fonctionnement du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis..... 25

1. Historique de la mise en oeuvre du dispositif Addictions à Valbonne Sophia-Antipolis (2006-2013)	25
1.1. La phase de création (2006-2007)	27
1.1.1. Questionnement de terrain et volonté politique.....	27
1.1.2. Le diagnostic territorial Addictions	27
1.1.2.1. Les objectifs du diagnostic	27
1.1.2.2. La méthode utilisée	28
1.1.2.3. Les principaux résultats	28
1.1.2.4. Les préconisations pour l'action.....	36
1.1.2.5. La mobilisation des acteurs locaux.....	37
1.1.3. Première action de sensibilisation aux conduites addictives auprès des professionnels du territoire	38
1.2. La phase de structuration (2008-2010).....	38
1.2.1. Les implications de la création de l'Atelier Santé Ville sur la structuration du dispositif	38
1.2.2. Création de la Consultation psychologique de diagnostic et d'orientation destinée aux jeunes	39
1.2.3. Création du comité de pilotage multi-professionnel Addictions	40
1.2.4. Subdivision opératoire en 3 groupes de travail thématiques	40
Les objectifs des groupes de travail	40
Le groupe de travail Education Nationale	40
Le groupe de travail Jeunes en insertion	42
Le groupe de travail « Binge drinking ».....	42
1.2.5. Extension du public des formations	43
1.3. La phase de développement (2011-2013).....	44
1.3.1. L'étoffement du référentiel à l'occasion du Plan Local de Santé Publique 2011-2014	44
1.3.2. La pérennisation et le renforcement de la Consultation Jeunes.....	45
1.3.3. La structuration en 4 groupes de travail et les actions produites	46
Axe de travail Education Nationale	46
Axe de travail Jeunes en insertion	47
Axe de travail Parentalité	48
Axe de travail Etudiants	49
1.3.4. Poursuite de la politique de formation et de mobilisation des acteurs du territoire.....	50
1.3.5. L'état des lieux budgétaire au moment de l'évaluation (2013)	51
2. Evaluation de l'activité : combinatoire des actions du Dispositif Addictions (2008-2013)	52
2.1. L'animation du réseau (2008-2013)	52
2.2. L'activité de la prise en charge spécialisée sur le territoire.....	52
2.2.1. La Consultation Jeunes (2008-2013)	53
2.2.2. La Consultation d'addictologie (2011-2013).....	54
2.3. L'activité conduite auprès des élèves de l'Education Nationale	54
2.3.1. Les actions collectives conduites dans les lycées (2008-2013).....	54
2.3.2. Les actions collectives conduites dans les collèges (2008-2013).....	55
2.3.3. Les actions collectives conduites dans les écoles primaires (2011-2013)	57
2.4. L'activité conduite auprès du public des Jeunes en insertion.....	57
2.4.1. Les actions collectives.....	57
2.4.2. Le Carrefour Santé Addictions	58

2.5.	Les actions de sensibilisation des parents et l'appui à la parentalité.....	58
2.6.	Les actions en milieu étudiant.....	59
2.7.	Une action de prévention en milieu festif.....	60
2.8.	L'activité de formation.....	60
	Conclusion de l'évaluation de processus.....	61

Chapitre III. Evaluation qualitative de l'organisation et de l'impact du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis..... 64

1.	Les lignes de force de l'organisation du dispositif Addictions à Valbonne Sophia-Antipolis.....	64
1.1.	Une stratégie territoriale	65
1.2.	Une stratégie transdisciplinaire et multi-professionnelle	66
1.2.1.	L'alliance entre l'expertise du territoire et l'expertise thématique comme pivot du dispositif	66
1.2.2.	Le travail de réseau.....	68
1.3.	Une démarche de concertation continue.....	69
1.4.	Une stratégie multi-interventionnelle pour un continuum préventif.....	70
2.	Leviers permettant une dynamique territoriale autour des addictions	73
2.1.	L'action de proximité.....	73
2.2.	Le portage politique.....	74
2.3.	Le soutien financier.....	74
2.4.	La capacité à susciter la mobilisation communautaire.....	75
2.5.	La démarche participative et le fonctionnement en groupes de travail thématiques et pluri professionnels	77
3.	La plus-value de l'action du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis.....	78
3.1.	La plus-value du dispositif selon les parties prenantes	78
3.1.1.	Plus-value du dispositif en termes de qualité des pratiques professionnelles.....	78
	Le partage de l'information et la mutualisation des compétences	78
	Le gain de temps	79
	La mise à disposition d'experts.....	79
3.1.2.	Plus-value du dispositif en termes d'action socio-éducative.....	80
	Le renforcement du maillage autour des jeunes	80
	Agir plus en amont.....	81
	Les actions collectives pour modifier les représentations et développer l'esprit critique.....	81
3.1.3.	Plus-value du dispositif en termes de repérage précoce.....	84
	Les formations pour modifier les représentations et favoriser le repérage précoce.....	84
	L'implication des professionnels de proximité et de la communauté dans la prévention et le repérage des addictions	84
3.1.4.	Plus-value du dispositif en termes d'accès aux soins.....	85
	La Consultation Jeunes Consommateurs comme charnière entre la prévention et le soin	86
	La diversification des sources de l'orientation vers la Consultation Jeunes	87
	L'intérêt des consultations avancées dans les lieux où vivent les jeunes.....	87

L'organisation d'une cellule dédiée à la concertation sur des cas problématiques éloignés du soin	89
3.2. Indicateurs indirects sur l'impact du dispositif Addictions.....	89
3.1.1. Des éléments sur l'impact des actions collectives conduites auprès des parents.....	90
3.1.2. Des éléments sur l'impact des actions collectives conduites auprès des jeunes	92
Actions auprès des collégiens	92
Actions auprès des lycéens	94
Actions auprès des jeunes sortis du milieu scolaire	95
3.1.3. Des éléments sur l'impact de la prise en charge individuelle sur les parcours de vie.....	96
4. Freins pour l'action du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis	99
4.1. La Consultation Jeunes : une file active saturée, des difficultés à s'inscrire dans la dynamique partenariale et des attentes en termes de développement.....	100
4.1.1. Une file active saturée.....	100
4.1.2. Un retrait contraint de la dynamique partenariale	100
4.1.3. Une incapacité à répondre aux opportunités de développement.....	101
4.2. Le renouvellement périodique des acteurs de première ligne investis dans le dispositif	103
4.2.1. Une politique de formation nécessairement cyclique.....	103
4.2.2. La nécessité d'anticiper les changements de personnes-clés.....	104
4.3. L'instabilité du réseau territorial partenarial.....	105
4.3.1. Les conséquences des restrictions budgétaires subies par les partenaires.....	105
4.3.2. Les difficultés spécifiques liées au maintien du programme P3 dans les collèges.....	107
4.3.3. Le manque de partenaires spécialisés dans la prévention des addictions	108
4.3.4. Le morcellement des missions des partenaires envisagées sous l'angle territorial.....	109
4.4. L'affaiblissement du continuum préventif par les limites territoriales	109
4.5. Le fonctionnement du Carrefour Santé Addictions.....	110
4.6. L'animation de la dynamique partenariale au sein du dispositif	112
4.6.1. Repenser les comités de pilotage.....	112
4.6.2. Systématiser la communication	113
5. La soutenabilité : les conditions du maintien du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis	113
5.1. La perte très probable de la qualification CUCS du quartier de Garbejaire au 1 ^{er} janvier 2015 ..	114
5.2. La dynamique territoriale comme principal levier de la soutenabilité	115
5.3. Le maintien de l'implication des parties prenantes dans la durée	115
6. L'état des lieux au premier semestre 2014 : un nouveau regard sur les jeunes les plus fragilisés vis-à-vis des conduites addictives.....	116
Conclusion de l'évaluation qualitative de l'organisation et de l'impact.....	119
Chapitre IV. Préconisations : des pistes de travail pour renforcer le dispositif Addictions	125
1. Optimiser le fonctionnement du dispositif Addictions : modalités de pilotage, communication et anticipation.....	125
1.1. L'organisation du maillage pluri-professionnel.....	125

1.2.	Utiliser un outil de communication standardisé	126
1.3.	Anticiper les changements	126
1.3.1.	Accompagner l'Association des Parents Indépendants dans son changement de présidence pour assurer son implication dans le Dispositif Addictions.....	126
1.3.2.	La recherche d'opérateurs externes complémentaires.....	127
2.	Renforcer l'activité de la Consultation Jeunes Consommateurs.....	127
3.	Renouveler le cycle de formation.....	127
3.1.	La répétition du socle commun de formation.....	127
3.2.	Des souhaits de formation spécifiques	128
3.2.1.	Conduites addictives des bénéficiaires, posture professionnelle et responsabilité	128
3.2.2.	Repérage précoce et utilisation du questionnaire DEP-ADO.....	129
4.	Développer les actions conduites auprès des jeunes scolarisés.....	130
4.1.	Auprès des enfants de l'école primaire.....	130
4.1.1.	La volonté de développer les habiletés psychosociales chez les plus jeunes	130
4.1.2.	Le Good Behaviour Game, un programme de prévention fondé sur des données probantes qui pourrait être accueilli favorablement à Valbonne Sophia-Antipolis	131
4.1.3.	Engager un partenariat avec les écoles des communes limitrophes pour assurer un continuum préventif pour tous	134
4.2.	Auprès des élèves de l'enseignement secondaire.....	134
4.2.1.	Organiser les actions collectives proposées dans les établissements secondaires en maintenant l'organisation multipartenariale de l'animation	134
4.2.2.	Des pistes de réflexion pour la concertation sur les actions conduites auprès des jeunes collégiens et lycéens	135
5.	Développer les actions conduites auprès des jeunes en insertion	137
5.1.	Renforcer le Carrefour Addictions.....	137
5.2.	Systematiser les actions de prévention collectives auprès du public des premiers arrivants Mission Locale	138
5.3.	Proposer des sessions collectives complémentaires destinés à favoriser l'orientation vers la sphère spécialisée.....	138
5.4.	Proposer des ateliers de prévention du deal	139
6.	Structurer la prévention auprès des étudiants	139
6.1.	Proposer une consultation avancée dans les locaux du SUMPPS.....	139
6.2.	Systematiser la prévention en milieu festif dans les soirées étudiantes	140
7.	Continuer à développer le travail d'appui à la parentalité.....	141
8.	Structurer un axe de prévention environnementale	143
8.1.	Améliorer les transports publics.....	143
8.2.	Renforcer le lien avec les acteurs du champ de la prévention de la délinquance	144
8.3.	Sensibiliser les débitants d'alcool et de tabac.....	145

Synthèse des pistes de travail	146
Chapitre V. Transposabilité du dispositif Addictions sur d'autres territoires	147
1. Un consensus actuel sur l'intérêt des dispositifs à composantes multiples en matière de prévention	148
2. Un système de prévention fondé sur des données probantes (Evidence-Based) très proche du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis : le programme Community That Care®	149
2.1. Processus CTC® et similitudes avec le Dispositif Addictions valbonnais.....	149
2.2. Preuves scientifiques de l'efficacité du système CTC : réduction des problèmes comportementaux et estimation d'un ratio coût/bénéfice.....	152
2.3. Des leçons à tirer des expériences CTC conduites en Europe	154
3. Les effets du contexte valbonnais à prendre en compte pour favoriser la transposition sur d'autres collectivités territoriales	157
3.1. Les aspects facilitateurs sur le territoire de Valbonne Sophia-Antipolis : les habitudes antérieures de travail multi-partenarial et pluriprofessionnel ainsi que le soutien politique et financier	157
3.2. Déterminer l'unité de proximité idéale	157
3.2.1. Distinguer le portage politique du périmètre d'intervention.....	157
3.2.2. Raisonner en termes d'infrastructures plutôt qu'en nombre d'habitants.....	158
Conclusion.....	160
Bibliographie.....	162
Annexes	166
Annexe 1. Liste des documents déjà existants utilisés dans le cadre du recueil et de l'analyse des données	167
Annexe 2. Synthèse du Diagnostic territorial initial livrée avec le rapport en 2006	169
Annexe 3. Liste des partenaires mobilisés dans le cadre des stratégies partenariales.....	175

Introduction

L'ambition du Dispositif Addictions de Valbonne Sophia Antipolis (VSA) est de prévenir les usages nocifs des produits psychoactifs, d'éviter ou de retarder les expérimentations et d'améliorer le repérage pour une prise en charge précoce des personnes souffrant de conduites addictives. Les conduites addictives sont problématiques car elles peuvent générer des dommages physiques, psychiques et sociaux. Elles concernent l'usage nocif des substances réglementées (tabac, alcool) et illicites (cannabis, autres drogues), ainsi que les addictions comportementales (usages à risques des outils numériques, jeu pathologique,...).

Le dispositif territorial et transdisciplinaire de prévention et de prise en charge des addictions mis en place à VSA s'adresse prioritairement aux jeunes. Les jeunes constituent effectivement une cible privilégiée pour la prévention et la prise en charge précoce des addictions : du fait des dommages immédiats possibles (levée de l'inhibition comportementale, conduite routière, surdosage) et des conséquences possibles sur le développement cognitif, psychique et social (interaction entre la gravité des dommages et la précocité des expérimentations)¹.

Ce dispositif à composantes multiples exerce depuis 2008 sur l'unité territoriale de proximité que constitue la commune : il comprend des actions concertées destinées aux jeunes, à leurs parents, aux professionnels qui exercent auprès d'eux. Il s'appuie sur le développement d'une meilleure compréhension des problématiques addictives et de leurs conséquences pour la santé et la vie sociale, sur la formation au repérage précoce des addictions et sur la complémentarité de tous les acteurs qui travaillent auprès des jeunes. Si les prémisses du dispositif Addictions de VSA ont été conçues dès 2006, il faut souligner que ses objectifs opérationnels s'inscrivent directement dans les recommandations 2013-2017 de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives².

Les spécificités du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis peuvent être résumées comme suit :

- il a été co-construit à partir d'un diagnostic de territoire
- il décline la prévention et la prise en charge des addictions au niveau du territoire de proximité
- il se fonde sur une stratégie basée sur la concertation, la coordination et la complémentarité
- il permet la mise en réseau de tous les professionnels qui travaillent auprès des jeunes, et des représentants des parents d'élèves, pour assurer une continuité et une cohérence des actions
- il multiplie volontairement les portes d'entrée possibles vers la prise en charge en s'appuyant sur la mobilisation de l'ensemble de la communauté vivant sur le territoire de proximité
- il s'appuie sur un principe transversal : ne pas banaliser, ne pas dramatiser, ne pas culpabiliser.

Ce rapport rend compte de l'évaluation du dispositif Addictions de VSA, conduite sur une période qui s'étend de sa création jusqu'en 2013. L'évaluation implique la collecte et le traitement d'informations sur

¹ INSERM, Conduites addictives chez les adolescents : usage, prévention et accompagnement. Synthèse, pôle expertise collective, février 2014, page 28.

² MILDT, Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017, La Documentation Française, 121 pages.

l'action (que s'est-il passé ?), des préoccupations normatives (a-t-on bien fait ?) et des préoccupations instrumentales (comment faire mieux ?). Elle se fixe l'ambition d'apprécier le plus objectivement possible (en se conformant aux exigences de la méthode scientifique) les effets du dispositif évalués sur ses bénéficiaires, et de permettre de mieux comprendre les logiques de son fonctionnement³. En ce sens, l'évaluation du dispositif Addictions de VSA a le souci d'aider le commanditaire politique à porter un jugement de valeur sur son efficacité/efficience et sa cohérence.

Objectifs de l'évaluation du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis

L'évaluation du dispositif doit permettre de mettre en évidence les bénéfices de son mode de fonctionnement et de son organisation pour les jeunes, leurs familles et les professionnels qui exercent auprès d'eux. L'objectif principal est de décrire et de mieux comprendre l'élaboration et le maintien du dispositif Addictions, ses atouts et sa plus-value, ses limites et les obstacles qu'il a pu rencontrer dans sa pratique, en mettant en évidence le point de vue des parties prenantes sur l'ensemble de ces aspects. L'évaluation propose ainsi l'analyse d'une stratégie pour l'action, l'évaluation individuelle des personnels étant exclue de son propos.

Les objectifs opérationnels de ce travail d'évaluation consistent donc à décrire le processus de création du dispositif, le processus de fonctionnement et les stratégies partenariales, mais aussi à analyser les freins et les leviers qui ont permis l'atteinte des objectifs initiaux. Cette démarche d'objectivation implique donc de structurer une démonstration, sur la base de données issues du terrain, destinée à mettre en valeur les bénéfices que ce type de dispositif apporte dans la prévention, le repérage précoce et la prise en charge des jeunes.

La période concernée par l'évaluation s'étend de 2006 (premier acte fondateur pour la mise en œuvre ultérieure du dispositif par la réalisation d'un Diagnostic territorial Addictions) jusqu'en 2013. La redéfinition des objectifs du dispositif à l'issue de l'évaluation prend aussi en compte les données concomitantes au recueil de données, soit la période couvrant le premier semestre 2014.

En mettant au centre de la réflexion le point de vue des acteurs en présence, le but de l'évaluation est aussi de rendre compte d'une vision partagée de l'action du dispositif Addictions, et d'apprécier son efficacité sur la base de critères explicites, portant sur ses objectifs, ses logiques d'intervention et ses outils, ainsi que sur les effets produits, voulus ou non. In fine, cette évaluation doit enfin permettre de redéfinir des objectifs pour l'avenir, pour construire des priorités qui répondent d'une part à la vision collective construite sur la base des constats de terrain effectués au niveau local, et d'autre part aux nouvelles préconisations des politiques de santé publique en matière de prévention et de prise en charge des addictions chez les adolescents et les jeunes adultes.

³ Conseil Scientifique de l'Evaluation, *Petit Guide de l'Evaluation des Politiques Publiques*, La Documentation Française, 1996, p.9.

Les axes de la recherche

La recherche s'organise autour de quatre axes principaux : l'évaluation de processus, l'évaluation qualitative de l'impact, les préconisations pour le développement ou l'amélioration, ainsi que l'examen des données permettant d'estimer le caractère transférable du dispositif sur d'autres territoires.

L'évaluation de processus

L'approche évaluative implique la collecte et le traitement d'informations afin d'objectiver ce qui s'est réellement passé au regard des résultats attendus, en rendant compte du processus de création sur le plan socio-historique, de son fonctionnement ainsi que de l'activité et de ses modalités de financement.

L'évaluation qualitative de l'impact

L'évaluation de l'impact du dispositif du dispositif Addictions ne peut pas s'effectuer de façon formelle, dans le sens où il n'est pas possible de mesurer le nombre de jeunes qui auraient trouvé un bénéfice à rencontrer les acteurs investis dans le dispositif. Il aurait fallu pour cela étudier, de façon longitudinale, les changements de conduites de consommation d'un groupe de jeunes bénéficiaires comparativement à un groupe de jeunes apparentés sur le plan social qui n'auraient pas bénéficié de l'action du dispositif.

L'évaluation qualitative de l'impact va plutôt s'intéresser aux points de vue des parties prenantes (principalement des professionnels mais aussi des bénéficiaires) pour estimer l'efficacité de l'action du dispositif. Les parties en présence peuvent-elles citer des indicateurs indirects qui témoignent de la réussite de l'action du dispositif ? Comment perçoivent elles la plus-value du dispositif ? Dans quelle mesure les pratiques professionnelles autour des jeunes se sont-elles modifiées du fait des services proposés par le dispositif ? Dans quelle mesure la démarche intersectorielle facilite-t-elle le travail des acteurs en présence et les parcours de soins des jeunes ou de leurs parents ? Peut-on estimer la soutenabilité du dispositif pour les années futures ?

Les préconisations pour le développement des actions

L'évaluation constitue un moment propice pour tirer le bilan des actions conduites et le confronter aux évolutions du contexte. L'objectif de cet axe de travail consiste à proposer des pistes de travail pour améliorer le fonctionnement du dispositif et les actions qu'il produit, ou proposer le développement de nouvelles actions.

La transposabilité du Dispositif Addictions de VSA sur d'autres territoires

La transposabilité du Dispositif Addictions sur d'autres territoires n'est pas donnée de fait, car Valbonne Sophia-Antipolis et ses habitants sont caractérisés par des spécificités qui ont participé à la dynamique mise en œuvre autour de la prévention et de la prise en charge des addictions. Peut-on identifier les conditions structurelles qui permettraient de reproduire cette expérience sur un autre territoire ? Quels sont les effets de contexte à prendre en compte qui peuvent modifier l'expérience d'un territoire à un autre ?

Le contexte du travail d'évaluation du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis : la première phase d'un projet global

Ce projet d'évaluation du dispositif Addictions de VSA constitue la première phase d'un projet plus global. Deux axes d'actions supplémentaires sont effectivement programmés à l'issue du travail d'évaluation, et feront l'objet de comptes-rendus ultérieurs.

- Le premier axe a l'ambition de modéliser le dispositif Addictions de VSA pour produire une méthodologie transposable à l'attention d'autres collectivités territoriales. Cette modélisation prendra la forme d'un Guide pour les professionnels, qui devra permettre aux acteurs d'évaluer leurs besoins, de structurer et d'animer un réseau d'opérateurs, et d'utiliser les outils adéquats pour l'atteinte de leurs objectifs. La finalisation de cette modélisation est prévue pour décembre 2014.
- Le second axe vise le transfert de compétences, pour diffuser les bonnes pratiques issues de l'analyse du processus de création et de fonctionnement du dispositif. Il comprend l'édition du Guide destiné aux acteurs des collectivités territoriales, ainsi que l'organisation d'une journée d'échange à destination des professionnels sur le thème « Prévention des conduites addictives et territoires de proximité », qui doit se dérouler sur le territoire de VSA au cours du premier semestre 2015.

Méthode

Comité de pilotage

L'ensemble du travail est supervisé par un comité de pilotage comprenant, en plus du Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale :

- L'Atelier Santé Ville de VSA et la Mutualité Française PACA, du fait de leur implication particulière dans la création du dispositif Addictions de VSA
- L'Elue à la Santé, adjointe de Mr le Sénateur-Maire et le représentant du CILSPD (Comité Intercommunal Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance), du fait de leur implication particulière dans le choix des orientations politiques liées à la prévention des addictions sur le territoire communal
- L'ARS PACA et la MILDECA 06, du fait de leur soutien financier envers l'action du dispositif (ARS PACA) et son évaluation (MILDECA 06). L'ARS PACA représente également la DGS.
- Le DADD-PACA (Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances PACA) et le RESPADD (Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions), pour leur capacité d'expertise dans le champ de la prévention des addictions.

Une évaluation construite à partir d'une démarche qualitative

L'évaluation s'appuie sur le recueil des documents préexistants, la réalisation d'entretiens semi-directifs et de groupes focaux conduits avec des professionnels ou des habitants inscrits dans le dispositif, ainsi que d'études de cas concernant des bénéficiaires du dispositif réalisées à partir d'entretiens en face-à-face.

Les documents préexistants, appréhendés comme un procédé de suivi analytique, permettent de rendre compte de l'activité du dispositif au cours de la période, et de participer à la modélisation de son déroulé historique, par le croisement des données avec l'investigation conduite auprès des parties prenantes.

L'enquête qualitative, à partir des entretiens et des groupes focaux, s'appuie sur l'expertise des parties prenantes. Elle a pour but de retracer l'historique de la construction du Dispositif Addictions de VSA, de produire une analyse critique de son fonctionnement et de ses opportunités de développement, mais aussi de mettre en valeur des indicateurs indirects de l'impact du dispositif sur la prévention et la prise en charge précoce des addictions sur le territoire de la commune. Elle est complétée par des études de cas qui ont une vertu illustrative, mais offrent la possibilité d'appréhender la dimension humaine et événementielle dans sa rencontre avec le Dispositif Addictions.

Critères d'inclusion

Les entretiens semi-directifs et les groupes focaux ont été réalisés avec des personnalités, professionnels ou habitants, en fonction de leur implication dans le Dispositif Addictions. Leur rôle dans le dispositif constitue donc le critère d'inclusion justifiant de les rencontrer pour l'enquête.

Les études de cas concernent des bénéficiaires de la Consultation Jeunes Consommateurs autour de laquelle le dispositif s'est développé. Plusieurs critères ont influencé leur choix : (1) l'ensemble des jeunes ou des parents qui viennent de débiter un suivi ont d'emblée été exclus, pour que l'enquête ne perturbe pas la relation thérapeutique qui s'engage et peut être encore fragile (2) les études de cas ont une vertu illustrative, d'une part en ce qui concerne l'activité habituelle conduite par la CJC, mais aussi sur les façons d'accéder et d'utiliser plus globalement le dispositif Addictions. De ce fait, les situations exposées ont volontairement été diversifiées pour présenter un éventail de cas, qui n'est pour autant pas exhaustif (3) les personnes devaient être volontaires et disponibles – par exemple, plusieurs jeunes ont accepté mais ont élué le rendez-vous par des reports.

Conduite des entretiens et des groupes focaux

Les guides d'entretien et les guides d'animation des groupes focaux comportaient une partie commune concernant le fonctionnement et le point de vue sur le dispositif et les actions qu'il génère, mais tous ont été personnalisés dans une seconde partie, de façon à adapter le recueil des données au rôle particulier tenu par le locuteur dans le dispositif. Tous ont été construits sur la base d'un questionnement analytique construit à partir des axes de la recherche.

Le recueil des données

Les documents existants rassemblés pour produire l'évaluation du dispositif Addictions comprennent principalement le diagnostic territorial initial réalisé en 2006-2007, le Plan Local de Santé Publique 2011-

2014 et le document d'évaluation de ce Plan Local de Santé Publique réalisé en 2014, les conventions partenariales, les réponses aux appels d'offres de l'Agence Régionale de Santé PACA et de la délégation départementale des Alpes-Maritimes de la MILDT (désormais MILDECA), les relevés des réunions mobilisant les partenaires du dispositif, les tableaux de bord des actions de prévention, les enquêtes de satisfaction conduites lors des conférences adressées aux parents, ainsi que les relevés d'analyse des sorties et des orientations de la Consultation psychologique de diagnostic et d'orientation désormais Consultation Jeunes Consommateurs. De même pour la consultation avancée d'addictologie. La liste des documents utilisés est détaillée dans l'annexe 1 de ce rapport.

L'enquête qualitative comprend vingt entretiens semi-directifs réalisés avec des professionnels clés inscrits dans le dispositif, des représentants des financeurs ainsi que des représentants d'associations de parents d'élèves. Deux entretiens parmi ceux-ci ont été conduits à deux voix (2 professionnels rencontrés au cours du même entretien).

Elle comprend également deux groupes focaux réalisés pour l'un avec des professionnels de l'Education nationale, et pour l'autre avec des professionnels du champ socio-éducatif exerçant auprès des jeunes en insertion.

Les groupes focaux et les entretiens semi-directifs ont ainsi permis de recueillir des données auprès de 29 personnes parties prenantes dans le dispositif, soit une Elue, Déléguée à la Santé de la commune de Valbonne Sophia-Antipolis, deux représentants de Fédérations de parents d'élèves, et 27 professionnels.

S'y ajoutent les parents et les jeunes rencontrés dans le cadre de 4 études de cas réalisés auprès de bénéficiaires de la Consultation Jeunes Consommateurs (5 parents, 2 jeunes). Une cinquième étude de cas était initialement prévue mais n'a pas pu être conduite dans le temps imparti, du fait de reports successifs de rendez-vous.

L'enquête qualitative s'est déroulée entre octobre 2013 et juillet 2014. Le tableau suivant énonce l'identité et la qualité des personnes mobilisées dans le cadre de cette enquête. Concernant les études de cas, les entretiens ont été effectués dans le cadre de l'anonymat et les prénoms utilisés sont fictifs.

Tableau 1. Participants à l'enquête qualitative

Entretiens semi-directifs			
E1	14.10.2013	Mme S. Fami-Frederiks	Déléguée du Préfet pour la Direction de la Politique de la Ville sur le territoire de Valbonne Sophia Antipolis
E2	14.01.2014	Mr P. Airaudi	Médecin addictologue, directeur du CSAPA du centre hospitalier d'Antibes
E3	17.01.2014	Mr J. Reynaud	Coordinateur de santé publique de la Mutualité Française PACA
E4	21.01.2014	Mr H. Deschaux-Beaume	Responsable Prévention Promotion de la Santé de la Mutualité Française PACA
E5	27.01.2014	Mme L. Deront	Responsable du Service Santé de la Ville de Valbonne Sophia-Antipolis (Atelier Santé Ville, Point Ecoute Santé)
E6	27.01.2014	Mme V. Napoli	Directrice de la Solidarité et de l'Animation territoriale de la Ville de Valbonne Sophia-Antipolis

E7	31.01.2014	Mme V. Pallini	Major de gendarmerie, commandant de la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile des Alpes-Maritimes
E8	04.02.2014	Mme CA. Argentin-Massot	Représentante de l'Agence Régionale de Santé PACA
E9	07.02.2014	Mme F. Oros	Présidente de l'Association des Parents d'élèves Indépendants (API) de Valbonne Sophia-Antipolis
E10	14.02.2014	Mme J. Bouhelier	Représentante du Réseau d'Ecoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP/ CAF)
E11	13.03.2014	Mme I. Marquez-Pouey	Responsable du service Loisirs Jeunesse et Sports de la Ville de Valbonne Sophia-Antipolis
E12	14.03.2014	Mme V. Peacock	Elue à la santé, Adjointe du Sénateur-Maire de la Ville de Valbonne Sophia-Antipolis
E13	18.03.2014	Mr F. Cornu	Principal-adjoint du collège de l'Eganaude de septembre 2009 à juin 2013
E14	31.03.2014	Mme N. Guignonnet	Assistante sociale scolaire sur le bassin de Valbonne Sophia-Antipolis
E15	08.04.2014	Mme J. Richard	Représentante des parents d'élèves pour la PEEP du collège Niki Saint Phalle de 2008 à 2012 et de l'Association des Parents d'Elèves du lycée Régional Simone Veil en 2012-2013
E16	10.04.2014	Mme V. Jacobs	Responsable de l'ITEC (Insertion Travail Education Culture), organisme de formation à Valbonne Sophia-Antipolis
E17	30.04.2014	Mme D. Hemadou	Psychologue clinicienne en charge de la CJC de Valbonne Sophia-Antipolis, rattachée au CSAPA du centre hospitalier d'Antibes
E18	22.05.2014	Mme MJ. Orsoni	Directrice de l'école primaire de Garbejaire à Valbonne Sophia-Antipolis
E19	16.06.2014	Mme C. Guiot Mme Philipono	Directrice du chantier d'insertion CMieu Accompagnatrice socio-professionnel
E20	27.06.2014	Mme C. Rebouillat Mme J. Barbier	Médecin-Directeur du Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) Conseillère technique, assistante sociale SUMPPS du campus de Sophia Antipolis
Groupes focaux			
GF1	21.03.2014	Mme I. Deshayes Mr T. Joassin Mr T. Brizach Mr S. Hoyon Mme L. Deront	- Conseillère pour l'emploi Mission Locale Antipolis - Educateur spécialisé responsable prévention 16-25 ans Communauté d'Agglomération de Sophia Antipolis - Educateur spécialisé responsable du secteur grassois et valbonnais ADSEA - animateur socio-éducatif du Foyer de Jeunes Travailleurs et éducateur spécialisé CSAPA - Responsable du Point Ecoute Santé
GF2	28.03.2014	Mme MP. Quenet Mme S. Caratini Mme I. Bordetti	- Conseillère Principale d'Education du CIV (Centre International de Valbonne) pour le collège, le lycée et les classes préparatoires aux grandes écoles - Conseillère d'Education du collège de l'Eganaude - Infirmière scolaire du collège Niki Saint Phalle et des écoles maternelles et primaires de l'Ile Verte et des Campouns
Etudes de cas			
EC1	Avril 2014	<i>Le cas de Ludovic</i>	Un entretien avec la mère Un entretien avec Ludovic Un entretien avec la psychologue de la CJC

EC2	Avril 2014	<i>Le cas de Donovan</i>	Un entretien avec la mère Un entretien avec la psychologue de la CJC
EC3	Avril 2014	<i>Le cas de Nina</i>	Un entretien avec le père et la mère
EC4	Juillet 2014	<i>Le cas de David</i>	Un entretien avec David Un entretien avec la mère Un entretien avec la psychologue de la CJC

L'analyse des données

Les documents existants ont fait l'objet d'une synthèse. La synthèse est orientée en fonction des attentes de l'évaluation.

Les données de l'enquête qualitative ont fait l'objet d'une analyse de contenu, effectuée grâce à un classement systématique des données recueillies, en fonction de catégories transversales conçues à partir des axes de la recherche. Le questionnement analytique initial issu des axes de la recherche sert de canevas d'analyse. Les constats factuels sont distingués des discours démonstratifs ou interprétatifs. La mise en perspective des données empiriques et du point de vue des acteurs doit ainsi permettre de proposer une approche compréhensive des axes de la recherche.

Les résultats attendus

Ce travail d'évaluation doit permettre de mettre en valeur les bénéfices du dispositif Addictions pour les jeunes valbonnais et leur famille, mais aussi les aspects sur lesquels un renforcement ou une nouvelle orientation du travail s'avèrent nécessaires. En ce sens, ce travail d'évaluation a pour but de participer à la redéfinition d'objectifs pour la période future.

D'autre part, ce travail d'évaluation doit permettre de décrire et de mieux comprendre le processus de création, de fonctionnement et les stratégies partenariales qui ont permis la mise en œuvre du dispositif, les écueils auxquels il a été confrontés, les leviers qui ont facilités son implantation, de façon à déterminer dans quelle mesure et sous quelles conditions cette expérience pourrait se révéler transposable sur d'autres territoires.

Chapitre I. Spécificités de la commune de Valbonne Sophia-Antipolis

La commune de VSA se situe au cœur du département des Alpes-Maritimes, sur un grand plateau entre le Loup et la Siagne, et s'étend sur 19 km². La commune fait partie du canton de Bar-sur-Loup et de l'arrondissement de Grasse. Depuis le 1^{er} janvier 2002, VSA est membre, avec 23 autres communes aujourd'hui, de la Communauté d'Agglomération Sophia Antipolis (CASA), qui s'étend du littoral jusqu'aux montagnes du Haut-Pays. En 2010, la commune comptait 12 275 habitants, soit 1,1% de la population départementale. La densité de la population est importante : elle atteint 647 habitants par km² (contre 241 habitants/km² dans le département). D'autre part, la population valbonnaise augmente plus vite que celle du département : un solde positif de 1 513 habitants a été enregistré sur la période 1999-2010, soit + 1,2% de variation annuelle moyenne, le double de celle observée dans le département (+0,6%). Ce gain de population est principalement dû au solde naturel (+0,8%).

Plusieurs spécificités de la commune sont à prendre en compte au préalable avant d'aborder le sujet du dispositif Addictions et de son évaluation, car elles ont un impact, à des degrés divers, sur les orientations politiques mises en œuvre dans la commune et sur l'action sociale et sanitaire qui peut être conduite auprès des habitants. L'ensemble des données INSEE présentées dans ce chapitre sont issues d'un set d'indicateurs statistiques produit par l'Observatoire Régional de la Santé PACA en 2013, à partir de la base de données SIRSEPACA⁴.

1. Une population jeune

La population valbonnaise est particulièrement jeune : en 2009, 2 086 familles avec enfants de moins de 25 ans ont été recensées dans la commune. A cette même date, plus d'un quart des habitants (26,9%) étaient âgés de moins de 18 ans (Alpes-Maritimes : 19,6% ; PACA : 20,9%). Parallèlement, la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus (3,6%) était 3 fois plus faible que celle relevée dans le département (11,6%) et la région (10,0%). La jeunesse de la population est particulièrement marquée à VSA, mais se retrouve dans l'ensemble du canton regroupé du Bar-sur-Loup (moins de 18 ans : 24,5% - 75 ans et plus : 7,2%).

⁴ Atelier Santé Ville de Valbonne Sophia-Antipolis, Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale, Observatoire Régional de la Santé PACA, Comité Régional d'Education à la Santé PACA, *Diagnostic socio-sanitaire à Valbonne Sophia-Antipolis. Note d'opportunité pour la mise en œuvre d'une Maison Régionale de Santé*, Rapport à l'attention du Conseil Régional PACA, décembre 2013, 55 pages.

2. Une forte mixité sociale

La mixité sociale qui caractérise la population valbonnaise dans son ensemble se répercute bien évidemment au sein de la population scolaire.

2.1. L'impact de la technopole de Sophia-Antipolis sur la vie quotidienne des habitants

Fondée en 1969, Sophia Antipolis est la première technopole d'Europe. Elle s'étend sur 2 400 hectares, principalement et historiquement sur la commune de Valbonne Sophia Antipolis, ainsi que sur quatre autres, celles d'Antibes, Biot, Vallauris et Mougins. Les Lucioles et les Bouillides sont situées sur la commune de Valbonne Sophia Antipolis et comprennent le quartier de Garbejaire/Haut-Sartoux : ils composent 55 % de la superficie de la technopole. Territoire de compétitivité à vocation mondiale, Sophia Antipolis regroupe plus de 1 400 entreprises et plus de 31 500 emplois directs en recherche scientifique de pointe dans le domaine des technologies de l'information et de la communication (TIC), du multimédia, des sciences de la vie et de la terre (médecine et biochimie), de l'énergie, de la gestion de l'eau, des risques et du développement durable. C'est sur le territoire de la technopole que se trouvent les établissements de formation supérieure (Ecoles supérieures et Université de Nice Sophia Antipolis – UNSA-), regroupant 4000 chercheurs du secteur public et plus de 5 000 étudiants, ainsi que le Centre International de Valbonne Sophia Antipolis (Cité scolaire internationale, de la 6^e aux Classes Préparatoires aux Grandes Ecoles). La présence de la technopole constitue un atout incontestable pour la commune, mais les habitants du quartier de Garbejaire/Haut-Sartoux (qui comprennent les habitants les moins favorisés de la commune) peuvent avoir le sentiment que ce n'est pas à leur avantage, car la plupart des emplois offerts sont hautement qualifiés (53% de cadres parmi les actifs de la technopole).

2.2. Une population globalement aisée

La population valbonnaise, lorsqu'on l'appréhende dans sa globalité, dispose de revenus confortables, est hautement qualifiée et peu touchée par le chômage. En 2009, les Valbonnais disposaient en moyenne de 23 166€ de revenus fiscaux médians annuels, revenus bien plus élevés que dans le département (19 201€) et la région PACA (18 200€). De plus, 35,2% des foyers fiscaux étaient non imposables à VSA, contre 43,7% des foyers des Alpes-Maritimes et 47,2% de ceux de la région PACA.

En 2008, la population valbonnaise était moins touchée par le chômage que dans le reste de la région et du département. Ce constat était valable aussi bien pour les hommes (VSA: 7%; Alpes-Maritimes : 9,8% ; PACA : 11,5%) que pour les femmes (VSA : 9,5%; Alpes-Maritimes : 12,1%; PACA : 14,5%). Le taux de chômage observé chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans était plus important, mais restait bien inférieur aux taux départementaux et régionaux (VSA : 15,3% ; Alpes-Maritimes : 22,1% ; PACA : 25,0%).

Ce constat peut s'expliquer en partie par le fait que la population active à VSA est hautement qualifiée : en 2008, 30,6% des actifs étaient cadres, proportion deux fois plus élevée que dans le département (15,3%) ou la région (13,8%). Parallèlement, la proportion d'ouvriers/employés y était bien moins importante (VSA : 12,2% ; Alpes-Maritimes : 18,0% ; PACA : 20,0%).

2.3. Des groupes de population fragiles à prendre en compte

Les habitants du quartier CUCS de Garbejaire

Le quartier de Garbejaire est situé au cœur de la technopole sur le territoire de VSA. Il est classé priorité 3 par le CUCS (Contrat Urbain de Cohésion Sociale) de la Direction de la Politique de la Ville et de la Cohésion Sociale jusqu'en décembre 2014, car le lieu concentre les indicateurs de fragilité socio-économique et socio-éducative. Garbejaire bénéficie de ce fait de l'action d'un Dispositif de Réussite Educative (Service Loisirs Jeunesse communal/Ferme Bermond), ainsi que d'une couverture de prévention spécialisée (ADSEA/Conseil Général 06 et Service de prévention de la Communauté d'Agglomération de Sophia Antipolis). Le public des jeunes en insertion composant la clientèle de la Mission Locale est en grande partie issu de ce quartier.

L'examen des données infra-communales n'est que relativement informatif par rapport à la situation socio-économique réelle du quartier de Garbejaire, du fait de sa petite dimension. En effet, les données infra-communales de l'INSEE agrègent les données de Garbejaire avec celle du quartier voisin du Haut-Sartoux. Ce dernier abrite essentiellement une population de classe moyenne, ce qui masque les indicateurs de précarité propres au quartier de Garbejaire. Leur examen permet néanmoins de mesurer que les habitants de Garbejaire-Haut Sartoux sont plus modestes que les autres habitants de la commune.

La population de Garbejaire Haut-Sartoux est moins qualifiée : en 2008, 14% des habitants de Garbejaire Haut-Sartoux âgés de plus de 15 ans n'avaient aucun diplôme (Valbonne Sophia Antipolis : 11,4%) et 17,6% des actifs étaient des ouvriers (Valbonne Sophia Antipolis : 12,2%). A noter tout de même que 24,2% des actifs sont cadres, proportion relativement élevée, bien qu'inférieure à la moyenne communale (30,6%). La population présente également des revenus plus faibles que les habitants des autres quartiers, avec 18 754€ de revenus annuels médians en 2008 contre 23 166€ à Valbonne Sophia Antipolis. Enfin, les allocataires y sont plus nombreux que dans le reste de la commune avec, par exemple, en 2011, 2,6% bénéficiaires de la CMUC (2% à Valbonne Sophia Antipolis), 3,3% du Revenu de Solidarité Active (2,7% à Valbonne Sophia Antipolis) et 2,1% de l'Allocation Adulte Handicapé (1,6% à Valbonne Sophia Antipolis).

L'IRIS de Garbejaire Haut-Sartoux concentre la majorité des HLM de la commune, ces derniers représentant près de la moitié (42,7%) des logements dans cet IRIS.

Enfin, il semble important de souligner que sur le plan qualitatif, les professionnels de la santé, du domaine socio-éducatif et du secours d'urgence qui travaillent auprès des habitants du quartier de Garbejaire témoignent de situations de grande précarité en constante augmentation dans le quartier, de

nombreuses situations d'isolement, ainsi que d'une augmentation des cas de troubles psychiques ou psychiatriques.

Les familles monoparentales

Les revenus d'activités des familles monoparentales sont faibles, ce qui accroît le risque pour celles-ci de subir plus fortement les conséquences de la crise socio-économique. Souvent associées à la pauvreté féminine parce que plus démunies, les familles monoparentales constituent un point d'attention particulier. En effet, l'étude de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education à la Santé) menée dans les collèges français en 2010 montre que le fait d'être un enfant vivant dans une famille monoparentale multiplie les risques d'expérimentation précoce et d'usage régulier dès l'adolescence de tabac, d'alcool (dont les ivresses) et de cannabis⁵.

En 2008, à Valbonne Sophia Antipolis, un quart (25,5%) des ménages ayant à charge des enfants de moins de 25 ans étaient des familles monoparentales. Ce pourcentage, bien que légèrement inférieur à ceux qui sont observés dans le département (26,3%) et la région (25,9%), reste élevé au regard de la situation nationale (21,6% en France métropolitaine).

Les étudiants

En plus des élèves des Classes Préparatoires aux Grandes Ecoles du CIV, environ 5 000 étudiants fréquentent le campus universitaire POLYTECH de Sophia Antipolis ou différentes écoles supérieures (par exemple la SKEMA Business School). La situation de ce public est toutefois difficile à documenter par le biais des statistiques communales, puisque beaucoup d'étudiants sont domiciliés chez leurs parents, hors de la commune.

Dans le cadre du diagnostic socio-sanitaire réalisé en 2013⁶, les professionnels de santé libéraux ont pointé qu'il s'agit d'une population disposant souvent de faibles ressources, pouvant rencontrer des difficultés importantes d'accès aux soins, et vulnérable sur le plan de la santé. De plus, le Point Ecoute Santé communal est régulièrement sollicité par des étudiants sans couverture maladie, adressés par le CROUS ou par le Foyer des Jeunes Travailleurs (le FJT héberge aussi des doctorants).

3. Des difficultés de déplacement

Les difficultés de déplacement que peuvent connaître les habitants de VSA doivent être soulignées, car avant la mise en place du dispositif Addictions, il était forcément nécessaire de se déplacer à Antibes pour avoir accès à une consultation spécialisée en addictologie, ce qui constituait un frein important pour

⁵ Godeau E, Navarro F, Arnaud C, La santé des Collégiens en France/2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), INPES, Etudes Santé, 2012, p.147 à 184.

⁶ Atelier Santé Ville de Valbonne Sophia-Antipolis, Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale, Observatoire Régional de la Santé PACA, Comité Régional d'Education à la Santé PACA, *Diagnostic socio-sanitaire à Valbonne Sophia-Antipolis. Note d'opportunité pour la mise en œuvre d'une Maison Régionale de Santé*, Rapport à l'attention du Conseil Régional PACA, décembre 2013, 55 pages.

l'accès aux soins. Il existe effectivement deux problématiques importantes à VSA en ce qui concerne les déplacements : des difficultés de déplacements au sein de la commune d'une part, et vers les communes avoisinantes d'autre part.

Une des spécificités de la commune tient à son organisation spatiale. Elle comprend un important parc forestier situé en son centre et s'articule autour de deux pôles : le village historique situé dans l'extrême nord-ouest du territoire d'une part, et la technopole de Sophia-Antipolis qui comprend les quartiers d'habitation du Haut-Sartoux et de Garbejaire, située au sud-est d'autre part. L'éloignement entre ces deux zones constitue une problématique prioritaire liée aux modes de déplacement des habitants, notamment pour ceux qui ne sont pas motorisés (8 % des ménages selon les données de l'INSEE en 2009). En effet, il faut plus d'une heure de marche à pied pour rejoindre le Village depuis Garbejaire/Haut Sartoux. Le réseau de transport en commun n'est pas suffisamment développé, avec des fréquences de passage irrégulières, surtout en milieu de journée (jusqu'à 1h30 d'attente). De plus, très peu de bus circulent le dimanche. Des études ont été menées et des réflexions sont en cours, notamment au niveau de la Communauté d'Agglomération Sophia Antipolis, pour remédier à cette situation.

En ce qui concerne les déplacements vers les communes avoisinantes, les trajets en voiture ont une durée souvent augmentée en raison d'une circulation dense et d'un réseau routier facilement saturé aux heures d'entrée et de sortie des bureaux. Se rendre en transport en commun à Antibes, commune disposant de nombreux services et équipements (dont le Centre Hospitalier), est également difficile en raison d'une desserte insuffisante par bus. Se rendre à Grasse (qui dispose d'un Centre Hospitalier) impose des correspondances qui augmentent considérablement la durée du trajet. Enfin, il n'y a aucune gare SNCF à VSA : la plus proche est située à Antibes sur le territoire de la CASA ou à Mouans-Sartoux, hors territoire communautaire.

4. Un tissu scolaire et universitaire dense

Dans la très grande majorité des communes dont le nombre d'habitants est équivalent à celui de VSA, les établissements scolaires présents sur le territoire communal sont généralement composés d'écoles maternelles, d'écoles primaires et d'un seul collège, les jeunes se rendant habituellement dans une ville voisine de plus grande importance à partir de l'entrée au lycée.

A VSA, il existe quatre écoles maternelles et quatre écoles primaires, deux collèges, deux lycées et un campus universitaire rattaché à l'Université de Nice Sophia-Antipolis (Polytech).

En ce qui concerne les collèges, il faut considérer en réalité trois établissements : en plus du collège du Centre International de VSA (746 élèves) et du collège Niki Saint Phalle (794 élèves), il existe le collège de l'Eganaude (687 élèves) qui se situe sur le territoire de la Ville de Biot à la lisière de Valbonne. Ce collège doit être pris en compte car il accueille l'ensemble des jeunes Valbonnais vivant dans les quartiers de Garbejaire et du Haut-Sartoux.

Les deux lycées de VSA sont le lycée du Centre International de VSA (1547 élèves) et le lycée régional Simone Veil (949 élèves).

Sur le plan universitaire, le CIV comprend également 12 Classes Préparatoires aux Grandes Ecoles (classes préparatoires scientifiques, classes préparatoires économiques et commerciales). Parallèlement, le campus universitaire (Polytech, Skema) accueille 5000 étudiants (pour la plupart non comptabilisés parmi les habitants).

Il faut souligner enfin que le CIV accueille plus de 600 internes de 75 nationalités différentes, élèves non pris en compte dans les données de l'INSEE puisqu'ils résident officiellement chez leurs parents.

5. Des ressources médico-sociales et socio-éducatives importantes

Le territoire de Valbonne Sophia-Antipolis est bien doté en matière de ressources médico-sociales et socio-éducatives. Il ne s'agit pas ici d'en faire un recensement exhaustif, mais de mettre en évidence les ressources qui s'adressent spécifiquement aux jeunes ou qui ont un impact sur les actions destinées à préserver leur santé et améliorer leur éducation.

5.1. Ressources médico-sociales implantées sur le territoire communal

La Direction communale de la Solidarité et de l'Animation territoriale comprend un service santé organisé autour du Point Ecoute Santé et de l'Atelier Santé Ville.

Le Point Ecoute Santé est un lieu gratuit situé dans le quartier de Garbejaire. Il propose un accueil, une information, sur l'accès aux droits et aux soins, ainsi que l'orientation pour toutes les questions relatives à la santé. Entre autres actions, il a mis en place le Pass Santé communal (prise en charge financière des soins pour les plus démunis), et distribue de l'aide alimentaire.

L'Atelier Santé Ville s'inscrit dans une démarche locale de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il a pour objet de fournir le cadre opérationnel pour le développement de projets locaux de santé publique, en produisant de la connaissance partagée en matière de besoins et de ressources et en favorisant la synergie entre les différents acteurs professionnels locaux.

Le Centre Médico-Psychologique (CMP) de Valbonne, rattaché au centre hospitalier d'Antibes, est ouvert deux journées hebdomadaires, dans des locaux mis à disposition de la commune, situés dans le quartier de Garbejaire. Il s'agit d'un CMP pour Adultes, qui peut prendre en charge à partir de l'âge de 18 ans.

Le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) du centre hospitalier d'Antibes a ouvert des consultations avancées sur le territoire de VSA, dans les locaux du Point Ecoute Santé, dans le cadre du développement du dispositif Addictions : une consultation d'addictologie

(une demi journée par semaine) et une Consultation Jeunes Consommateurs (une demi journée par semaine).

Le service de Promotion de la Santé de l'Inspection Académique assure une activité de médecine préventive auprès des écoliers, des collégiens et des lycéens.

Le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) de l'université de Nice Sophia-Antipolis dispose d'une antenne récente sur le campus de Polytech. Une consultation psychologique est proposée deux journées par mois, et les consultations médicales devraient débuter à la rentrée 2014.

5.2. Ressources socio-éducatives implantées sur le territoire communal

La Direction de l'Education communale comprend un Service Jeunesse Loisirs et sports qui gère l'animation périscolaire, les centres de loisirs, ainsi qu'un Dispositif de Réussite Educative, mis en œuvre dans le cadre du Programme Régional d'Education (PRE).

Le dispositif de Réussite Educative de la ferme Bermond est financé dans le cadre de la Politique de la Ville et la Direction Départementale de la Cohésion Sociale. Il a pour objectif de conduire une action éducative auprès des enfants et des adolescents des quartiers de Garbejaire et Haut-Sartoux ne bénéficiant pas des conditions favorables à leur réussite.

Le service social de l'Inspection Académique traite les besoins sociaux des collégiens et des lycéens.

Le service social de l'Université de Nice Sophia-Antipolis assure une permanence trois jours par semaine pour les besoins sociaux des étudiants sur le campus de Polytech.

Deux services de prévention spécialisée interviennent également sur le territoire de Valbonne : le service de prévention de la Communauté d'Agglomération de Sophia-Antipolis (CASA), qui concentre son action sur les 16-25 ans, ainsi que l'ADSEA (Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte), missionnée par le Conseil Général des Alpes-Maritimes sur la tranche d'âge des 9-16 ans.

La Mission Locale Antipolis, le Foyer des Jeunes Travailleurs, le Chantier d'insertion CMieu et le centre de formation ITEC couvrent pour leur part les besoins concernant l'insertion sociale et professionnelle des jeunes sortis du milieu scolaire.

Les services sociaux de la Maison des Solidarités Départementales (MSD) couvrent les besoins sociaux des jeunes mineurs et de leur famille.

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) couvre les besoins sociaux des jeunes adultes isolés (le suivi social des familles ayant des mineurs à charge étant assuré par la MSD).

Synthèse des spécificités de la Ville de Valbonne Sophia-Antipolis

L'action du dispositif Addictions de VSA s'inscrit donc sur un territoire caractérisé par de fortes spécificités. La population valbonnaise est jeune. Elle est d'autant plus importante au regard de la taille de la commune qu'elle est augmentée de nombreux étudiants qui ne résident pas officiellement sur son territoire. La mixité sociale est particulièrement importante, avec une population très aisée et à fort capital socio-culturel, qui côtoie une population modeste qui cumule les indicateurs de précarité économique et sociale. Les déplacements dans VSA et vers les communes avoisinantes sont difficiles, ce qui constitue un frein à l'accès aux soins, et augmente le risque d'isolement social pour les populations les plus démunies. Toutefois, les ressources médicosociales et socio-éducatives sont importantes au regard de la taille de la commune.

Chapitre II. Evaluation de processus : création et fonctionnement du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis

Ce premier chapitre consacré à l'évaluation de processus du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis propose une description historique de la mise en place et du fonctionnement du dispositif, depuis le diagnostic territorial initial qui a précédé sa construction jusqu'en fin d'année 2013, en mettant l'accent sur les stratégies partenariales qui ont permis son développement.

Dans un second temps, l'évaluation de l'activité sur la période 2008-2013 permet de détailler l'ensemble des actions conduites et de mieux comprendre leur portée pour les habitants et les professionnels valbonnais.

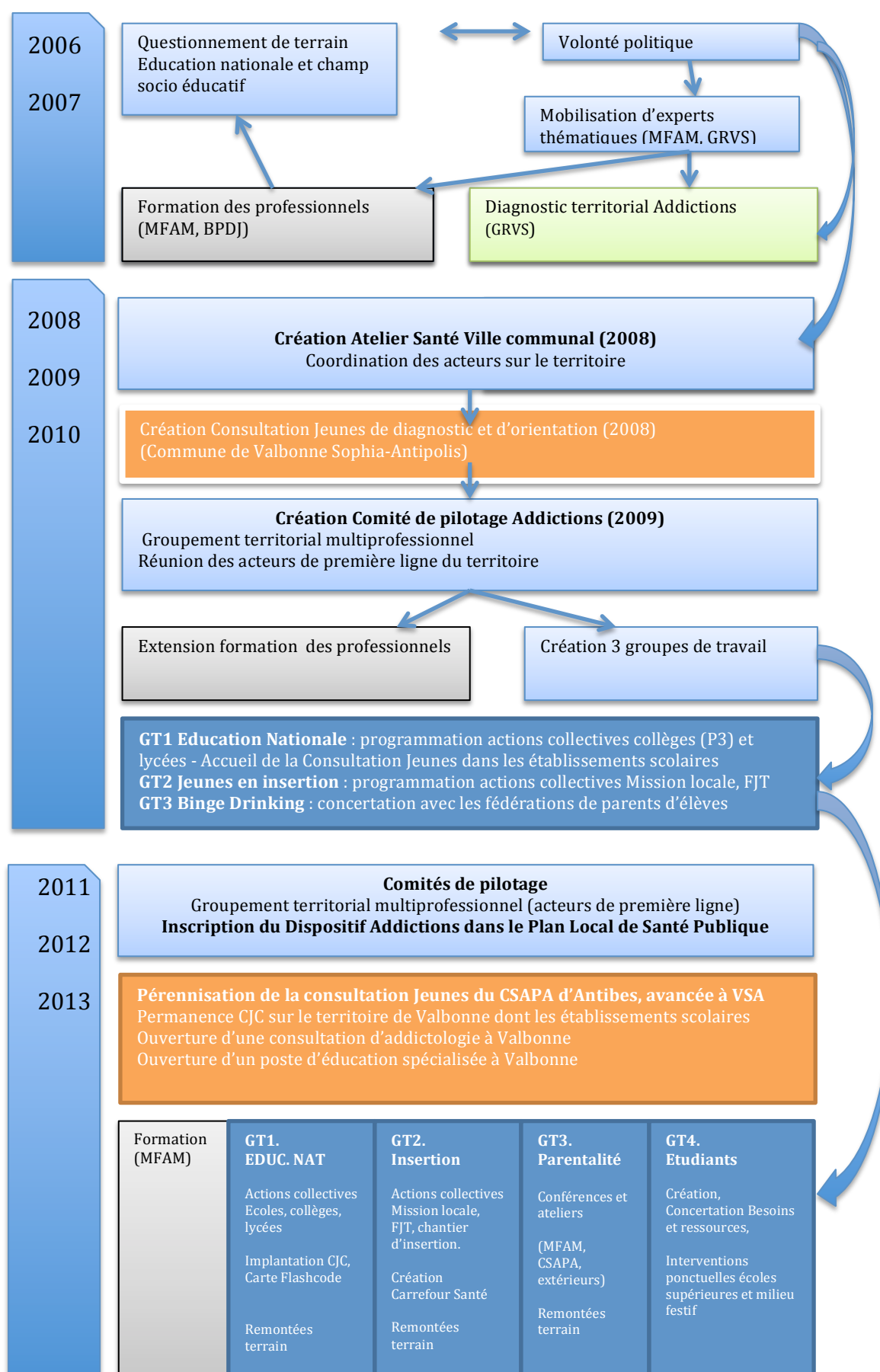
1. Historique de la mise en oeuvre du dispositif Addictions à Valbonne Sophia-Antipolis (2006-2013)

Le dispositif Addictions a été créé puis développé à partir de 2008, à la suite d'un Diagnostic territorial Addictions que la commune de VSA avait commandé au GRVS en 2006, via son service Jeunesse. La construction du dispositif s'est réalisée pas à pas, étapes par étapes, sans projection sur le moyen et long terme, de la part des parties prenantes, du dispositif à composantes multiples qui peut être décrit aujourd'hui. Ainsi, il n'a pas existé de cahier des charges formel posé initialement. Le référentiel utilisé comme cahier des charges pour la création puis le développement du dispositif était constitué dans un premier temps par les préconisations qui clôturaient le diagnostic territorial initial, puis il a été étoffé lors de la mise en place du Plan Local de Santé Publique établi en 2011, le dispositif Addictions constituant un axe privilégié de ce PLSP.

La création puis la structuration du dispositif se sont appuyées continûment sur une démarche de concertation avec les acteurs de terrain qui travaillent auprès des jeunes (notamment le personnel de l'Education Nationale, les acteurs du champ socio-éducatifs, les parents d'élèves) pour orienter la stratégie de développement du dispositif en fonction des problématiques locales. Les stratégies partenariales sont au cœur du processus de création du dispositif et de ses modalités de fonctionnement.

Pour faciliter la compréhension du processus qui aboutit au dispositif qui existe à ce jour sur le territoire de VSA, trois phases sont distinguées : la phase de création (2006-2007), la phase de structuration (2008-2010) puis la phase de développement (2011-2013). Cette approche historique se conclue par un état des lieux du dispositif en 2013, axé sur le plan organisationnel et budgétaire.

SCHEMA 1. PROCESSUS HISTORIQUE DU DISPOSITIF ADDICTIONS DE VALBONNE



1.1. La phase de création (2006-2007)

Pour comprendre la phase de création du dispositif, il faut décrire la rencontre d'un questionnement des acteurs de terrain et d'une volonté politique, la réalisation du Diagnostic territorial Addictions, ainsi qu'une première phase de formation des professionnels qui travaillent auprès des jeunes.

1.1.1. Questionnement de terrain et volonté politique

En 2006, les acteurs professionnels exerçant auprès des jeunes sur le territoire de VSA (Service Jeunesse communal, équipe de prévention spécialisée de l'association Montjoye mandatée par le Conseil Général des Alpes-Maritimes, Mission locale) se réunissent régulièrement dans le cadre d'une cellule dénommée « Coordination Jeunesse ». Tous s'accordent sur le fait qu'ils sont régulièrement confrontés à des problèmes d'usage d'alcool et de drogues illicites chez les jeunes, et que cette situation les conduit à se sentir démunis : difficultés à aborder le sujet avec les jeunes, manque de connaissances pour l'aborder, et surtout difficulté à orienter vers des professionnels spécialisés. Le Service Jeunesse communal transmet ces conclusions aux Elus communaux.

Parallèlement, le Service Jeunesse communal prend contact avec le service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française Alpes-Maritimes, qui dispose localement d'un coordinateur de santé publique spécialisé dans la prévention des addictions, et l'associe à une réunion de la cellule « veille éducative et santé des jeunes ». Le débat organisé en sa présence par la cellule conclut qu'il faudrait commencer par objectiver les besoins des jeunes du territoire en matière de prévention et de prise en charge des addictions et des conduites à risques, et les acteurs réunis s'accordent sur la nécessité de réaliser un diagnostic territorial portant sur les conduites addictives chez les jeunes.

Les Elus de la commune de VSA prennent alors la décision de solliciter le GRVS pour réaliser un Diagnostic Addictions. La commune finance le projet. Ils obtiennent également l'accord des établissements d'enseignement secondaire pour réaliser une enquête auprès des jeunes scolarisés (lycée du CIV, collège de l'Eganaude, collège Niki Saint Phalle).

1.1.2. Le diagnostic territorial Addictions

Le diagnostic territorial Addictions s'est déroulé au cours du premier semestre 2006. La méthode mise en œuvre pour recueillir les données a été déterminée en concertation avec la Direction du Service Jeunesse communal.

1.1.2.1. Les objectifs du diagnostic

L'objectif général du diagnostic était de décrire les conduites addictives des adolescents valbonnais, et de fournir des clés de compréhension locales de leurs conduites. L'objectif opératoire était de produire un argumentaire destiné à éclairer la commune sur la situation des jeunes et à définir une stratégie locale de prévention.

1.1.2.2. La méthode utilisée

- Une enquête quantitative a été réalisée à partir d'un auto-questionnaire auprès de 309 élèves scolarisés dans la commune. Son objectif était de quantifier l'ampleur des conduites addictives chez les jeunes et de mettre au jour des facteurs associés à ces conduites à risques. Un seul questionnaire a été supprimé de la base de données du fait des incohérences qu'il comprenait. Douze classes ont participé à l'enquête : 6 classes de Terminale du CIV -toutes les sections étant représentées- (54% ; 167/308 ; âge moyen : 17,5) et 6 classes de 3^e réparties de façon égale entre le collège de l'Eganaude et le collège Niki Saint Phalle (46% ; 141/308 ; âge moyen : 14,5). Les données ont été traitées grâce au logiciel de statistiques Sphinx. L'auto-questionnaire a été rempli en classe en présence d'un intervenant extérieur à l'établissement qui pouvait fournir des explications sur des questions incomprises, puis les élèves mettaient eux-mêmes leur questionnaire dans une boîte destinée à les rassurer sur l'anonymat de leur réponse.
- Une enquête qualitative a été conduite auprès de professionnels de première ligne à partir d'entretiens approfondis en face à face. Son objectif était de compléter la connaissance sur la dynamique des usages de substances psychoactives sur la commune grâce à l'expertise des acteurs de terrain, notamment en termes de complément d'information concernant les jeunes sortis du milieu scolaire. Cette partie qualitative s'est également attachée à mettre au jour les attentes des acteurs professionnels confrontés à l'usage des produits psychoactifs chez les jeunes scolarisés et non scolarisés. Les entretiens ont été conduits avec une éducatrice spécialisée responsable de l'équipe de rue de l'association Montjoye, une conseillère d'insertion professionnelle de la Mission Locale, un médecin généraliste du quartier CUCS de Garbejaire, un représentant de la Gendarmerie nationale, ainsi que deux représentants de la Police municipale. Une analyse de contenu a été réalisée sur les entretiens recueillis.

1.1.2.3. Les principaux résultats

Principaux résultats de l'enquête quantitative conduite auprès des lycéens et des collégiens

L'échantillon global (n = 308) est constitué de 53% de filles et 47% de garçons. Les caractéristiques sociales des jeunes sont différentes selon l'établissement dans lequel ils sont scolarisés.

Au collège de l'Eganaude, un élève sur deux (50%) habitent dans le quartier de Garbejaire/Haut Sartoux. Les catégories socio-professionnelles des parents sont modestes (employés, ouvriers, en recherche d'emploi, sans activité : 31%), ou intermédiaires (artisans, commerçants, professions libérales ou à responsabilité nécessitant des études d'une durée inférieure à 5 ans : 50%). Au collège Niki Saint Phalle, un élève sur deux (47%) habitent dans les quartiers résidentiels de VSA ou dans le village historique. Les catégories socio-professionnelles des parents sont intermédiaires (44%) ou supérieures (cadres supérieurs, ingénieurs, professions libérales supérieures : 36%). Au CIV, seuls 27% des élèves résident à Valbonne même, les autres venant des communes limitrophes, mais aussi d'autres régions de France ou de pays étrangers. Plus d'un élève sur deux ont des parents qui exercent une profession supérieure (54%) et seulement 10% sont issus de familles modestes.

Expérimentation et usage régulier des produits psychoactifs

Les principales données concernant l'expérimentation et l'usage régulier des produits psychoactifs sont exposées dans le tableau 2. Les différences qui existent entre les pratiques des collégiens méritent d'être soulignées : les élèves de l'Eganaude sont les plus concernés par l'ivresse récente, soit au moins une fois au cours du dernier mois avant l'enquête (20% versus 8% au collège Niki Saint Phalle), tandis que les élèves de Niki Saint Phalle sont plus concernés par l'usage récent de cannabis (9% versus 3% au collège de l'Eganaude).

Tableau 2. Expérimentation et usage régulier des produits psychoactifs en 2006 chez les élèves valbonnais scolarisés en Terminale et en Troisième, en pourcentage (n = 308)

	Elèves de Terminale CIV N = 167	Elèves de Troisième Eganaude N = 64	Elèves de Troisième Niki S P N = 77	Ensemble Troisième N = 141
Expérimentation tabac	70%	66%	45%	54%
Tabac quotidien	39%	9%	20%	15%
Usage régulier d'alcool (au moins 10 fois/dernier mois)	25%	11%	12%	11%
Expérimentation ivresse	65%	36%	33%	34%
Ivresse récente (au moins une fois/dernier mois)	34%	20%	8%	13%
Expérimentation cannabis	56%	27%	26%	26%
Usage récent de cannabis (au moins une fois/dernier mois)	28%	3%	9%	6%
Usage régulier de cannabis (au moins 10 fois/dernier mois)	16%	2%	4%	3%
Usage quotidien de cannabis	6%	0%	0%	0%
Expérimentation Ecstasy/MDMA	4%	3%	1%	2%
Expérimentation Champignons hallucinogènes	5%	5%	1%	3%
Expérimentation Cocaïne	4%	3%	4%	4%
Expérimentation LSD	1%	0%	4%	2%
Expérimentation amphétamines	4%	3%	3%	3%
Expérimentation héroïne	0%	0%	3%	1%
Expérimentation solvants	9%	8%	8%	8%
Au moins l'un de ces produits au moins une fois dans la vie*	16%	11%	13%	12%

*Sans compter alcool, tabac, cannabis, soit ecstasy et/ou champignons et/ou cocaïne et/ou LSD et/ou amphétamines et/ou héroïne et/ou solvants

Ces données concernant les jeunes scolarisés à VSA peuvent être mises en perspective avec l'enquête de référence disponible à l'époque, conduite chez les collégiens et les lycéens (volet français de l'enquête ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – plus de 16 000 jeunes interrogés) et considérée comme représentative de la population scolaire en France⁷. La distinction des résultats par tranche d'âge dans l'enquête ESPAD permet d'observer des populations comparables aux deux sous-échantillons valbonnais (les collégiens âgés de 14,5 ans d'une part ; les lycéens âgés de 17,5 ans d'autre part). Cette mise en perspective avec les données disponibles à l'époque montre globalement que l'expérimentation et l'usage régulier des produits psychoactifs est plus important à VSA qu'il ne l'est à l'échelle de la France.

- Les collégiens valbonnais ont plus souvent expérimentés le tabac (54% à VSA contre 50% dans ESPAD) et rapportent une consommation quotidienne bien plus fréquente (15% contre 7% dans

⁷ Choquet M, Beck F, Hassler C, Spilka S, Morin D, Legleye S, Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans, *Tendances*, n°35, 2004, 1-6.

ESPAD). Idem pour la consommation régulière d'alcool (11% contre 5% dans ESPAD), ou l'expérience de l'ivresse (34% contre 29% chez les garçons et 24% chez les filles dans ESPAD). Le nombre de jeunes qui ont consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie est également beaucoup plus important (26%, alors que l'enquête ESPAD recense 18% d'expérimentateurs chez les garçons et 10% chez les filles soit environ 14%). Les usages réguliers du cannabis sont légèrement plus élevés (3%, contre 1% dans ESPAD).

- Les lycéens valbonnais sont légèrement moins expérimentateurs de tabac (70% contre 73% chez les garçons et 76% chez les filles dans ESPAD) ; par contre, les usagers quotidiens sont plus nombreux (39% contre 30% dans ESPAD). La consommation régulière d'alcool est bien plus importante (25% contre 14% dans ESPAD pour les garçons et 5% chez les filles). L'expérimentation du cannabis est également bien plus élevée (56% contre 53% chez les garçons et 47% chez les filles dans ESPAD). Les usages réguliers du cannabis sont également plus importants (16%, contre 16% chez les garçons seulement dans ESPAD et 6% chez les filles).

Toutefois, il faut garder à l'esprit que les consommations de produits psychoactifs sont connues pour être plus importantes dans la région PACA que dans le reste de la France. L'enquête de référence ESCAPAD 2002/2003, conduite auprès de plus de 22 000 jeunes de 17 ans ayant participé à la Journée d'Appel et de Préparation à la Défense (Direction du Service National), illustre ce constat⁸. Les jeunes sont âgés de 17 ans comme les élèves du CIV, mais ne sont pas forcément toujours scolarisés. L'échantillon comprend toutefois 87% de jeunes qui sont élèves ou étudiants (lycées d'enseignement général ou technique, lycées professionnels, études supérieures). La comparaison entre la région PACA et le reste de la France montre que la région apparaît comme moyennement consommatrice de produits réglementés (tabac, alcool) mais que les usages de cannabis y sont nettement plus répandus (PACA étant la région la plus consommatrice de France), tout comme les expérimentations de solvants à inhaler, de LSD et de cocaïne⁹.

Tableau 3. Comparaison des prévalences de consommation de produits illicites entre les lycéens valbonnais et les données nationales et régionales d'ESCAPAD 2002/2003

	Lycée du CIV 2006	ESCAPAD national 2002/2003	ESCAPAD régional 2002/2003
Expérimentation cannabis	56%	53%	56%
Usage récent de cannabis (dernier mois)	28%	33%	36%
Expérimentation Ecstasy	4,2%	4,1%	4,7%
Expérimentation Champignons hallucinogènes	4,8%	4,2%	3,8%
Expérimentation Cocaïne	4,3%	1,9%	3,1%
Expérimentation LSD	0,6%	1,4%	2,0%
Expérimentation Amphétamines	3,7%	2,1%	2,6%
Expérimentation Héroïne	0,0%	0,9%	0,7%
Expérimentation Solvants	9,1%	5,1%	7,4%

⁸ Beck F, Legleye S, Spilka S, Atlas Régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français. Exploitation Régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003, OFDT, Saint Denis, 2005, 224 pages.

⁹ Beck F, Legleye S, Spilka S, op.cit, p.158.

La comparaison avec les résultats d'ESCAPAD montre des écarts moins importants que la comparaison avec ESPAD. Si l'on compare avec ESCAPAD, on constate que les usages réguliers de cannabis sont moins importants au CIV que chez les jeunes du même âge résidant de la région. Par contre, l'expérience des autres drogues illicites est soit similaire soit plus élevée (notamment en ce qui concerne les champignons hallucinogènes, la cocaïne, les amphétamines et les solvants).

Facteurs associés à la consommation de produits psychoactifs

L'étude statistique a permis de mettre au jour un grand nombre de facteurs associés à la consommation de produits psychoactifs, qui ne seront pas repris ici dans leur exhaustivité. Deux d'entre eux méritent cependant d'être mis en valeur, car ils ont eu une influence directe sur les préconisations pour l'action à l'issue du diagnostic.

- L'état psychologique des élèves¹⁰ est un facteur fortement associé à la consommation de produits psychoactifs.

Dans le tableau suivant, l'utilisation du test statistique du KHI2 permet de garantir que les différences observées s'expliquent vraisemblablement par d'autres facteurs que le hasard. Par convention, les différences observées dans la distribution des effectifs sont considérées comme étant significatives lorsque le calcul du KHI2, désigné par «p», est inférieur à 0.05. Les pourcentages coloriés en rouge sont significativement supérieurs à une distribution aléatoire, tandis que les pourcentages coloriés en bleus sont significativement inférieurs.

Tableau 4. Exemples d'associations significatives entre l'état psychologique et la consommation de produits psychoactifs

	Moins bon état psy Score supérieur à 12 N = 104	Catégorie intermédiaire N = 103	Meilleur état psy Score inférieur à 8 N = 101	KHI2 p
Au moins une ivresse récente	49%	31%	20%	0.0032
Pas d'ivresse récente (dernier mois)	29%	34%	37%	
Usage récent du cannabis	57%	32%	11%	0.0001
Pas d'usage récent du cannabis	28%	34%	38%	
Au moins un produit dans la vie autre que l'alcool et le cannabis *	67%	21%	12%	0.0001
Pas d'autres produits	28%	35%	37%	

*Ecstasy et/ou champignons et/ou cocaïne et/ou LSD et/ou amphétamines et/ou héroïne et/ou solvants

D'autres données de l'enquête témoignent de l'influence de l'état psychologique des jeunes sur la consommation de produits psychoactifs. On constate notamment que les jeunes qui déclarent avoir subi une agression au cours de leur vie (définie comme « agression sexuelle » ou « se faire frapper sans pouvoir

¹⁰ Une échelle psychométrique comportant 13 questions a été créée à partir des travaux de Nelly Leselbaum. Voir Peretti (de) C, Leselbaum N, *Tabac, alcool, drogues illicites. Opinions et consommations des lycéens*, Institut National de Recherche Pédagogique, 1995, 134 pages. Un score inférieur à 8 traduit un état psychologique meilleur que celui des autres jeunes, un score supérieur à 12 traduit un état psychologique moins bon que celui des autres jeunes, tandis qu'une catégorie intermédiaire regroupe les jeunes qui ont obtenu un score compris entre 8 et 12.

rendre les coups », n = 58) ont trois fois plus de risques que ceux qui déclarent n'en avoir jamais subi d'être consommateur de cannabis au cours du dernier mois avant l'enquête (OR = 3,1) ou d'avoir expérimenté une autre drogue illicite (OR = 3,1). Parmi les 28 jeunes de l'échantillon qui déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide dans leur vie, 11 ont déjà consommé une autre drogue illicite que le cannabis. Ainsi, un quart des jeunes qui ont déjà consommé une autre drogue illicite que le cannabis déclarent également avoir déjà effectué une tentative de suicide (11/43).

- La fréquentation de lieux festifs est également fortement associée à la consommation de produits psychoactifs.

De nombreuses données de l'enquête témoignent des liens entre sorties festives et usage de produits psychoactifs. Par exemple, 32% des jeunes qui ont participé à une fête privée au cours du dernier mois déclarent également une ivresse au cours de la même période tandis que seulement 4% de ceux qui n'ont participé à aucune fête déclarent une ivresse sur la période ($p = 0,0001$; OR = 12,3). De même, 45% de ceux qui se sont rendus dans un établissement festif ou une manifestation festive au cours du dernier mois déclarent une ivresse sur la même période, tandis qu'ils ne sont que 12% chez ceux qui ne sont pas sortis dans un lieu festif ($p = 0,0001$; OR = 6,0). En ce qui concerne l'usage récent du cannabis, on constate que 27% de ceux qui se sont déjà rendus dans un concert sans parent ou adulte (rock, rap, métal, électro, etc) ont fumé du cannabis au cours du dernier mois tandis qu'ils ne sont que 4% chez ceux qui ne se sont jamais rendus dans un concert ($p = 0,0001$; OR = 8,0). De même, 27% de ceux qui se sont déjà rendus dans un pub après 22 heures au cours de leur vie ont fumé du cannabis au cours du dernier mois, alors qu'ils ne sont que 1% chez ceux qui ne sont jamais allés en pub ($p = 0,0001$; OR = 38,0). Les associations significatives entre les sorties dans l'espace festif et la consommation de produits psychoactifs se retrouvent également chez les jeunes qui déclarent avoir déjà consommé une autre drogue illicite que le cannabis.

Les personnes-ressources pour les jeunes

L'accès en termes de prévention et de repérage des conduites problématiques chez les jeunes implique qu'un lien puisse être établi en amont entre un jeune et un référent adulte. L'accès à des personnes ressources pour les jeunes a été interrogé dans le diagnostic comme suit : si un jour tu avais besoin d'un soutien ou d'un conseil sur les substances psychoactives ou le sida, sais-tu à qui tu pourrais t'adresser, en dehors de tes amis ? Ces personnes ressources sont distinguées selon qu'elles sont à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement scolaire. Quatre jeunes sur cinq estiment avoir des personnes ressources à l'extérieur ou à l'intérieur de l'établissement scolaire. Il n'y a pas de différence de ce point de vue selon l'établissement scolaire dans lequel les jeunes sont inscrits (tableau 5).

Tableau 5. Personnes ressources en cas de besoin de soutien ou de conseils sur le sida ou les substances psychoactives (n = 308)

	CIV N = 167	Eganaude N = 64	Niki St P N = 77	Total N = 308	P
Personne(s) ressource(s) à l'extérieur de l'établissement					
Oui	80%	77%	77%	78%	NS
Non	20%	23%	23%	22%	
Personne(s) ressource(s) à l'intérieur de l'établissement					
Oui	54%	56%	53%	54%	NS
Non N = 307	46%	44%	47%	46%	

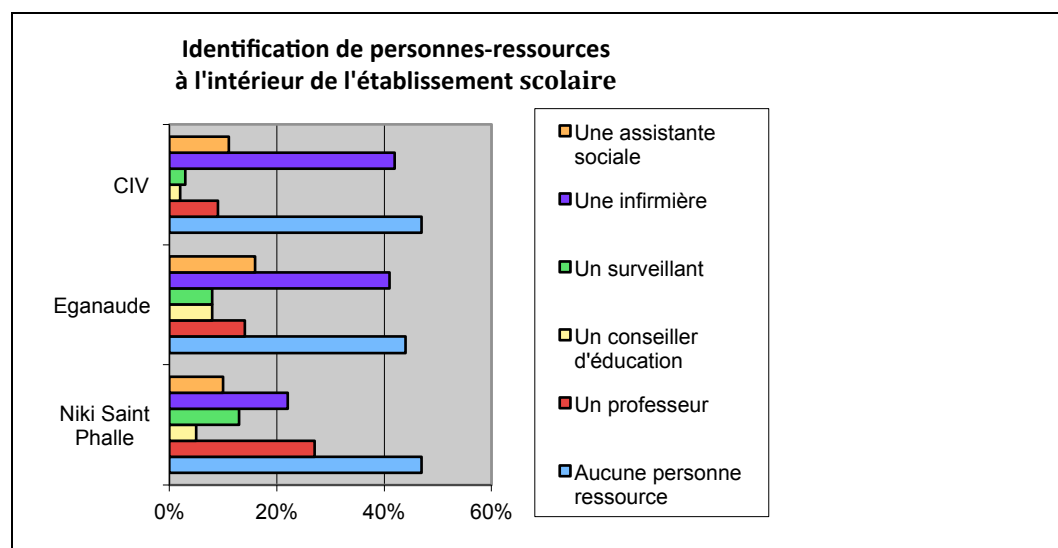
L'identification des personnes ressources était une question dont la réponse était à choix multiple (une personne peut donner plusieurs réponses).

A l'extérieur de l'établissement scolaire, les élèves pensent d'abord à leurs parents (51% ; 124/241) ou à un médecin (54% ; 130/241), puis à un adulte de leur famille (38% ; 91/241) et en dernier lieu à une assistante sociale ou à un éducateur (14% ; 33/241). Une minorité (16% ; 38/241) évoque 'une autre personne'. Ces 'autres personnes' sont essentiellement des membres de la famille (sœurs, frères, cousin(e)s,...), mais aussi le pharmacien, l'assistance téléphonique (numéro vert), et le planning familial cinq fois cité.

Les élèves du CIV ont plus tendance que les collégiens à citer un médecin comme personne ressource (63% ; 84/133). Ceux du collège Niki Saint Phalle se tournent plus volontiers vers leurs parents (64% ; 38/59), tandis que les élèves du collège de l'Eganaude citent plus facilement que les autres une assistante sociale ou un éducateur (22% ; 11/49).

A l'intérieur de l'établissement scolaire, les plus nombreux citent l'infirmière de l'établissement (68% ; 113/166). En dehors de cette réponse la plus fréquente sont cités 'un professeur' (27% ; 45/166), une assistante sociale (22% ; 36/166), un surveillant ou assistant d'éducation (12% ; 20/166), et enfin un conseiller d'éducation (8% ; 13/166).

Figure 1. Identification des personnes ressources à l'intérieur de l'établissement scolaire



L'absence de personne ressource

Une minorité non négligeable (12% ; 37/307) considère ne disposer d'aucune personne ressource, à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur de celui-ci, qui soit à même de lui donner un conseil ou de lui apporter un soutien sur le sujet des conduites addictives et des maladies sexuellement transmissibles comme le sida. Les faibles effectifs limitent l'exploration des facteurs associés à l'absence de personnes ressources dans son entourage. Cependant, deux variables se distinguent en étant liées au fait de ne disposer d'aucune personne ressource : les jeunes qui ne disposent d'aucune personne ressource (n = 37) sont plus nombreux parmi ceux qui jouent plus de deux heures par semaine à des jeux vidéos ; d'autre part, ces jeunes sont plus nombreux parmi ceux qui habitent à Garbejaïre et Haut Sartoux que ceux qui déclarent d'autres quartiers d'habitation (tableau 6).

Tableau 6. Variables associées au fait de n'identifier aucune personne ressource en matière de soutien ou de conseil sur le sujet des conduites addictives ou du sida (n = 308)

	Aucune personne ressource N = 37	Au moins 1 personne ressource N = 271	P	O.R
Jeux vidéo Jamais ou moins de 2H/semaine Plus de deux heures / semaine	8% 18%	92% 82%	0.0077	2,6
Quartier d'habitation N = 299 Garbejaïre & Haut Sartoux Autre quartier d'habitation	22% 10%	78% 90%	0.0143	2,6

L'incapacité d'identifier au moins une personne ressource caractérise ainsi plus souvent que les autres les jeunes résidant à Garbejaïre et Haut Sartoux, comme ceux qui pratiquent les jeux virtuels plus régulièrement que leurs camarades. Ces derniers ont effectivement 2,6 fois plus de risque que les autres de n'identifier aucune personne ressource. Cet isolement concerne tout de même plus d'un jeune sur quatre en zone sensible, ce qui montre la nécessité d'utiliser les voies institutionnelles (nécessité de toucher des jeunes scolarisés qui peuvent éventuellement être repliés sur eux-mêmes) pour communiquer sur les ressources existantes, et les montrer sous un jour favorable.

Principaux résultats de l'enquête qualitative conduite auprès des professionnels de première ligne

Les interlocuteurs rencontrés décrivent des pratiques des substances psychoactives qui corroborent les résultats de l'enquête effectuée dans le cadre scolaire. Ils livrent également leur interprétation de la diffusion de ces conduites, en termes de catégorie sociale et de logique territoriale, à partir de leurs expériences quotidiennes auprès des jeunes, ainsi qu'une analyse des besoins du territoire en termes de maillage des ressources autour des jeunes.

- La diffusion des conduites addictives chez les jeunes envisagée en termes de catégories sociales et de logique territoriale.

Du point de vue territorial, les consommations de cannabis sont loin de se cantonner au quartier de Garbejaïre, qui est un quartier classé en zone sensible, et elles sont bien implantées dans d'autres

quartiers de la commune, comme celui de l'Île Verte, où résident des familles plus favorisées sur le plan financier. Une grille de lecture associant catégorie sociale et lieu de résidence sur le territoire permet de distinguer différents groupes de consommateurs d'alcool et de cannabis.

On distingue particulièrement (1) les jeunes majoritairement issus de familles déracinées, résidant en zone sensible, et qui peuvent être originaires du Maghreb ; (2) les jeunes issus de familles implantées depuis des générations, plus favorisés socialement et financièrement que ceux qui vivent en zone sensible; et (3) la jeunesse issue de la technopole, qui comprend aussi des familles déracinées venues pour l'emploi, dont les origines se situent dans l'ensemble de la France, de l'Europe, du Monde, et qui disposent a priori de capitaux financiers et socio culturels importants. Dans les faits, et uniquement en ce qui concerne les moins de seize ans, les deux derniers groupes de population apparaissent comme étant plus concernés que le premier groupe par les usages réguliers de cannabis. A Garbejaire, ce sont surtout les jeunes de 16 à 25 ans qui sont concernés par ces pratiques. Elles sont visibles dans l'espace public et touchent spécifiquement des jeunes déscolarisés, qui souffrent d'un problème d'insertion sociale et surtout professionnelle.

- Etat des lieux et besoins du territoire en termes de maillage des ressources autour des jeunes.

Les personnes rencontrées soulignent l'excellente couverture du quartier de Garbejaire par les associations et les services municipaux, qu'il s'agisse de l'aide à l'insertion sociale et professionnelle, ou du domaine de l'animation et de la culture. Ils regrettent cependant la répartition inégale des ressources sur le territoire communal, difficulté d'autant plus prégnante au vu des problèmes de mobilité de la jeunesse sur cette commune étendue.

Ces intervenants proches du terrain estiment que la création d'un lieu neutre, « non stigmatisant », qui pourrait par exemple réunir des permanences des différentes associations, offrir un lieu de discussion et de passages (café, thé, ...), permettrait de renforcer la proximité avec les jeunes. Il pourrait offrir des ressources en matière de soutien psychologique, d'accompagnement et de prévention des conduites addictives, d'information sur la contraception et les maladies sexuellement transmissibles, et susciter des initiatives en termes d'éducation par les pairs chez les jeunes, de groupes de paroles sur des sujets sensibles, chez les jeunes comme chez leurs parents. Un tel lieu pourrait favoriser l'harmonisation de la diffusion des connaissances car sur le thème des conduites addictives, les questions de sécurité routière ou la sexualité, les jeunes bien informés côtoient des jeunes sous informés.

L'état des lieux en 2006

Les problématiques des conduites addictives qui caractérisent les grands centres urbains ne sont pas transposables à la commune de Valbonne (pas de diffusion importante des substances autres que le cannabis et l'alcool, peu de nuisances publiques liées à ces substances, notamment pas de seringue au sol). La prévention sur la commune doit se centrer essentiellement sur les grandes tendances de fond des politiques de santé publique actuelle : sécurité routière, information sur les risques liés aux substances, prévention des usages réguliers d'alcool et de cannabis, prévention de l'expérimentation des autres substances. La concordance entre l'augmentation de l'usage de cocaïne au niveau national et la présence d'usagers occasionnels parmi les jeunes de la commune nécessite particulièrement une attention

soutenue. De même, l'usage des champignons hallucinogènes est en augmentation au niveau national, et ce sont ces champignons qui sont souvent déclarés en ce qui concerne les usages récents, c'est-à-dire au cours des trente derniers jours avant l'enquête. L'usage d'ecstasy mérite aussi l'attention, car sa prévalence au moins une fois au cours de la vie est similaire à celle qui est constatée au niveau national. Enfin, il faut souligner les conduites d'usage de solvants : la prévalence de la consommation de ces produits apparaît au CIV comme étant supérieure à la prévalence estimée au niveau régional, qui est elle-même supérieure à la prévalence estimée au niveau national.

La couverture de la commune par le réseau socio sanitaire est dense mais inégalement répartie du point de vue géographique. Les lieux ressources sont notamment concentrés sur la zone péri urbaine sensible de Garbejaire et Haut Sartoux, ce qu'il convient de maintenir d'une part du fait des problèmes d'accès à l'emploi et de situations de vulnérabilité sociale chez les 16-25 ans qui sont sortis du système scolaire, d'autre part pour les jeunes scolarisés, qui ont une sociabilité extérieure à leur domicile, au sein du quartier, et qui ont besoin de personnes ressources et d'adultes référents au-delà du couple parental. Pour les autres territoires de la commune, le quartier de l'Île Verte et globalement le village extérieur nécessite une attention particulière des pouvoirs publics, notamment en ce qui concerne le développement d'usages réguliers de cannabis chez les jeunes scolarisés ; le quartier de Saint Hélène manque aussi de ressource de proximité, et notamment d'un renforcement de la prévention de l'alcoolisme chez les moins de seize ans, comme à Garbejaire et Haut Sartoux.

Certaines classes des établissements scolaires de la commune ont déjà bénéficié de sessions de prévention animées par des professionnels (Mutualité Française Alpes Maritimes, Brigade de Prévention et de la Délinquance Juvenile), mais l'ensemble des jeunes des tranches d'âge cible ne sont pas touchés par ces interventions.

La prévention en milieu festif se pratique déjà lors des soirées événements qui se déroulent sur le territoire et sont appréciées de la jeunesse locale : présence préventive systématique de la police municipale, stands d'information et de prévention présents de façon non systématique.

1.1.2.4. Les préconisations pour l'action

Les préconisations pour l'action qui clôturent le diagnostic vont constituer, en termes de processus de création du dispositif, le référentiel qui sera utilisé comme premier cahier des charges.

Les spécificités de la commune conduisent à préconiser des *actions de proximité*, qui impliquent :

- le maintien du dispositif déjà en place en termes d'animation, d'aide à l'insertion sociale et professionnelle, de contacts de première ligne ('aller vers'), et son harmonisation sur le territoire de la commune,
- la mise en œuvre d'un programme de prévention systématique et pérenne dans les établissements scolaires d'enseignement secondaire de la commune,

Proposition d'actions collectives auprès du public scolaire

- Classes de cinquième : première approche par le théâtre interactif, ciblée notamment sur l'expérience d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes et de cannabis, avec un focus sur l'alcool au collège de l'Eganaude, et un focus sur le tabac et le cannabis au collège Niki Saint Phalle.

- Classes de Troisième : sessions de prévention documentées, participatives, ciblées notamment sur les usages d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes, de cannabis et de solvants.

- Classes de Première : sessions de prévention documentées, participatives, ciblées sur la prévention des usages réguliers d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes, de cannabis, de solvants, la prévention de l'expérimentation des autres substances illicites, et la réduction des risques et des dommages liés aux drogues. Les sessions peuvent être aussi enrichies par le développement d'une réflexion collective sur les liens entretenus entre l'usage des substances psychoactives et les pratiques festives, ainsi que sur les conséquences de l'usage.

- ainsi que le renforcement du dispositif déjà en place pour la prévention en milieu festif.
- D'autre part, l'idéal serait de mettre en place un lieu ressource 'neutre', à l'attention des jeunes jusqu'à 25 ans environ, qui proposerait de l'information et de la prévention (sexualité, conduites addictives, sécurité routière), un soutien psychologique d'urgence, et des activités de type produit d'appel. Cependant, au vu de la densité du réseau socio sanitaire qui couvre la commune de Valbonne et l'implication de ses intervenants, le seul besoin qui peut être qualifié d'essentiel est l'ouverture d'un poste de psychologue spécialisé sur le sujet des adolescents et formé aux problématiques des conduites addictives. Cette personne aurait pour caractéristique première d'être mobilisable dans l'urgence par les intervenants du réseau socio sanitaire et socio-éducatif comme par les jeunes eux-mêmes et, dans le cadre d'une solution peu onéreuse et rapidement concrète, pourrait être intégrée à une structure déjà existante qui a un fort pouvoir attractif sur les jeunes.

1.1.2.5. La mobilisation des acteurs locaux

Le compte-rendu détaillé du diagnostic a fait l'objet d'un rapport écrit¹¹, ainsi que d'une présentation orale, à partir d'un diaporama, à laquelle ont assisté un Elu représentant le Conseil municipal, les représentants des établissements scolaires ainsi que les acteurs du champ socio-éducatif valbonnais (cellule de coordination Jeunesse) et la police municipale, à la fin du premier semestre 2006. Les professionnels du champ socio-éducatif exerçant sur la ville de Valbonne (services municipaux et associations), ainsi que la police municipale s'accordent sur la nécessité de débiter la période post-diagnostic par une formation sur les conduites addictives chez les jeunes assurée par un spécialiste. Les professionnels de l'Education Nationale affirment leur volonté de mieux se coordonner pour permettre le développement et l'harmonisation des actions de prévention conduites en milieu scolaire. La proposition

¹¹ Reynaud-Maurupt C, *Diagnostic Conduites à Risques : les conduites addictives chez les jeunes*, GRVS pour la Mairie de Valbonne Sophia-Antipolis, 2006, 72 pages, non publié.

présentée comme essentielle d'ouvrir un poste de psychologue spécialisé dans le soutien aux adolescents retient l'attention des acteurs communaux (intervenants techniques et élus).

1.1.3. Première action de sensibilisation aux conduites addictives auprès des professionnels du territoire

Au cours de l'année 2007, seule l'action de formation et de sensibilisation aux conduites addictives a été organisée pour faire suite au diagnostic. La Mutualité Française Alpes-Maritimes et la Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile sont sollicitées pour assurer trois sessions (3 x 3 heures), auxquelles assistent les acteurs du champ socio-éducatif (animateurs du service Jeunesse communal, équipes de prévention spécialisée, Mission locale), la police municipale mais également des représentants des établissements scolaires d'enseignement secondaire. L'action est financée dans le cadre du plan de formation départemental de la MILDT 06.

1.2. La phase de structuration (2008-2010)

Le nouveau mandat politique reconduit constitue l'occasion pour les services municipaux de s'impliquer dans la phase de structuration du dispositif Addictions. Pour la municipalité, l'action à mettre en œuvre sur les addictions prend plus largement place dans une réflexion sur la santé pour tous, considéré comme un axe majeur du mieux vivre ensemble. L'existence de nombreux acteurs investis dans le champ socio-sanitaire et le constat d'un manque de coordination entre eux et de visibilité envers les habitants conduit à saisir l'opportunité de créer un Atelier Santé Ville, décision adoptée par délibération du Conseil municipal en décembre 2007, pour une création effective au début de l'année 2008.

1.2.1. Les implications de la création de l'Atelier Santé Ville sur la structuration du dispositif

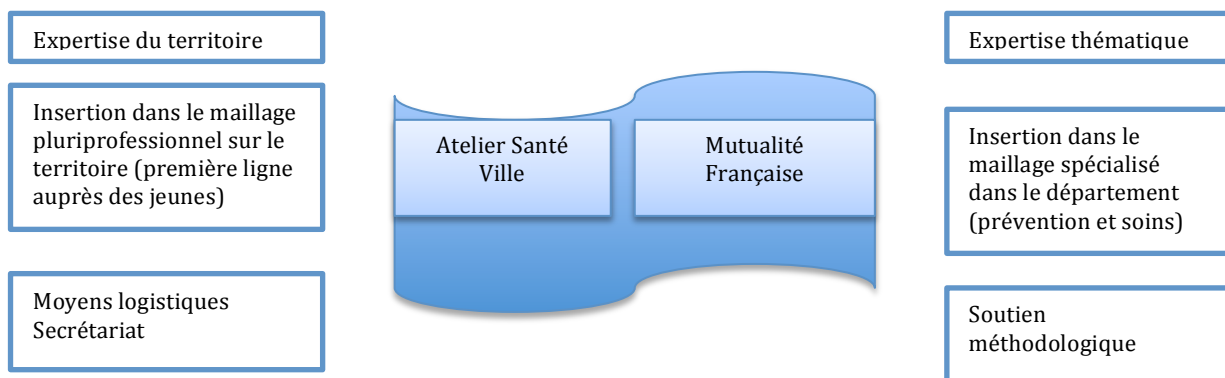
A Valbonne Sophia-Antipolis, l'Atelier Santé Ville, qui a pour objet de fournir le cadre opérationnel pour le développement de projets locaux de santé publique, s'appuie sur le Point Ecoute Santé, lieu d'accueil dédié à la santé pour tous sur le quartier de Garbejaire, qui a déjà développé dans le cadre de ses activités, depuis 2001, un solide maillage avec les professionnels du territoire intervenant au contact de la population.

La responsable de ce nouveau service santé municipal (Point Ecoute Santé et Atelier Santé Ville), exerçant dans le domaine social depuis de nombreuses années, dispose ainsi d'une solide connaissance des acteurs du territoire, et accède avec l'Atelier Santé Ville à des moyens logistiques dédiés à la synergie des différents professionnels locaux.

L'Atelier Santé Ville se saisit des préconisations du diagnostic Addictions et va se positionner comme la cheville ouvrière sur le plan du maillage territorial et de la logistique pour assurer les premiers pas de la structuration du dispositif. Il sollicite l'expertise spécialisée de la Mutualité Française en matière de

prévention des addictions, en saisissant l'opportunité d'un appel d'offres du GRSP (Groupement Régional de Santé Publique) invitant à développer la prévention des addictions hors du milieu scolaire.

SCHEMA 2. PREMIÈRE ARTICULATION DES STRUCTURES PIVOTS COMME SUPPORT DU DISPOSITIF



1.2.2. Création de la Consultation psychologique de diagnostic et d'orientation destinée aux jeunes

En 2008, l'obtention d'un financement du GRSP par l'Atelier Santé Ville dans le cadre du Plan Régional de Santé permet d'ouvrir une permanence dans les locaux du Point Ecoute Santé, animé par le coordinateur de santé publique de la Mutualité Française, et destinée à recevoir des jeunes seuls ou en groupe, qui auraient été informés de son existence par le biais des actions de prévention en milieu scolaire, qui se structurent simultanément dans les établissements scolaires du territoire. L'absence totale de succès de cette initiative conduit à se concerter avec les financeurs pour modifier le protocole de l'action. La préconisation principale qui conclut le diagnostic est mise en avant pour justifier ce changement.

Une psychologue spécialisée dans l'adolescence rejoint la Mutualité Française et anime désormais au Point Ecoute Santé une Consultation psychologique de diagnostic et d'orientation libellée « Consultation Jeunes ». Rapidement, elle consulte puis débute des permanences dans les établissements scolaires et voit sa file active monter en charge, du fait des orientations venant des professionnels de l'Education Nationale et de la possibilité d'effectuer le premier contact sur le temps scolaire. Elle se positionne comme une charnière entre la prévention et le soin.

En 2009, les acteurs de la prévention spécialisée remontent le fait que des jeunes soumis à des obligations de soins ne peuvent s'y présenter du fait des problèmes de mobilité vers Antibes. La Mutualité Française sollicite alors le CSAPA d'Antibes pour porter administrativement la Consultation Jeunes de Valbonne auprès de l'ARS PACA.

A partir de 2010, le CSAPA d'Antibes est présent sur le territoire de Valbonne pour s'investir en termes d'expertise thématique et de relais vers le soin, et se positionne pour prendre le relais de responsabilité en ce qui concerne la Consultation Jeunes, avancée sur le territoire de Valbonne.

1.2.3. Création du comité de pilotage multi-professionnel Addictions

En 2009, la volonté de faire connaître la permanence de diagnostic et d'orientation conduit les opérateurs en charge du dispositif (ASV, MFAM) à organiser une réunion multi-professionnelle Addictions, destinée à réunir l'ensemble des personnes ressources en lien avec les jeunes. La réunion rassemble les professionnels du champ socio-éducatif exerçant sur le territoire, les représentants de l'Education Nationale, la Police municipale, mais également les professionnels du champ sanitaire du centre hospitalier d'Antibes (CSAPA, CMPI), ainsi que des représentants des Fédérations de parents d'élèves. Cette première réunion rassemble une quarantaine de personnes représentant une vingtaine de structures locales. Ce réseau Addictions se réunit régulièrement au cours des années 2009 et 2010 pour participer à la diffusion d'une culture commune sur les addictions et échanger sur les besoins du territoire.

La démarche de concertation permet de mobiliser les parties prenantes sur la nécessité de formation de tous les adultes qui exercent au contact des jeunes pour développer une culture commune et renvoyer un discours cohérent aux adolescents.

Elle conduit également les parties prenantes à s'organiser en groupes de travail pour aborder différents champs de la jeunesse en termes de diffusion de la prévention, de repérage et de facilitation de l'accès aux soins.

1.2.4. Subdivision opératoire en 3 groupes de travail thématiques

Trois groupes de travail sont créés à l'issue du premier comité multi-professionnel Addictions, qui vont se réunir régulièrement au cours des années 2009 à 2010 (conférer examen de l'activité dans la seconde partie de ce chapitre).

Les objectifs des groupes de travail

Les groupes de travail ont pour objectif d'impulser des actions de prévention dans le champ des addictions, de choisir les opérateurs, de dégager éventuellement des financements spécifiques pour ces actions, de participer à leur programmation, de veiller à leur cohérence et à la couverture du territoire, et de partager les informations issues du terrain avec les experts thématiques.

Le groupe de travail Education Nationale

Le groupe de travail Education Nationale réunit les représentants des structures pivots du dispositif, les représentants des établissements d'enseignement secondaire et les représentants du Service Jeunesse communal. Il a pour but de renforcer et d'harmoniser les actions de prévention collectives conduites en milieu scolaire et de faciliter l'implantation de la Consultation Jeunes dans les établissements scolaires.

Dès 2009, la permanence de la Consultation Jeunes ne se limite plus au Point Ecoute Santé, mais s'étend au CIV, et la psychologue se déplace dans les autres établissements scolaires sur demande des équipes éducatives.

Le choix des actions collectives conduites dans les établissements scolaires doit s'effectuer parmi les services offerts par les opérateurs de prévention. Le protocole retenu comprend des actions de prévention

ponctuelles et annuelles auprès de l'ensemble des lycéens des classes de Seconde, animé par un animateur de prévention spécialisé. Le choix de cette classe d'âge est justifié par les constats épidémiologiques (renforcement de l'usage régulier de cannabis et d'alcool) et des contraintes d'emploi du temps des niveaux supérieurs (baccalauréat). Cependant, il faut souligner qu'une série d'interventions se sont déroulées auprès de classes de Première, à la demande des équipes éducatives qui avaient repéré des problèmes liés à la consommation dans ces groupes-classes.

Le choix a été par contre fait d'expérimenter un programme plus étoffé dans les collèges, qui avait été déjà expérimenté l'année précédente auprès d'autres collèges du département. Le programme P3 (Prévention Pérenne Pluridisciplinaire), s'appuie sur une stratégie partenariale pour proposer aux classes de 4^e des interventions spécialisées de prévention des addictions qui s'étalent sur la durée de l'année scolaire et sont intégrées à la stratégie éducative et pédagogique des professionnels de l'Education Nationale. Le choix de cette classe d'âge est conforté par les constats épidémiologiques (consolidation des usages de tabac, augmentation des ivresses et de l'expérimentation du cannabis) et de l'entrée dans la puberté.

Dans chaque établissement, la réalisation du Programme P3 s'inscrit dans les activités du CESC (Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté).

Programme P3 – Prévention Pérenne Pluridisciplinaire

Mutualité Française PACA, Bus Santé Jeunes (Financement Conseil Général des Alpes-Maritimes)

Le programme P3 s'appuie sur une stratégie partenariale qui implique, en amont des interventions auprès des classes, l'existence d'une culture commune des intervenants, la formation des intervenants non spécialistes, et des réunions de concertation pour la préparation de la conduite des ateliers.

Chaque classe de 4^e bénéficie de 4 ateliers qui s'échelonnent au cours de l'année scolaire, ateliers structurés à partir de 4 objectifs de prévention préconisés par les politiques publiques (Guide de prévention en milieu scolaire MILDT/DESCO 2006) et animés de façon pluri-professionnelle :

(1) la connaissance des substances psychoactives et de leurs effets sur le système nerveux, ateliers co-animés en cours de SVT par le professeur de SVT et un intervenant spécialisé (coordinateur de santé publique de la MFPACA). Cette séance s'inscrit dans le programme de 4^e relatif à la connaissance du système nerveux et de son fonctionnement,

(2) la connaissance du cadre légal, atelier animé par un professionnel du champ répressif (BPDJ, Antenne de Justice...),

(3) le développement des habiletés psychosociales des jeunes, en demi-classe, et animé par une psychologue (psychologue Bus Santé Jeunes MF PACA). Cinq couples de compétences sont travaillées lors des séances : savoir résoudre les problèmes/savoir prendre des décisions ; avoir une pensée créative/avoir une pensée critique ; savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles ; avoir conscience de soi/avoir de l'empathie pour les autres ; savoir gérer son stress / savoir gérer ses émotions.

(4) la connaissance des ressources pour l'aide et le conseil, en demi-classe, et animé par des partenaires des services sociaux ou socio-éducatifs (service Jeunesse communal, prévention spécialisée, service social de l'Inspection Académique).

Différentes techniques d'animations sont utilisées dans le cadre de ces ateliers (théâtre interactif, jeux de rôles, débat,...). Le professeur de SVT assure auprès des élèves l'introduction du programme et son suivi au cours de l'année.

Programme Prévention des conduites addictives auprès des lycéens

Mutualité Française PACA (Financement ARS PACA, Prévention Promotion de la Santé)

Le programme réalisé dans les lycées consiste en une session de deux heures proposée une fois par an aux classes de seconde, animé par un intervenant spécialisé en prévention des addictions.

Les objectifs sont de donner aux élèves les moyens de maîtriser des connaissances et des compétences relatives à leur santé et à leur bien-être notamment dans le domaine des addictions (tabac, alcool, cannabis...), mais aussi de développer chez les élèves des compétences leur permettant de faire des choix responsables :

Par une prise de conscience des ressources de chacun, dans le domaine de la santé (sur le plan psychique et sur le plan social),

Par une mise à distance critique des stéréotypes et des pressions sociales poussant à la consommation,

En leur permettant de connaître et de s'approprier les lois (loi de 70, loi Evin, loi de prévention de la délinquance) et les règlements,

En leur donnant les moyens d'être aptes à demander de l'aide pour eux et pour les autres.

Les séances s'organisent autour d'un débat qui s'appuie sur un set de diapositives.

Le groupe de travail Jeunes en insertion

Le groupe de travail Jeunes en insertion réunit les structures pivots du dispositif et les acteurs du champ socio-éducatif. Le public orienté par la Mission Locale constitue l'amorce de la file active de la Consultation jeunes, du fait d'orientations dès 2008.

Une réflexion collective s'organise sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer le repérage des jeunes qui sont déjà dans des conduites addictives problématiques et mieux les orienter vers le système de prise en charge spécialisée.

Le groupe de travail « Binge drinking »

Les représentants des Fédérations de Parents d'élèves décident de s'investir dans le cadre du dispositif Addictions autour de la prévention des consommations d'alcool ponctuelles massives, du fait du constat de pratiques d'alcoolisation chez les jeunes dans l'espace public, y compris de la part de lycéens durant la pause méridienne. Le groupe Binge Drinking réunit les structures pivots du dispositif, les Fédérations de Parents d'élèves, et le Service Jeunesse communal.

Une réflexion collective s'organise autour de la nécessité de développer chez l'ensemble des parents valbonnais les éléments de connaissance et de réflexion sur les addictions auxquels ont eu accès les représentants des Fédérations de parents d'élèves lors des comités de pilotage multi-professionnels.

Une première réunion, de sensibilisation aux conduites addictives et d'information sur la Consultation Jeunes, réunit 50 parents d'élèves en fin d'année 2008. Quelques orientations de parents sont effectuées vers la Consultation Jeunes.

Le groupe s'investit d'autre part dans la création d'une fiche Santé destinée à informer les habitants sur les ressources disponibles (adresses utiles, lieux de consultations gratuites,...).

1.2.5. Extension du public des formations

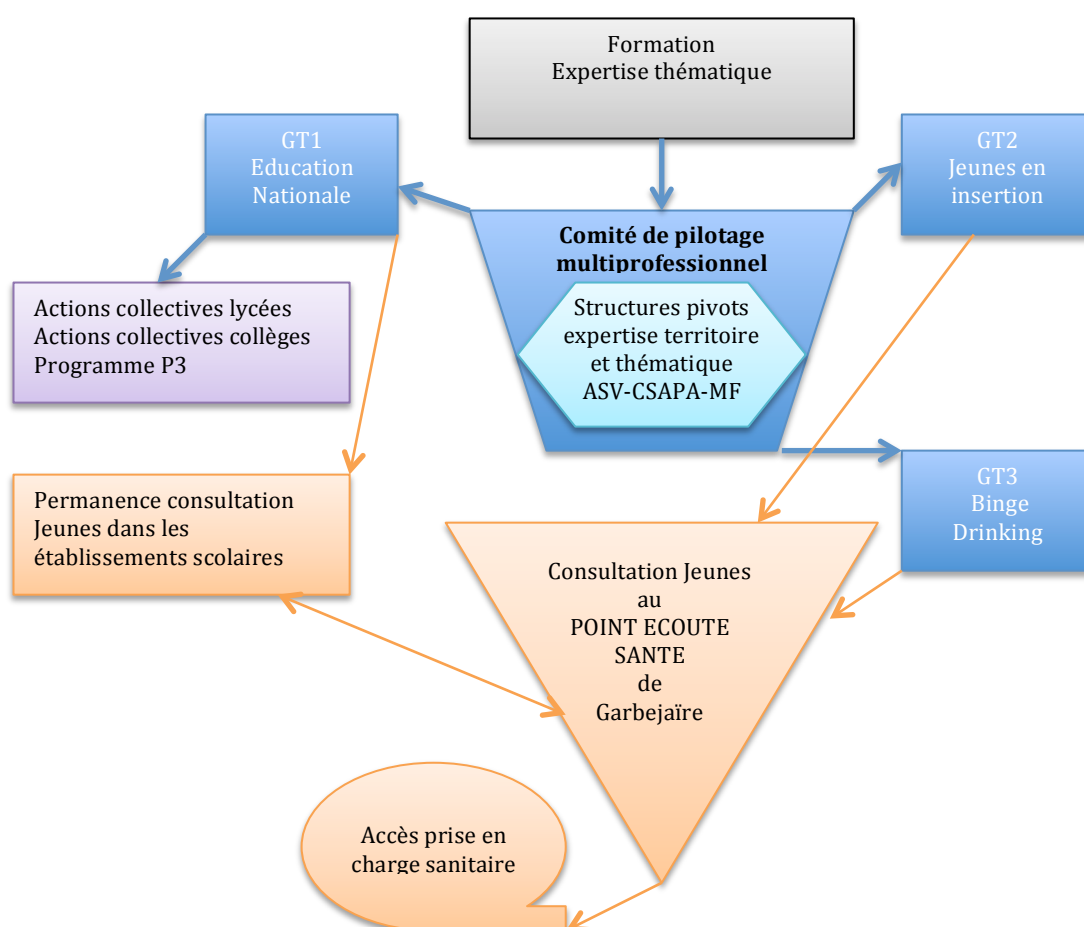
Les sessions de formation collectives qui avaient été assurées jusqu'ici avaient touché les agents municipaux (Service jeunesse communal, services sociaux, police municipale), les acteurs du champ socio-éducatif (prévention spécialisée, associations) et des professionnels de l'Education Nationale.

Les années 2009 et 2010 ont été consacrées au développement de la formation auprès du personnel de l'Education Nationale et de l'Inspection académique (service social, infirmières scolaires).

Une formation sur la base du Guide de prévention en milieu scolaire MILDT/DESCO¹² a été conduite auprès des professionnels de l'Education Nationale en poste au nouveau lycée Régional Simone Veil en 2009, tandis que les professionnels des trois collèges du bassin sont formés en 2010.

Elles sont assurées par le coordinateur de santé publique de la Mutualité Française PACA, certaines séances étant effectuées en partenariat avec le CSAPA. Elles sont financées dans le cadre du plan de formation départemental de la MILDT 06, ainsi que par la Ville de Valbonne Sophia-Antipolis.

SCHEMA 3. ORGANISATION INITIALE DU DISPOSITIF (2010)



¹² MILDT, Direction de l'Enseignement Scolaire, *Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire*, Centre National de Documentation Pédagogique, 2006, 82 pages.

1.3. La phase de développement (2011-2013)

La phase de développement que connaît le dispositif à partir de 2011 est le produit des travaux issus des comités de pilotages multi-professionnels, ainsi que des groupes de travail. Les comités de pilotage créent un espace dédié à l'interconnaissance des acteurs, tandis que les groupes de travail s'attachent à programmer des actions qui répondent à l'analyse continue des besoins observés sur le terrain et à la confrontation de leurs expertises. Le développement du dispositif Addictions conduit à l'établissement d'un second référentiel en termes de résultats attendus, pour prolonger les préconisations du diagnostic initial. Ce référentiel s'inscrit plus largement dans l'ensemble de la politique municipale en matière de santé, et est formalisé au sein d'un axe prioritaire dans le premier Plan Local de Santé Publique valbonnais, qui couvre la période 2011-2014.

A partir de 2011, les actions produites par le dispositif vont s'élargir en termes de publics touchés, de services proposés, et de capacité à assurer le repérage et l'orientation vers la sphère spécialisée. Il faut notamment souligner le développement de l'action d'appui à la parentalité, ainsi que la pérennisation et le renforcement de la Consultation avancée Jeunes sur le territoire de Valbonne, par le biais de son rattachement au CSAPA d'Antibes. Le renforcement du travail auprès des jeunes en insertion et l'ouverture vers le monde étudiant caractérise également cette période de densification des actions.

La fin de la période (2013) souffrira cependant, en ce qui concerne la programmation des actions en milieu scolaire, de réduction budgétaire connus par une partie des partenaires -opérateur de prévention en milieu scolaire (MF PACA) et partenaires pour la co-animation des ateliers de prévention en milieu scolaire (Prévention spécialisée) financés par le Conseil Général 06-. La programmation en 2012-2013 couvre tous les établissements, mais le nombre d'ateliers par classe a dû être réduit.

1.3.1. L'étoffement du référentiel à l'occasion du Plan Local de Santé Publique 2011-2014

A partir de 2011, le nouveau cahier des charges du dispositif Addictions est formalisé dans le Plan Local de Santé Publique valbonnais. Les résultats attendus regroupent le maintien ou le renforcement des actions déjà en cours, ainsi que de nouvelles actions à mettre en œuvre, issues de la démarche de concertation continue entre les acteurs du dispositif valbonnais.

En ce qui concerne les actions à maintenir ou renforcer, ce nouveau référentiel comprend, outre le l'animation du Dispositif Addictions (mobilisation territoriale et thématique) :

- le développement continu des actions de prévention collectives auprès des jeunes en milieu scolaire,
- la formation et de la sensibilisation aux conduites addictives des professionnels qui travaillent auprès des jeunes,
- l'organisation en groupes de travail thématiques pour impulser la mise en œuvre des actions, leur programmation, et constituer une source d'information sur les évolutions constatées sur le terrain.

Il prévoit d'autre part de nouveaux axes pour l'action :

- Engager des sessions de prévention à l'école primaire ciblées sur l'usage du tabac et des jeux vidéo
- Engager une action de prévention cyberaddiction à la médiathèque
- Associer le service Jeunesse communal comme animateurs des ateliers de prévention dans les collèges
- Sensibiliser et informer les parents
- Transférer la Consultation Jeunes de Valbonne sous la responsabilité du CSAPA d'Antibes
- Créer une consultation médicale spécialisée en addictologie sur le territoire de Valbonne portée par le CSAPA d'Antibes
- Intégrer la psychologue de la Consultation Jeunes au dispositif de Réussite Educative

Après validation du Plan Local de santé Publique, les structures pivots du dispositif ont ajoutés un point spécifique à ce nouveau cahier des charges

- Développer la prévention et le repérage précoce auprès des jeunes sortis de l'enseignement secondaire (renforcement de l'action auprès des jeunes en insertion, ouverture de l'action vers le monde étudiant présent sur le campus de Sophia Antipolis).

La formalisation du référentiel du dispositif Addictions dans le Plan Local de Santé Publique Valbonnais a permis d'autre part d'obtenir un financement de l'ARS PACA, dans le cadre du soutien aux dynamiques territoriales, pour supporter l'action conduite autour du dispositif Addictions en termes de coordination et de stratégies partenariales.

1.3.2. La pérennisation et le renforcement de la Consultation Jeunes

Courant 2011, la Consultation Jeunes avancée à Valbonne est transférée sous la responsabilité du CSAPA d'Antibes. Elle est financée par des crédits de prévention obtenus auprès de l'ARS PACA reconductibles annuellement. Elle peut désormais assumer les obligations de soins en plus des demandes volontaires. La permanence fonctionne une demi-journée par semaine. Elle se déroule directement au CIV ou sur demande dans les établissements scolaires, ou au Point Ecoute Santé dans le quartier de Garbejaire.

Le transfert de la Consultation Jeunes sur le CSAPA est complété par l'ouverture d'une consultation médicale en addictologie (ouverte à tous, pas seulement aux jeunes), une demi-journée par semaine dans les locaux du Point Ecoute Santé.

En 2013, le CSAPA d'Antibes, adossé au dispositif Addictions de Valbonne et fort d'une file active en expansion suivie dans le cadre de la Consultation Jeunes, obtient la pérennisation de la Consultation Jeunes auprès de l'ARS PACA, ainsi que l'ouverture d'un poste d'éducation spécialisée dédiée à la prévention et au repérage des addictions (0,2 ETP). Le financement de l'ARS et le rattachement au CSAPA confèrent désormais à cette consultation le statut de Consultation Jeunes Consommateurs (CJC)¹³.

¹³ Les CJC visent à accompagner les jeunes usagers de cannabis et d'autres substances psychoactives et leur famille, en assurant information et évaluation aux premiers stades de la consommation (usage, usage nocif) et en déclenchant

1.3.3. La structuration en 4 groupes de travail et les actions produites

Axe de travail Education Nationale

A partir de 2011, le premier groupe de travail « Education Nationale » conforte la place de la Consultation Jeunes au sein des établissements scolaires d'enseignement secondaire et poursuit son travail d'orientation à partir des équipes éducatives et des services sociaux et infirmiers de l'Inspection Académique.

Il poursuit la programmation d'actions de prévention collective auprès des collégiens et des lycéens, et s'ouvre aux professeurs des écoles primaires, dans le but d'engager les actions de prévention plus tôt dans le parcours de vie des jeunes.

Le programme P3 (Prévention Pérenne Pluridisciplinaire), à l'attention des classes de 4^e, dans les établissements d'enseignement secondaire, est poursuivi en 2011-2012 mais sera amputé en 2013 de la co-animation du premier atelier avec les professeurs de SVT, du fait de la réduction des financements attribués par le Conseil Général des Alpes-Maritimes à cette action (nombreuses réunions préalables nécessaires pour préparer les ateliers).

Le projet initial de prévention sur l'usage du tabac et des jeux vidéo à destination des élèves de l'école primaire, inscrit dans les objectifs du Plan Local de Santé Publique, a fait l'objet d'une concertation avec les Directeurs des écoles et les infirmières scolaires, qui ont souhaité orienter l'action initialement proposée de façon à ce qu'elle s'inscrive dans les objectifs fixés par l'Education Nationale dans le champ de la promotion de la santé. Ces objectifs privilégient effectivement le thème du sommeil en classe de CM2.

Programme « Sommeil et Ecran »

Mutualité Française PACA – Atelier Santé Ville (Financement ARS PACA, soutien aux dynamiques territoriales)

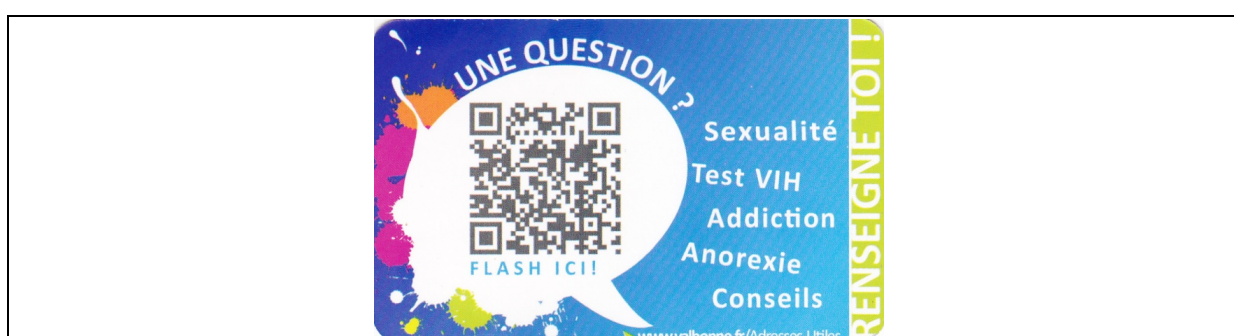
Le programme Sommeil et Ecran se déroule auprès des élèves de CM2, en deux sessions par classe à une semaine d'intervalle. La première session est organisée autour d'un débat avec les enfants qui s'amorce sur le thème du sommeil, permettant in fine d'aborder la question de la gestion du temps passé sur les écrans, puis une réflexion sur les comportements addictifs et leurs conséquences. Cette première session constitue également l'occasion de présenter un questionnaire à remplir en famille sur le temps passé par l'enfant devant les écrans au cours d'une semaine.

La seconde session est consacrée au dépouillement des réponses du questionnaire et à la discussion des résultats.

une prise en charge brève ou une orientation si nécessaire (vers une structure de soins spécialisés, un service hospitalier en psychiatrie, un centre médico-psychologique). Elles doivent accueillir tous les publics (patients plus âgés ou entourage) en s'adressant en priorité aux jeunes, et prendre en compte toutes les substances relevant de l'addictologie (alcool, cannabis, cocaïne, psychostimulants) ainsi que les addictions sans produit (jeux, internet...) », dans : Obradovic I, Consultations Jeunes Consommateurs : accueillir, informer, prendre en charge, orienter, *La Santé de l'Homme*, n°410, 2010, 6-8.

Le groupe de travail s'investit aussi dans la coordination des acteurs pour trouver des réponses rapides et adaptées aux problématiques locales (par exemple une scène de deal devant un des lycées). Les représentants des Forces de l'Ordre peuvent ainsi être associés au groupe en fonction de l'ordre du jour.

Il impulse également la création d'une carte Flashcode destinée à être distribuée aux jeunes sur le territoire. Elle donne accès aux coordonnées des ressources disponibles pour l'aide et le conseil sur les conduites addictives et plus largement sur les conduites à risques (conduites sexuelles à risques, anorexie...). Elle renvoie sur une page dédiée située sur le site internet de la commune de Valbonne Sophia Antipolis. Cette carte a été distribuée à plus de 3000 élèves scolarisés dans les établissements d'enseignement secondaire de Valbonne Sophia Antipolis par le biais des professeurs principaux, à la rentrée 2012.



Axe de travail Jeunes en insertion

Des actions de prévention collectives sont programmées à partir de 2011 (Foyer de Jeunes Travailleurs, Chantiers d'insertion, Centre Omnisports).

En 2013, les acteurs du champ socio-éducatif et le CSAPA organisent une cellule de concertation sur les cas individuels, destinée à faciliter l'orientation des jeunes souffrant de conduites problématiques vers le CSAPA ou le CMP. Cette cellule est dénommée « Carrefour Santé » et se trouve enrichie fin 2013 de l'action d'un éducateur spécialisé rattaché au CSAPA, à raison d'une journée par semaine. L'éducateur du CSAPA était déjà présent dans le groupe de travail Jeunes en insertion, car il occupe par ailleurs à 80% de son temps le poste d'animateur socio-éducatif au Foyer des Jeunes Travailleurs. Il présente désormais une double casquette et s'investit dans la coordination des prises en charge problématiques qui nécessitent un accompagnement pluri-professionnel. Le médecin addictologue du CSAPA assure un rôle d'expert qui permet d'orienter la concertation et la définition d'une stratégie de prise en charge par les acteurs du champ socio-éducatif. Le Carrefour Santé a deux objectifs : 1/ orienter plus précocement vers le soin les personnes souffrant de conduites addictives 2/ faciliter la prise en charge des problèmes de santé dans le cadre de la prévention des conduites addictives.

Axe de travail Parentalité

Le troisième groupe de travail, anciennement « Binge drinking », se transforme en groupe « Parentalité » et s'investit dans l'organisation de conférences et d'ateliers d'appui à la parentalité, grâce au soutien de l'Atelier Santé Ville et de la Mutualité Française PACA par le Réseau d'Ecoute et d'Appui à la Parentalité (REAAP/CAF) et l'Agence Régionale de Santé PACA. Il rassemble, en plus des structures pivots, les Fédérations de parents d'élèves, le Service Jeunesse communal, la MJC, ainsi que la Caisse d'Allocations Familiales des Alpes-Maritimes qui représente le REAAP. D'autres intervenants peuvent être conviés ponctuellement en fonction de l'ordre du jour et de la programmation des actions.

Le groupe de travail choisit en concertation les thèmes et les intervenants. A partir de la deuxième conférence, il prend en compte les requêtes des auditeurs pour le choix des thèmes, grâce à une enquête de satisfaction conduite de façon systématique à l'issue de chaque conférence.

Quatre conférences seront organisées entre 2011 et 2013, la première rassemblant 170 auditeurs. La sociologie du public (comprenant des catégories sociales friandes de conférences et de transfert de connaissances), mais surtout l'investissement important des Fédérations de parents d'élèves et des établissements scolaires dans la diffusion de l'information, expliquent le succès de ces conférences.

Des ateliers en petit groupe sont également organisés pour permettre plus d'interactivité, et toucher un plus large éventail de catégories sociales. Neuf ateliers ont été organisés entre 2012 et 2013. Ces groupes de parole ponctuels se réunissent autour d'un thème spécifique et sont animés par un ou plusieurs experts. Les thèmes sont choisis en concertation par le groupe de travail. Une partie des ateliers ont été organisés dans les locaux de la Ferme Bermond, qui abrite le dispositif de Réussite Educative du Service Jeunesse communal, que fréquentent habituellement les parents résidant dans le quartier sensible de Garbejaire. Un service de garderie organisée par le Service Jeunesse communal a notamment permis de mobiliser des mères de familles monoparentales. L'information sur le déroulement des ateliers s'effectue, comme lors des conférences, par le biais de l'Atelier Santé Ville qui diffuse l'information auprès des établissements scolaires, des fédérations de parents d'élèves mais également par l'entremise du Service Jeunesse communal et des acteurs du champ socio-éducatif, ainsi que par tract, presse locale et affichage.

Thématiques et Intervenants des Conférences et Ateliers d'Appui à la Parentalité

Atelier Santé Ville (Financement REAAP/CAF)

2011

Conférence « **Addiction et Adolescence** » : Médecin addictologue CSAPA, Psychologue Consultation Jeunes CSAPA, Coordinateur santé publique MFPACA)

Conférence « **Etre parents d'adolescents aujourd'hui** » : Coordinateur santé publique MFPACA, Psychologue du Bus Santé Jeunes MFPACA, Psychosociologue CEMEA)

2012

Conférence « **Cyberaddiction, réseaux sociaux et jeux en ligne** » : Compagnie de théâtre interactif C3I, Coordinateur Santé Publique MFPACA

Atelier « Addictions et adolescence » : Coordinateur santé publique MFPACA
Atelier « Addictions et adolescence 2 » : Coordinateur santé publique MFPACA
Atelier « Fonction parentale » : Coordinateur santé publique MFPACA, Psychosociologue CEMEA
Atelier « Addictions et adolescence 3 » : Coordinateur santé publique MFPACA, Psychologue Consultation Jeunes CSAPA
Atelier « Addictions et adolescence 4 » : Coordinateur santé publique MFPACA, Médecin addictologue CSAPA
<u>2013</u>
Conférence « Nouveaux regards sur le cannabis et l'alcool : comment en parler à nos adolescents ? » : Médecin addictologue CSAPA, Coordinateur santé publique MFPACA
Atelier « Relation parents et adolescents » : Coordinateur santé publique MFPACA, Psychologue Bus Santé Jeunes MFPACA
Atelier « Cannabis, alcool : comment en parler avec nos adolescents ? » : Psychologue Consultation Jeunes CSAPA
Atelier « Cannabis, alcool : comment en parler avec nos adolescents ? 2 » : Coordinateur santé publique MFPACA
Atelier « Que font nos enfants avec les jeux vidéo ? » : Médiateur numérique indépendant, Enseignant-chercheur Psychologue Université d'Aix-Marseille

Axe de travail Etudiants

La présence du campus universitaire à Sophia-Antipolis qui regroupe plusieurs milliers d'étudiants a conduit à se rapprocher du Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé à partir de 2011. Ce rapprochement se traduit concrètement dans le dispositif Addictions valbonnais par la création du groupe de travail Etudiants en 2012.

Une action ponctuelle de prévention d'une durée de deux heures a pu être programmée en 2011 auprès des élèves ingénieurs du campus de Polytech. Elle a été animée par le coordinateur santé publique de la MF PACA, le médecin addictologue du CSAPA, ainsi qu'un représentant de l'association Alcool Assistance.

La réflexion du groupe de travail Etudiants se concentre surtout sur les moyens de développer le repérage précoce et l'orientation pour les étudiants rattachés au site universitaire. Jusqu'en juin 2013, les locaux du SUMPPS sur le campus de Sophia-Antipolis ne comprennent pas de locaux dédiés aux consultations médicales. Il n'existe pas de permanence médicale sur site, le lien étant assuré par l'assistante sociale, ainsi que par la psychologue du SUMPPS qui assure pour sa part une permanence d'une journée par mois. Quelques orientations d'étudiants vivant sur le campus de Sophia Antipolis sont effectuées par la psychologue du SUMPPS vers le CSAPA.

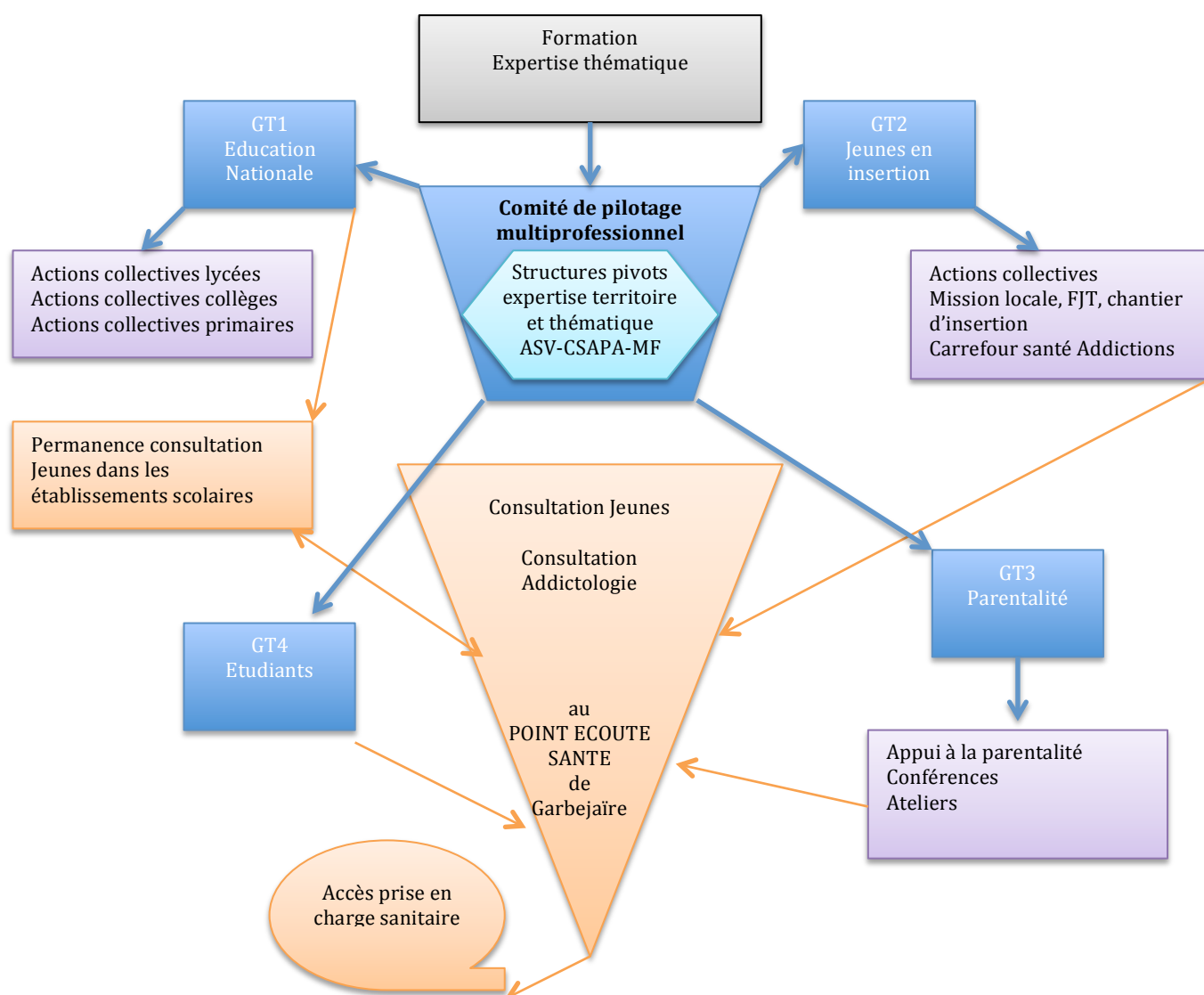
1.3.4. Poursuite de la politique de formation et de mobilisation des acteurs du territoire

La formation sur le thème de la « Prévention des conduites addictives auprès des adolescents » est développée chaque année à partir de 2011 et se déroule sur deux séances successives pour le même public (2x4 heures). Elle est directement financée par la commune de Valbonne Sophia-Antipolis.

Elle est animée par le coordinateur santé publique de la Mutualité Française PACA et aborde les données épidémiologiques, le socle de connaissances en addictologie, les techniques et les postures de prévention.

Elle permet de toucher une plus large palette de professionnels de première ligne exerçant sur le territoire (principalement des acteurs du champ socio-éducatif, de l'Education Nationale et de l'Inspection Académique, ainsi que du champ répressif), et de renforcer les connaissances de ceux qui avaient déjà assisté à des sessions antérieures.

SCHEMA 4. ORGANISATION DU DISPOSITIF AU MOMENT DE L'ÉVALUATION (2013)



1.3.5. L'état des lieux budgétaire au moment de l'évaluation (2013)

Le budget du dispositif est constitué d'une mosaïque de financements, financement direct de la commune, financement externe obtenu sur appel d'offres, valorisation de temps de travail consacré à la dynamique partenariale et à l'action auprès des populations par les services communaux et les partenaires institutionnels ou associatifs.

Le dispositif apparaît également comme étant un générateur de financements puisque c'est l'action qu'il a conduit au cours de sa phase de structuration qui lui a permis d'obtenir, au moment de sa phase de développement, une consultation Jeunes pérenne financée par les crédits de l'assurance maladie, associée à du temps médical et du temps d'éducation spécialisée dédiés au territoire de Valbonne. Effectivement, l'Atelier Santé Ville a joué un rôle majeur pour démontrer à l'ARS PACA la nécessité de basculer les financements consacrés à cette consultation vers le CSAPA du centre hospitalier d'Antibes.

L'état des lieux budgétaire en 2013 est cependant marqué par la chute des financements engagés par le Conseil Général des Alpes-Maritimes (Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA, prévention spécialisée de l'ADSEA).

Tableau 7. Répartition des principaux financements directs et indirects en 2013

Dispositif Addictions	Financeurs	Objet du financement	
Financements directs			Montant 2013
Animation du réseau Coordination du réseau Logistique Formation des professionnels	Ville de Valbonne SA	Fonctionnement du Dispositif Addictions	5 600
Animation du réseau Coordination du réseau Actions de prévention auprès des écoles primaires Actions de prévention auprès des jeunes en insertion Formation des professionnels Sensibilisation des parents	ARS PACA	Prévention Promotion de la Santé Soutien aux dynamiques territoriales	5 800
Consultation Jeunes CSAPA (0,1 ETP) Consultation Addictologie CSAPA (0,1 ETP) Education spécialisée CSAPA (0,2 ETP)	ARS PACA	Assurance Maladie	20 000
Sensibilisation des parents et appui à la parentalité	CAF 06	Réseau d'Ecoute et d'Appui à la Parentalité	1 812
Financements indirects			
Animation du réseau Coordination du réseau	Ville de Valbonne SA ACCE/DDCS	Atelier Santé Ville Valorisation estimée à 14190€	
Actions de prévention lycées	ARS PACA	Prévention Promotion de la Santé 06	
Actions de prévention collèges	CG06	Bus Santé Jeunes 06	
Ensemble des partenaires investis dans le réseau	Structures partenaires	Valorisation dynamique partenariale	
Ensemble des services communaux investis dans le réseau	Ville de Valbonne SA	Valorisation dynamique partenariale	
Evaluation du dispositif	DGS MILDT 06 Ville de Valbonne SA		

2. Evaluation de l'activité : combinatoire des actions du Dispositif Addictions (2008-2013)

La compilation des données d'activité des actions inscrites dans le dispositif permet de mieux appréhender son ancrage dans le territoire et son lien avec la population. Elles comprennent les réunions d'animation du réseau, l'action de prise en charge spécialisée en addictologie sur le territoire (Consultation Jeunes, consultation d'addictologie), ainsi que les actions qui sont coordonnées et émanent de l'activité des groupes de travail (Education Nationale, Jeunes en insertion, Parentalité, Etudiants).

2.1. L'animation du réseau (2008-2013)

L'animation du réseau comprend les comités de pilotage multi-professionnels, les réunions techniques et les groupes de travail.

Tableau 8. Animation du réseau : Nombre de réunions et de partenaires

	Nombre de réunions	Nombre de structures	Nombre de professionnels
PHASE DE STRUCTURATION			
2008	5	5	14
2009	12	21	47
2010	15	23	38
PHASE DE DEVELOPPEMENT			
2011	32	31	53
2012	28	35	57
2013	25	33	48

La liste nominative des structures partenaires mobilisées dans le cadre du Réseau Addictions est consignée dans l'annexe 3.

2.2. L'activité de la prise en charge spécialisée sur le territoire

La prise en charge spécialisée sur le territoire débute par la mise en place de la Consultation Jeunes qui se déroule au Point Ecoute Santé dans le quartier de Garbejaire à partir de septembre 2008, puis s'étend au lycée du CIV et se déplace dans les autres lieux que fréquentent les jeunes (autres établissements scolaires du bassin, Mission locale) à compter de 2009.

Elle est complétée par une consultation d'addictologie qui se tient au Point Ecoute Santé à partir de 2011.

2.2.1. La Consultation Jeunes (2008-2013)

La permanence de la Consultation Jeunes au Point Ecoute Santé débute en septembre 2008 en couvrant une plage horaire de deux heures tous les quinze jours.

A partir de 2009, elle est étendue aux établissements scolaires, grâce à un travail important de la psychologue en termes de présentation de son action aux équipes éducatives et aux équipes de direction de ces établissements.

A partir du second semestre 2011, l'ARS PACA accepte son rattachement au CSAPA d'Antibes et la consultation couvre alors une demi-journée par semaine.

Elle est animée par la même psychologue clinicienne depuis le démarrage de l'action, spécialisée dans le champ de l'adolescence, et sophrologue.

Tableau 9. Activité de la Consultation Jeunes (2008-2013)

	Nombre de jeunes	Nombre de parents	Nombre d'entretiens
PHASE DE STRUCTURATION			
2008	2	1	NR
2009	23	0	43
2010	25	0	119
PHASE DE DEVELOPPEMENT – RATTACHEMENT AU CSAPA au second semestre 2011			
Janvier à juin 2011	28	8	107
2011-2012 (année scolaire)	67	11	125
2012-2013 (année scolaire)	57	15	125

A compter de sa phase de rattachement au CSAPA, les données d'activité de la Consultation Jeunes permettent de connaître l'âge moyen et le statut des bénéficiaires, ainsi que l'origine de la demande (orientation).

Tableau 10. Consultation Jeunes : âge moyen des bénéficiaires, Statut des bénéficiaires et origine de la demande (2011-2013)

		2011-2012	2012-2013
Nombre de personnes différentes reçues		78	72
Dont Parents		11	15
Dont Jeunes		67	57
Age moyen des jeunes		16,3 ans	15,7 ans
Age minimum – Age maximum		11-21	11-20
Nombre de consultations		125	125
Statut des bénéficiaires	Collégiens	4 %	14 %
	Lycéens	65 %	60 %
	Etudiants	11 %	11 %
	Mission locale...	8 %	-
	Autres	-	5 %
	Parents	12 %	10 %
Origine de la demande	Entourage	10 %	2 %
	Démarche personnelle	7 %	16 %
	Professionnels Education nationale	70 %	77 %
	Professionnels socio-éducatifs	11 %	5 %
	Autres	2 %	0 %

2.2.2. La Consultation d'addictologie (2011-2013)

La consultation d'addictologie ouvre au Point Ecoute Santé à partir de 2011.

Elle couvre une demi-journée par semaine et est ouverte également aux adultes. Elle est assurée par un médecin addictologue, directeur du CSAPA d'Antibes.

Tableau 11. Activité de la Consultation d'Addictologie (2011-2013)

		2011	2012	2013
Nombre de consultations		25	58	44
Nombre personnes différentes suivies		15	22	20
Pourcentage d'hommes		73 %	82 %	90%
Age moyen		25 ans	29 ans	22 ans
Age minimum-Age maximum		14-56	16-63	14-49
Statut	Scolaire	53 %	45 %	65%
	Avec emploi	27 %	32 %	25%
	Sans emploi	20 %	23 %	10%
Origine de la demande	Consultation Jeunes	29 %	23 %	15%
	SPIP /Justice	21 %	27 %	10%
	Parents /famille	21 %	27 %	50%
	Point Ecoute Santé	13 %	5 %	-
	Alcool Assistance	-	5 %	10%
	CMP	7 %	-	-
	Professionnels scolaires	7 %	5 %	-
	Professionnels socio-éducatifs	-	5 %	15%
	Démarche personnelle	-	5 %	-

2.3. L'activité conduite auprès des élèves de l'Education Nationale

Les actions collectives conduites auprès des élèves de l'Education Nationale comprennent les actions conduites dans les lycées et les collèges à partir de 2008, ainsi que les actions conduites dans les écoles primaires à compter de 2011.

2.3.1. Les actions collectives conduites dans les lycées (2008-2013)

Les actions collectives conduites dans les lycées couvrent le lycée du CIV et le lycée Régional Simone Veil (animateur de prévention spécialisé dans les addictions de la Mutualité Française PACA).

Les documents existants (suivi des interventions par l'animateur de prévention) ne recensent pas le nombre d'élèves réellement concernés, mais uniquement ceux qui ont répondu à une enquête de satisfaction (de 2008-2009 à 2011-2012). Il s'agit donc d'un nombre d'élèves estimé a minima. En 2012-2013, c'est par contre le nombre d'élèves réellement touchés qui est recensé. Le tableau 12 décrit l'activité des actions collectives conduites par la Mutualité Française PACA en recensant le nombre d'élèves, le nombre de classes et le nombre d'ateliers effectués. Entre septembre 2008 et juin 2013, un total (minimum) de 2759 élèves ont été rencontrés dans le cadre de ces actions collectives.

Le nombre d'ateliers est précisé car certains ateliers ont été contraints de regrouper deux classes pour l'année 2012-2013.

Pour l'année scolaire 2012-2013, la Brigade de Prévention de la délinquance Juvénile (BPDJ) est également intervenue parallèlement au lycée Régional Simone Veil : 4 ateliers pour 140 élèves rencontrés.

Tableau 12. Activité des actions collectives dans les lycées : nombre d'élèves touchés, nombre de classes, nombre d'ateliers (2008-2013).

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	TOTAL
LYCEE REGINAL SIMONE VEIL						
NB 2nde	9	0	10	10	10	
NB 1ere	0	0	0	0	0	
NB Ateliers	9	0	10	10	5	
NB Elèves	235	0	266	268	349	1 118
LYCEE DU CIV						
NB 2nde	11	8	9	12	12	
NB 1ere	0	9	0	0	0	
NB Ateliers	11	17	9	12	6	
NB Elèves	257	399	233	338	414	1641
TOTAL 2 LYCEES						
NB 2nde	20	8	19	22	22	
NB 1ere	0	9	0	0	0	
NB Ateliers	20	17	19	22	11	
NB Elèves	492	399	499	606	763	2 759

2.3.2. Les actions collectives conduites dans les collèges (2008-2013)

Les actions collectives conduites dans les collèges couvrent le collège du CIV, le collège de Niki Saint Phalle, ainsi que le collège de l'Eganaude, qui est situé sur la commune de Biot mais accueille l'ensemble des élèves valbonnais résidant dans le quartier de Garbejaire.

Avant l'introduction du Programme P3 (Prévention Pérenne Pluridisciplinaire) orchestré par l'équipe du Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA en 2010-2011, la psychologue du Bus Santé Jeunes la Mutualité Française intervient sur les habiletés psychologiques et sociales dès 2008, tandis que sont développés les ateliers sur la connaissance des effets des produits sur le système nerveux (coordinateur de santé publique Bus Santé Jeunes MFPACA) et le rappel du cadre légal (BPDJ) l'année suivante.

A cette époque, le collège de l'Eganaude n'organise que des séances de prévention sécurité routière.

Sous l'impulsion du groupe de travail Education Nationale, le programme P3 est mis en œuvre à partir de 2010-2011 sur les trois collèges : à partir de cette année là, les professeurs de SVT sont investis dans la démarche de prévention multi-partenariale (pour la co-animation du premier atelier sur les effets des substances psychoactives sur le système nerveux), aux côtés de la BPDJ, de l'Antenne de Justice (pour le deuxième atelier portant sur le cadre légal), des animateurs du Dispositif de Réussite Educative du service Jeunesse communal, des éducateur des prévention spécialisée, de l'assistante sociale de l'Inspection Académique et des infirmières scolaires (atelier 4 sur la connaissance et la sollicitation des ressources). La psychologue du Bus Santé Jeunes se charge toujours de l'animation du troisième atelier portant sur le développement des habiletés psychologiques et sociales.

La réalisation du Programme P3 a impliqué d'autre part une série de réunions destinées à préparer la co-animation du premier atelier avec les professeurs de SVT, ainsi que des réunions de suivi du programme dans le cadre des CESC de chaque établissement (Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté).

L'année 2012-2013, du fait de la réduction budgétaire subi par le Bus Santé Jeunes, connaît une prestation a minima : la co-animation avec les professeurs de SVT est stoppée (nombreuses réunions préparatoires nécessaires), et les ateliers sont regroupés en deux sessions qui ampute le programme de la moitié du temps dévolu à l'action auprès des jeunes. Entre septembre 2008 et juin 2013, un total de 2520 élèves ont été rencontrés de 1 à 4 reprises au cours de leur année de 4^e.

Tableau 13. Activité des actions collectives dans les Collèges : nombre d'élèves et de classes concernés, nombre d'ateliers réalisés (2008-2013)

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	TOTAL
COLLEGE DE L'EGANAUDE						
Réunions	0	3	10	6	0	
Classes	5	0	8	6	7	26
NB Elèves	120	184	204	152	155	815
NB Atelier 1	0	0	8	6	14	
NB Atelier 2	0	12	8	6		
NB Atelier 3	0	0	16	12	14	
NB Atelier 4	0	0	16	12		
Sécurité Routière	5	-	-	-	-	5
Total Ateliers	5	12	48	36	28	
COLLEGE NIKI SAINT PHALLE						
Réunions	0	0	9	6	0	
Classes	7	8	7	7	8	37
NB Elèves	169	192	175	181	202	919
NB Atelier 1	0	16	7	6	16	
NB Atelier 2	0	0	7	6		
NB Atelier 3	14	16	14	14	16	
NB Atelier 4	0	0	14	14		
Total Ateliers	14	32	42	40	32	
COLLEGE DU CIV						
Réunions	0	1	15	8	1	
Classes	7	7	7	7	7	35
NB Elèves	169	171	178	182	172	872
NB Atelier 1	0	14	14	7	14	
NB Atelier 2	0	7	7	7		
NB Atelier 3	13	14	14	14	14	
NB Atelier 4	0	0	14	14		
Total Ateliers	13	35	49	42	28	
TOTAL 3 COLLEGES						
Réunions	0	4	34	20	1	
Classes	19	15	22	20	22	98
NB Elèves	458	363	557	515	349	2 520
NB Atelier 1	0	30	22	19	44	
NB Atelier 2	0	19	22	19		
NB Atelier 3	27	30	44	40	44	
NB Atelier 4	0	0	44	40		
Sécurité Routière	5	-	-	-	-	
Total Ateliers	32	79	132	118	88	

Atelier 1 : Effets des substances psychoactives sur le système nerveux ; Atelier 2 : Rappel du cadre légal ; Atelier 3 : Habiletés psychologique et sociales ; Atelier 4 : Connaissance des ressources.

2.3.3. Les actions collectives conduites dans les écoles primaires (2011-2013)

L'action de prévention « Sommeil et Ecran » animée par le coordinateur de santé publique du Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA a été conduite auprès de l'ensemble des élèves de CM2 dans les 4 écoles primaires de Valbonne Sophia-Antipolis s'est déroulée à partir de l'année scolaire 2011-2012. Elle a permis de toucher 441 enfants via 36 ateliers.

Tableau 14. Activité des actions collectives conduites dans les écoles primaires : nombre d'élèves concernés, nombre d'ateliers réalisés

	ILE VERTE		HAUT SARTOUX		GARBEJAIRE		CAMPOUNS	
	Ateliers	Elèves	Ateliers	Elèves	Ateliers	Elèves	Ateliers	Elèves
2011-2012	4	45	6	69	2	27	4	53
2012-2013	4	47	6	75	4	51	6	74
TOTAL	8	92	12	144	6	78	10	127

2.4. L'activité conduite auprès du public des Jeunes en insertion

L'activité émanant du groupe de travail Jeunes en insertion comprend la programmation d'actions collectives à partir de 2011, ainsi que la création de la cellule de concertation et d'orientation sanitaire dénommée Carrefour Santé à compter de 2013.

2.4.1. Les actions collectives

Les sessions sont animées par le coordinateur santé publique de l'équipe du Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA, ainsi que par la psychologue de la Consultation Jeunes. Elles concernent des jeunes regroupés par le Centre Omnisports de Valbonne Sophia-Antipolis (CIV), les résidents du Foyer de Jeunes Travailleurs, ainsi que des employés du Chantier d'Insertion CMieu.

Tableau 15. Activité des actions collectives conduites auprès des jeunes en insertion

		Public	Animation
2011	1 session de 2h	8 jeunes du COV	Mutualité Française PACA
	1 session de 3 h	15 jeunes du FJT	Mutualité Française PACA
2012	1 session de 3h	25 jeunes du FJT	Mutualité Française PACA
	1 session de 3h	20 jeunes du FJT	Mutualité Française PACA
	1 session de 3h	10 jeunes du FJT	CSAPA
2013	2 sessions de 2 h	14 jeunes Chantier Ecole C Mieux	Mutualité Française PACA
	2 sessions de 2 h	14 jeunes Chantier Ecole C Mieux	Mutualité Française PACA

2.4.2. Le Carrefour Santé Addictions

Le Carrefour Santé Addictions est une cellule de concertation et d'orientation dédiée à l'ouverture des parcours de soins des jeunes en insertion, dans laquelle le médecin addictologue du CSAPA tient le rôle d'expert. Entre l'arrivée de l'éducateur spécialisé du CSAPA (octobre 2013) et le moment du recueil de données destiné à réaliser cette évaluation (Groupe focal Jeunes en insertion du mois de mars 2014), 19 jeunes ont pu être orientés vers le système sanitaire grâce au Carrefour Santé, dont la consultation d'addictologie.

2.5. Les actions de sensibilisation des parents et l'appui à la parentalité

Après une action organisée fin 2008 auprès d'une cinquantaine de parents d'élèves, destinée à faire connaître l'existence de la Consultation Jeunes, les actions de sensibilisation des parents ont été organisées à partir de 2011 dans le cadre des activités du groupe de travail Parentalité.

Le groupe de travail assure le choix des thèmes et des intervenants, ainsi que de la diffusion de l'information tandis que l'Atelier Santé Ville se charge de l'ensemble de la logistique.

Le Service Jeunesse communal a mis en place une garderie pendant la tenue d'une partie des ateliers.

A la demande des parents, et dans le cadre d'une collaboration avec une association locale de médecins libéraux (Control'Ception), une conférence a également été organisée sur le thème de la sexualité des adolescents.

Tableau 16. Conférences de sensibilisation des parents (2011-2013) : thèmes, intervenants et nombre de participants

Titre de la conférence	Qualité des intervenants	Nombre de participants
Conférence Janvier 2011		
Addictions et adolescence	• Coordinateur de santé publique MF PACA • Médecin addictologue CSAPA • Psychologue Consultation Jeunes	170 participants
Conférence Octobre 2011		
Etre parent d'adolescents aujourd'hui	• Coordinateur de santé publique MF PACA • Psychologue du « bus kéfa », MF PACA • Psychosociologue du CEMEA	103 participants
Conférence Avril 2012		
Cyberaddiction, réseaux sociaux et jeux en ligne	• Compagnie de théâtre interactif CT3I • Coordinateur de santé publique MF PACA	73 participants
Conférence Décembre 2012		
Garçons, filles : comment aborder leur sexualité	• Médecin, présidente de Control'ception • Intervenante Planning familial • Coordinateur santé publique MF PACA	90 participants
Conférence Novembre 2013		
Nouveaux regards sur le cannabis et l'alcool : comment en parler à nos adolescents ?	• Coordinateur santé publique MF PACA • Médecin addictologue CSAPA	30 participants

Tableau 17. Ateliers d'appui à la parentalité (2012-2013) : thèmes, intervenants et nombre de participants

Titre de l'atelier	Qualité des intervenants	Nombre de participants
Atelier 23 mars 2012		
Addictions et adolescence	• Coordinateur de santé publique MF PACA	8 parents
Atelier 26 mars 2012		
Addictions et adolescence	• Coordinateur de santé publique MF PACA	12 parents
Atelier 19 avril 2012		
Fonction parentale	• Coordinateur de santé publique MF PACA • Psychosociologue CEMEA	14 parents
Atelier 6 octobre 2012		
Addictions et adolescence	• Coordinateur de santé publique MF PACA • Psychologue Consultation Jeunes CSAPA	6 parents
Atelier 13 novembre 2012		
Addictions et adolescence	• Coordinateur de santé publique MFPACA • Médecin addictologue CSAPA	11 parents (parents lycée Simone Veil)
Atelier 8 novembre 2013		
Relations parents/adolescents	• Coordinateur santé publique MF PACA • Psychologue MF PACA	30 parents
2 Ateliers 26 novembre 2013		
Cannabis, alcool : comment en parler avec nos adolescents	• Coordinateur santé publique MF PACA • Psychologue CSAPA	30 parents
Atelier 10 décembre 2013		
Que font nos enfants avec les jeux vidéo ?	• Médiateur numérique indépendant • Psychologue Maître de conférences Université d'Aix-Marseille	25 parents

2.6. Les actions en milieu étudiant

Une action collective s'est déroulée auprès du public étudiant, en 2011, sur le thème de la sensibilisation aux conduites addictives et la connaissance des ressources pour l'aide et le conseil. Une session de deux heures animée par le médecin addictologue du CSAPA, le coordinateur santé publique du Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA et le représentant de l'association Alcool Assistance a été conduite auprès de 120 élèves ingénieurs du campus de Polytech.

Par le biais des associations étudiantes, le service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA est intervenu lors de la semaine « Arts et responsabilité » organisée par la Business School Skéma en mars 2013. Environ 500 étudiants âgés en moyenne de 22 ans ont participé à cette manifestation, parmi lesquels une trentaine se sont entretenus longuement avec l'animateur de prévention. Une quinzaine de brochures ciblées sur la prévention des addictions ont été délivrées.

2.7. Une action de prévention en milieu festif

Le Service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA, dans le cadre de ses activités de prévention en milieu festif dans les Alpes-Maritimes, est intervenu lors du Festival DBTH qui se déroule dans la salle communale du Pré des Arts (12 et 13 avril 2013). Une équipe d'animateurs de prévention se tenait à disposition des participants autour d'un stand d'information et de conseils. Environ 1 200 personnes âgées en moyenne de 25 ans ont participé à ce festival, parmi lesquels 130 se sont entretenues longuement avec un animateur de prévention.

Une cinquantaine d'éthylotests jetables ont été distribués et 15 personnes ont soufflé dans l'éthylotest en présence de l'animateur de prévention. Quinze « roule ta paille » destinés à réduire les risques infectieux lors de la consommation de produits psychoactifs par voie nasale ont également été délivrés, ainsi qu'une dizaine de brochures consacrées à la prévention des addictions.

2.8. L'activité de formation

La formation concerne les professionnels qui sont en première ligne au contact des jeunes et est assurée par le coordinateur de santé publique du Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA. Elle a débuté en 2009 et s'est poursuivie chaque année dans le but de toucher de nouveaux professionnels (nouvelles structures partenaires, renouvellement des professionnels des partenaires existants) ou de consolider les connaissances antérieurement acquises.

Les formations portent globalement sur la prévention des conduites addictives auprès des adolescents et spécifiquement sur le socle commun des connaissances en addictologie, sur la posture de prévention auprès des adolescents, ainsi que le développement des connaissances sur les ressources et l'orientation.

Le recensement des formations ne comprend pas les réunions préparatoires à la mise en œuvre du programme d'actions collectives dans les établissements scolaires.

La durée des formations réalisées en 2009 et 2010 n'est pas renseignée.

Tableau 18. Formation des professionnels du bassin de Valbonne Sophia-Antipolis

	Bénéficiaires	Nombre d'heures
2009	Enseignants et personnel éducatif du Lycée Régional Simone Veil	NR
2010	Enseignants et personnel éducatif des 3 collèges du bassin	NR
2011	Antenne de Justice, Equipe de prévention spécialisée PASSAJ/Montjoye, Service Jeunesse communal et Dispositif de Réussite Educative, Infirmières scolaires du bassin, assistante sociale scolaire	12 H (4 X4)
2012	Personnel d'animation périscolaire du Service Jeunesse communal, éducateurs sportifs communaux (24 professionnels)	8 H (2 x 4)
2013	Service Loisirs Jeunesse communal, (7 professionnels)	9 H (3 X 3)

Conclusion de l'évaluation de processus

Au terme de six années de fonctionnement, l'action concertée autour des addictions chez les jeunes à Valbonne Sophia-Antipolis s'est organisée au sein d'un dispositif à composantes multiples qui diversifie les voies d'entrée vers la prévention et la prise en charge pour les jeunes et leurs parents. Ce dispositif consiste en un maillage pluri-partenarial qui ne s'arrête pas aux professionnels en contact direct avec les jeunes (Education Nationale, Service Jeunesse communal, Réseau associatif), mais s'étend à l'ensemble de la communauté territoriale (parents, police, clubs sportifs...). La dynamique et la cohérence du dispositif sont assurées par l'alliance de structures pivots qui se complètent en agrégeant l'expertise territoriale (Atelier Santé Ville) et l'expertise thématique (Mutualité Française PACA, CSAPA d'Antibes).

Le résultat actuel sur le plan organisationnel se traduit par un dispositif transdisciplinaire qui s'inscrit dans un cadre multi-interventionnel, puisqu'il agit sur plusieurs facteurs à la fois par différents moyens et acteurs, pour créer une synergie d'ensemble qui se veut supérieure à la somme des parties. Ce type d'organisation est reconnu comme ayant fait ses preuves pour sensibiliser le public et les différents acteurs du territoire à la vulnérabilité de l'adolescent face aux conduites addictives¹⁴.

La co-construction du dispositif a été très empirique, conçue essentiellement à partir des besoins du terrain mis au jour par la démarche de concertation continue, de l'opportunité des appels d'offres liés à l'action sanitaire et de la volonté politique communale. Si le modèle actuel du dispositif à composantes multiples avait été projeté dès le départ avec le modèle organisationnel qu'il connaît en 2013, les structures pivots que sont l'Atelier Santé Ville et le CSAPA auraient été investies plus en amont. L'analyse du processus de création et de structuration du dispositif conduit effectivement à estimer que le développement du dispositif a connu son essor à compter de l'investissement de l'Atelier Santé Ville et du CSAPA. Ainsi, on peut légitimement estimer que le processus de développement qu'a connu le dispositif entre 2008 et 2013 aurait pu être réduit d'au moins deux années.

Le développement du Dispositif Addictions reste toutefois inégal selon les axes de travail qu'il a privilégiés.

La politique de formation destinée aux acteurs de premier recours est renouvelée chaque année pour contribuer au développement d'une culture commune en matière de repérage précoce des addictions.

Le travail au sein de la communauté éducative pour faciliter les orientations vers la Consultation Jeunes est dense, et les consultations spécialisées sur le territoire communal sont pérennisées. L'action du dispositif Addictions a ainsi participé à démontrer la nécessité d'une Consultation avancée sur le territoire communal, qui a pris son essor grâce à son insertion dans les établissements scolaires. Le lien entretenu avec les professionnels de l'Education Nationale facilite les orientations mais permet également le soutien et le conseil des professionnels qui exercent au quotidien avec les jeunes. L'articulation entre la CJC et l'ensemble du réseau partenarial susceptible d'effectuer des orientations est ainsi au cœur du dispositif

¹⁴ INSERM, Conduites addictives chez les adolescents : usage, prévention et accompagnement. Synthèse, pôle expertise collective, février 2014, page 38.

pour constituer une charnière entre la prévention et le soin, ce qui correspond aux préconisations actuelles de bonnes pratiques dans les Consultations Jeunes consacrées à la prévention des addictions¹⁵.

Les actions de prévention collectives auprès des jeunes sont nombreuses, s'appuient sur différentes techniques d'animation (débat, jeu de rôle, théâtre interactif), et s'organisent pour éviter de rester ponctuelles (plusieurs ateliers par groupe d'élèves) ; de plus, elles se diversifient pour toucher les enfants dès l'école primaire. Ces actions développent notamment la connaissance des ressources pour l'aide et le conseil en facilitant la prise de contact avec les acteurs professionnels susceptibles d'effectuer l'orientation (action multi-partenariale), ainsi que l'action concernant le développement des habiletés psychologiques et sociales. Le développement des habiletés psychologiques et sociales est considéré actuellement comme le volet le plus important des actions de prévention collectives qui peuvent être conduites auprès des jeunes¹⁶. A noter toutefois que les recommandations récentes impliquent d'utiliser des programmes dont l'efficacité a été démontrée (*evidence-based programs*) alors que les acteurs du dispositif s'appuient sur des programmes développés en France qui n'ont pas subi de procédure d'évaluation (*theory-based*)¹⁷. Ils s'inscrivent cependant dans les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé relatives au développement des compétences psychosociales en milieu scolaire¹⁸.

Les conférences de sensibilisation des parents et les ateliers d'appui à la parentalité sont suivies par un nombre important de parents. Le développement des compétences parentales constitue aussi un objectif majeur de la prévention des addictions selon les dernières préconisations en vigueur. En abordant plus largement les relations avec les adolescents plutôt que la seule sensibilisation aux conduites addictives et aux risques induits, l'action s'inscrit directement dans les recommandations visant à développer les compétences des parents en matière de communication, ainsi que leur capacité à fixer des limites et à gérer des conflits¹⁹.

Cependant, les actions auprès des Jeunes en insertion, et a fortiori auprès des étudiants, méritent d'être renforcées. La prévention en milieu festif sur le territoire communal existe ponctuellement, sans être coordonnée directement par l'action du Dispositif.

Il est important de remarquer que l'ensemble des activités du dispositif Addictions sont réalisées avec des budgets externes directs peu élevés, mais aussi grâce à un investissement financier non négligeable de la commune (financement direct du Dispositif Addictions, valorisation de l'action de l'Atelier Santé Ville principalement et du Service Jeunesse communal secondairement).

¹⁵ Fédération Addiction, *CJC : Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs*, 2012, p. 23.

¹⁶ INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents : usage, prévention et accompagnement. Synthèse*, pôle expertise collective, février 2014, page 40.

¹⁷ « Dans notre pays, il est en effet difficile (voire impossible) de trouver un projet évalué selon les critères de validité retenus par la communauté scientifique internationale. Cela ne signifie pas que nos actions sont moins efficaces : elles sont tout simplement moins évaluées. Mais cette situation nous empêche de connaître leur impact réel, et par conséquent d'en tirer les leçons qui s'imposent, si bien que nous devons tirer profit de ce qui se fait ailleurs », dans : Benec'h G, *Aide-Mémoire Les Jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, avant-propos p.20.

¹⁸ World Health Organization, *Life Skills Education in Schools*, Mental Health Division, 1993, 59 pages.

¹⁹ INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents : usage, prévention et accompagnement. Synthèse*, pôle expertise collective, février 2014, page 35.

Enfin, il faut préciser que l'action « cyberaddiction à la médiathèque » et « l'intégration de la psychologue de la Consultation Jeunes au dispositif de Réussite Educative », actions prévues dans le Plan Local de Santé Publique 2011-2014, n'ont pas été menées à bien à ce jour.

Chapitre III. Evaluation qualitative de l'organisation et de l'impact du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis

L'évaluation qualitative de l'organisation et de l'impact du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis s'appuie essentiellement sur les données recueillies lors des entretiens en face à face et des groupes focaux. L'expertise des parties prenantes est ainsi mise à profit pour produire un jugement de valeur sur l'organisation du dispositif, les leviers qui ont permis sa construction et la plus-value qu'il représente pour les habitants du territoire communal.

A partir des témoignages des parties prenantes, différents éléments évoquant l'impact du dispositif auprès des habitants ont également été rassemblés. Ces éléments indirects sont complétés par les enquêtes de satisfaction qui ont pu être réalisées au fil du temps auprès des élèves qui ont bénéficié d'actions collectives et des parents qui ont assisté aux conférences d'information et de sensibilisation.

La rencontre avec les parties prenantes a aussi permis d'identifier des freins qui ralentissent ou perturbent l'action du dispositif, ainsi que les conditions nécessaires à son maintien. De plus, le recueil de données a constitué l'occasion d'effectuer un état des lieux au premier semestre 2014, qui met en valeur les changements auxquels la communauté est confrontée sur le terrain. La mise en perspective des freins de l'activité, de l'état des lieux le plus récent et du diagnostic qu'en font les parties prenantes constituera la trame principale des recommandations pour la redéfinition d'objectifs.

1. Les lignes de force de l'organisation du dispositif Addictions à Valbonne Sophia-Antipolis

L'examen de l'organisation du dispositif Addictions permet de dégager des lignes de force sur lesquelles s'est adossée sa construction : il faut principalement mettre en valeur la stratégie d'intervention qui se positionne sur l'unité territoriale de proximité ; la stratégie transdisciplinaire qui s'appuie sur une dynamique multi-professionnelle et est organisée autour de deux structures pivots qui apportent, pour l'une l'expertise du territoire, et pour l'autre l'expertise thématique ; la démarche de concertation continue avec les acteurs professionnels et les représentants de la communauté territoriale ; ainsi que la stratégie multi-interventionnelle qui prend corps dans le dispositif à composantes multiples. Ces lignes de force stratégiques, multi-interventionnelles, ont pour objectif d'élaborer autour des jeunes un continuum préventif, avec des actions adaptées à l'âge des jeunes (depuis l'école primaire jusqu'à l'université ou les jeunes sortis du milieu scolaire), et des actions adaptées à l'évolution des parcours de consommation (prévention universelle et prévention ciblée sur la réduction des risques, le repérage et l'orientation).

1.1. Une stratégie territoriale

Dans le cas du Dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis, le choix de l'unité territoriale de proximité n'a pas été réfléchi en fonction des caractéristiques des habitants ou des institutions et structures présentes sur le territoire. La volonté politique des Elus communaux a donc déterminé les contours du territoire sur lequel le dispositif s'est construit.

La mise en œuvre du Dispositif Addictions au niveau de l'unité territoriale de proximité revêt l'avantage de fédérer les acteurs professionnels et de faire se rencontrer l'ensemble des adultes qui agissent auprès des jeunes habitants, afin de les sensibiliser aux problématiques des conduites addictives chez les adolescents et de faire connaître les ressources à disposition sur le territoire communal. En ce sens, le dispositif Addictions constitue un espace de paroles et d'échanges de proximité, dédié à la prévention et au repérage précoce des addictions, *ici et maintenant*.

« L'intérêt principal, c'est de fédérer, de faire rencontrer l'ensemble des intervenants et du public. Quand on parle des parents d'élèves c'est aussi un public, qui n'auraient jamais l'occasion de se rencontrer. Je vois d'autres communes, où effectivement, il y a du personnel de santé, il y a du personnel de l'Education Nationale, il y a du personnel dans l'animation, il y a le public, les parents d'élèves, mais ils ne se rencontrent jamais, parce que il n'y a pas de structure. Et du coup, personne ne sait vraiment ce que fait l'autre. Et personne ne sait vraiment quels sont les possibilités, les personnes ou les structures ou les personnels de santé qui pourraient être facilitateurs pour la prise en charge ou l'accueil de jeunes. Là où il n'y a pas de structure comme ça, ça ne tient que par une ou deux personnes, qui obligatoirement ne vont pas rester toute leur carrière dans la même structure ou au même endroit, et à partir du moment où il y a une des personnes qui s'en va, il n'y a plus de communication, ni de contact, ni d'orientation possible » (Responsable Prévention Promotion de la Santé Mutualité Française PACA).

La stratégie territoriale a aussi pour objectif d'optimiser au niveau local les mesures prises au niveau national. L'action du dispositif Addictions entreprise à compter de 2008 a ainsi permis de rendre visibles les besoins du territoire en matière de prise en charge spécialisée : c'est face à la constitution d'une file active de jeunes consommateurs déjà engagée (première étape de la consultation Jeunes portée par la Mairie de Valbonne Sophia-Antipolis) que la nécessité de l'implication du CSAPA sur le territoire valbonnais a pu être démontrée (création des consultations avancées du CSAPA d'Antibes sur le territoire de Valbonne Sophia-Antipolis).

« Donc en fait, l'Atelier Santé Ville est arrivé à renvoyer les prérogatives sur le CSAPA : nous ce dont on avait besoin, c'était une structure de proximité. Les jeunes ne seraient jamais allés au CSAPA rencontrer le médecin addictologue. Ou voir une psychologue, si elle n'était pas allée vers eux au départ (dans les établissements scolaires) » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

« Quand tu arrives et qu'on te dit : il y a le CSAPA qui vient faire des permanences ! Là aussi je dis : waouh ! Ca fait partie des choses que j'ai découvertes quand je suis arrivée. Et de te dire que maintenant, tu as une psychologue, quand même une psychologue ! Tu as le médecin, et maintenant tu as un éduc ! C'est impressionnant, c'est impressionnant ! On arrive à faire venir le CSAPA de l'hôpital d'Antibes, là aussi ! Ils viennent consulter, ils viennent rencontrer, ils viennent au devant de la population, vraiment, au coin de la rue ! » (Directrice de la Solidarité et de l'Animation territoriale).

1.2. Une stratégie transdisciplinaire et multi-professionnelle

1.2.1. *L'alliance entre l'expertise du territoire et l'expertise thématique comme pivot du dispositif*

L'Atelier Santé Ville a impulsé la constitution du Dispositif Addictions, grâce à son positionnement au cœur du territoire et des stratégies partenariales. Son action dédiée à la mise en place de projets locaux de santé publique et à la synergie des acteurs locaux a permis d'orchestrer les parties prenantes pour parvenir à l'organisation et au fonctionnement actuels. Le rôle dédié de « Coordinateur territorial et logistique » du dispositif Addictions apparaît ainsi comme l'appui indispensable à l'insertion des structures spécialisées dans le maillage local.

« L'Atelier Santé Ville a ce rôle primordial de coordination de l'ensemble des actions, les acteurs qui y contribuent ont une connaissance du territoire qui permet d'impulser, de coordonner des actions adaptées à une spécificité locale, ce qui me semble être la plus value essentielle de ce dispositif. Je dois avouer que je craignais, dans un premier temps, que ce dispositif présente des lourdeurs et soit « une vraie usine à gaz ». Finalement, cet Atelier Santé Ville nous a réellement permis de coordonner, d'optimiser nos actions, d'être en cohérence avec des orientations nationales et régionales, tout en gardant des réponses qui soient appropriées au territoire local » (Elue à la Santé).

A Valbonne, l'Atelier Santé Ville est jumelé avec le Point Ecoute Santé : les deux structures sont sous la responsabilité de la même coordinatrice, le lieu géographique au cœur du quartier de Garbejaire est connu par les habitants et les professionnels pour son service d'information et d'orientation, ce qui augmente sa capacité à constituer un espace fédérateur autour des projets de santé.

« C'est l'organisation même du Point Ecoute Santé et de l'Atelier Santé Ville qui est fondamentale de mon point de vue, parce que justement c'est un carrefour obligé. Ça permet aux partenaires qui pourraient orienter des personnes d'avoir un point d'ancrage, et à partir de là on le renvoie sur des dispositifs, des compétences, des personnes. C'est le carrefour où on rassemble les connaissances et où on la met à disposition. Donc je pense que par rapport à la manière dont ça fonctionne, c'est parfait (...) Et par rapport aux orientations de la Politique de la Ville en matière de santé, c'est évident qu'avoir un point central qui permette après de rayonner sur l'ensemble des partenaires existants, parce que souvent aussi il y a une méconnaissance de ce qui existe autour, donc là c'est un point d'information, qui est reçue et qui est transmise. Donc ça me semble très, très intéressant comme fonctionnement » (Déléguee du Préfet).

L'investissement de l'Atelier Santé Ville se traduit aussi par son action auprès des financeurs, en travaillant à la promotion du dispositif pour obtenir des financements directs, mais également au soutien des structures partenaires dans leur recherche de financements. L'Atelier Santé Ville permet ainsi aux financeurs d'avoir une lisibilité sur les actions conduites sur le territoire de Valbonne Sophia-Antipolis et de mieux comprendre l'articulation de l'ensemble des interventions et des partenariats.

« Au départ Laurence (coordinatrice de l'Atelier Santé Ville) a pris son bâton de pèlerin et elle a fait le tour des financeurs. Mais elle n'a jamais rompu ce lien, c'est à dire que non seulement au départ elle est allée promouvoir les choses, mais en plus elle les a portées, et elle a essayé de mettre tout le monde dans la boucle. (...) A un moment donné, elle a travaillé bien entendu en direction de ce que la mairie pouvait obtenir comme financement, mais surtout ce que les partenaires de l'ASV aussi pouvaient obtenir comme financement. (...) Et c'est vrai que quand vous entendez aujourd'hui, les représentants, on va les nommer, de l'ARS, c'est : ah oui Valbonne c'est quand même un territoire où il se passe pleins de choses, on a quand même bonne presse, donc forcément, le financement il a été mis, il a été renouvelé, la confiance elle a été mise et elle a été renouvelée aussi » (Directrice de la Solidarité et de l'Animation territoriale).

Le caractère original du Dispositif Addictions de Valbonne-Sophia-Antipolis tient à son fonctionnement bicéphale, grâce à l'alliance d'experts thématiques avec l'Atelier Santé Ville. Les experts thématiques apportent une garantie institutionnelle qui rassure les professionnels non spécialistes sur la qualité des services proposés, ils apportent leur expertise en matière d'organisation d'actions de prévention et de renforcement de l'accès aux soins. Ainsi, l'alliance de l'expert du territoire et de l'expert thématique apparaît comme la clé de voûte du dispositif. L'expert thématique permet aux parties prenantes d'effectuer des choix éclairés grâce à sa connaissance de l'addictologie et du réseau spécialisé, mais il intervient aussi en tant que soutien méthodologique auprès de l'Atelier Santé Ville (analyse des temps de concertation avec les professionnels de première ligne ; choix des modalités d'intervention auprès des publics), et assure également des interventions auprès du public (conférences, ateliers de prévention, formations...).

« La Mutualité Française nous a permis de mieux cibler nos actions en nous apportant sa maîtrise et sa connaissance du sujet, en nous accompagnant dans une meilleure compréhension des problématiques d'addiction pour orienter nos politiques avec une approche pragmatique. Elle a été un des moteurs et le pivot dans la mise en place de la prévention des conduites addictives. La présence de spécialistes de la prévention et la volonté politique de fédérer ont permis de créer un discours commun de tous les interlocuteurs qui intervenaient auprès des jeunes » (Elue à la Santé).

« En fait aujourd'hui, s'il n'y avait pas eu une personne qui maîtrise complètement le sujet des addictions, je n'aurais jamais pu. Parce que c'est quelque chose qui a été tricoté, c'est vraiment du cousu main, en fonction des besoins relevés sur le territoire (...) j'organise les réunions, les invitations, je fais la modération, mais c'est bien le coordinateur de santé publique de la Mutualité Française qui rend compte sur toutes les actions qu'il a faites ou qu'il a mises en place (...) Toute seule je n'aurais pas pu le faire. Mon travail est de coordonner et de bien connaître le territoire (...) Le coordinateur de santé publique de la Mutualité Française PACA connaît parfaitement la thématique des addictions, et ça, ça a été vraiment hyper important, parce que je n'y connaissais rien et les compétences psychosociales, également. Le CSAPA a, lui, permis d'apporter la garantie institutionnelle et la prise en charge du soin et du traitement. Nous avons réussi à leur renvoyer cette prérogative, ça c'est un plus aujourd'hui. Voilà, je pense qu'il faut effectivement qu'il y ait ces trois piliers ». (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

La configuration locale des opérateurs à disposition dans les Alpes-Maritimes et l'histoire de la création du Dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis a conduit à associer le service de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA du fait de ses compétences en matière de prévention et de formation au CSAPA d'Antibes, structure légitime pour la prise en charge spécialisée en addictologie. Dans une autre configuration, un CSAPA pourrait vraisemblablement assurer seul ce rôle s'il disposait du personnel adéquat.

« Si on va jusqu'au bout des choses, on pourrait même imaginer que le P de CSAPA pourrait prendre en charge ce suivi, très honnêtement. Le suivi, la formation, tout le travail que la Mutualité Française fait ici. S'ils avaient les compétences au sein des équipes. La question elle est là. Le dispositif de Valbonne, il est lié au Point Ecoute Santé et à l'ASV. Nous Mutualité Française on n'a pas légitimité à organiser les choses telles qu'elles le sont à l'heure actuelle, surtout que l'Atelier Santé Ville est inscrit dans d'autres problématiques qui fédèrent nombre de personnes qui font partie du comité de pilotage addictions. C'est vraiment une entité... Nous on arrive sur une thématique donnée, mais la cheville ouvrière, ce qui donne sens en fait au dispositif, c'est l'Atelier Santé Ville, parce qu'il y a une proximité de l'Atelier Santé Ville avec l'ensemble des ressources, parce que il y a un travail de terrain qui est réalisé sur d'autres thématiques » (Coordinateur santé publique Mutualité Française PACA).

1.2.2. Le travail de réseau

La mobilisation des ressources locales et des représentants des habitants de la commune dès le début du projet a constitué un atout majeur pour coordonner les actions et développer la concertation sur les axes de travail. Les acteurs qui ont participé à la création du dispositif soulignent qu'ils ont pu s'inscrire dans une dynamique déjà existante, qui a favorisé la constitution du groupe multi-professionnel ciblé sur les addictions.

« Au delà de la volonté politique de la commune de Valbonne, ce projet s'est inscrit sur un maillage des ressources locales préexistant. C'est à dire qu'il y avait déjà sur la commune de Valbonne une volonté de travail partenarial important. On n'est pas arrivé sur un territoire où il a fallu tout construire. Il y avait déjà d'excellentes relations entre les différentes structures, qui s'articulaient déjà sur d'autres objets, et en fait on a potentialisé ce maillage, en donnant sens autour de la thématique prévention des conduites addictives » (Coordinateur santé publique Mutualité Française PACA).

« Il y avait déjà tous ces réseaux qui existaient, tous ces gens qui ont l'habitude de travailler ensemble, et que moi j'ai vu à quasiment toutes les réunions auxquelles j'ai assistées, que ce soit dans le cadre du dispositif Atelier Santé Ville, mais je les ai vus au PRE, je les ai vus aussi dans le cadre d'autres dispositifs. Voilà, il y a ce réseau, qui est constitué, qui fonctionne bien, où les gens se connaissent, se font confiance, et avec un pilotage exemplaire au niveau de la commune » (Représentante CAF/REAAP).

Le maillage et la complémentarité entre les acteurs locaux qui interviennent auprès des jeunes sont perçus comme le cœur même de l'action du Dispositif Addictions par les parties prenantes, qui soulignent la diffusion de l'information sur les ressources et donc une capacité d'orientation augmentée, la concertation au niveau de la communauté valbonnaise que le travail de l'Atelier Santé Ville a su susciter, ainsi que la cohérence des actions que cette stratégie a permis d'atteindre.

« Ce que j'ai remarqué, c'est que les gens ont appris à se connaître. Je crois que le plus important, d'après ce que je vois, c'est la mise en relation, et l'interconnexion, pour savoir qui fait quoi, pour éviter qu'il y ait des doublons et qu'il y ait des manques. Ce serait dommage qu'il y ait deux personnes qui fassent la même chose, et qu'il y ait un truc qui ne soit pas du tout fait. Et ça permet vraiment de couvrir mieux les besoins. Je crois que de savoir à qui adresser les personnes, je crois que c'est fondamental. Par rapport à l'Atelier Santé Ville, il y a probablement des aspects que je ne connais pas du tout, mais depuis ma position, c'est ce que je vois comme étant essentiel, ce rôle de mise en lien, de permettre aux gens de se connaître et d'identifier ce qu'ils font (...) Je crois que le gros problème, ce n'est pas forcément l'offre de soins ou de prise en charge, celle-là elle existe, mais c'est que les gens qui en auraient besoin le sachent ! Et ça, c'est vraiment le travail de l'Atelier Santé Ville et c'est très important. Et je crois que c'est une réussite » (Présidente de l'Association des Parents Indépendants).

« Moi je dirais que là où il y a une réelle plus-value c'est sur la connaissance physique des personnes, c'est à dire qu'aujourd'hui je reconnais les entités professionnelles, ce que je ne faisais pas avant » (Conseillère pour l'emploi Mission Locale).

« Nous en tant que préventeurs, c'est super intéressant, enrichissant. Ça nous permet, quand on connaît le réseau, de pouvoir nous aussi orienter, de pouvoir nous tourner vers le réseau quand nous aussi nous avons besoin d'informations. Des informations qui peuvent être techniques, tout simplement, ou simplement connaître les meilleurs partenaires pour transférer » (Commandant de brigade BPDJ).

Au final, le décloisonnement des pratiques professionnelles permettant de remettre l'utilisateur du système au centre de la réflexion constitue l'apport majeur du travail de réseau.

« On a multiplié les institutions, multiplié les collectivités, et de ce fait, on a découpé les situations, alors que les gens sont uniques ! Et maintenant, il faut des lieux pour faire de la concertation. (...) »

Après on se rend compte, soit qu'on ne peut pas tout faire tout seul parce que c'est trop lourd, soit financièrement on a des limites, parce qu'on ne peut pas toujours tout faire, et à un moment donné on en a besoin... Il y a aussi des clivages dans la vie : il y a les jeunes, après il y a le passage à l'âge adulte, et ensuite il y a le passage vers la personne âgée. C'est le moment où il y a ces ruptures, il y a ces ponts à créer là où il y a des professionnels qui s'estiment désinvestis. Il y a des personnes qui usent d'un service et après on les perd. On se demande ce qui s'est passé pendant trois, quatre ans, la situation s'empire, s'aggrave, et enfin on se rend compte que trois ou quatre ans avant, on les avait connus, on aurait pu faire un suivi, et puis soudain il y a eu une certaine vacuité. Je pense que maintenant ça va être nécessaire ce genre de filières, de concertation, enfin de techniques de travail qui permettent qu'on ne perde pas le fil, pour que les informations circulent. (...) Alors c'est vrai que ça prend plus de temps, il faut plus prendre sur soi que lorsqu'on est tout seul devant une situation et qu'on règle son petit cas, parce qu'il faut aller voir l'autre, ça demande une ouverture d'esprit aussi » (Représentante ARS PACA).

L'atout de l'Atelier Santé Ville est aussi d'appréhender le réseau comme une entité autonome qui constitue des voies d'accès, plutôt que seulement comme des interactions avec chaque professionnel.

« Et oui, la personnalité des gens c'est très important dans la dynamique de groupe, il faut des gens « facilitateurs ». C'est une composante importante qui rentre dans la méthodologie de projet. La personne qui va organiser la logistique doit être quelqu'un qui est rompu à la méthodologie de projet. Et qui puisse savoir qui il invite, comment il met les gens autour d'une table, qu'il fasse de la régulation si nécessaire, il faut vraiment arriver à fédérer le groupe » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

1.3. Une démarche de concertation continue

Initiée par le biais du Diagnostic, la démarche de concertation se poursuit au fil de l'eau par l'entremise des réunions des groupes de travail et des comités de pilotage. Elle permet la remontée des informations sur les changements observés sur le terrain, ainsi que la diffusion des informations sur les actions vers les populations ciblées. Les structures pivots, du fait de leur position d'expertise, peuvent être conduits à arbitrer entre plusieurs options, et fonctionnent ainsi de façon informelle comme une sorte de comité d'éthique.

La démarche de concertation continue constitue le fil rouge méthodologique du Dispositif Addictions : elle permet de raisonner les axes de travail à partir des besoins et des attentes des professionnels de première ligne et des habitants et participe directement à leur mobilisation et leur investissement.

« Je pense qu'aujourd'hui, que ce soit les bénéficiaires, ou les professionnels, tout le monde parvient à avoir des réponses aux besoins détectés, aux besoins et aux attentes (...) En tout cas, on ne peut pas nous taxer d'être des bureaucrates qui ont mis des choses en place derrière leur bureau. Derrière, il y a les acteurs de terrain qui ont été mobilisés, qui ont fait remonter les besoins. *(Au delà de la concertation de départ avec le diagnostic, c'est de la concertation perpétuelle)*. Et oui ! Ils sont toujours associés, ils sont associés à tout. Et puis s'il y a des retours à faire, ce sont les partenaires de terrain qui les font, en disant : là, en effet, il vaut mieux rectifier le tir, parce que ce n'est pas forcément pertinent par rapport aux attentes, par rapport aux besoins » (Directrice de la Solidarité et de l'Animation territoriale).

« Ils viennent là et s'impliquent là parce que c'est du concret, parce qu'on construit des choses, et on construit des choses qui vont servir à quelque chose. On n'est pas dans une offre de services décalée, déconnectée des besoins du terrain, on est bien dans une offre de services qui répond à un besoin du terrain, c'est ça. C'est ça la force. C'est qu'on va chercher de l'information sur le terrain : qu'est ce qui préoccupe les familles ? Comment est ce qu'on peut répondre à ce problème des jeunes qui dès la troisième arrivent au collège en étant déjà sous l'emprise de l'alcool ? On est sur du concret. On part des choses concrètes, et c'est ça qui fait que les gens se mobilisent (...)»

trouve que la façon dont Laurence (Atelier Santé Ville) gère cette coordination fait que les gens ne se sentent pas déposséder de leurs actions mais qu'au contraire ils s'intègrent et ont le sentiment d'appartenir à un collectif, et ils apportent leur pierre à l'édifice » (Représentante CAF/REAAP).

La démarche de concertation est également au cœur du processus permettant la lisibilité et la cohérence des actions à l'échelle du territoire, ainsi que la fédération des acteurs autour d'un objectif commun.

« Le rôle du coordonnateur par exemple, le réseau parents : on a construit ce groupe parentalité avec les fédérations de parents d'élèves, financé par le réseau REAAP. La CAF, représentée dans ce groupe parentalité m'a informée d'une action à la parentalité menée par la MJC. Dans un souci de lisibilité et de cohérence, aussi je me suis rapprochée de cette association pour qu'elle soit intégrée à nos groupes de travail. Ce travail de rationalité en méthodologie de projet est nécessaire à tous les niveaux, sur les parents et sur le reste » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

« Forcément, avoir été à une réunion de travail où j'ai rencontré les partenaires, où je sais les problématiques ponctuelles qu'il peut y avoir, ou qui ont été soulevées, ou bien les thèmes qui ont été déjà abordés, que ce soit par l'Education Nationale ou d'autres partenaires, (...) Par rapport à ça, c'est ce que je vous disais, puisqu'on est sur les conduites addictives, on va avoir une présentation générale, mais c'est intéressant justement si on sait ce qu'ils ont déjà eu comme enseignement, de revenir dessus pour voir comment ça a été perçu. Si je n'ai pas cette information là, si je suis dissociée du travail du groupe, je ne sais pas sur quoi ils ont déjà été sensibilisés, je ne sais pas ce qui peut les intéresser. (...) Bien sûr que ça m'intéresse de savoir comment eux ont intégré ça et voir ce qu'ils en pensent, de manière à amener moi aussi ma petite pierre à l'édifice » (Commandant de Brigade BPDJ).

Cette méthode de travail peut d'ailleurs s'appliquer à de nombreuses problématiques de l'action éducative, sociale et sanitaire, sans être spécifique au champ de l'addiction, et se rattache tout simplement à l'exercice d'une méthodologie de projet empirico-rationnelle (rendue logique et cohérente par la prise en compte des données de terrain et un va-et-vient analytique).

« Ça pourrait être dupliqué pas seulement sur les addictions, en effet, on pourrait faire un petit guide sur le thème : comment bien travailler à l'échelle d'un territoire ? Tu peux le dupliquer sur d'autres thématiques, pas seulement sur la santé, ça c'est sûr. Comment faire émerger une dynamique sur un territoire ? » (Directrice de la Solidarité et de l'Animation territoriale).

1.4. Une stratégie multi-interventionnelle pour un continuum préventif

La stratégie multi-interventionnelle a pour objectif d'engager l'ensemble des acteurs qui interviennent à différents niveaux et moments de la vie des jeunes, dans la communauté valbonnaise. La méthode consiste à combiner différentes modalités d'actions investissant différents acteurs, qu'il s'agisse de spécialistes reconnus pour leur expertise, ou de membres de la communauté susceptibles d'être investis comme référents par les jeunes. La combinaison de ces différentes modalités d'interventions s'effectue au sein d'un dispositif coordonné : mobilisation de la communauté au sens large, déploiement d'initiatives de prévention auprès des jeunes, cohérence des prestations proposées (couverture territoriale, couverture en termes de tranche d'âge, techniques de contact ou d'animation mises en œuvre). Le résultat attendu est de créer autour des jeunes un environnement où la parole des adultes reste cohérente quand le thème des problématiques addictives est abordé, et ce quels que soient sa fonction ou son statut ; l'objectif est également d'agir autant que faire se peut sur les déterminants psycho-sociaux des consommations mais aussi de multiplier les voies d'accès vers le diagnostic précoce et la prise en charge spécialisée.

« Je pense qu'il est innovant dans la mesure où tous les institutionnels sont impliqués, toute la chaîne je dirais, depuis l'Education nationale jusqu'à la prise en charge, même hospitalière. Y compris aussi les parents et les habitants (...) tout le monde doit y trouver un plus, c'est une situation gagnant-gagnant pour tout le monde » (Représentante ARS PACA).

« Quelque chose de très rassurant effectivement, c'est cette mobilisation partenariale, c'est très rassurant que l'autre garantisse le bien être depuis la petite enfance, jusqu'à ce qu'on arrive à la mission locale. (...) Ca a un côté hyper rassurant, c'est à dire que quand on se retrouve, on est tous sur des satellites professionnels différents, mais du coup on crée une cohésion, une cohérence partenariale et locale. Ca m'inscrit dans cette union partenariale locale au niveau identité » (Conseillère pour l'emploi Mission locale).

« Et le fait de faire réfléchir les parents, de faire réfléchir tout le monde, ça commence par l'hygiène, l'écran, la nutrition, etc, mais de toujours faire ce brainstorming, cela fait que le jeune n'est plus consommateur, mais acteur. Il développe un esprit critique. Et les professeurs pareil, parce que ça les remet en cause sur leur pratique, et c'est bien qu'ils arrivent à voir d'une autre manière leurs élèves » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

« C'est que du bonus, on est vraiment dans notre rôle, pour éviter à un moment donné une dérive vers des addictions. Le maillage qui est opéré dans ce dispositif dans son ensemble est très bon, est très bien mené. Pour moi, c'est que du positif, c'est que du bon (...) On a la chance d'être là, d'être formés, de faire partie de ce collectif. Il y a un réseau qui existe ici, qui n'existe pas ailleurs » (Responsable Service Loisirs Jeunesse communal).

Cette stratégie s'attache, pas à pas, par le développement des actions auprès de différentes populations et de différentes tranches d'âge, à construire un continuum préventif sur le parcours de vie des jeunes, en garantissant la délivrance de messages préventifs à plusieurs moments de la vie (continuum préventif adapté à l'âge des enfants et des adolescents), adaptés au parcours de consommation (prévention universelle et prévention ciblée auprès de consommateurs avérés) et en permettant un accès plus précoce au diagnostic et aux soins (charnière entre la prévention et le soin).

« L'intérêt que ce soit fait au niveau d'une même commune, c'est qu'on sait, nous qui avons des lycées, on sait que tous les collégiens qui arrivent au lycée, qu'ils viennent du CIV, de Niki Saint Phalle ou de l'Eganaude, ils arrivent avec le même message, puisqu'il y a un partenariat, ils ont tous entendu la même chose, et on arrive en seconde, on peut poursuivre ce qui a été entamé au niveau du collège, voire même dès l'école primaire maintenant » (Conseillère Principale d'Education du CIV).

« Comme on le met dans les bilans, il y a un continuum parfait entre le premier contact avec un produit ou un comportement jusqu'à une conduite dangereuse, le continuum s'étend de l'information et de la prévention jusqu'à la possibilité de poser un diagnostic et éventuellement de prendre en charge. Là c'est vraiment un plus » (Médecin addictologue, Directeur CSAPA).

« Sur d'autres territoires, quand il y a par exemple des actions qui se sont développées en matière de prévention, que ce soit par la Mutualité ou autres, les gens travaillent en réseau, mais pas forcément avec tous les partenaires. Ce sont plus des actions ponctuelles : ils viennent un jour dans un lycée, puis ensuite ils ne reviennent plus. Tandis qu'à Valbonne, en permanence, c'est actif tous les jours de la semaine, ou du moins une grande partie des jours de la semaine. Il y a une continuité du service » (Représentante ARS PACA).

« Certains jeunes s'y rendent directement, d'autres y auront été orientés, et ces orientations leur auront permis de trouver des réponses. Le bouche-à-oreille a opéré, et petit à petit, le maillage et la connaissance se mettent en place. L'augmentation de la fréquentation ne veut pas dire qu'il y a plus d'enfants en difficulté, il signifie plutôt qu'il est plus facile de dire « j'ai un problème » ou « j'ai un copain qui a un problème » et « j'ai les moyens d'orienter et l'on peut solutionner ou apporter des réponses à ce problème ». C'est vraiment ce discours qui est porté par tous les relais, par l'ensemble des intervenants, et qui fait que l'on peut en parler, et que ce n'est plus un sujet tabou. Et puis il y a un début de prise de conscience, c'est en tout cas mon ressenti personnel, que les choses peuvent être faites différemment, que l'on n'est pas obligé de faire comme les copains, de consommer. D'où aussi la nécessité de continuer le travail engagé auprès des jeunes pour l'affirmation de leurs

compétences psychosociales et de leur capacité à dire non, à s'affirmer, ces orientations sont à conforter et à développer notamment au travers d'actions à mettre en œuvre auprès des plus jeunes. Cela me semble primordial » (Elue à la Santé).

La fluidité de la communication qu'il permet entre les différents acteurs sur le territoire a plusieurs conséquences, qui illustre le fait que les bénéfices de l'ensemble sont supérieurs à la somme de ses parties. On peut commencer par souligner que les personnes relais dans chaque groupes sociaux investies dans les groupes de travail sont mobilisées dans un transfert efficace de l'information, en effectuant la liaison auprès de la population et en s'adaptant à leurs spécificités. La communication s'exerce ainsi par les média habituels (internet,...), mais aussi par l'investissement dans la diffusion de l'information lors des échanges en face à face.

« On le fait, ça fait partie de notre quotidien, donc on ne rabâche pas, mais quand il doit se dérouler une conférence ou un atelier, Laurence nous envoie le contenu, l'affiche et nous on envoie à notre mailing liste de la réussite éducative, on envoie à notre liste de parents des enfants qui sont inscrits en animation. Et généralement, c'est relayé oralement par l'animateur de la réussite éducative, soit parce qu'il rencontre le gamin ici pour x raisons, soit parce qu'il l'a sur le contrat local d'accompagnement à la scolarité au collège, soit parce qu'il rencontre la famille pour un entretien, et c'est évoqué à ce moment là. Le lien est fait. Mais il est fait à partir du moment où il y a une date avec un contenu » (Responsable Service Loisirs Jeunesse communal).

« Qu'à cela ne tienne, je leur dis : je vais en parler aux autres associations de parents d'élèves, pour qu'on fasse bloc. C'était en début d'année de 2009, je m'en rappelle très bien, puisque c'était le moment des votes au conseil d'administration. Donc toutes les associations de parents d'élèves étaient réunies, à Niki Saint Phalle, et j'en ai parlé à la responsable de l'API, j'en ai parlé à la FCPE, je leur ai demandé s'ils étaient d'accord pour qu'on fasse bloc, et qu'à ce moment là on informe nos membres de ces réunions (...) Par réseau, on a informé nos membres, et les membres qui étaient parents d'élèves ont informé à leur tour d'autres personnes, si bien qu'à la première réunion si je ne m'abuse, on était 170 ou quelque chose comme ça ? » (Représentante PEEP Collège Niki Saint Phalle 2008-2012, et APE Lycée Simone Veil 2012-2013).

« On a une communication qui est quand même assez top : déjà on a un site internet sur lequel on met des informations, et celles-là en particulier. Et puis, j'ai un système qui envoie des mails à tous les adhérents, mais comme c'est par le site, chacun reçoit un mail, ce n'est pas une liste de diffusion, donc normalement ce n'est pas bloqué dans les spams. Et puis on avertit aussi nos adhérents : si vous ne recevez pas de mail de l'API ce n'est pas normal, vérifiez dans vos spams. Donc ça, ils le savent bien. Et quand j'envoie ce type d'information, je rajoute toujours : n'hésitez pas à les afficher sur votre lieu de travail. Je ne peux pas savoir si les gens le font ou pas, mais en tout cas je leur recommande de le faire. Et puis on a aussi obtenu que les administrations des établissements diffusent ces informations. Et puis la veille ou l'avant veille, je refais un mail : attention, c'est dans deux jours ! Bon bref, je saoule les gens ! (...) Et comme c'est une même association pour tous les établissements, pour un mail que j'envoie, je touche tous les établissements. Et puis nous ensuite on a un système, on a des délégués parents au CIV dans toutes les classes, à l'Eganaude et à Niki Saint Phalle dans beaucoup de classes, et on demande également aux parents délégués de retransmettre l'information à tous les parents de leur classe. Donc on fait un sacré boulot au niveau de la transmission de l'information. Les gens sont cernés, ils ne peuvent pas ne pas savoir ! » (Présidente de l'Association des Parents d'élèves Indépendants).

Deuxièmement, le dispositif constitue un garant de qualité des experts mis à disposition, collectivement établie.

« Leur professionnalisme dans la question de la prévention, ça c'est évident. Après ce qui est important c'est que ce sont des personnes neutres dans l'établissement, qui viennent donner de l'information, la formation aux jeunes. On n'est pas dans ce rapport d'évaluation qu'on peut avoir nous avec un jeune, et automatiquement la parole va mieux se libérer avec l'intervention de personnes extérieures à l'établissement. Voilà. Donc moi je pense que c'est un plus pour les établissements qui ont la chance de bénéficier de ce dispositif » (Conseillère Principale d'Education du CIV).

En troisième lieu, la dynamique du dispositif a conduit à harmoniser la couverture du territoire en matière de délivrance d'informations et d'actions de prévention.

« La création du dispositif a facilité, oui, parce qu'il y a une communication. C'est vrai qu'auparavant, les établissements géraient eux-mêmes les interventions qu'ils souhaitaient avoir au sein de leur propre établissement. Il n'y avait pas forcément de communication entre les différents établissements. Depuis la création du dispositif, la communication est plus évidente, c'est à dire que si il y avait une intervention dans un établissement ils le savaient, et donc du coup, il y a eu il me semble une meilleure couverture des établissements, que ce soit les collèges ou les lycées » (Responsable Prévention Promotion de la Santé Mutualité Française PACA).

Enfin, les liens multiples qui unissent la Consultation Jeunes avec l'ensemble des composantes du dispositif constituent un atout majeur en termes de repérage et d'orientation. Les actions collectives constituent toujours l'occasion d'informer sur l'existence de la Consultation Jeunes.

« Oui, l'animateur en parle à chaque fois, oui. Puisqu'à la fin de chaque atelier, il y a les structures d'accueil de proximité qui sont abordées, il y a toujours une information là-dessus. Et puis ensuite, il y a une information plus personnalisée pour les élèves qui restent à la fin de l'atelier avec lui pour discuter. Et là il peut les orienter, et notamment sur cette consultation » (Responsable Prévention Promotion de la Santé Mutualité Française PACA).

« La consultation Jeunes a un public. Alors après, comment on le dit ? On le dit lors des interventions de la Mutualité Française, on le rappelle, on leur explique bien qu'il y a cette personne ressource » (Conseillère Principale d'Education du CIV).

2. Leviers permettant une dynamique territoriale autour des addictions

Les principaux leviers que les parties prenantes identifient pour impulser une dynamique territoriale autour des addictions sont de plusieurs ordres : ils se rattachent à l'action de proximité, au portage politique, au soutien financier émanant de la collectivité territoriale, mais aussi à la capacité à susciter une mobilisation communautaire autour des jeunes, ainsi que l'organisation en groupes de travail participatifs, thématiques, et multi-professionnels.

2.1. L'action de proximité

Le fait que le dispositif s'inscrive dans une unité territoriale « à échelle humaine » est valorisé par les parties prenantes comme la clé de l'efficacité du travail de réseau. De même, l'insertion personnelle des acteurs professionnels dans la communauté territoriale favorise la densité du maillage professionnel et la diversification des liens entre les habitants et les professionnels de première ligne.

« Le fait d'intervenir sur un territoire limité, qui permet à l'ensemble des ressources déjà de se connaître (...) Là l'unité géographique c'est la commune. Après, sur des grandes villes, la question du quartier... Le fait que la plupart des personnes autour de la table se connaissent déjà » (Coordinateur de santé publique Mutualité Française PACA).

« Après, c'est vrai que le public le plus en difficulté, on a plus de mal à le capter. Ce n'est pas forcément un public qui vient, mais on a une richesse sur la commune de Valbonne, c'est justement toutes ces associations de quartier, qui sont le vecteur, qui font relais (...) il y a aussi ces gens qui sont là, qui sont sur le terrain, qui connaissent les familles, et qui les mobilisent. Il y a ces relations de confiance. Ces institutions, elles font partie des familles, elles font partie du paysage familial, elles sont intégrées dans le paysage familial. C'est comme ça que sur Valbonne on arrive à capter ce public-là, parce qu'on a ces partenaires relais qui ont ce contact privilégié. De même, sur le service

Jeunesse de la ville de Valbonne. Ce sont des lieux ouverts, ces lieux, des lieux où les familles viennent, viennent chercher du réconfort, passent dire bonjour on leur offre un café. Il y a cet accueil, autant sur la Ferme Bermond que sur la MJC, et là on est bien implanté au cœur de ce quartier de Garbejaire, qui draine aussi le public du Haut-Sartoux, on est sur des quartiers qui sont tellement proches l'un de l'autre. Voilà, c'est un secteur sur lequel il est vraiment passionnant de travailler, vraiment passionnant » (Représentante CAF/REAAP).

2.2. Le portage politique

Le portage politique est également présenté par les parties prenantes comme une condition indispensable pour permettre au dispositif de se structurer et de se développer. Il présente l'intérêt d'exercer un arbitrage neutre, mais aussi de dynamiser la mobilisation des acteurs.

« Le fait que le dispositif ne soit pas porté par une structure mais par la commune, c'est là que je reviens sur la question de l'Atelier Santé Ville, je pense que c'est primordial. Ça permet de dépasser les clivages, les enjeux économiques...(...) c'est pour ça qu'à chaque fois qu'on présentait le dispositif, moi je tenais à ce que ce soit posé et positionné par l'Atelier Santé Ville et pas par la Mutualité Française. Le fait qu'on ait des comités de pilotage, ça permet à l'ensemble des opérateurs d'avoir un espace de communication, de régulation, s'ils n'étaient pas d'accord ils pouvaient le dire. Et le fait que ce soit porté par une entité qui ne soit pas associative, ça permet de limiter les sentiments d'hégémonie, le sentiment de récupération du dispositif » (Coordinateur santé publique Mutualité Française PACA).

« A partir du moment où les professionnels voient qu'il y a une dynamique, ils ont envie d'en faire partie. C'est au coordonnateur de créer cette dynamique (...) L'implication du politique est parfois nécessaire, parce que si tu as du mal à faire venir tout le monde lors d'une réunion, la lettre du Maire mobilise souvent et tout le monde vient » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

« Il y a le porteur de projet qui est la ville de Valbonne et qui met tout en œuvre pour que ça fonctionne, une véritable volonté d'associer, d'être au plus près du terrain et de mobiliser les gens de terrain, les gens qui connaissent les problématiques » (Représentante CAF/REAAP).

2.3. Le soutien financier

Le soutien financier est évidemment une condition incontournable pour rendre le dispositif productif et augmenter son efficacité. L'investissement financier de la commune a constitué le moteur qui a permis de disposer d'une structure de coordination sur le territoire, via la création et le soutien au fonctionnement de l'Atelier Santé Ville, mais aussi de financer la formation des employés communaux ou des professionnels du territoire exerçant auprès des jeunes habitants. C'est également cet investissement initial de la collectivité territoriale qui a permis de mobiliser des experts qui favorise la crédibilité des services proposés dans le cadre du dispositif. C'est également l'investissement initial de la commune qui a permis à son Atelier Santé Ville de mettre au jour les besoins, et par là de démontrer l'intérêt d'investir des crédits externes issus des autorités sanitaires (financement de la Consultation Jeunes sur les crédits médico-sociaux pérennes du CSAPA). Les parties prenantes mettent ainsi en valeur que la situation aisée de la commune de VSA a participé directement à la construction du dispositif, puisqu'elle investit des fonds qui permettent au dispositif de continuer son action, et ont permis de mettre au jour les besoins qui ont justifié l'apport de ressources externes.

« L'intervention d'expert a un coût aussi, il ne faut pas s'improviser... Si on veut faire un vrai travail, il faut avoir de vrais experts, et pour avoir de vrais experts, il faut prendre en compte l'impact financier qui n'est pas négligeable ». (Elue à la Santé).

« Aujourd'hui se pose la question des moyens, on le voit avant tout (...) Aujourd'hui la finance publique locale, elle ne va pas pouvoir pallier ad vitam aeternam. On a la chance encore d'être sur un territoire, qui bien que touché par la crise, est un territoire moins touché que d'autres, où on arrive encore à mener des actions. Sur d'autres territoires, on le voit bien, les collectivités locales n'ont plus les moyens de suppléer » (Directrice de la Solidarité et de l'Animation territoriale).

« Les leviers : déjà une volonté des acteurs, et le deuxième levier à mon avis, il est financier. Parce que si Valbonne a pu réussir, c'est qu'il y a eu, certes, cette volonté de tous les institutionnels, et ensuite ça a été sous tendu aussi, au départ par des subventions, puis par un relais financier par le biais d'une dotation au niveau du CSAPA. Si ça n'avait pas été finalement porté par le CSAPA, je ne sais pas ce que ça serait devenu à l'heure actuelle. (...) Parce que vous savez très bien que Valbonne n'est pas une zone prioritaire, donc je pense que nous n'aurions pas pu continuer à subventionner l'action (...) L'avantage de se rapprocher du CSAPA, c'est d'avoir pu obtenir un financement pérenne » (Représentante ARS PACA).

2.4. La capacité à susciter la mobilisation communautaire

La capacité à susciter la mobilisation communautaire est longuement discutée par les parties prenantes, qui considèrent que cet aspect de la coordination constitue le moteur de la dynamique territoriale autour des addictions. Elle peut être mieux comprise grâce à l'examen de plusieurs de ses caractéristiques. En premier lieu, elle s'appuie sur un pôle de référence qui associe mise en lien et crédibilité. On retrouve ici l'alliance des structures pivots qui combinent l'expertise du territoire et l'expertise thématique.

« Pour mobiliser les partenaires, la coordinatrice de l'Atelier Santé Ville doit maîtriser la problématique c'est essentiel, et puis aussi avoir des relations de confiance. (...) Après c'est de l'huile de coude, c'est énormément de travail, il faut aller chercher les gens, leur démontrer l'intérêt pour leur pratique, et puis ensuite les partenaires attirent d'autres partenaires. Donc c'est vrai que quand tu as un noyau dur de personnes que tu es parvenue à mobiliser, après les autres suivent » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

Le développement d'une culture commune sur le thème des addictions apparaît aussi comme le socle de l'investissement des acteurs de première ligne dans le dispositif Addictions.

« Ce qui a rendu possible cette mobilisation, c'est je crois, une volonté et une implication partagée par tous de mettre en place des actions concrètes et de trouver des solutions rapides, adaptées et pérennes. Ce qui a été un frein a été la mise en place d'un langage commun prenant en compte la diversité des intervenants : l'Education Nationale avec de nombreux corps de métiers, les parents d'élèves, les travailleurs sociaux, la gendarmerie, le personnel municipal... L'important était de trouver une direction commune, ainsi qu'une volonté partagée de mettre en place des actions réfléchies collectivement, mais aussi que les réflexions se concrétisent rapidement et que chacun puissent en voir le bienfait et s'enrichisse de la l'apport de corps de métiers très diversifiés. Et sur tous leurs aspects, parce qu'on n'a pas le même discours quand on est travailleur social, quand on est dans le secteur sanitaire, quand on est parent, quand on est dans l'éducation. Et ce qui est important c'est que ce discours devienne le même pour tous et que tous adhèrent aux actions mises en place pour quelles soient mieux relayées efficaces et efficientes » (Elue à la santé).

La démarche de concertation continue qui constitue une des lignes de force de l'organisation du dispositif explique d'autre part le maintien de cette mobilisation partenariale, car elle est alimentée par l'analyse des besoins et des attentes ainsi que la programmation des actions. L'implication des Elus, des experts et

des techniciens territoriaux renforce le sentiment d'utilité et de reconnaissance des parties prenantes et donc leur investissement.

« Les leviers, c'est la volonté d'une commune, on le voit sur Valbonne. Que ce soit sur le montage de ce dispositif là qui a été le fruit d'une vraie volonté politique, avec... Il y a une habitude de travail sur Valbonne qui n'existe pas forcément ailleurs : on a un PRE, on avait un PEL. On a eu l'habitude, sur Valbonne, je pense que les élus ont eu l'habitude, de travailler en concertation avec la population, en s'appuyant, ici dans le cas présent avec les fédérations de parents d'élèves, en travaillant avec les enseignants, c'est une longue habitude de travail, en travaillant avec les associations locales. Il y a cette vraie volonté, et cette vraie sensibilité des élus de Valbonne à ne pas travailler dans leur coin. Quand ils montent un dispositif, quand ils prennent en compte une problématique, je pense qu'ils le font intelligemment et ils associent un maximum de partenaires, de représentants des citoyens de la commune. Je crois qu'on est sur une situation particulièrement exceptionnelle à Valbonne à ce titre là, par rapport à d'autres communes... (...) Quand ils décident de mettre en œuvre un dispositif, ce n'est pas que de l'affichage, derrière on met les moyens et on soutient, et on fait en sorte qu'un maximum de ressources soit mobilisé. Il n'y a pas de barrages institutionnels avec Valbonne, on prend tout ce qui est bon à prendre et on co-construit. Ils sont vraiment dans cette logique là. C'est ce qui fait la richesse et la réussite de ces projets et de ces dispositifs, et c'est ce qui fait qu'on a ce maillage là sur Valbonne (...) Il y a cette implication de l'Education Nationale aussi qu'on ne retrouve pas partout, cette relation privilégiée avec l'Education Nationale, que ce soit les enseignants, que ce soit les services sociaux qui interviennent sur les établissements scolaires, je trouve qu'on a une vraie relation privilégiée avec le monde enseignant, qui est impliqué, qui se sent impliqué. » (Représentante CAF/REAAP).

La convivialité dans la dynamique des groupes de travail constitue une dimension humaine qui favorise le maintien de l'activité dans le temps.

« La convivialité est aussi un point important, c'est le côté humain qui m'a beaucoup... Qui a fait que le réseau a perduré, qu'on y allait avec plaisir, et qu'on ne se disait pas : tiens encore une réunion. C'est vrai qu'on retrouvait des gens avec qui on avait plaisir à travailler donc c'était un point important » (Principal Adjoint du Collège de l'Eganaude septembre 2009-juin 2013).

La dynamique de groupe qui investit les membres de la communauté dans la mobilisation autour des addictions valorise également l'engagement personnel de tous les membres de la communauté territoriale qui peuvent avoir un contact ou qui peuvent accompagner un jeune dans son parcours vers l'âge adulte.

« Le principal levier, c'est avoir le sens du bien commun (...) Mais l'idée de fond quand même de tout ça, ça m'évoque un proverbe africain, qui dit : il faut tout un village pour élever un enfant. Et ça, si on arrive à faire passer cette mentalité, et bien ce sera gagné. Ça veut dire qu'il faut qu'on se sente responsable des enfants des autres, et je crois que c'est ça le nœud du problème. Parce que, que son enfant fasse de belles études, qu'il tire son épingle du jeu, et qu'il ait une belle situation dans une société pourrie, où ce sera la jungle, ce n'est pas très réjouissant (...) Mais je crois qu'avant tout, il y a quelque chose à faire sur l'histoire : il faut tout un village pour élever un enfant, pour que vraiment, augmenter la solidarité, augmenter le maillage des adultes, au niveau des parents, autour des jeunes. Que les parents se sentent responsables un peu des copains de leurs enfant » (Présidente de l'Association des Parents d'élèves Indépendants).

Enfin, s'adapter aux contraintes professionnelles des partenaires, mais aussi aux contraintes personnelles des habitants est enfin une condition technique pour assurer la mobilisation des parties prenantes et du public.

« Il y a eu quand même un atelier, qui a été fait à la Ferme Bermond, et où il y a eu du monde, mais où on avait vraiment mis le paquet, il y avait une navette pour transporter les gens, le bus communal, et puis il y a eu l'investissement du service Jeunesse qui avait organisé une garderie pour les enfants (...) A fortiori, les mères toutes seules, il faut les aider à venir, sinon elles ne viendront pas. Ça c'est très, très important » (Présidente de l'Association des Parents d'élèves Indépendants).

« Il y a une ouverture d'esprit, il y a une prise en compte des spécificités de chacun, et cette volonté de prendre le meilleur, de prendre ce qui nous intéresse et de solliciter et de fédérer les gens, avec ce qu'ils sont, ce qu'ils apportent, leurs contraintes institutionnelles, mais que l'on respecte » (Représentante CAF/REAAP).

2.5. La démarche participative et le fonctionnement en groupes de travail thématiques et pluri professionnels

En dernier lieu, la démarche participative qu'implique le fonctionnement en groupes de travail thématiques et pluri-professionnel est un aspect de l'organisation qui est désigné comme le moyen de maintenir la dynamique partenariale dans la durée.

« C'est le comité de pilotage et les groupes de travail, qui rythment notre action commune. Après, il faut toujours être vigilant parce qu'on est entraîné par les acteurs que nous avons mobilisés. Aujourd'hui on est surtout centré sur les groupes Education Nationale, Parentalité et Jeunes en insertion, mais il faut dynamiser le groupe sur les étudiants. Il y a tout cela qui rythme, ce n'est pas seulement nos actions, c'est vraiment cette méthode de travail qui informe tout le monde sur nos actions, et qui permet d'analyser si elles ont effectivement répondu aux objectifs qu'on s'était fixé au départ » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

« Effectivement, notamment avec les CPE de tous les établissements, c'est la seule occasion (que nous avons de tous nous retrouver). Pour avoir travaillé sur d'autres communes, Antibes, Cannes-la-Bocca, Mandelieu, Cagnes sur mer, c'est quand même ici à Valbonne le seul endroit où en dehors de notre volonté de vouloir connaître le réseau partenarial avec lequel on travaille et essayer de travailler avec tout ce réseau, là la mairie de Valbonne nous a facilités la tâche. Par ce biais là, par ces groupes de travail qui nous permettent de travailler tous ensemble, avec les différents établissements, ça nous simplifie la tâche et ça améliore notre efficacité » (Assistante sociale scolaire).

« Au départ, chacun faisait ces trucs dans son coin. Et là, ça a vraiment permis de mettre une cohérence dans les actions assez intéressante. Je pense que si il n'y avait pas eu ce groupe de travail, il y a pleins de manifestations qui n'auraient pas eu lieu » (Présidente de l'Association des Parents d'élèves Indépendants).

« Tout ce qui se dit quand on se rencontre, on fait des bilans, on se projette, on analyse, enfin voilà, on entend. Le but est atteint. Sur les objectifs qu'on a actuellement, le but est atteint » (Responsable Service Loisirs Jeunesse communal).

Notons enfin que la mise à disposition d'un réseau partenarial jeunesse constitué sur le territoire de proximité, par le biais du dispositif, augmente de façon significative la capacité de l'Education Nationale à s'investir dans le développement des projets de prévention santé ou de citoyenneté.

« Il y a quelque chose qui peut être intéressant pour la généralisation du dispositif : les chefs d'établissement bougent, on fait en moyenne cinq ans sur un établissement scolaire, on change souvent de commune, donc on arrive souvent dans un milieu qu'on connaît peu. On connaît le fonctionnement interne, mais on ne connaît jamais ou on connaît mal le tissu associatif, on ne connaît pas les partenaires. Donc on a besoin effectivement d'avoir un relais dans la communauté au sens large, qui nous permet d'établir ces liens, quelqu'un qui connaisse bien l'environnement de manière générale. C'était le cas avec l'Atelier Santé Ville sur la commune de Valbonne » (Principal-Adjoint du collège de l'Eganaude septembre 2009-juin 2013).

3. La plus-value de l'action du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis

La plus-value du dispositif Addictions pour la prévention et la prise en charge des jeunes sur le territoire de Valbonne Sophia-Antipolis peut être appréhendée grâce à l'expertise des parties prenantes qui portent un jugement de valeur sur l'intérêt du dispositif et les bénéfices qu'il apporte. Cette expertise peut d'autre part être mise en perspective avec des témoignages indirects, ainsi qu'avec des enquêtes de satisfaction conduites auprès de participants aux actions collectives, qui informent sur la perception des actions par les bénéficiaires. L'ensemble de ces éléments apporte un éclairage qualitatif sur l'impact que l'action du dispositif a pu avoir sur les parcours de vie et les parcours de consommation des jeunes habitants.

3.1. La plus-value du dispositif selon les parties prenantes

L'analyse transversale des discours des personnes rencontrées permet de dégager quatre catégories de bénéfices pour organiser leur perception de la plus-value d'ensemble du dispositif : peuvent être distingués des bénéfices en termes de qualité des pratiques professionnelles, des bénéfices en termes d'actions socio-éducatives, des bénéfices en termes de repérage précoce, ainsi que des bénéfices en termes d'accès aux soins.

3.1.1. Plus-value du dispositif en termes de qualité des pratiques professionnelles

Le partage de l'information et la mutualisation des compétences

Le partage de l'information et la mutualisation des compétences constituent un des premiers bénéfices soulignés par les professionnels. L'espace multi-professionnel que propose le dispositif Addictions permet de s'engager dans la réalisation de projets en s'appuyant sur les ressources que celui-ci met à disposition.

« L'intérêt il est que sur les actions santé et citoyenneté, les établissements ne travaillent généralement pas en réseau. Autant on peut être amené à travailler ensemble sur des questions pédagogiques ou administratives, autant sur tout ce qui est santé et citoyenneté, on n'a pas l'occasion de le faire. On n'a pas de structure, le bassin d'éducation et de formation n'a pas généralement un volet santé, donc ça nous a amené à travailler ensemble sur ces questions là, à confronter nos expériences, à partager, oui à mutualiser les expériences. Ça a été là aussi un élément important. Ça m'a permis également de travailler avec les personnels sociaux et médicaux des autres établissements. Ça leur a permis aussi à eux de travailler ensemble, puisque dans le groupe de travail Education nationale figuraient aussi les infirmières et les assistantes sociales. Donc ça a permis de mettre tous ces personnels ensemble, ce qui est une occasion qu'on n'a pas dans la structure Education nationale. Intérêt aussi... Oui c'est essentiellement de partage, d'échange de pratiques, de mutualisation d'expériences, et d'outils aussi éventuellement » (Principal-Adjoint du collège de l'Eganaude septembre 2009-juin 2013).

Le partage de l'information et la mutualisation des compétences que le réseau Addictions a construit sur le territoire valbonnais permet aux professionnels de première ligne qui se trouvent dans une relation individuelle avec un parent ou un jeune de ne plus se sentir démunis pour l'orientation et le conseil.

« Je pense qu'on en revient toujours à la même chose : le principal atout, c'est justement ce partenariat ! Un partenariat multi-professionnel, où chacun se fait confiance, où personne ne garde

un usager captif mais au contraire a tout à fait confiance à le confier à un autre, soit parce qu'il ne s'estime pas compétent ou parce qu'il estime qu'il doit donner le relais, parce que c'est l'autre qui va assurer la prise en charge. Souvent, dans un premier temps, on fait d'abord un bilan, le point sur une situation, et après on confie à un professionnel qui va lui prendre en charge le problème de façon plus approfondie. Je pense que c'est ça le premier bénéfice du dispositif » (Représentante ARS PACA).

« On fait le lien avec le Point Ecoute Santé et le Dispositif Addictions, on fait le lien (...) Nous on est animateurs, donc on pose des questions, on attend les retours, et en fonction on dirige, on transmet le bébé » (Responsable Service Loisirs Jeunesse).

Cela vaut également pour les professionnels qui se trouvent dans le cadre de l'organisation d'une action collective, pour assurer sa cohérence au regard de l'ensemble des actions proposées, en termes de thématiques abordées, de couverture géographique ou de tranches d'âge, ou bien pour mieux répondre à une problématique ponctuelle localement identifiée.

« Et ensuite j'ai bien compris que l'Atelier Sant Ville servait à ça, c'était de diagnostiquer ponctuellement quelles sont les problématiques, et donner une réponse réactive, à court terme, à moyen, ou long terme, en consultant les partenaires. (...) C'est la connaissance concrète de ce qui se passe sur le lieu. Sur le lieu et identifié par les différents partenaires, et pluridisciplinaire : chacun dans sa discipline a identifié cette problématique, grâce à un diagnostic, mais chacun a un avis là-dessus et c'est ça qui est intéressant. Le Binge drinking était identifié par tout le monde visiblement... Sauf par les gendarmes ! (...) pour les professionnels, c'est ce que je disais tout à l'heure, pour moi c'est ça, c'est la richesse en fait. La richesse des intervenants, et travailler plus souvent ensemble » (Commandant de brigade BPDJ).

Le gain de temps

Les professionnels soulignent que leur insertion dans le dispositif Addictions les conduit à gagner du temps tout en augmentant corrélativement la qualité du service rendu.

« La plus value... Très pratiquement, c'est autant de travail, de mise en commun, de contacter les personnes, que l'on n'a pas à faire : il faut être très franc. La partie éducation santé et citoyenneté, dans le travail d'un chef d'établissement, c'est un petit pourcentage, on ne peut pas y consacrer énormément de temps. Donc c'est un gain de temps énorme d'avoir, au niveau communal, une structure ou une personne qui se charge justement de mettre en commun, d'identifier, de faire se rencontrer, d'assurer le suivi, d'organiser les réunions, de faire les comptes-rendus, sur justement ce travail de territoire. Quand il faut le construire soi-même dans le cadre d'un établissement scolaire, c'est beaucoup plus compliqué, et ça demande effectivement un investissement personnel et un temps qui est très important » (Principal Adjoint du collège de l'Eganaude septembre 2009-juin 2013).

« *(Pourquoi s'investir dans le dispositif Addictions de Valbonne ?)* Et bien parce que ça a un grand intérêt ! D'une part pour la qualité des prises en charge, et puis de travailler avec des collègues qui sont impliqués, c'est bien (...) Il n'y a plus qu'à s'insérer dans un système déjà coordonné, c'est quand même plus facile. Quand tu as une action, qui ne repose au niveau de la dynamique que sur ce que toi tu peux mettre en place, à un moment ça s'arrête. Alors que là c'est l'inverse, donc c'est bien, c'est le réseau qui porte. La mission locale, les éduc de rue, qui sont là, ça se fait presque naturellement maintenant » (Médecin addictologue, Directeur CSAPA).

La mise à disposition d'experts

La mise à disposition d'experts constitue un atout majeur du dispositif pour les acteurs du territoire, du fait du temps gagné dans la recherche des opérateurs, mais aussi du fait de la caution intellectuelle que ces intervenants apportent aux interventions mises en œuvre, et de leur relation désengagée avec le public. On retrouve ici la question déjà évoquée de la garantie institutionnelle que le dispositif offre aux professionnels non spécialistes.

« Mais une fois que le projet a été présenté par le coordinateur du programme P3 à l'ensemble des équipes, parce qu'il y a souvent une certaine méfiance pour les projets présentés par un chef d'établissement, ils se demandent s'il n'y a pas un piège ! Donc là d'avoir une personne extérieure qui présentait le projet, dans sa dimension communautaire et sociale, ça a permis d'avoir l'appui, en tout cas des trois enseignants de SVT, et même d'autres, qui tout en sachant qu'ils ne seraient pas directement impliqués, se sont intéressés en tout cas à ce projet, et ont participé à un stage qui était proposé aux enseignants de SVT, et qui a été en fait suivi à l'Eganaude par une dizaine d'enseignants, dont les trois enseignants de SVT et 7 autres qui ont souhaité y assister, même si à terme ils n'ont pas participé au projet. Donc il y a eu un intérêt qui a dépassé le public visé même parmi les enseignants du collège » (Principal-Adjoint du collège de l'Eganaude septembre 2009-juin 2013).

3.1.2. Plus-value du dispositif en termes d'action socio-éducative

Le renforcement du maillage autour des jeunes

Le renforcement du maillage autour des jeunes est considéré comme un des principaux bénéfices de l'action du Dispositif Addictions, qu'il s'agisse de proposer des interventions tout au long des parcours de vie, d'investir les différents lieux de vie des jeunes pour être accessibles, ou d'être en capacité de détecter une conduite problématique et d'orienter vers la sphère spécialisée.

« Les atouts du dispositif : en premier, ce sont les points de relais avec les professionnels de la santé qui sont d'un très bon niveau : Djahida Hemadou (Psychologue CJC), le Dr Airaudi (Médecin addictologue CSAPA), le Dr Goudard (Pédopsychiatre CH Antibes). Ce sont vraiment des gens qui sont formés à ça, qui ont un très haut niveau de qualification. Et la Mairie qui fait ce point central, qui fait le relais vers différents points, ce qui fait que la personne en souffrance, adolescente ou adulte, peut se retourner, et sait où être prise en charge. Ca c'est super important. Premier point. Ensuite, l'information des parents, on en revient toujours aux mêmes points, l'information des parents ça c'est primordial, information des parents, des adolescents, des enfants » (Représentante PEEP Collège Niki Saint Phalle 2008-2012, et APE Lycée Simone Veil 2012-2013).

« Evidemment ça renforce le travail, ça permet une meilleure efficacité, ça facilite l'orientation, à nous seul on ne peut rien résoudre. Au plus le réseau est bien repéré et affiné, au mieux on peut orienter et donc améliorer l'aide qu'on apporte aux jeunes et aux familles (...) Ca permet d'être plus rapide et plus efficace. Parce que bien sûr le partenariat ça fait partie de notre travail, avec les partenaires sociaux, les Maisons des Solidarités, après l'affinage au niveau du tissu associatif et de tous les autres partenaires, parfois si ce travail de réseau n'est pas vraiment bien fait, on peut passer à côté » (Assistante sociale scolaire).

« Aujourd'hui, qu'on soit un usager ou qu'on soit un professionnel, si tu es confronté à cette thématique ou à cette problématique, puisque les addictions au delà d'une thématique peuvent devenir une véritable problématique, je pense que localement tu peux rapidement trouver des réponses aux situations dans lesquelles tu te trouves, ou auxquelles tu es confrontée. Et en plus de ça, au delà de ce qui est mis en place au niveau des addictions, en effet on parle de la Mutualité Française, avec derrière qui amène tout son réseau, on parle du CSAPA, tu peux aller encore plus loin avec le CMP, c'est vraiment gradué » (Directrice de la Solidarité et de l'Animation territoriale).

En ce qui concerne les actions collectives, la mise à plat qu'implique une stratégie raisonnée par le collectif conduit à mettre de la cohérence dans les services proposés et le maillage qui est construit autour des jeunes, en termes de couverture territoriale, de tranches d'âge des bénéficiaires et de thèmes abordés.

« Je pense que c'est à un moment donné d'y voir un peu plus clair dans les stratégies qui sont développées, et de s'inscrire, non plus uniquement, je parle de la prévention, sur des activités parachutées, mais dans une volonté de mise en cohérence des actions. C'est pour ça d'ailleurs qu'on a développé des actions de prévention en école élémentaire, en plus des actions en lycées et en collèges, et puis d'essayer d'éviter les doublons... d'essayer de mettre en cohérence l'offre de prévention à l'attention des adolescents » (Coordinateur santé publique MF PACA).

Agir plus en amont

L'une des plus-values du dispositif Addictions a été de mettre en évidence la nécessité d'agir toujours plus en amont dans le parcours des jeunes, pour agir sur les déterminants psycho-sociaux avant la confrontation et l'entrée dans un parcours de consommation. L'introduction d'une action auprès des élèves de l'école primaire par le biais du thème « sommeil et écran » a conduit en 2013-2014 à l'ajout d'un atelier sur les techniques permettant de résister à la pression des pairs, mais aussi au désir du personnel enseignant de s'investir dans une action plus poussée de développement des habiletés psychologiques et sociales, qu'il juge positivement en termes de prévention des conduites addictives autant qu'en termes d'éducation à la citoyenneté.

« (Par rapport à cette action sommeil et écran, vous avez des retours des enseignants ?) Oui, ils trouvent ça formidable. Ils trouvent ça formidable, c'est lié au contenu, et c'est lié à la personne qui le fait. (...) il savait captiver les enfants, il savait les captiver, les prendre en compte, les considérer comme des personnes, et pas comme des petits, il n'était pas donneur de leçons, c'était vraiment, vraiment bien, vraiment (Est-ce que vous avez des retours des élèves ?) En général, ça se fait en fin d'année... Oui, sur le coup, ils sont contents. Ça répond en plus à leurs angoisses, notamment au niveau du collège, parce que du coup ça déborde toujours sur l'entrée prochaine au collège, sur le savoir dire non. Quoi qu'on ne l'avait pas fait formellement l'année dernière le « savoir dire non », mais ça débordait toujours sur ça. Oui, ça les rassurait » (Directrice de l'Ecole primaire de Garbejaire).

« Il y a une professionnelle de l'Education Nationale qui me disait qu'elle était certaine que les actions conduites auprès des enfants amenaient les parents à se poser des questions, parce que les enfants discutent des ateliers avec leurs parents et ça suscite l'intérêt des parents. Il y a un autre regard des parents, et les parents sont plus ouverts à la discussion, ils se livrent un peu plus quand il y a un travail qui a déjà été débroussaillé avec l'enfant. Et c'est l'enfant en fait qui amène le sujet de conversation avec ses parents. Les ateliers sommeil et écran, certains parents en ont discuté après avec l'institut, ou avec la directrice de l'école : on s'est prêté au jeu et on s'est rendu compte qu'il était trop sur l'ordinateur. Et c'est beaucoup plus simple pour eux d'aborder le sujet ensuite » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

Les actions collectives pour modifier les représentations et développer l'esprit critique

Les actions collectives, qu'il s'agisse des conférences de sensibilisation aux parents, des ateliers d'appui à la parentalité, des actions collectives menées en milieu scolaire, ou auprès des jeunes en insertion, sont considérées comme un vecteur permettant de modifier les représentations en profondeur, et de développer l'esprit critique. Dans la citation suivante, l'expression « bus Kéfa » est utilisée pour désigner l'équipe du bus santé Jeunes, qui coordonne le programme P3²⁰.

« Je pense que c'est excellent. C'est excellent parce que... Alors... Ce qui a été mis en place c'est très important pour les parents en premier, parce que c'est eux qui donnent l'éducation, c'est les parents qui transmettent l'éducation aux enfants. Si les parents ne sont pas au courant de ce qui se passe dans la société, ils risquent de passer à côté de beaucoup de choses très importantes pour ouvrir les yeux à leurs enfants. Les enfants eux aussi doivent être au courant qu'il ne faut pas suivre le groupe. Et ça c'est vrai que les ateliers avec le bus Kéfa, ça permet de leur donner aussi une certaine autonomie, une certaine indépendance (Un regard critique) Voilà, un regard critique. Et puis ne pas suivre les autres comme de simples moutons de Panurge » (Représentante PEEP Collège Niki Saint Phalle 2008-2012, et APE Lycée Simone Veil 2012-2013).

²⁰ L'équipe du Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA est, comme on l'a déjà mentionné, financée par le Conseil Général des Alpes-Maritimes. Le Conseil Général des Jeunes des Alpes-Maritimes a rebaptisé le Bus Santé Jeunes « Bus Kéfa », « Kéfa » étant une expression niçoise utilisée par la jeunesse qui signifie à peu près : « est ce que tu sais ce que tu fais là ? »

« Pour revenir sur ce qu'on fait dans le cadre du dispositif, je pense que c'est très intéressant et que c'est nécessaire ce qu'on fait. Il y a une action, par rapport aux parents de dédramatisation et leur faire voir les choses de façon réaliste : parce que si ils disent : tu as fumé un joint, ça y est, tu es foutu, tu es un drogué, ça ne va pas ; ou leur dire : il faut jamais y toucher parce que c'est très dangereux, et puis le gamin fume et il voit bien qu'il ne se passe rien, donc ça ne va pas... » (Présidente de l'Association des Parents Indépendants).

« Mais on est complètement dans l'efficacité : au niveau de ce qui est proposé, en termes d'actions, pour le groupe « parents », je pense qu'on répond aux préoccupations actuelles des parents, sur des sujets qui sont primordiaux. Au niveau de l'adolescence, de la préadolescence, sur les substances psychoactives, sur l'alcool, sur l'addiction aux jeux, sur les dangers d'internet, je pense que c'est véritablement actuellement les préoccupations des parents. Et on y répond pleinement » (Représentante CAF/REAAP).

« Au niveau du lycée, il y a la Mutualité Française qui intervient à raison de deux heures par classe. Ce sont des séances qui sont animées par une personne de la Mutualité et le dialogue s'établit extrêmement bien. Et ça passe très, très bien, on n'est pas dans la répression, on n'est pas dans la moralisation, mais voilà on discute, on échange, on ose dire des choses. Alors bien évidemment, il n'y a pas d'adultes des équipes éducatives qui se trouvent là au moment des échanges et je pense que c'est une petite piqûre de rappel qui est nécessaire » (Conseillère Principale d'Éducation du CIV).

Selon les partenaires, les conditions d'exercice partenariales du programme P3 (Prévention Pérenne Pluridisciplinaire), avec ses 4 séances qui se déroulent au cours de l'année de 4^e, sont propices à l'efficacité des interventions auprès des jeunes. La Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile qui est inscrite dans le maillage partenarial du programme P3 constate un renforcement de la qualité de ses interventions quand elles se déroulent dans le cadre du P3 plutôt que de façon ponctuelle. Le personnel de l'Éducation Nationale insiste surtout sur l'intérêt de pouvoir associer le personnel en interne et donc sur la continuité qui est assurée auprès des élèves, l'anticipation des séances, ce qui permet d'inscrire le programme dans un projet pédagogique. Si l'impact de ces séances n'est pas évalué (combien de jeunes auront moins consommé du fait d'avoir participé au programme P3 ?), les parties prenantes remarquent l'adéquation des séances avec les préoccupations des élèves, et valorisent notamment le focus sur l'amélioration des habiletés psychologiques et sociales.

« C'est pour ça que l'idée du programme P3 est bonne, sur l'allongement de l'intervention, qui se concentre sur plusieurs points, et à plusieurs niveaux. On associe les enseignants. On se retrouve encore aujourd'hui dans des situations où les enseignants sont surpris qu'on soit là « ah bon ? On n'a pas cours aujourd'hui, c'est vous qui les prenez ». Ça veut dire que rien n'a été préparé, rien n'a été anticipé. Ce n'est pas la majorité, mais c'est vrai que lorsqu'on travaille sur le P3 par exemple, on a cette facilité, enfin, on a cette démarche qui fait que c'est préparé. Les jeunes s'attendent à ce déroulé de l'information, et de la sensibilisation, et de logique » (Commandant de brigade BPDJ).

« La difficulté de toutes les actions menées dans les établissements scolaires en termes d'éducation à la santé et à la citoyenneté, c'est qu'elles arrivent souvent, et ça c'est la structure de l'enseignement secondaire qui le veut, de manière assez brutale, elles sont souvent peu préparées. La difficulté d'associer le professeur principal de la classe, qui devrait être la personne qui assure la continuité de ces interventions avec la classe, mais qui souvent, pour des raisons d'emploi du temps, ne peut pas être présent lors de ces interventions, donc n'a pas reçu les mêmes informations que les élèves, et puis la difficulté parfois du manque d'intérêt des professeurs principaux sur ces questions qui leur semblent dépasser le domaine scolaire et éducatif. Donc elles arrivent parfois brutalement, elles ne sont ni préparées, ni anticipées en ce qui concerne les élèves, et souvent pas suivies. Donc là, le fait d'avoir plusieurs interventions sur la durée, et en association avec un enseignant de la classe qui est l'enseignant de SVT, permettait d'assurer la continuité et d'avoir une réactivation, un renforcement, un retour, sur les informations qui avaient été données » (Principal-Adjoint du collège de l'Eganaude septembre 2009-juin 2013).

« « Moi je pense que le programme P3 est très bien perçu dans les établissements, et au niveau des élèves et au niveau des professionnels. Après quant à l'impact, le résultat de la prévention, on n'a pas d'élément. Après pour participer comme je peux, en fonction de ma disponibilité sur les établissements, surtout quand le P3 se faisait quand même au CIV, à l'Eganaude et à Niki, donc ça représente beaucoup de classes, mais je participe toujours au théâtre interactif, je vois bien que c'est une nécessité. Les jeunes ont beaucoup de questionnement, et dans leurs comportements, les risques c'est quelque chose, pour certains ils vivent dedans ou à côté, donc ce travail est totalement adapté et indispensable (...) le P3 est très complet et il y a un bon balayage des questions des jeunes » (Assistante sociale scolaire).

« Parce que c'est complet, et que ce n'est pas un truc qui est plaqué un jour, et puis on n'en parle plus, mais c'est plusieurs séances, et avec des intervenants différents, qu'il y ait autant la gendarmerie, que l'assistante sociale, ça permet aux jeunes de voir les choses sous plusieurs angles. Que les profs de SVT s'impliquent dedans, et puis qu'ils acquièrent une vision différente, qu'ils ne fassent pas juste un cours, je pense que c'est très intéressant. Ça permet aux jeunes de voir toutes les ressources qu'ils ont pour les aider, et l'aspect sur les habiletés psychologiques et sociales, leur faire voir comment ils peuvent réagir, c'est vraiment très important. Parce que les jeunes, quand ils ont un problème, ils ont tendance à rester entre pairs (...) Donc c'est pour ça, que cet aspect du programme P3 c'est très important » (Présidente de l'Association des Parents d'élèves Indépendants).

L'efficacité des actions collectives ponctuelles étant remise en question à l'heure actuelle, les parties prenantes du dispositif tiennent à souligner que l'inclusion cohérente de différentes actions ponctuelles successives par le biais du dispositif renforce vraisemblablement leur impact sur le développement de l'esprit critique. Le territoire se charge ainsi d'organiser un parcours préventif pour que les actions prévues pour être ponctuelles initialement s'inscrivent en réalité de façon cohérente dans la durée des parcours de vie et touchent tous les jeunes habitants.

« Contrairement à ce qu'ils disent, quand ils disent que des actions collectives ce n'est pas efficace, je pense qu'à force de le faire depuis des années, et qu'on te conduit à réfléchir sur toi et ton comportement depuis que tu es gamin, nous commençons avec la réflexion sur sommeil et écran chez les petits, moi je suis persuadée au contraire que c'est constructif, au delà de la question des addictions, ça les conduit à développer leur esprit critique, et c'est bon pour eux dans tout domaine » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

Le développement des actions de prévention sur le territoire par le biais du dispositif a également permis l'ouverture des actions de prévention vers le public des jeunes les plus démunis, déscolarisés et parfois déjà inscrits dans un parcours délinquant. Les professionnels du champ socio-éducatif investis dans l'accompagnement des jeunes en insertion (groupe focal n°1) estiment cependant que le nombre d'interventions et le public touché à l'heure actuelle reste relativement réduit. De plus, chaque groupe n'a connu que des interventions ponctuelles.

« Régulièrement sur la Mission locale ils ont déjà eu des journées de sensibilisation des addictions, et nous après on en fait aussi (...) on a un public très lourd. Quand il y en a un qui ne fume pas la cigarette, c'est rare. On en a régulièrement qui n'ont jamais touché à la drogue, mais quand je dis régulièrement, c'est deux, trois par an, ça ne va pas au delà. Si il y en a (...) On est déjà pour pas mal d'entre eux face à des gens qui ont déjà été repérés comme gros consommateurs, voire comme dealers, puisqu'il y en a beaucoup qui font de la prison pour ces questions là (...) Pour nous, la manière dont les gens consomment, c'est vraiment un gros frein pour l'emploi (...) Concernant ces actions, j'ai envie de dire : ça a un impact, mais pas forcément à effet immédiat. Je pense que c'est une graine qui un jour les fera réfléchir » (Directrice Chantier d'insertion CMieu).

« Au niveau du FJT, c'est toutes les actions de prévention qu'on a pu mettre en place ou qu'on pourra mettre en place sur tout ce qui touche à l'addictologie, puisque le public du FJT, c'est quand même un public relativement fragile pour une partie, et avec les actions de prévention, ça nous

permet quand même de bien travailler sur le projet du jeune et sur le repérage éventuel d'addiction quel qu'elle soit » (Animateur socio-éducatif FJT).

« Quand il y a des problèmes de toxicomanie, c'est plutôt du côté soin qu'on s'oriente plutôt que sur le travail de prévention. Je dirais hélas, parce qu'à chaque fois qu'on a pu faire des actions de prévention c'était de qualité et les jeunes étaient vraiment... Il a une façon d'intervenir qui fait que les jeunes ne se renferment pas, au contraire, sont bien à l'écoute, participent, et ça a une très grande efficacité. Mais on a hélas très peu l'occasion de le faire » (Educateur spécialisé Prévention CASA).

3.1.3. Plus-value du dispositif en termes de repérage précoce

Les formations pour modifier les représentations et favoriser le repérage précoce

L'accès à la formation pour tous les professionnels du territoire représente un atout majeur du dispositif aux yeux des parties prenantes. Elles permettent de prendre de la distance par rapport à ces propres représentations et à l'influence qu'elles peuvent avoir dans une relation d'aide, mais elles permettent également d'augmenter la capacité des professionnels de première ligne à effectuer un repérage précoce des conduites problématiques ou des signes qui peuvent être avant coureurs.

« En fait, le dispositif, au delà des actions qu'il a pu générer, avait dans un premier temps aussi comme objectif, un changement de représentations des professionnels locaux par rapport aux addictions, et par rapport à la prévention. Je pense que le premier travail qui a été réalisé, ça a été de produire ce qu'on appelle une culture commune par rapport à la question des addictions, par rapport à leur prévention, ce qui amène la mise en place d'un référentiel commun. Ça permet une meilleure articulation, d'une part de la détection que peuvent avoir les professionnels de première ligne qui ne sont pas spécialisés dans les addictions, et les dispositifs de prévention, de prise en charge et d'accompagnement. Je pense essentiellement à la mission locale, où les choses ont considérablement changé dans leur manière d'appréhender les problèmes d'addiction, et faciliter par là même les orientations » (Coordinateur de santé publique Mutualité Française PACA).

« Moi ça m'a beaucoup servi, sur l'identification, sur la compréhension de la dépendance, comme elle s'installe, sur les connaissances en matière d'addiction. Est-ce que j'en aurais besoin de plus aujourd'hui ? Non, parce que dans ma mission, j'en connais assez pour faire le lien, et qu'à un moment donné, ce n'est pas mon rôle que d'aller au delà dans l'accompagnement au niveau d'un jeune » (Conseillère pour l'emploi Mission Locale).

« Ces trois mots là que vous citez en introduction, ni dramatiser, ni banaliser, ni culpabiliser, ce sont les mots que je garde de la formation en fait. Evidemment, on nous a parlés beaucoup de produits, mais c'est surtout un regard là-dessus, et c'est surtout au delà de la consommation, voir ce qu'il y a au delà de la consommation en fait. Et là pour le coup, ça m'a beaucoup aidé dans mon quotidien, quand je reçois les élèves, et même si je crois qu'ils consomment, j'essaie de les amener à réfléchir sur ce qu'ils sont, ce qui leur manque, qu'est ce qui manque à leur vie, ou qu'est ce qu'ils cherchent (...). Ce que je garde de cette formation c'est vraiment ce regard là, un autre angle de vue que de se dire... Peut-être qu'avant j'étais plus, pas dans la moralisation, pas dans l'affolement, oui peut-être un peu... » (Conseillère d'Education du collège de l'Eganaude).

« *Cela vous aide dans votre travail auprès des jeunes au quotidien ?* Oui, bien sûr, oui. Déjà pour comprendre les risques liés à la consommation, et pouvoir me permettre dans l'échange avec l'élève, de leur apporter soit de l'information, soit de les alerter » (Assistante sociale scolaire).

L'implication des professionnels de proximité et de la communauté dans la prévention et le repérage des addictions

L'implication des professionnels de proximité dans la prévention et le repérage des addictions, et plus largement des adultes de la communauté territoriale, est considérée par les parties prenantes comme une des réussites majeures du dispositif, car c'est le développement des connaissances et la mobilisation qu'il a suscité qui permettent de déployer ces relais sur le terrain.

« Il y a toute une approche qui est collective : on parle le même langage, on va dans le même sens, on sait de quoi on parle, on est dans un discours commun qui ne banalise pas mais qui s'attache à ne pas dramatiser non plus. Tous, y compris les fédérations de parents d'élèves, qui ont cessé de diaboliser et qui au contraire travaillent sur la déculpabilisation des parents, pour qu'ils aient envie de venir aux ateliers. Ça je pense que c'est très positif, parce que tout le monde participe à la même dynamique » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

« On constate, en tout cas, chez les personnels municipaux, une meilleure connaissance de la problématique, on constate également une meilleure capacité à alerter. Bien qu'elle ait un rôle important, il n'y a pas que la formation, il y a aussi le fait d'être en capacité d'échanger avec ses pairs et donc, de pouvoir plus facilement apporter des réponses, ou de trouver l'interlocuteur qui pourra apporter la réponse. On sent aussi chez les intervenants au niveau collèges et lycées, une bien meilleure maîtrise, notamment chez les infirmières, sur l'approche de la problématique. Chez le personnel éducatif de l'Education Nationale aussi, on sent que les gens sont plus à l'aise, en tout cas, il y a beaucoup moins de tabous et ils se sentent moins seuls, ce qui engendre une réactivité plus grande. En effet, s'ils ne se sentent pas en capacité de répondre eux-mêmes à la problématique, ils sont désormais en capacité d'adresser le jeune qu'ils ont repéré à des professionnels qui pourront le prendre en charge. Donc oui, je sens que dans le quotidien de chacun, en tout cas chez les gens que je rencontre, beaucoup plus de confiance en eux, ils ne sont plus passifs en se disant je ne sais pas quoi faire, ils se sentent moins isolés et savent qu'ils peuvent trouver des réponses, ils échangent plus, et les actions sont beaucoup plus pertinentes (...) Maintenant nous avons des interlocuteurs connus, dans tous les corps de métiers avec lesquels des rencontres préalables on permis d'établir des liens et de faciliter les échanges. On sait donc vers qui aller, et il est beaucoup plus facile de relater la situation à des interlocuteurs dont on sait qu'ils seront en capacité d'écoute et d'orientation. C'est primordial » (Elue à la santé).

Dans le récit de leurs activités quotidiennes auprès des jeunes, les acteurs de proximité montrent bien comment l'information des jeunes qui les entourent, mais aussi le repérage et l'orientation des jeunes en difficulté, revêtent une place primordiale dans leurs activités quotidiennes.

« Pour moi, comme c'est dessiné sur Valbonne, pour moi c'est être à l'écoute, c'est garder du lien, c'est rencontrer, c'est qu'à un moment donné on puisse être identifié en tant qu'animateurs, mais aussi adulte référent, et peut-être à un moment donné faire en sorte qu'un jeune puisse se dire : et bien voilà, je suis dans les problèmes, mais j'ai confiance en lui, je vais vers lui, je suis en capacité de dire les choses à cette personne, et cette personne son rôle c'est transmettre aux professionnels, voilà, mettre du lien. Aujourd'hui, sur Valbonne, c'est ça. Donc ce n'est pas uniquement sur la santé, c'est sur tout, tous les problèmes qu'ils peuvent rencontrer. (...) Faire en sorte qu'on œuvre tous ensemble pour qu'à un moment donné, le jeune est confiance, ait la réponse, ne soit pas seul avec sa souffrance » (Responsable Service Loisirs Jeunesse communal).

3.1.4. Plus-value du dispositif en termes d'accès aux soins

Le dispositif Addictions est particulièrement valorisé par les parties prenantes pour sa capacité à ouvrir des portes vers le diagnostic et le soin. La Consultation Jeunes est au centre de ce jugement de valeur, du fait de son positionnement charnière entre la prévention et la prise en charge spécialisée, mais aussi de son rôle de soutien des professionnels. L'augmentation des orientations vers la Consultation Jeunes ou la consultation d'addictologie et la diversification de leurs sources sont également mises en valeur comme un bénéfice direct du dispositif. La possibilité d'exercer directement au sein des établissements scolaires est aussi mise au crédit du dispositif, son action ayant contribué à démontrer la nécessité d'aller directement au sein des lieux où vivent les jeunes. Enfin, la création d'une cellule de concertation sur des cas problématiques éloignés du soin, dénommée Carrefour Santé Addictions et réunissant les acteurs socio-éducatifs et les experts du CSAPA, est également une émanation du Dispositif qui a pour but de faciliter l'accès aux soins de jeunes en grande difficulté.

La Consultation Jeunes Consommateurs comme charnière entre la prévention et le soin

Les acteurs en place revendiquent le rattachement de la Consultation Jeunes à l'action préventive, et la considère comme une charnière entre la prévention et la prise en charge spécialisée, plutôt que comme une prise en charge spécialisée à part entière. De ce fait, en plus de l'accueil des jeunes consommateurs et du fait de son positionnement préventif, la consultation s'adresse à tous les jeunes qui présentent des facteurs de risque ou des signes d'alerte.

« On va dire qu'on est dans le cadre de la prévention, donc c'est essentiellement des problèmes de mal-être, mais plus ou moins profonds, qui conduisent les professionnels, les professeurs, ou les AS, les CPE à orienter, et parfois ils arrivent que ce soit au bout de un, deux, trois entretiens qu'il y ait une problématique d'addiction derrière. Mais ce n'est pas l'origine première de la demande. C'est pour ça que c'est important de recevoir un peu le tout venant au début et de ne pas ouvrir juste la carte, ou l'étiquette, « consommation de produits stupéfiants », ou « conduites addictives » quelles qu'elles soient (...) C'est de la vraie prévention, au sens premier, et donc on peut voir des jeunes qui ont des problèmes de comportement, anorexie, boulimie, problèmes par rapport à Internet, problèmes de consommation de cannabis, ...ou addiction de type relationnel, c'est à dire « sans l'autre, je ne suis rien », avec une mésestime de soi très importante. Donc tout un travail sur la confiance, l'estime de soi, la revalorisation narcissique, et c'est vrai que de plus en plus c'est ce travail là » (Psychologue CJC).

Ce rôle de prévention s'exerce aussi par le soutien et le conseil des professionnels qui travaillent au quotidien auprès des jeunes.

« On fait une cellule de veille à peu près toutes les 6, 7 semaines où on invite Djahida (Psychologue CJC), on invite l'infirmière, il y a le Dr Goudard (pédopsychiatre CH Antibes), il y a un psychologue (...) On a souvent besoin de conseils. C'est un rôle de conseil. Parfois elle nous dit : écoutez vous n'avez qu'à mettre les points sur les I aux parents et c'est comme ça, alors que nous on était en attente d'un relais... ! Non, mais c'est arrivé seulement une ou deux fois, mais c'est bien qu'elle nous montre qu'il ne faut pas toujours tout mettre sur le plan médical, donc c'est bien aussi de se rassurer par rapport à l'action qu'on doit entreprendre avec la famille ou avec le jeune. Donc ces cellules de veille elles sont bien et elles permettent également de consolider le maillage, donc ça c'est bien » (CPE du CIV).

Le rôle de la psychologue CJC, en ne se limitant pas à des cas de consommation avérée, se donne plus de champ libre pour retarder d'éventuelles initiations, ou créer des conditions propices permettant d'éviter le décrochage scolaire, lui-même générateur de conduites à risques. En ce sens, une partie du rôle que le dispositif lui permet de jouer compense les manques existants en matière de soutien psychologique pour les jeunes.

« Djahida (Psychologue CJC), elle travaille très souvent sur des jeunes qui sont par exemple en décrochage scolaire, et au travers de ça, elle ne voit pas que des problèmes de cannabis. Ce sont par exemple des jeunes qui ne vont pas aller à l'école depuis deux mois et on se demande ce qu'il fait, ou alors il passe son temps scolaire à l'infirmerie... (...) Au CIV, il y a une infirmière, mais elle n'est pas à temps plein. Quand tu vois l'infirmière à l'Eganaude, elle est infirmière à Garbejaire et à Haut Sartoux, sur les primaires et sur les maternelles, plus les écoles de Biot. Comment veux tu qu'elle fasse un vrai boulot d'infirmière auprès des jeunes ? Ce n'est pas possible. Les psy, c'est pareil. Les psy dans l'Education nationale, ils se cantonnent à faire des bilans, en tout cas ils ne sont pas là pour attendre les gamins et discuter. Donc du coup, forcément, il faudrait même à la limite à un moment ou à un autre, que j'arrive à être force de proposition pour arriver à faire financer des vrais psychologues, généralistes, dans les collèges et les lycées d'ici. On en est là. Aujourd'hui, l'Education nationale n'a pas les moyens de recruter un psychologue, et pourtant c'est nécessaire. Parce qu'aujourd'hui, il y a vraiment un vrai problème. Et pareil chez les prépas. Là, ce sera un autre sujet sur les étudiants » (Coordinatrice Atelier santé Ville).

La diversification des sources de l'orientation vers la Consultation Jeunes

Les orientations les plus fréquentes sont effectuées par les professionnels de l'Education Nationale et du champ socio-éducatif, mais la file active comprend également des demandes spontanées. Ces demandes spontanées peuvent découler des actions de sensibilisation des parents, ou d'orientation effectuées par les pairs.

« Essentiellement, les orientation viennent des partenaires de l'Education Nationale, c'est à dire : ça peut être les CPE, ça peut être les infirmières, ça peut être les assistantes sociales, dans la grande majorité, ça vient de ces professionnels là. *(Est-ce qu'il y aurait des jeunes qui viennent sur le conseil d'autres jeunes ?)* Ah oui, oui, oui, de plus en plus, oui, oui. Avec le temps de plus en plus, et puis très vite d'ailleurs. Avec le temps, de plus en plus mais très vite, je pense que dès la première année, j'ai eu des jeunes qui sont venus en me disant : je viens parce qu'une copine est venue, elle m'a dit de venir vous voir. Ou alors c'est quelqu'un qui avait rendez vous avec moi, et qui revenait avec une autre personne, en me présentant cet élève, cette jeune personne (...) Après ça peut être des parents, comme les parents que tu as vu là, qui en parlent à d'autres parents et qui orientent l'enfant. Donc ça devient des démarches personnelles. En fait, ce sont les gens qui se l'approprient » (Psychologue CJC).

« Moi je sais que ça me permet d'avoir les informations nécessaires pour orienter les gens. J'ai envoyé je ne sais pas combien, un certain nombre de personnes, ici. Donc c'est facile, je les envoie au Point Ecoute Santé, et le reste... Du coup je ne me mêle pas de ce qui ne me regarde pas, ça c'est assez pratique. C'est utile, efficace. Savoir où adresser les gens » (Présidente de l'Association des Parents d'élèves Indépendants).

« Il me semble qu'il commence à y avoir une ouverture des jeunes entre eux, un regard plus solidaire, et en tout cas une capacité à parler de ces problématiques, et pour un jeune, pouvoir orienter un autre jeune (...) Les bénéfices, on le voit, une moindre peur d'aborder la problématique de la consommation, mais aussi une capacité à mieux comprendre qu'on peut être dans une situation de dépendance, ou dans une situation qui nécessite une aide d'un professionnel. J'ai l'impression qu'avant que tout ce dispositif soit mis en place, il y avait des consommateurs, et il y avait des personnes qui avaient vraiment besoin d'aide, mais ces personnes n'étaient pas en capacité de demander de l'aide, et elles n'étaient pas entourées de personnes qui étaient en capacité de leur dire : là, tu vas trop loin, et surtout des personnes de leur âge aussi. Et je pense que du coup c'était plus difficile pour un jeune de dire : « et bien oui, je suis accroc, ou j'ai une consommation qui est anormale et il faut que je fasse quelque chose ». Il y avait un peu une politique de l'autruche. Alors je trouve que cette politique de l'autruche est en train d'évoluer et les jeunes sont en train de prendre conscience qu'ils sont effectivement pour certains en situation difficile et qu'ils ont besoin de faire appel à une aide. Le fait que sur l'ensemble de la commune il y ait eu des interlocuteurs et que le message soit passé sans un côté culpabilisant a permis aux gens d'aller chercher des réponses, et de ne pas penser qu'on les pointait du doigt à chaque fois qu'ils allaient chercher ces réponses. Je pense que ce discours là a été vraiment bénéfique » (Elue à la santé).

L'intérêt des consultations avancées dans les lieux où vivent les jeunes

Depuis que le dispositif Addictions a commencé à se structurer, la permanence de la CJC se déroule dans les établissements scolaires, avec une présence hebdomadaire systématique au CIV et une mobilité sur demande vers les autres établissements scolaires. Cette immersion au sein de l'Education Nationale a été permise grâce à la concertation conduite dans le cadre du Dispositif Addictions et a été à l'origine de la montée en charge de la file active.

« En gros, si le lien ne se fait pas sur le terrain avec Djahida, on n'aura pas de lien. Parce qu'à la différence des lycées, et des collèges, on n'y va pas. Ce qui fait la différence c'est que la psychologue va dans l'établissement, et que celui qui n'aurait rencontré personne peut la rencontrer dans l'établissement, c'est toute la différence. Parce que une orientation directe d'une infirmière scolaire ou d'un CPE vers un établissement de soins, combien il y en a qui vont y arriver ? Ceux qui vraiment

seraient motivés, mais comme ils ne le sont pas ! La différence c'est qu'on va vers eux, c'est tout » (Médecin addictologue, Directeur CSAPA).

« Et puis ensuite le choix a été fait que Djahida aille directement dans les établissements scolaires, et c'est là que l'activité est montée en puissance. Une articulation bien évidemment dans les établissements scolaires avec la santé scolaire, avec l'assistante sociale, mais aussi avec la vie scolaire. Donc là, c'est par rapport à la permanence » (Coordinateur Santé Publique Mutualité Française PACA).

L'action concertée avec le personnel éducatif a facilité le développement de la Consultation Jeunes dans les établissements scolaires, en créant des conditions propices pour obtenir l'adhésion des jeunes, notamment en laissant se dérouler les consultations sur le temps de présence dans l'établissement.

« Permanence non, mais on l'avait dès qu'on avait un doute ou une crainte sur la consommation de produits illicites par certains élèves, on proposait systématiquement un entretien avec Madame Hemadou (Psychologue CJC), qui le faisait volontiers, et que les élèves acceptaient généralement de rencontrer même s'ils n'iaient la consommation, ils ne refusaient pas l'entretien, parce que ça se passait dans le collège, sur leur temps de présence au collège, et donc les entretiens se sont faits dans l'établissement. Donc il n'y a jamais eu de permanence, mais toujours une réponse très immédiate de Mme Hemadou, dans tous les cas où on l'avait sollicitée pour rencontrer les élèves. Donc nous notre objectif était de les mettre en lien, s'assurer qu'ils se rencontrent, et elle voyait ensuite si besoin les familles, mettait en place des rencontres régulières, dont elle nous informait de loin en loin, sans que ce soit formalisé dans le cadre de l'établissement » (Principal Adjoint du collège de l'Eganaude septembre 2009-juin 2013).

« Très vite je suis allée dans les établissements scolaires (...) le fait de proposer cette disponibilité dans un travail de proximité facilite les choses, surtout pour les jeunes de prépas, ou pour les lycéens,... Parce que ça permet de rater un minimum de cours... Et puis la confiance, elle est aussi avec les professionnels des établissements scolaires, ils ne demandent pas au jeune de justifier : pourquoi vous êtes allés la voir ? Non, non. Il ont une autorisation, j'allais dire entre guillemets d'office, si ils veulent prendre rendez vous avec moi, ils peuvent venir, ils ne vont pas être lésés pour ça, et au contraire. Au CIV, par exemple, souvent c'est la CPE des classes prépa qui m'envoie des jeunes et qui dit : la priorité c'est ça. Ils ne perdent pas de temps en venant vous voir, ils prennent du temps pour en gagner après. Je tenais aussi à saluer la confiance des professionnels c'est important » (Psychologue CJC).

« Il y a une reconnaissance maintenant, une connaissance en tout cas de sa présence sur l'établissement une fois par semaine. (...) On sent en tout cas que sa présence est sue, est connue, et donc elle peut être vraiment une personne ressource par rapport à un élève qui a envie d'aider un camarade, il sait trouver en tout cas la ressource (...) le fait qu'elle soit à proximité, ils peuvent très bien y aller sans qu'on leur conseille d'y aller, puisque ça se sait, parce que elle est à proximité. C'est aussi un plus. Ils peuvent être orientés par d'autres jeunes » (Conseillère Principale d'Education du CIV).

Pour les professionnels, l'intérêt majeur de cette Consultation Jeunes et de son positionnement au sein des établissements scolaires, c'est aussi la réactivité qu'elle permet d'avoir face à une situation de crise ou à l'occasion d'un moment propice pour initier une première démarche vers le soin.

« Quand on commence à dialoguer avec un jeune ou une famille, il faut qu'on enchaîne immédiatement, il y a vraiment cet aspect là, il ne faut pas que ça traîne, parce que sinon, toute notre force pour les convaincre risque de tomber. Ce qui est bien c'est cette réactivité que nous avons, le fait que Djahida soit à proximité de nos établissements, c'est bien (...) Il m'est arrivé de la contacter en urgence pour des situations qui me paraissaient urgentes, elle est en contact direct rapidement avec le jeune, soit elle vient, soit par téléphone, elle me dit laisse moi son numéro de téléphone, donc elle est vraiment très investie, c'est d'ailleurs pour ça que ça fonctionne si bien avec les jeunes, parce qu'ils le sentent. » (Conseillère Principale d'Education du CIV).

L'organisation d'une cellule dédiée à la concertation sur des cas problématiques éloignés du soin

Le Carrefour Santé & Addictions a été créé par le groupe de travail Jeunes en insertion au cours de l'année 2013 et réunit les acteurs du champ socio-éducatif et les experts du CSAPA autour de cas problématiques éloignés du soin. Le Carrefour Santé traite deux types de cas : les cas d'addiction, au sujet desquels les partenaires réunis se concertent sur une stratégie à mettre en œuvre pour rapprocher le jeune du CSAPA et susciter le premier contact ; soit ils traitent des questions de santé généralistes (accès aux droits, accès aux soins psychiatriques notamment) qui nuisent à l'insertion socio-professionnelle des jeunes et constituent donc un facteur de risque en termes de développement ou de renforcement des conduites addictives.

« La demande était : on a des problèmes avec des jeunes en difficulté, on ne sait pas comment les aider, comment les accompagner, comment améliorer leur parcours. Et bien, l'éducateur est là pour aider les gens de terrain à étoffer la prise en charge de ces jeunes et les amener si besoin vers une prise en charge soignante, on est sûr ça (...) C'est l'action du dispositif qui a permis de mettre le besoin en valeur, parce qu'on attend pas qu'ils viennent, on va vers eux. Et sur les problématiques générales, au delà des addictions, ça permet aussi de les amener vers le Point Ecoute Santé. C'est toujours une histoire de réseau et de lien, on en revient toujours à ça » (Médecin addictologue, Directeur CSAPA).

« Ça permet d'assurer un suivi des orientations qui ont été faites. De proposer des nouvelles personnes auxquelles on pense, au niveau de l'orientation. Et surtout avoir un regard multidisciplinaire au sujet de ces situations » (Educateur spécialisé CASA).

Dans le cadre de cette cellule, la mise en évidence de pathologies psychiatriques associées n'est pas rare et génère périodiquement des orientations vers le CMP de Valbonne. De ce fait, l'action du Carrefour Santé Addictions répond aux préconisations les plus récentes pour l'action, en renforçant les liens entre l'addictologie et les acteurs de la psychiatrie²¹.

3.2. Indicateurs indirects sur l'impact du dispositif Addictions

Les éléments indirects sur l'impact effectif du dispositif Addictions comprennent les enquêtes de satisfaction qui ont été conduites auprès des parents à l'issue des conférences d'information, les enquêtes de satisfaction qui ont été réalisées auprès des jeunes collégiens et lycéens à l'issue des actions collectives, mais également des témoignages. Les témoignages regroupent des informations rapportées par les parties prenantes lors des entretiens ou des groupes focaux, ainsi que les études de cas. Ces témoignages ont avant tout une vertu illustrative et permettent d'insuffler la dimension humaine au cœur de l'analyse en évoquant différents types d'impact du dispositif sur des situations individuelles, ils n'ont donc pas l'ambition d'être représentatifs de l'impact du dispositif sur l'ensemble de ses bénéficiaires.

²¹ INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, p.43.

3.1.1. Des éléments sur l'impact des actions collectives conduites auprès des parents

Les enquêtes de satisfaction qui ont été réalisées auprès du public des conférences « Addictions chez les jeunes », « Fonction parentale », et « Cyberaddiction » montrent un taux de satisfaction élevé des auditeurs. Dans chaque enquête, une série de variables évoquant l'organisation de la soirée (horaire, durée, localisation, accueil, etc..) obtiennent des taux de satisfaction très élevés, aux alentours de 90%. Le tableau suivant montre d'autre part que les auditeurs ont, le plus souvent, jugé les conférences utiles et qu'ils ont estimé que les interventions étaient claires et intéressantes.

Tableau 19. Indicateurs de satisfaction « Conférences de sensibilisation adressées aux parents »

		2011.1 Addictions Adolescence	2011.2 Fonction parentale	2012.1 Cyber- addiction
Nb participants		170	103	73
Nb répondants		116	99	46
%répondants/participants		68%	96%	63%
Age moyen		45 ans	45 ans	44 ans
Sexe	Femmes	81%	84%	72%
	Hommes	19%	16%	28%
Qualité et clarté des interventions	Très satisfait	51%	54%	43%
	Plutôt Satisfait	34%	43%	46%
	Peu satisfait	14%	3%	9%
	Non satisfait	1%	0%	2%
Utilité de la conférence	Très utile	26%	44%	30%
	Utile	58%	53%	59%
	Peu utile	15%	3%	11%
	Inutile	1%	0%	0%

Dans ces enquêtes de satisfaction, des questions ouvertes permettaient à ceux qui le souhaitaient de détailler leur point de vue. Le plus souvent, les parents ont apprécié que les intervenants se soient attachés à dédramatiser les problèmes, et se disent « rassurés ». Ils soulignent l'avantage d'avoir pu parler d'un sujet préoccupant et de ne pas se sentir seuls. Ils sont aussi satisfaits d'avoir obtenu des conseils qui peuvent être mis en application, et d'avoir une meilleure connaissance pour recevoir de l'aide. A l'inverse, les insatisfaits auraient souhaité plus d'information sur les structures d'aide et ont estimé que les informations étaient trop théoriques et pas assez concrètes.

Tableau 20. Synthèse de l'analyse transversale des questions ouvertes des Conférents Parents.

POSITIF	NEGATIF
• Etre rassuré, dédramatiser les problèmes • Pouvoir parler d'un sujet préoccupant, ne pas se sentir seul • Avoir obtenu des conseils qui peuvent être mis en application • Avoir obtenu des conseils pour aborder le sujet en famille • Avoir resituer l'importance de l'implication des parents • Meilleure compréhension des relations parents/ados • Connaître les ressources (structures d'aide)	• Absence de recette pour mieux gérer les adolescents • Caractère trop théorique des interventions, pas assez d'informations concrètes • Pas assez d'informations sur les structures pour l'aide

Selon les représentantes des Fédérations de Parents d'Elèves qui ont recueilli un éventail de témoignages directs d'auditeurs des conférences, les retours ont toujours été très positifs et certains parents ont volontairement modifié leur stratégie éducative du fait de cette expérience. Il faut aussi mettre en valeur que ces manifestations constituent une voie d'entrée vers les services offerts par le dispositif Addictions, puisque certains parents ont pu accéder à la Consultation Jeunes grâce au lien opéré par les conférences. C'est notamment le cas de deux familles parmi celles qui ont été rencontrées pour effectuer les études de cas.

« Il y a beaucoup de parents qui y sont allés qui m'ont toujours dit que c'était très bien. Je pense qu'il y en a beaucoup qui ont été rassurés, tranquilisés, ça leur a donné de l'assurance sur les positions qu'ils avaient à tenir, ça leur a indiqué des recours possibles. Il y en aussi que j'ai vu, c'était sur l'histoire de nos enfants et les écrans : il y a une mère dont je me souviens à cette conférence, ces enfants n'avaient le droit de rien ! Et elle trouvait que c'était très bien et qu'elle avait raison. Et à la fin de la conférence, elle dit : en fait, c'est peut-être pas la bonne solution, il faut peut-être que je m'investisse dans une éducation, plutôt que de tout interdire, parce que sinon ils vont apprendre chez les copains. Donc elle avait un peu révisé sa position. Donc oui, oui, j'ai eu des retours positifs. Moi les ateliers je n'y suis pas allée (...) Par contre, j'en ai entendu parler : j'ai des amis qui y sont allés, qui m'ont dit que c'était vraiment très bien, qui ont pu discuter et qui ont eu des bonnes réponses » (Présidente des Parents d'élèves Indépendants).

« L'intérêt c'est qu'ensuite, l'Atelier Santé Ville a créé cette organisation, cette structure qui permet de proposer des conférences, pour informer les parents, des problèmes liés à l'alcool, à la drogue, il y en a eu plusieurs comme ça sur plusieurs thèmes, qui ont remporté un franc succès, vraiment. Les parents ont été très, très contents, il y a eu de bons retours. Et après sont nés les petits ateliers d'une quinzaine de personnes. Ça aide aussi les parents en permettant de poser des questions, pour ceux qui n'osaient pas poser des questions devant une centaine de personnes, voilà. Donc là certains parents ont pu aller un peu plus loin au niveau de leurs inquiétudes. *(Mais au delà d'être satisfait, est ce que tu auras des exemples qui montreraient que ça a pu leur servir ?)* Oui, ça leur a servi. Ça leur a servi pourquoi ? Parce qu'ils ont adapté leur éducation par rapport à ce qu'ils ont entendu. Il y en a beaucoup qui se sont pris une claque quand ils ont entendu parler Djahida, Jérôme et les autres intervenants. Et c'est vrai qu'ils ont adapté leur éducation, parce qu'ils ont pris conscience de ce qui se passait » (Représentante PEEP Collège Niki Saint Phalle 2008-2012, et APE Lycée Simone Veil 2012-2013).

Orientations vers la Consultation Jeunes par le biais des Conférences adressées aux parents

« Moi j'ai suivi les conférences qui sont organisées pour les parents sur Valbonne, et donc c'est comme ça que j'ai eu un contact avec la psychologue clinicienne »

(Etude de cas n°1, Mère de Ludovic).

« Pourquoi on y est allés ? Parce que nos enfants sont au CIV (...) Parce qu'elles étaient au CIV, nous faisons partie de l'association de parents d'élèves, parce que nous faisons partie de l'association de parents d'élèves, nous avons un mail qui nous signalait la conférence »

(Etude de cas n°3, Père de Nina).

« Tout ça pour dire qu'on patageait, qu'on allait de psychologue en psychologue dans le privé, et le jour où j'étais à cette conférence, (...) je lui ai demandé conseil (à l'intervenant), il m'a dit d'aller voir Mme Hemadou au Point Ecoute Santé (Psychologue CJC), ce qui est formidable, parce qu'on peut y aller tranquillement, discrètement, quand on veut, on a été très bien reçu »

(Etude de cas n°3, Mère de Nina).

3.1.2. Des éléments sur l'impact des actions collectives conduites auprès des jeunes

Actions auprès des collégiens

Le Principal-Adjoint du collège de l'Eganaude qui a vu l'exercice du programme P3 (Prévention Pérenne Pluridisciplinaire) proposé aux classes de 4^e plusieurs années consécutives témoigne de l'intérêt que le contenu a suscité chez les élèves. L'assistante sociale scolaire, qui s'est entretenue avec des professeurs et les équipes éducatives de tous les collèges du bassin, rapporte qu'ils s'accordent tous sur l'idée que les interventions sont adaptées aux questions des jeunes et à leur tranche d'âge.

« (Est-ce que vous avez eu des retours qualitatifs des jeunes sur les actions de prévention, notamment sur le P3 ? Des avis sur les interventions dont ils ont pu bénéficier, un retour positif ou négatif ?) Toujours positif. Sur les années où il y a eu les 4 heures d'intervention, les 4 ateliers, j'étais parent d'élève aussi cette année là, donc j'ai pu avoir aussi un retour en tant que parent, ce qui n'était pas inintéressant. Beaucoup d'intérêt, de curiosité. Ce que je n'ai pas c'est un impact, est ce qu'on a réussi à un moment, ça on ne le saurait jamais. Est-ce que quelqu'un grâce à ça a pu éviter de rentrer dans la consommation ? Ca je ne saurais jamais le dire ! En tout cas de l'intérêt, à la fois de la part des élèves qui ont assisté, des enseignants qui ont été associés, ou qui ont assisté également à ce qui était fait. Et des parents aussi, je n'ai jamais eu de plaintes de parents disant qu'on passe trop de temps là-dessus « ce n'est peut être pas nécessaire », jamais. Je crois que les parents étaient sensibles au besoin d'information, se sentant souvent eux un peu désarmés, ne sachant pas comment aborder ces questions là avec leurs enfants. Donc je n'ai jamais eu à traiter de plaintes de qui que ce soit sur ces interventions. Bon, quelques enseignants sur le nombre d'heures de cours annulées de ce fait là, le programme n'étant peut-être pas terminé parce qu'il y avait beaucoup d'interventions. C'est vrai qu'en 4^e, ça avait tendance à être chargé, il n'y avait pas que les 4 ateliers du programme P3, donc il y avait un certain nombre d'heures dans l'année qui était consacrée à des activités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, mais qui en tant que chef d'établissement, me semble faire partie intégrante de la formation qu'on assure aux collégiens » (Principal-Adjoint Collège de l'Eganaude septembre 2009-juin 2013).

Une enquête de satisfaction conduite auprès des élèves bénéficiaires juste après la dernière séance consacrée confirme leur intérêt. Toutefois, elle n'a pas été administrée de façon systématique dans tous les établissements et toutes les années. Son format a d'autre part été modifié lors de la dernière édition.

Tableau 21. Indices de satisfaction des collégiens ayant participé au Programme P3 en 2008-2009 et 2009-2010

		2008-2009	2009-2010	
		Niki Saint Phalle N = 89	Niki Saint Phalle N = 159	Collège CIV N = 145
Satisfaction générale (note sur 10)		7,8	8,6	8,7
Pensez vous que ces séances puissent vous faire réfléchir sur vos consommations ?	Oui sûrement	59,6%	58,9%	76,2%
	Peut-être dans certaines circonstances	37,1%	37,3%	19,6%
	Non	3,4%	3,8%	4,2%
Je m'engage à continuer à faire des efforts pour ma santé et mon bien être		8,5	8,7	9,1

Tableau 22. Indices de satisfaction des collégiens ayant participé au Programme P3 en 2012-2013

	EGANAUDE N = 154	NIKI SP N = 202	CIV N = 171
Satisfaction générale (note sur 10)	8,2	8,6	9,0
Informations jugées intéressantes (note sur 10)	7,8	8,3	8,6
Capacité à aider un tiers (note sur 10)	7,9	8,2	8,3

Une représentante de Fédération de parents d'élèves s'est entretenue directement avec des jeunes qui venaient de bénéficier du programme P3. Elle rapporte leur intérêt particulier pour les sessions qui utilisent le jeu de rôle et le théâtre interactif, qui sont utilisés pour animer l'atelier sur la connaissance des ressources et la capacité à demander de l'aide. Les jeunes qu'elle a rencontrés auraient également selon elle tirer un grand bénéfice des informations apprises concernant la sécurité routière en lien avec les effets des produits sur les fonctions motrices et cognitives.

« Les ados ont été très réceptifs, pourquoi ? Parce qu'on ne leur a pas fait la morale. Et je sais que des fois il y a des gendarmes qui interviennent, il y en a un qui est intervenu au lycée aussi l'année dernière, mais à chaque fois c'est la morale, donc les gamins ils sortent de là : pff c'est bon la morale ! Faites pas ci, faites pas ça, sinon vous irez en prison ! Et là cette jeune fille les a vraiment mis en situation : voilà comment tu peux réagir, voilà comment ton corps va réagir quand tu auras pris telle ou telle substance. Ca, ça leur a beaucoup plut. Ce qui a leur beaucoup plut aussi c'est : vous êtes en boum, il y en a un qui s'écroule par terre, qu'est ce que vous faites ? Alors il y a eu toutes sortes de réactions mais aucun n'est resté insensible à cette question qui leur a été posée. Très concret (...) Et les ados, les ados quand ils ont vu le bus Kefa, il y en a pleins qui se sont vraiment posés des questions aussi. Ils ne savaient pas que lorsqu'on fume du cannabis, on a un champ de vision très restreint. Et il y a quelque chose qui m'a beaucoup marqué, et qui a beaucoup marqué les ados aussi, parce que j'ai pu parler à certains d'entre eux, ce qui les a impressionnés c'est : ah je conduis ! Tout est cool ! Oh il y a un virage ! Oh il y a un arbre ! Et puis en fin de compte, voilà ! Alors ça, ça les a fait rire, mais ça leur a aussi fait prendre conscience, que mince, quand on boit on a un champ de vision restreint, mais aussi quand on fume du cannabis. Ca, ça fait partie de l'éducation (...) Et les retours, oui, c'est vrai qu'il y a eu pas mal de retours, au niveau des enfants, des ados, ils étaient très intéressés » (Représentante PEEP Collège Niki Saint Phalle 2008-2012, et APE Lycée Simone Veil 2012-2013).

La représentante de Fédérations de parents d'élèves qui témoigne ci-dessus se réfère à des conversations qui se sont déroulées dans une période récente après le programme. Par contre, avec un recul de bien plus longue durée, la Conseillère d'Education du collège de l'Eganaude a profité du rassemblement d'une classe de 3^e juste avant notre rencontre, pour les interroger sur leur souvenir du programme P3, dont ils avaient bénéficié l'année précédente. Ils se souvenaient bien de l'action et de leur satisfaction, mais n'ont pas su spontanément évoquer les bénéfices qu'ils auraient pu en retirer. Ils témoignent tout de même de souvenirs plus ou moins flous.

« Alors du coup je me suis permis, hier je me suis retrouvée face à une classe de 3^e qui avait eu les ateliers l'année dernière, donc j'ai pu leur poser des questions. C'est vrai qu'ils se souvenaient très bien du bus, ils se souvenaient aussi des différentes étapes. (...) En fait ils étaient dans le souvenir, c'est là qu'on voit que c'est quand même difficile pour eux, c'est là qu'on voit qu'ils sont beaucoup dans l'instant. Il faudrait pouvoir en parler dès qu'ils sortent en fait, ou les jours qui suivent. Là, un an après, ils ne pouvaient plus me dire exactement ce qu'ils avaient vu, ils savaient le sentiment qu'ils avaient ressenti, s'ils avaient trouvé ça bien ou pas, si ça leur avait plut, s'ils avaient trouvé ça trop long ou non, mais pas vraiment ce qui les a touchés, ce qu'ils auraient retenu de tout ça (...) Après je les ai pris aussi au dépourvu, je ne leur ai pas dit : réfléchissez et on en parlera. Ils savaient qu'ils l'avaient vécu ! Après je n'ai pas abordé le sujet aussi : est ce que par rapport à vos conduites

ça a changé des choses ? Surtout que j'étais avec une classe de 28, ils n'allaient pas tout déballer comme ça » (Conseillère d'Education du Collège de l'Eganaude).

Soulignons enfin que l'organisation multi-partenariale du programme P3 induit des effets sur la connaissance des partenaires qui se consacrent à l'accompagnement de la Jeunesse. Selon le coordinateur de santé publique de la Mutualité Française PACA, lorsque l'équipe de prévention spécialisée PASSAJ de Montjoye a co-animé l'atelier sur la connaissance des ressources et la capacité à demander de l'aide, ils ont vu la fréquentation de leur local d'accueil augmenter corrélativement.

Actions auprès des lycéens

Tout comme les actions de prévention conduites auprès des collégiens, les indices de satisfaction des sessions de prévention conduites dans les lycées sont élevés, ce qui témoigne surtout de l'intérêt des élèves pour le contenu des séances et de la crédibilité de l'intervenant.

Tableau 23. Enquête de satisfaction auprès des lycéens de 2008-2009 à 2011-2012

		2008-2009		2009-2010		2010-2011		2011-2012	
		Lycée CIV N=257	Simone Veil N=235	Lycée CIV N=399	Simone Veil N=0	Lycée CIV N=233	Simone Veil N=266	Lycée CIV N=338	Simone Veil N=268
Satisfaction générale (Note sur 10)		8,4	8,8	8,7	-	9,1	8,5	8,6	8,8
Pensez-vous que ces séances puissent vous faire réfléchir sur vos consommations ?	OUI, sûrement	66%	75%	71%	-	79%	71%	72%	74%
	OUI, peut-être	31%	23%	25%	-	19%	25%	26%	22%
	Non	3%	2%	2%	-	2%	3%	2%	3%

Cependant, si les professionnels de l'Education Nationale estiment que ces sessions au lycée sont une « piqûre de rappel » indispensable, les représentantes des Fédérations de parents d'élèves qui ont discuté avec des lycéens qui ont bénéficié de ces séances sont plus dubitatives sur la portée réelle des interventions. L'opinion de David (étude de cas n°4), qui a bénéficié des sessions de prévention collectives au collège comme au lycée, se conforme aussi à l'idée que l'impact des interventions collectives sur l'expérimentation et le développement des usages chroniques reste faible.

« Alors au lycée : il y en a certains à qui ça a plut. D'autres c'était : oui c'est bon, on nous bassine avec ça depuis le collège. Et puis d'autres, ça les faisait rire, ils s'en moquaient complètement (...) la qualité de l'intervention est très bien, mais ils arrivent à un âge où ils se sentent grands, indépendants, et ça les gonfle, ces adultes les gonflent. C'est des bêtises de toute façon, maintenant ils sont grands, ils savent ce qu'ils font, ils vont dans les soirées, ils boivent, ils fument. Ils confondent tout. Ils s'imaginent qu'être adulte c'est se détruire. Mais ils ne savent même pas qu'ils se détruisent de toute façon » (Représentante PEEP Collège Niki Saint Phalle 2008-2012, et APE Lycée Simone Veil 2012-2013).

L'opinion de Ludovic et David, bénéficiaires des programmes de prévention en milieu scolaire

Ludovic (étude de cas n°1) et David (étude de cas n°4), rencontrés dans le cadre de cette évaluation pour aborder leur suivi par la Consultation Jeunes, ont tous deux bénéficié des actions de prévention collectives lorsqu'ils étaient en classe de 4^e. David a également participé à l'action organisée pour les classes de 2nde.

Ludovic est âgé de 14 ans et est scolarisé en 3^e. Il se souvient vaguement des interventions qu'il a suivies l'année dernière. Il se rappelle « du bus » et d'une scénette destinée à montrer comment réagir quand quelqu'un avait bu trop d'alcool.

David est âgé de 17 ans et est scolarisé en classe de 1^{ere}. Il se souvient bien des interventions auxquelles il a assisté au collège. Il souligne sa curiosité intellectuelle à l'époque, mais des thèmes abordés éloignés de son quotidien. David bénéficie ensuite d'une nouvelle session en classe de seconde. Il affirme de nouveau son intérêt pour le contenu de l'intervention, le caractère professionnel et crédible de l'intervenant, mais il estime que cette intervention s'est tenue trop tôt dans son parcours de consommateur pour l'influencer vraiment. Il suppose qu'il aurait été mieux sensibilisé si l'intervention s'était tenue six mois plus tard, quand il a commencé à percevoir les effets dommageables de sa consommation. Il conclue en estimant que 4 ateliers en 4^e et un atelier en classe de 2nde c'est bien trop peu pour avoir une influence sur les comportements des jeunes.

Actions auprès des jeunes sortis du milieu scolaire

Les témoignages des acteurs de champ socio-éducatif montrent une satisfaction importante des jeunes en insertion qui ont bénéficié de sessions de prévention collective. Dans tous les cas, elles ont été obligatoires en étant insérées dans un programme d'accompagnement à l'insertion. En plus de la satisfaction des bénéficiaires, les professionnels relèvent qu'ils ont pu constater directement l'impact bénéfique de ces actions sur deux cas précis : une jeune fille âgée de 16 ans qui a assisté à une session de prévention organisée dans le cadre de la Mission locale qui a stoppé sa consommation de cannabis, et un jeune adulte embauché par le chantier d'insertion qui a amorcé une réduction nette de sa consommation d'alcool. Dans le cas de ce dernier, le fait que l'intervention se déroule lors d'un moment propice à la remise en question dans son parcours de vie n'est pas non plus étranger à sa capacité d'impact.

« Le jour où c'est organisé de façon imposée, ils y vont avec des gros pieds de plomb, et ils en reviennent toujours contents. On en a même un qui a arrêté de boire, qui était alcoolique (...)Le monsieur a tenté l'abstinence en tout cas, une semaine après l'intervention, donc nous en plus on fait des bilans de santé avec la CPAM. Il y a eu un concours de circonstances où à la fois son médecin lui a présenté un bilan de santé très alarmiste, il y a eu cette journée de prévention, il a été malade le lendemain. Avec ces trois facteurs là, il a arrêté de boire un certain temps. Depuis j'ai appris qu'il n'avait pas tenu, mais en tout cas il y a eu un effet déclencheur sur le fait qu'il se mettait vraiment en danger, qu'il y avait des moyens de s'en sortir, et qu'il pouvait s'en sortir. Il a arrêté pas mal de temps, parce qu'il avait perdu pas mal de poids, il avait une bonne tête, il avait des couleurs un peu

différentes. Et je pense en plus qu'il a repris une consommation moindre que ce qu'elle était » (Directrice Chantier d'insertion CMieu).

« -Conseillère pour l'emploi Mission Locale: Au niveau de l'OCC (Opération Court Chantier) par exemple, on mettait ce qu'on voulait dans le contenu (...) Et là on découvre qu'il y a deux petites jeunes qui ont commencé à fumer à 10-11 ans, et qui continuaient à fumer, qui étaient dans une surconsommation (...).

-Educateur spécialisé Prévention CASA: pour les OCC, on a constitué un groupe avec un programme, qui était quand même orienté insertion professionnelle (...) on a rajouté la prévention de la toxicomanie, quelques éléments comme ça, où là ils étaient obligés, il fallait prendre la totalité. Et du coup, on a eu leur adhésion sur le projet, pas sur la prévention de la toxicomanie en particulier. Ceci dit ça leur a permis de découvrir cette intervention, et ils sont sortis vraiment, vraiment très intéressés, ça a eu vraiment un gros impact, jusqu'à et bien voilà, jusqu'à casser le fonctionnement de deux jeunes qui se tiraient vers le bas, à un moment donné, il y en a au moins une des deux qui a réagi, qui a dit : il faut que j'arrête. Donc là oui. Les premiers arrivants à la Mission Locale, je pense que ça peut le faire » (Groupe focal Jeunes en insertion).

3.1.3. Des éléments sur l'impact de la prise en charge individuelle sur les parcours de vie

Plusieurs personnes investies dans le dispositif et résidant à Valbonne Sophia-Antipolis connaissent directement des personnes qui ont pu avoir recours à la Consultation jeunes. Dans le témoignage de l'Elue à la Santé, il s'agit principalement de parents, qui ont trouvé soutien et réassurance à un moment difficile de leur parcours éducatif. De son côté, la Conseillère Principale d'Education du CIV estime que le parcours scolaire des jeunes qui bénéficient du soutien de la Consultation Jeunes se trouve renforcé et évoque particulièrement l'anecdote d'un jeune qui exprime spontanément de la reconnaissance pour l'influence bénéfique de l'équipe éducative et de la Consultation Jeunes sur sa réussite scolaire.

« J'ai rencontré des gens pour qui ça été... Déjà d'une part, un soulagement de trouver un interlocuteur privilégié dans l'urgence, et de pouvoir se dire très rapidement « ça y est, je sais à qui m'adresser et à qui parler », et puis effectivement dans leur cas, le soulagement d'apprendre de cette spécialiste que leur enfant n'avait pas un problème dramatique, pas un problème majeur, mais qu'il était dans une phase à une époque où il avait besoin d'un accompagnement. Cela a aussi permis de faciliter un échange parents-jeune qui était sans doute nécessaire à ce moment là, et puis après les choses se remettent sur des rails simplement. Dans des cas un peu plus lourds, la consultation avancée leur a permis d'être orienté vers les bonnes personnes. Donc oui, ce sont des retours qualitatifs positifs » (Elue à la santé).

« Le plus beau retour que j'ai eu moi, c'est une histoire qui commence au tout début où cette consultation a été mise en place. C'était un jeune qui avait commencé à consommer lorsqu'il était en collège, qui a été vraiment en décrochage scolaire puis il a rencontré Djahida. Il y a eu un suivi, un suivi qui s'entrecoupait, il y allait une fois, deux fois, il se disait allez je me remets en selle, et puis il recraquait, ensuite il revenait. Il y a eu vraiment quelque chose de génial, un lien de confiance en tout les cas avec Djahida, et là il a eu son bac. Il est revenu à la rentrée de septembre, pour me remercier parce qu'effectivement je l'avais un peu porté à bout de bras, et il voulait surtout remercier Djahida, qui n'était pas là le jour où il est passé, en disant qu'il avait son bac et que c'était bien grâce à cette action là. Ca, c'est vraiment un témoignage extraordinaire » (Conseillère Principale d'Education du CIV).

Toutefois, les rencontres ne se soldent pas toutes par un succès, le premier contact étant un moment sensible qui conditionne la capacité à perdurer dans une prise en charge de durée adaptée.

« Il y a certains jeunes qui l'ont vu, mais les parents nous disent : ça n'a pas fonctionné avec elle. Ce sont les retours des parents à la CPE. C'est difficile pour les convaincre » (Infirmière scolaire du collège Niki Saint Phalle).

L'histoire des personnes rencontrées pour les études de cas illustre enfin différentes façons dont le dispositif, et notamment sa Consultation Jeunes, peut influencer les parcours des bénéficiaires (voir les encadrés).

L'histoire de Ludovic : gérer ses émotions

Ludovic est âgé de 14 ans, et est scolarisé en classe de 3^e. Sa mère prend contact au cours de l'année 2013 avec la Consultation Jeunes après avoir assisté à une conférence destinée aux parents. Elle s'inquiète de son comportement face aux écrans : *« Ca fait un an qu'il est en addiction complète aux jeux. Il jouait dans notre dos, il jouait la nuit, et il n'y a plus que ça qui l'intéressait, les jeux »*. Son comportement s'accompagne d'une chute de ses résultats scolaires et sa *« timidité malade »* se renforce.

Depuis qu'il est suivi dans le cadre de la Consultation Jeunes, Ludovic gère mieux le temps passé sur les écrans et se montre, selon sa mère, *« un peu plus gai »*. Le travail a essentiellement consisté à faire entrevoir au couple parental que le comportement de Ludovic s'apparentait à une conduite symptôme, car il souffre de voir ses parents centrés sur les problématiques de sa sœur, consommatrice chronique de cannabis qui a quitté le domicile parental, et en ressent de la culpabilité. Selon Ludovic, il apprend surtout à prendre confiance en lui. Les parents ont pu être mis en contact avec le CSAPA concernant la sœur aînée de Ludovic.

L'histoire de Donovan : éviter la prison

Donovan n'a jamais franchi le seuil de la Consultation Jeunes. C'est sa mère qui prend contact avec la psychologue en 2008 sur le conseil d'une représentante de fédération de parents d'élèves, après le jugement de Donovan au Tribunal de Grasse pour deal de cannabis. *« On était dans une situation familiale terrible... (...) Avoir recours à Djahida a été vraiment extrêmement important pour nous. Mais peut-être pas comme vous attendez. Parce qu'elle n'a jamais vu Donovan. Elle ne l'a jamais vu. Elle n'a jamais vu Donovan, mais ceci dit, elle a été primordiale dans notre contexte familial. C'est moi qui voyait Djahida »*.

Au moment de son inculpation, Donovan est scolarisé en classe de 3^e et est âgé de 16 ans. Sa mère découvre à cette occasion qu'il fume régulièrement du cannabis depuis l'âge de 14 ans, et qu'il s'est investi dans une activité de vente auprès de ses camarades, sans aucunement mesurer le risque judiciaire qu'il prenait, pour des raisons de prestige au sein de son groupe de pairs plutôt que pour des raisons pécuniaires. Les circonstances familiales au moment de l'arrestation ne sont pas favorables puisqu'un divorce vient perturber le fonctionnement de la cellule familiale. Malgré le fait qu'il s'agissait d'un premier délit par une personne mineure, et l'avis des personnes proches du dossier (gendarmes, avocat) qui estimaient qu'une condamnation de six mois avec sursis devrait survenir, une peine d'une année et demi dont six mois ferme est prononcée à l'égard de Donovan. A ce moment là, Donovan effectue son année de Terminale. Le Juge d'Application des Peines prévient Donovan et sa mère que la prison peut être évitée si une stratégie d'insertion sociale et d'amendement peut être constatée, mais ne leur donne aucune autre indication pour s'engager efficacement dans cette voie. C'est à ce moment de l'histoire que la mère de Donovan ait mise en lien avec la Consultation Jeunes. Elle est paralysée par l'angoisse de voir son fils partir en prison et se sent démunie pour activer les conditions nécessaires à l'évitement de l'incarcération. *« Puis on a vu le Juge d'application des peines, c'était assez sommaire, il n'y avait aucune information. Il nous a dit : je vous donne rendez vous dans six semaines. Si vous voulez échapper à la prison, il faut avoir un projet. Mais il n'a jamais expliqué ce que c'était un bon projet, comment faire, il n'y avait aucune information, on était complètement paumé. Je suis allé tout de suite sur le web, sur le site du gouvernement, il n'y avait rien ! Il n'y avait aucune information ! J'étais complètement perdue (...) J'avais super peur, parce que Donovan c'est un gentil, c'est un beau gosse, et je me suis dit il va aller à la prison de Grasse et il va être abusé. En plus c'est un super sensible, je me suis dit il va être esquiné à vie ! J'étais dans un état terrible ! Et donc c'était très important d'avoir affaire à quelqu'un qui pouvait m'accompagner, mais à travers moi, accompagner Donovan, et aussi savoir comment nous enlever de là, nous donner un chemin pour en sortir »*.

Le soutien de la mère de Donovan et son accompagnement dans la sollicitation des services socio-éducatifs adéquats a permis à Donovan de finir son année de Terminale et d'entamer ses études supérieures en portant un bracelet électronique. Aujourd'hui âgé de 24 ans, il occupe un emploi qui le passionne et mène une vie stable. Sa mère estime que cela aurait été compromis s'il avait dû connaître la prison.

L'histoire de Nina : contenir la souffrance psychique

Lorsque les parents de Nina prennent contact avec la Consultation Jeunes en 2011, elle est âgée de 13 ans. *« Un jour je vois une conférence qui a eu lieu à Garbejaire sur les addictions, donc rien à voir a priori avec ma fille, mais on se disait on ne sait jamais, peut-être que son état venait du fait qu'elle fume et que je ne le sais pas »*. Elle souffre de dépression, d'idées suicidaires et ses parents ont déjà consulté sans succès de nombreux psychologues dans le privé. Aussi se sentent ils d'autant plus démunis quand Nina commence à se scarifier. *« Elle nous le disait, même plus tard : moi je vois la fin de mes études au collège et au lycée comme une falaise après laquelle il n'y a plus rien. Une angoisse par rapport à l'avenir, elle ne se voyait pas vivre (...) Non seulement elle n'arrivait pas à se projeter, mais pour elle ça ne valait pas la peine de vivre au delà (...) En fait on avait avec Nina, principalement ce problème là : c'était qu'on était inquiet carrément sur la possibilité de passage à l'acte ! »*.

La prise en charge de Nina par la consultation Jeunes permet alors de rassurer les parents sur le risque lié à la consommation mais de les alerter sur la nécessité de prendre contact de façon urgente avec l'équipe de pédopsychiatrie. A partir de cette orientation, le parcours de soins de Nina et ses parents auprès d'autres professionnels de santé est considéré par ces derniers comme efficace et bénéfique sur leur vie familiale. Les parents de Nina valorisent particulièrement l'ensemble du système qui a pu être mis en place pour leur apporter du soutien, en évoquant notamment l'action protectrice que l'ensemble de la communauté éducative a su mettre en œuvre autour de leur famille. *« Sur la suggestion de Mme Hemadou, j'en ai parlé avec la personne qui s'occupe de la cellule de prévention des problèmes psychologiques au CIV (...) c'est une cellule qui est très discrète, dont je ne connaissais pas l'existence, et c'est Mme Hemadou qui m'a dit : vous devriez en parler avec Mme Quenet de façon à ce qu'elle active la cellule sur le cas de Nina. Je suis allé voir Mme Quenet que je connaissais par ailleurs, puisque nous avons depuis longtemps des filles au CIV (...) Et donc ces gens là ont aussi beaucoup entouré Nina. Ils nous ont aidé à la surveiller. Tout ça forme, avec le Point Ecoute Santé, les cellules de prévention du CIV, les conférences, les ateliers, tout ça forme un tout. Comment dire.... Le parcours, une sorte de parcours psycho-médical, qui a été initié par Mme Hemadou, et qui nous a guidés, parce que évidemment les parents sont perdus dans une histoire comme ça, on ne sait pas trop à quel saint se vouer, on a peur de ne pas assez en faire, on a peur de trop en faire, on a peur de mal faire... On a peur d'aggraver la chose, c'est vraiment très, très délicat. Et là, on a été, je peux le dire, pris par la main, littéralement pris par la main et guider dans tout le parcours »* (Père de Nina).

Aujourd'hui, Nina est scolarisée en Terminale scientifique et envisage des études supérieures. Ses parents ont récemment repris contact avec la Consultation Jeunes car ils s'inquiètent du fait qu'elle se soit mise en couple avec un fumeur chronique de cannabis.

L'histoire de David : réduire les conséquences négatives de l'usage sur le parcours scolaire

Face à la consommation de cannabis de David, ses parents ont essayé plusieurs techniques pour tenter de l'en dissuader. Celle qui a consisté à réduire son argent de poche conduit David à tenté des achats moins onéreux auprès de personnes inconnues, destinés à être ensuite partagés entre amis. Début 2013, David a 16 ans et est scolarisé en classe de 2^{nde} lorsqu'il est inculpé pour revente de cannabis et se voit contraint de suivre une injonction thérapeutique. Le Délégué du Procureur lui transmet les coordonnées de la consultation avancée du CSAPA au Point Ecoute Santé de Garbejaire, qui lui apprend qu'il peut effectuer cette obligation dans l'enceinte du lycée. Il effectue ce premier entretien obligatoire, puis reviendra volontairement une seconde fois.

Aujourd'hui, une année s'est écoulée et David termine son année de 1^{ere} ES. Ses résultats scolaires sont tangents, sa vie familiale est perturbée par le divorce de ses parents et il constate par lui-même qu'il lui arrive de se réfugier dans la consommation de cannabis plutôt que d'envisager l'usage sous un angle festif. Il revient de son propre chef vers la Consultation Jeunes pour l'aider à prendre du recul et à mieux adapter ses réactions à son environnement. Il dit qu'il fume toujours du cannabis mais veille à ne plus le consommer dans des circonstances non adaptées, mais il oriente les séances de soutien avec la psychologue vers des questions relationnelles, plutôt que vers des questions liées à la gestion du produit. Selon sa mère, il a décidé par lui-même de s'engager de nouveau dans un suivi auprès de la psychologue de la Consultation Jeunes, mais il a bien conscience que cette initiative de sa part est perçue par son entourage adulte comme un geste de bonne volonté, qui a notamment influencé l'acceptation de son passage en classe de Terminale.

Le contact établi avec la Consultation Jeunes a aussi permis récemment à la mère de David d'évoquer le cas de son jeune frère, collégien, qui vient d'être surpris au collège avec du cannabis dans ses affaires.

4. Freins pour l'action du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis

Si l'action du dispositif est engagée dans une dynamique de développement et de renforcement depuis sa création jusqu'au moment de l'évaluation, une série de freins sont néanmoins mis en évidence par l'analyse et le recoupement des discours des parties prenantes, freins qui réduisent l'efficacité du dispositif ou qui amoindrissent la cohérence de la démarche globale.

En premier lieu, il faut mettre en valeur que la Consultation Jeunes, qui constitue le cœur du dispositif par sa position spécifique de charnière entre la prévention et le soin, ne dispose pas des moyens nécessaires à l'ampleur de la tâche (actuellement une demi-journée par semaine). Il existe un cumul de raisons qui justifient d'augmenter le temps d'activité de cette Consultation.

D'autre part, des raisons structurelles liées à la constitution du réseau multi-professionnel et partenarial tendent à limiter l'action du réseau et peuvent en amoindrir la qualité. Le renouvellement périodique des acteurs de première ligne exerçant au contact des jeunes sur le territoire communal constitue la première de ces difficultés. En plus de ce renouvellement, le réseau partenarial territorial apparaît comme instable, du fait des contraintes professionnelles que subissent les partenaires. Il faut mentionner également les difficultés spécifiques au maintien du Programme P3 dans les collèges du bassin (action collective en 4 sessions auprès des jeunes de 4^e), qui demande un investissement important des parties prenantes, qui se révèle inégal en fonction des années. Il faut soulever aussi un point spécifique, qui a trait au fait que l'organisation territoriale du dispositif autour des limites communales réduit sa capacité à élaborer un continuum préventif pour tous, car il génère une inégalité entre les élèves scolarisés sur le territoire dans les établissements d'enseignement secondaire qui proviennent d'un territoire plus large que la commune seulement.

La discussion autour de la nouvelle cellule émanant du groupe de travail « Jeunes en insertion », dénommée « Carrefour Santé Addictions » a également mobilisé les parties prenantes, qui estiment que son fonctionnement pourrait être optimisé.

L'animation de la dynamique partenariale au sein du réseau constitue un autre aspect qui mérite discussion, car la confrontation du discours des acteurs montre que les attentes et les objectifs envers les comités de pilotage ne sont pas uniformes. Plus globalement, la communication entre les acteurs mérite d'être mieux systématisée.

4.1. La Consultation Jeunes : une file active saturée, des difficultés à s'inscrire dans la dynamique partenariale et des attentes en termes de développement

4.1.1. Une file active saturée

La Consultation Jeunes qui se déroule une demi-journée par semaine ne suffit pas à couvrir les besoins existants : la permanence se déroule le plus souvent dans l'infirmerie du lycée du CIV, mais elle peut être conduite à partager la matinée entre le CIV, les autres établissements scolaires, et le Point Ecoute Santé. Les rendez-vous peuvent être trop espacés du fait du manque de place pour assurer un rendez-vous hebdomadaire à tous.

« Dans l'absolu j'ai une demi journée, mais voilà, je dépasse, dépasse, dépasse, parce qu'il y a des fois où je ne peux pas dire non, il faut répondre à la demande. Il y a parfois des jeunes que je pourrais revoir, je donne rendez vous à 15 jours, trois semaines, je sens aussi qu'il n'y a pas de danger, mais ce qui est difficile dans ces cas là, c'est que plus on met de temps entre deux rendez-vous et plus le lien risque de s'étioler. Voilà, mais je fais comme ça, et je privilégie les situations, oui je dirais même presque d'urgence, parce que parfois il y a des jeunes, voilà je passe, on leur a parlé de moi, ils n'ont pas rendez vous, ils tapent à la porte : Madame, on m'a dit que vous étiez la psychologue, est ce que vous pouvez me voir ? Je donne un rendez vous. Et des fois, je réduis, au lieu de les recevoir pendant une demi-heure le rendez vous que j'ai, je leur dis « revenez dans dix minutes », je réduis de 5, 10 minutes, parce que c'est possible aussi. Quand c'est possible. Et puis au lieu de faire deux rendez vous dans l'heure, je vais en faire trois. Et ça me permet comme ça de recevoir des jeunes qui font une demande. Parce que s'ils font une demande et que je leur dis « écoutez, revenez dans un mois » et bien c'est rappé (...) C'est vrai qu'il y a des jeunes ce serait bien qu'ils soient vus plus souvent, mais... Mais c'est vrai aussi que je me rends disponible la plupart du temps de 8h à 15h voire 16h ça dépend. A côté de ça, je profite maintenant des vacances scolaires pour faire tout le travail statistique. Parce que sinon, comment je fais en une demi journée ? » (Psychologue CJC).

4.1.2. Un retrait contraint de la dynamique partenariale

Le temps consacré à l'entretien individuel empêche la psychologue de la Consultation Jeunes d'assister aux groupes de travail au grand regret des professionnels de première ligne. Située au cœur de ce dispositif multi-partenarial, la psychologue ne dispose pas du temps nécessaire pour s'investir dans ces réunions en plus de celles qu'elles assurent déjà avec les équipes éducatives.

« Après ce qui est difficile aussi c'est de ne pas avoir de temps pour échanger, avec les partenaires autant que je pense qu'il serait nécessaire. C'est à dire que moi j'arrive, j'ai les rendez vous, mais je suis toujours en train de courir, je n'ai pas le temps d'aller voir, ou très peu, la CPE des classes prépa qui m'a orienté un jeune et qui voudrait peut-être en parler. Parce que parfois, on peut ne pas rencontrer un jeune, rencontrer un professionnel, en parler avec lui, et puis ça suffit à décrystalliser une situation. (...) Il y a cette réunion sur la mise à plat des besoins des jeunes de l'enseignement supérieur, je ne peux pas y être. C'est un peu dommage, vu que je reçois des jeunes qui viennent de classes prépa, et je reçois de plus en plus de jeunes qui viennent de polytechnique, que m'envoient les gens de la médecine universitaire. Mais je ne peux pas y être, parce que je n'ai pas le temps. C'est même frustrant » (Psychologue CJC).

Le manque de temps empêche aussi d'assurer complètement la continuité de l'information auprès des professionnels de première ligne qui effectuent des orientations vers la Consultation Jeunes.

« On conseille aux parents d'aller dans cette consultation ou d'y amener leur enfant, mais ensuite on ne sait pas si ils y vont (...) Alors évidemment on peut prendre le téléphone et téléphoner, mais ce serait bien qu'elle puisse faire aussi de son côté un retour pour qu'on sache si elle l'a rencontré. Du

coup, au niveau du réseau, là je trouve que ça ne fonctionne pas très bien, il y a un manque à ce niveau là. Pour moi personnellement » (Infirmière du Collège Niki Saint Phalle).

« Moi j'ai peu de retour de Djahida d'ailleurs, j'ai un peu de difficulté de ce côté là. Je lui ai envoyé ces derniers mois pas mal de jeunes et de parents, pour prendre des rendez vous. Je lui avais demandé si ils étaient venus, tous n'étaient pas venus. Sur les trois derniers, il y en a un seul qui y est allé, qui a pris rendez-vous. On a un peu de mal à avoir un retour, moi en tout cas je ne l'ai pas (...) Quand même oui, faire un point de temps en temps : est ce qu'elle a vu les élèves que j'ai envoyé ? Est-ce qu'il y en a de cet établissement ou il n'y en a pas ? Que je sache, parce que parfois je les oriente mais je ne sais pas si ils y sont allés, du coup j'ai du mal à mesurer si les jeunes à qui je le propose s'en saisissent ou ne s'en saisissent pas, parce que bien souvent je ne le sais pas (...) Il y a un problème de communication. On doit tout le temps aller à la chasse aux informations » (Assistante sociale scolaire).

« Moi j'imagine, je serais assistante sociale, on m'envoie quelqu'un et je n'ai pas le temps de faire un retour, je n'ai pas le temps d'aller rencontrer cette personne, c'est un peu délicat. Ou parfois je fais rappeler deux, trois fois une assistante sociale qui m'appelle, parce qu'elle sait que je vois un jeune, qui est de tel établissement (...) Alors là je ne comptabilise même pas le nombre de coups de fil ou d'accueils que je reçois dans la semaine, parce que je ne peux pas le faire sur ma demi-journée, c'est impossible. Le lien avec les professionnels, quand ils te disent : voilà, il y a une enquête, il y a un signalement, vous avez vu ce jeune, donc... C'est tout ce manque là, donc c'est difficile. Tout ce manque là, je le prends aussi sur moi, mais je crois qu'à un moment donné, il faut faire remonter les besoins (...) Ne serait-ce que dire : la personne que vous m'avez orientée elle est venue. C'est important. Moi je serais professionnel qui oriente vers, j'aimerais juste qu'on me dise. Je le fais le maximum de fois que je peux. C'est difficile, c'est difficile. Parce qu'il faut que j'y pense, il ne faut pas que j'oublie, il faut que je trouve le temps, je jongle. C'est moi qui suis dans un état presque de stress permanent, en me disant : il faut à tout prix que je trouve le temps de. Sur un temps que je n'ai pas, du CSAPA. Il faut que je le trouve ailleurs » (Psychologue CJC).

Il est important de souligner que la volonté de donner les moyens à la Consultation Jeunes de s'inscrire pleinement dans le maillage partenarial ne répond pas seulement à la volonté des acteurs valbonnais de rester cohérent avec l'esprit du dispositif, car le développement des partenariats entre les CJC et les intervenants Jeunesse (écoles, collèges, lycées, universités, foyers, ASE, PJJ, etc) est une recommandation prioritaire des experts dans le cadre de l'amélioration du repérage et de l'accès aux soins précoces²².

4.1.3. Une incapacité à répondre aux opportunités de développement

Du fait de cette file active saturée au moment de l'évaluation, les professionnels se retrouvent paralysés face aux opportunités de développement, elles-mêmes sous-tendues par les besoins que l'action du dispositif contribue à mettre au jour. Plusieurs pistes de développement font effectivement face à la Consultation jeunes, qui est dans l'incapacité de les investir du fait du manque de moyens.

- L'équipe éducative du CIV souhaiterait que la permanence soit augmentée dans leurs seuls locaux pour pouvoir assurer plus de consultations individuelles.

« Au niveau de la présence de Mme Hemadou sur le lycée, il y a quand même une demande de présence plus importante (*Sa présence ne suffit pas à couvrir les besoins ?*) Ah non, je ne pense pas. Il y a de l'attente certainement sur des rendez-vous » (Conseillère Principale d'Education du lycée du CIV).

²² INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, p.40.

- Les équipes d'autres établissements scolaires verraient sous un jour favorable la présence de la psychologue de la CJC lors de cellules de concertation sur des cas problématiques comme c'est déjà le cas au CIV.

« Dans ces cellules de prévention, la psychologue de la CJC vous oriente ou vous conforte sur les conduites à tenir ? »

- Conseillère Principale d'Education du lycée CIV : Ou même nous dire, c'est vraiment de notre ressort, il faudrait l'inciter à consulter, en fait nous conforter dans notre approche.
- Conseillère d'Education Collège de l'Eganaude : et bien oui, nous c'est typiquement les questions qu'on se pose.
- Infirmière du Collège Niki Saint Phalle : c'est ce qui nous manque en fait
- Conseillère d'Education Collège de l'Eganaude : oui là pour le coup !
- Infirmière du Collège Niki Saint Phalle : oui, parce que nous on a des cas où les parents, ce n'est pas qu'ils sont réfractaires, mais le jeune il a été voir une fois Mme Hemadou, et après il n'a plus voulu y retourner : et là, comment on fait ? » (Groupe focal Education Nationale).

« On s'est tous rendu compte au cours de la discussion que là où on avait encore du mal, c'est dans les situations de crise, en termes de souffrance psychologique, on était en peine encore de pouvoir orienter ou aider les jeunes » (Assistante sociale scolaire).

- Les orientations récentes de jeunes en insertion ont toutes basculées sur la consultation d'addictologie alors que certains d'entre eux ne nécessiteraient pas forcément l'investissement d'un temps médical spécialisé. De plus, les acteurs du champ socio-éducatif soulignent les difficultés importantes qui existent pour amorcer un parcours de soins avec un jeune en situation de vulnérabilité sur le plan de l'insertion sociale et professionnelle : la consultation Jeunes étant jusqu'à son rattachement au CSAPA limitée au diagnostic et à l'orientation, les professionnels de première ligne ont finalement privilégié d'autres ressources. Une meilleure orientation de ces jeunes (voir plus bas le fonctionnement du Carrefour Santé Addictions) impliquerait de facto une hausse de leur représentation dans la file active.

« (Est-ce que ta file active comprend des jeunes qui sont suivis par la Mission locale ?) De moins en moins, de moins en moins (...) Justement le travail de lien, qui n'y est pas, parce qu'il n'y a pas assez de temps (...) Je sais que très, très, très peu, voire aucune orientation de la Mission locale n'a été faite cette année » (Psychologue CJC).

« Educateur spécialisé Prévention CASA : Djahida, ça fait longtemps que je ne l'ai pas vu.

- Conseillère Mission Locale : Moi aussi ! (...) je crois que vraiment il y a eu une démarche d'implication au niveau du CIV, moi je l'entendais dans les réunions, au niveau des parents, elle s'est super investie au niveau de l'Education nationale. Un public a chassé l'autre (...)
- Educateur spécialisé Prévention CASA : c'est peut-être le temps qui est passé qui fait qu'on n'a quasi plus orienté sur Djahida. Il y avait aussi un truc qui me gênait par rapport aux jeunes, c'est que ce n'était pas vraiment une prise en charge, mais seulement un diagnostic-orientation. Et quand tu sais la difficulté à amener un jeune à rencontrer un psy et à se livrer un peu. Là il y avait énormément de déperdition psy. Ils auraient bien continué avec Djahida, sauf qu'à un moment donné tu as une orientation, et là le premier contact ne se fait pas, et paf » (Groupe focal Jeunes en Insertion).

- Le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS), qui souhaite développer sa collaboration avec le dispositif Addictions dans le cadre du groupe de travail « Etudiants », verrait d'un œil favorable que la Consultation Jeunes puisse se déplacer sur le campus de Polytech. Les orientations actuelles d'étudiants s'en trouveraient forcément augmentées. La Directrice du SUMPPS insiste sur le fait que les professionnels médicaux et paramédicaux du SUMPPS

ne disposent pas de la formation nécessaire pour effectuer une prise en charge des non consommateurs mais qu'ils peuvent s'investir dans le repérage lors de la consultation obligatoire de prévention qui se déroule à l'attention de tous les étudiants. Cela implique la formation de nouveaux professionnels qui ont récemment intégré l'équipe.

« Si quelqu'un peut venir faire une consultation avancée pour les étudiants, au contraire, ça on peut le mettre en place. Ça serait bien même. Puisqu'elle tourne dans les lycées, c'est vrai qu'elle pourrait imaginer venir dans nos locaux, à l'université. Puisqu'on a maintenant des locaux pour le SUMPPS à Valbonne, ça c'est bien. (...). Je pense que ça pourrait être pas mal, parce que adresser d'entrée un jeune repéré, sur un CSAPA, ce n'est pas une démarche facile forcément, il peut y avoir de la perte. Surtout un jeune de l'université, ça serait mieux que ça se passe ici, même si ce n'est que le premier rendez vous, quitte à l'orienter après. Que ça se passe ici. C'est un lieu qu'ils connaissent, je pense que ce serait mieux. Plutôt que de dire : on oriente sur le CSAPA, voilà le flyer, voilà l'adresse, allez là-bas, à mon avis il y en a un sur deux qui n'y va pas » (Directrice SUMPPS).

« Rapprocher la médecine universitaire de la consultation de Djahida : maintenant, la question c'est aussi la capacité de Djahida à répondre à la demande. Elle a déjà une permanence qui est complètement remplie, si elle ouvre aussi sur le monde étudiant... » (Coordinateur de santé publique Mutualité Française PACA).

- Des acteurs du champ socio-éducatif qui incluent des sessions de prévention obligatoires dans leur plan d'accompagnement à l'insertion socio-professionnelle, souhaiteraient renforcer l'action en ajoutant une seconde session sur la base du volontariat, au cours de laquelle la psychologue de la Consultation Jeunes serait présente. Cela impliquerait ainsi la présence lors de ses ateliers, et in fine de nouveaux entrants dans la file active.

« L'idée de la deuxième intervention, c'était aussi de pouvoir faire intervenir la psy qui pourrait les accompagner. Pas à la première intervention, mais à la deuxième. L'idée c'est vraiment de les accompagner doucement à se prendre en charge, à diagnostiquer qu'effectivement ils ont un souci par rapport à ça » (Directrice Chantier d'Insertion CMieu).

L'ensemble de ces éléments démontre que le temps de travail alloué à la Consultation Jeunes freine considérablement les possibilités de développement mais aussi la qualité de son activité actuelle en tant que pièce maîtresse du dispositif Addictions. Le renforcement des CJC et de leurs possibilités d'action fait de toute façon partie des recommandations des experts pour améliorer la politique sanitaire autour des conduites addictives chez les adolescents et les jeunes adultes²³.

4.2. Le renouvellement périodique des acteurs de première ligne investis dans le dispositif

4.2.1. Une politique de formation nécessairement cyclique

La cohérence de l'action du dispositif Addictions repose en grande partie sur la mobilisation des acteurs de proximité autour des problématiques liées aux conduites addictives, et sur leur capacité à constituer

²³ INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, p.39.

des relais pour un repérage plus précoce et l'orientation. Cette stratégie implique la formation des acteurs de proximité, qui permet de développer un socle commun des connaissances en matière de prévention des addictions et de repérage précoce et de travailler collectivement la posture de prévention. Cette stratégie se trouve néanmoins confrontée au turn-over des équipes présentes sur le terrain, qui implique de s'investir périodiquement dans la sensibilisation des acteurs de terrain, sans jamais atteindre une situation où la politique de formation ne sera plus nécessaire.

« Et puis après c'est vrai qu'on a subi des changements importants, je pense essentiellement à l'équipe de prévention spécialisée, qui était en 2010-2011 véritablement moteur. Il y a eu une reconfiguration par le Conseil Général des prérogatives des structures, et la structure qui était en place a été envoyée sur un autre territoire et remplacée par une autre (...) Il y a eu aussi par rapport à l'équipe du service Jeunesse de la Mairie de Valbonne un changement quasi total de l'équipe entre 2009, 2010 et 2012. Donc il a fallu aussi recommencer des formations auprès de cette équipe (...) c'est le turn-over des équipes : que ce soit sur la prévention spécialisée, tel que ça a déjà été défini, que ce soit sur le renouvellement des équipes d'animateurs du service Jeunesse de la mairie de Valbonne, que ce soit en milieu scolaire, on a quand même des turn-over de professionnels et de structures qui font que c'est compliqué de travailler dans le temps. L'avantage qu'on a sur Valbonne, c'est qu'il y a un consensus par rapport à la nécessité de mettre en place de la prévention, et sur les modalités. Et c'est là qu'on retrouve la question du travail sur les représentations, et sur ce qu'on considère comme efficace en matière de prévention. Là dessus, il n'y a aucun souci, l'articulation avec la gendarmerie, voire même avec la police municipale, que ce soit avec le CSAPA, avec le Foyer des Jeunes Travailleurs, il y a vraiment une communauté d'esprit et tout le monde œuvre dans le même sens. Le problème c'est la disponibilité, la temporalité, et le turn-over des équipes » (Coordinateur de santé publique Mutualité Française PACA).

4.2.2. La nécessité d'anticiper les changements de personnes-clés

L'action du Dispositif Addictions s'appuie aussi sur des personnes qui ont une position clé dans la communauté territoriale, dont l'investissement est primordial en termes de relais vers les habitants et de diagnostic de leurs préoccupations. La nécessité d'anticiper les retraits de personnes-clés constitue un enjeu important pour que les changements aléatoires de l'existence n'influencent pas péjorativement l'action du Dispositif. Au moment de l'évaluation, cette situation apparaît concrètement avec l'annonce du retrait prochain de la Présidente de l'Association des Parents d'Elèves Indépendants, qui est un moteur pour l'ensemble des activités d'appui à la parentalité et un lien privilégié avec les habitants.

« Par exemple, la représentante de l'API, il a fallu que je l'appelle avant la réunion, et puis je la ménage, je lui ai dit : puisque tu m'as dit que tu ne te représentais pas, est ce que tu penserais à quelqu'un ? Elle m'a dit : ça tombe bien, j'ai une assemblée générale ce soir, je vais en parler. Mais elle est prévenue. (...) Ma grosse difficulté aujourd'hui, c'est de mobiliser les représentants des parents d'élèves pour qu'ils s'attachent dès aujourd'hui à trouver des relais qui soient motivés pour le temps où ils ne pourront plus s'investir parce que leurs enfants auront quitter l'enseignement secondaire. Ca c'est mon rôle, le rôle d'un coordonnateur, de les inciter à trouver eux-mêmes le relais et à faire le transfert, pour mobiliser quelqu'un qui peut s'investir sur le sujet » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

4.3. L'instabilité du réseau territorial partenarial

4.3.1. Les conséquences des restrictions budgétaires subies par les partenaires

L'instabilité du réseau partenarial local s'explique essentiellement par les restrictions budgétaires subies par les partenaires du dispositif depuis 2012, du fait de la crise économique. Le dispositif subit ainsi le contrecoup des difficultés connues par les partenaires, tout en travaillant pour tenter d'en amoindrir la force en termes de conséquences péjoratives pour le territoire valbonnais.

Historiquement, l'équipe de prévention spécialisée PASSAJ de l'association Montjoye assurait une mission de prévention sur le territoire de Valbonne qui l'avait conduit à s'investir fortement dans le dispositif Addictions : repérage précoce, participation active aux groupes de travail, et animation de l'atelier sur la connaissance des ressources et la capacité à demander de l'aide dans le cadre du programme P3 proposé aux collégiens. La réorganisation de la prévention spécialisée au niveau départemental à compter de 2011 conduit une équipe de l'ADSEA à remplacer l'équipe initiale : elle couvre un territoire plus large que Valbonne, n'a pas suivi le cycle de formation et n'est pas en mesure d'assurer des ateliers de prévention collectifs. Un nouveau cycle de formation destiné à intégrer la nouvelle équipe de prévention spécialisée dans le dispositif est malheureusement suivi d'une réorganisation supplémentaire qui conduit l'équipe de l'ADSEA à ne plus disposer d'éducateur de rue pour le territoire de Valbonne, ni de local pour l'accueil.

« Et les limites de ce dispositif ? L'instabilité des intervenants : je pense à PASSAJ par exemple avec qui un gros travail avait été fait, et qui a été détricoté, parce que voilà redéploiement des équipes » (Principal-Adjoint du Collège de l'Eganaude septembre 2009-juin 2013).

« C'est un drame (le départ de PASSAJ) (...) j'ai eu beaucoup de travail de partenariat avec eux, pas sur tous les territoires, mais sur certains endroits. Et des échanges super riches. Là, on pouvait faire aussi quelques suivis nominatifs quelques fois, ponctuellement. C'était justement aussi pour moi des gens vers qui je pouvais orienter, lorsqu'il y avait des problématiques sur une ou deux personnes, ou une famille qui me signalait leur gamin, pour quelque chose que moi je ne pouvais pas faire à mon niveau, mais je ne suis jamais sec, j'ai tout le temps quelqu'un vers qui orienter. Ça c'était vraiment mon plan B, et en plus des gens qui suivaient, qui suivaient vraiment, qui sont pérennes dans l'action. Moi, je suis catastrophée de les perdre » (Commandant de brigade BPDJ).

« L'équipe de l'ADSEA qui est arrivée était moins impliquée dans la prévention des addictions, ils ont été plus en difficulté en plus de ça parce que leur mandat ne couvrait plus uniquement Valbonne, donc plus de difficulté d'implantation, ils ont été parachutés sur le territoire. Et puis une fois qu'ils ont pris leurs marques... C'est à dire qu'ils ont été parachutés il y a deux ans, ils ont pris leurs marques il y a... Enfin voilà, il leur a fallu du temps. Et là, ils subissent de nouveau des changements considérables, c'est à dire qu'on ne peut plus nécessairement compter sur eux. Pas nécessairement par manque de bonne volonté, mais parce que ils ont diminué de moitié le nombre de postes (...) Il y a l'heure actuelle une recomposition très importante du champ social et préventif, qui interfère sur la stabilité du dispositif » (Coordinateur de santé publique Mutualité Française PACA).

« Le Conseil Général baisse de 50% tous les budgets qui concernent les éducateurs de rue. Donc aujourd'hui, travailler avec la prev', c'est pas évident. Donc aujourd'hui on se retrouve avec des problèmes comme ça et on ne peut pas travailler. La prévention, c'est quelque chose qui doit se faire dans la durée, dans le long terme. Si tu morcelles les gens, qui vont changer tous les deux ans, tu fais forcément du mauvais boulot, tu fais n'importe quoi » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

« Tout ce qui est prévention chez les moins de 18 ans, c'est avec l'ADSEA, ça c'est au quotidien. Mais au vu des problématiques de financement du Conseil Général, il y en a un qui est parti et qui ne va pas être remplacé. L'autre éducateur est passé directeur (...) Alors qu'on les avait accueillis parce

qu'ils avaient un problème de locaux, finalement ils ont réussi à obtenir un local, mais entre temps le budget a été divisé par deux, donc du coup plus de local : enfin bref (...) ça va être compliqué, parce qu'ils seront de moins en moins présents sur le territoire de Valbonne, et il va manquer un maillage, oui je pense » (Responsable Service Loisirs Jeunesse communal).

Il faut noter qu'à contrario, les partenaires qui subissent ces difficultés comptent sur le soutien du dispositif pour amoindrir les effets négatifs de leurs restrictions budgétaires.

« Nous c'est un peu particulier, dans le sens où on est très bousculé ces derniers temps et sur les interventions de terrain, on y est pratiquement pas, moins 50% sur nos budgets, donc on se retrouve... (...) Mais après, dans le cadre des actions, on est en train de tout redéfinir nos actions, nos façons de travailler etc, actuellement ça fait combien ? trois mois à peu près, je ne suis là que de passage, en termes de soutien on m'appelle sur une situation, mais je n'ai plus trop le temps, en plus maintenant j'ai en charge le secteur grassois, je n'ai pas d'éducateur qui a été mis en place sur Valbonne pour l'instant, et là dessus je n'ai aucun engagement, et aucun fonctionnement direct, ça va être du ponctuel, si ce n'est savoir qu'il existe tout ce réseau là, et donc dans le cadre d'une problématique particulière, savoir qu'il y a des partenaires de santé, des partenaires d'autres services, qui peuvent donner un coup de main, ou être des sources d'orientation. Parce que nous aussi l'intérêt est dans la redéfinition de la qualité par le Conseil Général, 80% de notre activité ce sera de la réorientation. Donc ce genre d'outils, pour nous, c'est d'autant plus important et intéressant pour nous, dans le sens où pour nous, la proximité ça va être dans le système scolaire. Il y a d'autres définitions de statut de travailleurs sociaux qui vont être mises en place et ça va être dans la périphérie scolaire. Après tout ce qui va être repéré, tout ce qui va être de cet ordre là, ça sera tout de suite transféré sur l'éduc' qui analyse et qui fera systématiquement du relais, en dehors de petites affaires légères. Donc avoir un outil comme ça pour nous c'est primordial, sur Grasse on n'a pas toujours les éléments, et c'est donc quelque chose auquel on sera toujours attentif, et partie prenante dans ce fonctionnement là » (Educateur spécialisé ADSEA responsable des secteurs grassois et valbonnais).

L'équipe du Bus Santé Jeunes ou « Bus Kéfa » de la Mutualité Française PACA est également financée par le Conseil Général des Alpes-Maritimes et subit une perte financière similaire à celle des équipes de prévention spécialisée. Etant moteur du programme de prévention P3 dans les collèges, des difficultés d'organisation des actions de prévention auprès des jeunes ont perturbé la dernière année (hors évaluation de l'activité dans le chapitre 2, soit l'année scolaire 2013-2014). Des ateliers ont été regroupés, réduisant le nombre d'ateliers proposés à deux par classe, et le collège de l'Eganaude n'a pas pu être couvert. Les changements dans les partenaires du dispositif ont renforcé ces difficultés. Le programme P3 déjà amputé d'une partie de ces ateliers en 2012-2013, n'existe plus dans sa forme initiale à Valbonne à ce jour. Il a cependant été remplacé par un format qui conserve la dimension multi-partenariale de l'animation.

« Le programme P3 dans son intégralité, c'était une époque de faste budgétaire qui n'est plus d'actualité (...) On a subi une diminution significative du financement cette année pour le Bus Kéfa, qui fait que seule le poste de l'animatrice reste en place, et nous nous orientons vers un travail en partenariat avec l'ensemble des ressources locales, essentiellement la gendarmerie, l'équipe mobile académique de sécurité, les points Ecoute Accueil Jeunes, qui seront amenés à réaliser le second atelier, qui n'est pas réalisé dans le bus » (Coordinateur Santé Publique Mutualité Française PACA).

« C'est un bon dispositif, ce serait dommage d'arrêter ce qui fonctionne (...) le P3, ça a fait ses preuves. Je ne pense pas trop m'avancer, mais même sur Nice, les établissements qui en bénéficient ont tous été satisfaits » (Assistante sociale scolaire).

4.3.2. Les difficultés spécifiques liées au maintien du programme P3 dans les collèges

Le Programme P3 est comme on l'a décrit dans les parties précédentes un programme de prévention destiné aux élèves de 4^e qui s'étalait sur la durée d'une année scolaire et se subdivisait en 4 ateliers : (1) la connaissance des effets des substances psychoactives sur le système nerveux (2) le rappel du cadre légal (3) le développement des habiletés psychosociales (4) la connaissance des ressources et la capacité à demander de l'aide. La spécificité de ce programme est de s'appuyer sur une animation multi-partenariale.

Etant entendu que les intervenants de la Mutualité Française ne pourraient pas assurer le programme dans tous les lieux sur la longue durée, des objectifs en termes de transfert de compétence vers d'autres partenaires étaient associés à l'expérimentation du programme P3 sur Valbonne Sophia-Antipolis. Le premier objectif était que le premier atelier pouvait à terme être animé par l'enseignant de SVT seul, et le second était de former des partenaires locaux pour qu'ils puissent assurer l'atelier sur la connaissance des ressources chaque année dans l'ensemble des établissements.

En ce qui concerne le premier objectif, l'expérimentation du programme P3 conduit à conclure que l'investissement des professeurs de SVT dans l'animation du programme P3 nécessite un important travail de concertation en amont des interventions dans un but de préparation, mais aussi que ceux-ci ne souhaitent pas animer cet atelier seul, qui prend selon eux une valeur spécifique du fait de la présence d'un intervenant extérieur. De plus, la mobilisation et la concertation avec les enseignants doivent être renouvelées sans apport des expériences précédentes dans les cas, nombreux dans l'Education Nationale, de mutation des enseignants vers un nouvel établissement. Les professionnels de l'Education Nationale mettent également en valeur que si les équipes éducatives sont facilement mobilisables autour de la prévention des addictions, la mobilisation est plus différentielle chez le personnel enseignant, chez qui la perception de leur rôle éducatif n'est pas uniforme.

« En termes de personnel éducatif, je n'ai pas senti de résistance, ni à l'Eganaude, ni ici. C'est plutôt par rapport au personnel enseignant qu'il y a une certaine résistance (...) La dimension éducative du métier d'enseignant n'est pas perçue de la même manière par tout le monde. Donc certains estiment que ça dépasse le cadre de leur mission professionnelle. C'est à la fois la richesse du projet et c'est sa limite également, puisque le programme P3 on a dû le mettre en place, au cours de mon passage à l'Eganaude pendant trois ans, donc 2010-2011, 2011-2012, et 2012-2013, et que le principe était d'arriver à ce que progressivement les enseignants prennent en charge le premier atelier sur la connaissance des substances psychoactives et leurs effets sur le système nerveux seuls, et ils n'ont pas réussi à s'affranchir de la tutelle de l'intervenant en l'occurrence, qui co-animaient avec eux ce premier atelier. Donc ils acceptaient volontiers l'intervention dans leur classe, en co-animation, mais on n'est jamais arrivé à les convaincre de la prendre seul en charge. Bien qu'en termes de connaissances théoriques, ils étaient au point, mais l'idée de changement de posture, c'est la réponse que j'ai eu plusieurs fois, la posture de l'enseignant n'est pas celle de l'intervenant prévention des addictions (...) Ca impliquait entre guillemets de se dévoiler davantage, et certains n'étaient pas prêts à le faire (...) Et puis il y a l'importance de la demande par rapport aux moyens humains, c'est à dire que l'organisation de tous les ateliers dans toutes les classes de tous les collèges, par exemple pour le programme P3, on a bien vu que lorsque tout le monde était sur le pont et qu'il fallait organiser tout ça, ce n'était pas facile » (Principal-Adjoint du Collège de l'Eganaude).

« En plus, les professeurs de SVT qui en ont bénéficié partent ailleurs. Si il n'y a plus le P3 où ils vont c'est dommage, et ceux qui arrivent ne sont pas formés, donc c'est difficile, parce qu'il n'y a pas la continuité » (Assistante sociale scolaire).

En ce qui concerne le second objectif de transfert de compétences, la tentative avortée de transmettre l'animation de l'atelier sur les ressources aux éducateurs de prévention spécialisée (conférer paragraphe précédent sur les conséquences des restrictions budgétaires subies par les partenaires) a été substituée par la volonté de transmettre cette responsabilité aux animateurs du service Jeunesse communal. Toutefois, ceux-ci estiment que la formation dont ils ont bénéficié en termes de sensibilisation aux conduites addictives leur apporte des bénéfices dans leurs relations quotidiennes avec les jeunes mais ne leur donne pas les compétences nécessaires à l'animation d'un atelier de prévention.

« Mais aujourd'hui, on a impulsé la phase de formation, la formation des animateurs. Il y a eu une formation un peu plus poussée pour les animateurs de la Ferme Bermond, c'était neuf heures de formation, et on a passé aussi l'ensemble des animateurs du territoire de Valbonne, recrutés au sein de la Ville, en 2012, et aussi l'ensemble des éducateurs sportifs, qui ont eu une petite formation de 4 heures, une sensibilisation. Ca, ça a été fait. Mais pour moi, il manquerait un maillon, je l'ai déjà dit à Jérôme, pour qu'on puisse effectivement prendre le relais, notamment sur le P3. Parce qu'aujourd'hui, je pense que ça tient par l'homme, qui est Jérôme, et je pense que si Jérôme s'en va demain.... Il manque quelque chose pour qu'on puisse vraiment prendre le relais de façon efficace. Je suis très pragmatique, très concret, très terrain, et je pense que ça ne tiendra pas la route si effectivement on n'impulse pas un peu plus. Il manque de la matière (...) Il y a un savoir-faire, ce n'est pas parce que tu as suivi une formation de neuf heures que tu as la compétence, tu as le savoir-faire pour le transmettre. Est-ce que tu as tout compris ? Je ne suis pas bien sûre. Et puis je pense que, pour revenir aux compétences de l'équipe actuelle, je pense que tous n'ont pas les compétences pour pouvoir le transmettre » (Responsable Service Loisirs Jeunesse communal).

4.3.3. Le manque de partenaires spécialisés dans la prévention des addictions

La faiblesse de l'offre en termes de partenaires spécialisés dans la prévention des addictions sur le département des Alpes-Maritimes est mise en évidence pour pointer les difficultés de programmation récurrentes que connaît le dispositif en ce qui concerne les formations des professionnels, et l'animation des actions collectives. La difficulté de trouver des opérateurs externes spécialisés dans le champ de la prévention et destinés à soutenir la Mutualité Française freine donc l'action du dispositif sur ces deux aspects. Il apparaît que le coordinateur de santé publique est perçu par les professionnels de première ligne comme n'étant pas assez disponible alors qu'il consacre une part majorée de son temps à l'action sur le territoire de Valbonne.

« Là, le travail ça a été vraiment de trouver des personnes ressources et des personnes qui ont envie de s'intéresser à cette question là. Et c'est peut-être la difficulté qu'on a avec Jérôme (le coordinateur de santé publique de la MF PACA, qui assure les formations et les actions collectives) aujourd'hui. Jérôme aujourd'hui il est seul, pour un énorme territoire, et c'est vrai qu'il aurait besoin de se poser sur des gens qui puissent prendre le relais, au moins en partie. C'est vrai que Jérôme il manque de temps, c'est un peu la difficulté. Isabelle, la responsable du dispositif de Réussite éducative, et globalement de l'extra-scolaire, réclame des formations à Jérôme » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

« (Vous avez des attentes particulières envers l'Atelier Santé Ville, la Mutualité Française, le CSAPA... ?) Un peu plus de disponibilité de la part de la Mutualité Française... » (Directrice Chantier d'insertion CMieu).

Le défaut d'opérateurs sur le département susceptibles d'effectuer des actions de prévention des addictions et des actions de formation sur l'ensemble du territoire départemental est un problème local soulevé également par les partenaires qui ont un rayon d'action qui ne se limite pas au bassin valbonnais.

« Mais pour nous c'est notre référent en la matière sur le département, c'est le seul. Le seul qui a des connaissances, des compétences, qui est reconnu (...) Donc oui, pour nous c'est notre référent. Mais je trouve qu'on n'a pas grand-chose dans le département. Je travaille avec mes collègues du 13, qui ont beaucoup de partenaires, des associations qui travaillent, il y a pleins d'expérimentations qui se font, peut-être parce que c'est Marseille, je ne sais pas. Il y a pleins de choses qui se mettent en place. Des actions qui sont testées, quelquefois ils participent, ou au moins ils se tiennent au courant de ce qui se passe et c'est super intéressant. Et nous, on n'a rien. Alors peut-être qu'on est moins touché qu'eux, par les trafics. Je pense, aussi. Mais je trouve qu'on manque effectivement de partenaires » (Commandant de brigade BPDJ).

4.3.4. Le morcellement des missions des partenaires envisagées sous l'angle territorial

L'instabilité du réseau partenarial local se traduit également par le morcellement des partenaires. Ce morcellement est perceptible lorsque leur mission est envisagée sous l'angle du territoire de proximité : souvent, les partenaires sont censés intervenir sur des territoires multiples, dans une logique territoriale qui n'est pas celle de la collectivité communale. C'est par exemple le cas des infirmières scolaires, qui sont plusieurs à intervenir auprès de la population scolaire valbonnaise, ce qui constitue un frein pour la fluidité de l'organisation du dispositif.

« La difficulté réside souvent dans la découpe territoriale : si je prends par exemple, les secteurs attribués aux infirmières scolaires, ils sont extrêmement morcelés, ils peuvent couvrir plusieurs communes, et ils couvrent toujours plusieurs établissements, ce qui implique qu'au lieu d'avoir des infirmières dédiées à plein temps à la ville de Valbonne Sophia Antipolis, et donc ayant une connaissance plus approfondie des moyens mis en place, et permettant une cohérence entre les actions élémentaires, en collèges et en lycées et une meilleure possibilité d'organiser des rencontres, avec moins de déplacements pour les infirmières, nous faisons face à de multiples interlocuteurs pour qui il devient difficile d'avoir du temps à nous consacrer, et une vraie maîtrise des actions communales » (Elue à la santé).

4.4. L'affaiblissement du continuum préventif par les limites territoriales

Les actions collectives conduites auprès des jeunes à Valbonne Sophia-Antipolis ont progressivement conduit les parties prenantes à vouloir agir toujours plus en amont des parcours de consommation, en mettant en place, en concertation avec les Directeurs d'Ecole, des actions auprès des élèves de l'école primaire sur le thème « Sommeil et Ecran ». En 2013-2014, un nouvel atelier destiné à améliorer la capacité des enfants à résister à la pression des pairs a été ajouté. Le continuum préventif que les acteurs valbonnais ont voulu élaborer se renforce ainsi au fil du temps, d'autant qu'il est assorti d'une volonté de développer le travail autour des habiletés psychologiques et sociales dès l'école primaire pour la période future. Toutefois, force est de constater que l'action conduite dans les écoles primaires de Valbonne Sophia Antipolis génère une inégalité entre les élèves à leur arrivée dans les collèges du bassin valbonnais, puisqu'une partie importante des collégiens résident dans les communes limitrophes. L'absence de partenariat entre le Dispositif Addictions et les écoles situées dans la zone de l'intercommunalité constitue donc la source de cette inégalité.

« La cohérence santé, elle est loin.... Il est vrai qu'à un moment donné, j'étais plus favorable, non pas parce que je ne veux que du valbonno-valbonnais, mais parce que ce serait plus simple pour avoir une cohérence dans le travail qui est mis en place par la commune (...) Ce n'est pas une mauvaise idée de travailler sur de l'intercommunal, parce que d'abord les moyens seront peut-

être mutualisés, donc plus efficaces. Et parce-que si on veut avoir une cohérence de toute la trajectoire qui est mise en prévention, cela nécessite d'avoir une cohérence dans le suivi des populations à toute les strates ... *(Et oui : pour respecter ce fameux continuum préventif)*. Effectivement, il devient difficile autrement d'avoir ce fameux continuum. La difficulté se situera au niveau de la volonté des communes de travailler en partenariat. Il est vrai qu'il y a aussi une réflexion d'un transfert des compétences santé au niveau de la CASA par exemple » (Elue à la Santé).

4.5. Le fonctionnement du Carrefour Santé Addictions

Le Carrefour Santé Addictions, cellule de concertation qui associe les acteurs du champ socio-éducatif et l'expertise du CSAPA pour favoriser l'accompagnement des jeunes en insertion vers le soin, est de création récente au moment de l'évaluation. Envisagée depuis quelques mois du fait des difficultés constatées autour des cas problématiques nécessitant une prise en charge spécialisée et pourtant très éloignés du soin, cette cellule a pris corps avec le recrutement d'un éducateur spécialisé en octobre 2013 par le CSAPA (0,2 ETP, une journée hebdomadaire). Ce recrutement était destiné à compléter l'action de la Consultation Jeunes du CSAPA au Point Ecoute Santé de Garbejaire. Comme précisé dans le deuxième chapitre, le Carrefour Santé a permis l'orientation de 19 jeunes vers une prise en charge médicale, entre sa création et la rencontre des acteurs du champ socio-éducatif, lors du groupe focal qui s'est tenu en mars 2014. Le travail de l'éducateur est d'effectuer une action de prévention des conduites addictives et de réduction des risques auprès du public en insertion le plus vulnérable face à l'usage de produits psychoactifs, et de favoriser l'amorce des parcours de soin en effectuant un suivi renforcé.

Initialement, l'ouverture du poste d'éducateur spécialisé était destinée à effectuer une animation éducative ciblée sur la prévention des conduites addictives auprès des jeunes qui fréquentent le Point Ecoute Santé. Le besoin de suivis renforcés pour les jeunes en grande fragilité, qui a émergé des travaux du groupe de travail Jeunes en insertion, a conduit le CSAPA à réaffecté son action sur la coordination des prises en charge problématiques via la cellule de concertation créée à cet effet.

« J'avais eu l'idée que ça aurait pu être un travailleur social qui accompagne aussi les actions de prévention, qui aurait pu aller dans les établissements scolaires aussi, qui se rapprocherait un peu du travail d'un animateur. Mais là, je pense que c'est mieux adapté. Il fait de la coordination sur des cas lourds, qui nécessite une prise en charge pluri professionnelle, il les accompagne pour les amener vers un soin, qui n'aurait pas pu avoir lieu, parce qu'à la mission locale ils ne pouvaient pas les accompagner jusque là (...) Il aurait pu être éducateur de prévention, aller dans les lycées faire quelque chose de complémentaire de Djahida, en faisant par exemple des ateliers ensemble, sur le plan éducatif. (...) Ce sont des choses intéressantes qui peuvent constituer le rôle d'un éducateur. Mais là, ce n'est pas ça. La demande était : on a des problèmes avec des jeunes en difficulté, on ne sait pas comment les aider, comment les accompagner, comment améliorer leur parcours. Et bien, l'éducateur est là pour aider les gens de terrain à étoffer la prise en charge de ces jeunes et les amener si besoin vers une prise en charge soignante » (Médecin addictologue, Directeur du CSAPA).

« C'était le but premier : il a peut-être été dévoyé, un peu détourné ! Il va peut-être falloir qu'il retourne vers ce vers quoi il était destiné ! (...) L'objectif initialement c'était justement d'animer, c'était la partie éducative qui manquait. Il y avait jusque là des professionnels qui prenaient en charge la souffrance psy, mais rien au niveau éducatif, le but était de pallier ce manque (...) Il faudrait un peu faire des deux, au moins » (Représentante ARS PACA).

« C'est vrai que le travail de l'éducateur CSAPA ne correspond pas à la fiche de poste que tu décris. En réalité on l'a détourné, mais parce qu'on l'a adapté aux besoins du terrain » (Educateur spécialisé Prévention CASA).

« Ah non, je ne suis pas éducateur de prev' au CSAPA, pas du tout. Je suis accompagnateur à la santé et éducateur en addictologie » (Educateur CSAPA).

Au moment du recueil de données pour l'évaluation, les parties prenantes estiment que le choix de consacrer ce temps de travail au Carrefour Santé Addictions était un choix raisonné et donc justifié ; cependant, elles ne sont pour autant pas totalement satisfaites du fonctionnement du Carrefour Santé et estiment que celui-ci pourrait être optimisé. En effet, bien que l'accompagnement santé dans sa globalité soit conçu à juste titre comme une part importante de la prévention des addictions, le fait d'agréger dans l'ordre du jour les problématiques santé généralistes à traiter aux situations déjà avérées de conduites addictives, détourne souvent la cellule du thème des addictions. La présence du médecin addictologue du CSAPA lors de ces cellules et la possibilité pour les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle de traiter les questions de santé généralistes directement avec le Point Ecoute Santé, sans passer par un relais supplémentaire qui est celui de l'éducateur CSAPA, conduit à vouloir recentrer ce Carrefour, ainsi que l'activité de l'éducateur, exclusivement sur les problématiques addictives de jeunes vivant des situations complexes et/ou éloignés du soin. Le nommer désormais « Carrefour Addictions » symbolise ce recentrage de l'action de la cellule de concertation, décision qui a été prise, au cours du premier semestre 2014 par l'Atelier Santé Ville et le CSAPA, en concertation avec les acteurs investis.

« Pour revenir au Carrefour Santé, la prise en charge grâce à cet outil, c'est du bonheur, c'est du bonheur. Moi je vois X, il est tombé en scooter, il s'est cassé deux dents, cassé la jambe, pas de CMU, rien du tout. Et tout a été fait : il a récupéré sa jambe, il a récupéré ses dents, il a tous ses papiers à jour. Donc là on est sur l'accompagnement santé, sur la prise en charge, et on est sur quelque chose d'hyper important pour les jeunes. Sur les problèmes d'addiction, on a traité des problèmes d'addiction alcool, drogues dures, geek, donc on a quand même des situations d'addiction » (Conseillère pour l'Emploi Mission Locale).

« Si jamais on apprenait que le médecin addictologue, au lieu de faire de la prise en charge au CSAPA, menait une autre activité, ça ne serait pas bien perçu » (Représentante ARS PACA).

Un autre point mérite réflexion dans le fonctionnement du Carrefour Addictions, car l'éducateur CSAPA tient une place centrale dans cette cellule, notamment en termes de repérage précoce des addictions, ce qui est une condition nécessaire antérieure à toute volonté de mettre en place une stratégie destinée à favoriser l'entrée dans un parcours de soins.

Il n'est pas facile de recruter un éducateur spécialisé sur un temps de travail aussi restreint (0,2 ETP) : le choix a été fait en octobre 2013 de proposer ce temps de travail comme un complément d'activité à l'animateur socio-éducatif du Foyer de Jeunes Travailleurs, qui y exerce à 80%, mais dispose d'une formation d'éducateur spécialisé. Il dispose déjà d'une bonne insertion dans le champ professionnel local et connaît bien le public des jeunes en situation de grande fragilité, de par son immersion au sein du Foyer des Jeunes Travailleurs. La qualité de cette insertion dans le tissu local a d'ailleurs contribué à son choix. Un questionnement en termes d'efficacité apparaît cependant du fait de sa double casquette Educateur CSAPA/ Animateur FJT.

D'un côté, l'éducateur doit être en mesure de libérer la parole sur les pratiques de consommation, en respectant une position de non jugement qui favorise la prise de conscience des problèmes et la volonté de s'engager dans une prise en charge ; mais parallèlement, l'animateur du FJT est régulièrement amené à prendre des sanctions contre des résidents dont la consommation ou l'activité de deal ont été mises au

jour. Une partie des acteurs de terrain s'inquiètent ainsi de l'impact possible de l'antinomie des rôles avec lesquels le professionnel est contraint de jongler, qui risquent de conduire certains jeunes à cacher volontairement leurs pratiques de consommation.

« Il y a énormément de jeunes qui viennent, et moi je le sais parce qu'on les voit au FJT, des jeunes qui viennent de Grasse, qui sont déjà dealers à Grasse, qui viennent faire leurs petites emplettes ici, moi je les connais ce sont des anciens du FJT donc c'est vite vu, qui viennent faire leurs emplettes ici voire qui viennent vendre (...) Moi en tout cas je vois des Grassois qui viennent maintenant ici, les derniers qui ont été virés du FJT, ce sont tous des jeunes de Grasse et qui ramènent des produits ici» (Educateur CSAPA/Animateur socio-éducatif du FJT).

4.6. L'animation de la dynamique partenariale au sein du dispositif

4.6.1. Repenser les comités de pilotage

Si le fonctionnement en groupes de travail thématiques recueille l'adhésion de tous en termes d'optimisation de l'organisation partenariale au sein du dispositif, la tenue des comités de pilotage pose plus de question, au vu des attentes et des bénéfices différenciés des participants.

En effet, la réunion des partenaires se déroule en sous-groupes lors des groupes de travail thématiques, ou bien en plénière lors des comités de pilotage, qui réunissent les représentants de toutes les parties prenantes. Les données recueillies montrent que les comités de pilotage, qui réunissent plus d'une quarantaine de personnes à chaque édition, se déroulent plutôt comme des comités de suivi, destinés à informer l'ensemble des parties prenantes des actions effectuées dans les groupes de travail auxquels ils ne participent pas, ou pour donner des informations sur le développement du dispositif. Même si les animateurs de la réunion (les intervenants des structures pivots : Atelier Santé Ville, Mutualité Française, CSAPA) s'attachent à susciter le débat autour des points abordés, la dynamique de grand groupe conduit les participants à percevoir une information descendante, plutôt qu'une concertation destinée au pilotage.

« Et ça malheureusement, je trouve que dans le comité de pilotage de l'autre jour, c'était tellement dense, c'est toujours trop dense, et on n'a pas suffisamment le temps d'échanger (...) Tu vois, le dernier comité de pilotage on a beaucoup rendu compte de ce qu'on fait, mais pas sur ce que les partenaires aimeraient faire, ou ce qu'il manque » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

« Là où j'ai appris tout ce qui se faisait, c'est bien dans le cadre de ces rencontres » (Assistante sociale scolaire).

« Même au niveau des réunions, autant on est sur une information descendante, mais pas forcément sur une démarche d'échanges, au niveau des catégories professionnelles qui sont présentes. Alors autant je le perçois comme une dynamique effectivement au niveau de la collectivité territoriale, autant en tant que professionnelle, je n'en ai pas d'impact » (Conseillère pour l'emploi Mission Locale).

« Je suis assez d'accord, ça reste abstrait, mais pendant ces réunions on a un retour sur tout ce qui est fait (...) donc on sait qu'il y a tous ces outils, on a des retours de tout ce qui se fait dans les écoles, avec les parents d'élèves, les colloques, etc, mais on en est quand même effectivement pas partie prenante concrètement. Ceci dit, c'est important de voir que tout se développe et que ça travaille en amont de ce qu'on est en train de faire nous aujourd'hui » (Educateur spécialisé Prévention CASA).

Le comité de pilotage ne « pilote » donc pas, et les données présentées dans l'évaluation de processus montre bien qu'en réalité, un comité de pilotage « informel » est en fait constitué des structures pivots qui coordonnent le dispositif. Ces dernières se réunissent régulièrement lors de « comités techniques », qui sont en réalité de véritables comités de pilotage, destinés à poser des arbitrages. Ces comités techniques fonctionnent également comme des comités d'éthique, au même titre que les groupes de travail, concernant le choix d'éventuels opérateurs externes.

4.6.2. Systématiser la communication

La communication entre les acteurs investis dans le dispositif s'effectue lors des comités de pilotage, lors des groupes de travail ou bien en face-à-face de façon informelle. Il n'existe pas d'outil de communication interne, de type newsletter envoyé à une liste prédéfinie d'acteurs. Le recueil de données a été l'occasion de se rendre compte que plusieurs acteurs n'étaient pas au fait de nouvelles récentes, comme par exemple le fait que le rattachement de la psychologue de la Consultation Jeunes au CSAPA avait permis de ne plus réduire son rôle au diagnostic et à l'orientation seulement, mais qu'elle pouvait désormais effectuer elle-même des prises en charge de plus longue durée. Il suffit d'une absence aux groupes de travail ou aux comités de pilotage pour que la circulation de l'information perde sa fluidité.

« Donc c'est effectivement bien d'avoir cette information pour pouvoir la transmettre aux parents, c'est important parce qu'au delà du diagnostic, Mme Hemadou donne de toute façon des conseils aux parents et les orientent vers des consultations compétentes. Mais ça pour le coup, on ne le savait pas du tout » (Infirmière scolaire Collège Niki Saint Phalle).

5. La soutenabilité : les conditions du maintien du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis

En ce qui concerne les conditions du maintien du Dispositif Addictions, nous ne reviendrons pas ici sur une partie des éléments qui ont été exposés dans la rubrique précédente, consacrée aux freins qui perturbent l'action du dispositif : une condition pour le maintien du dispositif consiste ainsi à être en mesure d'amortir les chocs secondaires générés par la perte de financements connus par des partenaires investis dans le dispositif. Il s'agit alors de construire avec eux de nouvelles modalités d'intervention qui répondent à la fois à leurs contraintes et aux objectifs du dispositif. La difficulté à mobiliser des opérateurs externes de substitution, pour une partie des actions qui mériteraient d'être développées et souffrent du retrait partiel des partenaires, constitue également un écueil important en termes de soutenabilité.

Au delà de ces difficultés liées à l'instabilité du réseau partenarial, des conditions structurelles directement liées à la soutenabilité du dispositif doivent être mentionnées : l'une de ces conditions constitue un risque pour le maintien du dispositif dans la durée, mais l'autre lui est au contraire favorable.

Il faut d'autre part mentionner l'implication des parties prenantes, sans laquelle le dispositif ne sera bien entendu pas en mesure de se maintenir.

5.1. La perte très probable de la qualification CUCS du quartier de Garbejaire au 1^{er} janvier 2015

L'ensemble de l'analyse qui précède a permis de mesurer à quel point le rôle de l'Atelier Santé Ville a été fondamental pour structurer et animer le Dispositif Addictions. L'Atelier Santé Ville a constitué à la fois le fer de lance et la cheville ouvrière qui a permis de développer cette politique sur le territoire communal. Le financement de l'Atelier Santé Ville constitue donc un financement indirect du Dispositif Addictions.

A Valbonne SA, l'Atelier Santé Ville est dans sa grande majorité financé par la commune elle-même. Toutefois, il bénéficie également d'une enveloppe de l'ACSE (Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances), au titre du renforcement de la cohésion sociale pour le quartier de Garbejaire. Le quartier de Garbejaire est classé priorité 3 par le dispositif du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS)²⁴, du fait des indicateurs socio-économiques infra-communaux qui témoignent de la fragilité d'une part non négligeable de ses habitants.

Le Contrat urbain de cohésion sociale actuel s'achève au 31 décembre 2014. Les zonages sont de nouveau examinés à cette occasion et la qualification de quartiers CUCS, ainsi que la détermination de leur niveau de priorité, seront attribués en fonction des indicateurs socio-économiques récents. Il n'existera plus qu'un seul format de contrat de ville (arrêt des priorités 1, 2, 3), contrat attribué uniquement aux quartiers présentant les caractéristiques des actuels quartiers CUCS priorité 1. Une nouvelle qualification de « territoire de veille active » y est cependant associée, à laquelle pourront prétendre les anciens territoires CUCS qui n'auront pas été sélectionnés pour les nouveaux contrats de ville. Cette qualification ne donne pas la possibilité de bénéficier de crédits issus du programme « Equité sociale et territoriale », c'est à dire les fonds de la Politique de la Ville. Il est donc possible que la commune de Valbonne SA puisse bénéficier de la qualification de « territoire de veille active » si ses Elus en expriment le souhait, permettant l'engagement plus aisé des crédits de droit commun pour les actions conduites auprès de la population. L'Etat et les autres collectivités s'engageront ainsi sur leurs crédits de droit commun sur une durée de 6 années.

« La Politique de la Ville permet la mise en place de dispositifs particuliers, de financements particuliers, de moyens particuliers, spécialement dédiés à ces territoires. La Politique de la Ville finance par exemple une partie de l'Atelier Santé Ville, le reste à charge étant assuré par la commune. (...) On a un calendrier qui a plusieurs fois été repoussé, il y a de nouveaux territoires qui vont être dessinés. On nous avait dit que les territoires qui n'étaient pas retenus sortaient complètement de la Politique de la Ville, là on nous dit qu'ils ne sortiraient pas vraiment, mais avec des niveaux d'intervention qui ne seraient pas les mêmes, avec certains territoires très prioritaires et d'autres qui seraient en veille. Ça veut dire qu'ils sont toujours dans le dispositif, mais qu'ils n'ont plus de financement. Ce qui permettrait quand même de maintenir les dispositifs, ce qui est une demande de Valbonne (...) Quand on étudie le moyen de la commune par habitant, on est vraiment très au dessus, mais vraiment, très, très au-dessus des autres communes. Alors du département c'est clair, et par rapport à d'autres communes de France, notamment d'Ile de France, n'en parlons pas ! C'est à dire qu'on est quand même dans des sphères qui ne sont pas du tout les mêmes. Donc même si il y a une réalité des problématiques et de la nécessité de se donner les moyens pour les traiter, Valbonne est plus à même de le mettre en œuvre seule, que d'autres communes qui ont des

²⁴ Le dispositif CUCS détermine trois niveaux de priorité, la priorité 1 étant la plus élevée et la priorité 3 étant la plus basse. Les financements sont fonction du niveau de priorité.

problèmes au moins similaires, quand ce n'est pas carrément plus » (Déléguee du Préfet pour le territoire de Valbonne Sophia-Antipolis).

5.2. La dynamique territoriale comme principal levier de la soutenabilité

Le territoire de Valbonne SA, du fait des indicateurs socio-économiques concernant ses habitants, n'est pas considéré comme une zone prioritaire par l'Agence Régionale de Santé. C'est bien du fait de la dynamique territoriale enclenchée par le travail de l'Atelier Santé Ville que des financements issus de l'Agence Régionale de Santé ont pu être obtenus.

« Valbonne n'est pas prioritaire : c'est pour ça qu'à chaque fois on a dû défendre les actions, non pas dans le cadre des programmes traditionnels, mais dans le cadre d'une enveloppe supplémentaire consacrée au soutien des dynamiques territoriales. Ce n'était pas un territoire prioritaire, mais c'était un territoire où il y avait un ASV (Atelier Santé Ville) et un PLSP (Plan Local de Santé Publique). Parce qu'en fait, dans Valbonne, il n'y a qu'un petit quartier vraiment concerné par les difficultés » (Représentante ARS PACA).

Il existe d'autre part à l'heure actuelle une possibilité, qui reste encore en suspens avant d'être assuré que Valbonne réponde aux critères nécessaires. La possibilité de contractualiser avec l'Agence Régionale de Santé dans le cadre d'un Contrat Local de Santé (CLS) communal ou intercommunal, dans lequel le dispositif Addictions pourrait trouver sa place, permettrait de bénéficier de financements sur la durée affectée au Contrat (ce qui n'était pas le cas avec le Plan Local de Santé Publique, ce dernier impliquant une méthode permettant de justifier les demandes de financement, mais n'ayant pas de valeur contractuelle).

« (Le Plan local de santé publique de Valbonne prend fin en décembre 2014. Si la commune s'investissait dans la conception d'un Contrat Local de Santé, est ce que le dispositif tel qu'il est actuellement pourrait s'inscrire dans le cadre d'un CLS ?) Oui, tout à fait, tout à fait, puisque c'est la commune qui choisit, en partenariat avec l'Agence, les axes dans lesquels elle voudrait s'inscrire particulièrement. Donc chaque commune est libre de définir trois ou quatre axes (...) Mais dans un CLS, tout à fait, bien sûr, à condition que ce soit contractualisé avec l'Agence, que ça corresponde à un objectif du Plan. Donc pourquoi pas » (Représentante ARS PACA).

5.3. Le maintien de l'implication des parties prenantes dans la durée

En tant que dispositif multi-partenarial, c'est l'essoufflement du réseau partenarial qui pourrait survenir qui constitue un risque non négligeable pour le dispositif. Les parties prenantes montrent souvent un peu d'inquiétude sur le maintien de la mobilisation du collectif, car elles estiment que celle-ci est si forte sur le territoire qu'elles s'inquiètent de finir par la voir s'étioler. Du fait de cette structuration partenariale sur laquelle repose toute l'action du dispositif, l'une des personnes rencontrées l'a qualifié de « colosse aux pieds d'argile ». La soutenabilité repose ainsi prioritairement sur la capacité des structures pivots « d'entretenir la flamme » et de maintenir la motivation des troupes. Toutefois, les parties prenantes tiennent à mettre en valeur que si le maintien de l'implication des parties prenantes dans la durée est une condition primordiale pour le maintien du dispositif, c'est d'abord l'obtention de financements dédiés à l'action qui conditionnera cet investissement humain.

« Les partenariats, ce sont des individus qui les mènent, qui représentent des institutions, qui représentent des associations, mais toujours est-il que ça reste de l'humain avant tout. Le partenariat, c'est une association d'individus, d'hommes et de femmes, et suivant aussi qui vient dans le partenariat, qui remplace qui... Moi j'ai vu des partenariats qui fonctionnaient vraiment très bien, et du jour au lendemain des gens qui assuraient ce partenariat sont partis, ont été remplacés par d'autres, et finalement le soufflet est complètement retombé. Aujourd'hui, on a la chance de travailler avec des individus de bonne composition qui ont envie d'avancer, qui ont envie de faire bouger les choses. Demain, on n'est pas à l'abri que les gens changent... » (Directrice de la Solidarité et de l'Animation territoriale).

« *(Est-ce que vous imaginez des conditions nécessaires, pour que le dispositif valbonnais perdure dans le temps, ne s'essouffle pas ?)* Non. Il peut s'essouffler. Est-ce que tout le monde va tenir la cadence ? Il y a la question des financements. Le problème, c'est la crise peut-être. Parce qu'il y a une cadence à suivre importante » (Commandant de brigade BPDJ).

Le maintien de l'implication des parties prenantes englobe évidemment le maintien de l'implication des Elus, dont la volonté politique a constitué le soubassement qui a permis la création et la structuration du dispositif.

« Pour moi, le dispositif va perdurer dans le temps, dès lors que il y aura toujours cette volonté municipale, mais bon je pense qu'elle existera toujours, ils n'ont pas monté un Atelier Santé Ville, avec les moyens qu'ils y ont mis, pour tout lâcher comme ça. Et tant qu'on aura le soutien des associations de parents d'élèves et tant qu'on fédèrera aussi les acteurs de terrain. Là, je trouve que ça a pris de l'ampleur, c'est bien ancré maintenant, on le sent ce maillage territorial, je ne vois pas comment on pourrait s'en passer maintenant. Il faudrait vraiment qu'il y ait un changement politique important, un arrêt total des financements et du soutien de la commune pour que ça s'arrête. Et je ne vois pas comment ça pourrait être relayé... Non. Ça ne peut que continuer comme ça ! Il faut que ça continue comme ça ! » (Représentante CAF/REAAP).

« *(Quels sont les conditions pour ce dispositif perdure dans le temps justement ?)* Les moyens ! Les sous. *(Tu en vois d'autres ?)* Les acteurs. Les intervenants, les professionnels, eux se battent toujours pour que nos enfants aillent bien. Les volontés aussi des politiciens, qui détiennent les mairies, il faut qu'ils aient envie de mettre en place de telle structure. Si la mairie n'avait pas voulu le faire, si elle avait fermé les yeux, sur Valbonne ça n'aurait jamais existé. Nous on aurait rien pu faire, on aurait été informé de rien, non, non, c'est super ce qu'ils ont fait, moi j'en parle partout ! » (Représentante PEEP Collège Niki Saint Phalle 2008-2012, et APE Lycée Simone Veil 2012-2013).

Le maintien de la mobilisation du réseau partenarial malgré des changements structurels inévitables à moyen ou long terme constitue ainsi un défi majeur pour les acteurs investis dans le dispositif aujourd'hui.

« Le problème c'est le passage de relais. A la fois, la municipalité, l'investissement de la commune de Valbonne qui est quand même important, il y a deux salariées, notamment. Il y a des problèmes de finances publiques aujourd'hui qui sont quand même clairs et nets. Il y a le problème de passage de relais de la Mutualité Française, et il y a le problème du passage de relais des associations de parents d'élèves. Ce sont trois enjeux, là, qui se préparent, ce sont trois défis. Chacun va faire de son mieux, mais on ne peut être sûr de rien » (Présidente de l'Association des Parents d'élèves indépendants).

6. L'état des lieux au premier semestre 2014 : un nouveau regard sur les jeunes les plus fragilisés vis-à-vis des conduites addictives

L'état des lieux proposé dans ce paragraphe ne concerne pas les actions entreprises dans le cadre du dispositif, sur lesquelles le point a été fait dans les sections précédentes : ont notamment été mis en valeur les difficultés de programmation des actions collectives auprès des jeunes, essentiellement au niveau des collèges mais aussi auprès des jeunes en insertion, ainsi que la qualité de l'insertion de la Consultation

Jeunes dans les établissements scolaires (groupe de travail Education Nationale) et ses opportunités de développement, la nécessité de recentrer les activités du Carrefour Santé Addictions (groupe de travail Jeunes en insertion), l'enjeu représenté par les changements de représentants de parents d'élèves investis dans la conception et l'organisation des activités d'appui à la parentalité (groupe parentalité), ainsi que la nécessité de structurer la prévention dans le monde étudiant, qui s'est trouvée limitée jusqu'ici par la faible implantation du SUMPPS sur le campus de Sophia-Antipolis.

Cet état des lieux concerne plutôt les observations ethnographiques relatives aux pratiques des drogues illicites faites par les acteurs du champ socio-éducatif au cours des six mois qui ont précédé le recueil de données (fin 2013 jusqu'en mars 2014). Il est utile d'en faire une synthèse car ces constats doivent ensuite être pris en compte dans le cadre de la redéfinition d'objectifs pour le futur du dispositif.

Les acteurs du champ socio-éducatif s'inquiètent effectivement d'une recrudescence de l'usage de cocaïne sur le territoire de Valbonne Sophia-Antipolis. Ils s'aperçoivent que de plus en plus de jeunes sont concernés. Certains ont dû quitter le territoire communal par peur de représailles, car ils se sont retrouvés endettés auprès de leur dealer, ce qui a bien entendu mis à bas toute la stratégie d'insertion socio-professionnelle qui avait été élaborée avec eux. Selon les acteurs de terrain, Valbonne est effectivement un lieu idéal pour la revente de cocaïne, puisque le territoire comprend de jeunes habitants très fragilisés sur le plan psycho-social ainsi que des jeunes qui disposent de moyens financiers importants. Si la consommation et la vente de cocaïne ont vraisemblablement été toujours présentes à Valbonne comme ailleurs, la répétition récente de situations à problèmes liées à cet usage conforte l'idée qu'il y ait pu avoir récemment une recrudescence du trafic et de la consommation. Sur cet aspect, les acteurs de terrain se trouvent démunis et s'interrogent du coup sur le bien-fondé de la prévention. La concertation collective accompagnée par les experts du dispositif Addictions leur a cependant permis de mieux distinguer prévention de la consommation et prévention de la délinquance, ce qui implique in fine de mieux associer les Forces de l'ordre au partage de l'information et à la nécessité d'assainir l'environnement.

« Conseillère Mission Locale : On a été quand même très récemment conduit à échanger sur un problème très important de deal de cocaïne, de drogues dures, qui m'a beaucoup interpellé sur les dangers que ça générerait sur le quartier, qu'on a vécu ensemble d'ailleurs. Ça m'a beaucoup perturbé sur cette approche préventive et sur ce qu'il se passait au niveau de jeunes qui étaient en danger et qui quittaient le quartier pour se protéger de dealers qui les menaçaient etc. Pour moi je pensais que le travail qui était mis en place faisait qu'on était que sur de la consommation de shit, et en fait on est entré dans une période drogues dures, des seringues qui étaient trouvées dans les quartiers, des jeunes qui étaient en danger, qui perdaient, qui revenaient, d'autres qui ont carrément quitté définitivement le quartier, des interventions au niveau de la gendarmerie, de la police municipale, on a été sur l'aspect répressif, parce que on avait des jeunes en danger (...) selon les informations qu'on a eues, il y avait des minots de 14, 15 ans qui étaient concernés.

Educateur spécialisé Prévention CASA : c'est la question du business qui s'est développé d'un coup, qui a atteint une dynamique de vente forcée, qui, malgré le travail de prévention, a embarqué des jeunes qui consommaient déjà, sur des produits encore plus graves, plus lourds... Donc moi ça va, je suis encore dans mes repères parce qu'il y a le travail de prévention, il y a le soin, et il y a le business qu'il y a autour de tout ça, et ton travail de prévention va être plus ou moins efficaces selon comment se passe la vente : est ce qu'il faut chercher quelqu'un pour en trouver, et en acheter, etc. Alors que là, tu sors de la mission locale, tu tombes sur deux mecs avec leur cagoule « t'en veux ? t'en veux ? ». Tu comprends ? (...) Mais je me dis à un moment donné, on peut faire toute la prévention qu'on veut, au niveau de la consommation, elle a aussi son efficacité à partir du

moment où il y a aussi l'autre versant, c'est marrant que ce soit un éducateur qui dise ça, mais le côté répressif, c'est là que ça donne toute sa force à la prévention justement. Je pense qu'à Valbonne on s'est un peu endormi et banaliser les petites barrettes qui circulaient, en plus ça ne se voyait pas trop, bon voilà (...) cela n'empêche que là où Isabelle a raison, c'est qu'on a assisté à une escalade dans les produits, et une dégradation très rapide du public, et là on s'est senti quand même désarmés » (Groupe focal Jeunes en insertion).

« En tout cas moi j'avais sous-estimé cette dimension là, je l'avais sous-estimé. (...) Je l'ai sous-estimé parce que c'est arrivé très vite et violemment, moi ça m'a fait un peu peur, clairement, parce que les jeunes avaient peur de venir me parler, être vu par quelqu'un, et en sachant qu'on nous a fait part quand même d'armes, et pour que les jeunes puissent se défendre, de propositions d'armes. Là, je me suis dit : ça prend une autre dimension (...) Là on était face à des jeunes qui avaient peur. D'autres qui étaient menacés qui ne voulaient pas rentrer dedans, donc ils se voyaient avoir des poubelles, des tags, sur leurs trucs, on s'est retrouvé dans une situation où des jeunes avaient peur pour leur vie » (Conseillère pour l'emploi Mission Locale).

La discussion avec les intervenants permet de comprendre pourquoi les acteurs professionnels comme les jeunes qui ont subi des menaces sont à fleur de peau : dans les premières années de fonctionnement du dispositif, alors que les acteurs de terrain n'avaient pas pleinement conscience du trafic de cocaïne qui se déroulait dans le quartier, un jeune connu de tous à Valbonne depuis son enfance, qui s'était investi dans le deal, a été retrouvé assassiné. Son compagnon « de business », jeune Valbonnais également, a été retrouvé peu après noyé, l'enquête ayant conclu au suicide. La rumeur dit qu'ils ont été tous deux « punis » pour ne pas avoir respecté un contrat avec un fournisseur marseillais. Il est possible que ce souvenir surdétermine l'inquiétude des acteurs et des jeunes valbonnais confrontés à des menaces, mais cet aspect ne remet pas en cause pour autant la légitimité de leurs inquiétudes en ce qui concerne la hausse récente, selon eux, de la consommation et du trafic de cocaïne.

« On a été confronté à ce problème, il y a 5 ou 6 ans en arrière, et on n'y a pas prêté suffisamment attention. C'était à l'époque de M. Et là ça tournait et ça tournait bien. Et à l'époque, on était moins sensibilisé à ça, parce qu'il n'existait pas le groupe prévention tel qu'il existe aujourd'hui, donc on était moins attentif, mais ça nous est tombé dessus, rappelle toi, parce qu'il y a eu disparition, et décès de ce gamin du quartier qu'on avait vu grandir. Terminé. Il était plongé dans tout un réseau. Mais la mort de M a tout stoppé net, parce que ça a été vraiment un deuil pour tout le monde. Mais il n'y a pas eu de cellule de veille ou d'accompagnement sur le quartier, à l'époque. Et là, il y a eu l'arrivée de ce jeune qui a ramené un réseau de Grasse, et du coup ça a recommencé, encore plus violemment je pense » (Coordinatrice Atelier Santé Ville/Point Ecoute Santé).

Concernant la cocaïne mais surtout le cannabis, les acteurs du champ socio-éducatif constatent de plus en plus souvent que des jeunes qu'ils suivent pratiquent le deal, soit dans le but de consommer gratuitement, ou pour obtenir un complément de ressources. Est-ce que les dealers sont plus nombreux, ou est-ce que la mobilisation autour de la prévention des conduites addictives à Valbonne a conduit les acteurs de terrain à percevoir des signes ou à tenir des conversations avec les jeunes qui rendent désormais ces pratiques visibles à leurs yeux ? Quoi qu'il en soit, la question du « deal » est désormais perçue comme un problème majeur pour l'insertion des jeunes par les acteurs du territoire.

« On en a eu des gens qu'on a identifié comme dealers, soit parce qu'ils n'en ont pas honte, soit presque ils en sont fiers, ou parce qu'il y a un cumul d'indices... Et le fait qu'ils soient à la ramasse financièrement, ce n'est sûrement pas un indice du fait qu'ils ne dealent pas ! C'est vrai qu'il y en a parfois qui me disent que C Mieu c'est aussi leur alibi, le fait qu'ils sont en tenue de travail de C Mieu on les arrête moins. (...) En termes de deal, on est confronté à plusieurs types de deal. Il y a le deal pour rendre service, où là quelqu'un connaît un dealer et va rendre service à un copain, il connaît un bon plan et il en fait profiter les autres. Et puis il y a celui qui arrondit clairement ses fins de mois, et va inciter l'autre à consommer davantage (...) Ca c'est un gros souci cette histoire de

deal, quand en plus ils ont des dettes de rue, qu'ils sont obligés de rembourser, quand en plus derrière il y a eu du harcèlement moral pour qu'ils continuent. Il y en a qui ont envie d'arrêter, et ce sont des personnes faibles, et en plus on les ré-incite, on les pigeonne, et puis ils rechutent. Ils sont dans un enchaînement» (Directrice Chantier d'Insertion CMieu).

Notons enfin qu'en ce qui concerne les plus jeunes, scolarisés dans les établissements d'enseignement secondaire, certains acteurs estiment aussi qu'il y a une recrudescence récente du trafic et de la consommation de cannabis, ou a minima que les usages banalisés sont de plus en plus visibles, à moins, comme pour les jeunes en insertion, que la mobilisation valbonnaise autour des conduites addictives ait contribué à rendre visible aux yeux des adultes un phénomène depuis longtemps installé. Tous les établissements d'enseignement secondaire sont concernés.

Conclusion de l'évaluation qualitative de l'organisation et de l'impact

Le dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis s'est construit sur la base d'une méthodologie de projet classique, en s'appuyant sur un diagnostic de territoire, une démarche de concertation, une analyse des besoins avant de déterminer des priorités pour les actions et leur programmation.

Son originalité tient surtout à l'alliance entre une structure experte du territoire et du maillage pluri-professionnel territorial soit l'Atelier Santé Ville, et une expertise spécialisée en addictologie et prévention des addictions, rôle tenu à Valbonne par le CSAPA d'Antibes et la Mutualité Française PACA : cette alliance a permis de répondre à la triple nécessité de l'inscription territoriale, de la mobilisation partenariale et de la crédibilité sur le plan thématique.

Le travail d'enquête qui a été mené permet de répondre à une série de critères typiques utilisés de façon habituelle pour estimer la valeur de l'action évaluée²⁵ :

- La pertinence : la pertinence du Dispositif Addictions est pleinement attestée, puisqu'il répond d'une part aux recommandations nationales en matière de prévention et de lutte contre les addictions, et d'autre part apporte une réponse politique, sanitaire et socio-éducative aux éléments mis au jour dans le diagnostic territorial initial.
- La cohérence : le Dispositif Addictions est cohérent au vu de ses axes de travail, puisqu'il élabore un continuum préventif tout au long du parcours des jeunes, et propose une charnière entre la prévention et le soin, permettant de développer le repérage et l'orientation précoce. L'implication des partenaires est adaptée, mais les moyens financiers attribués à la Consultation Jeunes ne lui permettent pas de tenir pleinement le rôle qu'elle devrait tenir : plages de consultation trop faibles, impossibilité de s'inscrire dans le maillage partenarial qui est pourtant construit autour d'elle.

²⁵ Conseil Scientifique de l'Evaluation, *Petit Guide de l'Evaluation des Politiques Publiques*, La Documentation Française, 1996, p.13.

- L'atteinte des objectifs : les objectifs les plus importants ont été atteints : mobilisation importante de l'ensemble de la communauté (professionnels et habitants), insertion de la Consultation Jeunes dans les établissements scolaires, montée en charge de sa file active, succès important des conférences et ateliers de sensibilisation des parents, diversification des modalités d'orientation vers la Consultation Jeunes (partenaires orienteurs, demandes spontanées à l'issue des conférences et ateliers parentalité), création d'une cellule de concertation sur les cas problématiques chez les jeunes en insertion. Il faut mentionner particulièrement le rattachement de la Consultation Jeunes au CSAPA d'Antibes, qui assure désormais cette consultation ainsi qu'une consultation d'addictologie au Point Ecoute Santé de Garbejaire, car c'est une réussite pour le collectif d'avoir su démontrer la nécessité d'ouvrir cette consultation spécialisée et de renvoyer cette prérogative au CSAPA, le conviant par là-même à sortir de ces murs et à s'associer à la dynamique partenariale des acteurs du territoire. La structuration de la prévention auprès des étudiants n'a pas encore abouti jusqu'ici mais a été freinée par les difficultés de locaux des partenaires du SUMPPS, qui viennent de se résoudre. La couverture des établissements scolaires par les actions de prévention collectives a été couronnée de succès jusqu'en 2012-2013, mais les restrictions budgétaires subies par les partenaires ont empêché d'assurer une couverture complète des établissements d'enseignement secondaire au cours de la dernière année (2013-2014), et ont généré une réduction des interventions proposées en termes de nombre d'heures consacrées à chaque classe. Il faut préciser tout de même que l'action entreprise auprès des écoles primaires à partir de 2011-2012 n'a par contre subi aucune difficulté de programmation. Tous les élèves d'une tranche d'âge sont concernés (CM2) et des ateliers supplémentaires sont ajoutés à partir de 2013-2014.
- L'efficacité : L'efficacité interroge l'atteinte des objectifs qui vient d'être décrite, mais également les conséquences des effets propres²⁶ du Dispositif Addictions. Il faut pour cela se demander ce qui se serait produit si le Dispositif n'avait pas été mis en œuvre. Il n'est pas évident d'apporter une réponse formelle à cette question au vu des données dont nous disposons car il aurait fallu pour cela pouvoir comparer deux territoires similaires dont l'un aurait bénéficié de l'action du dispositif et l'autre non. Une interprétation informée par l'expertise des parties prenantes peut cependant être affirmée avec assez de certitude sur le plan qualitatif : sans le dispositif Addictions actuel, de nombreux jeunes n'auraient pas bénéficié d'une prise en charge spécialisée par la Consultation Jeunes ou la consultation d'addictologie, de même pour les parents qui ont pu bénéficier du soutien du CSAPA dans leur démarche éducative auprès de leur enfant consommateur ; sans le dispositif Addictions, la couverture territoriale des établissements scolaires n'aurait pas été assurée et aucune intervention auprès des enfants de l'école primaire ne se serait déroulée (puisque c'est le travail effectué par le dispositif qui a entraîné une prise de conscience quant à l'importance de débiter la prévention toujours plus en amont) ; sans le dispositif Addictions, différents acteurs interviendraient sans concertation sur des thématiques éventuellement redondantes, comme c'était le cas avant sa mise en œuvre. Enfin, on peut

²⁶ Les « effets propres » d'une action désignent les modifications de la société dont l'action est la cause.

supposer que l'action du dispositif Addictions a favorisé chez les parties prenantes un regard plus acéré sur l'usage de drogues, qui a contribué à rendre visible un certain nombre de situations liées à la consommation et au trafic de stupéfiants, qui seraient sans doute restées cachées si la mobilisation et la formation des acteurs de terrain ne leur avait pas permis ce nouveau regard.

- L'impact : Comme dans le cas de l'estimation de l'efficacité, il n'est pas possible d'affirmer l'ampleur de l'impact du dispositif Addictions, sans étude comparative et suivi de deux populations similaires ayant ou non bénéficié du dispositif. Par contre, la nature de l'impact du dispositif Addictions peut être discutée : il favorise l'accès aux soins de personnes qui n'auraient pas pu bénéficier d'une prise en charge aussi précoce et de proximité si l'action du Dispositif n'avait pas été réalisée, il impulse une habitude de travail qui s'appuie sur une concertation systématique, ce qui favorise une communauté d'esprit entre les parties prenantes, le développement d'une culture commune, ainsi que l'adéquation aux besoins dans la réactivité. Enfin, le dispositif semble également amortir les effets négatifs des restrictions budgétaires connus par des partenaires privilégiés du fait de la crise économique, qui compte et s'appuie sur la dynamique partenariale du Dispositif Addictions pour maintenir et réorganiser leur activité.
- L'efficience : les ressources mobilisées pour le dispositif ont été utilisées à bon escient et toujours gérées dans un souci de rentabilité et d'efficacité. Le budget direct du Dispositif Addictions est finalement relativement maigre au regard des actions qui sont produites, puisque son action s'adosse essentiellement à des financements indirects. Notons que le dispositif apparaît également générateur de financements pour les partenaires, puisque la cohérence du dispositif et la dynamique territoriale leur sert à justifier leurs propositions d'actions.

Au delà de ces critères globaux propres à chaque évaluation, des experts ont bâti une liste de dix critères pour estimer l'efficacité des actions de prévention de l'usage des produits psychoactifs, qui peuvent être mises à profit pour examiner celle du Dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis²⁷. La comparaison de ces critères et de l'action du dispositif Valbonnais montre que seul un aspect pêche dans le processus mis en œuvre localement, qui concerne l'implication des jeunes eux-mêmes dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet. Les neuf autres critères sélectionnés trouvent une réponse appropriée dans l'action du dispositif Addictions valbonnais : (1) ne pas se contenter de transmettre un savoir, (2) communiquer à travers des messages adaptés, (3) s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé, (4) s'inscrire dans la durée, (5) intervenir à différentes étapes de la vie des jeunes et en fonction de la population concernée, (6) articuler interventions collectives et interventions individuelles, (7) s'adresser aux jeunes de manière appropriée, (8) agir en direction des familles, et (9) s'intégrer à un dispositif à composantes multiples... De plus, des critères d'inefficacité ont également été déterminés²⁸, qui ne correspondent pas à l'action conduite par le Dispositif Addictions : ceci parce que (1) les actions ne

²⁷ Benec'h G, *Aide-Mémoire. Les jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, p.50-78.

²⁸ Benec'h G, op. cit, 2013, p.88-89.

visent pas uniquement la transmission d'informations, (2) les actions collectives ou les entretiens individuels sont animés par des intervenants crédibles aux yeux des jeunes, (3) les interventions ne reposent pas sur des messages faisant uniquement appel à la peur, et n'exagèrent pas les risques encourus, et (4) les interventions ne sont pas organisées seulement pour répondre à une situation de crise.

La conclusion de cette évaluation qualitative mérite enfin un focus sur la question de la prévention en milieu scolaire, et particulièrement sur celle de la qualité et de la fiabilité du programme P3 (Prévention Pérenne Pluridisciplinaire) qui est conduit dans les collèges. En effet, il s'agit d'un programme de prévention qui nécessite un investissement important d'une multiplicité d'acteurs internes et externes à l'Education Nationale. Les données recueillies ont montré un paradoxe apparent : une satisfaction extrêmement élevée des adultes peut être mise en valeur, qui constatent un renforcement de la prévention par l'inscription du programme dans la durée (4 sessions au cours de l'année), l'approfondissement de différents thèmes par des intervenants spécialisés (effets des substances sur le système nerveux, rappel à la loi, développement des compétences psycho-sociales, connaissance des ressources), et le suivi pédagogique entre les interventions par le personnel enseignant et éducatif. En revanche, les rares témoignages directs de jeunes qui ont été recueillis (et qui peuvent de ce fait ne pas être représentatifs) apportent un autre éclairage : la classe de 3^e sélectionnée au hasard et interrogée sur le programme suivi l'année précédente témoigne de souvenirs flous en dehors du fait que les interventions les avaient intéressés ; de même pour Ludovic (étude de cas n°1). Quant à David (étude de cas n°4), il se souvient bien des interventions et de leur qualité, mais estime que les actions collectives qui se sont succédées au cours de sa scolarité étaient bien trop peu nombreuses pour avoir un impact réel sur le comportement des jeunes. Tant qu'une évaluation d'impact du programme P3 n'a pas été réalisée, il est impossible d'affirmer si ce programme est réellement efficace, ou s'il demande un investissement démesuré au regard des bénéfices auxquels il peut prétendre. En s'inscrivant dans la durée (4 séances au cours de l'année), on peut estimer sans grand risque de se tromper qu'il est forcément plus efficace qu'une intervention unique d'une heure qui aborderait tous ces aspects. Toutefois, il faut réfléchir à l'impact réel d'une seule séance de développement des compétences psychosociales au cours de l'année, puisque ce seul domaine requiert également une implication lors de plusieurs séances successives pour aboutir à l'effet désiré en termes de changement de comportement chez les jeunes²⁹.

Les critères d'efficacité qui ont été établis pour estimer l'adéquation des actions de prévention en milieu scolaire avec leurs objectifs affichés permettent aussi de porter un regard critique sur le programme P3, en l'envisageant par le biais de cette grille de lecture³⁰.

Les programmes de prévention doivent relever d'une approche globale de promotion de la santé, et prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé. Ils doivent reposer sur des théories validées.

C'est le cas du programme P3 qui aborde les conduites addictives et les risques encourus par plusieurs entrées thématiques, et se réfère dans sa construction au Guide MILDT/DESCO 2006³¹.

²⁹ Benec'h G, *Aide-Mémoire. Les jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, p.62.

³⁰ Benec'h G, op. cit, 2013, p.96.

Des actions régulières doivent être proposées aux enfants et aux adolescents sur toute la durée de leur cursus scolaire (par exemple, le renforcement des compétences psychosociales à l'école primaire, le retardement des expérimentations au collège et la réduction des risques au lycée).

Le programme P3 ne propose pas une action qui s'étale sur l'ensemble du cursus scolaire, mais à Valbonne Sophia-Antipolis en particulier, il répond à ce principe en s'intégrant dans le dispositif à composantes multiples, car il est mis en cohérence avec les interventions conduites en amont à l'école primaire et en aval dans les lycées.

Les interventions doivent reposer sur des méthodes pédagogiques efficaces. Les intervenants doivent être bien formés. Les informations transmises doivent être fiables et objectives. Les intervenants doivent être crédibles aux yeux des élèves.

L'examen du contenu des interventions et la satisfaction des auditeurs montrent que ce programme de prévention répond pleinement à ce critère.

Les actions ciblant directement les jeunes doivent être combinées à des actions visant la modification de l'environnement scolaire. Des formations à destination des personnels éducatifs et non éducatifs doivent être proposées. Tous les personnels de l'établissement doivent être sensibilisés aux questions de repérage des consommations à risque et de l'orientation.

Le programme P3 s'implique déjà à lui seul dans cet axe de travail, puisque les intervenants sont mobilisés en amont dans le cadre des CESC pour faciliter l'appropriation de l'action par le personnel enseignant et éducatif. En s'inscrivant dans le dispositif à composantes multiples, le programme est d'autre part associé à une politique de formation du personnel éducatif et enseignant.

Des interventions à destination des parents doivent être proposées. Les programmes doivent être coordonnés avec les initiatives extérieures au milieu scolaire.

De nouveau, l'insertion du programme P3 dans le dispositif à composantes multiples lui permet de répondre favorablement à ces deux critères.

Les interventions doivent partir du vécu des jeunes. Ceux-ci doivent être impliqués dans l'élaboration, la réalisation et l'évaluation des actions.

Ce dernier point n'est pas investi dans le cadre du programme P3, non plus que dans le dispositif à composantes multiples, qui pourra trouver dans cette voie un aspect intéressant à développer dans le futur.

Pour terminer, il faut souligner que si le programme P3 était novateur lorsqu'il a été conçu après la parution du Guide MILDT/DESCO 2006, il mérite d'être repensé aujourd'hui à la lumière des préconisations plus récentes.

³¹ MILDT, Direction de l'Enseignement Scolaire, *Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire*, Centre National de Documentation Pédagogique, 2006, 82 pages.

Ce panorama des critères qui permettent d'estimer l'efficacité des programmes de prévention en milieu scolaire, et plus largement des dispositifs multi-interventionnels, montre, d'une part, que l'action conduite à Valbonne Sophia-Antipolis s'inscrit dans une dynamique constructive, même si certains points restent à affiner ou développer, mais aussi, d'autre part, que le dispositif à composantes multiples contribue vraisemblablement de façon importante à augmenter l'efficacité des actions qui sont conduites en son sein.

Chapitre IV. Préconisations : des pistes de travail pour renforcer le dispositif Addictions

Les pistes de travail qui peuvent être préconisées pour renforcer le dispositif Addictions ont deux sources distinctes : une première catégorie regroupe les pistes de travail issues de l'expertise des parties prenantes et de l'analyse des freins pour l'action, tandis que la seconde catégorie rassemble des propositions d'outils qui ont été soumises à certaines des parties prenantes et qui ont suscité leur intérêt. L'ensemble d'entre elles visent à renforcer les services de proximité pour les jeunes habitants, faciliter l'accès aux soins, renforcer le continuum préventif en agissant toujours plus en amont des expérimentations, et maintenir la mobilisation communautaire autour de la prévention, du repérage précoce et de la prise en charge des addictions. L'accent est mis sur l'optimisation du fonctionnement du dispositif, le renforcement de l'activité de la CJC, le renouvellement du cycle de formation des professionnels de proximité, le développement des actions entreprises auprès des jeunes et des parents, ainsi que l'implication dans le registre de la prévention environnementale et sa structuration.

1. Optimiser le fonctionnement du dispositif Addictions : modalités de pilotage, communication et anticipation

1.1. L'organisation du maillage pluri-professionnel

En termes d'animation de la dynamique partenariale, l'analyse des freins à l'action du dispositif a montré que l'action du comité de pilotage actuel manquait de lisibilité, car il fonctionne plutôt comme une assemblée générale consacrée à la diffusion d'informations descendantes, même si chaque aspect abordé suscite le débat. De plus, le constat peut être fait qu'il existe en réalité un comité de pilotage informel, qui réunit les structures pivots du dispositif : Atelier Santé Ville, Mutualité Française PACA et CSAPA (conférer chapitre 3, point 4.6.1).

Il semble donc intéressant de formaliser l'existence d'un comité de pilotage restreint réunissant les structures pivots du dispositif, et d'y associer une assemblée générale annuelle permettant l'information et la réunion de l'ensemble des acteurs investis dans le dispositif.

Par contre, il faut souligner que les parties prenantes sont toutes satisfaites de l'organisation des groupes de travail et de leurs modalités de fonctionnement. Seul un léger bémol, en ce qui concerne le groupe de travail Education Nationale : le développement récent des actions menées auprès des élèves des écoles primaires ont conduit à mettre en place un sous-groupe spécifique constitué des Directeurs d'école primaire, des infirmières scolaires et du Service Jeunesse communal. L'idée de mieux en mieux appropriée et investie par les acteurs d'élaborer un continuum préventif tout au long du parcours des jeunes conduit désormais à estimer que les sous-groupes « écoles primaires » et « enseignement secondaire » devraient être rassemblés.

« Les groupes de travail nous permettent surtout de se concerter sur les besoins des écoles et de se tenir au courant de l'ensemble des choses qui se fait dans le cadre de la prévention des addictions et plus largement sur la santé. Le problème c'est que ces réunions sont chronophages. La mairie de Valbonne a pleins de projets, elle intègre vraiment beaucoup les gens, c'est très participatif, c'est formidable. Mais nous, on est surchargé, on n'arrête pas, on a des réunions tout le temps. Effectivement parfois on en zappe. Plutôt que d'avoir un groupe de travail réservé aux directeurs d'école primaire, ce serait mieux d'être totalement intégré au grand groupe Education nationale, avec les professionnels des établissements d'enseignement secondaire, pour avoir une visibilité sur l'ensemble de l'action menée sur les jeunes scolarisés. Il me semble, d'autant plus qu'il y a cette démarche qui se poursuit, qui est une démarche globale » (Directrice de l'école primaire de Garbejaire).

1.2. Utiliser un outil de communication standardisé

L'analyse des freins à l'action du dispositif a montré que la communication entre les acteurs méritait d'être mieux systématisée, car elle s'opère pour l'instant principalement grâce à l'échange d'informations lors des comités de pilotage et des groupes de travail, et certains acteurs ne disposent pas de toutes les informations récentes relatives à l'action du dispositif (conférer chapitre 3, point 4.6.2).

« C'est la question de la communication. Je pense que ce qui pêche et ce qui a pêché jusqu'à maintenant, c'est que le dispositif en lui-même ne fonctionne qu'à partir des groupes de travail et des actions réalisées sur le terrain. Je pense qu'il manque un niveau, qui est celui de la communication, et qui pourrait passer par la mise en place d'outils de type Internet, de newsletter, qui permet au dispositif de s'entretenir dans le sentiment d'appartenance et d'identification, que ce soit la communication sur les actions qui sont réalisées (...)Ce qu'il faudrait en fait c'est alimenter le réseau en termes d'information, sur par exemple, l'évolution des stratégies de prévention, sur la publication de tel ou tel rapport, sur le fait que telle intervention est réalisée à tel endroit... Très honnêtement, je pense que l'identité et le fonctionnement du dispositif gagneraient en efficacité si on arrivait à engager une communication qui dépasse la simple mobilisation des professionnels sur des actions ponctuelles » (Coordinateur de santé publique Mutualité Française PACA).

Toutefois, les parties prenantes investies dans des missions prioritaires qui ne sont pas liées aux addictions ne souhaitent pas forcément recevoir trop d'informations qu'elles ne sont pas en mesure de consulter ou d'assimiler. Le principe de la Newsletter mérite d'être retenu en premier lieu pour communiquer sur les nouvelles de proximité relatives à l'action du dispositif, et peut secondairement être utilisé pour diffuser de l'information sur les politiques publiques ou la recherche scientifique en matière d'addiction, à condition qu'il s'agisse d'aspects majeurs qui ont un impact sur l'action quotidienne des acteurs de proximité.

1.3. Anticiper les changements

1.3.1. Accompagner l'Association des Parents Indépendants dans son changement de présidence pour assurer son implication dans le Dispositif Addictions

L'anticipation des changements constitue un enjeu pour le maintien de l'action du dispositif sur la longue durée. L'analyse des freins à l'action du dispositif a déjà insisté sur l'importance d'anticiper le changement de personnes-ressources qui ont une position clé avec le dispositif (conférer chapitre 3, point 4.2.2) : la coordination du dispositif doit ainsi inciter l'Association des Parents d'Elèves à préparer le changement de

présidence en considérant avec une grande attention l'impact que ce changement va impliquer sur le fonctionnement du dispositif Addictions.

1.3.2. La recherche d'opérateurs externes complémentaires

Le manque d'opérateurs externes spécialisés dans la prévention des addictions dans le département pour assurer un complément en termes de formation des professionnels de proximité ou d'actions collectives auprès des jeunes a été souligné comme un frein au maintien du dispositif dans la durée (conférer chapitre 3, point 4.3.3). La recherche d'opérateurs externes apparaît comme essentielle pour compléter l'action de la Mutualité Française PACA, qui manque de disponibilité pour assurer l'ensemble des actions nécessaires en termes de formation ou d'actions collectives.

« Moi je pense qu'à terme, l'objectif c'est que la Mutualité Française se retire, ou du moins se limite simplement à un accompagnement méthodologique » (Coordinateur Santé Publique Mutualité Française PACA).

2. Renforcer l'activité de la Consultation Jeunes Consommateurs

La nécessité de renforcer l'activité de la Consultation Jeunes a longuement été démontrée, grâce à la description de sa file active saturée, de son incapacité, au vu du temps imparti, d'occuper pleinement sa mission de maillage partenarial et d'expertise auprès des professionnels de proximité, et des opportunités de développement qui surviennent, directement induites par les besoins des jeunes habitants (conférer chapitre 3, point 4.1). Il apparaît comme étant primordial que la psychologue puisse participer aux comités de pilotage, aux groupes de travail et au Carrefour Addictions comme auparavant.

Ainsi il semble que si la Consultation Jeunes veut (1) continuer de mener une activité de qualité en termes de suivi individuel, (2) s'inscrire dans la dynamique partenariale inhérente au dispositif qui lui a permis d'être créée et renforcée (3) saisir les opportunités de développement concernant des populations dont les besoins sont attestés (étudiants, jeunes en insertion), il faudrait doubler le temps de travail en termes de permanence dédiée aux suivis individuels et le renforcer par un temps de travail mobile dédié à la dynamique partenariale. Une journée et demie d'activité hebdomadaire sembleraient ainsi pouvoir permettre de répondre aux besoins identifiés.

3. Renouveler le cycle de formation

3.1. La répétition du socle commun de formation

Le renouvellement du socle commun de formation doit être programmé dès 2014-2015 pour associer les nouveaux professionnels du territoire à la culture commune et les sensibiliser aux conduites addictives.

« Je pense que ça serait bien aussi qu'on puisse continuer ce qui a été fait en 2012, parce qu'on a quand même 24 agents nouvellement recrutés depuis septembre, du fait de la semaine à 4 jours et demi. Et ces gens n'ont pas d'informations en la matière si tu veux. (...) Je pense qu'il serait

nécessaire de passer une petite information à ces gens là, qu'est ce que c'est, quelle posture avoir, et en tout cas, je vous informe des numéros des professionnels, etc, enfin, faire la formation qui avait été faite en 2012, pour ces agents nouvellement recrutés, qui sont 24 quand même » (Responsable Service Loisirs Jeunesse communal).

« Par contre, on l'avait déjà faite la formation, il y a quelques années, mais je suis prête à en refaire une parce qu'elle était super, et surtout je lui ai dit que j'ai renouvelé mon équipe, j'ai des médecins nouveaux, qui n'étaient pas là à l'époque. Donc eux finalement, on a besoin d'être formé. Donc refaire la formation qu'il avait faite sur les différentes drogues, oui, oui (...) Notre assistante sociale aussi. Parce que l'assistante sociale peut proposer un questionnaire à un étudiant qui peut le remplir, ça pourrait être un relais important. Nous on a seulement l'assistante sociale et la psychologue sur le site de Sophia-Antipolis pour l'instant » (Directrice SUMPPS).

Le champ socio-éducatif autour de l'insertion des jeunes en situation de grande fragilité sociale et professionnelle revêt la spécificité de comporter des acteurs de premier et de second recours. Par exemple, la Mission Locale est un acteur de premier recours. Les centres de formation et les chantiers d'insertion sont considérés comme des acteurs de second recours, parce qu'ils interviennent sur une population qui est préalablement suivie par un acteur de premier recours. Ces acteurs de second recours n'ont pas bénéficié jusqu'ici des formations de développement de la culture commune et devraient être associés aux prochaines sessions.

« Ce qu'on appelle la sécurisation des parcours tout au long de la vie, par rapport aux jeunes, ça a tout son intérêt. On est dans ce schéma partenarial, donc du coup c'est un peu dommage que certains professionnels aient un discours et que nous, nous en ayons peut-être un autre par méconnaissance, par manque d'information et de sensibilisation aussi » (Coordinatrice centre de formation ITEC).

3.2. Des souhaits de formation spécifiques

3.2.1. Conduites addictives des bénéficiaires, posture professionnelle et responsabilité

Les professionnels du champ socio-éducatif confrontés aux conduites addictives chez les jeunes en insertion expriment le souhait de voir aborder des aspects spécifiques dans le programme de formation. La posture professionnelle face au repérage des conduites addictives constitue un point sensible qui mérite informations et concertation transdisciplinaire.

« Quand un formateur me dit : tel jeune est arrivé à 8 h et demie, il avait les yeux un peu rouges à mon goût. Bon. Qu'est ce qu'on fait ? Est-ce qu'on en parle, est ce qu'on en parle pas ? Pas vu, pas pris ? Quel discours on tient ? Comment le jeune se positionne par rapport au groupe à ce moment là ? Est-ce qu'il se tient tranquille ? Est-ce qu'il perturbe le groupe ? Comment on réagit ? C'est des questions qu'on se pose régulièrement (...) Si le jeune à un moment donné il a envie d'en parler. Ce qui est quand même très rare. Ça nous est jamais arrivé qu'un jeune vienne vers nous en disant : voilà, j'ai un problème de consommation. C'est plutôt l'inverse qui se passe : c'est plutôt le professionnel qui va vers le jeune en lui disant : qu'est-ce qu'il se passe là ? Ah, ok, rien du tout ! Rien du tout. Bon. Après on se réunit : bon, il a dit « rien du tout », qu'est-ce qu'on fait ? Et c'est là, c'est à ce moment là qu'on est un peu désarmé : jusqu'où nous on va ? Et c'est surtout dans notre position. C'est ça : parce qu'on est perçu comme des formateurs, et c'est très bien puisqu'on est formateur, mais du coup, de quel droit, avec quelle légitimité on vient sur ce terrain là ? C'est ça aussi. Parler de la question de la légitimité je trouve que c'est important » (Coordinatrice centre de formation ITEC).

Les professionnelles qui dirigent et animent le chantier d'insertion ont un statut d'employeur vis-à-vis de leurs bénéficiaires. Elles s'inquiètent quant à elles de leurs responsabilités en tant qu'employeur et

souhaiteraient que les formations leur permettent d'aborder ce point litigieux. Il faut mettre en valeur que la réponse à leurs préoccupations s'inscrit dans les préconisations actuelles pour l'action, qui mentionnent l'importance d'améliorer la connaissance des effets de l'alcool et des drogues sur la sécurité et la santé au travail, ainsi que sur les relations au travail³².

« Comment réagir en tant qu'employeur ? Moi là où je suis beaucoup freinée c'est que je ne sais pas comment réagir en tant qu'employeur si je prends quelqu'un, ou si je suppose que quelqu'un consomme durant le travail (...) J'en ai discuté un peu avec le médecin du travail. La seule chose qu'ils m'ont dit que eux pouvaient faire, c'est à un moment que je l'amène, mais sinon, ils ne pourront jamais me dire ce monsieur a consommé du cannabis, parce que c'est de l'ordre médical. Ils pourront me dire : ce monsieur n'est pas apte à manipuler une tronçonneuse, ou pas apte à conduire. Mais du coup, il n'y a pas enfreinte au règlement intérieur, si c'est juste une inaptitude, donc moi je ne peux pas sanctionner non plus » (Directrice Chantier d'insertion CMieu)

« Il y en a un on est sûr qu'il a dealé, mais vraiment. On sentait que la consommation avait augmenté et tout. Et il n'a jamais fait la faute qui a fait qu'on a pu le prendre en flagrant délit. Mais c'est vrai que du coup on sentait les équipes plus consommatrices, plus fragiles. Ils ont quand même des tronçonneuses ! En termes de sécurité, il n'y a jamais eu d'accident... On se pose la question de la responsabilité. Quelle est la responsabilité de l'employeur si il y a un accident ? (...) Si vraiment un jour il arrive un problème, on se pose vraiment la question du cadre légal, jusqu'où va notre responsabilité ? » (Conseillère d'insertion socio-professionnelle chantier d'insertion CMieu).

3.2.2. Repérage précoce et utilisation du questionnaire DEP-ADO

Effectuer une formation sur le maniement du questionnaire DEP-ADO pour améliorer le repérage précoce effectué par certains acteurs de première ligne est une proposition qui n'émane pas des parties prenantes mais était interrogée directement par l'enquête. Ce questionnaire est considéré par les spécialistes comme une référence en matière de détection des conduites problématiques chez les adolescents³³.

DEP-ADO – RISQ

Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives, Québec

Grille de dépistage de consommations problématiques d'alcool et de drogues chez les adolescents

DEP-ADO comprend 7 questions portant sur la fréquence et la régularité des consommations, l'âge aux premières expérimentations, et les conséquences des consommations. Il s'adresse aux adolescents de 14 à 17 ans. Le score obtenu permet une évaluation du risque à partir d'un code couleur : un feu vert pour une consommation sans risque avéré, un feu orange pour une consommation à risque, et un feu rouge pour une consommation problématique.

Grille de cotation et notice explicative : http://www.risqtoxico.ca/risq/www/dep_ado.php

Les participants aux groupes focaux (personnel éducatif des établissements d'enseignement secondaire, infirmière scolaire, acteurs de prévention du champ socio-éducatif), ainsi que l'assistante sociale scolaire,

³² MILDT, *Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017*, La Documentation Française, p. 27.

³³ Fédération Addiction, *CJC : Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs*, 2012, p. 65 ; INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, p.39.

se sont montrés intéressés par une formation leur permettant d'utiliser cet outil. Ils y voient un intérêt en termes de repérage, mais aussi pour faciliter l'acceptation de l'orientation, la cotation à l'issue du questionnaire permettant aussi de crédibiliser l'analyse du professionnel qui pointe les dommages des conduites addictives mais est confronté à un discours de banalisation et de minimisation de leur impact réel. Selon l'Elue à la santé, l'intérêt de cet outil mériterait aussi d'ouvrir cette formation aux médecins généralistes libéraux volontaires. Ce souhait de formation à l'utilisation du DEP-ADO et la possibilité de proposer cette formation aux médecins généralistes libéraux s'inscrivent pleinement dans les recommandations des experts, qui insistent sur l'importance de former au repérage précoce et à l'intervention brève (qui comprend aussi l'orientation vers une structure ou un acteur de soin adapté) les médecins généralistes, les urgentistes, les pédiatres, les médecins scolaires, les infirmières scolaires et les services de médecine préventive des universités³⁴.

« Cet outil là si je m'en servais, ce serait plus pour asseoir le diagnostic presque, pour orienter après. Moi j'ai beaucoup de jeunes qui banalisent énormément, et quand tu leur dis : non, mais moi je suis inquiet. Là tu as un outil qui te permet de leur dire : toi tu penses que c'est nickel, tu n'en as rien à foutre, c'est pas grave. Moi je te dis que je te vois trop souvent éclaté. Et il refuse l'orientation. Ca lui appartient, c'est de la libre adhésion là pour le coup. Avec cet outil, peut être que tu peux lui démontrer plus aisément qu'il est beaucoup plus atteint qu'il ne le croyait » (Educateur spécialisé Prévention CASA).

« Oui, je suis intéressée, parce que moi, en tout cas, je n'ai rien au niveau du repérage » (Infirmière scolaire Collège Niki Saint Phalle).

« Nous y sommes favorables. Mais il faut que ce soit à mon avis dans un plan de formation plus complet et qui vient en complémentarité des formations qui ont été dispensées par la Mutualité Française. Le DEP-ADO c'est un outil, mais il faut s'assurer de la qualification des intervenants, tout le monde ne peut pas s'improviser détecteur de jeunes en difficulté, donc ça c'est toujours un travail à prendre avec attention. Il est vrai que l'on pourrait sélectionner des personnes que nous avons repérées comme étant en capacité d'apporter les réponses (...). Les médecins également, car, je pense que eux aussi ne sont pas... Certains ont la fibre naturelle, mais d'autres sont moins à l'aise avec la problématique et sa détection, et cela pourrait être un outil intéressant pour eux aussi. En plus, des formations qui pourraient être transversales ne pourraient que être bénéfiques, avec des professionnels qui traditionnellement ne suivent pas des formations ensemble, tels que par exemple nos personnels et des médecins, cela permettrait également de conforter le réseau, en favorisant les rencontres et les échanges de savoirs parce que ça permettrait des rencontres, cela renforcerait les relations entre professionnels du champ éducatif et professionnels du champ sanitaire » (Elue à la santé).

4. Développer les actions conduites auprès des jeunes scolarisés

4.1. Auprès des enfants de l'école primaire

4.1.1. La volonté de développer les habiletés psychosociales chez les plus jeunes

La volonté de développer le travail conduit auprès des plus jeunes sur le renforcement des compétences psychosociales est affirmée par tous les acteurs interrogés, qu'il s'agisse de l'Elue à la Santé, de la Directrice de l'Ecole primaire de Garbejaire, de la Responsable du Service Loisirs Jeunesse en charge du

³⁴ INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, p.39.

temps périscolaire, ou des représentantes des Fédérations de parents d'élèves. Les parties prenantes appartenant au champ spécialisé les confortent dans leur volonté, du fait des préconisations gouvernementales récentes qui mettent l'accent sur la nécessité de développer ce pan de la prévention³⁵. Il est vrai qu'au niveau international, le travail le plus prépondérant en termes d'interventions évaluées et le plus efficace en termes de résultats publiés est sans aucun doute l'approche de développement des compétences psychosociales³⁶.

« Oui, pour moi c'est complètement cohérent, cela fait partie des choses que nous souhaitons développer. Le passage en 6^e est très violent : on était le grand, on devient le tout petit, il faut donc s'affirmer en tant qu'individu, et c'est difficile lorsqu'on fait partie d'un groupe et ce peut être à ce moment là que l'on peut déraiser. Si le groupe a tendance à avoir certains comportements dans lequel le jeune ne se reconnaît pas forcément, il peut avoir du mal à dire : « et bien non, ce que vous faites là, je n'y adhère pas ». Et c'est vraiment à ce moment-là qu'il faut apprendre ces compétences psychosociales, et s'affirmer en disant : « je ne suis pas un mouton, je suis un individu en capacité de, cela ne veut pas dire que je vais perdre tous mes potes parce que je sais dire les choses et j'apprends à les dire et à les expliquer ». Ça fait partie d'ailleurs de tout un travail autour de la citoyenneté. Un citoyen est en capacité d'exprimer et de défendre ses idées, de respecter l'autre, de se faire respecter pour ses idées. Et une fois qu'il a trouvé sa place, ou son rôle, et bien ça fonctionne mieux ! » (Elue à la santé).

La Directrice de l'Ecole primaire souligne notamment que les cinq couples de compétences qui constituent les objectifs d'acquisition des actions de développement des compétences psychosociales³⁷ en comprennent déjà trois qui font partie du socle commun des compétences qui doivent être évaluées en fin de CM2.

Les moyens à mettre en œuvre pour développer les compétences peuvent être discutés, car les programmes de développement des compétences psychosociales disponibles en France doivent être animés par des intervenants extérieurs spécialisés, ce qui implique un coût associé, ou bien être appropriés par les enseignants eux-mêmes. L'application de ces programmes par les enseignants eux-mêmes de façon habituelle n'est pas perçue comme évidente à mettre en œuvre.

« *(Je montre un exemple de programme de développement des compétences psychosociales qui s'adresse aux élèves de l'école primaire (Pistes de Vie, fourni par le CODES 06) Oui, dans l'absolu c'est intéressant, mais les enseignants vous diront : c'est de la psychologie, ce n'est pas dans nos compétences, et puis c'est chronophage, il faut consacrer du temps sur le temps scolaire. A mon avis, ce n'est pas vraiment envisageable* » (Directrice de l'Ecole primaire de Garbejaire).

4.1.2. Le Good Behaviour Game, un programme de prévention fondé sur des données probantes qui pourrait être accueilli favorablement à Valbonne Sophia-Antipolis

Les préconisations gouvernementales récentes insistent sur l'importance de mettre en œuvre des programmes de prévention fondés sur des preuves, car les interventions réalisées en France ne sont généralement pas évaluées en termes d'efficacité³⁸. De façon générale, les actions de prévention menées

³⁵ MILDT, *Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017*, La Documentation Française, p.22-23.

³⁶ INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, p.282.

³⁷ World Health Organization, *Life Skills Education in Schools*, Mental Health Division, 1993, 59 pages.

³⁸ MILDT, *Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017*, La Documentation Française, p.22.

en Europe s'appuient sur des théories issues de la psychosociologie et des sciences du comportement, mais sont rarement soumis à une épreuve d'efficacité. En matière de développement de compétences psychosociales chez les enfants, il existe un programme américain nommé le « Good Behaviour Game » dont l'efficacité a été démontrée par plusieurs études randomisées conduites auprès de différentes populations de bénéficiaires, et qui a été implanté avec succès dans plusieurs sites européens au cours des dernières années (Pays-Bas, Belgique, Royaume-Uni)³⁹.

GBG : le principe

Source : EMCDDA, 2013

Les enseignants bénéficient d'une formation suffisante en amont de la mise en place du GBG, animée par un formateur certifié, centrée sur l'apport de la psychologie comportementale dans l'apprentissage. Ils sont suivis dans les premiers mois de mise en œuvre.

Avant de débiter le jeu, les enseignants informent sur les comportements attendus et instruisent les enfants sur le sens des règles. Quatre règles sont posées : travailler tranquillement, être poli, ne se lever qu'avec la permission, et suivre les consignes. Les règles sont décrites précisément et affichées là où tous les enfants peuvent les voir → *Dans les expérimentations conduites en Europe, d'autres règles sont ajoutées qui sont déterminées collectivement par les enfants à qui l'on demande ce qu'il faudrait respecter selon eux pour que la classe s'inscrive dans un climat d'apprentissage sain et positif.*

Pour jouer le GBG, l'enseignant divise la classe en équipe de 4 à 7 élèves, en répartissant les filles et les garçons de façon égale quand c'est possible, avec des types de comportements (agressifs perturbateurs, timidité ou bien isolement social) et des capacités d'apprentissage distribués de façon égale entre les groupes. L'enseignant installe le jeu en revoyant les règles avec les enfants, en posant une durée pour le jeu et en annonçant qu'il débute.

Pendant que les enfants travaillent sur leurs leçons habituelles, l'enseignant observe et place une marque auprès des noms des élèves qui rompent une règle → *Dans les expérimentations conduites en Europe, pour réduire la désignation des élèves perturbateurs, des cartes sont distribuées aux équipes et l'enseignant prend une carte quand une règle est rompue. On compte à la fin du jeu le nombre de cartes restantes.*

Après le temps défini, l'enseignant termine le jeu en comptant le nombre de marques dans chaque groupe, et en signalant les équipes qui en ont 4 ou moins : toutes les équipes peuvent gagner si ils ont répondu à ce standard.

Au début de l'année scolaire, le GBG est joué pour approximativement 10 minutes, trois fois par semaine. A la fin de l'année, le jeu est joué pendant 30 à 40 minutes de nombreuses fois dans la semaine, avec le critère pour gagner de 4 marques ou moins. Chaque équipe gagnante est récompensée : au début de l'année avec des récompenses immédiates et tangibles (par exemple des stickers ou des stylos), puis au fil du temps les récompenses sont différées et moins tangibles, et plus conformes aux attentes des lieux scolaires (par exemple gagner du temps supplémentaire pour lire un livre de son choix au cours de la journée de classe). A la fin de l'année, le jeu est joué à des temps variés au cours de la journée et durant différentes activités. De cette manière, le protocole évolue, allant de jouer le jeu à des intervalles réguliers et des temps prévisibles avec des récompenses immédiates, jusqu'à jouer le jeu à des intervalles et des temps non prévisibles et avec des récompenses différées. Bien qu'il s'agisse plus d'une technique de management que d'un protocole, le GBG est intégré dans la vie de classe et aucun temps d'enseignement supplémentaire n'est requis.

³⁹ EMCDDA, " North American Drug Prevention programmes : are they feasible in European cultures and contexts ? », 2013, Publication de l'Union Européenne, p.13-19.

GBG : les mesures d'efficacité**Source EMCDDA, 2013**

Le GBG a été systématiquement étudié dans un grand nombre de projets de recherche. Il a d'abord été testé chez des enfants dans les écoles primaires de Baltimore (1000 enfants de 6 à 8 ans). L'impact sur l'usage des substances et autres problèmes a été examiné 14 ans plus tard, quand les participants étaient âgés de 19 à 21 ans. Depuis, trois générations d'études contrôlées et randomisées ont reporté un impact bénéfique au cours des années de lycée et même au début de l'âge adulte (Ialongo & al, 2001 ; Kellam & al, 2008 ; Petras & al, 2008). Ces impacts incluent la réduction du diagnostic de dépendance à l'alcool et aux drogues, et des personnalités antisociales (Kellam & al, 2008 ; Petras & al, 2008) ; une délinquance réduite et un taux d'emprisonnement réduit ; l'usage du tabac réduit, et réduction des tentatives de suicide et des idées suicidaires (Wilcox & al, 2008) ; un usage réduit des services pour les problèmes de comportements, les problèmes de drogues, les problèmes d'apprentissage et les difficultés émotionnelles ; ainsi qu'une moindre activité sexuelle à risque (comme les rapports non protégés) (Poduska & al, 2008). De plus, les études permettent de constater que les effets sont largement augmentés pour les élèves les plus vulnérables au départ, soit ceux qui ont un haut niveau de comportements agressifs ou perturbateurs (Petras & al, 2011).

En Europe, les excellents résultats obtenus aux Pays-Bas sur un groupe de 600 enfants (Van Lier & al, 2004, 2005, 2009) ont conduit au développement actuel du GBG auprès de 200 000 enfants. En Belgique, l'évaluation a permis de mettre en valeur le rôle de l'enseignant dans le développement des comportements perturbateurs, car la formation conduit les enseignants à valoriser plus les comportements pro-sociaux et à faire moins de critiques désobligeantes ou blessantes sur les comportements perturbateurs (Leflot & al, 2010).

Ce programme a été exposé à la Directrice de l'Ecole de Garbejaire qui a exprimé son adhésion à l'idée de participer à une expérimentation de ce programme, car il cumule selon elle plusieurs avantages : notamment, il n'empiète pas sur le temps scolaire, et il s'inscrit pleinement dans les projets d'établissement relatifs à la promotion de la citoyenneté. Toutefois, la possibilité de son expérimentation reste en suspens car elle implique d'organiser en amont une formation dédiée à l'attention du personnel enseignant et dispensé par un formateur certifié, ainsi qu'un suivi des enseignants au cours des premiers mois d'expérimentation. L'accord du rectorat étant nécessaire, une demande officielle de la municipalité doit être formalisée. L'idée d'une expérimentation plus large au niveau national ou régional dans laquelle Valbonne Sophia-Antipolis pourrait avoir une place peut également être discuté avec les autorités légitimes compétentes (MILDECA).

« Franchement, ça tombe pile sur nos besoins, c'est exactement ce qu'il nous faudrait, ça rentre directement dans le cadre de notre projet d'école sur la citoyenneté, ça correspond à nos objectifs, et en plus ça s'intègre dans la vie de classe, ce n'est pas chronophage. Vraiment ça répond à notre problématique. Ça me plairait vraiment, vous dites que c'est ciblé sur les 6-8 ans, mais l'idéal ce serait de le mettre en place sur toute l'école du CP jusqu'au CM2.

Le programme initial a été créé pour les 6-8 ans, mais au Pays-Bas par exemple, ils ont adapté le protocole pour qu'il concerne les 4 à 14 ans, y compris sur le temps périscolaire.

Mais ce serait extraordinaire de pouvoir en faire bénéficier toute l'école, et d'associer le périscolaire, par exemple sur les temps de cantine. Ce qu'il y a d'intéressant aussi c'est de pouvoir participer à une expérimentation. L'aspect vraiment intéressant aussi c'est la formation des enseignants en amont, mais aussi le fait qu'il y ait un suivi avec le formateur, si on peut avoir des temps réguliers pour faire le bilan, voir comment ça s'est déroulé concrètement, avoir des temps de parole pour discuter de ce qu'on a réussi ou de ce qui a été difficile, ça c'est excellent. Ce qui est bien

c'est que le formateur soit disponible après la formation, pour qu'il suive la mise en œuvre, qu'il fasse un retour sur la gestion des élèves.

Mais à votre avis, ce serait réalisable concrètement ?

Il y a plusieurs niveaux. A votre charge de convaincre l'Inspection académique de s'engager dans une expérimentation comme celle-ci. Et je me charge de convaincre les enseignants, à mon avis ce ne sera pas difficile, parce que vraiment ça répond à nos objectifs et ça s'adapte parfaitement au temps scolaire (...) En plus la mixité qu'il y a dans notre école en fait un contexte vraiment idéal pour une expérimentation : d'un côté, il y a les élèves hautement perturbateurs, qui ont des comportements inadaptés, qui trouveraient un grand bénéfice à cette action, et de l'autre on a des élèves dont les résultats scolaires sont bons et le comportement très social qui pourraient tirer leurs camarades vers le haut. Est-ce que Monsieur le Maire ne pourrait pas faire un courrier à l'Inspection Académique pour s'engager dans cette voie ? On pourrait envisager une formation des enseignants en juin 2015 pour une mise en place en septembre de l'année suivante. Ce serait vraiment un projet innovant, intéressant, qui s'inscrit dans nos objectifs, qui est très motivant. A vous maintenant de voir comment ça peut s'organiser au niveau institutionnel, en tout cas, vous pouvez arguer du fait que vous avez eu un écho très favorable de ma part. Si on a le feu vert de la hiérarchie, c'est certain qu'on pourrait s'y impliquer, et sur l'ensemble de l'école » (Directrice de l'Ecole primaire de Garbejaire).

4.1.3. Engager un partenariat avec les écoles des communes limitrophes pour assurer un continuum préventif pour tous

Le continuum préventif que le Dispositif Addictions s'est attaché à élaborer autour des jeunes en investissant l'action de prévention dès l'école primaire conduit à la formation d'une inégalité entre les collégiens et les lycéens qui sont scolarisés sur le territoire de Valbonne Sophia-Antipolis, puisqu'une partie d'entre eux a effectué sa scolarité en école primaire dans les communes limitrophes. Le brassage naturel des jeunes qui s'effectue au collège et au lycée conduit ainsi à vouloir étendre les actions à toutes les écoles primaires dont ces jeunes sont issus.

« Il est vrai qu'à un moment donné, non pas parce que nous souhaitons du « valbonno-valbonnais », mais parce qu'il nous semblait plus facile de mettre en place une politique cohérente et un continuum, l'idée d'avoir une carte scolaire limitée au territoire communal nous semblait pouvoir faciliter une cohérence dans le travail mis en place. Il est évident que l'on ne peut pas dire à un enfant qui est dans une situation difficile : tu es Valbonnais ou tu n'es pas Valbonnais ? (...) Nous arrivons quand même à une prise en charge car nous avons fait le choix de faire bénéficier de nos services de proximité aux enfants en difficulté sans considération de la commune de résidence. Et puis de toute façon cela n'aurait aucun sens parce qu'ils forment des groupes. Mais cela engendre parfois des situations complexes. Donc transposer le dispositif peut-être, mais ça nécessite à mon avis une harmonisation des politiques et un travail et une réelle volonté à l'échelon intercommunal » (Elue à la Santé).

4.2. Auprès des élèves de l'enseignement secondaire

4.2.1. Organiser les actions collectives proposées dans les établissements secondaires en maintenant l'organisation multi-partenariale de l'animation

L'expérience acquise par le Dispositif Addictions au cours des dernières années (conférer particulièrement chapitre 2, point 2.3 et chapitre 3 point 4.3.2), montre qu'il faut privilégier les interventions en petits groupes (si possible en demi-classe), continuer dans une dynamique qui implique de revoir plusieurs fois les élèves au cours de leur scolarité, et investir des équipes pluri-professionnelles

dans l'animation des actions. La difficulté d'investir les personnels enseignants et la forte mobilisation du personnel éducatif, social et sanitaire dans l'Education Nationale conduisent à privilégier une alliance entre les professionnels spécialisés dans la prévention, les forces de l'Ordre et les ressources internes (personnel éducatif, social et sanitaire de l'Education Nationale et de l'Inspection Académique). Ainsi le modèle du programme P3 dans les collèges mérite d'être conservé bien qu'adapté, tandis que les interventions dans les lycées doivent absolument privilégier les contacts en groupes plus restreints.

Des acteurs externes exerçant sur le territoire de proximité peuvent d'autre part être investis auprès des jeunes sur les ateliers relatifs à la connaissance des ressources et au développement de la capacité à demander de l'aide. Il s'agit des animateurs du Service Loisirs Jeunesse communal, mais il pourrait également s'agir des prochains médiateurs rattachés aux établissements scolaires et mandatés par le Conseil Général 06 pour compenser la restructuration du champ de l'éducation spécialisée. Pour ce faire, les parties prenantes insistent cependant sur la nécessité de concevoir des outils à même de permettre à ces professionnels de prendre le relais sur ce type d'ateliers.

« Cette mallette, il faut la faire, notamment pour les infirmières scolaires, une mallette clé en main, parce qu'elles en ont besoin. Le rôle de l'Atelier Santé Ville, c'est aussi de pouvoir proposer des outils adaptés aux demandes du terrain comme le fait le CODES » (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

4.2.2. Des pistes de réflexion pour la concertation sur les actions conduites auprès des jeunes collégiens et lycéens

Deux aspects demandent à être débattus par certaines des parties prenantes concernant les actions conduites auprès des jeunes scolarisés dans l'enseignement secondaire. En premier lieu, certains acteurs investis dans le dispositif demandent une réflexion collective sur la tranche d'âge idéale chez les collégiens pour débiter une action pédagogique sur la thématique des addictions.

« C'est une question qu'on s'est souvent posée. La 4^e est un peu l'année de tous les dangers, c'est l'année de toutes les cassures, moi je dis toujours aux parents lors de la pré-rentree quand je les reçois, les parents des 4^e, je pense que c'est l'année la plus difficile. On voit vraiment une transformation complète, une errance parfois, une recherche souvent d'une nouvelle identité, une envie d'expérimenter, de toucher un peu à tout. Donc je pense que ça s'impose vraiment en 4^e » (Principal-Adjoint Collège de l'Eganaude septembre 2009-juin 2013).

« Mais moi je trouve que le créneau 4^e est quand même bien adapté (...) c'est vraiment l'année charnière. Ils sont prêts à tout faire, tout essayer, ils ont au moins imaginé la possibilité de le faire, même s'ils ne l'ont pas encore fait pour certains, donc c'est le bon moment, parce que c'est un moment où on est encore dans la prévention, mais en plus ils sont déjà dans une possibilité, une envie et une interrogation. Je trouve que c'est le bon niveau la 4^e » (Assistante sociale scolaire).

« Mais la 4^e, c'est trop tard. La 4^e c'est important, c'est incontournable je pense, mais il faudrait commencer avant. Quand on voit maintenant que dès le CM2 il y a des enfants qui commencent à toucher à la cigarette et même à l'alcool ! Il faudrait je pense les alerter, les éduquer sur les dangers de ces substances (...) Moi je trouve que le Bus Santé Jeunes devrait continuer, mais en 4^e c'est trop tard 13 ans. Ce serait bien de le faire en 5^e, mais après il faut les moyens. 5^e, peut-être un petit rappel en 3^e, et ensuite un petit rappel au lycée, sachant qu'au lycée tout ce qui est rigueur les gonfle ». (Représentante PEEP Collège Niki Saint Phalle 2008-2012, et APE Lycée Simone Veil 2012-2013).

D'autre part, la réflexion pourrait également se porter sur les façons d'investir plus directement certains jeunes dans l'action de prévention, dans une forme d'éducation par les pairs ou du moins de système d'élèves-relais. Plus globalement, développer l'investissement plus direct des jeunes dans l'analyse de la

situation et dans l'action du dispositif doit aussi constituer un objet de concertation, principalement sur les modalités selon lesquels cet investissement pourrait se développer. Des obstacles liés au déroulement du parcours scolaire peuvent effectivement surgir : un passage au lycée s'étale sur trois années seulement, au cours desquelles il faudrait pouvoir repérer les jeunes susceptibles d'être intéressés, leur proposer une sensibilisation aux problématiques des conduites addictives et une formation sur l'éducation par les pairs, et qu'ils aient ensuite le temps de diffuser leurs messages dans leur entourage.

« *(Au niveau de la stratégie future sur le territoire, est ce que vous pensez que ce serait intéressant et est ce que ce serait possible d'impliquer les jeunes dans la prévention, dans le cadre de l'éducation par les pairs ? Trouver des relais parmi les délégués de classe ? Des personnages charismatiques qui pourraient s'investir ?)* Ca mérite d'y réfléchir. Intéressant, oui, pourquoi pas. Je pense qu'il y aurait toujours des jeunes ressources. De toute façon, quand on fait les actions on le voit bien, l'action souvent fonctionne bien parce qu'il y a dans le groupe des personnes ressources. Ces personnes là, impliquées, pourraient peut-être être effectivement fédérateurs, relais... Possible ça l'est : il faut réfléchir de quelle manière » (Assistante sociale scolaire).

« On sent qu'il commence à y avoir une ouverture des jeunes entre eux, un regard plus solidaire, et en tout cas la capacité de parler de ces problématiques, et un jeune en capacité d'orienter un autre jeune. C'est probablement là-dessus que nous devons continuer à travailler dans l'avenir du dispositif et sur le prochain mandat. Il nous faudra encore mieux associer les jeunes, il faut absolument qu'ils soient partie prenante, d'abord parce qu'ils auront une meilleure connaissance du dispositif, qu'ils seront des relais et porteront cette politique. Quand un jeune parle à un jeune, il n'y a pas cette même notion d'autorité, de peur, donc je pense vraiment qu'il faut qu'ils y soient, et puis il existe des structures au sein des différents établissements qui permettraient d'avoir des interlocuteurs privilégiés en capacité de faire passer les messages, les mêmes messages mais d'une manière différente, et d'être entendus par les jeunes » (Elue à la Santé).

« J'y avais déjà pensé moi à la médiation par les pairs, là ce n'est pas la même chose c'est la prévention par les pairs, mais c'est à dire qu'on pourrait s'appuyer sur des élèves, alors pas n'importe lesquels, mais à l'Eganaude je pense à quelques uns qui se mettent facilement au devant la scène, qui ont un certain charisme, et qui ont l'intelligence et la finesse pour être reconnu par leurs pairs, et je pense qu'on pourrait s'appuyer sur eux. Là je pense à certains 3^e, mais je me dis le temps de les former, donc c'est plutôt la mise en œuvre qui me pose problème, donc on se dit : il faut les repérer, il faut qu'ils aient envie et qu'ils aient la carrure pour le faire, il faut les former, et après il faut qu'on puisse en profiter quand même ! » (Conseillère d'Education du Collège de l'Eganaude).

« Nous c'est pareil, il faudra les former quand ils sont en 1^{ère} ou en 2^{nde} parce que les problématiques sont différentes... Si je prends des élus par exemple, qui sont en général assez sérieux. Si je prends le CVL (Conseil de Vie Lycéenne) par exemple dont je m'occupe, c'est très difficile de monter des actions, parce qu'il y a un renouvellement chaque année par moitié, chaque année on en a 5 qui sont renouvelés qui ont un mandat de deux ans. Mais déjà les classes de 2^{nde} ne connaissent pas, cette année on a un problème, c'est que nos élus CVL de 2^{nde} n'étaient pas sur le collège les années précédentes, ils découvrent le CIV et ils n'ont pas intégré toutes les données, toute la culture d'établissement, donc des fois ils sont un peu maladroits. Donc c'est difficile de pouvoir dégager du temps pour cette formation là. La médiation par les pairs je pense qu'elle se fait à notre insu, la médiation ou l'entraide, elle se fait à notre insu. Je prends l'exemple d'un élève qui est en décrochage, je n'ai pas encore de solution pour lui, mais je sais que certains copains vont le voir, essaient de le ramener, il y a quand même un lien » (Conseillère Principale d'Education du Lycée du CIV).

En dernier lieu, nous voudrions apporter une piste de réflexion supplémentaire, qui a trait à la réalisation de l'atelier du programme P3 consacré au développement des habiletés psychologiques et sociales par l'équipe du Bus Kéfa. Cet atelier a été construit par la psychologue de la Mutualité Française PACA à partir de plusieurs programmes français promus par les acteurs du champ de la promotion de la santé. Une

réflexion mériterait d'être engagée sur l'utilisation, ou du moins l'adaptation, d'un programme de prévention fondé sur des preuves qui est souvent cité en référence par les experts nationaux et internationaux : il s'agit du programme américain *Life Skills Training*, qui s'adresse particulièrement aux collégiens⁴⁰. Une recherche évaluative a été menée à l'échelle d'une cinquantaine d'écoles publiques à New York, qui a montré que le programme permettait d'obtenir des réductions significatives et durables de la consommation de tabac et de cannabis, avec des effets moindres cependant sur la consommation d'alcool⁴¹.

5. Développer les actions conduites auprès des jeunes en insertion

5.1. Renforcer le Carrefour Addictions

Du fait des constats effectués sur le fonctionnement du Carrefour Addictions, nouvelle cellule de concertation sur des cas problématiques de jeunes en insertion éloignés du soin (conférer chapitre 3, point 4.5), son renforcement dans la période à venir doit passer par un recentrage sur les problématiques addictives avérées pour potentialiser la présence du CSAPA mobilisé en tant qu'expert lors de chaque cellule. La psychologue de la CJC devrait également être associée à cette cellule de concertation si le temps qui lui est dévolu parvient à être augmenté. La mission de l'éducateur CSAPA mérite d'être mieux affinée, pour répondre à la fois à son rôle de prévention, de réduction des risques, d'accompagnement vers le soin, en choisissant les meilleures options pour assurer au mieux cet engagement dans le temps imparti (une journée hebdomadaire).

Enfin, la stratégie pluri-professionnelle qui est élaborée pour chaque cas dans le cadre de cette cellule mérite d'y associer les acteurs de second recours que sont les professionnels qui travaillent dans le cadre des centres de formation et des chantiers d'insertion, quand ils sont concernés par les cas abordés. Ils peuvent apporter leur expertise dans l'élaboration de la stratégie autour d'un jeune, mais également participer à l'action dans le cadre de leur suivi pédagogique du jeune.

« Quand effectivement on détecte quelque chose, un fait, un mot, un propos, un geste qui nous interpelle, on en parle entre nous, parce que bon on est formateur, on a des compétences en formation, maintenant on n'a pas toutes les compétences de l'ensemble des travailleurs sociaux, chacun son métier. Quand on détecte quelque chose, en premier lieu on se rapproche de la Mission Locale, on dit : voilà ce jeune là, a priori voilà ce qu'il s'est passé, on relate, est ce qu'il ne faudrait pas un point de vigilance, proposer un accompagnement de tel type, voilà (...) C'est vrai que les jeunes de toute façon dont Isabelle (Mission Locale) parle, ce sont forcément des jeunes qu'on a en commun. Pas tous, parce qu'il y a des jeunes Mission locale qui ne sont pas forcément orientés chez nous. Mais pour ceux qu'on a chez nous, qu'on a en commun, elle sait parler d'eux. Donc est-ce que c'est nécessaire de faire doublon ? Après ce n'est pas la même vision. On n'a pas le même type d'accompagnement. Donc c'est aussi une question de point de vue » (Coordinatrice centre de formation ITEC).

⁴⁰ INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, p. 274.

⁴¹ Benec'h G, *Aide-Mémoire. Les jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, p. 62.

5.2. Systématiser les actions de prévention collectives auprès du public des premiers arrivants Mission Locale

Le succès obtenu par les actions de prévention des addictions imposées aux jeunes de la Mission Locale dans le cadre d'un programme d'accompagnement à l'insertion dénommé Opération Court Chantier (conférer chapitre 3, point 3.2.2) conduit les parties prenantes à souhaiter systématiser la réalisation de ces actions auprès de l'ensemble des premiers arrivants à la Mission Locale. L'expertise des acteurs de proximité rejoint ainsi les préconisations gouvernementales pour l'action, qui encouragent l'inscription d'actions de sensibilisation aux risques liés à la consommation de drogues et d'alcool dans le cursus de la formation professionnelle⁴².

« Si je t'explique cette situation par rapport à ces deux jeunes, c'est que jamais, jamais je n'aurais pensé que ces deux jeunes avaient commencé à fumer à 10 ans et qu'elles fumaient encore. Je n'aurais jamais présumé ça, je savais qu'elles fumaient la cigarette, mais qu'elles soient dans cette consommation depuis l'âge de 10 ans, je ne les aurais pas forcément orientées. Donc, ça peut être pertinent pour tous les premiers accueils de la mission locale sortant de l'éducation nationale, qui ont 16 ans. C'est à dire à un moment donné les inviter à une réunion d'information santé et leur permettre d'échanger. Comme ils sont nouveaux, on n'est pas sur cette approche de connaissance avec eux, et ça peut être hyper pertinent, parce que ça s'est fait avec l'OCC. Ça faisait quoi ? 15 jours, 3 semaines que je venais de les connaître. Donc du coup après dans le cadre du projet, on a discuté, et elles se sont livrées dans le cadre de cette rencontre avec Jérôme, donc je pense que la méthode qui a été utilisée dans le cadre de l'OCC, ça pourrait être pertinent dans le cadre des premiers accueils Mission locale. Tous les jeunes qui arrivent à partir de mai, juin, ceux qui décrochent de l'Education Nationale, et qui ne connaissent pas la mission locale, dans cette démarche préventive » (Conseillère pour l'emploi Mission Locale).

5.3. Proposer des sessions collectives complémentaires destinés à favoriser l'orientation vers la sphère spécialisée

La satisfaction des jeunes adultes employés par les chantiers d'insertion à la suite des actions collectives de prévention des addictions imposées dans leur projet d'accompagnement conduit les acteurs professionnels impliqués à vouloir proposer une seconde session qui serait quant à elle sur la base du volontariat, et co-animée par la psychologue de la CJC, dans le but de faciliter un premier contact des usagers actifs avec le soin.

« Et là, notre demande c'était d'essayer de faire en 2 fois. Re-proposer cette première approche comme il sait la faire, de semer des petites graines, de donner de l'info, de ne pas être dans la répression, et tout ça. Et pour ceux qui seraient intéressés, de faire une deuxième session (...) En tout cas, une première fois c'est imposé, sur le planning ils voient qu'ils ont cette réunion, et la deuxième fois laisser ouvert la possibilité d'y retourner (...) L'idée de la deuxième intervention, c'était aussi de pouvoir faire intervenir la psy qui pourrait les accompagner. Pas à la première intervention, mais à la deuxième. L'idée c'est vraiment de les accompagner doucement à se prendre en charge, à diagnostiquer qu'effectivement ils ont un souci par rapport à ça » (Directrice Chantier d'insertion CMieu).

« Les groupes auxquels j'ai assisté, ils ont quand même parlé assez librement, après ils ne vont pas dire exactement ce qu'ils consomment ou ce qu'ils font, mais quand même la parole était libre. Et le dernier groupe dans lequel on savait qu'il y avait des gros consommateurs, effectivement on a fait le

⁴² MILDT, *Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017*, La Documentation Française, p.27.

choix qu'il n'y ait pas d'encadrant. Et effectivement, apparemment, il y a beaucoup de choses qui sont ressorties, d'où l'idée de re-proposer une deuxième session sur la base du volontariat» (Conseillère d'insertion socio-professionnelle Chantier d'Insertion CMieu).

5.4. Proposer des ateliers de prévention du deal

Si la consommation de produits stupéfiants constitue un frein à l'insertion socio-professionnelle, la pratique du deal l'est encore plus : risque majeur d'incarcération, mais aussi risque de surconsommation du fait d'un accès facile à un produit peu coûteux. Le deal pratiqué à petite ou plus grande échelle constitue ainsi un frein récurrent auquel les acteurs du champ socio-éducatif sont confrontés (conférer chapitre 3, point 6).

« Il y a sûrement des actions à mettre en place spécifiquement pour ces publics là. Peut-être en accentuant sur la prise en compte du danger qu'ils génèrent pour autrui, parce que nous quand on les écoute, ils rendent presque un service, ils se perçoivent comme des commerçants comme les autres presque... Il y en a qui sont sans scrupule, ils savent qu'ils font du mal, et ils font du mal. Mais c'est vraiment un gros problème » (Directrice Chantier d'insertion CMieu).

La prévention du deal peut ainsi constituer un objectif de prévention tertiaire des addictions ainsi qu'un objectif de prévention de la délinquance. Une réflexion doit être engagée sur les moyens de décliner cet objectif en s'adaptant à l'évolution du parcours des jeunes, sans se limiter aux jeunes en insertion déjà engagés dans une consommation problématique et/ou des activités délinquantes. La déclinaison graduée d'une action de prévention du deal pourrait ainsi s'adresser aussi à de plus jeunes adolescents, par l'entremise des actions conduites dans les établissements scolaires ou par le biais du Dispositif de Réussite Educative du Service Jeunesse communal.

6. Structurer la prévention auprès des étudiants

En privilégiant la mise en place d'une consultation avancée de la CJC dans les locaux de la médecine préventive universitaire et le développement de l'action en milieu festif lors des soirées étudiantes, l'analyse des besoins effectuée par les acteurs de proximité et exposée ci-après rejoint les préconisations gouvernementales pour l'action, qui mettent l'accent sur le repérage et la réduction des risques en ce qui concerne la mise en œuvre de la prévention dans le monde étudiant⁴³.

6.1. Proposer une consultation avancée dans les locaux du SUMPPS

Le bilan effectué en concertation avec les acteurs du SUMPPS montre bien que leur attente prioritaire concerne la mise en place d'une consultation avancée dans les locaux médicaux dédiés à la médecine préventive universitaire qui s'ouvrent en septembre 2014 sur le campus de Sophia-Antipolis. En effet, comme déjà précisé dans l'analyse des opportunités de développement qui se présentent à la CJC (conférer chapitre 3, point 4.1.3), les professionnels du SUMPPS sont en mesure de s'investir dans un repérage systématisé des conduites problématiques, notamment par le biais de la consultation de

⁴³ MILDT, *Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017*, La Documentation Française, p. 23.

médecine préventive obligatoire, mais ils n'ont pas les qualifications requises pour assurer un suivi spécialisé en addictologie. Certains étudiants ont d'ailleurs déjà été orientés par la psychologue du SUMPPS vers la CJC du dispositif Addictions. L'équipe verrait favorablement la mise en place d'un partenariat entre le SUMPPS et la CJC du dispositif Addictions valbonnais, à deux niveaux : une permanence de la CJC dans leurs locaux, ainsi qu'une expertise pour adapter leurs outils destinés au repérage des addictions lors de la visite de médecine préventive obligatoire.

« Si quelqu'un peut venir faire une consultation avancée pour les étudiants, au contraire, ça on peut le mettre en place. Ça serait bien même (...) Comme je vous dis on a une consultation qui cible large, avec un questionnaire très restrictif et très mal fait sur les addictions (...) c'est une convocation, on leur dit que c'est obligatoire, sinon ils ne viendraient pas ! Et on a un taux de réponse de 60% à peu près (...) Et dans ces consultation de prévention médicale, on a une partie justement dépistage des addictions. Grâce à notre logiciel Calcium, qui a un chapitre addiction. Par contre ça, il faudrait que je vous montre parce que je pense que... Non seulement je le pense, mais maintenant j'en suis sûre, parce que j'ai un médecin qui m'a fait une thèse là-dessus. On a une thèse qui est un bilan de santé de la population des étudiants de Nice, et on s'est rendu compte effectivement qu'au niveau des addictions, le questionnaire n'est pas bon du tout, le repérage il est mal fait, parce que ce logiciel ne va pas du tout. Donc là, il faut vraiment qu'on améliore. On a un moyen d'améliorer ce logiciel, c'est à dire qu'on fasse des remontées aux gens qui l'ont déployés et mis en œuvre, c'est un logiciel qui a été développé sur Nancy. Et il y a aussi des réunions des utilisateurs. Ce qui serait bien, c'est qu'on travaille ensemble, que je vous montre la page addictions. On sait qu'on n'est pas bon, on le sait déjà, on l'a évalué grâce à cette thèse. Donc déjà au moins pour améliorer le repérage, le questionnaire. Il est trop vague » (Directrice SUMPPS).

« Là aussi, il y a toutes les facs. Ça ce serait intéressant (...) parce que certains, du fait que papa et maman habitent, peut-être même de façon pas très éloignée, mais enfin quand même ils ne peuvent pas rentrer tous les soirs au domicile parental qui peut être dans le Var ou autres, donc ils sont là tous seuls en fac, en résidence universitaire ou en colocation, et un peu livrés à eux-mêmes pour certains. C'est une première expérience où ils se retrouvent seuls, avec certaines obligations, mais beaucoup plus libres » (Représentante ARS PACA).

6.2. Systématiser la prévention en milieu festif dans les soirées étudiantes

Les acteurs du dispositif s'interrogent d'autre part sur la complexité d'organisation d'actions collectives auprès des étudiants, qui ne soient ni ponctuelles ni à l'attention de trop grands groupes. L'entrée dans l'âge adulte de ces étudiants et la composition de la population étudiante sur le campus de Sophia Antipolis (filières essentiellement scientifiques et de l'ingénierie) sont également des aspects à prendre en compte, qui se surajoutent à la question de la complexité de l'organisation en termes de mise en perspective des besoins et de la capacité de programmation. Compte-tenu de ces éléments, il serait sans doute préférable dans un premier temps de mieux systématiser les actions de prévention conduites lors des manifestations festives, pour s'assurer que toutes les soirées étudiantes de grande envergure aient accès à un spot préventif. Les données d'activité du dispositif ont effectivement montré (conférer chapitre 2, points 2.6 et 2.7) que les soirées festives étudiantes étaient mal couvertes, et sans concertation réelle avec l'ensemble du dispositif territorial valbonnais. La question de l'investissement des représentants des étudiants dans le dispositif Addictions est également une piste à envisager.

« Parce que Valbonne est aussi un lieu où sont régulièrement organisées des manifestations festives, c'est plutôt par ce vecteur là qu'on pourra produire une prévention à l'attention des étudiants. C'est à dire que là, on a peut-être deux axes à travailler : un axe en milieu festif étudiant,

en particulier. Et il y a un deuxième axe qui relèverait plutôt de l'éducation par les pairs. La prévention en milieu étudiant, très concrètement, c'est le milieu festif (*Mais l'autre partie de la Mutualité Française, que je rencontre mardi, ils ont font de la prévention en milieu festif dans le cadre des soirées étudiantes, non ?*) Oui, mais il n'y a pas d'articulation » (Coordinateur de santé publique Mutualité Française PACA).

« Mais le groupe de travail sur les étudiants, il faudrait joindre l'ensemble des BDE (Bureaux Des Etudiants), et leur proposer des actions. Voilà typiquement ce qu'on appelle l'éducation par les pairs, mais qui ne fonctionne pas, parce que la présidence d'un BDE c'est un an. Alors tu les formes, tu travailles, et l'année d'après, toute l'équipe change. Tu peux t'en servir à la limite de relais (...) Mais sur place. Parce qu'un groupe de travail il ne fonctionnera pas si tu veux les faire venir à la mairie. Non, tu vas sur leur fac (...) C'est bien que le SUMPPS fasse partie de ce groupe de travail, mais ce n'est pas suffisant. Et surtout il faut aller sur place, et a fortiori avec la configuration de Sophia Antipolis, déjà ils galèrent pour arriver sur place, et quand ils sont sur place, ils ne bougent plus ! » (Responsable Prévention Promotion de la Santé Mutualité Française PACA).

7. Continuer à développer le travail d'appui à la parentalité

L'action déjà bien structurée de l'axe parentalité (conférer chapitre 2, point 2.5) et la satisfaction des participants (conférer chapitre 3, point 3.2.1) impliquent de poursuivre dans la programmation des conférences et des ateliers, en continuant de porter une attention soutenue aux contraintes des habitants désavantagés sur le plan social, afin de faciliter leur participation (déplacements, garderie). Le développement des compétences psychosociales des parents et l'appui à la parentalité constituent d'ailleurs un axe fort du plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives⁴⁴. Un enjeu actuel important a également déjà été souligné, qui concerne le changement des personnes ressources au sein des fédérations de parents d'élèves et de l'implication des nouveaux arrivants (conférer chapitre 4, point 1.3.1). Un autre enjeu pour la période à venir qui est lié au précédent consiste à toucher les nouvelles générations de parents.

« Il y a une chose c'est que, les gens qui se sont beaucoup investis au départ, les gens de ma génération entre guillemets, dont les enfants commencent à être proches de la piste d'envol, et bien ils ont un peu fait le tour des questions... Enfin, revenir à une conférence sur... C'est : J'ai déjà entendu. Donc la motivation pour revenir à une prochaine conférence n'est pas forcément là, donc il faut passer le relais. Et là ? Voilà, c'est une question ouverte. La problématique est toujours là, donc ça devrait se faire, mais il faut trouver les bons relais » (Présidente de l'Association des Parents Indépendants).

La question de s'associer avec les services de la Petite Enfance pour diversifier les ateliers d'appui à la parentalité en termes de tranche d'âge des enfants et des parents concernés est aussi une question ouverte. Une réflexion est en cours pour créer un lieu d'accueil enfants-parents (LAEP) sur le quartier de Garbejaire, en collaboration avec le comité de ce quartier et la MJC, de façon à ce que ces derniers puissent s'investir dans une activité de relais et de promotion de ce service auprès des parents les plus démunis.

« On constate dans les structures d'accueil du jeune enfant, même si on n'est pas encore sur des problématiques d'addiction, notamment alcool et cannabis, on n'est pas là-dessus, mais on constate, dès la petite enfance, et déjà dans les crèches, que les enfants sont accrocs aux tablettes, aux ordinateurs, on est déjà sur ces problématiques là sur la petite enfance. Et là, il y a tout un travail à faire auprès des parents (...) Donc je pense que cette prévention précoce, sur certaines thématiques,

⁴⁴ MILDT, *Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017*, La Documentation Française, p. 22-23.

elle est complètement opportune, elle est complètement judicieuse, et qu'on peut déjà mobiliser très en amont les parents, et sensibiliser très en amont les parents, sur le rythme, le respect du rythme de l'enfant. Et je vous en parle en connaissance de cause parce que j'ai été directrice de 4 structures d'accueil du jeune enfant, pendant 18 ans. Donc je peux vous dire que j'ai eu du recul sur l'évolution des enfants qu'on accueillait, sur l'évolution des troubles du comportement, sur la relation des parents avec leurs enfants dès leur plus jeune âge (...) Alors on n'est pas sur l'alcool, on n'est pas sur le cannabis effectivement, mais on est déjà sur des problématiques parentales qui après vont induire... Voilà ça va faire boule de neige (...) c'est continuer à remonter dans la vie de l'enfant, retourner aux sources, pour être le plus en amont possible des problématiques. Et ce sentiment d'impuissance qu'ont les parents c'est quelque chose qui m'a toujours interpellée. Ce sentiment d'impuissance : comment je fais ? Une impossibilité à gérer le conflit » (Représentante CAF/REAAP).

Les services offerts aux familles pourraient aussi être complétés à moyen terme par une offre dédiée dans le champ de la prise en charge, en termes de thérapie familiale ou de groupe de parole. Actuellement les familles qui nécessitent une thérapie familiale sont adressées à l'extérieur.

« J'ai quelques collègues qui sont en train de se former aux thérapies systémiques, thérapies familiales, qui sont ouverts à ça. Ils ne sont pas thérapeutes familiaux, mais ils se forment pour le devenir. En tout cas, pour l'instant, on n'a pas cette spécificité d'accueil familial, on reçoit les familles mais on est plus dans l'accueil et dans l'écoute et éventuellement on orientera si il y a des demandes de prise en charge » (Médecin addictologue, Directeur du CSAPA).

« Mais tu vois ce serait intéressant, moi j'imagine bien faire un travail avec les parents, un petit groupe de parole par exemple. Ça n'a rien à voir, et c'est complémentaire au travail de conférences. Mais c'est aussi pour que les parents se rendent compte, mais c'est aussi ce que je faisais à Antibes, j'avais mis en place un groupe de paroles de parents une fois par mois, quand j'étais au Point Ecoute Jeunes, j'avais monté ça une fois par mois. Tu vois, ce n'est pas possible de le faire. Mais ne serait-ce qu'avec avec trois, quatre parents, faire un groupe de parole de parents. Enfin, j'ai des idées comme ça, mais avec une demi-journée... Les parents peuvent se sentir moins seuls, se dire : tiens on connaît aussi, l'autre connaît aussi ce genre de difficultés. Et puis dans un espace anonyme, où on sait que ce n'est pas un suivi thérapeutique, mais c'est quand même un espace de paroles par un professionnel de l'écoute. Voilà. Il y a des choses comme ça qui pourraient se mettre en place et qui ne le sont pas » (Psychologue CJC).

Enfin, mentionnons que l'enquête a constitué l'occasion de proposer aux acteurs investis dans le groupe parentalité de s'intéresser au programme SFP, qui est un programme de prévention fondé sur des preuves de développement des compétences parentales⁴⁵. Bien qu'intéressés, les protagonistes ont estimé que les actions déjà engagées dans l'axe de travail parentalité méritaient d'abord d'être renforcées car elles touchent un plus grand nombre de familles. Leur ressenti à la présentation du programme est qu'il nécessite un investissement important au bénéfice d'un petit nombre de familles, et que la réussite du programme dépend beaucoup de la capacité à investir les familles qui y trouveront le plus de bénéfices. La question de s'investir dans le développement de ce programme s'était d'ailleurs déjà posée, puisque les premiers expérimentateurs français de SFP (CODES 06) interviennent à Mouans-Sartoux, qui est une commune limitrophe⁴⁶, mais les familles volontaires « n'étaient pas celles qui en avaient le plus besoin » (Responsable Service Loisirs Jeunesse communal).

⁴⁵ The Strengthening Families Program, voir : EMCDDA, " North American Drug Prevention programmes : are they feasible in European cultures and contexts ? », 2013, Publication de l'Union Européenne, p.20-27.

⁴⁶ Roehrig C, Soutien à la parentalité : une étude d'implantation du programme Strengthening Families Program en France, *Dépendances*, n°50, 2013, 16-19.

8. Structurer un axe de prévention environnementale

Si l'on se réfère aux différentes stratégies qui composent la prévention des addictions telles qu'elles sont définies par l'Observatoire Européen⁴⁷, les actions conduites dans le cadre du dispositif Addictions valbonnais s'inscrivent principalement dans le cadre de la prévention universelle (qui s'adresse à toutes les populations, dans des lieux scolaires ou communautaires) et de la prévention sélective (qui s'adresse à des groupes spécifiques, familles ou communautés, qui du fait de leurs faibles ressources économiques et sociales, ont plus de risques d'utiliser des drogues et de progresser vers la dépendance). L'expertise des parties prenantes et l'état des lieux au moment de l'évaluation conduisent à préconiser d'investir le champ de la prévention environnementale. La prévention environnementale regroupe les stratégies destinées à modifier l'environnement culturel, social, physique et économique dans lequel les personnes font des choix concernant l'usage des drogues⁴⁸.

8.1. Améliorer les transports publics

Le premier chapitre qui concernait les spécificités de la commune de Valbonne Sophia-Antipolis a constitué l'occasion de souligner les difficultés de déplacement qui existent au sein de la commune (les quartiers sont éloignés du fait de la forêt située au centre du territoire), mais également vers les communes avoisinantes, du fait d'un service de bus minime ou inexistant le soir et le week-end, notamment à destination d'Antibes, qui est un lieu animé et permet ensuite de rayonner sur l'ensemble de la Côte avec les transports ferroviaires. Plusieurs acteurs parmi ceux rencontrés insistent sur les risques induits par le désœuvrement du fait que les jeunes restent confinés sur le secteur de Sophia-Antipolis, mais aussi sur le renforcement de la précarité de certains étudiants qui ne peuvent pas trouver un job complémentaire. Un rapprochement de la Commune avec les autorités compétentes au sein de la Communauté d'agglomération ou du Conseil Général devrait permettre d'aboutir à des solutions à court ou moyen terme.

« Ca s'arrête à 20h. A 20h, il n'y a plus de bus. *(Et le week-end)* il n'y en a pas du tout. Est ce que ce n'est pas notre rôle aussi de monter un rapport au Conseil Général et de remonter cette problématique. On a des étudiants aussi qui ont besoin de travailler. Ceux de Sophia ils ne peuvent travailler que le week-end, et le week-end, il n'y a pas de transport (...) parce-que le problème il est là, on a quand même des étudiants qui sont souvent dans une précarité financière, ils ont besoin de travailler, pour ceux qui sont en France et dont les parents sont à l'étranger, ils ne peuvent pas travailler (...) Moi je vois des étudiants tous les jours qui demandent des exonérations : et vous ne travaillez pas ? Mais Madame, je suis logé ici, c'est bien, le CROUS est fier d'avoir de belles résidences sur Sophia, elles sont nickel, ce sont les plus belles, et même le CROUS d'ailleurs, le CROUS peut intervenir en disant : on a des résidences, mais on a des étudiants qui sont logés là et qui sont bloqués le week-end (...) La CASA a fait un effort pour faire la ligne 1, qui va sur Juan les Pins, qui y va jeudi, vendredi, samedi, jusqu'à minuit. Ils peuvent faire un effort pour le week-end et mettre un seul bus. Le 100, par exemple, on ne demande pas plus. Ils peuvent même embaucher un jeune de Garbejaire qui peut conduire, le former, et il fera le week-end, pourquoi pas ? Au moins

⁴⁷ EMCDDA / European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction : <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>

⁴⁸ EMCDDA, " North American Drug Prevention programmes : are they feasible in European cultures and contexts ? », 2013, Publication de l'Union Européenne, p.5.

pouvoir se déplacer sur Antibes, qu'ils puissent partir après avec le train, mais au moins les déplacer sur Antibes. Parce qu'ils sont bloqués les pauvres. Donc on peut faire une proposition commune » (Assistante sociale SUMPPS).

« Et il y a aussi, c'est là que ça serait peut-être intéressant de réfléchir de façon globale, des questions de mobilité sur Garbejaire. C'est que les jeunes ils n'ont rien à faire le week-end, et pour des questions de mobilité. Si il y avait des bus le week-end, d'abord il n'y aurait pas de mise en danger quand ils boivent parce que... Faire de la prévention sur l'alcool, effectivement il ne faut pas qu'ils se mettent en danger, mais ça fait aussi partie du parcours initiatique d'un jeune de se mettre minable un ou deux samedis de temps en temps et de faire la fête... Et qu'il puisse y avoir des navettes, ne serait-ce que trois dans la nuit, sans mettre en danger quand même le chauffeur, mais qu'il y ait des choses qui puissent se mettre en place par rapport aux lieux de fête » (Directrice Chantier d'insertion CMieu).

8.2. Renforcer le lien avec les acteurs du champ de la prévention de la délinquance

La Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile (BPDJ), qui a un rayonnement départemental est bien investie dans le dispositif valbonnais, de même que la Police municipale qui a pu participer ponctuellement aux travaux du groupe de travail Jeunes en insertion. Les acteurs de proximité investis dans le cadre du dispositif Addictions rencontrent aussi la gendarmerie nationale dans le cadre de Points Prévention communaux réguliers. L'état des lieux des inquiétudes du groupe de travail Jeunes en insertion en termes de prévention de la délinquance, au moment du recueil de données pour l'évaluation, conduit cependant à vouloir renforcer les liens avec les acteurs du champ répressif dans le cadre du groupe de travail Jeunes en insertion, pour une approche plus transversale (conférer chapitre 3, point 6). Une alliance plus concrète avec le CILSPD Biot-Valbonne (Conseil Intercommunal Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance) permettrait de mieux articuler les stratégies de prévention environnementales des addictions et les stratégies de prévention de la délinquance.

« On fait aussi partie de la cellule de veille de la collectivité qui s'appelle le point Prev', qui réunit aussi bien la Mission locale, que les éducateurs spécialisés, la CASA, etc, la Police municipale, c'est une cellule de veille qui est vraiment en interne, et qui est confidentielle » (Responsable Service Loisirs Jeunesse communal).

« Je pense qu'il y a aussi un lien qui est à construire, c'est le lien avec le CLSPD. Aujourd'hui, il y a le point prévention auquel on participe (...) Il y a plusieurs niveaux aujourd'hui et ça participe d'un tout : il y a le niveau de la prévention dans le cadre de ce service santé, mais à côté de ça, tu as aussi le point prévention, qui effectivement est un lieu où on parle et où il y a un lien avec la gendarmerie, parce que santé et gendarmerie aujourd'hui on n'a pas ce lien direct dans le dispositif Addictions (Coordinatrice Atelier Santé Ville).

« Les gendarmes qui interviennent dans le cadre du CLSPD, et qui font partie intégrante du dispositif sont un relais auprès de leurs collègues et permettent une approche complémentaire. Leurs interventions, et leur présence dans les réunions, permettent de ne pas oublier le rappel à la loi, Cette intégration dans le dispositif et une meilleure connaissance des problématiques changent aussi le regard des jeunes en direction des représentants de l'ordre ils ne représentent plus uniquement la répression mais aussi un interlocuteur qualifié. Cette coopération nous permet aussi d'avoir une complémentarité dans la connaissance du territoire » (Elue à la Santé).

8.3. Sensibiliser les débitants d'alcool et de tabac

La sensibilisation des débitants d'alcool et de tabac, qui est recommandée dans le cadre de la prévention environnementale⁴⁹, est un sujet abordé par l'enquête qui a rencontré un écho favorable des parties prenantes. Des lieux de cristallisation, comme une salle de jeux fréquentée par les lycéens, pourraient également bénéficier d'une sensibilisation des adultes encadrants.

« C'est tout aussi important de travailler dans ce domaine : les débitants d'alcool et de tabac sont aussi des parents ! Il s'agit donc de rappeler la loi mais surtout la responsabilité morale. Il est également essentiel de s'attacher à vérifier que ces vendeurs de tabac ou d'alcool prennent conscience de leur responsabilité dans la chaîne des conduites addictives. L'échange doit donc être favorisé » (Elue à la Santé).

« Peut-être aussi, ce ne serait pas idiot effectivement de sensibiliser les bars et restaurants qui se trouvent à proximité de la place Bermond, pour éviter qu'ils vendent de la bière à des jeunes de 14 ans. L'autre jour j'en ai pris un avec une bière, je pense que c'est là qu'il l'avait acheté (...) et puis bien surveiller les salles de jeux qui sont sous les bars (...) Place Bermond, au dessus du CIV, tu as le bar le Montparnasse qui fait bar-restaurant, et au sous sol ils ont une salle de jeux avec un baby-foot, je ne sais pas ce qu'il y a comme jeux, mais quand tu vois les jeunes remonter, tu n'es pas surprise de voir que ce sont ces jeunes là qui remontent. Alors je me dis, en bas, il faudrait peut-être qu'ils aillent surveiller aussi » (Conseillère Principale d'Education du lycée du CIV).

L'existence d'une vente d'alcool à domicile jusqu'au petit matin sur le bassin suscite également l'inquiétude des acteurs, en cas d'achat par des mineurs. La vente de « feuilles à rouler » sur le prospectus exacerbe la méfiance des parents d'élèves, qui y voient une incitation déguisée à la consommation de cannabis, ou tout du moins une confirmation de sa banalisation aux yeux des jeunes. L'idée d'une opération de « testing » (vérifier l'absence de vente aux mineurs par l'exercice d'un piège) a été évoquée au cours du recueil de données.

« Livraison d'alcool à domicile jusqu'à 7 heures du matin (...) C'est à notre gendarmerie de faire un petit piège. C'est aux pouvoirs publics à bouger, s'ils ne bougent pas pour ça. « La direction se réserve le droit de refuser une commande » : ça j'aimerais bien le voir » (Représentante PEEP Collège Niki Saint Phalle 2008-2012, et APE Lycée Simone Veil 2012-2013).

« Non, je n'étais pas au courant ! Il faut qu'on fasse la tentative, pour voir s'ils respectent le cadre légal. Toutefois, il suffit qu'il y ait un majeur dans le groupe... On peut faire le testing pour voir si le livreur a le réflexe de demander la carte d'identité, déjà » (Elue à la Santé).

⁴⁹ MILDT, *Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017*, La Documentation Française, p. 22-23.

Synthèse des pistes de travail

Organisation et fonctionnement du Dispositif Addictions
➤ Remplacer le comité de pilotage actuel par un comité de pilotage restreint comprenant les structures pivots du dispositif et une assemblée générale annuelle destinée à réunir l'ensemble des parties prenantes ➤ Mettre en place une Newsletter pour garantir un accès égal à tous aux informations concernant le dispositif ➤ Améliorer la communication du Dispositif sur le site internet de la Commune ➤ Accompagner le changement de personnes ressources dans les Fédérations de Parents d'élèves ➤ Rechercher des opérateurs complémentaires pour animer des actions collectives
Accès aux soins
➤ Augmenter le temps de travail associé à la Consultation Jeunes Consommateurs pour atteindre 0,3 ETP
Formation des professionnels de proximité
➤ Répéter le socle commun de formation, en y associant tous les nouveaux professionnels du territoire ainsi que les acteurs de second recours de l'insertion ➤ Proposer des modules de formation renforcée : (1) posture professionnelle (2) responsabilité des employeurs (3) Repérage des conduites addictives et maniement du questionnaire DEP-ADO ➤ Ouvrir la formation DEP-ADO aux médecins généralistes libéraux
Jeunes scolarisés
<u>A l'école primaire</u> ➤ Renforcer les actions portant sur le développement des habiletés psychosociales dès l'école primaire ➤ Se rapprocher de l'Inspection Académique pour estimer la faisabilité de l'expérimentation du Good Behaviour Game, programme de développement des compétences psychosociales ayant fait la preuve de son impact sur la réduction des consommations de drogues et d'alcool ➤ Engager un partenariat avec les écoles des communes limitrophes pour assurer un continuum préventif pour tous. <u>Dans les établissements d'enseignement secondaire</u> ➤ Se donner les moyens de maintenir l'organisation multi-partenaire et inscrites dans la durée des actions collectives conduites auprès des jeunes, malgré les difficultés connues par les partenaires ➤ Se concerter sur les tranches d'âge les plus adaptées pour intervenir dans les collèges et sur les opportunités et la faisabilité de la mise en place d'activité d'éducation par les pairs ➤ Déterminer des modalités adaptées pour s'engager dans la prévention du deal auprès des jeunes scolarisés <u>Dispositif de Réussite Educative et Temps Activité Périscolaire</u> ➤ Déterminer des modalités adaptées pour investir les acteurs du périscolaire dans le développement des compétences psychosociales ➤ Déterminer des modalités adaptées pour s'engager dans la prévention du deal
Jeunes en insertion
➤ Renforcer la cellule de concertation Carrefour Addictions (association de la psychologue de la CJC, recentrage sur les problématiques addictives) ➤ Systématiser les actions collectives de sensibilisation aux risques des conduites addictives auprès des premiers arrivants du public Mission Locale ➤ Proposer des sessions collectives complémentaires destinées à favoriser l'accès aux soins au public de jeunes adultes consommateurs (en présence de la psychologue de la CJC) ➤ Proposer des ateliers de prévention du deal
Parents
➤ Continuer la programmation des conférences et des ateliers d'appui à la parentalité, en veillant à faciliter l'accès aux personnes les plus désavantagées sur le plan social ➤ S'attacher à construire le lien avec les nouvelles générations de parents ➤ Explorer la possibilité de créer un Lieu d'Accueil Enfants-Parents (0-6 ans)
Etudiants
➤ Mettre en place un partenariat avec le SUMPPS pour étendre la permanence de la CJC au campus de Sophia-Antipolis ➤ Systématiser la prévention en milieu festif dans les soirées étudiantes
Environnement
➤ Se rapprocher des autorités compétentes pour appuyer le développement des transports publics la nuit et le week-end ➤ Se rapprocher du CILSPD pour favoriser une approche transversale entre prévention des addictions et prévention de la délinquance ➤ Sensibiliser les débitants de tabac et d'alcool sur le territoire de proximité, en portant une attention particulière envers les lieux proches des établissements scolaires et la vente à domicile

Chapitre V. Transposabilité du dispositif Addictions sur d'autres territoires

L'articulation des interventions en termes de prévention des conduites à risques et des conduites addictives est reconnue actuellement comme une méthode incontournable en matière de prévention, qui implique d'investir plusieurs axes complémentaires pour agir sur plusieurs facteurs à la fois⁵⁰. Cet objectif peut être atteint lorsqu'on l'envisage sous un angle populationnel, ou plus globalement sous l'angle territorial⁵¹. Au vu des expériences préexistantes, il existe effectivement un consensus actuel sur l'intérêt des dispositifs à composantes multiples pour augmenter l'efficacité de l'action préventive⁵². L'appellation « dispositif à composantes multiples » est associée au dispositif valbonnais parce qu'il est multi-interventionnel, mais aussi parce qu'il s'inscrit dans une approche communautaire⁵³. Dans cette perspective, il faut particulièrement relever les similitudes importantes qui existent entre le dispositif valbonnais co-construit de manière empirique au niveau local, et un système de prévention fondé sur des preuves qui a été mis en œuvre et répliqué à plusieurs reprises avec succès aux Etats-Unis, en Australie, au Canada, mais aussi au Royaume Uni (CTC – *Community That Care*)⁵⁴. En Europe, des implantations de CTC sont en cours actuellement en Hollande, en Croatie et en Allemagne. Les orientations actuelles en matière de prévention des addictions en France insistent d'ailleurs pour valoriser désormais l'utilisation de programmes fondés sur des données probantes⁵⁵.

La réponse opératoire à l'objectif d'articulation des interventions que constitue le Dispositif territorial transdisciplinaire de prévention et de prise en charge des addictions de Valbonne-Sophia-Antipolis mérite ainsi de s'interroger sur le caractère transférable de ce dispositif vers d'autres territoires de proximité. Il existe en effet de nombreuses spécificités du territoire valbonnais, qui ont été exposées au cours des pages précédentes et qui ont influencé directement sa structuration et son développement. L'idée de produire un Guide de méthodologie transposable à l'attention d'autres collectivités territoriales à l'issue de cette évaluation nécessite ainsi de porter une attention particulière aux éléments contextuels qui sont susceptibles d'imposer des adaptations à l'occasion d'une transposition. L'efficacité du dispositif Addictions sur le territoire valbonnais (validité interne) n'implique effectivement pas de facto son caractère généralisable (validité externe).

⁵⁰ Benec'h G, *Aide-Mémoire Les Jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, avant-propos p.19.

⁵¹ Coppel A, *Usage de drogues, services de première ligne et politiques locales. Guide pour les élus locaux*, Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, 2008, 87 pages.

⁵² INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, p.26.

⁵³ « Les stratégies à composantes multiples intègrent, en plus d'un volet de développement des compétences des jeunes et des parents, un volet « communautaire ». Les volets communautaires visent à impliquer au niveau local d'autres acteurs que l'école et les parents », dans : INSERM, op. cit. p.26.

⁵⁴ EMCDDA, " North American Drug Prevention programmes : are they feasible in European cultures and contexts ? ", 2013, Publication de l'Union Européenne, p.28-32.

⁵⁵ MILDT, *Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017*, La Documentation Française, p. 22.

1. Un consensus actuel sur l'intérêt des dispositifs à composantes multiples en matière de prévention

La récente expertise collective de l'INSERM sur la prévention et l'accompagnement des adolescents concernés par les conduites addictives estime que les stratégies à composantes multiples font partie des méthodes de prévention efficaces en se basant sur des travaux principalement anglo-saxons, car aucune évaluation de dispositifs de prévention de ce type n'a été réalisée en France selon les critères retenus par la littérature internationale⁵⁶. Le jugement des experts sur les bénéfices des dispositifs à composantes multiples s'appuie sur une série de méta-analyses concernant les évaluations de 19 programmes de prévention à composantes multiples, qui ont montré des effets en termes de recul de l'expérimentation des produits psychoactifs chez les jeunes ou la réduction de leur consommation⁵⁷.

En France, il existe des dispositifs à composantes multiples actifs (n'ayant pas été soumis à évaluation). En Bretagne par exemple, le plan rennais de prévention de la consommation excessive d'alcool en est une illustration⁵⁸. En Suède, le programme STAD est un programme à composantes multiples assez proche de l'expérience rennaise, dont l'objectif central est la diminution des violences liées aux consommations excessives d'alcool (Stockholm Prevents Alcohol and Drug Problem)⁵⁹. Une évaluation d'impact a mis en lumière des effets tangibles, à savoir une diminution de près de 30% des actes de violence sur la durée de son implantation ainsi qu'une diminution sensible des accidents de la route. Les évaluateurs ont estimé le ratio coût/bénéfice de ce dispositif à composantes multiples, qu'ils évaluent à 1:39, c'est à dire que chaque euro investi dans ce programme de prévention permet d'économiser 39 euros⁶⁰.

Ainsi, les bénéfices humains et financiers de ces programmes à composantes multiples sont attestés par différentes expérimentations au niveau international, ce qui permet de poser l'hypothèse forte qu'une méthodologie similaire sur un territoire français devrait aussi conduire à l'amélioration globale de la santé et de l'insertion sociale des adolescents et des jeunes adultes.

Il faut préciser enfin que les experts estiment que les dispositifs à composantes multiples les plus efficaces combinent généralement des actions éducatives (visant le changement des comportements des individus) avec des mesures structurelles et des actions destinées à modifier l'environnement, pour qu'il soit moins propice à la consommation (respect du cadre légal sur le tabac et l'alcool, sensibilisation des débitants d'alcool et de tabac, prévention routière, lutte contre les trafics dans le cas des substances illicites,...)⁶¹. Le nouvel objectif du Dispositif valbonnais qui cible le développement de la prévention environnementale ne pourrait ainsi que contribuer au renforcement de l'efficacité globale de son action (conférer chapitre 4, point 8).

⁵⁶ INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, p. 267.

⁵⁷ Les sources de l'expertise INSERM comprennent (références complètes en bibliographie), entre autres : Foxcroft & Tsertsvadze, 2011 ; Sowden & Stead, 2003 ; Hawks & al, 2002 ; Jones & al, 2006 ; NICE, 2007 ; Richardson & al, 2009 ; Cheon, 2008 ; Lemstra & al, 2010 ; Spoth, Greenberg & Turrissi, 2008.

⁵⁸ Benec'h G, *Aide-mémoire. Les jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, p.39.

⁵⁹ Benec'h G, 2013, op. cit., p.36.

⁶⁰ Benec'h G, 2013, op. cit., p.37.

⁶¹ Benec'h G, 2013, op. cit., p.85.

2. Un système de prévention fondé sur des données probantes (Evidence-Based) très proche du dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis : le programme Community That Care®

Dans son étude récente portant sur la transférabilité des programmes de prévention nord-américains dans le contexte européen, l'Observatoire Européen montre que, contrairement à des préjugés fortement ancrés en Europe, la principale difficulté en matière de transposition ne réside pas dans les différences culturelles mais plutôt dans les spécificités organisationnelles locales qu'il s'agit de prendre en compte pour assurer une adaptation efficace⁶². Cette étude présente quatre programmes novateurs et efficaces, qui ont été transposés en Europe avec succès⁶³.

Parmi eux, le programme de prévention « Community That Care » (CTC®) présente de fortes similitudes avec le travail réalisé à Valbonne Sophia-Antipolis.

2.1. Processus CTC® et similitudes avec le Dispositif Addictions valbonnais

CTC n'est pas un programme de prévention classique, mais plutôt un système de prévention permettant la mise en œuvre de programmes adaptés aux besoins de la communauté en matière de prévention. Ce système de prévention s'appuie sur la stratégie de développement social (*Social Development Strategy*) : la stratégie de développement social est un cadre de recherche qui a pour but de guider les communautés pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des jeunes. Basée sur des recherches qui identifient les facteurs de protection qui peuvent éloigner les jeunes des prises de risques et promouvoir leur santé, cette approche a pour objectif de renforcer les comportements « sains et positifs » pour les enfants et les jeunes⁶⁴.

Le rôle de CTC est d'aider les communautés à mobiliser tous leurs membres qui ont un intérêt pour le développement d'un avenir sain pour les enfants et les adolescents, incluant des leaders-clés de la communauté, des enfants et des jeunes, les pouvoirs publics locaux, les parents, les Forces de l'Ordre, les services locaux dédiés aux enfants et aux familles, les écoles, les services sanitaires dont ceux spécialisés dans la santé mentale, les services sociaux, les habitants, voire même les entreprises locales ou les communautés religieuses et culturelles, selon les parties en présence sur le territoire de la communauté ciblée. Son rôle consiste également à produire une vision partagée, un langage commun, ainsi qu'un plan de programmation collaboratif destiné à rendre cohérent les efforts de la communauté en matière de prévention auprès des jeunes. Le processus mis en œuvre par l'application du programme CTC permet d'établir des priorités pour l'action basées sur l'analyse des forces de la communauté et des enjeux

⁶² EMCDDA, " North American Drug Prevention programmes : are they feasible in European cultures and contexts ? », 2013, Publication de l'Union Européenne, p 4.

⁶³ Le programme de développement des compétences psychosociales dénommé Good Behaviour Game, présenté dans le chapitre 4 de ce rapport, fait partie des 4 programmes fondés sur des données probantes valorisés par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT/EMCDDA).

⁶⁴ Cahir S, Davies L, Deany P, Tange C, Toumbourou J, Williams J, Rosicka R, *Introducing Communities That Care. Helping communities build better futures for children and young people*, Community That Care® LTD., Center for Adolescent Health, 2003, p.6.

auxquels elle doit faire face ; il s'attache aussi à identifier les manques dans les réponses habituellement mises en œuvre pour répondre à ces priorités, et à sélectionner des programmes de prévention efficaces (fondés sur des preuves, comme le GBG par exemple) destinés à combler ces manques. Sur ce point particulier, le Guide australien pour la mise en œuvre de CTC recense tous les programmes fondés sur les preuves qui peuvent être mis en œuvre en fonction des facteurs de risques et des facteurs de protection qui ont été identifiés par l'enquête locale, mais aussi des tranches d'âge des jeunes ou de leur rapport actuel avec la consommation des substances psychoactives⁶⁵.

Le processus de CTC implique enfin la définition de critères d'évaluation qui vont permettre d'estimer les bénéfices des actions mises en œuvre sur la durée⁶⁶.

Selon l'Observatoire Européen, l'une des particularités du système CTC est d'être fondé sur une recherche rigoureuse et pluridisciplinaire. Il implique toutes les parties prenantes de la communauté pour identifier des normes de comportement qui peuvent aider les jeunes à éviter les problèmes comportementaux et à devenir des citoyens engagés et en bonne santé. Les parties prenantes impliquées sont encouragées à communiquer et diffuser les principes nécessaires à la bonne santé, mais surtout des normes claires et homogènes dans tous les secteurs de la vie d'un jeune : à la maison, à l'école et dans la communauté⁶⁷.

Le processus CTC implique 5 phases⁶⁸ :

- PHASE 1 (le préalable) : les leaders de la communauté (leaders politiques et/ou leaders d'opinion) évaluent l'intérêt et l'empressement des membres de leur communauté pour s'assurer qu'ils sont prêts à débiter le processus de CTC. On retrouve ici la situation valbonnaise initiale en 2006, avec la volonté politique qui s'était appuyée sur le questionnement des acteurs de terrain.
- PHASE 2 (organiser, introduire, impliquer) : un conseil de coalition est créé, constitué d'individus et d'organisations qui souhaitent s'impliquer. Ils reçoivent une formation sur la santé publique, la prévention et sur les avantages à utiliser un processus de décision basé sur des données pour guider les activités de prévention. On retrouve ici la première vague de formation des professionnels du territoire qui s'est déroulée en 2007, ainsi que la mobilisation des politiques et des acteurs valbonnais pour promouvoir l'idée d'un diagnostic territorial destiné à informer les choix politiques et préventifs. On retrouve également le principe du « conseil de coalition » dans la constitution du comité de pilotage pluri-professionnel valbonnais.
- PHASE 3 (construire un profil de la communauté) : des données spécifiques sont collectées par le conseil de coalition sur son territoire, données relatives aux facteurs de risques et aux facteurs de protection chez les jeunes, notamment grâce à une enquête représentative conduite auprès d'eux. Le conseil de coalition détermine alors quels facteurs de risques et quels facteurs de protection

⁶⁵ Communities That Care Ltd. Australia, *A Guide to Australian Prevention Strategies*, Royal Children's Hospital Melbourne, 2012, 54 pages.

⁶⁶ Cahir & al, op. cit., 2003, p.6.

⁶⁷ EMCDDA, " North American Drug Prevention programmes : are they feasible in European cultures and contexts ? », 2013, Publication de l'Union Européenne, p 28.

⁶⁸ EMCDDA, op. cit., 2013, p. 28-29.

doivent être privilégiés dans le cadre de l'action et quels sont les résultats désirés pour les interventions. On retrouve ici le diagnostic territorial Addictions qui a été conduit à Valbonne Sophia-Antipolis en 2006, ainsi que les préconisations pour l'action que cette investigation a permis de mettre au jour.

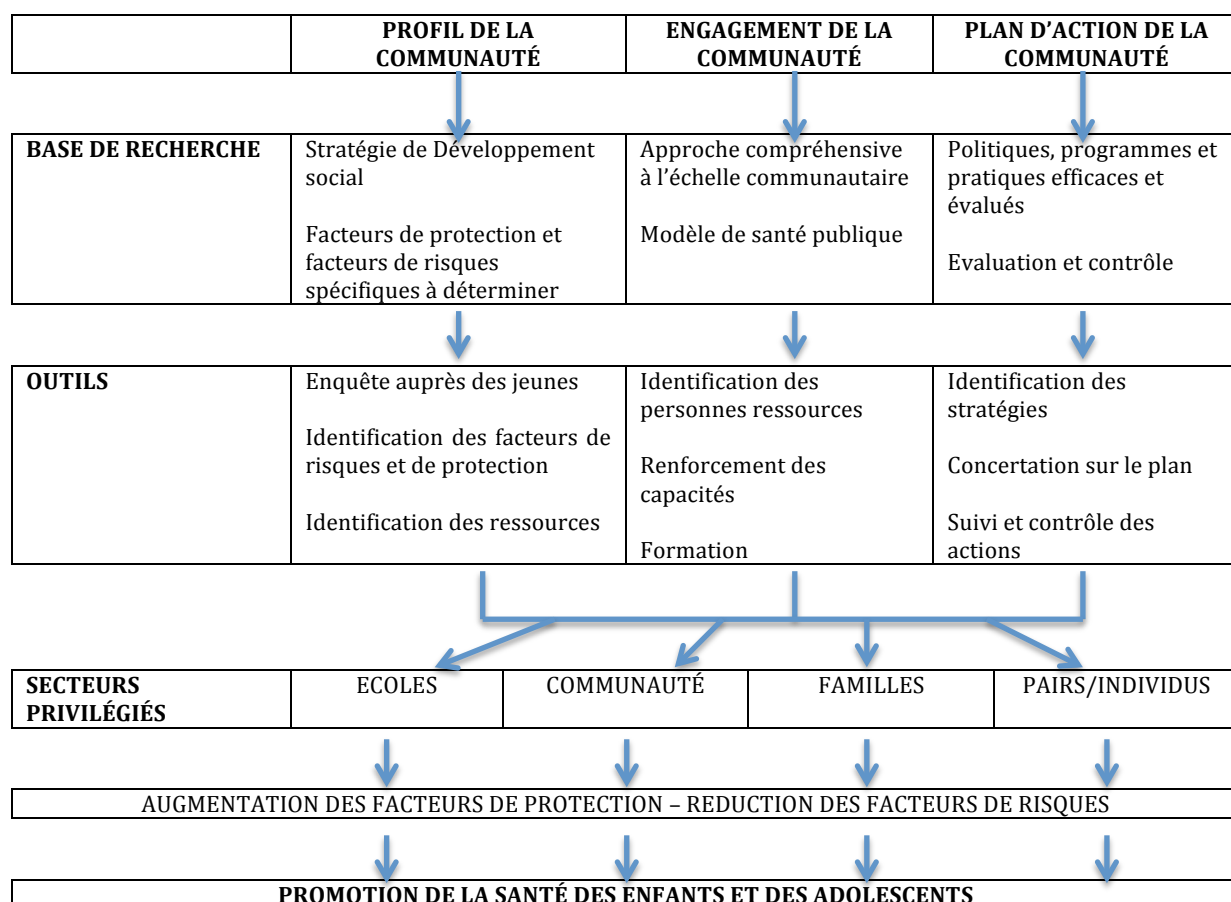
- PHASE 4 (créer un plan d'action pour la communauté) : en fonction des résultats du diagnostic, le conseil de coalition sélectionne des programmes efficaces et évalués, des politiques et des pratiques pour atteindre les objectifs qui ont été considérés comme prioritaires. Cette phase comprend aussi un plan d'évaluation, pour rassembler et mesurer des données destinées à mesurer le progrès vers les résultats désirés. Cette phase du processus est celle qui se distingue de l'action valbonnaise, puisque les programmes mis en œuvre ne sont pas des programmes dont l'efficacité a été démontrée. Cette situation s'explique simplement par le contexte français de l'action préventive, dans lequel les programmes fondés sur les preuves n'étaient jusqu'ici pas valorisés, et surtout inconnus des acteurs de terrain.
- PHASE 5 (implanter et évaluer le plan d'action de la communauté), des groupes de travail délégués par le conseil de coalition mettent en place chaque programme, politique ou pratique, identifient les maîtres d'œuvre de chaque programme, et évaluent leur efficacité pour la communauté, notamment, par exemple, en répétant l'enquête auprès des jeunes. Cette dernière phase correspond également dans son processus à l'action valbonnaise du fait de la mise en œuvre de groupes de travail thématiques chargés de la programmation des actions et du choix des opérateurs. L'évaluation qualitative présentée dans ce rapport s'inscrit également dans la dynamique prônée par CTC, mais ne peut répondre directement à la question de l'efficacité des programmes mis en œuvre, comme les évaluations prônées par CTC sont susceptibles de le faire.

Les promoteurs de CTC en Australie résument le cadre conceptuel de CTC dans le schéma suivant⁶⁹. Celui-ci pourrait être repris sans modification pour décrire le dispositif Addictions mis en place à Valbonne Sophia-Antipolis. A ceci près que le Dispositif Addictions de VSA met l'accent en termes d'actions envers les individus sur l'organisation des voies d'accès vers le soin, par le biais du repérage précoce et de l'orientation, plutôt que sur l'éducation ou le relais par les pairs, qui mérite d'être approfondie.

⁶⁹ Cahir S, Davies L, Deany P, Tange C, Toumbourou J, Williams J, Rosicka R, *Introducing Communities That Care. Helping communities build better futures for children and young people*, Community That Care® LTD., Center for Adolescent Health, 2003, p.5.

SHEMA 5. CADRE CONCEPTUEL DU PROCESSUS DE COMMUNITIES THAT CARE®

Source : Cahir & al, 2003



2.2. Preuves scientifiques de l'efficacité du système CTC : réduction des problèmes comportementaux et estimation d'un ratio coût/bénéfice

La revue de littérature réalisée par l'Observatoire Européen permet d'attester de l'efficacité réelle du système CTC sur la réduction des facteurs de risques et l'augmentation des facteurs de protection, non seulement en termes de conduites addictives mais également en termes de conduites délinquantes⁷⁰.

CTC a été implanté initialement en Australie, au Canada et aux Etats-Unis. Sa mise en œuvre a été largement évaluée aux Etats-Unis depuis 1992⁷¹. Les communautés qui ont mis en place CTC aux Etats-Unis ont fait plus de progrès que les communautés utilisées comme groupe contrôle pour implanter des

⁷⁰ EMCDDA, op. cit., 2013, p. 29-32.

⁷¹ Catalano RF, Kosterman R, Hawkins JD, Newcomb MD, Modeling the etiology of adolescent substance use : a test of the social development model, *Journal of Drug Issues*, 26 (2), 1996, 429-455.

activités de prévention basées sur la recherche, ainsi que dans la collaboration multi-partenariale⁷². Aspect primordial à souligner au vu des résultats obtenus sur le plan comportemental, ces communautés où CTC a pu être implanté ont mis en œuvre plus de programmes fondés sur des preuves que les communautés contrôle⁷³. En effet, du point de vue des résultats obtenus sur le plan comportemental, on constate que la croissance de la délinquance, l'initiation à l'alcool et au tabac étaient plus bas chez les adolescents vivant dans les communautés qui ont mis CTC en œuvre. Le fait de boire de l'alcool au cours du dernier mois avant l'enquête, ainsi que le fait de pratiquer l'alcoolisation massive ponctuelle au cours du dernier mois, étaient significativement plus bas durant la dernière année de l'étude⁷⁴.

Toutefois, une étude longitudinale menée de 2003 à 2007, qui compare 62 communautés en Pennsylvanie, a montré une moindre augmentation de la délinquance chez les jeunes qui résident dans les lieux où CTC a été mis en œuvre, mais pas forcément de résultats nets concernant la réduction de l'usage des substances psychoactives. Parmi les jeunes qui ont suivi des programmes de prévention fondés sur des preuves par le biais de CTC, les niveaux de facteurs de risques augmentaient tout de même plus doucement que dans les cohortes de comparaison, pendant que les facteurs de protection et la réussite scolaire se réduisaient plus lentement également⁷⁵.

En revanche, une étude récente a suivi 4 400 élèves âgés de 10 à 14 ans (répartis dans des « communautés CTC » et dans les communautés servant de groupe contrôle) durant 4 ans, et a analysé leur usage du tabac, de la délinquance et d'autres comportements à risques. Elle a pu déterminer un ratio coût/bénéfice de 5,3\$ pour chaque dollar investi, à la condition que CTC soit implanté en respectant une fidélité forte au protocole déterminé par les concepteurs⁷⁶. Une étude portant sur la même cohorte a d'autre part mis en évidence que la mise en œuvre de CTC avait réduit l'usage des substances psychoactives et la délinquance chez les élèves, et ce y compris lorsqu'on examine ce résultat au sein des sous-groupes construits à partir de leur degré de risque initial et du genre. L'effet de réduction sur l'usage des substances psychoactives est plus fort pour les jeunes âgés de 14 ans (garçons ou filles), et la réduction de la délinquance au cours de l'étude est plus forte dans le groupe de jeunes qui n'avaient aucune activité délinquante au départ⁷⁷.

Enfin, une méta-analyse récente portant sur les programmes universels à composantes multiples pour la prévention de l'usage problématique d'alcool liste CTC parmi les 12 interventions qui indiquent des résultats significatifs de réduction de l'usage d'alcool par les adolescents, en ce qui concerne le fait de

⁷² Brown EC, Hawkins JD, Arthur MW, Briney JS, Abbott RD, Effects of Communities that Care on prevention services systems : findings from the community youth development study at 15 years, *Prevention Science*, 8 (3), 2007, 180-191 ; Fagan AA, Arthur MW, Hanson K, Briney JS, Hawkins JD, Effects of Community that Care on the adoption and implementation fidelity of evidence-based prevention programs in communities : Results from a randomized controlled trial, *Prevention Science*, 12 (3), 2011, 223-234 ; Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW & al, Testing Communities that Care : the rationale, design and behavioural baseline equivalence of the Community Youth Development Study, *Prevention Science*, 9 (3), 2008, 178-190.

⁷³ Fagan & al, 2011, op. cit.

⁷⁴ Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC & al, Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency : a test of Communities that Care, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163 (9), 2009, 789-798.

⁷⁵ Feinberg ME, Jones D, Greenberg MT, Osgood DW, Bontempo D, Effects of the Communities that Care model in Pennsylvania on change in adolescent risk and problem behaviors, *Prevention Science*, 11 (2), 2010, 163-171.

⁷⁶ Kuklinski MR, Briney JS, Hawkins JD, Catalano RF, Cost-benefit analysis of Communities that Care outcomes at eighth grade, *Prevention Science*, 13(2), 2012, 150-161.

⁷⁷ Oesterle S, Hawkins JD, Fagan AA, Abbott RD, Catalano RF, testing the universality of the effects of the communities that care prevention system for preventing adolescent drug use and delinquency, *Prevention Science*, 11 (4), 411-423.

boire chaque semaine, la fréquence de l'usage d'alcool, l'alcoolisation massive ponctuelle, l'utilisation au cours des trente derniers jours avant l'enquête, l'usage au cours de la vie, les quantités consommées et le nombre de jours d'utilisation⁷⁸.

2.3. Des leçons à tirer des expériences CTC conduites en Europe

En Europe, CTC a été implanté et évalué au Royaume-Uni et en Hollande. Au Royaume-Uni, l'implantation de CTC dans trois villes d'Angleterre a montré des changements dans la cohésion de la communauté et dans la coopération, mais des changements limités toutefois car dépendants des ressources structurelles et sociales préexistantes sur chaque site. Notamment, les personnes mobilisées dans certains conseils de coalition étaient réticentes et non habituées au travail multi-partenarial, particulièrement dans les zones les plus désavantagées en termes d'infrastructures⁷⁹. Une étude de faisabilité conduite en Ecosse, également sur trois sites, a noté un manque de présence aux réunions, avec un nombre relativement bas d'habitants, alors que la philosophie de prévention de CTC était fortement supportée par les professionnels locaux. Les parties prenantes ont eu, de plus, de grandes difficultés pour inclure les interventions proposées dans le cadre de CTC dans leurs services existants⁸⁰.

Les expériences CTC conduites en Hollande ont été comparées avec celles qui ont été menées aux Etats-Unis : dans les deux pays, le recrutement et la mobilisation des personnes ressources et des leaders d'opinion ont constitué un véritable défi. En Hollande, les membres de la communauté étaient résistants à l'idée de mettre en place de nouveaux programmes considérés comme efficaces et préféraient utiliser des programmes familiers, même si ceux-ci n'étaient pas fondés sur des preuves. L'implication des écoles dans les enquêtes et l'évaluation des ressources de la communauté ont été aussi plus difficiles en Hollande qu'aux Etats-Unis. La mobilisation en Hollande a été plus complexe : les jeunes, les dirigeants d'entreprise et les volontaires parmi les habitants ont manqué parmi les membres des conseils de coalition⁸¹.

D'autres expériences sont en cours de réalisation et n'ont pas été évaluées à ce jour, en Hollande, en Allemagne et en Croatie. L'Observatoire européen a cependant recueilli des éléments auprès des maîtres d'œuvre locaux⁸². CTC se déroule en Allemagne en tant que projet pilote dans deux quartiers urbains et quatre villes rurales en Basse-Saxe ; le programme implique douze communautés locales en Croatie (dans des villes de taille différente) ; et, au cours des dix dernières années, vingt villes en Hollande expérimentent le programme. La principale différence entre l'Europe et les Etats-Unis rapportée par les maîtres d'œuvre européens de CTC est que le concept de « communauté » est différent d'un contexte à

⁷⁸ Foxcroft DR, Tsertsvadze, A, 'Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people', *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9), 2011, p. CD009307.

⁷⁹ Crow I, France A, Hacking S, Hart M, *Does Communities that Care work? An evaluation of a community-based risk prevention programme in three neighbourhoods*, Joseph Rowntree Foundation, York, 2004.

⁸⁰ Bannister J, Dillane J, *Communities that Care : an evaluation of the Scottish pilot programme – Research findings*, Scottish Executive Social Research, Edimburgh, 2005.

⁸¹ Jonkman HB, Haggerty KP, Steketee M & al, *Communities that Care, core elements and context : research of implementation in two countries*, *Social Development Issues*, 30 (3), 2009, 42-57.

⁸² EMCDDA, " North American Drug Prevention programmes : are they feasible in European cultures and contexts ? », 2013, Publication de l'Union Européenne, p 30.

l'autre. Par exemple, en Hollande et en Allemagne, les plus nombreux parmi les participants des conseils de coalition sont des professionnels rémunérés, alors qu'il y a plus de bénévoles aux Etats-Unis et en Croatie. Le niveau de tolérance sur le fait de boire de l'alcool lorsqu'on est mineur, pour l'activité sexuelle précoce, les attitudes par rapport au tabac, l'usage de drogues ou la déscolarisation sont également différents. Il semble qu'en Europe, les sites CTC sont moins ruraux et plus hétérogènes qu'aux Etats-Unis, les quartiers défavorisés ne sont pas aussi pauvres et leurs habitants ne sont pas aussi exclus. En Croatie particulièrement, les sites qui se sont investis dans la mise en œuvre de CTC sont le plus souvent bien développés sur le plan socio-économique (zones touristiques). Dans les pays européens qui ont des populations plus denses, les communautés sont moins indépendantes et les habitants plus mobiles, aussi les normes de la communauté et les restrictions sur la disponibilité de l'alcool et du tabac ont un impact moins important qu'aux Etats-Unis. Une autre différence pour finir est que le système scolaire en Europe n'est pas organisé directement par la communauté elle-même comme c'est le cas aux Etats-Unis, ce qui peut, selon les lieux, constituer un frein à l'implication du système scolaire dans l'action coordonnée de prévention.

L'Observatoire Européen met en évidence les principaux problèmes rencontrés par les maîtres d'œuvre de CTC en Europe⁸³. En premier lieu, il existe en Europe un nombre limité de programmes de prévention fondés sur des preuves parmi lesquels un choix peut être effectué en fonction des résultats du diagnostic initial. Deuxièmement, les professionnels européens sont souvent peu habitués à l'implantation de programmes de prévention et témoignent d'une préférence pour le travail individuel en face-à-face avec chaque jeune. En Croatie, les maîtres d'œuvre ont ainsi été amenés à produire une littérature importante destinée à améliorer le socle commun des connaissances en matière de prévention et d'évaluation pour favoriser la mobilisation des parties prenantes.

L'aspect essentiel de CTC est relatif au découpage de l'implantation en cinq phases, mais les sites européens ont pu être conduits à les adapter. Par exemple, en Hollande, des sessions de formation de trois jours n'étaient pas possible parce que les participants devaient être absents de leur emploi pour une durée trop longue : les sessions de formation pour les membres du conseil de coalition se sont transformées en un processus de transmission de l'information pas à pas.

Autre exemple, en Croatie, le plan de programmation des actions n'a pas pu respecter la préconisation majeure qui consiste à utiliser des programmes fondés sur des preuves, car il n'existait pas de programme de ce type dans le pays. De ce fait, les maîtres d'œuvre de CTC ont travaillé avec les auteurs de programmes de prévention croates dans le but de mieux les développer et d'en évaluer les résultats, ce qui a été à la fois chronophage et difficile.

Pour une adaptation réussie, les maîtres d'œuvre européens recommandent de travailler avec des formateurs certifiés pour assurer la fidélité au programme original, pour piloter l'enquête auprès des jeunes, et pour assurer le soutien des écoles à l'enquête. Ils recommandent également d'identifier précisément les efforts locaux de prévention existants de façon à se mettre en synergie avec les initiatives locales. Les maîtres d'œuvre européens de CTC pensent, à l'issue de leur expérience, qu'il est faisable

⁸³ EMCDDA, 2013, op.cit, p. 30-31.

d'implanter CTC dans leur pays, et ce dans différents contextes. Pour eux, l'avantage principal est de pouvoir bénéficier de programmes efficaces et démontrés : cela demande moins d'efforts de les adapter, et de résoudre les freins liés à leur transposition, que de « réinventer la roue »⁸⁴. Le principal avantage qu'ils perçoivent à l'implantation de CTC est d'impulser une stratégie spécifique de travail au sein d'une communauté : parce que les acteurs de terrain, les scientifiques et les politiques doivent coopérer, cela amène de nouvelles façons d'apprendre, de partager des expériences et de tester des possibilités et des résultats.

Ainsi, la force de CTC réside avant tout dans la mobilisation des communautés et dans sa flexibilité pour adapter des programmes de prévention aux besoins spécifiques de chaque communauté, parce que ce n'est pas un programme de prévention « en soi », mais un système. Les principaux aspects de CTC qui doivent absolument être conservés malgré toutes les adaptations semblent être la mobilisation des parties prenantes, l'utilisation de données locales, l'application de programmes testés et efficaces, et la révision du plan d'action communautaire en accord avec les résultats d'évaluation⁸⁵.

Pour ces raisons, CTC dépend fortement de l'organisation, des valeurs et des conditions structurelles de la communauté, ainsi que de la capacité de ses membres à adhérer aux besoins des procédures d'évaluation. L'étude initiale de faisabilité qui a été conduite au Royaume-Uni a trouvé que CTC fonctionnait bien dans une communauté qui a une bonne cohésion, une infrastructure et une expérience du partenariat (ce qui correspond plutôt bien aux spécificités valbonnaises qui ont été décrites) ; en revanche, sur deux autres sites, les tensions entre les professionnels et les habitants, ainsi que le manque d'engagement des parties prenantes, ont conduit à l'échec de l'expérimentation⁸⁶. L'importance de ces conditions structurelles a aussi été rapportée par plusieurs des évaluations américaines de CTC. En Pennsylvanie par exemple, de hauts niveaux de financement, la force d'impact des leaders sur les membres de la communauté, l'efficacité du conseil de coalition, et des relations fortes tant internes qu'externes prédisent de façon significative un meilleur support pour l'implantation de programmes fondés sur des preuves de haute qualité⁸⁷.

Le processus de mise en œuvre du Dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis présente donc de fortes similitudes avec le processus de mise en œuvre de CTC, sauf en ce qui concerne le choix des actions de prévention fondées sur des preuves, non disponibles jusqu'à ce jour en France parmi les services offerts par les opérateurs de prévention, comme dans la plupart des pays d'Europe.

De plus, les échecs et les réussites de l'implantation de CTC, qu'il s'agisse des expériences européennes ou nord-américaines, montrent que les communautés qui ont réussi la mise en œuvre ont des caractéristiques proches du contexte valbonnais, notamment en ce qui concerne l'expérience du travail en

⁸⁴ EMCDDA, 2013, op. cit., p. 31.

⁸⁵ Jonkman HB, Haggerty KP, Steketee M & al, Communities that Care, core elements and context : research of implementation in two countries, *Social Development Issues*, 30 (3), 2009, 42-57.

⁸⁶ Crow I, France A, Hacking S, Hart M, *Does Communities that Care work? An evaluation of a community-based risk prevention programme in three neighbourhoods*, Joseph Rowntree Foundation, York, 2004.

⁸⁷ Brown LD, Feinberg ME, Greenberg MT, Determinants of community coalition ability to support evidence-based programs, *Prevention Science*, 11 (3), 2010, 287-297.

partenariat et la présence de financements complémentaires au droit commun par l'investissement financier de la commune elle-même.

3. Les effets du contexte valbonnais à prendre en compte pour favoriser la transposition sur d'autres collectivités territoriales

3.1. Les aspects facilitateurs sur le territoire de Valbonne Sophia-Antipolis : les habitudes antérieures de travail multi-partenarial et pluri-professionnel ainsi que le soutien politique et financier

Certains aspects contextuels spécifiques au territoire valbonnais doivent être considérés avec une attention soutenue pour favoriser une transposition réussie du Dispositif Addictions de Valbonne Sophia-Antipolis sur d'autres territoires. Il faut mentionner en premier lieu les conditions décrites lors de l'examen des leviers favorisant une dynamique territoriale autour des addictions (conférer chapitre 3, point 2) : l'habitude antérieure du travail en partenariat, la volonté et le soutien de la sphère politique, ainsi que son soutien financier permettant de pallier aux manques du droit commun, ou de démontrer la nécessité ultérieure d'investir des fonds de droit commun.

Dans un deuxième temps, il faut souligner des aspects organisationnels du Dispositif Addictions valbonnais, qui ont joué un rôle majeur dans sa structuration, soit les moyens dédiés à la coordination via l'action de l'Atelier Santé Ville, mais également le partenariat avec une structure spécialisée dans la thématique et capable d'assurer un soutien méthodologique (conférer chapitre 3, point 1).

La confrontation de ces caractéristiques de l'action valbonnaise aux expériences réussies du système de prévention CTC montre bien à quel point ces aspects ont été grandement facilitateurs dans le travail de structuration et de développement du Dispositif (conférer chapitre 5, point 2).

3.2. Déterminer l'unité de proximité idéale

3.2.1. Distinguer le portage politique du périmètre d'intervention

En plus de la présence ou de l'absence de ces éléments facilitateurs qui peuvent grandement influencer l'échec ou la réussite pour la mise en œuvre d'un Dispositif territorial de prévention et de prise en charge des addictions, il faut se questionner sur la façon de déterminer l'unité de proximité idéale, en commençant par s'affranchir volontairement d'une collusion entre le portage institutionnel et politique et le périmètre d'intervention. En effet, comme déjà mentionné (conférer chapitre 3, point 1), le territoire d'intervention a été déterminé à Valbonne Sophia-Antipolis en fonction de la volonté politique communale initiale, ce qui a impliqué un rayon d'action qui se limite au territoire de la commune. Simultanément, il faut conserver l'action de « proximité » (conférer chapitre 3, point 2) pour favoriser la mobilisation des partenaires et leur investissement dans l'action. Selon les caractéristiques démographiques et urbaines du

lieu investi, le Dispositif Addictions pourrait se limiter au quartier d'une grande ville, à un groupement de quartiers, alors que dans une zone semi-urbaine ou rurale, il pourrait être raisonné à l'échelle de l'intercommunalité.

« Non, non (ce ne serait pas possible à l'échelle d'une grande agglomération). Mais sur un quartier, en tout cas à une échelle humaine. Il faut rester sur le quartier. Après le fait que Valbonne soit un village à l'origine ça doit changer quelque chose, je ne sais pas. Le fait qu'il n'y ait pas de grande tour, ça doit changer aussi » (Médecin addictologue, Directeur du CSAPA).

« Après, peut-être que le territoire de Valbonne est aussi limité en terme géographique, c'est à dire bien délimité, avec des partenaires assez faciles à identifier. Sur la ville de Nice par exemple, à mon avis ça sera plus difficile à transposer. Ce sera plutôt à transposer sur un quartier, sur un groupe de quartiers, sur une cité comme ici (*montre les immeubles du quartier des Moulins par la fenêtre*), mais sur l'ensemble de la ville cela semble compliqué. En plus, il y a de forts contrastes entre les quartiers, comme par exemple celui du Port et puis, par exemple une cité comme ici, que je qualifierais presque de cité dortoir. Ou par exemple les quartiers qui se trouvent sur les collines, c'est beaucoup plus diffus en matière d'habitat... Alors que Valbonne je pense qu'il y a quand même une unité, au niveau du territoire, au niveau de la configuration » (Représentante ARS PACA).

« Il faut définir un périmètre pour l'intervention, on est d'accord. Mais là tu peux toujours avoir une politique portée par la communauté d'agglomération, avec un affichage communautaire. Et ensuite avoir des territoires différenciés où tu l'appliques, tu conserves la notion de territoire. Parce que comme tu dis : tu ne peux pas faire un dispositif intercommunal uniforme, ça me semble... Surtout ici, quand tu as 28 communes, avec des grosses communes et des toutes petites minuscules au fin fond de la brousse, il faudra bien délimiter des territoires. Mais c'est ce que t'avait dit le Maire, il pense que c'est quelque chose de naturel, lui, tu vois, d'avoir une compétence santé qui glisse vers l'agglomération (...) je pense qu'il y a de plus en plus de compétences qui vont glisser sur les interco, moi j'en suis persuadée. La structure qui a de l'avenir au niveau des collectivités, je pense que c'est l'interco » (Directrice de la Solidarité et de l'Animation territoriale).

3.2.2. Raisonner en termes d'infrastructures plutôt qu'en nombre d'habitants

Agir sur l'unité territoriale de proximité, qu'il s'agisse d'une commune, d'un regroupement de communes, d'un quartier ou d'un regroupement de quartiers, implique spontanément l'idée que le nombre d'habitants concernés par l'action du Dispositif pourrait permettre de déterminer cette unité. Pourtant, deux aspects importants conduisent à estimer qu'il s'agit plutôt de raisonner en termes d'infrastructures, plutôt qu'en termes de nombre d'habitants, pour déterminer l'unité de proximité idéale.

En effet, comme mentionné dans le premier chapitre, la commune de Valbonne Sophia-Antipolis dispose d'infrastructures atypiques pour une commune de 13 000 habitants, qui ne sont absolument pas représentatives des infrastructures habituellement en place dans des communes de taille similaire : notamment, plusieurs collèges, plusieurs lycées, un campus universitaire sont situés sur le territoire de Valbonne Sophia Antipolis, alors que les communes de cette ampleur ne disposent généralement que d'un collège sur leur territoire.

« Comparer Valbonne à d'autres territoires en termes de nombre d'habitants, c'est difficile, parce que le territoire de Valbonne est très spécifique. Quand tu regardes, on est plutôt structuré comme une ville trois fois plus importante. Tu prendrais une autre commune de 13 000 habitants dans les Alpes-Maritimes, où il n'y aura pas forcément la même énergie, il n'y aura pas forcément le même potentiel. On est quand même sur un territoire bien doté ! C'est une bonne échelle ici, mais si tu compares Valbonne à d'autres communes où il y a beaucoup moins : 13 000 habitants, tu te diras finalement c'est un territoire où il y a peu de potentialités. Ici c'est le cas parce que c'est un territoire très atypique, très atypique, il faut le reconnaître. 13 000 habitants oui, mais on est plus structuré comme un territoire à 50 000, du fait de la technopole aussi, parce que voilà, on sait

quand même qu'il y a 33 000 actifs qui viennent tous les jours travailler sur Sophia. Si tu veux, ils ne sont pas considérés comme des habitants, mais toujours est-il quand même, qu'ils sont une partie de leur temps sur le territoire de Valbonne. Pour moi, monter un dispositif à l'échelle d'une ville de 200 000 habitants, ça me paraît plus compliqué, parce que tu as forcément moins de proximité, forcément. Mais 13 000 habitants, si tu prends une commune de 13 000 habitants de l'arrière-pays c'est différent. Ici, le contexte est favorable » (Directrice de la Solidarité et de l'Animation territoriale).

La définition de l'unité de proximité idéale pourrait ainsi s'adosser plutôt à la composition des infrastructures, en envisageant la question sous l'angle du respect du continuum préventif qui doit être élaboré à destination des jeunes depuis le plus jeune âge jusqu'au début de l'âge adulte (conférer chapitre 4, point 4.1.3). A partir de la population d'un lycée, la carte scolaire conduirait à prendre en compte l'ensemble du territoire comprenant les collèges et les écoles primaires dont les élèves de ce lycée sont issus : selon les lieux, il s'agira effectivement d'un regroupement de quartiers ou d'un regroupement de communes, voire même d'une partie d'une unité d'une grande agglomération associée aux petites communes limitrophes qui alimentent le lycée pris comme point de départ pour la délimitation du territoire cible (ce qui revient de nouveau, y compris dans le cadre des grandes agglomérations, à l'application d'un raisonnement intercommunal).

« Il me semble que l'unité structurante doit être un groupe de collèges et lycées proches les uns des autres. (...) Les enfants des lycées ne proviennent pas tous d'une même école ni même d'un même collège. Il vaudrait mieux effectuer le découpage en partant des collèges de secteur implantés sur une collectivité. L'unité collège est importante car tous les jeunes ne vont pas au lycée. Définir cette collectivité comme chef de file, en partenariat avec les communes dont les enfants sont scolarisés sur son territoire et avec un soutien financier du Conseil Général et de l'intercommunalité, notamment pour dérouler un diagnostic des années collèges qui devra également permettre des actions de prévention au niveau élémentaire et garantir un continuum préventif au niveau lycée. Travailler en partenariat avec la Région et l'Etat sur la mise en œuvre d'actions au niveau lycées, université. Ceci dit, il est nécessaire qu'il y est une réelle volonté politique au sein des différentes collectivités » (Elue à la Santé).

Ainsi, la définition de l'unité de proximité idéale par le biais des bâtiments structurants permettrait de mieux prendre en compte la mobilité des habitants, et notamment des jeunes, dans la mise en œuvre d'une politique cohérente de prévention. Cela permettrait de prendre en compte l'interconnexion effective de territoires de proximité limitrophes, mais également de positionner les acteurs de l'Education Nationale au centre du processus de mise en œuvre, ce qui est également une condition sine qua non pour assurer l'efficacité du diagnostic initial conduit auprès des jeunes, mais aussi la capacité à programmer les actions déterminées comme nécessaires. Il est évident en effet que la mise en œuvre d'actions conduites auprès des élèves nécessite l'adhésion de l'ensemble des partenaires éducatifs.

Conclusion

Le travail conduit à Valbonne Sophia-Antipolis pour améliorer la prévention et la prise en charge des addictions a démontré la capacité des acteurs en présence à travailler en complémentarité, de façon transdisciplinaire, et dans la durée. Il a également démontré que cette collaboration pluri-professionnelle permettait d'établir des liens solides entre les acteurs de la prise en charge spécialisée et les intervenants éducatifs et sociaux, mais aussi avec des personnes ressources qui occupent une position clé parmi les habitants du territoire communal. L'activité de repérage précoce et la facilitation de l'accès aux soins sont nettement améliorées sur le territoire valbonnais.

Ce travail a aussi démontré la capacité à mettre en œuvre un système de prévention qui garantit de pouvoir agir sur plusieurs facteurs, en permettant la cohérence des actions et la couverture territoriale. La mobilisation et la formation des parties prenantes investies ont d'autre part permis de passer d'un consensus stratégique à une unité conceptuelle, qui permet à tous les adultes référents de s'inscrire dans une culture commune.

D'autre part, le travail conduit à Valbonne Sophia-Antipolis démontre également que le travail conduit localement en termes d'analyse des besoins peut être mis en cohérence avec les orientations nationales des politiques publiques.

Enfin, la confrontation de l'action valbonnaise aux plus récentes préconisations pour l'action publique (plan gouvernemental 2013-2017) implique désormais pour les acteurs locaux une réflexion sur la mise en œuvre de programmes de prévention fondés sur des preuves.

Il semble primordial de souligner pour conclure que l'action du Dispositif Addictions s'adresse à tous, populations démunies ou plus aisées. La part loin d'être négligeable de jeunes ou de parents issus de catégories aisées qui ont recours au dispositif témoigne d'ailleurs de la pertinence de cet objectif universaliste. Cependant, les acteurs valbonnais sont particulièrement sensibles à la question des inégalités sociales de santé, thème qui constitue le cœur de métier de l'Atelier Santé Ville, et qui préoccupe particulièrement les acteurs investis sur le quartier de Garbejaire. La réduction des inégalités sociales de santé passe ainsi, en plus du travail sur les conditions d'existence et les habitudes comportementales, par une meilleure organisation des parcours de soins, qui prennent en compte les contraintes et les inquiétudes des populations démunies, pour favoriser des parcours permettant une égalité effective de l'accès aux soins et de leur continuité⁸⁸.

Le travail du Dispositif Addictions s'inscrit ainsi dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé en travaillant sur les moyens permettant d'amener plus précocement les jeunes vers le soin, ou en permettant aux familles les plus en difficulté d'assister aux ateliers dédiés aux parents : c'est le cas avec

⁸⁸ Potvin L, Moquet MJ, Jones CM (sous la direction de), *Réduire les inégalité sociales en santé*, Editions de l'INPES, coll. Santé en Action, 2010, 380 pages.

la permanence de la Consultation Jeunes qui se déroule directement dans les lycées ; c'est aussi le cas avec la permanence de la Consultation d'addictologie qui se déroule directement à Garbejaire au Point Ecoute Santé alors qu'elle est sous la responsabilité du CSAPA d'Antibes ; c'est le cas également avec la cellule de concertation sur les cas problématiques éloignés du soin ; c'est également le cas lorsque la commune met à disposition le bus communal et organise une garderie pour permettre aux familles monoparentales et aux familles non motorisées d'assister à ces manifestations. Ainsi, l'action du dispositif Addictions s'adresse à tous, mais son investissement pour amener les populations à en tirer un bénéfice est renforcé en fonction des contraintes sociales qu'elles subissent et de leurs conditions d'existence.

Le projet dans lequel s'inscrit cette évaluation prévoit dans un deuxième temps la production d'un Guide de méthodologie transposable à l'attention d'autres collectivités territoriales, prévu pour la fin de l'année 2014. Ce Guide s'appuiera essentiellement sur l'évaluation de processus du Dispositif Addictions valbonnais, mais devra aussi préciser les conditions qui favorisent la réussite de son implantation, ou augmentent les risques d'échec. Il devrait permettre aux acteurs d'évaluer leurs besoins, d'identifier leurs atouts et leurs faiblesses, de mobiliser des parties prenantes soucieuses de l'amélioration de la santé des jeunes, de structurer et d'animer un réseau d'opérateurs, et d'utiliser les outils adéquats pour l'atteinte de leurs objectifs.

Bibliographie

Atelier Santé Ville de Valbonne Sophia-Antipolis, Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale, Observatoire Régional de la Santé PACA, Comité Régional d'Education à la Santé PACA, *Diagnostic socio-sanitaire à Valbonne Sophia-Antipolis. Note d'opportunité pour la mise en œuvre d'une Maison Régionale de Santé*, Rapport à l'attention du Conseil Régional PACA, décembre 2013, 55 pages.

Bannister J, Dillane J, *Communities that Care : an evaluation of the Scottish pilot programme – Research findings*, Scottish Executive Social Research, Edinburgh, 2005.

Beck F, Legleye S, Spilka S, *Atlas Régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français. Exploitation Régionale de l'enquête ESCAPAD 2002/2003*, OFDT, Saint Denis, 2005, 224 pages.

Benec'h G, *Aide-Mémoire Les Jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, 160 pages.

Brown EC, Hawkins JD, Arthur MW, Briney JS, Abbott RD, Effects of Communities that Care on prevention services systems : findings from the community youth development study at 15 years, *Prevention Science*, 8 (3), 2007, 180-191.

Brown LD, Feinberg ME, Greenberg MT, Determinants of community coalition ability to support evidence-based programs, *Prevention Science*, 11 (3), 2010, 287-297.

Cahir S, Davies L, Deany P, Tange C, Toumbourou J, Williams J, Rosicka R, *Introducing Communities That Care. Helping communities build better futures for children and young people*, Community That Care® LTD., Center for Adolescent Health, 2003, p.20 pages.

Catalano RF, Kosterman R, Hawkins JD, Newcomb MD, Modeling the etiology of adolescent substance use : a test of the social development model, *Journal of Drug Issues*, 26 (2), 1996, 429-455.

Cheon JW, Best practices in community-based prevention for youth substance reduction : towards strengths-based positive development policy, *Journal of Community Psychology*, 36, 2008, 761-779.

Choquet M, Beck F, Hassler C, Spilka S, Morin D, Legleye S, Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans, *Tendances*, n°35, 2004, 1-6.

Communities That Care Ltd. Australia, *A Guide to Australian Prevention Strategies*, Royal Children's Hospital Melbourne, 2012, 54 pages.

Conseil Scientifique de l'Evaluation, *Petit Guide de l'Evaluation des Politiques Publiques*, La Documentation Française, 1996, 123 pages.

Coppel A, *Usage de drogues, services de première ligne et politiques locales. Guide pour les élus locaux*, Forum Européen pour la Sécurité Urbaine, 2008, 87 pages.

Crow I, France A, Hacking S, Hart M, *Does Communities that Care work? An evaluation of a community-based risk prevention programme in three neighbourhoods*, Joseph Rowntree Foundation, York, 2004.

European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), " North American Drug Prevention programmes : are they feasible in European cultures and contexts ?", 2013, Publication de l'Union Européenne, 52 pages.

Fagan AA, Arthur MW, Hanson K, Briney JS, Hawkins JD, Effects of Community that Care on the adoption and implementation fidelity of evidence-based prevention programs in communities : Results from a randomized controlled trial, *Prevention Science*, 12 (3), 2011, 223-234.

Fédération Addiction, *CJC : Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs*, 2012, 71 pages.

Feinberg ME, Jones D, Greenberg MT, Osgood DW, Bontempo D, Effects of the Communities that Care model in Pennsylvania on change in adolescent risk and problem behaviors, *Prevention Science*, 11 (2), 2010, 163-171.

Foxcroft D, Tsertsvadze A, Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), 2011, CD009307.

Godeau E, Navarro F, Arnaud C, *La santé des Collégiens en France/2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, INPES, Etudes Santé, 2012, 258 pages.

Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW & al, Testing Communities that Care : the rationale, design and behavioural baseline equivalence of the Community Youth Development Study, *Prevention Science*, 9 (3), 2008, 178-190.

Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC & al, Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency : a test of Communities that Care, *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163 (9), 2009, 789-798.

Hawks D, Scott K, McBride N, Jones P, Stockwell T, Prevention of psychoactive substance use : a selected review of what works in the area of prevention, Organisation Mondiale de la Santé, 2002.

Ialongo N, Poduska J, Werthamer L, Kellam S, The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence, *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 9 (3), 146-160.

INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, 504 pages.

INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents : usage, prévention et accompagnement. Synthèse*. Pôle expertise collective, février 2014, 60 pages.

Jones L, Sumnall H, Witty K, Wareing M, McVeigh J, Bellis M, *A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people*, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006.

Jonkman HB, Haggerty KP, Steketee M & al, Communities that Care, core elements and context : research of implementation in two countries, *Social Development Issues*, 30 (3), 2009, 42-57.

Kellam SG, Brown CH, Poduska JM & al, Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric and social outcomes, *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (S1), 2008, S5-S28.

Kuklinski MR, Briney JS, Hawkins JD, Catalano RF, Cost-benefit analysis of Communities that Care outcomes at eighth grade, *Prevention Science*, 13(2), 2012, 150-161.

Leflot G, Van Lier PA, Onghena P, Colpin H, The role of teacher behavior management in the development of disruptive behaviors : an intervention study with the good behavior game, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38 (6), 2010, 869-882.

Lemstra M, Bennett N, Nannapaneni U, Neudorf C, Warren L, and coll, A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15, *Addiction Research & Theory*, 18, 2010, 84-96.

MILDT, *Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017*, La Documentation Française, 121 pages.

MILDT, Direction de l'Enseignement Scolaire (MILDT-DESCO), *Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire*, Centre National de Documentation Pédagogique, 2006, 82 pages.

National Institute for health and Clinical Excellence (NICE), A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old, London, NICE, 2007, 255 pages.

Obradovic I, Consultations Jeunes Consommateurs : accueillir, informer, prendre en charge, orienter, *La Santé de l'Homme*, n°410, 2010, 6-8.

Oesterle S, Hawkins JD, Fagan AA, Abbott RD, Catalano RF, testing the universality of the effects of the communities that care prevention system for preventing adolescent drug use and delinquency, *Prevention Science*, 11 (4), 411-423.

Peretti (de) C, Leselbaum N, *Tabac, alcool, drogues illicites. Opinions et consommations des lycéens*, Institut National de Recherche Pédagogique, 1995, 134 pages.

Petras H, Kellam SG, Brown CH, Muthen BO, Ialongo NS, Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior : effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first and second-grade classrooms, *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (S1), 2008, S45-S59.

Petras H, Masyn K, Ialongo N, The developmental impact of two first grade preventive interventions on aggressive/disruptive behavior in childhood and adolescence : an application of latent transition growth mixture modeling, *Prevention Science*, 12 (3), 2011, 300-313.

Poduska JM, Kellam SG, Wang W, Brown CH, Ialongo NS, Impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based behavior intervention on young adult service use for problems with emotions, behavior or drugs or alcohol, *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (S1), 2008, S29-S44.

Potvin L, Moquet MJ, Jones CM (sous la direction de), *Réduire les inégalités sociales en santé*, Editions de l'INPES, coll. Santé en Action, 2010, 380 pages.

Reynaud-Maurupt C, *Diagnostic Conduites à Risques : les conduites addictives chez les jeunes*, GRVS pour la Mairie de Valbonne Sophia-Antipolis, 2006, 72 pages.

Richardson L, Hemsing N, Greaves L, Assanand S, Allen P & coll, Preventing smoking in young people : a systematic review of the impact of access interventions, *Int J Environ Res Public Health*, 6, 2009, 1485-1514.

Roehrig C, Soutien à la parentalité : une étude d'implantation du programme Strengthening Families Program en France, *Dépendances*, n°50, 2013, 16-19.

Sowden AJ, Stead LF, Community interventions for preventing smoking in young people, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), 2003, CD001291.

Spoth R, Greenberg M, Turrisi R, Preventive interventions addressing underage drinking : State of the Evidence and steps toward public health impact, *Pediatrics*, 121, 2008, S311-S336.

Van Lier PA, Huizink A, Crilnen A, Impact of a prevention intervention targeting childhood disruptive behavior problems on tobacco and alcohol initiation from age 10 to 13 years, *Drug and Alcohol Dependence*, 100 (3), 2009, 228-233.

Van Lier PA, Vuijk P, Crijnen AA, Understanding mechanisms of change in the development of antisocial behavior : the impact of a universal intervention, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (5), 2005, 521-535.

Van Lier PA, Muthen BO, Van der Sar RM, Crijnen AA, Preventing disruptive behavior in elementary schoolchildren : impact of a universal classroom-based intervention, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3), 2004, 467-478.

Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH & al, The impact of two universal randomized first and second grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts, *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (S1), 2008, S60-S73.

World Health Organization, *Life Skills Education in Schools*, Mental Health Division, 1993, 59 pages.

Annexes

Annexe 1. Liste des documents déjà existants utilisés dans le cadre du recueil et de l'analyse des données

Rapport d'étude : Diagnostic territorial Addictions 2006

Rapport d'étude : Diagnostic Local de Santé 2010

Rapport d'étude : Diagnostic socio-sanitaire Maison Régionale de Santé 2013

Plan Local de Santé Publique 2011-2014

Rapport d'étude : Evaluation du Plan Local de Santé Publique 2011-2014

Rapport d'activité pour l'Agence Régionale de Santé PACA 2008

Rapport d'activité pour l'Agence Régionale de Santé PACA 2009

Rapport d'activité pour l'Agence Régionale de Santé PACA 2010

Rapport d'activité pour l'Agence Régionale de Santé PACA 2011

Rapport d'activité pour l'Agence Régionale de Santé PACA 2012

Rapport d'activité pour l'Agence Régionale de Santé PACA 2013

Compte-rendu analytique de la file active de la Consultation Jeunes 2008

Compte-rendu analytique de la file active de la Consultation Jeunes 2009

Compte-rendu analytique de la file active de la Consultation Jeunes 2010

Compte-rendu analytique de la file active de la Consultation Jeunes premier semestre 2011

Compte-rendu analytique de la file active de la CJC CSAPA année scolaire 2011-2012

Compte-rendu analytique de la file active de la CJC CSAPA année scolaire 2012-2013

Compte-rendu analytique de la file active de la Consultation d'addictologie CSAPA 2011

Compte-rendu analytique de la file active de la Consultation d'addictologie CSAPA 2012

Compte-rendu analytique de la file active de la Consultation d'addictologie CSAPA 2013

Compte-rendu de réunion « Education Nationale » du 4 octobre 2011

Compte-rendu de réunion « Education Nationale » du 15 novembre 2011

Compte-rendu de réunion « Education Nationale » du 26 janvier 2012

Compte-rendu de réunion « Education Nationale » du 22 mars 2012

Compte-rendu de réunion « Education Nationale » du 22 mai 2012

Compte-rendu de réunion « Education Nationale » du 19 novembre 2012

Compte-rendu de réunion « Education Nationale » du 24 mai 2013

Compte-rendu de réunion « Parentalité » du 20 janvier 2012

Compte-rendu de réunion « Parentalité » du 25 janvier 2013

Compte-rendu de réunion « Jeunes en insertion » du 25 janvier 2013

Compte-rendu de réunion « Jeunes en insertion » du 18 juin 2013

Bilan des actions addictions conduites auprès des jeunes sortis du milieu scolaire en 2011, 2012, 2013

Bilan des actions sommeil et écran conduites en CM2 en 2011-2012 et 2012-2013

Bilan des formations addictions conduites auprès des professionnels qui travaillent auprès des jeunes en 2011, 2012, 2013

Bilan des conférences et des ateliers destinés aux parents 2011, 2012, 2013

Diaporama sur l'enquête de satisfaction menée auprès des parents auditeurs de la conférence « Addictions et adolescence »

Diaporama sur l'enquête de satisfaction menée auprès des parents auditeurs de la conférence « Fonction parentale »

Diaporama sur l'enquête de satisfaction auprès des parents auditeurs de la conférence « Cyberaddiction »

Rapport d'activité du Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA 2008-2009

Rapport d'activité du Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA 2009-2010

Rapport d'activité du Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA 2010-2011

Rapport d'activité du Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA 2011-2012

Rapport d'activité du Bus Santé Jeunes de la Mutualité Française PACA 2012-2013

Bilan de l'activité Prévention du Service de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA au CIV 2008-2009

Bilan de l'activité Prévention du Service de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA au CIV 2009-2010

Bilan de l'activité Prévention du Service de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA au CIV 2010-2011

Bilan de l'activité Prévention du Service de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA au CIV 2011-2012

Bilan de l'activité Prévention du Service de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA au CIV 2012-2013

Bilan de l'activité Prévention du Service de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA au lycée Régional Simone Veil 2008-2009

Bilan de l'activité Prévention du Service de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA au lycée Régional Simone Veil 2010-2011

Bilan de l'activité Prévention du Service de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA au lycée Régional Simone Veil 2011-2012

Bilan de l'activité Prévention du Service de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA au lycée Régional Simone Veil 2012-2013

Bilan de l'activité Prévention du Service de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA en milieu festif en 2012 et 2013

Annexe 2. Synthèse du Diagnostic territorial initial livrée avec le rapport en 2006

Objectif de l'expertise

L'objectif général de l'étude est de décrire les conduites addictives chez les jeunes de 13 à 20 ans dans la commune de Valbonne Sophia Antipolis, et de fournir des clés de compréhension locales de leurs conduites (facteurs associés aux établissements d'enseignement secondaire, facteurs liés aux quartiers d'habitation...). L'objectif opératoire est de fournir un bilan relatif aux conduites addictives des jeunes sur la commune, pour adapter la prévention aux réalités concrètes des pratiques locales. Le résultat attendu de ce diagnostic local est de contribuer d'un point de vue pragmatique au programme de prévention en éclairant la commune sur la situation des jeunes, en regroupant les informations déjà connues, et en produisant un argumentaire en mesure d'orienter efficacement la prévention auprès d'eux.

Méthode

Deux types d'informations ont été récoltés. Une enquête quantitative, à partir d'un questionnaire, a été réalisée auprès de 308 élèves scolarisés sur la commune (Lycée du CIV, collèges de l'Eganaude et de Niki Saint Phalle), ainsi qu'une enquête qualitative, à partir d'entretiens approfondis, avec des professionnels de première ligne (Association Montjoye, Mission Locale, médecin généraliste, gendarmerie nationale, police municipale).

L'enquête conduite auprès des élèves permet de quantifier et de mieux cerner l'ampleur des conduites addictives des jeunes scolarisés dans la commune. L'enquête conduite auprès des professionnels de première ligne a pour objectif de compléter la connaissance sur la dynamique des usages de substances psychoactives sur la commune, et de cerner ses spécificités locales. Elle a aussi pour but de mieux comprendre les motivations des jeunes concernés, la façon dont leur pratique s'insère dans leur vie quotidienne, et les répercussions sociales et sanitaires de ces pratiques.

Résultats

A. L'enquête auprès des élèves scolarisés dans la commune

Les 308 répondants se répartissent de manière similaire entre le lycée (54%) et les collèges (46%). L'échantillon comprend 53% de filles et 47% de garçons. L'âge moyen est de 14 ans pour les deux collèges (classes de Troisième) et de 17 ans au CIV (classes de Terminale).

Les pratiques des substances psychoactives, généralement qualifiées de 'festives' à l'âge de l'adolescence, apparaissent dans l'étude comme étant fortement associées à l'état psychologique des répondants. Parallèlement, les filles apparaissent globalement comme étant plus fragiles que leurs homologues

masculins sur le plan psychologique⁸⁹, et 12% d'entre elles déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (6% chez les garçons). Les garçons sont plus souvent concernés par l'usage d'alcool, mais à égale mesure avec les filles en ce qui concerne l'expérience de substances illicites. L'usage des substances illicites est aussi fortement associé à la fréquentation de l'espace festif.

Des usages réguliers d'alcool, mais pas de consommation quotidienne

Les lycéens consomment plus régulièrement de l'alcool que les plus jeunes, car 80% d'entre eux en ont bu au cours du dernier mois avant l'enquête, les collégiens étant cependant plus d'un sur deux à en avoir consommé au cours de la même période. Aucun élève parmi les 308 interrogés ne déclare une consommation quotidienne d'alcool, mais 18% d'entre eux rapportent une fréquence d'usage pluri hebdomadaire.

Les consommations festives de l'alcool et les épisodes d'ivresse touchent plus particulièrement les lycéens et les jeunes scolarisés au collège de l'Eganaude

La consommation d'alcool dans le but de 'faire la fête' est déclarée par huit jeunes sur dix, plus souvent chez les garçons que chez les filles. Un moins bon état psychologique est associé à l'augmentation du nombre de verres consommés chez ceux qui pratiquent l'alcool festif. L'ivresse au moins une fois dans la vie concerne trois collégiens sur dix et plus de six lycéens sur dix. Le fait de s'être senti ivre au moins une fois au cours des trente derniers jours, touche 8% des élèves du collège Niki Saint Phalle, mais est déclaré par un jeune sur cinq au collège de l'Eganaude (20%). Au CIV, un jeune sur trois rapporte une ivresse au cours des trente derniers jours. Le fait d'avoir été ivre au cours du dernier mois ne différencie pas significativement les filles des garçons.

Diffusion majeure de l'usage de cannabis, dans les mêmes proportions qu'au niveau national

Les jeunes qui ont déjà consommé du cannabis dans leur vie représentent quatre jeunes sur dix. Un jeune sur deux est concerné au lycée, tandis qu'un jeune sur quatre parmi les collégiens en a déjà fait l'expérience. Parmi les expérimentateurs de cannabis, un jeune sur deux est un consommateur récent, c'est-à-dire qu'il a consommé du cannabis au moins une fois au cours des trente derniers jours.

L'usage récent du cannabis concerne plus particulièrement les lycéens et les jeunes scolarisés au collège Niki Saint Phalle

Parmi les expérimentateurs de cannabis, l'usage récent (au moins une fois au cours des trente derniers jours avant l'enquête) est plus fréquent au lycée que dans les collèges, le collège de l'Eganaude étant celui qui comprend le moins d'usagers récents. L'usage récent de cannabis atteint ainsi 18% de l'ensemble des élèves de l'échantillon, et plus d'un quart des élèves du lycée (28%). Les consommations pluri hebdomadaires sont rares dans les collèges (3%) mais mieux implantées au lycée (16%). Aucun collégien ne déclare consommer du cannabis quotidiennement, mais 6% des élèves du CIV déclarent être des usagers quotidiens. Parmi les 56 usagers de cannabis qui déclarent au moins une prise au cours du

⁸⁹ Les filles ont plus tendance que les garçons à donner des réponses à l'échelle psychologique qui témoignent d'un mal-être. Cependant, il faut prendre en compte qu'elles sont plus susceptibles que leurs pairs masculins de 'verbaliser' ce mal-être, y compris dans le cadre des réponses à l'échelle qui est utilisée (il faut reconnaître son malaise pour l'exprimer).

dernier mois, 54% consomment au moins plusieurs fois par semaine, 18% fument quotidiennement, 37% ont consommé au moins une fois du cannabis tout seul au cours de ce dernier mois, et 42% ont fumé au moins une fois dès le matin durant la même période.

Un usage de tabac inférieur à la prévalence nationale et régionale

Près des deux tiers des jeunes rencontrés ont déjà fumé une cigarette parmi lesquels un sur trois fume quotidiennement. Le pourcentage de fumeurs quotidiens au lycée seulement (CIV) est estimé à 27%, pourcentage inférieur aux chiffres nationaux et régionaux (39% à 17 ans). L'état psychologique influence le fait de fumer du tabac, car ceux qui se sentent moins bien que leurs camarades sont plus nombreux à être fumeurs quotidiens.

Un lien étroit chez les jeunes entre l'usage du tabac et la consommation de cannabis

Le fait de fumer du tabac quotidiennement apparaît à cet âge comme un marqueur essentiel de l'usage régulier ou récent de cannabis : 86% des fumeurs quotidiens de tabac ont fumé deux fois ou plus du cannabis dans leur vie, et 65% d'entre eux en ont fumé au cours des trente derniers jours.

Conduite routière à risque sous l'influence de l'alcool ou du cannabis

Douze pour cent des jeunes interrogés déclarent avoir conduit un véhicule motorisé, après avoir bu plusieurs verres d'alcool, au cours de la dernière année. Les jeunes qui déclarent avoir conduit un véhicule motorisé après avoir fumé du cannabis au cours de la dernière année sont presque aussi nombreux que ceux qui déclarent avoir conduit après avoir bu plusieurs verres d'alcool (10%). Sur la référence de l'année qui s'est écoulée avant l'enquête, 15% (45/304) des jeunes interrogés ont conduit un véhicule motorisé sous l'influence de l'alcool ET/OU du cannabis, proportion qui s'élève à 22% lorsque seuls les élèves du lycée sont considérés. La conduite sous l'influence de l'alcool est plus souvent déclarée par les garçons que par les filles, mais ces dernières déclarent aussi souvent que leurs pairs masculins la conduite de véhicule motorisé après avoir consommé du cannabis.

Un quart des jeunes interrogés a consommé des médicaments psychotropes au cours de l'année écoulée

La prévention de l'usage abusif ou inconsideré des médicaments psychotropes (tranquillisants ou somnifères) ne doit pas être négligée. Au cours de la dernière année, il concerne un quart des jeunes interrogés (27%). Pour presque un usager pour deux, la consommation n'était pas prescrite par un médecin. Les usagers de médicaments prescrits ou non prescrits sont deux fois plus souvent des filles que des garçons mais leur proportion est similaire dans les collèges et au lycée. Les usagers de tranquillisants et de somnifères sont aussi plus souvent fumeurs quotidiens de tabac.

Des expériences minoritaires des autres produits psychoactifs -illicites ou détournés-, sans usage régulier, qui impliquent cependant de garder de l'attention envers le développement de la consommation de solvants, et des pratiques de la cocaïne et des champignons hallucinogènes

Au moins une (ou plusieurs) des autres substances psychoactives (ecstasy, champignons hallucinogènes, cocaïne, LSD, amphétamines, héroïne, ou solvants) a été expérimentée au moins une fois dans la vie par

14% de la population étudiée. Ce sont les solvants qui ont été expérimentés par le plus grand nombre d'élèves (9%), suivis par les champignons hallucinogènes (4%) et la cocaïne (4%). Les amphétamines et l'ecstasy suivent de près (3%). L'expérience des autres substances est marginale, mais existante (LSD : 4 élèves ; héroïne : 2 élèves). Les plus âgés sont les plus concernés (19 à 20 ans), mais pour autant on ne constate pas de différence significative entre les lycéens et les collégiens, contrairement à ce qui est observé avec le cannabis et l'alcool. En ce qui concerne les élèves du CIV, les proportions de consommateurs de produits psychoactifs illicites sont très proches des taux de prévalence de l'enquête ESCAPAD conduite par l'OFDT lors de la journée du citoyen. Il faut mettre particulièrement en valeur qu'il n'existe aucun usage régulier de ces substances. Cependant, parmi les usagers de ces produits, la cocaïne est la seule substance pour lequel les expérimentateurs qui en ont pris plus d'une fois dans leur vie sont plus nombreux que ceux qui n'ont fait qu'une seule expérience. Sept élèves au total sont concernés par l'usage d'au moins un produit au cours des trente derniers jours en dehors du tabac, de l'alcool, du cannabis et des médicaments psychotropes (2%). Les champignons hallucinogènes et les solvants sont les produits les plus souvent utilisés au cours du dernier mois avant l'enquête.

Pratiques sexuelles à risque

Il faut souligner que 9% des jeunes interrogés répondent à la double caractéristique de déclarer un rapport sexuel sans protection, au cours de la dernière année, avec une personne dont ils ne connaissaient pas le statut sérologique, et de ne pas avoir fait de test de dépistage après cet événement (10% au lycée, 8% dans les collèges).

Les personnes ressources pour les jeunes

L'état des lieux se termine par un tour d'horizon des personnes en lesquelles les jeunes estiment pouvoir investir de la confiance, en dehors de leurs amis, en ce qui concerne les conseils et le soutien en matière de substances psychoactives et de maladies sexuellement transmissibles comme le sida. Ces 'personnes ressources' sont distinguées selon qu'elles sont à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement scolaire. Quatre jeunes sur cinq estiment avoir des personnes ressources à l'extérieur de l'établissement scolaire, le plus souvent leurs parents ou un médecin. A l'intérieur de l'établissement scolaire, un jeune sur deux estime connaître une/des personnes ressources qui pourrai(en)t le conseiller ou le soutenir. Le plus souvent, il s'agit de l'infirmière, d'un professeur ou de l'assistante sociale. Il faut enfin souligner qu'une minorité (12%) considère ne disposer d'aucune personne ressource, à l'intérieur de l'établissement comme à l'extérieur de celui-ci. Notamment, les jeunes qui ne disposent d'aucune personne ressource sont plus nombreux parmi ceux qui habitent à Garbejaire et Haut Sartoux que ceux qui déclarent d'autres quartiers d'habitation, malgré la couverture socio sanitaire plus importante qui caractérise ces quartiers de la commune.

B. L'enquête auprès des professionnels de première ligne

Les interlocuteurs rencontrés décrivent des pratiques des substances psychoactives qui corroborent les résultats de l'enquête effectuée dans le cadre scolaire, mais ils livrent également leur interprétation de la diffusion de ces conduites, à partir de leurs expériences quotidiennes auprès des jeunes.

Diffusion généralisée du cannabis sur les quartiers de la commune, avec une attention spéciale à porter envers le quartier de l'Ile Verte et plus généralement envers les très jeunes adolescents (moins de seize ans) issus de classes sociales moyennes ou favorisées

Les professionnels de première ligne sont essentiellement confrontés à la diffusion et à la banalisation de l'usage du cannabis. Ces consommations de cannabis ne se cantonnent pas à des groupes spécifiques : Garbejaire, qui est un quartier péri-urbain classé en zone sensible, n'a pas le monopole des pratiques visibles sur l'espace public ; elles sont implantées sur d'autres quartiers de la commune, comme le quartier de l'Ile Verte, où résident des familles plus favorisées sur le plan financier qu'en zone dite sensible.

Les groupes de consommateurs d'alcool et de cannabis peuvent être distingués en termes de classe sociale et de positionnement de leur résidence sur le territoire de la commune. On distingue particulièrement les jeunes majoritairement issus de familles déracinées, résidant en zone sensible, et qui peuvent être originaires du Maghreb ; les jeunes issus de familles implantées depuis des générations, plus favorisés socialement et financièrement que ceux qui vivent en zone sensible ; et la jeunesse issue de la technopole, qui comprend aussi des familles déracinées venues pour l'emploi, dont les origines se situent dans l'ensemble de la France, de l'Europe, du Monde, et qui disposent *a priori* de capitaux financiers et socio culturels importants. Dans les faits, et uniquement en ce qui concerne les moins de seize ans, les deux derniers groupes de population apparaissent comme étant plus concernés que le premier groupe par les usages réguliers de cannabis. A Garbejaire, ce sont surtout les jeunes de 16 à 25 ans qui sont concernés par ces pratiques. Elles sont visibles dans l'espace public et touchent spécifiquement des jeunes déscolarisés, qui souffrent d'un problème d'insertion sociale et surtout professionnelle.

Les constats sur le réseau socio sanitaire à Valbonne

=> Une excellente couverture du quartier de Garbejaire par les associations, qu'il s'agisse de l'aide à l'insertion sociale et professionnelle, ou du domaine de l'animation et de la culture.

=> La répartition inégalitaire des ressources au niveau de la géographie de la commune. Les intervenants donnent l'exemple de Saint Hélène, où l'équipe de rue de Montjoye intervient, mais qui est un quartier qui ne dispose pas de commerce, pas de siège d'association, et globalement pas de ressources de proximité. Ce problème serait d'autant plus prégnant du fait d'un problème de mobilité de la jeunesse sur cette commune étendue.

=> Proposition de création d'un *lieu neutre*, qui pourrait par exemple réunir des permanences des différentes associations, offrir un lieu de discussion et de passages (café, thé, ...). Non stigmatisant, il pourrait offrir des ressources en matière de soutien psychologique, d'accompagnement et de prévention des conduites addictives, d'information sur la contraception et les maladies sexuellement transmissibles,

et susciter des initiatives en termes d'éducation par les pairs chez les jeunes, de groupes de paroles sur des sujets sensibles, chez les jeunes comme chez leurs parents. Un tel lieu pourrait favoriser l'harmonisation de la diffusion des connaissances car sur le thème des conduites addictives, les questions de sécurité routière ou la sexualité, les jeunes bien informés côtoient des jeunes sous informés.

Préconisations

Les spécificités de la commune conduisent à préconiser des *actions de proximité*, qui impliquent :

- la mise en œuvre d'un programme de prévention systématisé dans les établissements scolaires d'enseignement secondaire de la commune,
- le maintien du dispositif déjà en place en termes d'animation, d'aide à l'insertion sociale et professionnelle, de contacts de première ligne ('aller vers'),
- l'harmonisation de ce dispositif sur le territoire de la commune,
- ainsi que le renforcement du dispositif déjà en place pour la prévention en milieu festif.

D'autre part, l'idéal serait de mettre en place un lieu ressource 'neutre', à l'attention des jeunes jusqu'à 25 ans environ, qui proposerait de l'information et de la prévention (sexualité, conduites addictives, sécurité routière), un soutien psychologique d'urgence, et des activités de type produit d'appel.

Cependant, au vu de la densité du réseau socio sanitaire qui couvre la commune de Valbonne et l'implication de ses intervenants, le seul besoin qui peut être qualifié d'essentiel est l'ouverture d'un poste de psychologue spécialisé sur le sujet des adolescents et formé aux problématiques des conduites addictives. Cette personne aurait pour caractéristique première d'être mobilisable dans l'urgence par les intervenants du réseau socio sanitaire comme par les jeunes eux-mêmes et, dans le cadre d'une solution peu onéreuse et rapidement concrète, pourrait être intégrée à une structure déjà existante qui a un fort pouvoir attractif sur les jeunes.

Annexe 3. Liste des partenaires mobilisés dans le cadre des stratégies partenariales

Services communaux

Atelier Santé Ville

Point Ecoute Santé

Service Loisirs Jeunesse et Sports et Dispositif de Réussite Educative de la Ferme Bermond

Services sociaux communaux (CCAS)

Police municipale

Cyber-kiosque

Médiathèque

Partenaires institutionnels ou associatifs sur le territoire communal

Ecole primaire de Garbejaïre

Ecole primaire des Campouns

Ecole primaire de l'Île Verte

Ecole primaire du Haut Sartoux

Centre International de Valbonne Sophia-Antipolis (CIV)

Lycée Régional Simone Veil

Collège de l'Eganaude (Biot)

Collège Niki Saint Phalle

Service social de l'Inspection Académique sur le bassin de Valbonne Sophia-Antipolis

Service de promotion de la santé de l'Inspection Académique sur le bassin de Valbonne Sophia-Antipolis

Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS)

Association des Parents d'élèves Indépendants (API)

Fédération PEEP Niki Saint Phalle

Fédération FCPE Niki Saint Phalle

Association des Parents d'Elèves du lycée Simone Veil (APE)

Comité de quartier de Garbejaïre

Mission Locale Antipolis

Service de Prévention de la Communauté d'Agglomération de Sophia-Antipolis (CASA)

Foyer des Jeunes Travailleurs (FJT)

Chantier d'insertion CMieu

Centre de formation ITEC

Maison des Jeunes et de la Culture (MJC)

Association Montjoye, service PASSAJ (jusqu'en 2011)

ADSEA (à partir de 2011)

Maison des Solidarités Départementales (MSD)

Centre Médico-Psychologique Adultes de Valbonne Sophia-Antipolis

Antenne de Justice

Gendarmerie Nationale

Partenaires spécialisés dans la prévention ou la prise en charge des addictions

Mutualité Française PACA, Service de prévention et de promotion de la santé

Mutualité Française PACA, Equipe Bus Santé Jeunes ou « Bus Kéfa »

Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) du Centre hospitalier d'Antibes

Brigade de Prévention et de la Délinquance Juvenile des Alpes-Maritimes (BPDJ)

Compagnie théâtrale CT3I

Association Alcool Assistance

Autres partenaires

Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active (CEMEA)

Centre Médico Psychologique Infantile (CMPI) du Centre hospitalier d'Antibes

Médiateur numérique indépendant

Caisse d'Allocations Familiales des Alpes-Maritimes

Financeurs

Commune de VSA

Agence Régionale de Santé PACA

Délégation Alpes-Maritimes de la MILDECA

Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement à la Parentalité (REAAP)