

PROJET PREVENTION OH

CONVENTION DE FINANCEMENT FEDER N° EFA 199/16

PROYECTO PREVENTION OH

CONVENIO DE FINANCIACIÓN FEDER N° EFA 199/16

PREVENTION

Diagnostic Initial

Diagnóstico Inicial

Interreg
POCTEFA



FR

CONTENU

1. PRESENTATION DES PARTENAIRES	4
1.1. GOUVERNEMENT DE LA RIOJA	4
1.2. GOUVERNEMENT ARAGON	8
1.3. ASSOCIATION DE BIZIA	12
1.4. ASSOCIATION ANPAA 31	15
2. DIAGNOSTIC: DONNEES SUR LA POPULATION ET LA CONSOMMATION	19
2.1. LA RIOJA	19
2.2. ARAGON	24
2.3. ESPAGNE DATA	28
2.4. ASSOCIATION DE BIZIA	32
2.5 ASSOCIATION ANPAA 31	35
2.6 FRANCE DATA	43
3. BONNES PRATIQUES ET RESSOURCES DISPONIBLES:	47
3.1. GOUVERNEMENT DE LA RIOJA	47
3.2. GOUVERNEMENT ARAGON	55
3.3. ASSOCIATION DE BIZIA	63
3.4. ASSOCIATION ANPAA 31	69

Résumé du document

Titre du produit livrable: Diagnostic initial Projet européen PREVENTION OH

Programme: POCTEFA 2014-2020

Projet: PREVENTION OH

Convention de financement FEDER: n ° EFA 199/16

Action 3: Réseau de travail - Atelier 1 Diagnostic initial

Auteur: Service de toxicomanie et autres dépendances du Gouvernement de La Rioja

Partenaires du projet: gouvernement d'Aragon, Asociación BIZIA (FR) et Asociación ANPAA 31 (FR)

Date de fin du projet: Décembre 2020

Introduction

La zone éligible de la POCTEFA 2014-2020 regroupe tous les départements et provinces proches de la frontière franco-espagnole et du territoire d'Andorre. Elle couvre une superficie de 115 583 km² peuplée de 15 millions d'habitants.

Ce domaine de coopération regroupe spécifiquement les domaines suivants:

- Espagne: Biscaye, Gipuzkoa, Araba / Álava, Navarre, La Rioja, Huesca, Saragosse, Lleida, Gérone, Barcelone et Tarragone.
- France: Pyrénées-Atlantiques, Ariège, Haute-Garonne, Hautes Pyrénées, Pyrénées-Orientales
- Andorre: tout le territoire

Dans le cas de Prevention-OH, les partenaires sont le gouvernement de La Rioja, le gouvernement d'Aragon, l'association BIZIA (FR) et l'association ANPAA 31 (FR).



À la suite de la tenue d'un atelier transfrontalier au début du projet Prévention-OH (février 2018) auquel ont participé tous les partenaires et experts du secteur intéressés, un échange d'expériences sur les programmes et initiatives dans le domaine de la prévention du comportement est mené dépendance et réduction du risque associé (sexualité).

À partir de la création de ce RÉSEAU DE TRAVAIL TRANSFRONTALIER formé par les quatre partenaires du projet, le présent document intitulé Diagnostic initial sur l'usage de drogues sur le territoire et un inventaire des ressources existantes en matière de prévention sont créés.

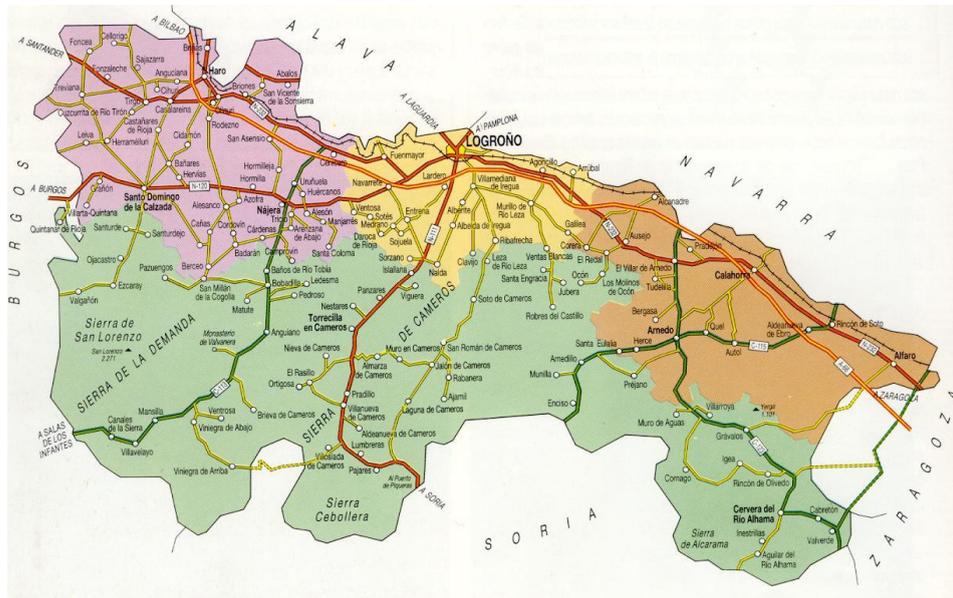
1. PRESENTATION DES PARTENAIRES

1.1. LA RIOJA

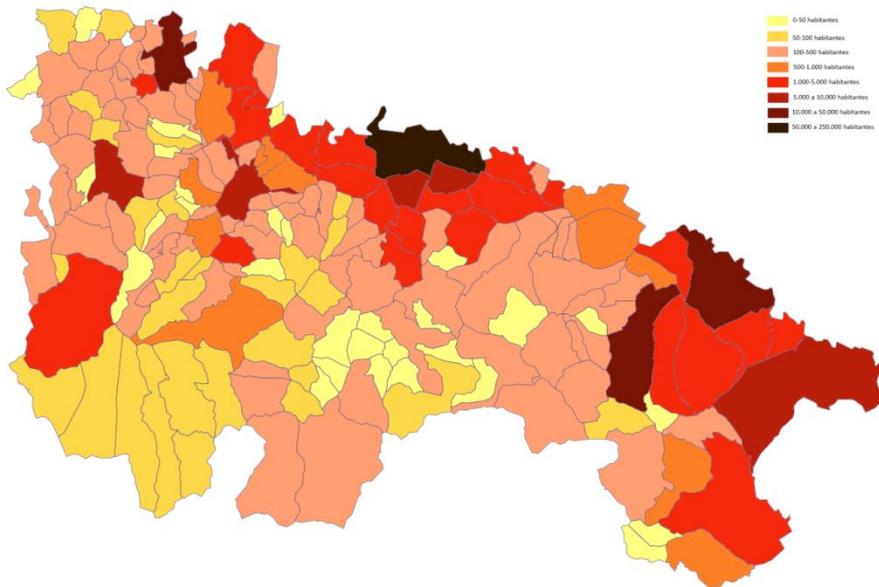
La Rioja est une communauté autonome d'Espagne située au nord de la péninsule ibérique. Il couvre une partie de la vallée de l'Èbre au nord et le système ibérique au sud. Géographiquement, il est divisé par sept rivières qui descendent de la montagne à l'Èbre, ce qui permet de vertébrer la région. C'est pourquoi on dit à La Rioja: "celle des sept vallées". La zone nord, celle de la vallée, a un climat méditerranéen et la zone sud, montagneuse, plus humide et continentale.

Traditionnellement, il est divisé en trois sous-régions d'ouest en est, suivant le tracé de l'Èbre: La Rioja Alta, La Rioja Media et La Rioja Baja. Chacune d'elles avec leurs municipalités centrales et de service correspondantes.

La communauté est mono-provinciale, il n'y a donc pas de délégation et est organisée en 174 municipalités. La capitale et la ville avec le plus grand nombre d'habitants est Logroño. Sa population est de 315 381 habitants (INE 2017).



- Population principalement concentrée dans la vallée de l'Èbre et très faible densité dans les 7 vallées. Populations de plus de 10 000 habitants hors de l'agglomération de Logroño: Calahorra, Arnedo, Haro, Alfaro (9 500 habitants)

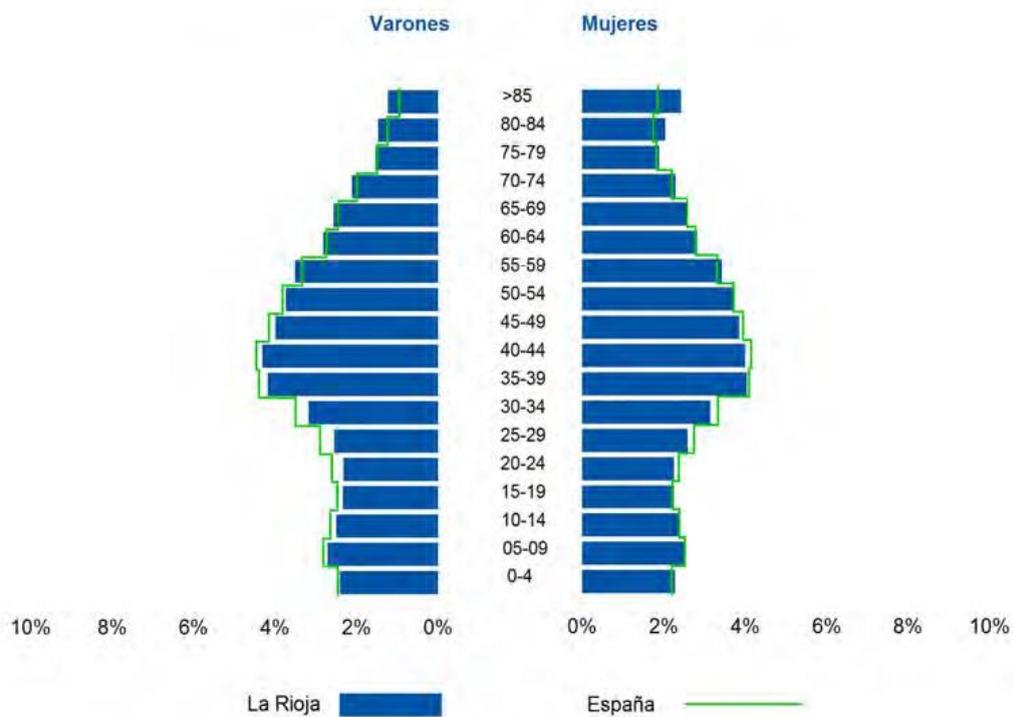


Faible densité de population dans les zones rurales et grande distance d'accès aux ressources.

	2017 (P)	
	Nº villages	% de population
TOTAL	174	100,0
Moins de 101	60	0,9
101 - 500	74	5,4
501 - 1.000	12	2,7
1.001 - 2.000	7	2,9
2.001 - 5.000	12	11,1
5.001 - 10.000	5	13,2
10.001 - 20.000	2	8,3
20.000 - 50.000	1	7,5
50.000 - 100.000	-	-
Más de 100.000	1	47,9

SOURCE: Statistiques du registre continu. INE.
(P): Données provisoires

PIRÂMIDE DE EDADES. LA RIOJA AÑO 2016 Y PERFIL ESPAÑA AÑO 2016



- Population jeune (La Rioja, 2017)

ÂGE	Hommes	Femmes	TOTAL
De 10 a 14 ans	7.997	7.752	15.749
De 15 a 19 ans	7.475	7.133	14.608
De 20 a 24 ans	7.134	7.115	14.249
De 25 a 29 ans	7.848	7.948	15.796

1.1.1. Service de toxicomanie et autres dépendances du gouvernement de La Rioja - Le bureau d'information et de documentation

Le service de toxicomanie et autres dépendances, relevant de la Direction générale de la santé publique et de la consommation du gouvernement de La Rioja, est l'unité administrative qui coordonne, gère et promeut les activités d'information, de conseil, de prévention, de recherche et de formation dans le domaine de addictions

De même, il planifie les priorités des programmes d'assistance et de prévention développés spécifiquement dans ce domaine par des entités d'initiative publique et privée.

Ce service est doté des ressources personnelles, techniques, économiques et administratives nécessaires au développement de ses fonctions.

Le bureau d'information et de documentation est l'une des ressources de base du Service de la toxicomanie et des autres dépendances. Depuis ce bureau, les demandes de renseignements et les demandes formulées sont traitées:

- les citoyens en général
- les toxicomanes ou les toxicomanes, ainsi que leurs proches (famille, amis, etc.) et
- professionnels et institutions publiques et privées intéressés par ce domaine de connaissance

Ce bureau est un centre d'information et d'orientation. Au bureau, entre autres, des conseils sont donnés aux personnes touchées, directement ou indirectement, par la consommation problématique de substances et, si nécessaire, par le biais de réseaux de soins de santé.

Le bureau répond:

Le personnel spécialisé au service du bureau répond aux demandes de renseignements et offre des informations et des conseils de manière spécifique, anonyme et personnalisée sur:

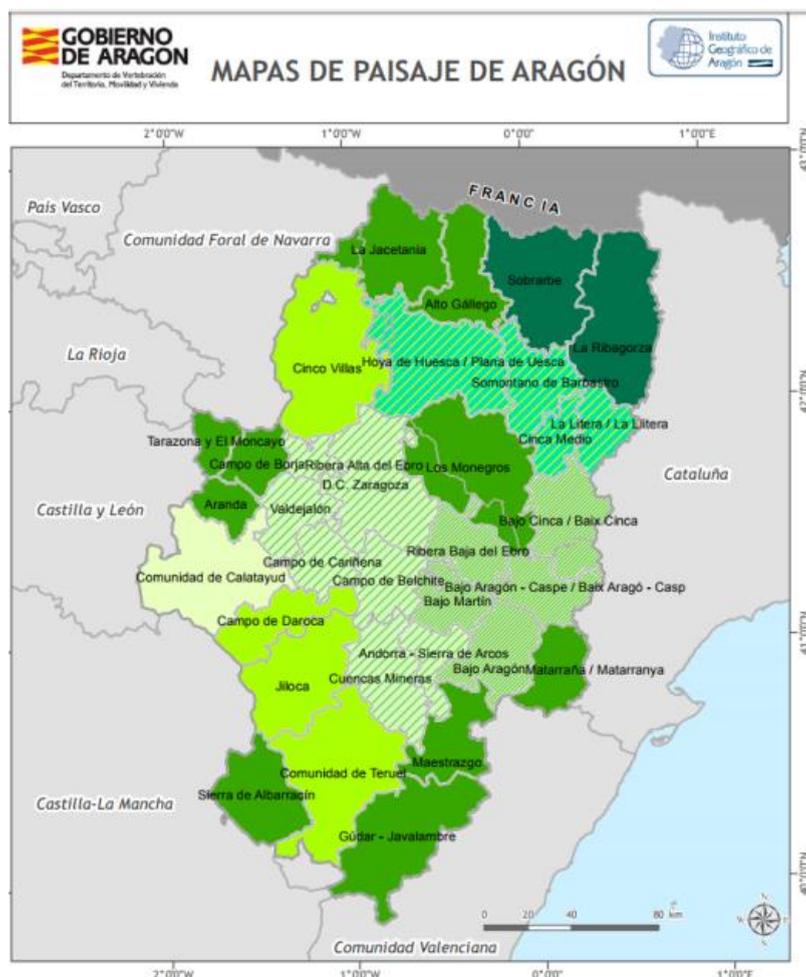
- des informations actualisées sur les drogues et les conséquences de leur consommation
- publications et guides édités dans le service
- des lignes directrices pour agir dans des cas ou des situations spécifiques
- guides de ressources sur la prévention

- guide des ressources d'assistance et de traitement existant dans notre communauté et en dehors de celle-ci
- informations et conseils sur la réglementation en vigueur en la matière

1.2. ARAGÓN

Aragon est une région intérieure située dans le nord-est de l'Espagne, composée des provinces de Huesca, Saragosse et Teruel. Il est traversé par l'Èbre et est couronné par les Pyrénées.

La population d'Aragon, 1 307 395 habitants, selon la norme 2017, représente 2,86% de la population espagnole, occupe un territoire de 47 720 km² et quelle que soit la capitale de la région, a une densité de population de 14,2 habitants / km² Aragón, la plus basse de toutes les communautés autònomes



La population est répartie dans 1 541 localités, dont 895 ont moins de 100 habitants et 13 seulement dépassent les 10 000 habitants, accueillant 65,9% de la population aragonaise. La municipalité de Saragosse a progressivement augmenté sa population, atteignant près de 700 000 habitants.

L'Aragon se caractérise par un déséquilibre démographique, avec une répartition inégale de la population sur le territoire: la ville de Saragosse et ses environs regroupent plus de 50% de la population aragonaise. Le système de règlement entraîne des coûts élevés pour la fourniture de services et la fourniture d'équipements de base.

Le processus avancé de vieillissement de la population affecte de manière générale tout l'Aragon et plus particulièrement le monde rural, en dépit des importants mouvements migratoires enregistrés au cours de la dernière décennie.

Un problème fréquent, parmi la population d'âge scolaire des petites agglomérations, est le déplacement nécessaire d'étudiants vers des centres éducatifs situés ailleurs, car il n'y a pas suffisamment d'étudiants pour entretenir certains établissements d'enseignement. Ce phénomène se produit aux trois niveaux d'enseignement: primaire, secondaire et secondaire.

La population handicapée atteint 8,41% du total, légèrement au-dessus de la moyenne espagnole, qui se situe à 8,20% (INE 2008).

Les caractéristiques particulières du territoire aragonais rendent difficile la fourniture des services dont ses habitants ont besoin, dans le but d'améliorer le développement et la structuration du territoire aragonais, de promouvoir un modèle d'organisation territoriale, la localisation, entité territoriale locale dotée de la personnalité juridique. de capacité et d'autonomie pour améliorer la qualité de vie des citoyens, en favorisant la fourniture de services publics de base et en corrigeant les déséquilibres territoriaux.

Population des régions de la province de Huesca limitrophes de la France:

	registre municipal 2017			registre municipal 2016		
	Deux genres	Hommes	Femmes	Deux genres	Hommes	Femmes
Aragón	1.308.750	645.895	662.855	1.308.563	647.206	661.357
La Jacetania	17.744	8.991	8.753	17.863	9.061	8.802
Alto Gállego	13.480	6.819	6.661	13.539	6.845	6.694
Sobrarbe	7.317	3.902	3.415	7.411	3.943	3.468
La Ribagorza	12.067	6.290	5.777	12.115	6.332	5.783

D'autre part, il ne faut pas oublier que l'existence de logements résidentiels ou secondaires génère une importante fluctuation de la population dans ces régions avec un flux touristique important. De

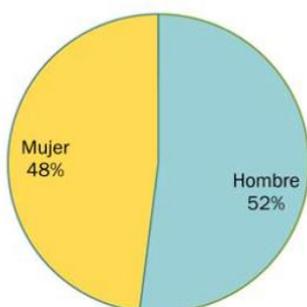
nombreuses populations doublent et triplent leur population pendant les week-ends et les saisons touristiques. L'existence de résidences secondaires est un fait important à prendre en compte lorsque l'on parle de la population de certaines régions d'Aragon.

Plus précisément, dans les régions de la province de Huesca limitrophes de la France, nous voyons clairement l'importance de ce phénomène.

Comarca	viviendas principales	viviendas secundarias
Alto Gallego	5.915	10.236
La Jacetania	7.571	17.477
Ribagorza	5.319	7.946
Sobrarbe	3.005	3.456
TOTAL	21.810	39.115

Población joven en Aragón por edad y sexo

Población joven por sexo



Edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
14	11.595	5.913	5.682
15	11.644	6.000	5.644
16	12.043	6.108	5.935
17	11.929	6.043	5.886
18	12.129	6.308	5.821
19	13.188	6.882	6.306
20	14.027	7.160	6.867
21	14.504	7.353	7.151
22	15.194	7.769	7.425
23	15.953	8.304	7.649
24	16.550	8.732	7.818
25	17.042	8.988	8.054
26	18.468	9.670	8.798
27	19.483	10.245	9.238
28	20.749	10.987	9.762
29	21.395	11.300	10.095
30	22.401	11.893	10.508
Total 14-30 años	268.294	139.655	128.639
Población total	1.345.473	673.819	671.654

Aragón est situé au nord et à l'est de la péninsule ibérique et s'étend sur 47 720 km². Elle est formée par les provinces de Huesca, Teruel et Saragosse. Elle est délimitée au nord par la France, à l'ouest par la Navarre, la Rioja, la Castille León et la Castille La Manche. Sud avec Castilla La Mancha et la Communauté valencienne à l'est avec la Communauté valencienne et la Catalogne.

Le relief d'Aragon distingue trois zones au nord de la chaîne des Pyrénées où se trouvent les plus hautes montagnes: Aneto, Posets, Monte Perdido, au centre un large sillon, où coule la rivière Aragon et au sud des Pyrénées, on trouve une Série de montagnes à basse altitude: Guara, Santo Domingo.

Au centre d'Aragon, la dépression de la large et fertile vallée, entre les Pyrénées et le système ibérique, traversée par son centre par l'Èbre, se situe dans la zone extérieure, à proximité des chaînes de montagnes, sous le nom de somontanos.

Au sud-ouest, le système ibérique avec les sierras de Saragosse du Moncayo, la Sierra de la Vierge, la Sierra de Vicort et à Teruel les Montagnes Universelles, les Sierras de Albarracín et Gúdar et Javalambre.

La Communauté autonome d'Aragon, composée d'un territoire caractérisé par sa grande extension, est la quatrième communauté autonome espagnole, dépassée de loin par Castilla y León, Castilla-La Mancha et Andalousie et par sa situation privilégiée en Espagne et dans l'environnement européen. Son rôle de frontière avec l'Europe à travers les Pyrénées est remarquable. En outre, la capitale, Saragosse, et la vallée de l'Èbre sont configurés comme centre d'intérêt dans la mesure où ils sont à égale distance des autres centres névralgiques espagnols: Madrid, Barcelone, Bilbao et Valence, ce qui fait de Saragosse un centre de communication.

1.2.1. Département de la santé / Addictions du gouvernement d'Aragon:

La section Dépendances aux drogues du gouvernement d'Aragon dépend de la Direction générale de la santé publique. Les objectifs mesurables spécifiques que la Section des dépendances aux drogues envisage actuellement, en tenant compte de leurs fonctions et de leur composition, sont les suivants:

- a) Évaluation du II Plan autonome de lutte contre la toxicomanie et d'autres comportements de dépendance 2010-2016. Développement, développement et promotion du IIIème Plan autonome.
- b) Améliorer la coordination et le suivi des activités de prévention de la toxicomanie avec les centres de prévention communautaires (CPC) et les ONG.
- c) Améliorer les systèmes d'information et l'élaboration d'analyses et de rapports. Promouvoir l'Observatoire Aragonais des Dépendances de Drogues.

- d) Poursuivre le travail annuel visant à promouvoir la prévention des toxicomanies dans notre communauté, à savoir: accords avec des entités et des comtés locaux; Lignes de subventions (appels, justification, etc.) avec des associations et des ONG, etc.
- e) Poursuivre le travail de prévention annuel financé par le ministère de la Santé et / ou inscrit dans le plan national antidrogue (PNSD).
- f) Développer le projet EPT 199/16 PREVENTION_OH en Aragon.

Certaines des fonctions de ce service seraient:

1. Planifiez à partir de l'analyse des besoins, demandes et ressources liés à la prévention de la toxicomanie, conformément aux principes directeurs de la loi 3/2001 sur l'assistance et la réinsertion sociale dans la toxicomanie.
2. Conseiller les entreprises locales dans l'élaboration de leurs plans et programmes relatifs à la prévention de la toxicomanie et des autres comportements de dépendance.
 - a. Préparation des accords passés avec les entités locales (mairies et comtés) sur la toxicomanie
 - b. Supervision des accords et activités développés par les institutions
 - c. Connaître les priorités et les objectifs du plan national antidrogue pour les adapter aux actions à développer dans les centres de soins et de prévention et la communauté autonome.
 - d. Fournir aux entités locales des outils leur permettant d'assurer, conformément aux objectifs fixés par le Département de la santé, de la protection sociale et de la famille, les fonctions de coordination des activités de prévention menées sur leur territoire.
3. Établir un système centralisé d'informations sur la toxicomanie et d'autres dépendances permettant un suivi et une évaluation continus de la consommation de drogues et des problèmes qui y sont associés.

1.3. ASOCIACIÓN BIZIA

Le Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes implanté à Bayonne a été créé en 1994 par l'association Médecins du Monde. Depuis janvier 2000, il est géré par le Centre BIZIA, association « Loi 1901 » à but non lucratif

Le Centre assure la gestion d'un CAARUD depuis 2006.

Le Centre BIZIA a, en 2009, obtenu l'autorisation pour la création d'un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) en remplacement du Centre de Soins Spécialisé pour Toxicomanes (CSST) préexistant dans la perspective d'évolution de

la filière de prévention et de soins en Addictologie articulant le sanitaire, le médico-social et la médecine de proximité.

Les activités du CSAPA et du CAARUD sont situées sur le site principal de Bayonne et sur le site secondaire de l'antenne de Saint Jean de Luz afin de fournir à l'utilisateur une filière d'accès aux soins en Addictologie la plus cohérente et accessible possible.

Le champ d'intervention est celui des addictions, qu'elles soient avec substances ou comportementales c'est à dire des pratiques générant abus et/ou dépendances, et perte de contrôle. Ses activités relèvent de l'Accueil, de l'Information, de l'Orientation, du Soins (médical, psychiatrique, psychologique, accompagnement socio-éducatif), de la Prévention (Primaire, Secondaire, Réduction des Risques).

Le Centre BIZIA propose une prise en charge globale et pluridisciplinaire, dans un cadre de soins ambulatoire.

a) Le contexte géographique et socio sanitaire

Le contexte géographique et socio sanitaire dans lequel se situe le CSAPA/CAARUD est marqué par les facteurs suivants :

- le département des Pyrénées Atlantiques se situe en 9ème position en matière de recours aux drogues illicites chez les jeunes.
- Les pratiques de consommation et de poly-consommation sont en constants changements. Il faut rester en veille permanente pour détecter ces pratiques émergentes et déterminer les réponses à y apporter.
- le territoire de référence de BIZIA étant donné sa situation géographique transfrontalière avec l'Espagne ainsi que les habitudes des usagers, implique le développement d'une approche concertée avec les partenaires espagnols intervenants dans le même domaine.
- la problématique d'usage de drogues, qu'elle soit addictive ou non, ne concerne pas uniquement la dépendance. Elle englobe aussi les problèmes d'autres usages (consommation abusive avec ou sans dommages, consommation festive, consommation associée, pratiques émergentes, dimensions transfrontalières, etc.).
- les usagers addicts restent souvent en soins sur plusieurs années, parce que généralement ce type de pathologie évolue dans la chronicité.

1.3.1. Mission de l'association BIZIA

Les missions du CSAPA sont réalisées dans le respect de l'anonymat, si la personne le demande en regard de l'article L.3414-1 alinéa 2 du CSP et en conformité avec l'éthique et la déontologie professionnelle de l'association BIZIA.

Les missions obligatoires :

- l'accueil, l'information et l'orientation de la personne ainsi que l'accompagnement de son entourage,
- l'évaluation médicale psychologique et sociale,
- une prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative et un projet de soin élaboré avec le patient,
- la prescription et le suivi de traitements de substitution,
- la réduction des risques,
- l'accompagnement des personnes sous-main de justice: obligation de soins et injonction à la rencontre,

Les missions facultatives :

- une consultation spécifiquement dédiée aux jeunes consommateurs et à leurs familles ou leur entourage,
- un accompagnement vigilant et construit en partenariat pour les femmes enceintes dans le but de préserver la santé de l'enfant à naître et de la mère consommatrice de drogues et/ou d'alcool,
- des interventions en direction des personnes détenues ou sortant de prison,
- la prise en charge des hépatites,
- des activités de prévention,
- des consultations de proximité et de repérage précoce des usages nocifs à destination de personnes dans leurs premières étapes de consommation,
- des activités de formation et de recherche.

L'établissement a pour mission de développer et d'adapter des prises en charge de soin en addictologie destinés à divers publics concernés par l'usage ou l'abus de substance et par tout type d'addiction, par exemple, les jeunes consommateurs avec un accueil spécifique et l'aide à la parentalité, ou bien auprès des détenus et les sortants de prison avec un partenariat avec l'UCSA de la Maison d'Arrêt de Bayonne et l'organisation de consultations médicales en milieu carcéral.

Il met aussi en place des unités de prises en charge spécifiques pour répondre à des consommations déterminées (psycho stimulants, tabac, addictions sans substances...). Les activités de l'établissement sont réalisées, lorsqu'elles le nécessitent, en collaboration avec les partenaires concernés, qui pour la plupart d'entre eux sont liés au Centre par voie de convention.

1.4. ASSOCIATION ANPAA 31

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie est une association nationale unitaire fondée sur des principes humanistes et des bases éthiques.

Elle a pour buts de promouvoir et contribuer à une politique globale de prévention des risques et des conséquences des usages, usages détournés et mésusages d'alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychotropes, pratiques de jeu excessif et autres addictions sans produit.

Ses fondements s'inscrivent dans des valeurs humanistes qui visent au respect et la dignité de toutes les personnes, à leur capacité à l'autonomie et à la responsabilité, à la liberté d'expression et de choix quant à leur projet de vie, l'indépendance par rapport à toute organisation philosophique, politique ou religieuse, à promouvoir un progrès social, économique et environnemental protecteur des pressions addictogènes.

Son intervention, dans la proximité et dans la durée, s'inscrit dans un continuum de la prévention et de l'intervention précoce à la réduction des risques, aux soins et à l'accompagnement dans une perspective globale, psychologique, biomédicale, et sociale.

L'ANPAA s'affirme comme force de proposition dans sa démarche de promotion de la santé pour faire évoluer les opinions et les politiques publiques en France et en Europe.

L'ANPAA tient, avec ses partenaires associatifs et institutionnels, à jouer un rôle promoteur et novateur en alcoologie et addictologie, à orienter et accompagner la mise en œuvre des politiques de santé en matière d'addictologie, à adapter ses interventions à l'évolution des pratiques et enjeux de société.

Le Territoire du piémont pyrénéen qui s'étend sur 3 départements:

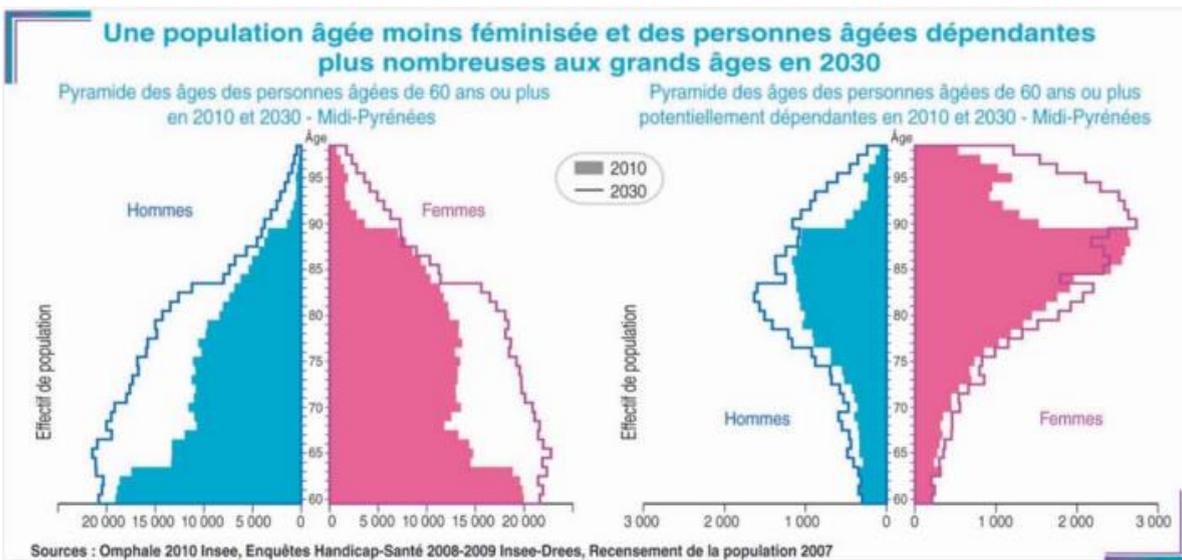
Ariège (09), Haute Garonne (31), Hautes Pyrénées (65)

- Rural vs Toulouse Métropole (qui concentre l'essentiel des ressources)
- Peu de réseau de transport: axe autoroutier principal A64 qui relie Toulouse à Bayonne / idem pour réseau ferré
- Vallées de moyenne montagne ou montagne avec populations isolées
- Difficultés d'accès: au soin, à la culture, au travail,...

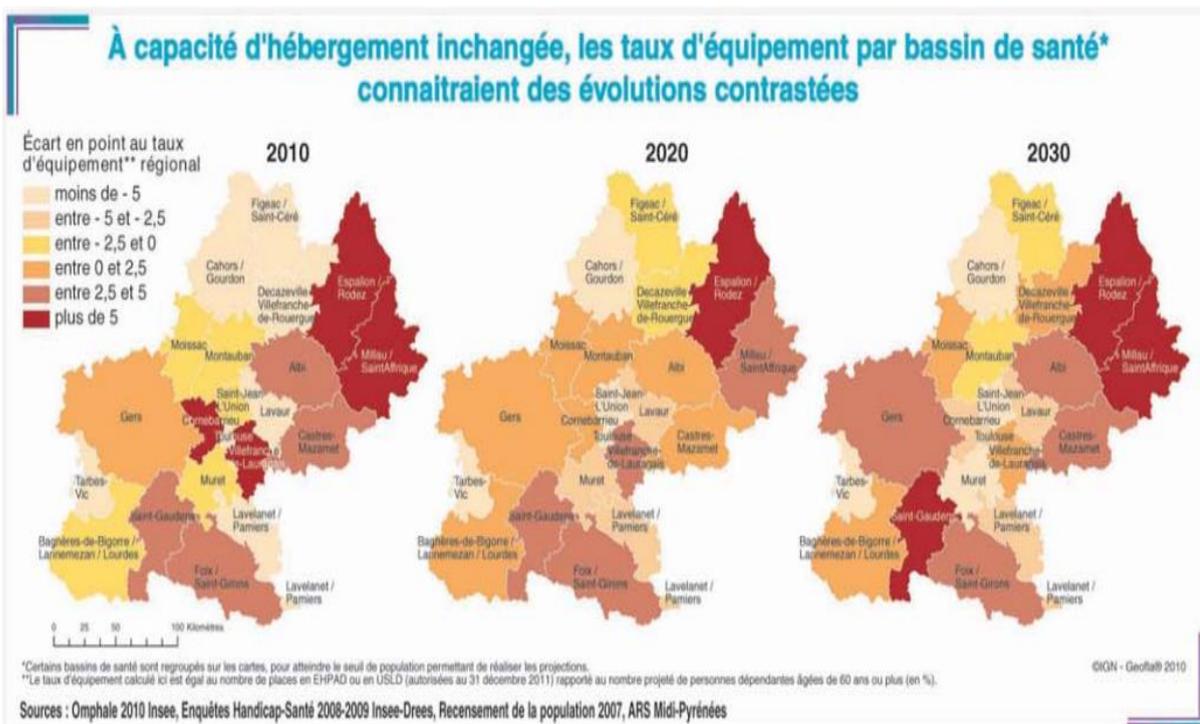
- Secteurs qui font l'objet de Priorité ARS
- Zones transfrontalières avec l'Espagne qui facilitent les échanges

ANPAA Midi-Pyrénées

- La région Midi Pyrénées fait partie des 8 régions de France les plus peuplées.
- Elle a connu une forte croissance démographique depuis 2009 dont a bénéficié l'aire urbaine Toulousaine, qui la place au 4ème rang français.
-



Géraldine Labarthe (Insee)
avec la collaboration de l'ARS Midi-Pyrénées



1.4.1. Mission de la Association ANPAA

Les acteurs bénévoles et professionnels de l'ANPAA contribuent à ce que des conduites individuelles ou collectives initiées pour la recherche de plaisir et de lien social, de bien-être et de soulagement n'aboutissent pas à des prises de risque inconsidérées et à d'inacceptables pertes de vie ou de liberté. Cette perte de liberté vis-à-vis d'une substance psychoactive ou d'un comportement de recherche de plaisir constitue une pathologie nommée addiction.

Domaine d'action :

Personne inconsciente, symbole des risques que peuvent engendrer les addictionsLe domaine d'action de l'ANPAA couvre aujourd'hui l'ensemble des addictions : usage, usage détourné et mésusage d'alcool, tabac, drogues illicites et médicaments psychotropes, pratiques de jeu excessif et autres addictions sans produit. Les risques liés à ces comportements pour l'individu, son entourage et la société sont abordés dans une perspective globale, psychologique, biomédicale, et sociale.

L'intervention de l'ANPAA s'inscrit dans un continuum allant de la prévention et de l'intervention précoce à la réduction des risques, aux soins et à l'accompagnement.

Données 2009 ORSMIP	Région Midi Pyrénées	09 Ariège	31 Haute Garonne	65 Hautes Pyrénées
Habitants	2862707	151117	1230700	229670
Surface	45347.9 km2	4889.9	6303.5	4464
Densité	< moyenne nationale	< moyenne nationale	> moyenne nationale	< moyenne nationale
Nb Naissances		1452	15316	2161
Nb décès		1753	8346	2557
Taux de jeunes Non diplômés		> moyenne nationale	< moyenne nationale	< moyenne nationale
75ans et +	10.4% > 8.7% moyenne nationale	12.5%	7.6%	12.5%
Familles monoparentales		23%	22%	23%
Taux ouvriers/cadres		249/100	66/100	220/100
Foyers fiscaux Non imposables		55.7%	42%	51.5%

2. DIAGNOSTIC: DONNEES SUR LA POPULATION ET LA CONSOMMATION

2.1. LA RIOJA

Le panorama général de la consommation de drogue à La Rioja se caractérise par la présence d'alcool, de tabac, de dérivés du cannabis et d'hypnosants parmi la population de la Communauté. Environ 95%, 78%, 38% et 16% de la population âgée de 15 à 64 ans auraient consommé ces substances à un moment de leur vie, respectivement, et 62%, 36%, 4% et 8% l'ont fait à moins une occasion au cours des 30 derniers jours. La consommation d'autres drogues illicites autres que le cannabis, malgré son impact important sur la santé et la société, a une présence nettement minoritaire.

En ce qui concerne les plus jeunes, les données de l'enquête STUDIES de 2016 (La Rioja) montrent que, malgré leur âge, les écoliers âgés de 14 à 18 ans déclarent des fréquences de consommation proches de celles des adultes, voire les dépassent (consommation d'alcool, dernier mois et consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois et des 30 derniers jours).

Polyconsommation

Au cours de la dernière année, les personnes qui ont consommé une substance l'ont surtout fait en ne consommant qu'une (46,2%) ou deux substances simultanément (30,6%). 8,2% des répondants ont déclaré avoir consommé 3 substances simultanément et 1,8% 4 substances ou plus. Du point de vue du genre, la proportion de femmes qui s'abstiennent (17,3%) est le double de celle des hommes (9,3%) et il y a une tendance un peu plus faible parmi elles à combiner la consommation de substances différentes.

Le stade de l'adolescence est le moment paradigmatique pour les actions de prévention de la consommation, sauf à l'égard des hypnoséantes, qui ont des âges de débuts beaucoup plus étendus. En ce qui concerne l'alcool, ÉTUDES 2016 montre une stabilité de l'âge moyen de début de consommation, qui reste inférieur à 14 ans (13,8 ans). La première ivresse chez les consommateurs d'alcool est en moyenne de 14,6 ans. La consommation hebdomadaire est établie à 15,1 ans en moyenne.

Le tabac a un âge moyen de début de consommation à 14,2 ans. La consommation quotidienne apparaît moins de six mois plus tard, à 14,6 ans.

Le cannabis commence à être consommé pendant 14,8 ans, sans tendance notable au cours des 20 dernières années.

Les hypnosédants prescrits par le médecin sont consommés à partir de 13,8 ans en moyenne et 14,1 ans sans ordonnance.

Synthèse des principales données sur la consommation de drogues et la toxicomanie

L'alcool est une substance omniprésente et sa consommation est normalisée chez l'adulte et l'adolescent. Dans le même temps, la perception du risque pour cette substance est très faible, ce qui est clairement en contradiction avec les coûts sanitaires, sociaux et individuels de sa consommation.

3 personnes sur 10 fument quotidiennement, données relativement stables chez les adultes et en baisse chez les adolescents (moins d'un élève sur 10 âgé de 14 à 18 ans déclare fumer chaque jour). Comme dans le cas de l'alcool, l'âge de début est celui du début de l'adolescence (13,8 ans pour l'alcool et 14,2 ans pour le tabac selon ESTUDES 2016).

Les hypnotiques ont réalisé une forte augmentation des consommations au cours de la dernière décennie, en particulier chez les femmes, augmentation qui semble se ralentir. Chez les adolescents, la consommation en vente libre a été assimilée à la consommation de médicaments sur ordonnance.

La consommation de cannabis augmente légèrement par rapport à la précédente enquête AGES et le risque de l'utiliser est relativement faible. Les étudiants (14 à 18 ans) affirment en consommer plus fréquemment que l'ensemble de la population (15 à 64 ans) au cours des 12 derniers mois et des 30 derniers jours. L'enquête EDADES de 2015 révèle une consommation de cannabis inférieure à La Rioja par rapport à la moyenne nationale.

La cocaïne a une tendance à la baisse dans la population en général (0,9% l'a consommée le mois dernier - AGES 2015), sans toutefois revenir aux chiffres antérieurs à 2000 et à l'incorporation de nouveaux consommateurs à la hausse. On constate à nouveau que les jeunes admettent une consommation plus élevée que les adultes. L'héroïne reste une substance de la consommation des minorités (0,1% des personnes interrogées s'y réfèrent, l'ayant consommée au cours du dernier mois ou de la dernière année - AGES 2015), mais le parcours de l'enquête auprès des ménages peut ne pas détecter une proportion significative de cette population. À l'échelle nationale, d'autres indicateurs tels que le nombre d'admissions en traitement et le nombre d'épisodes d'urgence liés à l'héroïne montrent une tendance à la baisse.

Hallucinogènes, ecstasy, amphétamines, inhalants volatils: la tendance à la baisse amorcée en 2001 pour toutes les consommations, des deux sexes, est consolidée, avec des chiffres plus faibles depuis le début des enquêtes pour la plupart des substances.

Les boissons énergisantes sont généralement consommées par les adolescents, même avant l'âge de l'enquête STUDIES. La moitié des garçons de 14 à 18 ans les ont consommés au cours du dernier mois, ainsi qu'un tiers des filles (études de 2016 à La Rioja). Sa relation avec la consommation ultérieure de stimulants a été révélée.

Du point de vue du genre, la consommation d'alcool et de tabac chez les femmes et les jeunes hommes tend à réduire leurs différences historiques. Les hypnotisants sont consommés dans une plus grande

mesurées par les femmes, alors que les substances illégales sont principalement consommées par les hommes. Les hommes exigent davantage de soins de santé pour toxicomanie. Cette incidence est due au plus grand nombre d'hommes qui abusent de substances, mais aussi, dans une certaine mesure, à la stigmatisation sociale qui pèse sur les femmes toxicomanes: les toxicomanes sont considérés comme malades, tandis que les toxicomanes sont considérés comme des femmes moralement répréhensibles pour avoir manqué leur vie. Devoir des soignants.

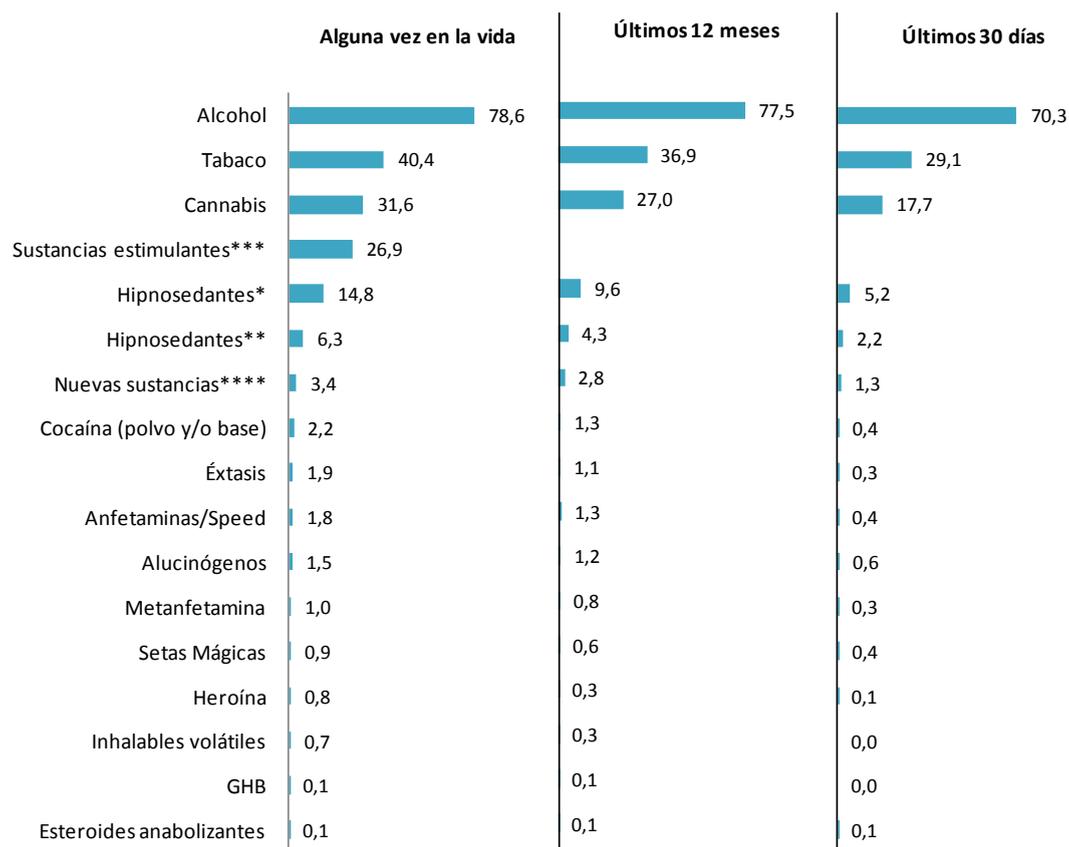
En ce qui concerne Internet, il existe une prévalence de personnes dont l'utilisation nuit à leurs performances quotidiennes, en particulier chez les jeunes.

Le trouble du jeu se manifeste à tous les âges et dans tous les milieux sociaux. Il y a une croissance des paris sportifs (particulièrement addictifs), et du mode de jeu en ligne (soutenu par la population).

plus jeune). Il convient de noter le faible accès au traitement des personnes qui en souffrent.

Données sur la consommation et les comportements à risque de l'alcool et d'autres substances (mettant en évidence la population jeune) sur le territoire. Relation avec les comportements à risque (IST, grossesse non désirée, accidents de la route, etc.).

Evolution de la prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les élèves du secondaire âgés de 14 à 18 ans (%). La Rioja 2016.



SOURCE: OEDA. Enquête sur la consommation de drogue dans l'enseignement secondaire en Espagne (ÉTUDES).

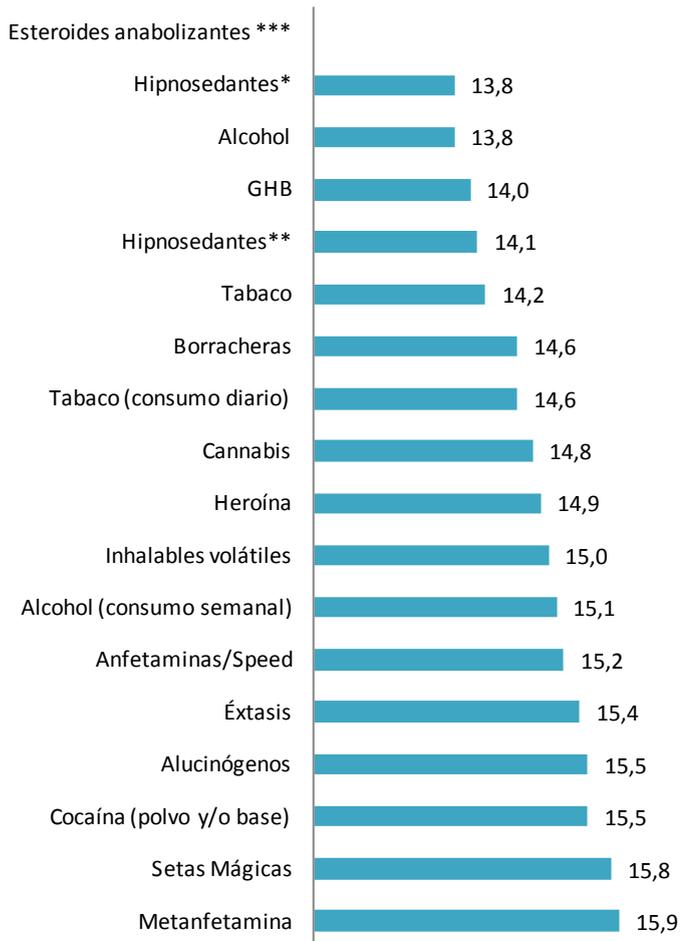
* Comprend les tranquillisants / sédatifs et / ou les somnifères avec ou sans ordonnance

** Comprend les tranquillisants / sédatifs et / ou les somnifères sans ordonnance

*** Substances stimulantes, sans ordonnance, afin d'améliorer la performance dans l'étude: Méthylphénidate, Piracétam, Modafinil, Donépézil, Durvitan, Elvanse, Adderall, Complexes de vitamines, Produits contenant du ginkgo biloba, du guarana, de la gelée royale ..., Amphétamines ou Speed, Cocaïne, Boissons énergisantes, ...

**** Nouvelles substances: kétamine, épice, méphédrone ou sauge

Âge moyen de début de consommation de substances psychoactives chez les élèves du secondaire âgés de 14 à 18 ans (années). La Rioja 2016.



SOURCE: OEDA. Enquête sur la consommation de drogue dans l'enseignement secondaire en Espagne (ÉTUDES).

* Comprend les tranquillisants / sédatifs et / ou les somnifères avec ou sans ordonnance

** Comprend les tranquillisants / sédatifs et / ou les somnifères sans ordonnance

*** Il n'y a pas de réponse pour l'âge d'apparition de l'utilisation de stéroïdes anabolisants

2.2. ARAGÓN

Données sur la consommation d'alcool et d'autres substances (mettant en évidence la population jeune) sur le territoire. Relation avec les comportements à risque (IST, grossesse non désirée, accidents de la route, etc.)

Bref résumé de l'utilisation de substances addictives. Problèmes fondamentaux.

De l'indicateur Admission au traitement pour usage de substances psychoactives, nous savons que les débuts du traitement dans les centres de référence de 2010 à 2015 ont maintenu une tendance à la baisse, passant de 1887 cas en 2011 à 1373 en 2015.

Les personnes qui suivent un traitement sont principalement des hommes pendant toute la période de l'étude 2010-2015, le ratio de masculinité étant d'environ 4,50% sur la période ayant entre 21 et 40 ans. Entre 21 et 30 ans, ils ont commencé le traitement dans une plus grande mesure pour la cocaïne et entre 31 et 40 ans pour l'alcool.

L'alcool est la substance pour laquelle plus de traitements ont été initiés au cours de la période, environ 40% du total. Le tabac n'est pas signalé comme une substance toxicodependante. Par conséquent, cet indicateur ne contient aucune information sur les traitements pour cesser de fumer.

Les débuts du traitement à la cocaïne ont connu une baisse significative au cours des cinq dernières années. De la deuxième substance pour laquelle un traitement a été instauré en 2011 (23,4%) à la troisième en 2015 (13%).

Au contraire, le cannabis a connu une augmentation significative, passant de 16% en 2010 à la deuxième substance pour laquelle davantage de traitements sont débutés, atteignant 26% du total en Aragon en 2015. Les amphétamines et autres stimulants Ils affichent une légère hausse depuis 2010, atteignant les chiffres les plus élevés en 2013, pour baisser pour atteindre 6% en 2015.

La voie parentérale au cours de ces deux dernières années a connu une diminution significative en Aragon, atteignant 2,3% des utilisateurs qui l'utilisaient en 2015.

Selon l'Enquête sur l'alcool et les autres drogues en Espagne (EDADES), préparée par la MSSSI et le Plan national de lutte contre les drogues, l'alcool et le tabac sont les drogues légales consommées par un pourcentage plus élevé de personnes et le cannabis est la drogue illicite la plus largement utilisée .

Selon cette étude, la consommation quotidienne de tabac en Aragon a légèrement diminué, passant de 34,4% en 2005 à 30,8% en 2015. La consommation d'alcool au cours des 30 derniers

jours est passée de 70,6 en 2005 à 65 ans. , 2% en 2015 et le cannabis reste stable de 6,9 à 6,7% de la population âgée de 15 à 64 ans.

La consommation de toutes les drogues illicites, de l'alcool et du tabac est plus répandue chez les hommes que chez les femmes. Seule la consommation d'hypnotiques est plus répandue chez les femmes.

La polyconsommation est très répandue et se concentre chez les hommes âgés de 25 à 34 ans. Il inclut très fréquemment (90%) la consommation d'alcool et de cannabis et est associé à une consommation à risque.

Les informations fournies par l'Enquête sur la consommation de drogues chez les étudiants du secondaire (ETUDES), population scolaire âgée de 14 à 18 ans, indiquent que l'alcool est la substance psychoactive la plus répandue, de sorte que 83,3% l'ont consommée. à l'occasion Plus de la moitié des étudiants se sont déjà saoulés. L'âge moyen du premier état d'ivresse est de 14,3 ans et 65% des étudiants reconnaissent avoir fabriqué une bouteille au cours des 12 derniers mois, alors qu'elle est plus répandue chez les filles. Les endroits les plus courants pour acheter des boissons alcoolisées sont les bars ou les pubs (45,7%) et les supermarchés (45,4%).

Le tabac est la deuxième drogue la plus répandue. La première consommation de tabac a lieu à 13,5 ans et la prévalence de la consommation quotidienne au cours des 30 derniers jours est de 11,8%. Environ la moitié des élèves vivent avec une personne qui fume tous les jours, la proportion d'étudiants qui fument du tabac tous les jours est plus élevée que celle des personnes qui vivent avec un fumeur. 17,3% des étudiants ont déjà fumé des cigarettes électroniques.

Le cannabis est la troisième substance la plus répandue parmi les étudiants âgés de 14 à 18 ans: 12,2% affirment l'avoir consommé à un moment donné, tandis que dans le segment des 16 ans, sa prévalence atteint 34,9%. Chez les garçons, la consommation est plus répandue. En analysant l'échelle CAST, qui mesure le niveau de consommation problématique de cannabis, 69,3% des étudiants âgés de 14 à 18 ans présenteraient une consommation non problématique, bien que ceux qui auraient une consommation problématique en représentent 11%.

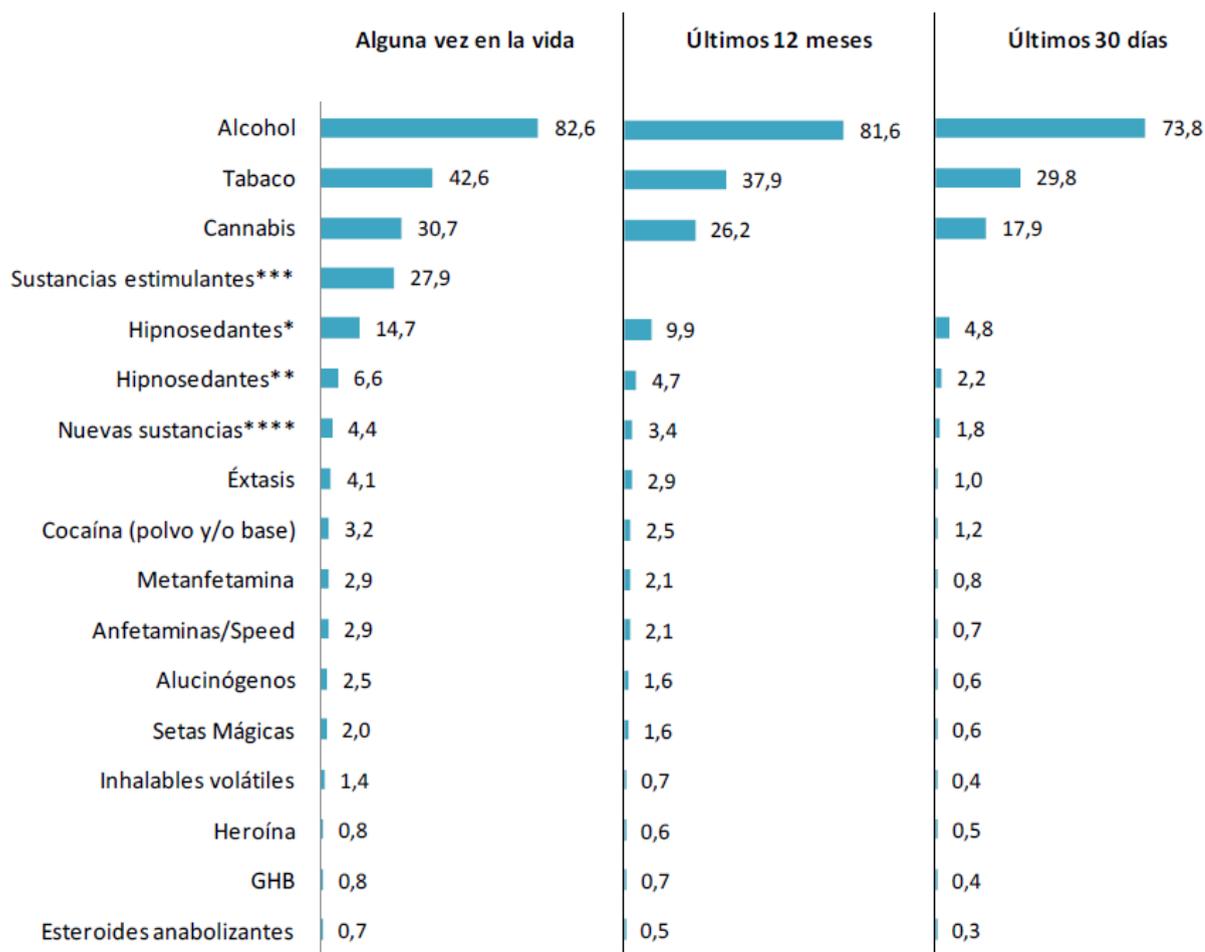
Un fait singulièrement pertinent est que 14,4% des étudiants ont pris des hypnotiques (tranquillisants / somnifères) à l'occasion. La première consommation de cette substance a lieu à 13,9 ans et 6,5% reconnaissent l'avoir prise sans ordonnance d'un médecin. Cette prévalence est plus fréquente chez les filles que dans le segment des 18 ans. Pour les autres substances analysées (cocaïne, hallucinogènes, amphétamines, ecstasy, GHB, substances volatiles inhalées, héroïne), des taux de prévalence inférieurs à 5% sont observés.

La perception du risque face à la consommation d'alcool est moins élevée en Aragon qu'au niveau national. En ce qui concerne le cannabis, 88,1% pensent que leur consommation habituelle peut entraîner des problèmes, mais face à une consommation ponctuelle, le risque chute à 51,4%. Plus

de 90% des élèves âgés de 14 à 18 ans n'apprécie aucune difficulté à obtenir des boissons alcoolisées ou du tabac et le cannabis est la drogue illégale considérée comme la plus accessible. Les parents d'élèves qui sont devenus ivres ou qui ont bu de l'alcool sont plus permissifs, la consommation d'alcool est plus permissive que celle de tabac.

ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES) 2016
INFORME DE ARAGÓN

Figura nº 1. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). Aragón 2016.



SOURCE: OEDA. Enquête sur la consommation de drogue dans l'enseignement secondaire en Espagne (ÉTUDES).

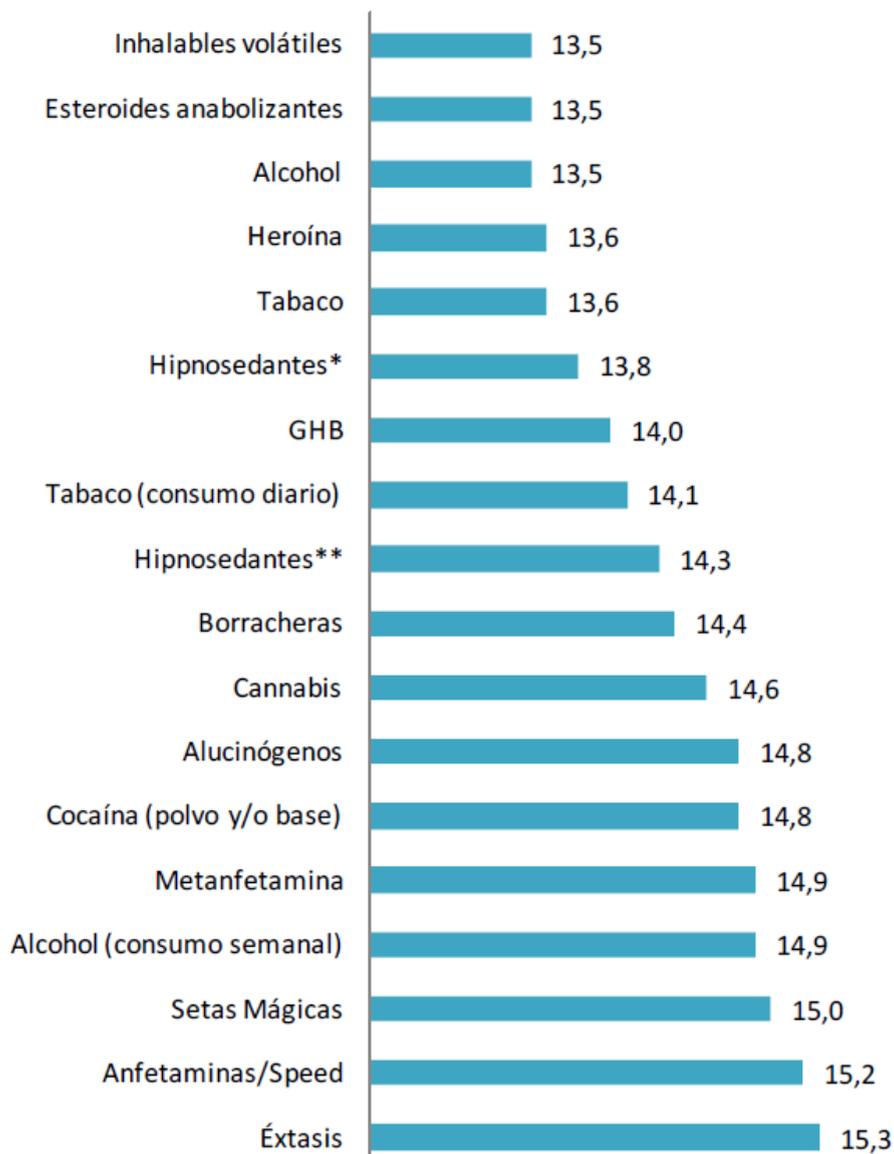
* Comprend les tranquillisants / sédatifs et / ou les somnifères avec ou sans ordonnance

** Comprend les tranquillisants / sédatifs et / ou les somnifères sans ordonnance

*** Substances stimulantes, sans ordonnance, afin d'améliorer la performance dans l'étude: Méthylphénidate, Piracétam, Modafinil, Donépézil, Durvitan, Elvanse, Adderall, Complexes de vitamines, Produits contenant du ginkgo biloba, du guarana, de la gelée royale ..., Amphétamines ou Speed, Cocaïne, Boissons énergisantes, ...

**** Nouvelles substances: kétamine, épice, méphédrone ou sauge

Figura nº 2. Edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (años). Aragón 2016.



SOURCE: OEDA. Enquête sur la consommation de drogue dans l'enseignement secondaire en Espagne (ÉTUDES).

* Comprend les tranquillisants / sédatifs et / ou les somnifères avec ou sans ordonnance

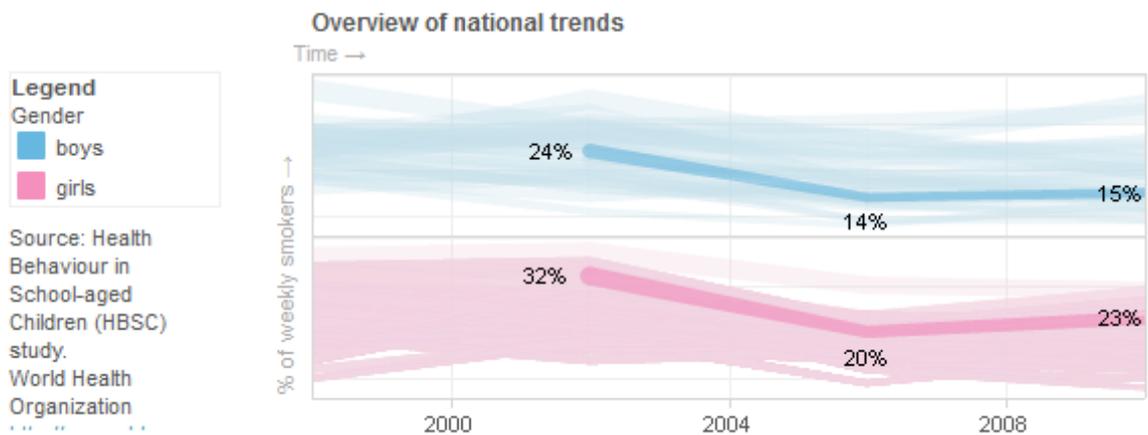
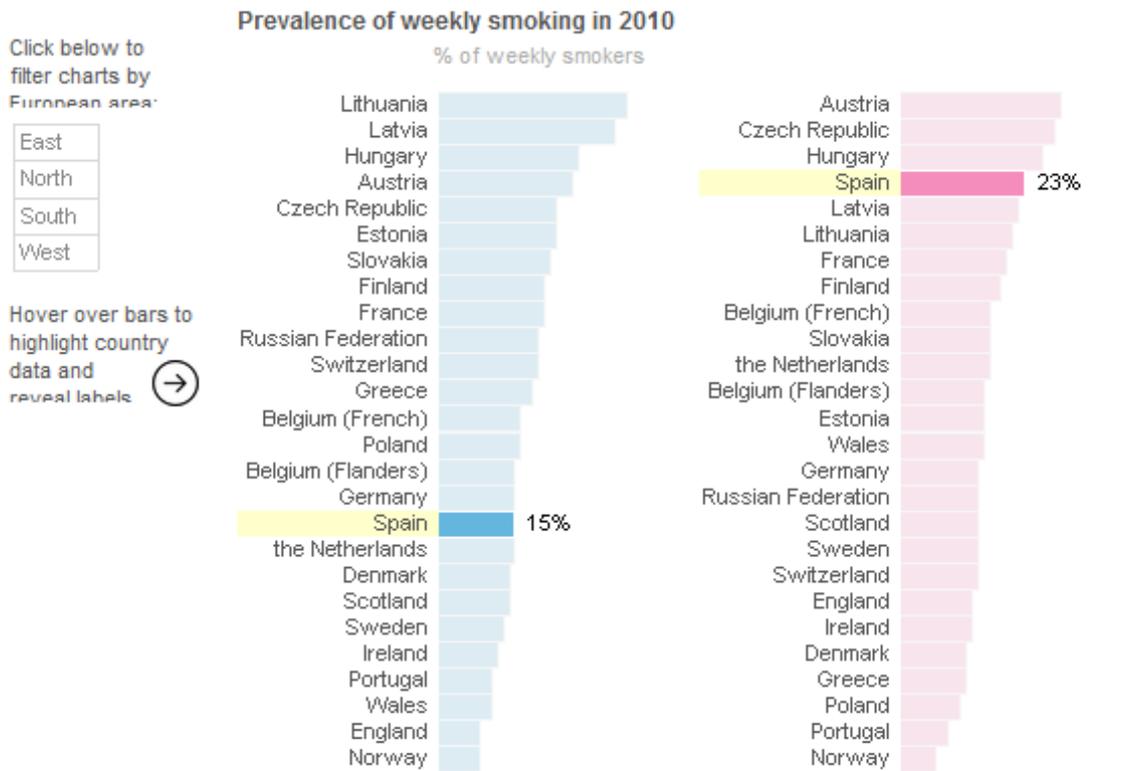
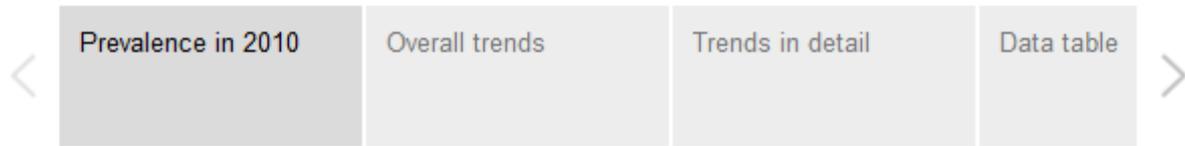
** Comprend les tranquillisants / sédatifs et / ou les somnifères sans ordonnance

*** Il n'y a pas de réponse pour l'âge d'apparition de l'utilisation de stéroïdes anabolisants

2.3. ESPAGNE DATA

Weekly smoking among 15 year olds in Europe

Young people were asked how often they smoke tobacco. Response options ranged from "I do not smoke" to "every day". The findings presented here are the proportion who reported smoking at least once a week.



Trends in regular drunkenness among young people

Young people were asked whether they had ever had so much alcohol that they were "really drunk". Response options range from "no, never" to "yes, more than 10 times". The findings presented here show the proportions who reported having been drunk more than 10 times.

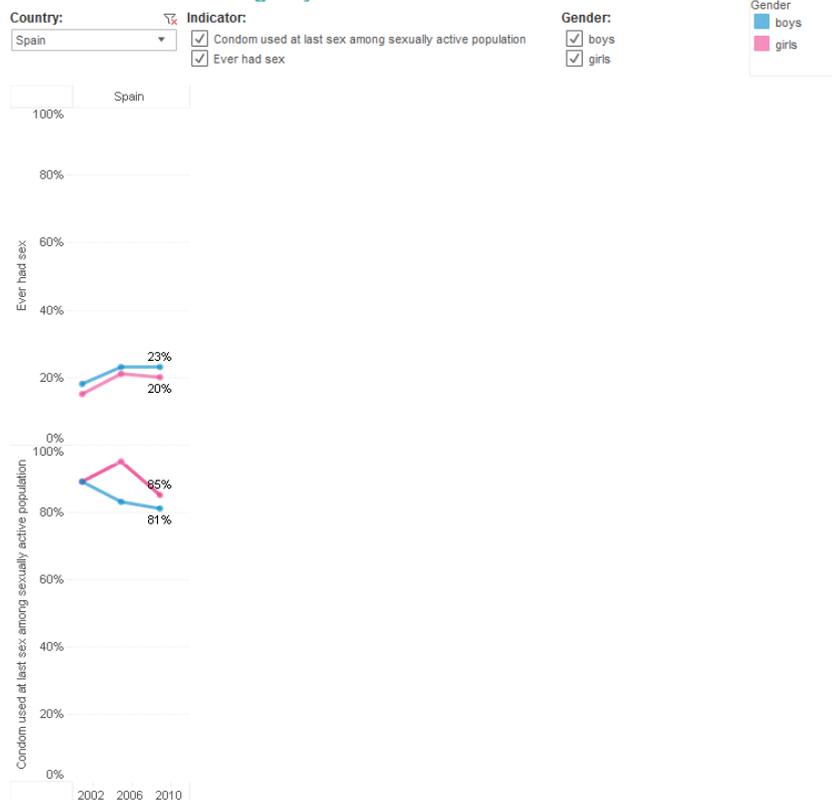
Age: 15

	1986		1990		1994		1998		2002		2006		2010	
	Boys	Girls												
Italy									5%	2%	6%	2%	4%	2%
Latvia			4%	0%	8%	2%	13%	3%	10%	3%	16%	7%	18%	7%
Lithuania					4%	1%	5%	3%	20%	8%	20%	8%	24%	10%
Luxembourg											9%	3%	5%	3%
Malta									5%	2%	2%	2%		
Netherlands									8%	2%	6%	2%	3%	1%
Norway					10%	7%	13%	12%	14%	12%	8%	8%	7%	6%
Northern Ireland					19%	12%	26%	18%						
Poland			3%	1%	7%	2%	11%	2%	10%	4%	14%	3%	11%	4%
Portugal							10%	2%	5%	2%	5%	2%	5%	2%
Romania											13%	2%	12%	2%
Russia					6%	1%	7%	3%	9%	3%	12%	6%	7%	4%
Scotland	14%	9%	13%	7%	20%	16%	20%	18%	15%	18%	16%	15%	16%	14%
Slovakia					11%	1%	9%	2%			14%	6%	13%	6%
Slovenia									16%	9%	14%	5%	16%	8%
Spain					5%	3%			7%	4%			10%	10%
Sweden	13%	7%	10%	7%	15%	10%	13%	11%	14%	10%	9%	7%	7%	6%
Switzerland							7%	2%	11%	5%	8%	3%	6%	3%
TFYR Macedonia									3%	0%	6%	2%	4%	1%
Ukraine									20%	6%	11%	3%	8%	3%
USA							13%	8%	14%	5%	7%	5%	5%	3%
Wales	20%	10%	20%	10%	25%	18%	31%	21%	18%	13%	17%	13%	12%	13%

Legend: Prevalence (Color scale from 0% to 31%)

Source: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). World Health Organization Collaborative Cross-national study. <http://www.hbsc.org>

Sexual behaviour among 15 year olds



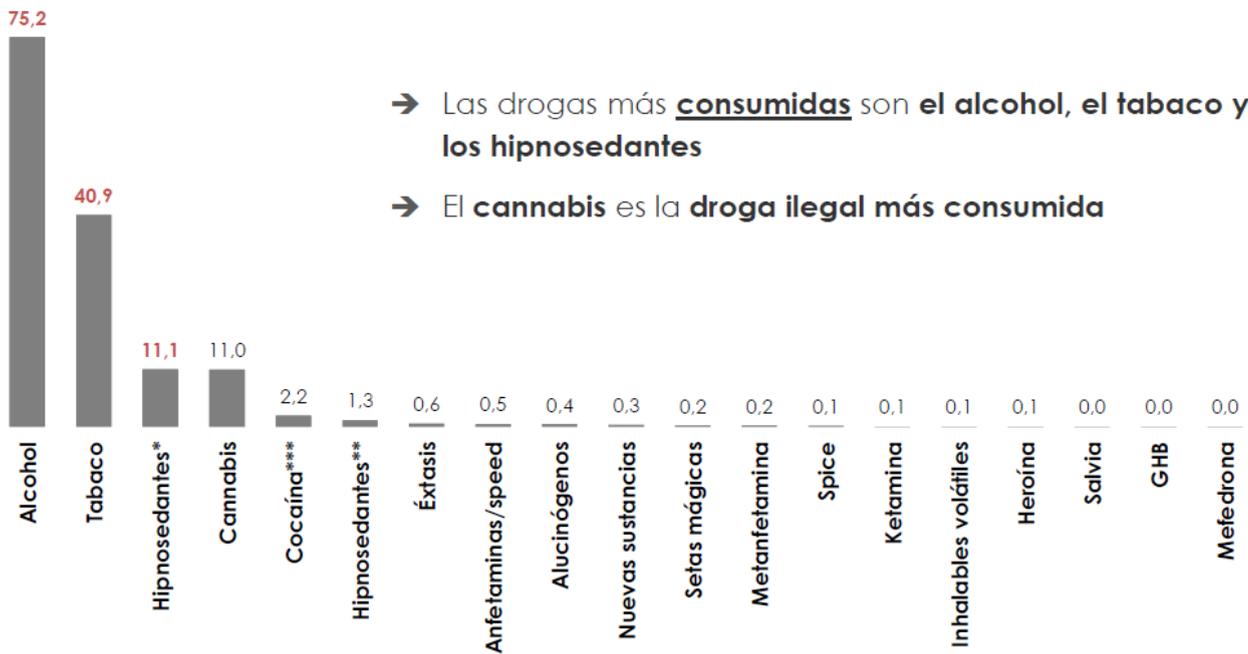
Source: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. World Health Organization <http://www.hbsc.org>



Consumo de drogas

Prevalencia de consumo (%).

Últimos 12 meses. Población 15-64 años



- Las drogas más **consumidas** son **el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes**
- El **cannabis** es la **droga ilegal más consumida**

* con o sin receta
 ** sin receta
 *** polvo y/o base

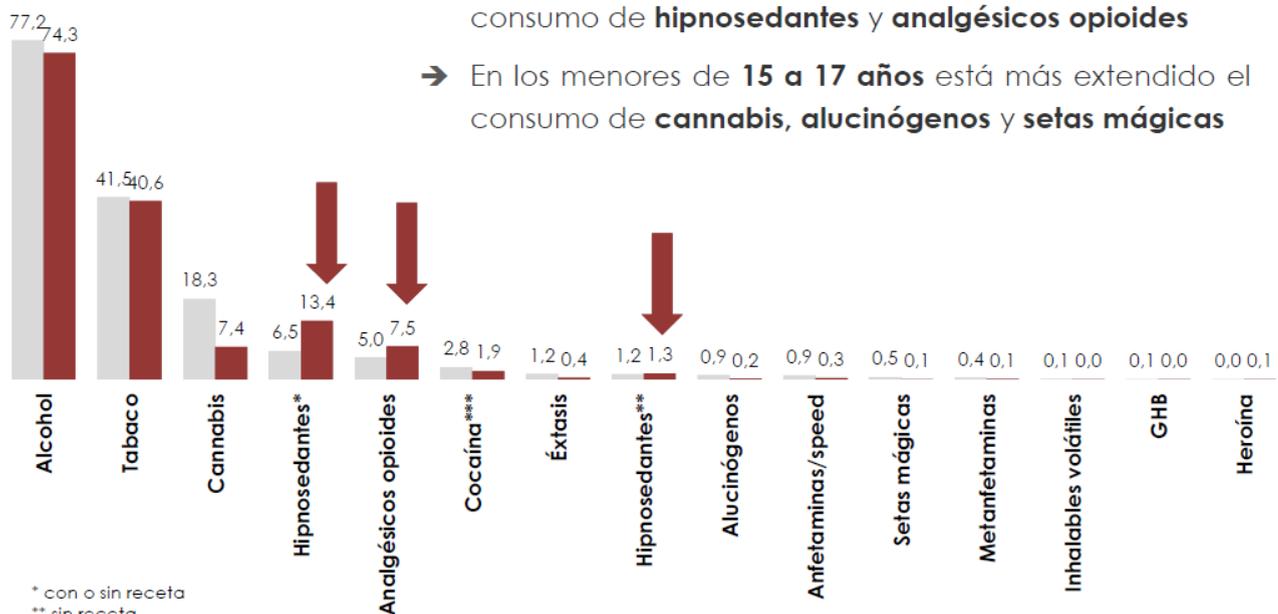
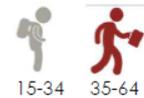
EDADES 2017/2018. OEDA. DGPNSD. MSCBS



Consumo de drogas

Prevalencia de consumo (%) por edad

Últimos 12 meses. Población 15-64 años



- En los mayores de **35 a 64 años** está más extendido el consumo de **hipnosedantes y analgésicos opioides**
- En los menores de **15 a 17 años** está más extendido el consumo de **cannabis, alucinógenos y setas mágicas**

* con o sin receta
 ** sin receta
 *** polvo y/o base

EDADES 2017/2018. OEDA. DGPNSD. MSCBS

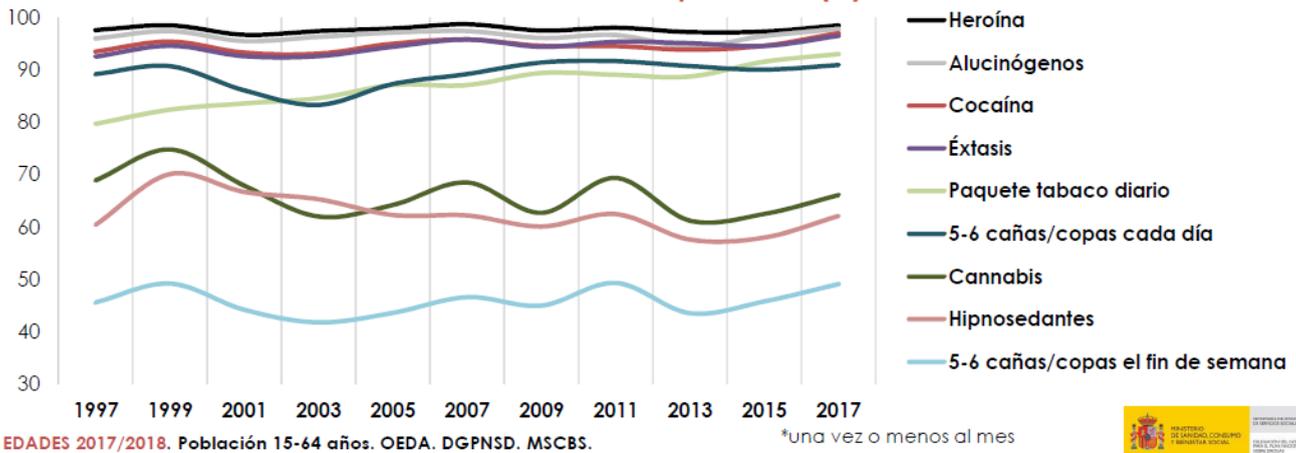




Riesgo percibido

- **Aumenta el riesgo percibido** ante el consumo de la mayoría de las drogas
- Mayor percepción de riesgo en las **mujeres**
- El **alcohol** es la sustancia que **se percibe** como **menos peligrosa**: Menos de la mitad de la población considera que **consumir 5-6 cañas/copas el fin de semana** causa muchos o bastantes problemas

Porcentaje que piensa que consumir cada sustancia (esporádicamente*) puede producir muchos/bastantes problemas (%)



EDADES 2017/2018. Población 15-64 años. OEDA. DGPNSD. MSCBS.

*una vez o menos al mes



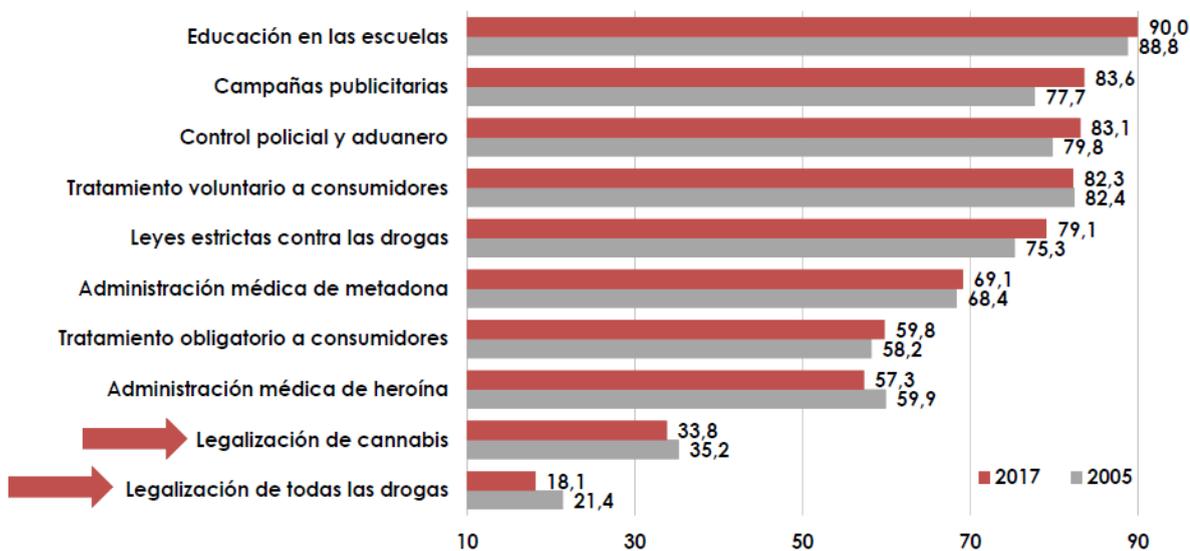
Acciones contra las drogas



Población 15-64 años

- La **legalización de las drogas** se encuentra entre las menos valoradas.

Porcentaje que considera importante cada medida para solucionar el problema de las drogas (%)



Legalización del cannabis (2015): 37,4%
 Legalización de todas las drogas (2015): 21,0%

EDADES 2017/2018. OEDA. DGPNSD. MSCBS



2.4. ASOCIACIÓN BIZIA

a) Les problématiques addictives de la population accueillie

Addiction aux substances : patients consommateurs ou poly-consommateurs de substances psychoactives de type alcool, tabac, opiacés, cocaïne/crack, cannabis, produits psychostimulants (Amphétamine, MDMA, métha-amphétamine, ...), médicaments psychotropes et/ou traitements de substitution détournés, etc., présentant une ou plusieurs addictions, et/ou des comorbidités psychiatriques et/ou infectieuses (VIH,VHC,etc.), et/ou des problématiques sociales associées.

Addiction sans substance : patients présentant une addiction à un comportement : addiction aux jeux d'argent et de hasard, addiction sexuelle, addiction aux jeux vidéo ou à internet, achats compulsifs, etc.

b) Le bilan d'activité 2014-2015-2016 des deux structures

CSAPA	2014	2015	2016
File active	Nombre de personnes vues au moins une fois : 721 (540H, 181F) Dont nombre de personne vus une seule fois : 77 Dont nombre de nouveaux patients : 279	Nombre de personnes vues au moins une fois : 774 (595H, 179F) Dont nombre de personne vus une seule fois : 83 Dont nombre de nouveaux patients : 307	Nombre de personnes vues au moins une fois : 869 (677H, 182F) Dont nombre de personne vus une seule fois : 109 Dont nombre de nouveaux patients : 325
Produit à l'origine de la prise en charge	Addiction avec substances : - Alcool : 16,5 % - Tabac : 4,5 % - Cannabis : 16,5 % - Opiacés : 43,8 % - Cocaïne/crack : 4,3 % - Amphétamine, ecstasy : 0,1 % - Médicaments psychotropes détournés : 0,8 % - Traitement de substitution détourné : 4,3 % - Autres produits : 1,7 % Addictions sans substance : - Addictions jeux d'argent et de hasard : 1,8 % - Cyberaddictions : 0,7 % - Addictions S sexuelles, achats compulsifs : 1,9 %	Addiction avec substances : - Alcool : 31,4 % - Tabac : 18 % - Cannabis : 22,1 % - Opiacés : 15 % - Cocaïne/crack : 6,3% - Amphétamine, ecstasy : 0,3 % - Médicaments psychotropes détournés : 1,0 % - Traitement de substitution détourné : 1,4 % - Autres produits : 0,1 % Addictions sans substance : - Addictions jeux d'argent et de hasard : 1,5 % - Cyberaddictions : 0,4 % - Addictions sexuelles, achats compulsifs : 2,6 %	Addiction avec substances : - Alcool : 31,6 % - Tabac : 18,3 % - Cannabis : 20,0 % - Opiacés : 15,9 % - Cocaïne/crack : 5,7 % - Amphétamine, ecstasy : 0,4 % - Médicaments psychotropes détournés : 0,4 % - Traitement de substitution détourné : 1,7 % - Autres produits : 0,5 % Addictions sans substance : - Addictions jeux d'argent et de hasard : 2,0 % - Cyberaddictions : 1,5 % - Addictions sexuelles, achats compulsifs : 2,1 %

Nombre de consultations avec les patients	- Médecins : 2999 - Psychiatres : 246 - Infirmiers : 11927 - Psychologues : 1291 - Educateurs spécialisés : 1023 -Evaluations (ASI, Mini) 351	- Médecins : 2979 - Psychiatres : 614 - Infirmiers : 12398 - Psychologues : 1636 - Educateurs spécialisés : 1377 -Evaluations (ASI, Mini) 333	- Médecins : 2854 - Psychiatres : 458 - Infirmiers : 9907 - Psychologues : 1768 - Educateurs spécialisés : 1413 -Evaluations (ASI, Mini) 378
Nombre de consultations avec les personnes de l'entourage	Aide à la parentalité : 199	Aide à la parentalité : 200	Aide à la parentalité : 227
Activité de groupe thérapeutique	- Groupe de parole : 2 Nombre de réunions 52 - Ateliers d'activité corporelle : 2 Nombre de réunions 24	- Groupe de parole : 2 Nombre de réunions 42 - Ateliers d'activité corporelle : 2 Nombre de réunions 6	- Groupe de parole : 3 Nombre de réunions 76 - Ateliers d'activité corporelle : 21 Nombre de réunions 7

CAARUD	2014	2015	2016
File active	Local Principal et antenne : - Nombre de personnes accueillies : 117 (91H, 26F) Dont nombre de nouvelles personnes : 24 Intervention en squat : Nombre de personnes rencontrées : 28	Local Principal et antenne : - Nombre de personnes accueillies : 124 (102H, 22F) - Dont nombre de nouvelles personnes : 21 Unité Mobile : -Nombre de personnes accueillies : 28 (16H, 12F) - Dont nombre de nouvelles personnes : 28 Intervention en squat : Nombre de personnes rencontrées : 28	Local Principal et antenne : - Nombre de personnes accueillies : 126 (108H, 18F) - Dont nombre de nouvelles personnes : 45 Unité Mobile : -Nombre de personnes accueillies : 36 (30H, 6F) - Dont nombre de nouvelles personnes : 31 Intervention en squat : Nombre de personnes rencontrées : 14
Nombre de passage/contacts	- Local Principal et antenne : 1470 - Intervention en squat : 89	- Local Principal et antenne : 1570 - Unité Mobile : 34 - Intervention en squat : 76	- Local Principal et antenne : 1470 - Unité Mobile : 56 - Intervention en squat : 56
Activités en milieu festifs	Nombre de passage : 4689 Nombre d'entretiens : 617	Nombre de passage : 3890 Nombre d'entretiens : 429	Nombre de passage : 4020 Nombre d'entretiens : 583

<p>Mise à disposition de matériels de réductions des risques et de prévention</p>	<p>Steribox® délivrés par les automates : 3415 Matériels délivrés par les équipes du CAARUD : - Steribox : 843 - Jetons pour automates : 244 - Seringues de couleur de 1CC : 450 - Stérifilt® : 820 - Stérimix® de couleur : 300 - Eau PPI : 250 - Tampons Alcoolisés : 400 - Roules ta paille : 38382 - Sérum physiologique : 885 - Feuilles aluminiums : 90 - Préservatifs (F/M) : 289/2430 - Gels lubrifiants : 4903 - Brochure et matériels d'information : 6863 Matériels délivrés par les 3 pharmacies partenaires : - Steribox® : 360 - Jetons : 110 - Brochures : 80 Récupérations de matériels usagés : - Nombre de seringues usagées récupérées : 8855 - Nombre de récupérateur de seringues : 120</p>	<p>Steribox® délivrés par les automates : 3634 Matériels délivrés par les équipes du CAARUD : - Steribox : 408 - Jetons pour automates : 350 - Seringues de couleur de 1CC : 1220 - Stérifilt® : 1340 - Stérimix® de couleur : 890 - Eau PPI : 1320 - Tampons Alcoolisés : 1000 - Roules ta paille : 26400 - Sérum physiologique : 1146 - Feuilles aluminiums : 190 - Préservatifs (F/M) : 467/14580 - Gels lubrifiants : 4346 - Brochure et matériels d'information : 14590 Matériels délivrés par les 3 pharmacies partenaires : - Steribox® : 440 - Jetons : 190 - Brochures : 130 Récupérations de matériels usagés : - Nombre de seringues usagées récupérées : 9075 - Nombre de récupérateur de seringues : 145</p>	<p>Steribox® délivrés par les automates : 4521 Matériels délivrés par les équipes du CAARUD : - Steribox : 371 - Jetons pour automates : 380 - Seringues de couleur de 1CC : 1804 - Stérifilt® : 1015 - Stérimix® de couleur : 800 - Eau PPI : 608 - Tampons Alcoolisés : 2500 - Roules ta paille : 25480 - Sérum physiologique : 1532 - Feuilles aluminiums : 880 - Pipes à crack : 50 - Préservatifs (F/M) : 684/18790 - Gels lubrifiants : 4278 - Brochure et matériels d'information : 13080 Matériels délivrés par les 3 pharmacies partenaires : - Steribox® : 720 - Jetons : 160 - Brochures : 120 Récupérations de matériels usagés : - Nombre de seringues usagées récupérées : 11880 - Nombre de récupérateur de seringues : 133</p>
---	---	--	--

2.5. ASSOCIATION ANPAA 31

LES CONDUITES ADDICTIVES EN MIDI PYRÉNÉES en 2016

ALCOOL

54% des 11 ans ont déjà expérimenté l'alcool	15% chez les 17 ans de consommateurs réguliers	22% de jeunes de 17 ans s'enivrent plusieurs fois par mois
30% des 18-75 ans ont une consommation d'alcool à risque ponctuel	11% des 18-75 ans présente un risque chronique ou de dépendance	
223 accidents corporels de la route liés à l'alcool en 2014	44 accidents mortels de la route liés à l'alcool en 2014	639 décès imputables aux principales pathologies liées à l'alcool

CANNABIS

14,5 ans est l'âge moyen du début des consommations	24% des collégiens ont expérimenté le cannabis en Midi-Pyrénées	50% des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis en Midi-Pyrénées
12% des jeunes de 17 ans consomment régulièrement du cannabis en Midi-Pyrénées (16% chez les garçons, 7% chez les filles)		5 euros le prix du gramme de résine de cannabis

TABAC

33% des collégiens ont déjà expérimenté le tabac	37% des jeunes de 17 ans ont un usage quotidien	4150 décès par an en lien avec le tabac en Midi-Pyrénées
12 points de diminution concernant l'expérimentation du tabac à 17 ans en Midi-Pyrénées ces 10 dernières années		850 décès prématurés par an en Midi-Pyrénées

Chez les jeunes, la progression des usages de tabac, d'alcool et de cannabis est progressive tout au long de la période de l'adolescence. En moyenne, c'est aux âges de 14 et 15 ans, aux alentours de la 3^{ème}, que les expérimentations se transforment en usages répétés et/ou réguliers, que ce soit pour le tabac, l'alcool, les ivresses et le cannabis. Notons qu'au-delà des moyennes, des consommations à risques peuvent s'initier plus tôt. Même si elles ne sont pas majoritaires, elles préoccupent à juste titre les professionnels de terrain.

Midi Pyrénées est une région où historiquement les jeunes déclarent des niveaux d'usages supérieurs à la moyenne nationale. Les dernières données disponibles et présentées dans ce rapport confirment que sur plusieurs indicateurs notre « ancienne » région continue à se distinguer. Si ceci est plus net à 17 ans qu'au collège, les jeunes de Midi Pyrénées sont clairement plus nombreux à déclarer des API (au moins 5 verres en 1 occasion), des usages quotidiens de tabac et des usages réguliers de cannabis.

Évènements fâcheux imputables à l'alcool chez les jeunes :

Type	Sexe		Filière	
	Garçons	Filles	LGT	LP
Accident ou blessure	18	11 ^{NS}	12	18 [*]
Une bagarre	17	8 ^{NS}	7	24 ^{NS}
Rapport non protégé	13	12 ^{NS}	10	18 ^{NS}
Mauvaises notes	10	10 ^{NS}	8	13 ^{NS}
Rapport regretté	12	7 [*]	7	14 ^{NS}
Problème/amis	10	9 ^{NS}	8	14 ^{NS}
Problème/parents	8	5 ^{NS}	5	8 ^{NS}
Problème/police	5	3 [*]	2	7 ^{NS}
Victime de vol	5	3 [*]	4	4 ^{NS}
Hospitalisé/urgences	2	3 ^{NS}	2	4 ^{NS}
Au moins un des événements ci-dessus	46	34 ^{NS}	33	55 ^{NS}

NS : statistiquement non significatif
 LGT : lycée général ou technologique
 LP : lycée professionnel

L'environnement social des lycéens et l'alcool:

Considérations sur la famille et les amis (en %)

Type d'évènement	Sexe		Filière		Ensemble des lycéens
	G	F	LGT	LP	
Vos frères et sœurs boivent de l'alcool	78	80 ^{NS}	83	71 ^{NS}	79
Vos frères et sœurs se saoulent	49	51 ^{NS}	56	41 ^{NS}	50
Beaucoup voire tous vos amis boivent de l'alcool	90	85 [*]	89	82 ^{NS}	87
Beaucoup voire tous vos amis se saoulent	68	61 [*]	66	62 ^{NS}	64

NS : statistiquement non significatif
 G : garçons ; F : filles
 LGT : lycée général ou technologique
 LP : lycée professionnel

Perception des risques :

La représentation du risque lié à l'alcool montre des résultats dans le sens des précédents, avec des différences importantes en faveur d'une sous-estimation par les garçons et par les lycéens des lycées professionnels. D'une manière générale, environ un quart de notre population voit la consommation quotidienne comme dangereuse, contre trois quarts pour la consommation quotidienne d'au moins 4 verres, et un tiers pour la consommation ponctuelle d'au moins 5 verres, pratique qui n'a pas fait l'objet de campagnes d'information nationales jusqu'à présent.

Chez les adultes :

Chez les adultes, soulignons la diminution importante de la consommation quotidienne d'alcool, chez les hommes comme chez les femmes durant la dernière décennie. Cet indicateur mis en perspective avec la hausse des usages ponctuels (ivresses) est la preuve d'une transformation des pratiques en ce qui concerne l'alcool. Ce phénomène, décrit chez les adolescents au milieu des années 2000, est aujourd'hui inscrit dans les pratiques de consommation des adultes et plus

particulièrement pour les 18 et 35 ans. Soulignons que les modes de consommation d'alcool ont toujours été très différenciés selon le sexe. Toutefois, l'émergence de ces alcoolisations ponctuelles change cet état de fait. Une grande proportion de femmes sont aujourd'hui concernées par ce type de consommation. Face à cela, de nouvelles politiques publiques doivent être renforcées afin que ces usagers soient en capacité d'identifier les risques et les dommages potentiels. Ceux-ci, relevant plus de l'ordre de pathologies somatiques que de dépendance, sont souvent sous-estimés. Si les normes en termes de risques routiers sont perçues et souvent transgressées, il n'en est rien des dommages hépatiques, neurologiques ou cardiovasculaires.

Pour les plus de 18 ans, les prévalences d'usage de tabac semblent stables malgré l'émergence de la cigarette électronique qui fait aujourd'hui partie du paysage pour les usagers de nicotine.

Le cannabis est le seul produit illicite dont la dimension est quantifiable par les études épidémiologiques. Les dernières données disponibles laissent à penser que la consommation de cannabis n'a jamais été aussi importante. Toutefois, comme pour les alcoolisations ponctuelles, la consommation de cannabis concerne plus particulièrement les 18-35 ans témoignant d'une particularité générationnelle. Issue de la modification des pratiques de consommation des « drogues » au milieu des années 2000, il apparaît clairement qu'elle perdure à l'âge adulte. Notons que les niveaux de demandes de prises en charge ne sont pas proportionnelle à la hausse des niveaux d'usage. Cet aspect interroge sur la réalité des dommages en lien avec les consommations, sur la capacité des usagers à se définir en situation problématique et sur la capacité du dispositif à proposer des offres de réduction des risques et d'accompagnement. Sur ce dernier point, le contexte législatif français mériterait d'être réellement interrogé.

Autres drogues :

A la différence des produits licites et du cannabis, les enquêtes épidémiologiques ne permettent pas de décrire le phénomène. Seuls les éléments d'expérimentation peuvent être documentés que par les méthodologies quantitatives, les usages actuels et réguliers sont si peu développés qu'ils ne sont pas quantifiables.

Tableau 5 - Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans

	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac	Médicaments psychotropes*
Expérimentateurs**	17 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M	16 M
Dont usagers dans l'année**	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M	11 M
Dont usagers réguliers**	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M	//
Dont usagers quotidiens**	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M	//

Sources : Baromètre santé 2014 (Inpes), ESCAPAD 2014 (OFDT), HBSC 2010 (service médical du rectorat de Toulouse)

// = non disponible

* pour les médicaments psychotropes, il s'agit de données concernant les 18-75 ans en 2010.

Le nombre des 11-75 ans en 2014 est d'environ 50 millions. Ces chiffres donnent un ordre de grandeur. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 17,0 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 16,5 et 17,5 millions.

** Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

Usage dans l'année ou usage actuel : consommation au moins une fois au cours de l'année.

Usage régulier : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabac quotidien et au moins dix consommations de cannabis au cours du mois.

Usage quotidien : au moins une fois par jour.

PRATIQUES LOCALES REPÉRÉES :

Nos préoccupations observées sur le terrain chez les jeunes :

- Usage de cannabis en famille (Ariège) : initiation parents / enfants
- Représentations et banalisation de l'usage de cannabis : « *c'est bio !* »
- Accessibilité des produits à la frontière
- Difficulté de compréhension de la loi : France / Espagne
- Usage d'alcool culturel : milieu rural, festif, ...
- Défaut d'information et prises de risques en lien avec les sexualités
- Usages et pratiques festives
- Usages des publics « saisonniers » dans les stations de ski (précarité des professionnels)

Les conduites addictives: De la prévention... au soin.

Association loi 1901 reconnue d'utilité publique (décret du 5 février 1880) et agréée d'éducation populaire (arrêté du 6 mai 1974) implantée sur l'ensemble du territoire national avec 22 directions régionales coordonnées par son siège national.

Dans le cadre de ses missions, L'ANPAA gère :

- Des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dans 70 départements
- 10 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) dans 11 départements
 - 74 places en soins résidentiels dont 48 d'appartements de coordination thérapeutique et 12 en centre thérapeutique résidentiel
- Des points d'accueil écoute jeunes dans 2 départements et 2 maisons des adolescents

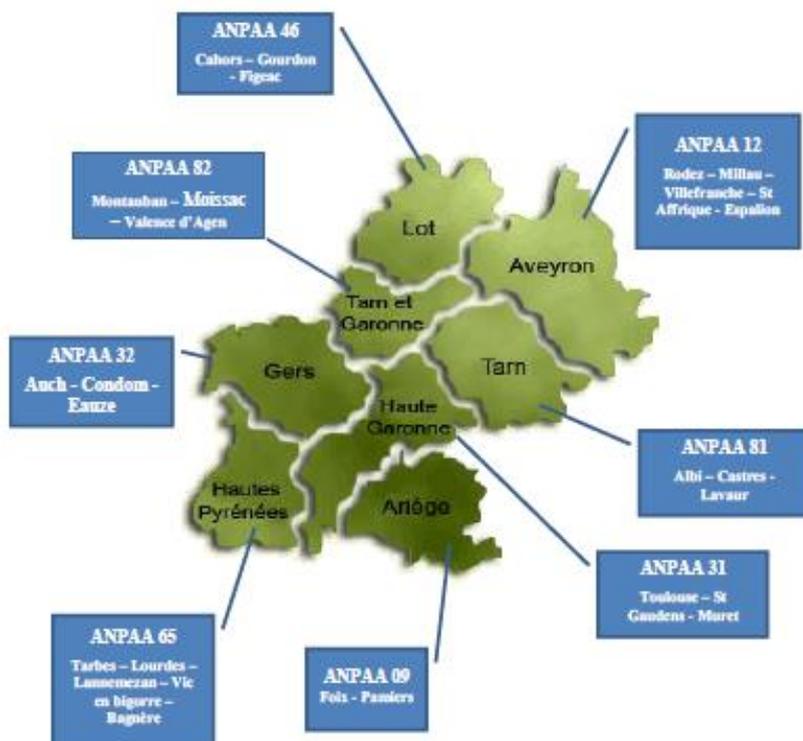
1575 salariés: animateurs(trices) de prévention, éducateurs (trices) , psychologue, infirmiers(ières), CESF, assistant(e)s sociales, secrétaires, médecins etc....

900 bénévoles

L'ANPAA inscrit ses actions dans le continuum de la promotion de la santé :

- Eduquer pour développer les savoir, savoir-faire, savoir-être et ainsi renforcer les compétences psychosociales
- Former et conseiller les acteurs, professionnels, futurs professionnels et bénévoles
- Prévenir pour réduire, retarder, éviter les risques
- Repérer pour agir le plus précocement possible
- Accompagner et soigner pour réduire les dommages
- Protéger pour concourir à un environnement favorable à la santé

8 établissements offrant des prestations médico-sociales, de prévention et de formation



L'ANPAA MIDI PYRÉNÉES :

Acteur de prévention et de formation en addictologie

ANPAA : des actions de prévention sur tout le territoire

- Auprès des individus tout au long de leur parcours de vie, dans tous les milieux et auprès des populations à vulnérabilité spécifique tels que *les personnes en situation de précarité ou placées sous main de justice*
- Auprès des professionnels relais et personnes « en première ligne » :
Parents, éducateurs, médecins, etc. pour former et les sensibiliser au repérage précoce et à l'orientation
- Education par les pairs

L'ANPAA Midi Pyrénées c'est :

- ✓ 20.892 personnes sensibilisées dans le cadre de programmes et actions de prévention :
notamment 14.320 jeunes en milieu scolaire, 1082 jeunes milieu hors scolaire, 2125

personnes dans le champ de la précarité, 3365 personnes sensibilisées dans un cadre festif.

- ✓ 507 jeunes professionnels du champ socio éducatif sensibilisés à l'addictologie

Acteur d'accompagnement et de soin

L'ANPAA Midi Pyrénées, c'est 8 CSAPA répartis sur chaque département.

La mission de « soin » relève de l'objectif général de « santé », conjugaison :

Du « cure » (soigner au sens sanitaire)

Et de « care » (prendre soin au sens accompagner, dans les dimensions psychologiques et socio éducatives).

CSAPA : 4803 personnes accompagnées, dont 6% sont les personnes de l'entourage.

23536 consultations individuelles dont 36% médicales, 22% avec des psychologues, 22% avec des professionnel-le-s socio éducatif-ve-s, 20% avec des infirmier-e-s

Parmi les personnes consultant pour leurs problématiques addictives :

- ✓ 46% de nouveaux bénéficiaires en 2015
- ✓ 22% de femmes
- ✓ 12% de moins de 25ans et 28% de plus de 50 ans
- ✓ 87% ont un logement durable et 48% un revenu issu de l'emploi
- ✓ 37% consultent de leur propre initiative ou à la demande d'un proche et
- ✓ 32% sont orientés par la justice
- ✓ 71% ont pour addiction à l'origine de leur accompagnement l'alcool, premier produit dommageable en France en termes de risques sociaux et sanitaires

20 groupes à visée thérapeutique :

- ✓ 7 groupes de parole pour les personnes en difficulté avec leurs conduites addictives, les conjoints ou les enfants de parents en difficulté
- ✓ 4 groupe d'information (éducation pour la santé, éducation thérapeutique)
- ✓ 4 activités artistique et d'expression (théâtre, peinture, écriture, etc...)
- ✓ 5 activités corporelles

L'ANPAA 09/31 :

ANPAA 31

27 rue Bayard

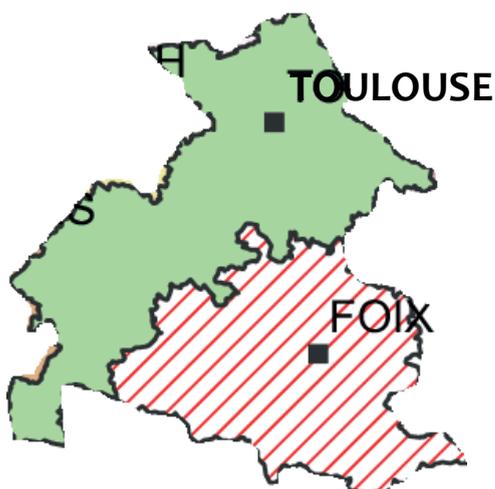
31000, **TOULOUSE**

05 61 62 14 26

anpaa31@anpaa.asso.fr

+ *Permanences* à:

REVEL



Antenne de MURET

S.I.E.M.T

12, av du Président Vincent Auriol,

31600, **MURET**

05 61 62 14 26

anpaa31@anpaa.asso.fr

Antenne de SAINT-GAUDENS

Centre d'Addictologie

Square Saint-Jean,

31800, **SAINT-GAUDENS**

05 61 88 11 73

csapa.saintgaudens@anpaa.asso.fr

+ *Permanences* à:

Hôpital de Saint-Gaudens

LUCHON

ANPAA 09

6 cours irénée Cros

09000, **FOIX**

05 34 09 84 50

anpaa09@anpaa.asso.fr

+ *Permanences* à:

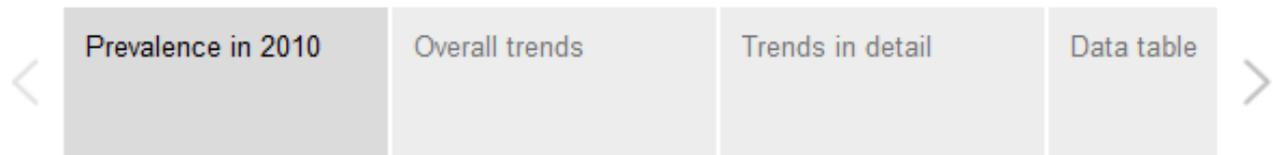
PAMIER

SAINT-GIRONS

2.6. FRANCE DATA

Weekly smoking among 15 year olds in Europe

Young people were asked how often they smoke tobacco. Response options ranged from "I do not smoke" to "every day". The findings presented here are the proportion who reported smoking at least once a week.

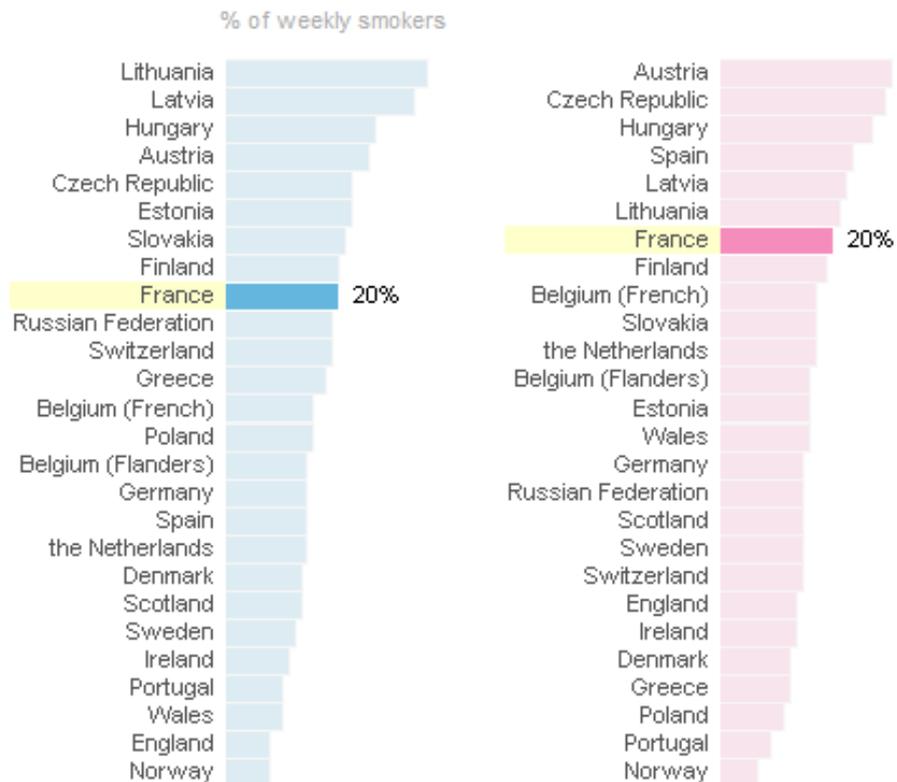


Click below to filter charts by European area:

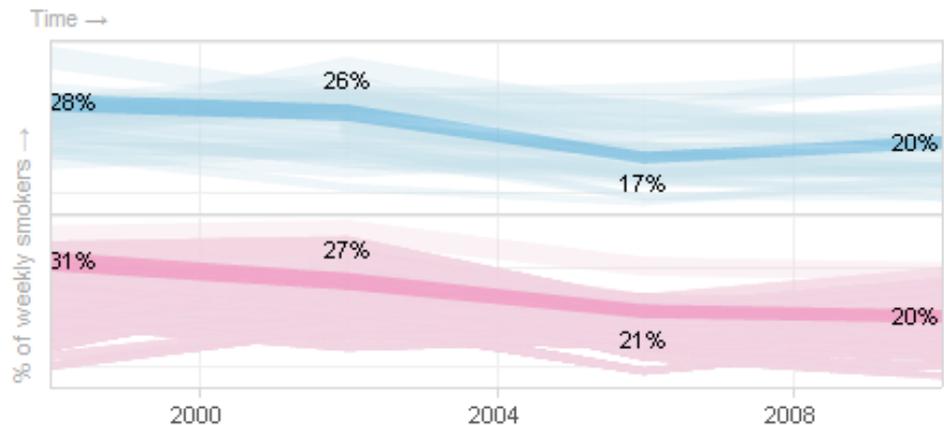
- East
- North
- South
- West

Hover over bars to highlight country data and reveal labels

Prevalence of weekly smoking in 2010



Overview of national trends



Legend

- Gender
- boys
 - girls

Source: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. World Health Organization

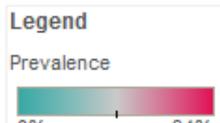
Trends in regular drunkenness among young people

Young people were asked whether they had ever had so much alcohol that they were "really drunk". Response options range from "no, never" to "yes, more than 10 times". The findings presented here show the proportions who reported having been drunk more than 10 times.

Age

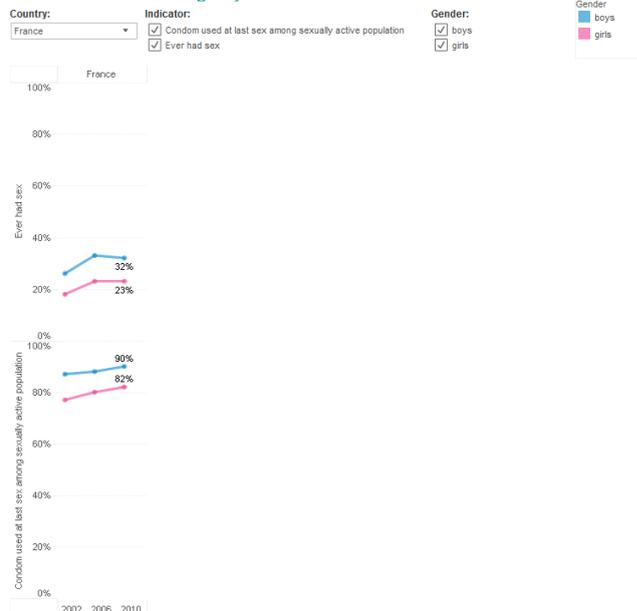
15

	1986		1990		1994		1998		2002		2006		2010	
	Boys	Girls												
Armenia													8%	1%
Austria			8%	4%	12%	6%	14%	8%	9%	6%	15%	7%	12%	6%
Belgium (Flemish)					7%	1%	7%	2%	9%	3%	9%	3%	7%	3%
Belgium (French)	7%	1%	4%	1%	6%	2%	14%	7%	10%	3%	8%	3%	7%	4%
Bulgaria											20%	9%		
Canada			20%	13%	14%	12%	17%	13%	18%	10%	11%	8%	9%	8%
Croatia									13%	4%	17%	6%	15%	4%
Czech Republic					9%	3%	7%	2%	9%	5%	8%	4%	13%	6%
Denmark					24%	21%	32%	25%	34%	25%	24%	18%	20%	19%
England							22%	15%	21%	18%	13%	13%	10%	8%
Estonia					6%	1%	12%	4%	25%	9%	21%	8%	15%	9%
Finland	16%	9%	23%	17%	21%	12%	20%	18%	18%	19%	18%	14%	13%	14%
France					6%	1%	7%	2%	4%	2%	7%	2%	7%	2%
Germany					7%	4%	11%	6%	16%	6%	9%	5%	7%	4%
Greece							5%	2%	4%	1%	4%	1%	5%	2%
Greenland					17%	11%	20%	18%	23%	13%	8%	10%	16%	16%
Hungary	4%	1%	8%	1%	11%	3%	13%	4%	15%	5%	14%	6%	19%	7%
Iceland											11%	9%	4%	4%
Ireland							17%	5%	11%	6%	12%	9%	9%	5%
Israel					1%	1%	3%	1%	4%	2%	5%	2%	6%	1%
Italy									5%	2%	6%	2%	4%	2%
Latvia			4%	0%	8%	2%	13%	3%	10%	3%	16%	7%	18%	7%



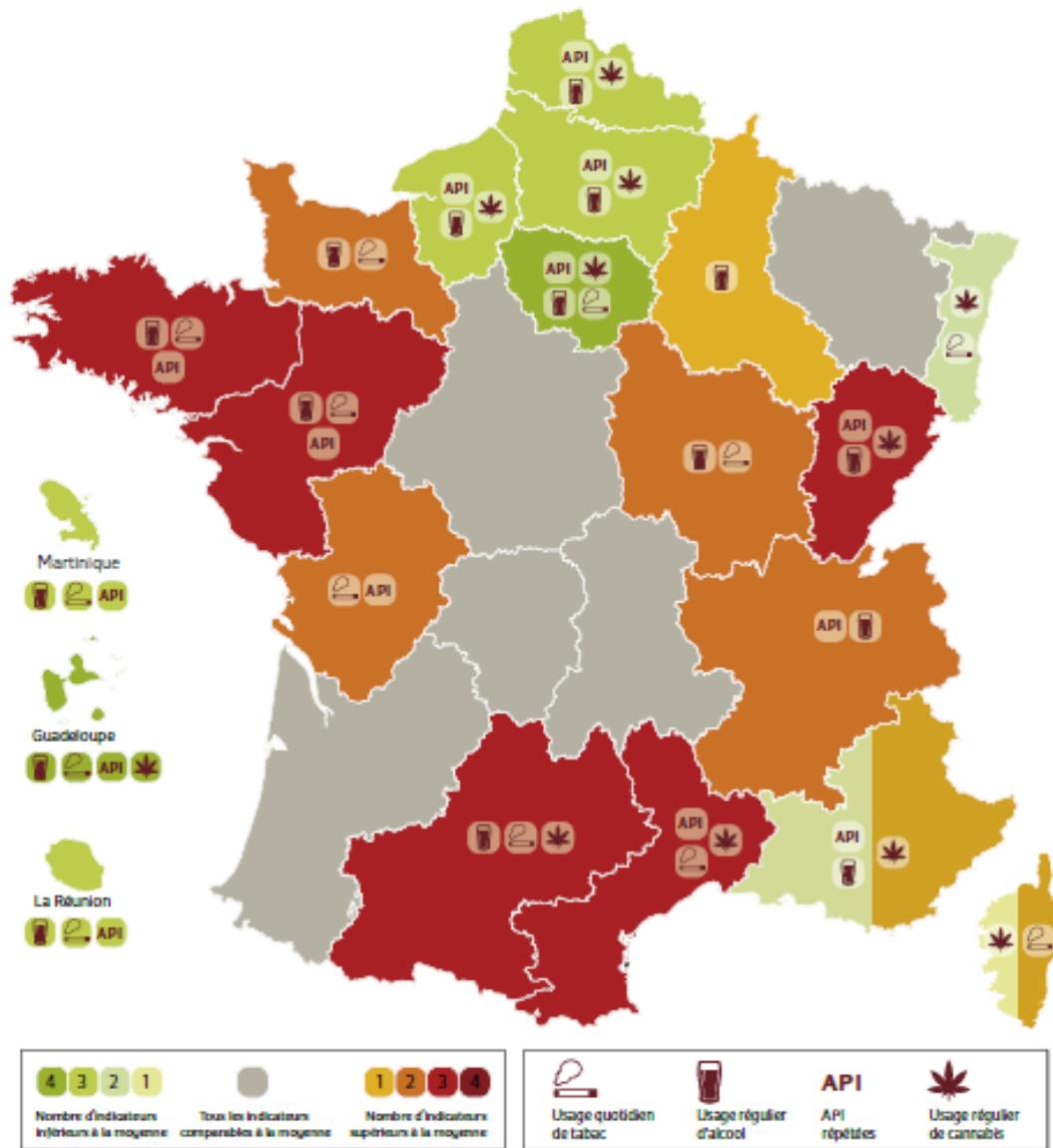
Source: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). World Health Organization Collaborative Cross-national study. <http://www.hbsc.org>

Sexual behaviour among 15 year olds



CONSOMMATIONS CHEZ LES JEUNES FRANCE:

Synthèse des quatre indicateurs d'usages réguliers : tabac, alcool, cannabis et API répétées, à 17 ans en 2014



Exemple de lecture : la Corse associe un usage de cannabis inférieur à la moyenne nationale et un usage de tabac supérieur.

Source : Enquête ESCAPAD 2014, exploitation régionale, OFDT.

Tableau 1. Les niveaux d'usage de substances psychoactives en métropole par sexe à 17 ans en 2017 et leur évolution par rapport à 2014 (%)

Produit	Usage	Garçons 2017	Filles 2017	Sex ratio	Ensemble 2017	Ensemble 2014	Évolution (en points)	Évolution (en %)
Tabac	Expérimentation	58,1	59,9	0,97 ***	59,0	68,4 ***	-9,4	-13,8
	Quotidien (au moins 1 cig/jour)	26,3	23,8	1,11 ***	25,1	32,4 ***	-7,4	-22,7
	Intensif (plus de 10 cig/jour)	6,5	3,9	1,68 ***	5,2	7,7 ***	-2,5	-32,2
Alcool	Expérimentation	86,6	84,6	1,02 ***	85,7	89,3 ***	-3,6	-4,1
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	12,0	4,6	2,62 ***	8,4	12,3 ***	-3,8	-31,3
	Alcoolisation ponctuelle importante (API) répétée (au moins 3 fois dans le mois)	21,7	10,9	1,99 ***	16,4	21,8 ***	-5,4	-24,7
Cannabis	Expérimentation	41,8	36,3	1,15 ***	39,1	47,8 ***	-8,7	-18,3
	Régulier (au moins 10 usages dans le mois)	9,7	4,5	2,17 ***	7,2	9,2 ***	-2,0	-21,7
Autres drogues illicites	Expérimentation d'au moins une drogue illicite autre que le cannabis	7,9	5,6	1,40 ***	6,8	8,8 ***	-2,0	-23,2
	Expérimentation MDMA/ecstasy	3,9	2,8	1,41 ***	3,4	3,8 **	-0,5	-12,0
	Expérimentation Champignons hallucinogènes	3,6	1,9	1,88 ***	2,8	3,8 ***	-1,0	-27,0
	Expérimentation Cocaine	3,1	2,4	1,26 ***	2,8	3,2 **	-0,5	-15,1
	Expérimentation Amphétamines	2,9	1,8	1,60 ***	2,3	2,8 ***	-0,5	-16,5

Source : enquête ESCAPAD 2017

3. BONNES PRATIQUES ET RESSOURCES DISPONIBLES:

3.1. GOUVERNEMENT DE LA RIOJA

Programmes et performances

Bureau d'information et de conseil: Attention, information, orientation et conseils aux citoyens concernant la toxicomanie et les autres dépendances (tabac, alcool et autres dépendances)

Aide et subventions: Gestion des subventions aux entreprises locales et autres entités pour la réalisation de programmes de prévention de la toxicomanie.

Observatoire des drogues de Riojan: collecte d'informations, préparation d'études, élaboration d'indicateurs.

Actions de prévention de la toxicomanie et d'autres dépendances: développement de programmes spécifiques de prévention et de prise en charge de la toxicomanie dans différents domaines de prévention (famille, travail, éducation, etc.). Conseil, supervision et coordination des programmes et actions menés dans la communauté autonome (réseau de santé mentale, entreprises locales (plans de lutte contre la toxicomanie) et ONG)

Le service sur le web

- www.infodrogas.org: Page d'information et de prévention sur les drogues. Cette page est mise à jour périodiquement, étant dans la phase de révision de son contenu.
- <http://manoamano.riojasalud.es>: Programme de prévention et d'assistance en matière de toxicomanie sur le lieu de travail.

L'activité dans les réseaux sociaux en 2017 était la suivante:

- <http://twitter.com/infodrogas> : 2 778 abonnés
- <http://www.facebook.com/infodrogas> : 941 «J'aime», soit une augmentation de 111 entrées par rapport à l'année précédente, 2016.

Bonnes pratiques dans le secteur et inventaire des ressources disponibles

Programmes existants en matière de prévention et de réduction des risques liés à l'alcool et à d'autres substances sur le territoire. Il est important d'en inclure une évaluation, synthétisée dans une analyse SWOT, afin d'identifier les éléments à exploiter ou de les écarter et de proposer des synergies possibles.

Huit municipalités de La Rioja ont des plans municipaux de lutte contre la toxicomanie, dont certaines disposent de ressources spécifiques en matière de toxicomanie.

Le réseau public de soins est mis en place dans des centres ou des unités de santé mentale et de comportements addictifs lorsqu'une évaluation, un diagnostic et un traitement ambulatoire sont nécessaires. D'autre part, l'Hôpital de La Rioja dispose de lits pour l'admission et les soins actifs sont assurés par le service des urgences de l'hôpital San Pedro.

Le réseau privé d'attention à la toxicomanie, à l'alcoolisme et au tabagisme est constitué d'associations à but non lucratif qui offrent un large éventail de services, allant de la communauté thérapeutique aux soins ambulatoires, en passant par les activités d'information, d'orientation et de prévention. Ils agissent principalement avec des accords ou des subventions du gouvernement de La Rioja.

Les bureaux de pharmacie agréés agissent dans le cadre du réseau d'assistance pour la toxicomanie, par le biais de l'exécution du programme de substitution aux opioïdes.

Administration Local

- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Alfaro](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Arnedo](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Calahorra](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Haro](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Logroño](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Nájera](#)
- [Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Rincón de Soto](#)

SERVICIOS ASISTENTIELES

Centres Ambulatoires

- [Unidades de Salud Mental y Conductas Adictivas - C. S. Espartero](#)
- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas - C. S. Siete Infantes de Lara](#)
- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Alta - C. S. de Nájera](#)
- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Alta - C.S. de Haro](#)
- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Alta - C.S. de Sto. Domingo](#)
- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Baja - C.S. de Calahorra](#)
- [Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Baja - C.S. de Arnedo](#)

Services de urgences

- [Hospital San Pedro](#)
- [Urgencias Sanitarias de Atención Primaria](#)
- [Fundación Hospital Calahorra](#)

Unites Hospitalaires

- [Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría](#)
- [Unidad de Hospitalización Media Estancia y Rehabilitación](#)
- Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

Programmes spécifiques des unités de santé mentale et de comportement addictif

- [Programa de Psicoestimulantes](#)
- [Programa de alcohol y ludopatías](#)
- [Programa de Opiáceos](#)

Subprogrammes de la distribution de méthadone

- [Centro de Salud de Haro](#)
- [Centro de Salud de Calahorra](#)
- [Centro de Salud de Alfaro](#)
- [Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas de Drogas \(A.R.A.D.\)](#)

Autres entités et programmes d'attention aux comportements de dépendance

- [Asociación Riojana para la Atención a personas con problemas de Drogas \(A.R.A.D.\)](#)
- [Proyecto Hombre](#)
- [Cruz Roja](#)
- [Federación de Asociaciones de Alcohólicos en Rehabilitación de La Rioja \(FRAAR\)](#)
 - [Asociación Riojana de Alcohólicos Rehabilitados \(ARAR\)](#)
 - [Grupo de Alcohólicos en Rehabilitación de Valvanera \(GARVA\)](#)
 - [Asociación Riojana de adicciones y rehabilitación de Nájera \(ARARNA\)](#)
- [Alcohólicos Anónimos. Agrupación Riojana](#)
- [Asociación Española Contra el Cáncer \(AECC\)](#)
- [Asociación Riojana de Jugadores de Azar \(ARJA\)](#)

Accords (2017): Arnedo, Alfaro, Calahorra, Haro, Rincon de Soto

Subventions (2017): Nalda, Autol, Albelda de Iregua, Villamediana de Iregua, Aldeanueva de Ebro, Saint-Domingue de la Calzada, Pradejón

Agir avec des médiateurs:

- Mairie de Logroño: offre des modules de formation aux médiateurs en prévention de la toxicomanie, en promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine, en éducation sexuelle émotionnelle, en utilisation appropriée des réseaux sociaux et des TIC, en éducation émotionnelle,

en gestion et en intervention de harcèlement par les pairs.

<http://www.logrosaludable.es/112781580>

Destinataires: Personnes en contact avec la population immigrée, personnel lié aux groupes de jeunes des programmes municipaux, étudiants du cycle de formation en intégration sociale et en animation socioculturelle, enseignants, personnes qui développent ou développeront des activités éducatives dans des contextes non formels à l'avenir

- Mairie de Pradejón

- Versus

Performance dans le contexte des loisirs et du temps libre

- Mairie de Logroño (X fin es sábado)

Dans la Gota de Leche, des installations, du matériel et des conseils pour la création audiovisuelle.

Contexte antécédent: Drojnet et Drojnet 2

- Importance d'être "à jour" lors de l'utilisation des TIC

- Difficulté à maintenir la continuité, même dans la même action de projet (concours)

- La présence d'éducateurs dans le domaine des fêtes est bien reçue, mais elle est davantage valorisée lorsqu'il y a continuité. L'accès aux chamizos est plus difficile.

- Il est nécessaire que les adolescents s'ouvrent ouvertement et sans procès avec des adultes pour satisfaire leurs demandes.

DAFO:

MUNICIPAL		
	ASPECTS NEGATIFS	ASPECTS POSITIVES
<p>ORIGINE INTERNE</p>	<p><u>FAIBLESSES (CARACTÉRISTIQUES ET LIMITATIONS FAVORABLES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à effectuer une évaluation systématique de l'efficacité / efficacité préventive des actions municipales. - Il n'y a pas de coordination de collaboration efficace avec la ville de Logroño, qui est la commune qui contribue le plus dans ce domaine. - Difficultés pour unifier les critères de planification, de gestion et d'évaluation avec les municipalités. À cet égard, les instruments de coordination sont jusqu'à présent inopérants (commission des plans municipaux, conseils de la santé, etc.). - Le réseau de techniciens d'intervention en toxicomanie créé depuis 2000 est asymétrique et orienté vers La Rioja Baja. - En pratique, il n'a pas été possible d'impliquer la Sierra dans des actions préventives. Les facteurs de déficit et le vieillissement de la population dans cette zone peuvent l'avoir influencé, de même que le manque d'informations sur ce qui se passe réellement dans leurs municipalités. - Le budget régional pour les actions municipales a été progressivement réduit ces dernières années à des niveaux critiques et peu opérationnel. 	<p><u>FORCES (CARACTÉRISTIQUES ET COMPÉTENCES FAVORABLES PROPRES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Depuis 1997, une ligne de subventions et d'accords de collaboration avec certaines municipalités a été encouragée. Cependant, vous devriez réfléchir à ces ressources en fonction de votre opportunité, de votre besoin actuel, de votre concentration, de votre réponse aux demandes ... - Le fait que la RCA ait pour compétence propre la coordination et l'intervention en matière de toxicomanie de la santé publique peut élargir la marge de décision pour une planification et une gestion efficaces de cette question.

ORIGINE EXTERNE	<p><u>MENACES (FACTEURS EXTERNES JETABLES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les compétences dans le domaine des dépendances appartiennent à la RCA. Il peut être délégué, mais à 100% du coût effectif. - Entités locales: peu polyvalentes face aux modifications de leurs propositions de programmes et d'actions. Dans certains cas, des lacunes techniques importantes sont constatées chez certains professionnels. - Certaines municipalités ont été réfractaires aux propositions ou lignes d'intervention soulevées par le ministère. - De manière générale et avec des exceptions, une évaluation correcte de l'efficacité / efficacité préventive des actions municipales n'a pas été faite. 	<p><u>OPPORTUNITÉS (FACTEURS EXTÉRIEURS FAVORABLES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Des initiatives intéressantes d'intervention sélective et indiquée ont été développées au niveau communautaire dans certaines municipalités dotées d'un technicien. - Il existe des services d'information et de conseil de base dans les cinq municipalités disposant d'un accord de collaboration, gérés par des techniciens de l'intervention en toxicomanie. - Il existe une sorte de «culture de prévention» dans les municipalités avec accord de collaboration.

PREVENTION		INTERVENTION SUR LA DEMANDE DE DROGUES ET D'AUTRES ADDITIFS
	ASPECTS NEGATIFS	ASPECTS POSITIVES
ORIGINE INTERNE	<p><u>FAIBLESSES (CARACTÉRISTIQUES ET LIMITATIONS FAVORABLES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'y a pas d'évaluation systématique de l'efficacité / efficacité préventive des actions. - Absence d'organes / instruments interministériels de coordination efficaces, notamment en ce qui concerne la coordination entre l'éducation et la santé. - Absence de protocoles de coordination pour la mise en œuvre d'actions sélectives et indiquées. - Permanence de programmes de prévention scolaire éminemment informatifs, classés en qualité médiocre. - Adressez aux domaines dont la compétence fonctionnelle et / ou organique ne nous correspond pas (loisirs et temps libre, actions d'inclusion / exclusion ...) Délimiter les compétences Clarifier les compétences. 	<p><u>FORCES (CARACTÉRISTIQUES ET COMPÉTENCES FAVORABLES PROPRES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y a l'ORD, avec certains indicateurs qui devraient fournir des informations sur le phénomène de la consommation de drogue en RCA. - Ligne de subventions à CC.LL. Accords de collaboration signés avec des entités du troisième secteur. - Possibilité de contracter des actions et des services. - Existence d'une commission mixte Education-Santé. - Expériences dans la conception et l'exécution de programmes spécifiques de la DGSPC (Versus, main dans la main, sélective et indiquée auprès d'adolescents ...), en particulier ces dernières années. - Initiatives de formation pour les professionnels de l'intervention auprès d'enfants à risque.

ORIGEN EXTERNO	<p><u>MENACES (FACTEURS EXTERNES JETABLES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tolérance sociale significative de l'origine culturelle par rapport à la consommation d'alcool. - Dans d'autres domaines, il existe une perception selon laquelle la consommation de drogues relève de la compétence exclusive du Ministère de la santé. - Entités locales: peu polyvalentes face aux modifications de leurs propositions de programmes et d'actions. Dans certains cas, des lacunes techniques importantes sont constatées chez certains professionnels. - Saturation des centres éducatifs en matière d'actions socio-sanitaires. - Peu de formation d'enseignants et il y a même un débat ouvert sur le point de savoir s'ils devraient prendre ce sujet à l'école. - Les enseignants peu réceptifs à la formation en toxicomanie en dehors du centre, surtout lorsque celle-ci n'est ni calculable ni reconnue dans leur carrière d'enseignant. - Sauf exception, non-inclusion des actions en matière de drogue dans les programmes ou les plans des centres. 	<p><u>OPPORTUNITÉS (FACTEURS EXTÉRIEURS FAVORABLES)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un nombre important d'entités locales ont manifesté leur intérêt pour mener des actions de prévention, en particulier dans les zones à risque de la communauté, de la famille et de la population. - La majorité de la population signale une intervention préventive prioritaire en milieu scolaire. - Possibilité de financement externe: subventions du MSSSI / PNSD dans les concepts 451, 452, 454, 456 et 458 (loi sur le fonds de fonds de saisie)
----------------	---	---

3.2. GOUVERNEMENT ARAGON

Outre les actions annuelles sur la prévention des dépendances découlant des fonctions de la section, telles que l'appel à subventions de la DGSP, les accords avec les administrations locales et régionales ou les réunions de coordination, d'autres activités sont menées, telles que la Journée. Monde sans tabac (course sans fumée) ou journées de formation et de diffusion (tabagisme, indicateurs, etc.)

Nous avons également nos propres initiatives sur les réseaux sociaux (Twitter, Facebook, blogs): Aragón Sin Humo; Si nous allons faire la fête; Santé publique.

Dans la section 4 des ressources, etc. Nous parlons de programmes spécifiques.

Ressources pour la prévention de la dépendance:

La nature multisectorielle des actions de prévention, incluses dans le "II Plan autonome de lutte contre la toxicomanie et autres comportements addictifs 2010-2016", reflète la nécessité d'une interaction et d'une coordination avec d'autres stratégies et plans sectoriels de différents départements. Des domaines tels que la santé mentale, l'insertion sociale, la sécurité routière, les politiques des femmes, les politiques de la jeunesse ou la planification de l'éducation sont des scénarios dans lesquels les propositions incluses dans le plan doivent converger avec des critères conformes au modèle de promotion de la santé.

Les compétences liées à la prévention et à l'attention portée aux problèmes liés aux dépendances relèvent de différents départements et les actions sont régies par des réglementations dont l'évolution est liée à des domaines plus vastes et non exclusivement au ministère de la santé.

Art. 2º de la loi 3/2001 du 4 avril sur la prévention, l'assistance et la réintégration sociale dans le domaine de la toxicomanie, définit la prévention comme un cadre dynamique de stratégies visant à modifier les actes personnels, sociaux et culturels susceptibles de favoriser une consommation inappropriée des drogues. Ces stratégies viseront à réduire la demande et la consommation de drogues, à réduire ou à limiter l'offre de drogues dans la société et à réduire les conséquences pouvant découler de leur consommation.

Les pouvoirs de coordination de toutes les actions incombent au ministère de la Santé et plus particulièrement à la Direction générale de la santé publique, bien qu'une bonne partie des ressources nécessaires au développement d'interventions générales ou spécifiques incombe à d'autres ministères, tels que Citoyenneté et État. Droits sociaux, l'Institut Aragonais des Services Sociaux ou des entités locales.

Les centres de prévention communautaires (CPC).

Les ressources de prévention spécifiques dépendant des entités locales, les centres de prévention communautaires (CPC), ont été organisées pour promouvoir le développement d'un réseau autonome de prévention de la toxicomanie en relation étroite avec les services sociaux communautaires. La Direction générale de la santé publique est l'organe chargé de coordonner le processus de développement de ces centres et de promouvoir l'élaboration de plans de prévention locaux, la supervision technique et l'appui financier.

Il existe actuellement 14 centres de prévention communautaires (CPC), dont les municipalités sont celles d'Alcañiz, Calatayud, Huesca, Jaca, Monzón, Tarazona, Teruel et Zaragoza et, depuis 2013, les Comarcas financées par Pour l'entretien des CPC, il y a ceux d'Andorre-Sierra de Arcos, d'Alto Gallego, de Bajo Aragón-Caspe, de Mining Basins, de Jiloca et de Sobrarbe.

Le "II Plan autonome de lutte contre la toxicomanie et d'autres comportements addictifs 2010-2016" définit les différents services et ressources liés à la prévention de la toxicomanie dans la Communauté autonome, fonctionnellement constitués dans un réseau de ressources. La Direction générale de la santé publique (DGSP) est l'organe de coordination et de planification des activités. Ce cadre général est complété par les critères de coordination des États dans le cadre du Plan national antidrogue (PNSD).

Les travailleurs des CPC font partie du personnel des sociétés locales et dépendent fonctionnellement des services sociaux municipaux ou de comté. Il existe de grandes zones géographiques qui ne disposent pas de programmes ou de professionnels spécifiques dédiés à la prévention communautaire, car la localisation des CPC ne couvre qu'une partie du territoire, ce qui rend difficile la planification d'actions pour l'ensemble de la zone géographique.

Les régions de la province de Huesca limitrophes de la France ont le CPC. La région de Ribagorza est en train de préparer son plan de prévention. Au moment de son achèvement, son emplacement sera à Graus.

Centres de Prevention Comunitaire	Lieu
CPC Comarca Alto Gállego	Sabiñánigo
CPC Ayuntamiento de Jaca	Jaca
CPC Comarca Sobrarbe	Boltaña

Le travail des CPC est essentiel lors de la mise en œuvre de programmes de prévention universels, sélectifs et indiqués sur le territoire. La coordination avec les services sociaux locaux est essentielle et le travail en collaboration permet de toucher différents groupes de population dans presque toute la région.

D'une approche de promotion de la santé, les actions développées dans le contexte de la prévention de la toxicomanie visent à promouvoir la responsabilité personnelle, incorporant

connaissances, attitudes et habitudes saines, ainsi qu'à développer la capacité critique de prise de décision facilitant les soins de sa propre santé et de l'environnement.

Ces stratégies revêtent une importance particulière dans le milieu éducatif. Ainsi, en collaboration avec le ministère de l'éducation, de la culture et des sports, des ressources sont proposées aux écoles de toute la Communauté pour la mise au point de programmes visant l'acquisition de compétences pour les jeunes. la vie, la promotion de modes de vie sains et l'éducation aux valeurs pour vivre ensemble. Ces programmes sont les suivants: l'aventure de la vie, le cinéma et la santé, des écrans sains et Órdago! Et, depuis 2016, Unplugged.

Les initiatives institutionnelles dans le domaine de la prévention avec une plus grande continuité sont celles menées dans le milieu éducatif, à travers l'offre des programmes susmentionnés, qui sont gérés par la Direction générale de la santé publique (DGSP). De même, d'autres programmes développés et / ou gérés par les centres de prévention communautaires (CPC) sont mis en œuvre.

En ce qui concerne la prévention sélective et indiquée, des actions concrètes ont été menées par les CPC, mais contrairement à ce qui a été fait sous le nom de prévention universelle, dans lequel il existe une proposition globale de la DGSP, la prévention sélective manque. une proposition commune pour l'ensemble du territoire et de maintenir un développement plus continu de ce type de programmes.

Il existe un réseau aragonais d'écoles de promotion de la santé (RAEPS), qui facilite l'élaboration de programmes et d'actions liés à la promotion de la santé et à la prévention des comportements de dépendance. Au cours de l'année universitaire 2016-2017, 158 centres étaient agréés en tant qu'écoles de promotion de la santé en Aragon. Ils sont principalement concentrés dans la province de Saragosse en raison de leur plus grand fardeau de population. Le nombre d'écoles de promotion de la santé a considérablement augmenté ces dernières années et dans toutes les provinces.

Les résultats des travaux effectués dans la sphère familiale par les CPC, la Direction générale de la famille et les entités impliquées dans la promotion de la santé sont difficiles à quantifier, mais leur maintien et leur coordination sont essentiels.

L'appel à des subventions de santé publique pour les organisations à but non lucratif développant des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies maintient une ligne de subvention pour les programmes de sensibilisation et de formation contre la consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues chez les pères et les mères d'étudiants par l'intermédiaire de fédérations d'associations de mères et de pères.

Les CPC coordonnent les actions menées au niveau communautaire conjointement avec les entités et les groupes qui travaillent sur le territoire. Au cours de ces années, la constitution de tables de prévention dans différentes entités locales a été fortement encouragée, dans le but de créer des synergies entre toutes les ressources qui développent leur action au sein d'une

population donnée. Cela a permis une analyse commune de la situation dans ces territoires et une action coordonnée pour optimiser et rentabiliser les investissements en prévention.

L'élaboration d'ordonnances municipales relatives à la consommation d'alcool sur les voies publiques, visant à éviter et / ou à réduire le phénomène de la "bouteille" et à la collaboration avec les forces de sécurité et les services de sécurité a été un travail continu tout au long de cette période, fournir des outils au niveau local pour la prévention de la consommation de substances et la réduction des problèmes qui y sont associés.

De même, le travail dans les programmes de loisirs alternatifs a été accru grâce aux activités de loisirs, au sport, à la formation, à la promotion de la santé, à la prévention de la toxicomanie, à la sexualité, à l'éducation aux valeurs, à l'intention des jeunes de la communauté autonome, à la promotion de la participation des jeunes et dans le but de créer des loisirs plus sains et du temps libre entre eux. Ces lignes d'action ont été promues principalement au niveau local, par le biais des travaux des CPC et des entités non gouvernementales.

Toutes les entités locales impliquées dans le développement de programmes visant à prévenir la toxicomanie, en particulier ceux atteints de CPC, ont achevé la préparation de plans de prévention municipaux et / ou régionaux, tels qu'établis par la loi 3/2011 sur la prévention, l'assistance et la prévention. réintégration sociale dans la toxicomanie, consolidant le processus de leur création de manière participative et en s'appuyant sur toutes les ressources et agents sociaux impliqués dans le champ territorial correspondant.

L'environnement de travail est un espace adéquat pour traiter la consommation et les problèmes qui en découlent. Dans les actions de prévention sur le lieu de travail, les CPC sont impliquées dans une perspective d'éducation et de promotion de la santé, visant la population active et les différents acteurs du lieu de travail: employeurs, syndicats et services de prévention des risques professionnels.

Grâce à l'appel à subventions lancé par la DGSP pour les entités à but non lucratif, des actions sur le lieu de travail ont été financées pour la prévention, la prise en charge et la réintégration dans la toxicomanie et l'intervention syndicale pour la prévention, une assistance dans le domaine de la dépendance a été promue. entreprise.

Il est important de souligner le travail effectué par les deux principaux syndicats, UGT et CCOO, qui ont œuvré à la prévention et à l'attention portée aux problèmes liés aux comportements de dépendance au cours de la période de validité du Plan, en portant une attention individualisée aux personnes affectées, aux collègues de l'organisation. fonctions de médiation professionnelles et familiales et, dans certains cas, référence à des ressources spécifiques.

En outre, des conseils syndicaux ont été fournis sur les dépendances ou les problèmes liés à l'usage de drogues sur le lieu de travail. Il convient de mentionner le développement d'actions d'information et de médiation destinées aux délégués organisant des cours, conférences, ateliers, conférences et autres activités de formation, l'élaboration de matériels d'information et de

sensibilisation et la coordination avec les ressources consacrées à la prévention et aux soins. Les dépendances

Pour améliorer la compréhension du phénomène et l'approche des problèmes qui nécessitent des solutions particulières et différenciées pour chaque situation, il est nécessaire de poursuivre les actions de sensibilisation, de disposer des outils appropriés pour les traiter, en évitant de donner des solutions globales et en fin de compte améliorer l'intervention dans les domaines concernés. le lieu de travail Entités non gouvernementales.

Le ministère de la Santé inclut, dans son action administrative, la participation d'entités à but non lucratif au développement d'initiatives dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Dans le cas particulier de la prévention de la toxicomanie, le Département privilégie une action coordonnée par le biais de l'appel annuel à subvention visant à financer des projets présentant ces caractéristiques et développés par ces entités.

Le décret 23/2016, du 9 février, du gouvernement d'Aragon, qui approuve la structure organisationnelle du département de la santé et du service de santé aragonais, prévoit que l'inter-coordination sera assurée par la Direction générale de la santé publique et intra-institutionnels dans les programmes de santé, la promotion de la santé et l'éducation, la prévention de la toxicomanie et la collaboration avec des entités sociales et des réseaux œuvrant dans le domaine de la promotion de la politique de la santé, des groupes d'entraide et des organisations qui soutiendront développer des actions de prévention des maladies et de promotion de la santé.

La loi 5/2014 du 26 juin sur la santé publique d'Aragon confère également un rôle important à la participation de la société à la prévention des maladies, à la promotion et au rétablissement de la santé des personnes, à la fois portée individuelle et collective, à travers des actions sanitaires, sectorielles et transversales. Il établit que la Communauté autonome d'Aragon a pour fonctions de canaliser, de promouvoir et d'organiser les initiatives promues par la société, de coordonner les avantages pour la santé publique et de faciliter la participation des citoyens, des entités privées et des organisations de la société civile.

La loi n ° 3/2001 du 4 avril sur la prévention, l'assistance et la réinsertion sociale en matière de toxicomanie constitue le cadre de base pour agir contre le phénomène de l'abus de substances psychoactives et le développement de pathologies de dépendance.

La loi a pour objet d'établir des critères permettant une coordination adéquate des institutions et entités agissant dans le domaine de la toxicomanie, en réglementant l'ensemble des mesures prises pour les prévenir, l'assistance et la réinsertion sociale des toxicomanes et Formation et recherche dans ce domaine. L'article 33 prévoit que la Communauté autonome d'Aragon encouragera la participation au volontariat social et soutiendra les initiatives sociales ayant pour objectif le développement d'activités et de programmes de lutte contre la toxicomanie.

Le plan autonome en matière de lutte contre la drogue, dont les objectifs sont la planification, la gestion et la coordination des ressources et des actions dans le domaine de la toxicomanie, est

l'instrument permettant de mettre en place ce règlement et une coordination interinstitutionnelle appropriée.

Assistance:

Le traitement de la toxicomanie, tel qu'il est inclus dans le plan régional II, est intégré au réseau de soins de santé général du système de santé d'Aragon, et plus précisément au réseau de santé mentale. Les compétences en la matière relèvent de la Direction générale des soins de santé, de sorte que l'évaluation de cette section a été réalisée avec la participation de cette direction générale, qui est compétente pour la planification et la coordination des ressources propres et concertées dans ce domaine. La santé mentale est importante.

Le plan autonome II comprend la constitution des unités de surveillance de l'assistance et des toxicomanies (UASA) en tant que centres de référence dans chaque secteur de la santé, soit en tant que ressources du service de santé aragonais, soit en tant que ressources organisées avec différentes institutions et des organisations ayant de l'expérience et des capacités pour le traitement et la réadaptation des toxicomanes. Ces unités traitent les dépendances aux substances psychoactives, conformément au portefeuille de services défini à cet effet, et sont intégrées de manière organique et / ou fonctionnelle dans le réseau de ressources en santé mentale de la communauté autonome.

Il convient également de noter le rôle joué par les centres de soins de santé primaires dans la détection précoce de la consommation de risques et des dépendances, ainsi que dans l'approche thérapeutique du tabagisme et de l'alcoolisme, inclus dans leur portefeuille de services, et des critères homogènes doivent être établis et respectés. référence précise à des ressources spécifiques, le cas échéant.

Le IIIème Plan de prévention de la toxicomanie 2017-2024 et le IIème Plan de santé mentale 2017-2021 sont en cours de préparation. Ils comprennent l'intégration complète des soins et du suivi de la toxicomanie dans le réseau de santé mentale, le maintien de certaines ressources spécifiques, Par conséquent, nous devons attendre l'approbation de ces documents pour connaître exactement les propositions du gouvernement d'Aragon.

Bonnes pratiques dans le secteur et inventaire des ressources disponibles

Programmes existants en matière de prévention et de réduction des risques liés à l'alcool et à d'autres substances sur le territoire. Il est important d'en inclure une évaluation, synthétisée dans une analyse SWOT, afin d'identifier les éléments à exploiter ou de les écarter et de proposer des synergies possibles.

Dans le domaine de l'éducation formelle, en tant que programmes actuellement appliqués dans l'enseignement secondaire, nous soulignons:

- Unplugged
- Ordago
- Revenons
- Écrans sains
- Cinéma et Santé

Les articles ci-dessus sont promus par la section Éducation pour la santé, la section Service de prévention et de promotion de la santé, pour plus d'informations sur notre site Web.

Il y en a d'autres comme Build your world, etc.

Au niveau communautaire, nous signalons l'existence d'un portefeuille de services des centres de prévention communautaires (2009), en attente de mise à jour, des tables de prévention locales (par exemple, la ville de Saragosse, <https://www.zaragoza.es/ciudad/secteurs/addictions/mesapreencion.htm>) et les plans de prévention locaux des municipalités et des régions avec lesquelles nous collaborons qui, en général, ont été approuvés ces dernières années et n'ont pas encore été suffisamment développés.

Il existe des expériences dans tous les domaines (éducation non formelle, environnement de travail, prévention familiale, loisirs et temps libre ...), mais pas de programmes particulièrement importants.

Par conséquent, l'analyse SWOT que nous avons effectuée s'appuie sur une approche générale de la prévention de la toxicomanie en Aragon.

DAFO

FAIBLESSES	MENACES
<p>Société</p> <ul style="list-style-type: none"> • La plupart des familles sont peu impliquées. • Manque de perception du tabac et de l'alcool en tant que drogues. • Manque de perception du risque en général chez les jeunes. • Développement limité de mesures environnementales (politiques de promotion de la santé publique et de contrôle de la santé publique, et politiques locales en matière de loisirs et de loisirs) qui limitent les opportunités et les incitations à la consommation et favorisent les ressources positives. <p>STRUCTURE, FONCTIONNEMENT, RESSOURCES ... DE L'ADMINISTRATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque de coordination entre les directions et entre les ressources éducatives, sociales et de santé existantes sur le territoire local. <p>La santé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une culture d'évaluation des programmes et des actions développées n'est pas consolidée. • Difficulté d'innovation pour avoir plus d'impact. • Les CPC ne travaillent pas à temps plein et ne font pas l'objet d'une dédicace exclusive. / Professionnels de la prévention dédiés à d'autres tâches. • Faible sensibilisation à la prévention des professionnels de la santé. • Certaines zones doivent encore être couvertes par l'action des CPC (une CPC par région serait nécessaire) • Peu de développement d'actions de prévention sélectives et indiquées • Manque de ressources: matériel et formation. • Peu d'espaces de réflexion pour les professionnels. • faible implication des équipes de soins de santé primaires • La structure administrative peut entraver la flexibilité des interventions • Manque de continuité des professionnels dans le temps. • Les professionnels ne se sentent pas en sécurité lors du développement de sessions de prévention de la toxicomanie dans les centres. Ils exigent donc davantage de formation dans les domaines suivants: promotion de la santé, éducation à la santé, prévention de la toxicomanie, méthodologie de travail participatif et en groupe... • La perspective de genre n'est pas pleinement intégrée à notre travail. <p>Education ou autres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insécurité chez les enseignants qui ont besoin de plus de formation. • Dans le domaine de l'éducation, la participation des élèves, des familles et des enseignants n'est pas toujours prise en compte conjointement. <p>AUTRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le rôle des différentes associations et ONG qui sont proposées pour donner des sessions dans certaines municipalités et régions, ainsi que l'assistance technique peuvent faire office de force ou de faiblesse. <p>Avec Education et autres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrations éducatives et sanitaires: commission mixte. / Fonctionnement de la Commission mixte Education - Santé publique • Volontariat du secteur de l'éducation et de la santé à la consommation de travail. <p>AUTRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tables de médicaments locales. • La collaboration avec la garde civile et les autres autorités locales peut être gérée. • Collaboration avec des entités et un tissu associatif basé sur des projets de qualité / ONG / Organisations de jeunesse • Faire en sorte que les interventions de qualité accréditées soient développées dans des environnements éducatifs formels et non formels. 	<p>Société</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médias et la publicité mal ciblés peuvent nuire. • Célébration de fêtes liées à la culture de l'alcool. • intérêts commerciaux. • Culture de faible participation. • faible implication des familles. • Tendances et normes juridiques peu claires concernant certaines consommations (par exemple, le cannabis). <p>STRUCTURE, FONCTIONNEMENT, RESSOURCES ... DE L'ADMINISTRATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contradictions des institutions. / Echec d'articulation entre les différentes ressources. • Absence de modèle de prévention dans le cadre de la promotion de la santé. • Réduction des ressources dans les services de santé, l'éducation et les services sociaux. / Le manque de ressources de types différents peut provoquer une usure. <p>La santé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ignorance de ce qui est fait dans la communauté par les AA, les ONG et autres. • Les zones géographiques qui n'ont pas de CPC de référence. <p>Education et autres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les programmes n'arrivent pas à l'heure pour travailler au début du cours. <p>AUTRE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs agents, parfois sans formation suffisante sur le sujet, développent des actions basées sur des modèles sans preuves suffisantes. / Les ONG entrent dans les écoles et font double emploi avec le travail déjà effectué par d'autres organisations mieux formées. • Développement d'actions spécifiques manquant de continuité. • Développement d'actions avec peu de preuves et d'effets préventifs. <ul style="list-style-type: none"> • Faible implication des organisations professionnelles liées aux environnements de la vie nocturne.
<p>POINTS FORTS</p>	<p>OPPORTUNITÉS</p>

<p>Société</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation à la consommation responsable • Les médias et la publicité (campagnes DGT) • Implication réelle des administrations. <p>STRUCTURE, FONCTIONNEMENT, RESSOURCES ... DE L'ADMINISTRATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bonne coordination entre les secteurs de l'éducation et de la santé publique * • Disponibilité d'un modèle agréé et de programmes d'intervention / Disponibilité accrue de données probantes sur des interventions efficaces * • Formation des enseignants et professionnels de la santé et de la santé. * • Présence de structures de coordination au niveau local (tables de prévention ou similaires). <p>La santé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'enquêtes et d'études sur le sujet (âge, études, etc.) • Expérience de professionnels dans le domaine de la prévention. / Ressources humaines des CPC et de la santé publique. • Le travail effectué par les CPC. • Régime d'assurance-médicaments autonome / Documents de planification sur le sujet aux niveaux régional et local. / Stratégies et plans qui jalonnent les lignes de travail et les itinéraires. / Il existe un protocole d'intervention en matière de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire et communautaire. • Programmes d'éducation pour la santé. / Réseau de promotion des écoles et projets de promotion de la santé. / Un grand nombre d'écoles-santé promeuvent principalement la santé et ses déterminants, notamment la prévention de la toxicomanie et le bien-être émotionnel. • Grande expérience et expérience dans la mise en œuvre de programmes de prévention de la toxicomanie. • Développement de la stratégie de soins communautaires en soins de santé primaires. "Opportunité" aussi? <p>Education et autres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'implication des parents et des enseignants. 	<p>Société</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sens de la communauté. Soutien social • L'utilisation appropriée des nouvelles technologies. <p>STRUCTURE, FONCTIONNEMENT, RESSOURCES ... DE L'ADMINISTRATION.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Travail d'équipe et interinstitutions (administrations). • Coordination et mise en réseau des différents acteurs impliqués. <p>La santé:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la formation multidisciplinaire et les équipes. • Développement de plans de prévention régionaux et locaux. • Extension des CPC aux territoires actuellement non qualifiés. • Développement de projets de santé communautaire. • Stratégies de santé communautaires. / Mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire et motivation accrue du tissu associatif à travailler dans la communauté. • Les technologies comme support pour la coordination et la diffusion des bonnes pratiques. • Coordination des professionnels qui travaillent de manière isolée. <p>Avec Education et autres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrations éducatives et sanitaires: commission mixte. / Fonctionnement de la Commission mixte Education - Santé publique • Volontariat du secteur de l'éducation et de la santé à la consommation de travail. <p>AUTRE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tables de médicaments locales. • La collaboration avec la garde civile et les autres autorités locales peut être gérée. • Collaboration avec des entités et un tissu associatif basé sur des projets de qualité / ONG / Organisations de jeunesse <ul style="list-style-type: none"> • Faire en sorte que les interventions de qualité accréditées soient développées dans des environnements éducatifs formels et non formels.
--	--

3.3. ASOCIACIÓN BIZIA

Activités et prises en charge proposées

Des consultations avancées des médecins hépatologues du Centre Hospitalier Côte Basque ont lieu au sein du Centre une fois par mois depuis 2006. Les hépatologues s'appuient sur l'équipe médicale du Centre pour le dépistage des hépatites virales B et C, le suivi et l'accompagnement des traitements antiviraux.

Dans le cadre du CAARUD, le Centre accueille des usagers de drogues actifs. Il s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore ou plus engagés dans une démarche de soins et dont les pratiques de consommation de drogues les exposent à des risques majeurs, que ceux-ci soient d'ordre sociaux, médicaux, psychiatriques. Une attention particulière est portée aux usagers les plus précarisés.

Des sources de financements complémentaires permettent au CSAPA/CAARUD BIZIA d'effectuer des actions de formation, de prévention et de recherche clinique en coopération avec le laboratoire de Psychiatrie de Bordeaux 2 (Pr. M. AURIACOMBE).

D'autre part le Centre BIZIA s'inscrit dans un réseau de partenariat étroit pour la mise en œuvre de ses prises en charge et de ses actions. Un partenariat privilégié de longue date existe :

- avec le service de périnatalité du CHCB pour la prise en charge des conduites addictives chez les femmes enceintes,
- avec le service de maladies infectieuses du CHCB et le réseau VIH,
- avec les services d'hépatologie privés et publics pour la prise en charge des hépatites virales, alcooliques ou métaboliques,
- avec les partenaires libéraux (médecins et pharmaciens) ou institutionnels du Réseau addiction RESAPSAD, ce qui permet d'organiser et de veiller à la bonne continuité et à l'articulation du parcours de soin avec la ville.

Enfin, le CSAPA/CAARUD affiche sa volonté d'intervenir au plus près des usagers en développant des consultations avancées et des antennes de proximité (partenariat ZUEKIN, PAJ Bayonne, Hôtel social, partenariat UCSA, antenne Saint Palais en cours de réalisation, antenne Saint Jean de Luz existante

Politique de l'organisme gestionnaire:

L'association BIZIA a été créée en 2000 afin de reprendre le CSST de Bayonne géré initialement par l'association Médecins du Monde qui se désengageait (Cycle naturel d'un programme de santé de MDM : Montage d'un programme, témoignage et fonctionnement puis désengagement pour une pérennisation du programme repris par un opérateur du droit commun).

Elle rassemble des professionnels qui de par leur pratique ou leur investissement personnel, ont l'intérêt commun d'une meilleure organisation du dispositif sanitaire et médico-social en Addictologie sur le territoire de santé de Navarre-Côte Basque (arrondissement de Bayonne).

Dès sa création c'est dans une approche globale (approche bio-psycho-sociale) et pluridisciplinaire que l'association a envisagé la prise en charge des patients accueillis.

Dans le cadre de ces missions, le Centre développe une approche dont les caractéristiques sont :

- Ne pas aborder le problème sous l'angle uniquement des soins médicaux, mais d'intervenir aussi dans le domaine psychosocial.
- Pour l'aspect médical, d'intervenir aussi sur des priorités de santé publique caractéristiques de notre population d'utilisateurs : lutte contre les risques VIH, VHC, etc.
- Cerner statistiquement aussi finement que possible, les données de notre champ et de nos modes d'intervention par la tenue de tableaux d'évaluation et de tableaux de bord.

Un fonctionnement en réseau, qui s'appuie sur des relais du Réseau RESAPSAD, et une mission de prévention partagée, pour le volet festif, avec la Mission RdR (Réduction des risques) de Médecins du Monde sont deux éléments de base qui permettent une cohérence dans l'accompagnement et la prise en charge.

Projet associatif :

L'objet de l'association est décliné dans ses statuts déposés le 5 Mai 2011 en sous-préfecture de Bayonne:

* La gestion d'un CSAPA assurant la prise en charge bio-psycho-sociale des personnes présentant :

- Un usage problématique de substances
- Des conduites addictives qu'elles soient avec ou sans substance

* L'accueil et l'accompagnement de l'entourage de ces personnes

* La mise en œuvre de programme de réinsertion au travers d'activités d'animation ou largement socio-éducatives

* La réalisation et le soutien d'actions dans le domaine de la prévention et de la réduction des risques et des dommages liés à l'usage des drogues à destination de divers publics (acteurs sociaux, corps médical, public en général, etc.)

* La gestion d'un CAARUD

* La publication et la diffusion de documents à visée d'information ou de prévention*

L'organisation et la participation à des travaux de recherche et d'évaluation des résultats dans le cadre d'actions de soins de prévention et de réinsertion inhérent au champ de l'usage des drogues et des addictions

Stratégie d'action:

Le conseil d'administration a défini sa stratégie à ce jour:

- S'efforcer de toujours adapter l'offre de soins à la demande et aux problématiques de santé publique concernées, en perpétuelle évolution, en conservant toujours une priorité à organiser cette offre en conformité avec les données validées de la science (*evidence based*).
- Ses objectifs généraux se déclinent dans de multiples directions :
 - o Celle de la prévention, particulièrement cruciale dans le champ de pathologie souvent évitables
 - o Celle de soins globaux, intégrant les différentes dimensions bio-psycho-social
 - o Celle de la Réduction des Risques et des dommages liées à l'usage de drogues (attention particulière portée aux VIH/SIDA et Hépatites virales)
- L'atteinte de ses objectifs justifie des adaptations de l'organisation institutionnelle :

Par l'amélioration de l'outil lui-même (locaux, équipement, ressources humaines)

Mais aussi par une démarche de mutualisation et de professionnalisation du Centre rendue nécessaire et inévitable par les contraintes budgétaire, managériale et administrative (forte évolution de l'organisation de l'état, par exemple RGPP) de notre pays, qui implique une réflexion approfondie sur toutes les possibilités de partenariat, d'association, voire de fusion avec d'autres entités du champ médico-social.

Autorisations:

a) CAARUD

L'arrêté portant autorisation de la création d'un CAARUD à Bayonne et St Jean de Luz a été signé par la Préfecture des Pyrénées Atlantiques le 22 Décembre 2006.

b) CSAPA

L'arrêté portant autorisation de la création d'un CSAPA à Bayonne a été signé par l'ARS Aquitaine le 29 Juillet 2010. Cette autorisation est subordonnée au résultat de la visite de conformité.

Le Procès-Verbal de la visite de conformité du 13/05/2013 des Docteurs PEREZ et HOSSELEYRE de l'Agence Régional de Santé a émis un avis favorable à la constitution d'un CSAPA généraliste en lieu et place d'un CSTT préexistant au Centre Bizia à Bayonne.

Données de consommation au Pays basque français:

Enquête en cours de réalisation par l'association Adoenia auprès de tout les jeunes de 11 à 20 ans scolarisés au Pays Basque : Résultat fin 2018

Secteur destinataire du projet :

a) Jeunes pairs éducateurs

Nos actions dans le cadre du projet ont pour objectif de rencontrer sensibiliser et former et accompagner des **20** jeunes volontaires de 18 à 25 ans, investis dans un parcours d'un an de service civique au sein de l'association Uniscité. Leur mission de médiation par les pairs se caractérise par la rencontre d'autres jeunes du même âge dans le quartier festif du petit Bayonne afin de passifier les relations entre riverains, professionnels de la nuit et jeunes

fêtards, mais aussi, de les sensibiliser aux risques inhérents à la fête et aux consommations.

CF Présentation Power Point "Médiation par les pairs"

b) Jeunes investis dans les associations de type Gaztetxe

Nos actions dans le cadre du projet ont pour objectif de rencontrer sensibiliser et former **20** jeunes dirigeants associatifs des Gaztetxe, afin qu'ils puissent être le relais du travail de prévention et de réduction des risques tels que développé par le projet et le CSAPA/CARRUD de BIZIA.

Ces associations culturelles à but non lucratif, appelées : « Gaztetxe », traduit littéralement du basque par « maison des jeunes ». Cependant leur fonctionnement et leurs objectifs n'a rien à voir avec les institutions que sont les maisons des Jeunes et de la Culture telles que développées par les communes en France, converties en maisons de la Vie citoyenne. En effet, les Gaztetxe sont des locaux autogérés par et pour les jeunes.

Les Gaztetxe sont un phénomène massif et généralisé : on en compte plus d'une centaine dans tout le Pays basque, leur existence étant bien plus importante au sud de la frontière (plus d'une centaine) qu'au nord (environ 15). Ils existent depuis la fin des années 1970. Les générations de jeunes se sont succédées, chacune reprenant le flambeau de la création de Gaztetxe, dont la durée de vie varie, de quelques jours à plusieurs années. Il est difficile d'en faire une présentation synthétique, car chaque Gaztetxe a son autonomie et ses particularités qui dépendent des acteurs et des conditions de leur environnement. Cependant, il est possible de mettre en évidence, pour la zone qui nous concerne, leurs caractéristiques principales et communes.

Le processus qui conduit à l'ouverture d'un Gaztete est souvent le même. Au départ, l'initiative est prise par une assemblée de jeunes qui se crée dans une ville, un bourg ou un canton rural, pour faire entendre collectivement leurs besoins et leurs revendications. Une de ces revendications est l'attribution d'un local dans lequel les jeunes pourront se retrouver, organiser les activités qu'ils veulent, dynamiser la vie du quartier ou du bourg. Une campagne est alors lancée, pour faire connaître publiquement le projet et ses objectifs : pétitions et/ou enquêtes auprès des habitants, fêtes et repas dans la rue, expositions, ...

Les jeunes créent alors une association loi 1901, obtiennent des locaux des institutions municipales ou des locaux privé. Ils investissent les lieux et organisent l'espace pour y mettre en place des activités culturelles d'une grande diversité : salle de concert, salle de répétition, bar, ateliers de toutes sortes : informatique, vidéo, cinéma, théâtre, peinture, cirque, bibliothèque, débats, conférences, expositions, repas à prix libre, promotion de la culture et de la langue Basque, sorties en montagnes, compétitions sportives etc. Les Gaztetxe sont aussi un outil important pour les associations et les collectifs qui y trouvent un lieu de réunion. Le local est ouvert sur le quartier et les jeunes cherchent à entretenir des relations cordiales avec les habitants.

c) Jeunes fréquentants les milieux festifs

Les jeunes médiateurs, et associatifs des Gaztetxe, seront amenés à rencontrer tous les jeunes se présentant dans leur milieu festif respectif. Nous estimons le nombre de jeunes sensibilisés à :
100

3.4. ASOCIACIÓN ANPAA 31

CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement de Prévention des Addictions

Les CSAPA s'adressent aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique).

A. MISSIONS OBLIGATOIRES

Le décret du 14 mai 2007 prévoit quatre missions obligatoires que doivent proposer tous les CSAPA à tous les publics qui se présentent et indépendamment de leur éventuelle spécialisation.

1. L'accueil
2. L'information
3. L'évaluation médicale, psychologique et sociale
4. L'orientation

B. MISSIONS OBLIGATOIRES POUVANT FAIRE L'OBJET D'UNE SPÉCIALISATION

1. **Prise en charge** La prise en charge dans les CSAPA est à la fois médicale, psychologique, sociale et éducative, elle participe dans tous les aspects de la prise en charge globale du patient.
2. **Réduction des risques** Tous les CSAPA, qu'ils soient spécialisés ou non, ont l'obligation de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques à destination du public qu'ils prennent en charge.

C. MISSIONS FACULTATIVES

1. Consultations de proximité et repérage précoce des usages nocifs
2. Activités de prévention, de formation et de recherche
3. Prise en charge des addictions sans substances
4. Intervention en direction des personnes détenues ou sortant de prison

Prise en charge par l'assurance maladie du financement des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

L'équipe ANPAA 09/31:

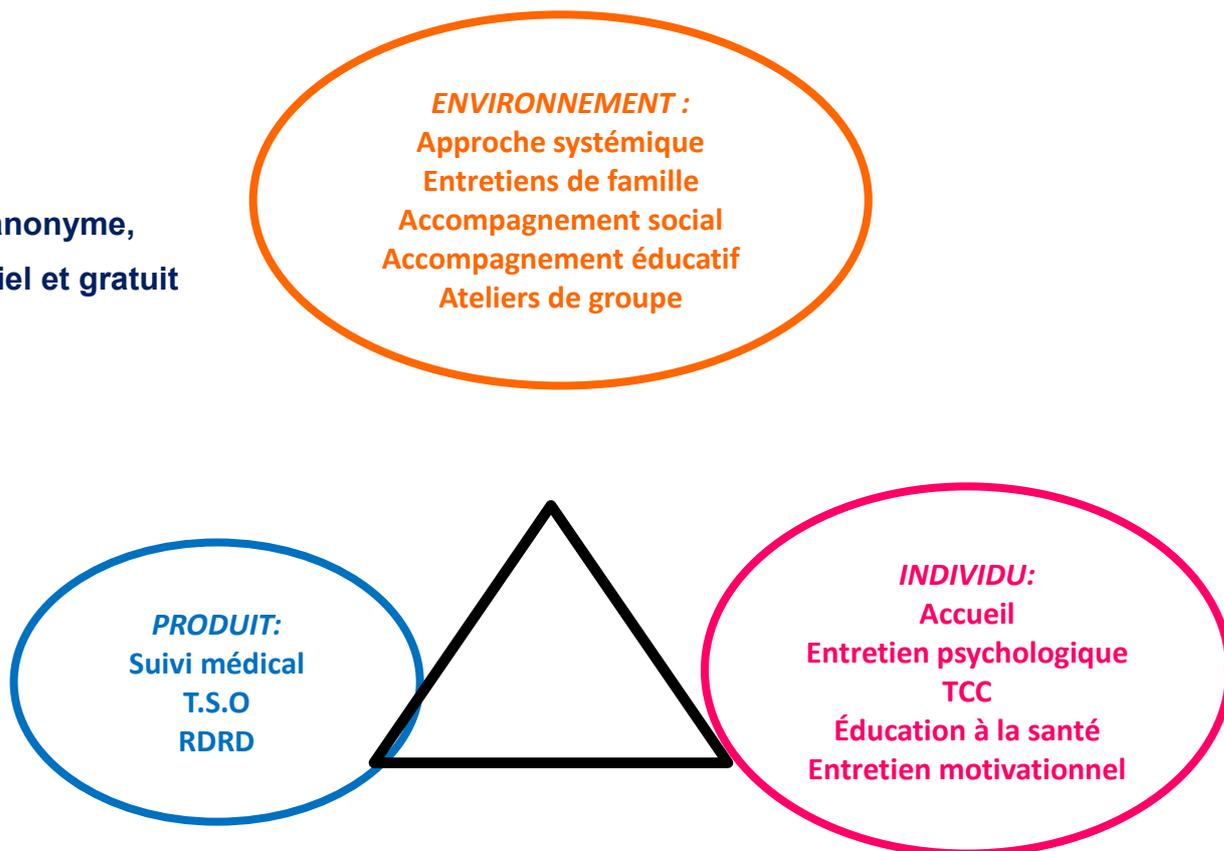
PROFESSIONNELS	NOMBRE	ETP
Animation	4	4
Cadres en charge de direction	2	2
Infirmier(e)	1	0.71
Médecin	5	2.73
Psychologue	5	3.61
Travailleur /se socio- éducatif/ve	6	4.35
Secrétariat : administratif et accueil	5	4.22
TOTAL :	28	21.59

ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT AU CSAPA :

Le premier accueil est réalisé par le premier professionnel disponible. Il s'agit de réaliser une évaluation médico-psycho-sociale qui permettra d'orienter l'utilisateur vers:

Référence: Triangle du Dr Olievenstein

**Un suivi anonyme,
confidentiel et gratuit**



NOS PARTENAIRES : *Maillage territorial*

Établissements de Santé : hôpitaux, centres de cure, CAARUD, ...

Médecins généralistes

Pharmaciens

Milieu festif

Milieu associatif

Structures d'insertion : chantiers d'insertion, P.O.I ...

Secteur medico social : Maisons d'enfants à caractère social, instituts thérapeutiques éducatif et pédagogique, ...

Etablissements scolaires : collèges, lycées, centre de formation des apprentis, ...

Secteur administratif

Justice : SPIP, PJJ, ...

*Cadre réglementaire: circulaire DGS/DHOS/DGAS/2004/464 du 23 septembre 2004
+ circulaire du 28 février 2008 (missions facultatives des CSAPA)*

Dispositif qui permet d'agir dès les premiers stades de la consommation (usage, usage nocif) et d'assurer l'accueil, l'information, l'évaluation, la prise en charge brève et l'orientation si nécessaire des jeunes de 15-25 ans et de leur entourage.

Un accueil spécifique pour les jeunes et/ou leur famille

Des rencontres avec les jeunes ou leurs parents sur leurs lieux d'activités : Etablissements scolaires, lieu neutre, structures partenaires, à domicile, ...

Un accueil et un suivi au Centre d'Addicto:

- Accompagnement individuel
- Soutien à l'entourage
- Consultations familiales
- Soutien à la parentalité
- Actions collectives

LA PRÉVENTION

Notre Charte :

L'ANPAA propose une démarche globale permettant de coordonner la prévention avec le soin et l'intervention sociale.

Cette démarche concerne l'ensemble des conduites à risque du champ de l'addictologie, c'est-à-dire les différents comportements de consommation de substances psychoactives et les autres pratiques addictives.

Elle s'inscrit dans le cadre de la définition par l'OMS et la Charte d'Ottawa :

« La santé est la mesure dans laquelle un individu ou un groupe peut, d'une part, réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu et s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. »

La prévention en santé est la construction d'un espace de réflexion et d'actions pour renforcer la protection des citoyens face aux facteurs de risques collectifs et individuels de morbidité et pour les inviter à faire des choix responsables et favorables à la santé, dans le respect de leurs libertés et de la loi.

Principes éthiques et déontologiques :

- Promouvoir une conception humaniste
- Engager une dynamique citoyenne

Principes méthodologiques :

La prévention se fonde sur la qualité de la relation et du lien entre l'acteur de prévention et son interlocuteur

- Une approche pluridisciplinaire et donc partenariale
- Une approche géo-démographique
- Une approche s'inscrivant dans la durée
- Une approche s'adressant à tous
- Une approche commune interactive
- Une approche évaluative

La prévention c'est l'animation de moments d'échanges, de réflexion et d'information pour:

- * Renforcer les compétences individuelles et collectives à faire des choix favorables à la santé.
- * Accompagner la mise en œuvre de ces choix et aider à assumer les changements qu'ils impliquent.
- * Informer sur les risques liés à la consommation de substances psycho actives.

Information / sensibilisation / éducation

Publics visés :

- ✓ Les associations
- ✓ Les établissements scolaires
- ✓ Les établissements medico-sociaux
- ✓ Les entreprises
- ✓ Les structures d'insertion

- ✓ Les établissements de formation des futurs pro du champ medico-psycho-social
- ✓ Les évènements festifs

Financements : ARS, MILDECA, Région Occitanie...

La démarche

- Aller vers : l'ANPAA s'inscrit dans une action de proximité afin de faciliter la rencontre avec les publics : développement et entretien des réseaux et partenariat.
- Intervention précoce : elle vise à promouvoir un environnement favorable à la santé, renforcer les compétences des jeunes et de tous les membres de la communauté adulte, mieux accompagner les jeunes ayant des comportements à risque et/ou en situation de vulnérabilité. L'objectif est de raccourcir autant que possible le délai entre l'apparition des premiers signes d'un trouble de l'usage et la mise en œuvre d'un accompagnement et de soins adaptés. Modules de sensibilisation de 3x3H.
- Développement des Compétences Psycho Sociales (CPS) : Il est avéré par les études scientifiques que des comportements à risque pour la santé tels que la prise de substances psychoactives, les comportements violents ou les rapports sexuels à risque (non protégés) sont plus fréquents lorsque leurs auteurs ont des CPS peu développées. Ces compétences, essentielles et transculturelles, sont étroitement liées à l'estime de soi et aux compétences relationnelles.
- Prévention par les pairs : il s'agit de sensibiliser des acteurs relais de prévention.

ANALYSE SWOT :

FORCES :

Expérience des actions à mener

Pluridisciplinarité

Connaissance et couverture du territoire

Dynamique partenariale

FAIBLESSES :

Délais de décisions liés à la taille de l'organisation ANPAA

Première expérience dans ce type de projet à l'échelle européenne

Difficulté d'accès à la langue étrangère (espagnol)

OPPORTUNITES :

Ouverture sur le transfrontalier

Caractère innovant du projet

Découverte de nouveaux partenaires

Financement

MENACES :

Divergences d'approche ou de positionnement

Evolution rapide des TIC

Acteurs concurrents

Temporalité (activités saisonnières)

GLOSSAIRE :

ANPAA: Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

API: Alcoolisation Ponctuelle Importante

ARS: Agence Régionale de Santé

CAARUD: Centre d'Accueil et d'Accompagnement de Réduction des Risques pour les usagers de Drogues

CJC: Consultations Jeunes Consommateurs

CSAPA: Centre de Soins d'Accompagnement de Prévention des Addictions

ESCAPAD: Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense

MILDECA: Missions Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Conduites Addictives

OFDT: Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ORS: Observatoire Régional de Santé

PJJ: Protection Judiciaire de la Jeunesse

RDRD: Réduction Des Risques et des Dommages

SPIP: Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TCC: Techniques Cognitivo Comportementales

TSO: Traitement de Substitution aux Opiacés

Le projet a été cofinancé 65% par le Fonds européen de développement régional (FEDER) par Interreg VA Espagne-France-Andorre (**POCTEFA 2014-2020**). POCTEFA a l'objectif de renforcer l'intégration économique et sociale de la zone frontalière Espagne-France-Andorre. Son aide est axée sur le développement des activités économiques, sociales et environnementales transfrontalières avec de stratégies de développement territorial durable.