

SciencesPo

LABORATOIRE INTERDISCIPLINAIRE
D'ÉVALUATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

**EVALUATIONS DE QUATRE ACTIONS DU PLAN
INTERGOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES
CONDUITES ADDICTIVES (2013 – 2017)**

Rapport final pour la MILDECA

Janvier 2017

Henri Bergeron
Patrick Hassenteufel
Louise Lartigot-Hervier
Francisco Roa Bastos

Remerciements	6
Introduction	7
Rappel du contexte de l'évaluation.....	7
Présentation des quatre actions évaluées.....	8
Type d'évaluation et méthode d'analyse des processus de mise en œuvre.....	10
Action n°5 : Les étudiants relais	12
Introduction.....	12
Le principe de la prévention par les pairs : revue de littérature	13
<i>Introduction - Remarque générale sur les enseignements de cette synthèse.....</i>	<i>13</i>
<i>I. La prévention par les pairs : théories sous-jacentes, développements historiques et polysémie de la notion</i>	<i>14</i>
<i>II. Les différents dispositifs expérimentés et les outils d'évaluation</i>	<i>20</i>
<i>III. Limites et recommandations.....</i>	<i>23</i>
<i>BIBLIOGRAPHIE UTILISEE.....</i>	<i>26</i>
Le choix des universités étudiées.....	30
Méthodologie de l'évaluation :	31
Les différents types de dispositifs ERS.....	32
Les ERS salariés.....	32
Les ERS d'une UE.....	33
Les formations des ERS salariés	35
L'encadrement des ERS salariés :.....	37
Résultats des questionnaires à destination des ERS salariés concernant la formation reçue	39
Les différentes « philosophies » des dispositifs ERS et les actions qui en découlent.....	41
Les variables contribuant au succès plus ou moins grand des dispositifs ERS.....	43
Conclusion et recommandations : comment envisager l'amélioration des dispositifs ERS ?.....	45
Action n° 68 : « Argent Facile ? », Marseille	47
La prévention du trafic de drogues : revue de littérature	48
<i>Introduction – Remarques générales.....</i>	<i>48</i>
<i>I. Les raisons de l'intérêt pour la prévention du trafic de drogues.....</i>	<i>49</i>
<i>II. Les dispositifs testés et mentionnés dans la littérature</i>	<i>51</i>

<i>III. Problèmes et limites de l'action sociale de prévention du trafic de drogues</i>	54
<i>BIBLIOGRAPHIE UTILISEE</i>	55
Description de l'évaluation	59
Rappel des objectifs	59
Terrain réalisé	59
Présentation de l'action évaluée.....	60
Projet repêché : raisons politiques et contextuelles et déblocage de crédits	65
Projet remanié et financé	66
La mise en œuvre.....	67
Financement non renouvelé et fin de l'action	69
Bilan de l'évaluation et recommandations	70
Action n°22 : « Diffusion campagne CJC »	76
Restitution des entretiens	77
I. Un « changement de stratégie » peu perçu par les partenaires administratifs	77
II. Une valorisation très positive de la stratégie partenariale	79
III. Quelques difficultés et obstacles persistants	81
Action n°55 : La prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)	83
Revue de littérature	83
<i>Introduction – Remarques générales sur revue de littérature</i>	83
<i>I. Le SAF, un risque majeur mais encore peu pris en compte dans les politiques de prévention</i>	86
<i>II. Comment prévenir le SAF ? Repérage, formation professionnelle et contextes ..</i>	88
<i>III. Deux études de cas de dispositifs de prévention</i>	93
<i>BIBLIOGRAPHIE UTILISEE</i>	96
La problématique SAF : retour sur la mise à l'agenda d'un enjeu de santé publique.....	101
Précision sur le statut de la comparaison entre La Réunion et l'Aquitaine	106
Les difficultés pour la MILDECA de trouver une terre d'accueil et de mener un pilotage national.....	107
La phase d'élaboration : étape cruciale face à des enjeux spécifiques.....	109
<i>Elaboration du plan : enjeux et temporalité en Aquitaine</i>	110
<i>Elaboration du plan : enjeux et temporalité à La Réunion</i>	112

Les débuts de la mise en œuvre du plan réunionnais	115
Conclusion et recommandations :.....	117
Conclusion générale : des éléments transversaux.....	119

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier l'ensemble des acteurs qui nous ont accordé de leur temps précieux pour que nous les interviewions.

Merci aux chargés de mission de la MILDECA qui nous ont apporté le soutien nécessaire à la réalisation de ces évaluations, ainsi qu'à l'équipe administrative du LIEPP (Juliette Seban, Samira Jebli et Latifa Lousao), ainsi que Chloé Touzet et Alexandre Biotteau qui avaient accompagné le début du projet.

Enfin, nous tenons à remercier l'ODFT, et en particulier Cristina Diaz-Gomez et François Beck, pour leur aide, leurs conseils, et les données qu'ils nous ont apportées.

INTRODUCTION

Rappel du contexte de l'évaluation

Dans le cadre des orientations prioritaires inscrites dans le plan Gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, la MILDECA a encouragé la recherche pluridisciplinaire sur les drogues et les conduites addictives. Le plan insistait notamment sur la nécessité de développer la recherche dite « évaluative », de préférence en lien avec le monde académique afin de disposer de travaux fiables, indépendants et utiles aux pouvoirs publics pour améliorer l'efficacité de l'action publique (mesure 4.1.3.3).

Le plan gouvernemental préconisait également l'évaluation, par une équipe de recherche spécialisée dans l'évaluation des politiques publiques, de plusieurs dispositifs ou actions emblématiques des différents champs de l'action publique en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mesure 5.1.3).

Dans ce contexte, la MILDECA et l'axe « politiques de santé » du Laboratoire Interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques (LIEPP) ont établi en décembre 2014 une convention de partenariat pour évaluer les processus de coopération et de coordination liés à la mise en œuvre de quatre actions du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. En vertu des compétences disciplinaires mobilisées au sein du LIEPP pour cette étude, la perspective théorique choisie s'inscrivait dans le cadre d'une sociologie politique de l'action publique et d'une sociologie des organisations. L'angle méthodologique retenu a été celui d'une **analyse fondée sur des matériaux qualitatifs**. Cette étude devait ainsi contribuer à la réalisation de la mesure 95 du plan d'actions 2013 – 2015.

95	4.1 Soutenir la recherche, l'observation	4.1.3. Améliorer l'interface entre chercheurs et décideurs	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des études répondant directement aux besoins des administrations • Développer la recherche sur la prévention • Développer la recherche évaluative 	2013-2016	MILDT ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET RECHERCHE (ALLIANCES AVIESAN, ATHENA)	INSERM-ISP ANR OFDT INPES INCA MILDT TOUS MINISTERES	Renforcement du potentiel de recherche dans le domaine de la prévention Amélioration de l'efficacité des politiques publiques dans le domaine
----	---	--	--	-----------	---	--	--

Plus précisément, cette recherche évaluative avait notamment pour objectif de contribuer à **évaluer le rôle de la MILDECA en tant qu'acteur de coordination et d'impulsion de la mise en œuvre de ces actions**, et de permettre aux opérateurs de réaliser des ajustements « chemin faisant » dans la mise en œuvre des dispositifs.

Deux chercheurs post-doctoraux (Louise Lartigot-Hervier et Francisco Roa Bastos) ont réalisé cette évaluation sous la direction scientifique conjointe de Henri Bergeron (directeur de recherches au CNRS, CSO-Sciences Po) et de Patrick Hassenteufel (professeur de science politique, Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines), dans le cadre du pôle santé du Laboratoire Interdisciplinaire d'Évaluation des Politiques Publiques de Sciences Po (LIEPP). Ils ont effectué conjointement les choix méthodologiques et l'interprétation des résultats d'enquête.

Par ailleurs, des comités de pilotage réunissant les chercheurs et des représentants de la MILDECA (la Présidente, Délégué, chargés de missions) ont eu lieu de manière régulière afin d'effectuer des ajustements méthodologiques et des choix concernant les actions évaluées et le suivi du travail.

Présentation des quatre actions évaluées

La sélection des actions à évaluer a été déterminée conjointement par la MILDECA et les chercheurs menant l'évaluation. Les critères suivants ont notamment été pris en compte :

- l'importance des actions au regard de l'ensemble du plan gouvernemental (caractère emblématique et public concerné) ;
- le degré de mise en œuvre des actions (afin de comparer des actions semblant rencontrer des difficultés dans la mise en œuvre avec des actions mises en place plus facilement et plus rapidement) ;
- le niveau de mise en œuvre, national ou territorial (afin de comparer des actions reposant sur des institutions et des acteurs nationaux avec des actions mises en œuvre par des institutions et des acteurs locaux) ;
- le caractère innovant du dispositif (afin de comparer des actions reposant sur des nouveaux instruments et/ou dispositifs institutionnels avec des actions reposant sur des instruments et/ou dispositifs existants).

Les quatre actions qui ont été retenues sont les suivantes :

Deux actions concernant le volet prévention et communication :

- Action 5 : sensibilisation des jeunes et de la communauté éducative sur les conduites addictives, les Etudiants Relais-santé (ERS)

(Actions de prévention dans certaines universités pour mieux repérer et prendre en charge les conduites addictives)

(Pilote : Education nationale, Agriculture, MESR)

L'évaluation de cette action devait envisager l'articulation des interventions et la coordination des différents acteurs de la prévention en milieu universitaire, et devait envisager les différentes formations des ERS au regard de leur intervention sur le terrain.

- Action 22 : accroître la communication autour des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)

(Soutiens de la MILDECA à l'INPES et la CNAF dans leurs campagnes de diffusion concernant les CJC)

(Pilote : Affaires sociales et santé)

L'évaluation de cette action devait analyser les rôles respectifs des différents acteurs et interroger l'efficacité de la nouvelle stratégie de la MILDECA, à savoir le fait de soutenir des campagnes de diffusion appuyées sur des acteurs comme l'INPES et de développer un partenariat avec la CNAF, plutôt que de mener des campagnes de communication en propre.

Une action concernant le volet lutte contre les trafics :

- Action 68 : Expérimentation à Marseille d'un programme de prévention de l'attrait pour le trafic de drogues

(Organisation de rencontres et de débats avec un panel représentatif de la population concernée, dans un objectif de réappropriation du territoire par la population)

(Pilote : Intérieur).

L'analyse a tenté d'évaluer la coordination des structures et les modalités de mise en œuvre dans les quartiers Sud de Marseille, ainsi que les obstacles à son déploiement.

Une action concernant le volet réduction des risques sanitaires et des dommages sociaux :

- Action 55 : expérimentation de programmes autour des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (TCAF) dans deux régions

(Améliorer la prévention et la prise en charge des TCAF ainsi que la formation des professionnels à cette question en région Aquitaine et à La Réunion)

(Pilote : MILDECA).

L'évaluation a consisté à analyser l'élaboration et la première phase de mise en œuvre de deux programmes dans deux régions test (Aquitaine et La Réunion), en particulier la formation des intervenants, et l'effectivité des parcours de prise en charge.

Type d'évaluation et méthode d'analyse des processus de mise en œuvre

Il existe plusieurs types d'évaluation¹, qui correspondent à différents moments de la mise en œuvre d'une politique publique :

- Evaluation *ex ante*
- Evaluation *ex post*
- Evaluation – accompagnement – adaptation ou évaluation liée à la mise en œuvre et analyse de la contextualisation
- Auto-évaluation et apprentissage

L'évaluation dont il est question ici relève d'une évaluation du troisième type puisqu'il s'agit d'une évaluation des processus de mise en œuvre à mi-parcours (la mise en place du plan étant prévue jusqu'en 2017) afin de proposer les conditions de poursuite d'atteinte des objectifs de l'action évaluée.

L'**effectivité** est l'indicateur de performance classiquement utilisé pour guider une évaluation liée à la mise en œuvre : elle a consisté, pour les actions évaluées ici, à estimer le degré de mise en œuvre de ces actions et à analyser les conditions et les modalités de cette mise en œuvre.

Le type d'enquête de terrain pour analyser l'effectivité d'une action publique varie en fonction du type d'évaluation. Dans le cadre de ce projet, l'évaluation menée a été une évaluation par les *processus* de mise en œuvre : elle s'est concentrée sur l'effectivité, sur les acteurs et les dispositifs mis en place, des éléments qui ne sont pas toujours mesurables et pris en charge par une évaluation quantitative. Nous sommes en particulier intéressés aux processus de mise à l'agenda et de mise en œuvre : dans cette optique, la qualité des processus de mise en œuvre est un élément essentiel de l'évaluation de l'efficacité d'une action publique². A ces fins, différentes méthodes ont été mobilisées :

- **Etudes de cas ciblés**, qui permettent de mettre en lumière des processus et des obstacles ou des conflits, de rendre compte d'une dynamique organisationnelle, d'interviewer les acteurs, de faire remonter des exemples concrets de réalisation et de non-réalisation des objectifs. (Par exemple, les agents administratifs et les usagers

¹ Voir par exemple Lacouette Fougère Clément et Lascoumes Pierre, « L'évaluation : un marronnier de l'action : gouvernementale ? », *Revue française d'administration publique*, 2013/4 N° 148, p. 859-875 ; Wasmer Etienne, discussion de C. Musselin, « Évaluation des politiques publiques : faut-il de l'interdisciplinarité? », LIEPP, *Methodological Discussion Paper*, Septembre 2013, n°2

² Musselin dans Wasmer Etienne, « Évaluation des politiques publiques : faut-il de l'interdisciplinarité? », LIEPP, *Methodological Discussion Paper*, Septembre 2013, n°2, p. 20.

s'approprient-ils les dispositifs prévus par l'action? Si non, pourquoi, quels sont les obstacles ?).

- **Réalisation d'une soixantaine d'entretiens** semi-directifs, auprès des acteurs concernés.
- **Comparaisons locales** : dans deux des quatre actions évaluées, nous avons procédé à des comparaisons : comparaison entre entités mettant en œuvre un dispositif versus entités ne le faisant pas, et une comparaison entre deux régions expérimentant un plan de prévention.

Par ailleurs, pour les actions portant sur les ERS, sur la prévention du trafic et sur la prévention de l'alcoolisation des femmes enceintes, nous avons réalisé des revues de littérature, afin de contextualiser les actions soutenues par la Mildeca. Ces états de la recherche non exhaustifs ont été conçus comme des synthèses analytiques qui retracent à la fois l'histoire des actions de prévention sur ces sujets, les pratiques les plus récentes en cours de validation et les enjeux et problèmes qui restent posés.

ACTION N°5 : LES ETUDIANTS RELAIS

Introduction

Les étudiants relais santé (ERS) sont des étudiants qui interviennent principalement lors des manifestations festives et dans les actions de prévention universelle sur les campus ou dans les cités universitaires. Le fait de recourir à des ERS pour assurer la prévention auprès des étudiants repose sur le principe de l'éducation par les pairs (le rapport final en proposera une revue de littérature). Elle peut être définie ainsi :

« Selon la définition donnée par le glossaire des termes techniques en santé publique de la Commission européenne, « cette approche éducationnelle fait appel à des pairs (personne du même âge, de même contexte social, fonction, éducation ou expérience) pour donner de l'information et pour mettre en avant des types de comportements et de valeurs ». Il s'agit donc de faire appel aux compétences des jeunes eux-mêmes, pour informer ou aider d'autres jeunes, 'leurs pairs' »³.

Autrement dit, et pour la communauté estudiantine à laquelle nous nous intéressons ici, l'idée générale est que les messages de prévention sont mieux écoutés et réceptionnés par les étudiants s'ils sont émis par des étudiants, et ce pour plusieurs raisons : la proximité peut susciter un regain d'intérêt, éviter le sentiment d'injonction, l'asymétrie et le regard moralisateur (projeté ou ressenti) entre le personnel médical et l'étudiant, et une efficacité plus grande en termes de communication (les étudiants sachant mieux que quiconque quel « langage » et quels instruments peuvent avoir le plus d'impact sur leurs pairs).

Le statut des ERS au sein de l'université, leur formation, les missions qui leur sont confiées, les instruments qu'ils conçoivent et / ou utilisent varient d'un établissement à l'autre. Lorsque notre évaluation a commencé, ni la Mildeca, ni le ministère de l'enseignement supérieur, ni les universités elles-mêmes n'avaient de visibilité sur ce qui était mis en place dans les différents établissements.

L'évaluation s'est donc appuyée sur une analyse comparative de la place et du rôle de la prévention des conduites addictives dans les universités qui font appel à des ERS, tout en les mettant en lumière avec la prévention menée dans des universités n'ayant pas de dispositif ERS. Autrement dit, l'enquête avait pour buts :

- D'analyser le rôle et la place de la prévention des conduites addictives dans ces universités

³ INPES, *La santé de L'homme*, n° 421, septembre-octobre 2012, p.10.

- D'envisager l'articulation entre ERS et autres acteurs de la prévention
- D'évaluer l'efficacité de la formation reçue par les ERS au regard du terrain auquel ils font face. Cette évaluation a été réalisée par l'analyse qualitative de la réception de la formation par les étudiants relais.

Cela nous permet aujourd'hui de contribuer à dresser l'état des lieux des établissements analysés et de dégager plusieurs hypothèses sur les variables contribuant au succès plus ou moins grand des dispositifs ERS. Après avoir présenté une revue de la littérature sur le principe de prévention par les pairs, nous commencerons par revenir sur le choix des universités comparées avant de présenter la méthodologie qui a été la nôtre pour réaliser cette évaluation. Nous dresserons ensuite l'état des lieux des différents dispositifs d'ERS possibles, puis des formations qu'ils reçoivent. Nous montrerons ensuite que des variations importantes existent du côté de la « philosophie » des dispositifs, autrement dit les différentes manières de concevoir leur rôle, leurs missions, et qui se traduisent par des projets et des instruments d'action différents. Enfin, nous présenterons ce qui ressort de notre enquête auprès des directeurs des Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) et des ERS eux-mêmes pour l'amélioration des dispositifs.

Le principe de la prévention par les pairs : revue de littérature

Introduction - Remarque générale sur les enseignements de cette synthèse

La revue de littérature réalisée fait ressortir principalement la **variété des dispositifs** de prévention par les pairs qui existent, mais également la **diversité des définitions** qui peuvent être données à la notion même de « pairs », comme on le verra ci-dessous. Dans ce cadre, le dispositif ERS du plan MILDECA ne se distingue pas particulièrement, l'enquête faisant ressortir là aussi la diversité des situations et des modèles adoptés pour ce dispositif particulier selon les universités concernées.

Plus fondamentalement, pour la grande majorité des auteurs consultés pour cette revue de littérature (voir « Bibliographie utilisée »), **cette diversité doit être préservée** car elle constitue, plutôt qu'un problème, un pré-requis, et même une obligation préalable. Chaque type d'intervention différent doit en effet être pensé au cas par cas, en fonction du domaine, des publics et des contextes sociaux visés, sous peine de mettre en œuvre des outils standardisés peu adaptés, et donc peu efficaces :

« Scaling up peer education is not a simple process of replication. Rather, in each new setting, an assessment of the social context should be undertaken, to anticipate the factors which might help or hinder peer education, and to take advantage of the helping factors, while ameliorating the hindering factors. Thus, a peer education program will not be the same in every context, but will be sensitively adjusted to maximise the community's agency in the most locally appropriate ways. » (Cornish & Campbell, 2009, p. 134)

La synthèse ci-dessous est structurée en **trois grandes parties**. La première revient sur le principe même de la « prévention par les pairs », pour mieux tenter de la **cerner**. Pour cela, elle présente plus précisément les bases théoriques de la prévention par les pairs et les raisons de son essor, mais aussi le problème persistant de la définition du terme-clef qu'est la notion de « pairs ». La deuxième partie s'attache plus concrètement à la **description** des différents types de dispositifs qui ont été testés pour mettre en œuvre la prévention par les pairs, en insistant notamment sur les techniques de formation des pairs mais aussi la place réservée aux professionnels dans ces dispositifs. Enfin, la troisième partie permet de revenir sur les **limites** de la prévention par les pairs telles qu'elles ont été mises en avant par la littérature, ainsi que sur quelques **propositions** avancées pour tenter d'y remédier.

I. La prévention par les pairs : théories sous-jacentes, développements historiques et polysémie de la notion

La littérature sur la prévention par les pairs est extrêmement diverse, tant par les domaines dans lesquels ce type de dispositifs a été expérimenté que par l'inspiration théorique et méthodologique sous-jacente à ces expérimentations (a). Cette variété est en partie la conséquence des contextes historiques et géographiques divers dans lesquels ces dispositifs ont été testés et se sont développés (b), mais elle a du coup débouché sur une grande polysémie du terme pourtant central de « pairs » (c).

a. Bases théoriques de la prévention par les pairs

La littérature sur la prévention par les pairs fait apparaître une grande variété d'inspirations théoriques qui relèvent de trois grands domaines disciplinaires : la psychologie, la pédagogie et la sociologie.

Du point de vue **psychologique**, la prévention par les pairs s'inspire des études portant sur l'influence et la transmission « horizontale » des savoirs et des comportements (LE GRAND 2012). Les études d'inspiration psychologique insistent ainsi sur l'idée que les personnes écoutent et imitent plus volontiers ceux qu'ils estiment proches ou semblables à eux (du fait de leur lieu de vie, de leurs habitudes, de leurs caractéristiques socio-professionnelles ou de leur situation personnelle face à un risque donné). Le principe fondamental étant ici que ce type de recherches estime qu'une politique de prévention a plus de chances de toucher ses destinataires si elle est menée par des gens qui leur ressemblent, que cette ressemblance soit objectivement établie ou repose sur des croyances et des représentations des personnes concernées :

« Research suggests that people are more likely to hear and personalize messages, and thus to change their attitudes and behaviors, if they believe the messenger is similar to them and faces the same concerns and pressures. » (MASON 2003).

Cette ressemblance entre « pairs » (avec les difficultés de définition sur lesquelles nous reviendrons) permettrait, pour les études d'inspiration psychologique, une meilleure communication entre les « éducateurs » et les personnes auxquelles est destinée la politique de prévention, notamment du fait de l'utilisation d'un « langage » similaire (qu'il soit verbal ou non verbal), qui rend les informations transmises à la fois plus compréhensibles et plus crédibles pour les destinataires :

« Trained peer educators are a more credible source of information for some youth than are adult educators because they communicate in readily understandable ways and serve as positive role models while dispelling misperceptions [...] » (MASON 2003).

Ces approches psychologiques sont complétées par des études relevant plus spécifiquement de la **pédagogie** et des sciences de l'éducation, qui peuvent s'inspirer de la « *social learning theory* » (BANDURA & al. 1977), ou encore insister sur la nécessité de développer chez les publics concernés une distance critique par rapport à leur environnement et à leurs pratiques. Ces travaux s'inspirent notamment des travaux du pédagogue Paulo Freire et de sa théorie de la « conscience critique » (« *critical consciousness* ») comme le soulignent par exemple Campbell & McPhail :

« Paulo Freire provides many of the intellectual tools necessary to inform conceptually sound peer education programs. Our empirical findings suggest it is not enough to conceptualize 'empowerment' in terms of boosting young peoples' emotional or motivational confidence in their ability to protect their sexual health. Empowerment also involves the development of intellectual understandings of the way in which social relations contribute to the transmission of HIV, and undermine efforts to reduce HIV transmission » (CAMPBELL & MACPHAIL 2002).

Dans cette perspective, les travaux d'inspiration pédagogique soulignent d'ailleurs que l'éducation par les pairs n'est en rien un concept nouveau dans les pratiques éducatives, puisqu'il a été développé depuis au moins le XVI^e siècle, notamment dans le cadre des pratiques de ce qu'on a pu appeler la « pédagogie coopérative » (TARAMARCAZ 1996), ou encore (dans le domaine spécifique de l'éducation à la santé et à l'hygiène) au sein des « démarches de santé communautaire » qui se sont développées plus récemment (CHOBEAUX 2012).

Plus souvent, enfin, les travaux sur l'éducation ou la prévention par les pairs, notamment les plus récents, s'inspirent plutôt de la **sociologie** et notamment des **théories de la socialisation** (CHOBEAUX 2011). Parmi les théories plus spécifiques mobilisées par ces

travaux, on peut citer, par ordre d'apparition chronologique, les études relevant par exemple de la « *differential association theory* » (SUTHERLAND & CRESSEY 1960) qui font volontiers référence aux travaux classiques de Gabriel Tarde sur l'imitation sociale ou, par contraste, à la criminologie, conçue comme un mode d'association négatif qui permet la diffusion de savoirs spécifiques par la mise en contact, en prison, des « éducateurs » et de leurs « apprenants ». Par analogie, ces travaux ont cherché à développer des pratiques d'association « positive » consistant à mettre en contact les publics visés par une politique de prévention avec des pairs éducateurs susceptibles d'influencer ces publics par leurs « bonnes pratiques » (CHOBEAUX 2012).

D'autres travaux dans cette perspective sociologique se fondent ainsi principalement sur la **sociologie des groupes** et notamment sur les différentes variantes de la théorie des *leaders* d'opinion, transposée dans le domaine de la prévention sanitaire (KELLY 2004). Ces travaux développent souvent une conception des groupes structurés hiérarchiquement et fonctionnant comme des groupes communautaires d'appartenance, sources d'apprentissages mais aussi de conformismes divers (CHOBEAU 2011), se fondant pour cela sur différents constats empiriques qui ont pu être faits au cours d'enquêtes précédentes, par exemple sur les groupes de jeunes. Comme le dit par exemple Eric Le Grand dans une synthèse sur les approches sociologiques de certaines études sur la prévention par les pairs, cette dernière

« se fonde sur différents postulats, faisant le lien avec les caractéristiques de l'adolescence, en termes de socialisation (les jeunes sont souvent des sources d'information pour les autres jeunes de leur âge), de soutien (ils se tournent plus volontiers vers les leurs quand ils ont des problèmes), d'entraide, de phénomène générationnel et de connaissance (les jeunes sont les mieux placés pour reconnaître et comprendre les problèmes de leurs pairs) et d'influence sociale positive pouvant permettre l'adoption de comportements favorables » (LE GRAND 2012).

Les approches théoriques sont donc diverses, mais reposent majoritairement sur l'idée d'une **promotion indirecte** des politiques de prévention, par le biais de « pairs » supposés capables d'établir un rapport de confiance « naturel » avec les publics visés, par identification, et donc mieux à même d'influer sur leurs comportements par un moyen ou un autre (TURNER & SHEPHERD 1999).

b. Raisons historiques de l'essor des pratiques de « prévention par les pairs »

Comme on l'a évoqué ci-dessus, les méthodes de prévention ou plutôt d'éducation par les pairs ne sont pas nouvelles. Sans remonter aux pratiques pédagogiques du XVI^e siècle mentionnées ci-dessus, les premières applications de la prévention par les pairs remontent aux années 1950, dans le domaine de l'usage des drogues (JAUFFRET-ROUSTIDE 2002) :

« Dans le champ de l'usage de drogues, la participation des pairs ne constitue pas une nouvelle approche. La création de groupes de soutien, comme les Narcotiques Anonymes aux États-Unis en 1953 et le Rotterdam Junkies Bond en 1980, témoigne de cet engagement de consommateurs dans une optique d'aide et d'accompagnement de leurs semblables » (NOËL & GAGNON 2013).

Néanmoins, ces pratiques ont connu **un essor très important depuis la fin des années 1980** et sont aujourd'hui en plein développement, dans une multiplicité de domaines, et ce **pour deux raisons principales**.

La première tient, par défaut, à **l'échec de la prévention traditionnelle**, notamment en direction des populations les plus jeunes. Cette prévention traditionnelle est rétrospectivement analysée comme ayant été « trop souvent fondée sur la seule acquisition de connaissances et provoquant incompréhension, saturation de messages et sentiment de stigmatisation » (LE GRAND 2012). Les chercheurs font aujourd'hui le constat de l'échec des pratiques injonctives-prescriptives menées par des autorités identifiées comme telles (notamment la prévention menée par les forces de l'ordre dans les lieux d'enseignement (cf. site dédié de l'OEDT)). Cet échec, sur lequel s'accordent très largement professionnels, chercheurs et pouvoirs publics, favorise en regard le développement du paradigme de l'« approche motivationnelle », qui cherche à créer de la proximité et une réflexivité de l'acteur sur ses propres pratiques (LE GRAND 2012).

La deuxième série de raisons conduisant au développement de ces pratiques de prévention par les pairs tient à un **contexte international de production normative** incitant les autorités publiques à une plus grande prise en compte de **l'aspect communautaire** des comportements à risque, et des mesures possibles pour les prévenir. La circulation de savoirs et de normes particulières à ce sujet a été à la fois illustrée et favorisée par la **Charte d'Ottawa de 1986** sur la promotion de la santé. Il y est notamment fait référence à l'ancrage communautaire qui apparaît à partir de là nécessaire à toute politique de promotion de la santé et de prévention :

« La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions. Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé » (Charte d'Ottawa de 1986, section « Renforcement de l'action communautaire).

Cette attention portée par les normes et chartes internationales à **l'ancrage communautaire des politiques de santé**, en phase avec les évolutions constatées dans l'analyse des politiques publiques vers une responsabilisation et une individualisation plus poussée des groupes et des individus, est une des raisons le plus souvent soulignées par les travaux disponibles pour expliquer l'essor notable des pratiques de prévention par les pairs dans les années les plus récentes (CHOBEAUX 2011). La « communauté », quelle que soit la définition qu'on donne à cette notion problématique (surtout dans un pays comme la France, où la communauté n'a pas l'existence institutionnelle qu'elle a dans les pays anglo-saxons, en particulier aux Etats-Unis), devient l'unité sociale de référence dans des pans de plus en plus larges de l'action publique, et les autorités incitent de plus en plus activement les différents acteurs à veiller à ce qu'elle soit « activement impliquée dans la recherche de priorités, l'identification des besoins, le choix des stratégies, l'implantation et l'évaluation de la promotion de la santé » (LE GRAND 2012). Ce type d'approches est par ailleurs développé explicitement en contraste avec les approches purement biomédicales (CORNISH & CAMPBELL, 2009), notamment dans des domaines « fondateurs » pour ce type de dispositif alternatif comme celui de la prévention contre le VIH. C'est là qu'ont été développées les premières approches explicitement « communautaires » de prévention par les pairs, en l'occurrence par des personnes homosexuelles au sein de leur communauté (CORNISH & CAMPBELL, 2009).

C'est donc dans un contexte marqué à la fois par l'échec des politiques de prévention traditionnelle, et de pression normative à l'adoption de dispositifs prenant en compte l'ancrage « communautaire », quel qu'il soit, que se sont développées les actions de prévention par les « pairs ».

c. Polysémie des « pairs »

La diversité des approches théoriques, tout comme le contexte historique de l'émergence puis du développement des pratiques de « prévention par les pairs », expliquent en grande partie la polysémie du terme même de « pairs », qui peut prendre des significations très différentes selon les contextes et les dispositifs.

Selon les habitus politiques et institutionnels des pays concernés, le secteur de politique publique dans lequel on se trouve, selon la perspective théorique adoptée, selon la « communauté » et le risque de santé visé, les « pairs » peuvent renvoyer à des caractéristiques très différentes. Ainsi, on parle de « prévention par les pairs » dans des domaines aussi divers que la consommation addictive de substances licites ou illicites (alcool, tabac, drogues de divers types, voir par exemple PROCHASKA & al 1992, FROMME & CORBIN 2004, NACHE & BABA-MOUSSA 2011) que pour des conduites à risque sans substance (sexualité agressive ou à risque, dépendance aux jeux vidéos ou aux réseaux sociaux, voir par exemple FISHER & MISOVICH 1990, MILBURN 1995, LATKIN 1998 ; CORNISH & CAMPBELL, 2009) ou encore dans le domaine de la prévention de risques de santé (cancer, maladies

professionnelles, voir par exemple RICKERT & al. 1991, DICLEMENTE 1993, HUNTER & al. 2004, EMMONS & al. 2005) ou dans celui de la promotion de « bonnes pratiques » comme l'exercice physique pour les personnes âgées ou encore l'allaitement (LAMB & al. 2002). **La notion de « pair » est donc très floue et flexible.** En toute logique, les « pairs » partagent en théorie au moins l'une ou l'autre de ces caractéristiques : une langue, une tranche d'âge, une « culture » ou un mode de vie (composé d'un ensemble de pratiques plus ou moins standardisées), une profession, ou dans certains cas un risque de santé (déclaré ou pas) avec la population cible de telle politique de prévention ou de promotion de santé.

La définition finale de la notion de « pairs », de leur fonction et de leur rôle, peut donc être très variable en fonction du critère retenu, et de la vision que s'en font les concepteurs (ou les financeurs) de telle ou telle campagne. Sont-ils avant tout des « relais » de la politique de santé, des « diffuseurs », des « amplificateurs », des « semeurs de graine », des « médiateurs » voire des « co-concepteurs » de la politique en question ? Doit-on parler de « pairs-aidants », de « pairs-conseils », de « pairs-facilitateurs », de « pairs-soutiens », de « pairs-tuteurs⁴ » ? Leur statut par rapport à l'autorité publique qui les sollicite et les engage (à tous les sens du terme) est par ailleurs très variable lui aussi, puisqu'il peut s'agir d'employés subordonnés (salariés, stagiaires) ou de partenaires plus distanciés et autonomes (ONU DC 2004, INPES 2012). Dans tous les cas, les « pairs » occupent une **position intermédiaire** qui peut être à la fois source d'efficacité dans leur fonction, quelle que soit la forme qu'on lui donne, mais aussi source de difficulté comme on le verra : « Ces pairs apparaissent [...] comme des « sas », des passerelles entre le monde adulte et celui des jeunes, entre le monde des enseignants et celui des collégiens-lycéens » (LE GRAND 2012).

Face à cette multiplicité des sens possibles pour le terme de « pairs », certaines études choisissent simplement de repartir de la notion de « communauté », elle aussi floue et ambiguë, mais qui a l'avantage de renvoyer à la subjectivité des acteurs et des publics concernés, à qui l'on demande de se positionner et de partager des savoirs au sein de ce qu'ils considèrent comme constituant « leur » communauté :

« No generally accepted definition of peer or peer-based intervention has been established to date. Peers often share a common culture, language, and knowledge about the problems that their community experiences. [...] **For this review, we defined peer-based interventions as a method of teaching or facilitating health promotion that asks people to share specific health messages with members of their own community** » (WEBEL & al. 2010).

⁴ Sans compter la difficulté, que nous n'aborderons pas ici dans le détail, de la traduction des termes anglais, eux aussi très divers, utilisés dans la littérature anglo-saxonne sur ces questions : « peer-based interventions », « peer-led interventions », « peer education », « peer support », « peer counseling », « group support », « group education », « peer leaders »...

Faute de mieux, on s'en tiendra ici à cette définition très générale qui permet de prendre en compte la variété des usages du terme et la multiplicité des initiatives et des dispositifs qui ont été développés sur cette base.

II. Les différents dispositifs expérimentés et les outils d'évaluation

La polysémie de la notion de « pairs » se traduit par la très grande diversité des dispositifs concrets qui ont été imaginés à ce jour selon ce principe de la « prévention par les pairs », dans les différents domaines d'intervention mentionnés plus hauts (a). Le passage en revue de ces différents dispositifs permet cependant de mettre en évidence deux questions transversales communes qui se posent dans chaque cas : celle de la formation des pairs, quels qu'ils soient (b) ; et celle de la place des professionnels et des autorités publiques dans le dispositif (c).

a. Les différents types de dispositifs

Comme le montre l'enquête du LIEPP portant sur le dispositif particulier des « Etudiants relais » (cf. infra), la variété des agencements possibles pour une action de « prévention par les pairs », y compris pour le même type de public et dans le même type de situation, peut être importante. La littérature disponible permet néanmoins de dégager une typologie sommaire des différents types de dispositifs envisageables, en fonction des contextes dans lesquels se déroule la mise en contact des « pairs » et des publics visés. On peut les diviser en **trois grands groupes**, en fonction du degré d'« immersion » des pairs dans leur « communauté » au moment de leur intervention en son sein.

Le premier type de dispositifs consiste à mettre les pairs en contact avec leur « public » en **situation « réelle »**, c'est-à-dire lors de manifestations préexistantes au dispositif ou qui se seraient produites de toutes façons, et sans que le dispositif ne soit forcément identifié comme un dispositif de prévention ou de promotion de santé (même si c'est le plus souvent le cas). Cela peut se traduire par exemple par la participation des « pairs », plus ou moins identifiés comme tels, à des soirées étudiantes, des événements sportifs ou à l'organisation de stands de rentrée, dans le cas des « Etudiants relais » étudiés. Plus largement, un grand nombre de domaines d'intervention en santé publique sont susceptibles de faire l'objet de ce type de dispositifs, qui peut être étendu pour englober notamment les situations de soin ou de traitement en milieu hospitalier ou autre (WEBEL & al. 2010).

Le deuxième type de dispositifs consiste à organiser des **rencontres spécifiques**, en dehors du cadre de vie « communautaire », lors d'événements spécialement organisés pour mettre en contact les « pairs », et explicitement labellisés comme des moments d'information et/ou de prévention. Ces rencontres peuvent prendre plusieurs formes, notamment celle de

réunions d'information ou de discussion entre « pairs », portant sur le risque ou la pratique visée par les initiateurs du dispositif. Ces rencontres elles-mêmes peuvent impliquer plusieurs pairs dans des réunions de groupe (« *group-based meetings* ») ou au contraire privilégier les rencontres « face-à-face » d'un pair avec son formateur (« *one-to-one meetings* »), qui favorisent dans certains cas la mise en confiance (WEBEL & al. 2010). D'autres types de rencontres spécifiques peuvent être imaginées, notamment la mise en place de dispositifs ludiques spécifiquement orientés vers la pratique en question (concours divers, théâtre participatif... comme on le verra également dans le cas des « Etudiants relais »).

Enfin, un troisième modèle de dispositif, plus classique et moins « intrusif », **fonctionne « à distance »**, notamment par l'élaboration de campagnes de communication mettant en scène des « pairs » des publics cibles, l'animation de sites internet par les « pairs », des campagnes de mailing ciblé ou encore l'investissement des réseaux sociaux (WANTLAND & al. 2004).

Dans tous les cas, l'impression qui domine à la lecture de la littérature consacrée à ces dispositifs est celle d'une grande diversité des dispositifs.

b. La question de la formation des pairs

A travers cette variété des dispositifs, des questions communes se posent dans chaque cas, et entraînent là encore des réponses très différenciées. Parmi elles, la question de la formation des « pairs » au problème de santé publique qu'ils sont censés aider à prévenir est centrale : puisqu'on confie la promotion et la prévention à des pairs qui sont, par définition, des non-professionnels, comment « former les pairs pour garantir leurs compétences » (SCHOENE 2006) ?

Plusieurs types de dispositifs de formation ont été imaginés selon les actions de prévention. La première différence entre les formations mises en place porte sur le **dispositif d'encadrement** mis en œuvre, qui peut principalement prendre deux formes (CHOBEAUX 2011) :

- Des **formations individuelles** de chaque « pair », qui permettent une prise en compte différenciée des profils et des trajectoires de chaque pair. Ceux-ci sont formés au fur et à mesure de leur recrutement par les professionnels de santé référents pour l'action de prévention projetée ou en cours.
- Des **formations collectives** pour un ensemble de « pairs » pressentis, qui sont là encore prises en charge par les professionnels de santé, voire complétées par d'autres professionnels, des enseignants ou des chercheurs (voir ici par exemple les dispositifs de formation des « Etudiants relais » étudiés).

Chaque formation peut ensuite être très différente en fonction du **contenu** que l'on donne aux entretiens individuels ou aux programmes collectifs de formation au risque de santé en question (DEGENHARDT & al. 2010):

- La formation peut être **spécifiquement centrée sur ce risque particulier**, et constituer une spécialisation à la fois théorique et pratique à la prévention de ce type de risque spécifique.
- La formation peut s'avérer **beaucoup plus généraliste**, et porter sur des questionnements englobant le risque en question, mais le replaçant dans un contexte d'éducation à la santé beaucoup plus large (DEGENHARDT & al. 2010 ; NOEL & GAGNON 2013).

Dans tous les cas, néanmoins, la formation mise en place doit répondre à une **question préalable** qui détermine en grande partie le type de dispositif choisi (CHOBEAUX 2011, CHOBEAUX 2012) : **veut-on procéder à la formation de « nouveaux leaders » à l'intérieur du groupe ou de la « communauté » cible ? Ou souhaite-t-on plutôt s'appuyer sur les leaders existants au sein de ce groupe ou de cette communauté, pour les sensibiliser au risque qui fait l'objet de la politique de prévention ?** Selon la réponse apportée à cette question, le type de formation envisagé devra être adapté pour permettre l'acquisition des compétences requises par les « pairs » ainsi formés (HAGAN & al. 2011).

c. Le rôle et place des professionnels de santé et des autorités

Ce choix est celui auquel sont confrontés les professionnels et les autorités en charge de la politique de prévention. Ils doivent, pour le résoudre, savoir répondre à une deuxième question centrale : **quelle doit être leur place vis-à-vis des « pairs » et du public cible ?**

Le principe de prévention par les pairs repose en effet sur une **contradiction fondamentale** : d'un côté, elle pose comme préalable que la promotion et la prévention doivent être menées, au moins en apparence, par des « pairs », c'est-à-dire des non-professionnels issus du groupe cible de la politique en question ; d'un autre côté, cette politique de prévention est initiée, élaborée et mise en œuvre par des professionnels, sous l'autorité et grâce aux financements le plus souvent des pouvoirs publics, qui sont les experts considérés comme nécessaires à l'effectivité de la prévention. La prévention par les pairs revient à une « **invisibilisation organisée** » **des professionnels de santé et des autorités**, qui restent pourtant en dernier recours les personnes responsables pour les actions menées par les pairs recrutés. Car tous les dispositifs mis en place dans cette perspective reposent sur l'idée générale que la prévention par les pairs ne peut marcher, qu'« à condition de s'adosser à des professionnels, de suivre une méthodologie et de former les pairs pour garantir leurs compétences » (SCHOENE 2006).

Cette contradiction fait courir **un risque important** à ces dispositifs : celui de **l'instrumentalisation** (réelle ou perçue comme telle) des pairs et des publics ou communautés d'appartenance de ces pairs. Pris entre la nécessité d'assurer une formation

effective des « pairs » recrutés et la nécessité non moins impérieuse de « disparaître » derrière ces pairs, en tout cas du point de vue des publics cibles, les professionnels doivent prendre garde à ne pas tomber dans la **manipulation** (LE GRAND 2012). Celle-ci, outre les problèmes déontologiques majeurs qu'elle pose à tout dispositif de ce type, risque à tout moment de compromettre l'efficacité de l'action de prévention, les pairs pouvant rapidement passer, en cas de suspicion de manipulation, du statut de « semblable » à celui de « pair-roquet » pour reprendre le terme parlant de François Chobeaux (CHOBEAUX 2011). La prise en compte de ce risque nécessite pour certains l'élaboration d'un code déontologique spécifique à ce type de politiques (LE GRAND 2012).

La réalisation de ce risque « réputationnel » couru par les pairs dépend de l'attitude adoptée par les professionnels en charge de la prévention, et du dispositif choisi. Mais il ne constitue pas la seule limite avancée dans la littérature à la mise en œuvre d'actions de prévention par les pairs.

III. Limites et recommandations

Outre le risque de manipulation qui vient d'être mentionné, plusieurs débats ont cours dans la littérature sur la prévention par les pairs, qui portent principalement sur trois limites importantes à ce type de dispositifs.

Le plus important de ces débats porte sur **l'efficacité** même de ce type de dispositifs et sur leur impact supposé. Un exemple particulièrement clair de ces débats sur l'efficacité est celui qui divise, par exemple, les partisans des dispositifs pionniers de prévention par les pairs dans les communautés homosexuelles et leurs contradicteurs (KELLY 1992, ELFORD & al. 2001) et qui ne fait toujours pas consensus aujourd'hui (KELLY 2004, ELFORD & al. 2004, HART & al. 2004).

De manière générale, certaines études tendent à montrer que l'efficacité de ces dispositifs est différentielle et dépend de l'exposition des publics ciblés au risque en question : elle serait plus forte pour les personnes les plus exposées (« *High risk profiles* ») que pour les personnes plus éloignées du risque (MACKESY & al. 2013). Dans tous les cas, ces débats témoignent d'un **problème majeur de « méta-analyse » des données recueillies** à l'occasion de ces nombreuses expérimentations de dispositifs de prévention par les pairs : la diversité même de ces dispositifs ne permet en effet pas à ce jour d'évaluation quantitative rigoureuse des effets de ces dispositifs, et empêchent donc l'établissement de recommandations et de « bonnes pratiques » claires (MOSTELLER & COLDITZ 1996, POSAVAC & al. 1999, MEDLEY 2009, NOEL & GAGNON 2013, MACARTHUR & al. 2016).

Dans le prolongement de ce débat sur l'efficacité, la question de la **durée et du financement** de ces dispositifs est un autre sujet de discussion majeur. Le plus souvent, en effet, les dispositifs de prévention par les pairs ne durent qu'un temps et sont envisagés comme des actions ponctuelles non-itératives (CHOBEAUX 2011). Ce manque de continuité, outre qu'il renforce les problèmes de « méta-analyse » mentionnés, entre en contradiction avec le principe même de la notion de « pairs », qui implique la création et le maintien d'un lien de confiance entre les « éducateurs » et leurs publics, qui peut être rapidement remis en cause en cas de désengagement des professionnels et des autorités publiques. Car ce manque de continuité repose en dernière analyse sur des **problèmes récurrents de financement public**, qui sont souvent décidés pour une action ponctuelle et peu reconduits dans la durée (CHOBEAUX 2012, INPES 2012). Ces investissements limités et de courte durée s'expliquent le plus souvent par des cadres budgétaires de plus en plus contraints pour l'action publique, mais ils reposent aussi en partie sur une **ambivalence de ces politiques publiques de prévention par les pairs** : celles-ci peuvent en effet être perçues par les financeurs publics comme des recours avantageux en période de restrictions budgétaires, puisqu'elles permettent un transfert partiel de la charge de la promotion de santé sur les publics cibles eux-mêmes (WEBEL & al. 2010) :

« Part of the current interest in participatory approaches to HIV prevention comes from a hope that community-led interventions may save on resources. In the discourse of health system managers and financiers, 'empowerment' of communities is sometimes used as a euphemism for the reduction of costly services, as communities are expected to take on responsibility for their health, with little or no pay » (CORNISH & CAMPBELL 2009)

Pourtant, la plupart des études montrent que l'efficacité de la prévention par les pairs, si elle est difficile à mesurer dans l'absolu, est toujours plus importante dans le cas de dispositifs installés dans la durée (SILVARAM & CELENTANO 2003).

Le troisième débat porte sur **l'effet sur les pairs eux-mêmes** que peuvent avoir ces pratiques de prévention. Certains soulignent que la prévention par les pairs bénéficie avant tout aux pairs eux-mêmes plutôt qu'aux publics initialement ciblés (notamment du fait des formations spécialisées dont ils bénéficient), alors même que ces pairs-relais de la politique de prévention ne sont justement pas, par définition, les plus exposés au risque réalisé ou potentiel (LE GRAND 2012). Dans l'idéal, ce sont donc tous les pairs d'une population donnée qu'il faudrait enrôler dans ces dispositifs, ce qui contredit le principe même de prévention indirecte par les pairs.

Par ailleurs, en opposition à cette lecture positive des bénéfices retirés par les pairs eux-mêmes de ces politiques, d'autres travaux pointent au contraire les risques particuliers que l'enrôlement dans ces dispositifs fait peser sur ces pairs, notamment s'ils sont identifiés comme relais des professionnels et des autorités (CHOBEAUX 2011) : le risque de stigmatisation et de mise à l'écart est réel, si le pair est perçu comme trop proche des

instances prescriptives. Face à ce danger de stigmatisation, un autre risque possible pour l'efficacité de la politique de santé consiste dans les réactions de compensation qu'un pair stigmatisé peut développer, notamment le risque de « trahison » de la politique de santé, de revendication (LE GRAND 2012). Surtout, c'est le risque de manipulation des pairs par les prescripteurs qui retient l'attention de nombreux travaux. Ce risque de manipulation est d'autant plus fort que l'efficacité de la prévention par les pairs ne repose pas tellement sur la réalité objective du comportement « vertueux » ou « exemplaire » du pair recruté pour influencer le comportement des membres de son groupe ou de sa communauté : il suffit que ceux-ci « croient » en sa sincérité et soient persuadés que le « pair » agit bien comme il le prétend, pour que ces pratiques puissent avoir un impact (DI CLEMENTE 1991). Qu'un pair censé faire la promotion de l'utilisation des préservatifs les utilise vraiment ou pas lui-même, cela compte au final moins que le fait qu'il parvienne à faire croire à ses pairs qu'il le fait.

Recommandations

Face à ces limites et débats, la plupart des études tentent de formuler des recommandations pour l'amélioration des pratiques de prévention par les pairs, qui sont principalement de trois ordres.

Premièrement, comme cela a déjà été mentionné, la plupart des travaux préconisent dans tous les cas une **inscription dans la durée** plus marquée de ces dispositifs. Comme le montre également l'enquête du LIEPP sur les ERS, une logique de *learning process* est à l'œuvre et implique qu'un dispositif de prévention par les pairs a d'autant plus de chances de porter ses fruits qu'il est reconduit sur plusieurs années et financé en conséquence. L'ancienneté dans le dispositif reste à ce jour le meilleur et le seul critère discriminant en termes d'efficacité constatée (WEBEL & al. 2010, CHOBEAUX 2012).

La deuxième recommandation récurrente consiste à concevoir les dispositifs de prévention par les pairs non pas comme des actions isolées, mais toujours comme des **stratégies complémentaires** à des politiques de prévention plus traditionnelles (INSERM 2001, LE GRAND 2012). Les effets différenciés de ces dispositifs sur les publics, en fonction de leur degré d'exposition au risque notamment, portent à développer des actions combinant plusieurs types de prévention pour favoriser l'efficacité la plus large possible (MACKESY & al. 2013). En aucun cas les dispositifs de prévention par les pairs ne peuvent être conçus et utilisés comme des pratiques exclusives.

Enfin, la troisième recommandation porte sur **l'élaboration** même de ces dispositifs. Ceux-ci doivent reposer d'abord et avant tout sur une **étude très précise et rigoureuse des publics et des contextes d'intervention** auxquels ils sont destinés. La réussite de ces interventions repose en effet sur une adéquation la plus fine possible entre les buts visés par les initiateurs de l'action, et les publics sur lesquels celle-ci est censée s'appliquer (CORNISH & CAMPBELL 2009). Cette prise en compte des éléments favorables ou défavorables de chaque contexte

pour tel ou tel type de dispositif a permis par exemple de mettre en évidence **l'inégalité des genres** face à certaines pratiques à risque, comme la sexualité non protégée (DUBE & WILSON 1996 ; CAMPBELL & MACPHAIL 2002), les différences majeures entre pays en développement et pays développés pour un même type de dispositifs (CORNISH & CAMPBELL 2009), ou encore le rôle essentiel du capital social, des ressources culturelles et du niveau d'éducation dans la prévention par les pairs (BAUM 1999, CAMPBELL & al. 1999, CAMPBELL 2000)

Pour conclure, il apparaît que la diversité et les différences constatées des dispositifs de prévention par les pairs sont tout à fait logiques et même souhaitables, puisque chaque type d'intervention doit être pensé au cas par cas, en fonction du domaine, des publics et des contextes sociaux dans lesquels il s'applique, à condition de mener en parallèle une réflexion méthodologique sur les critères d'évaluation et de recueil des données empiriques qui permettraient d'améliorer la comparaison des différents dispositifs existants (MACARTHUR 2016).

BIBLIOGRAPHIE UTILISEE

BAUM F., « The role of social capital in health promotion: Australian perspectives », *Health Promotion Journal of Australia*, 1999, 9(3), p. 171-178.

CAMPBELL C., MACPHAIL C., « Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth », *Social science and medicine*, 2002, 55 (2), p. 331-345

CAMPBELL C., « Social capital and health: Contextualising health promotion within local community networks », dans BARON S., FIELD J., SCHULLER T., (eds). *Social capital: critical perspectives*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 182-196.

CAMPBELL C., WOOD R., KELLY M., *Social Capital and Health*, London, Health Education Authority, 1999.

CHOBEAUX F., « La prévention par les pairs : attentes et limites », *Le courrier des addictions* (13), 2011, n°3, p. 13-14.

CHOBEAUX F., « L'éducation par les pairs, attentes et limites », *La santé de l'Homme*, 2012, n°421, p. 15-16.

CORNISH F., CAMPBELL C., « The Social Conditions for Successful Peer Education: A Comparison of Two HIV Prevention Programs Run by Sex Workers in India and South Africa », *American Journal of Community Psychology*, 2009, n°44, p. 123-135.

DEGENHARDT L., MATHERS B., VICKERMAN, P., RHODES T., LATKIN C., HICKMAN M., « Prevention of HIV Infection for People who Inject Drugs : Why Individual, Structural, and Combination Approaches are Needed », *The Lancet*, 2010, 376(9737), p. 285-301.

DICLEMENTE RJ., « Predictors of HIV-preventive sexual behavior in a high-risk adolescent population: the influence of perceived peer norms and sexual communication on incarcerated adolescents' consistent use of condoms », *Journal of Adolescent Health* 1991, 12, p. 385-390.

DICLEMENTE RJ., « Confronting the challenge of AIDS among adolescents: directions for future research », *Journal of Adolescent Research* 1993, 8, p. 156-166.

DUBE N., WILSON D., « Peer education programs among HIV-vulnerable communities in Southern Africa », dans WILLIAMS B., CAMPBELL C. (eds), *HIV/AIDS Management in Southern Africa: Priorities for the Mining Industry*, Johannesburg, Epidemiology Research Unit, 1996, p. 107-110.

ELFORD J., BOLDING G., SHERR L., « Popular opinion leaders in London: A response to Kelly » *AIDS Care*, 2004, 16(2), p. 151–158.

EMMONS KM., PULEO E., PARK E., « Peer-delivered smoking counseling for childhood cancer survivors increases rate of cessation: the partnership for health study », *J Clin Oncol.*, 2005, 23(27), p. 6516–6523.

FISHER JD., MISOVICH S., « Social influence and AIDS-preventive behavior », dans EDWARDS J., TINDALE RS., HEATH L., POSAVAC EJ. (eds.), *Social influence processes and prévention*, New York, Plenum Press, 1990, p. 39–70.

FROMME K, CORBIN W., « Prevention of heavy drinking and associated negative consequences among mandated and voluntary college students », *J Consult Clin Psychol.*, 2004, 72(6), p. 1038-1049.

HAGAN H., POUGET E. R., DES JARLAIS D. C., « A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs », *The Journal of Infectious Diseases*, 2011, 204(1), p. 74-83.

HART G., WILLIAMSON L., FLOWERS P., « Good in parts: The Gay Men's task force in Glasgow—a response to Kelly », *AIDS Care*, 2004, 16(2), p. 159-165

ELFORD J., BOLDING G., SHERR L., « Peer education has no significant impact on HIV risk behaviours among gay men in London », *AIDS*, 2001, 15(4), p. 535–538.

HUNTER JB., DE ZAPIEN JG., PAPENFUSS M., FERNANDEZ ML., MEISTER J., GIULIANO AR., « The impact of a promotora on increasing routine chronic disease prevention among women aged 40 and older at the U.S.–Mexico border », *Health Educ Behav.*, 2004, 31(Suppl 4), p. 18-28.

INPES, « Les jeunes et l'éducation pour la santé par les pairs » dossier de *La santé de L'homme*, 2012, n° 421.

INSERM, *Éducation pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*, Paris, Inserm, coll. Expertise Collective, 2001, p. 79-98.

JAUFFRET-ROUSTIDE, M., « Les groupes d'autosupport d'usagers de drogues - Mise en oeuvre de nouvelles formes d'expertise », dans FAUGERON C., KOKOREFF, M. (dir), *Société avec drogues : enjeux et limites*, Toulouse, ERÈS, 2002, p. 165-181.

KELLY JA., LAWRENCE JS., STEVENSON LY., HAUTH AC., KALICHMAN SC., DIAZ YE., « Community AIDS/ HIV risk reduction: The effects of endorsements by popular people in three cities », *American Journal of Public Health*, 1992, 82(11), p. 1483–1489.

KELLY J-A., « Popular opinion leaders and HIV prevention peer education: resolving discrepant findings, and implications for the development of effective community programmes » *AIDS Care*, 2004, 16(2), p. 139-150.

LAMB SE., BARTLETT HP., ASHLEY A., BIRD W., « Can lay-led walking programmes increase physical activity in middle aged adults? A randomised controlled trial », *J Epidemiol Comm Health*, 2002, 56(4), p. 246–252.

LATKIN, C. A.. « Outreach in natural settings : the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks ». *Public Health Reports*, 1998, 113(Suppl 1), p. 151-159.

LE GRAND E., « Santé des jeunes. L'éducation par les pairs : définition des enjeux », *La santé de l'homme*, 2012, n° 421.

LE GRAND E., « E.S.PAIR » (Education Santé par les pairs). Rapport d'évaluation pour le FEJ (Fonds d'expérimentation pour la jeunesse), Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, 2012.

MACARTHUR G. J., HARRISON S., CALDWELL DM., HICKMAN M., CAMPBELL R., « Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis », *Addiction*, 2016, 111(3), p. 391-407.

MACKESY-AMITI M.E., FINNEGAN I., OUELLET LJ., GOLUB ET., HAGAN H., HUDSON SM., LATKA MH., GARFEIN RS., « Peer-Education Intervention to Reduce Injection Risk Behaviors Benefits High-Risk Young Injection Drug Users: A Latent Transition Analysis of the CIDUS 3/DUIT Study », *AIDS and Behavior*, 2013, 17(6), p. 2075–2083.

MASON H., *Peer Education: Promoting Healthy Behaviors*, Advocates for youth, 2003.

MEDLEY, A., KENNEDY, C., O'REILLY, K., SWEAT, M., « Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries : a systematic review and meta-analysis », *AIDS Education and Prevention*, 2009, 21(3), p. 181-206.

MILBURN K. A., « A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health », *Health Education Research* 1995, 10(4), p. 407-420.

MOSTELLER F, COLDITZ GA., « Understanding research synthesis (meta-analysis) », *Annu Rev. Public Health*, 1996, 17(1), p. 1–23.

NACHE C., BABA-MOUSSA A. R., « Impact d'un dispositif d'éducation par les pairs : transformations qualitatives de l'environnement, des acteurs et des pratiques professionnelles », *Santé Publique*, 2010, vol.22, n°6, p. 675-683

NATIONAL HEMOPHILIA FOUNDATION, *Peer-to-Peer Health Education Programs for Youth: Their Impact on Comprehensive Health Education*, New York, The Foundation, 1994.

NEWLAND J., TRELOAR C., « Peer education for people who inject drugs in New South Wales: Advantages, unanticipated benefits and challenges », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2013, vol.20, n°4, p. 304-311.

NOEL L., GAGNON D., « Revue systématique d'interventions par des pairs usagers de drogues par injection », *Drogues, santé et société*, 2013, vol.12, n°1, p. 1-18.

OMS, *Charte d'Ottawa*, Genève, OMS, 1986.

ONU DC, *Pair à pair : utiliser les stratégies du pair à pair dans le domaine de la prévention de la toxicomanie*, ONU DC, 2004.

PARENT N, FORTIN F., « A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first- time cardiac surgery patients: impact on anxiety, self- efficacy expectation, and self-reported activity », *Heart Lung.*, 2000, 29(6), p. 389-400.

POSAVAC EJ, KATTAPONG KR, DEW DE., « Peer-based interventions to influence health-related behaviors and attitudes: a meta-analysis », *Psychol Rep.*, 1999, 85(3), p. 1179-1194.

PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC, NORCROSS JC., « In search of how people change: applications to addictive behaviors », *Am Psychol.*, 1992, 47(9), p. 1102-1114.

RICKERT VI., JAY MS., GOTTLIEB A., « Effects of a peer-counseled AIDS education program on knowledge, attitudes, and satisfaction of adolescents », *Journal of Adolescent Health*, 1991, 12, p. 38-43.

RIEGEL B, CARLSON B, « Is individual peer support a promising intervention for persons with heart failure? », *J Cardiovasc Nurs.*, 2004, 19(3), p. 174-183.

SCHOENE M., « Le rôle des pairs dans la santé des adolescents », *La Santé de l'homme*, 2006, n° 384.

SILVARAM S. & CELENTANO D.D., « Training outreach workers for AIDS prevention in rural India: Is it sustainable? », *Health Policy & Planning*, 2003, 18(4), p. 411-420.

SLOANE BC, ZIMMER CG. « The power of peer health éducation », *Journal of American College Health*, 1993, 41, p. 241-245.

TURNER, G., & SHEPHERD, G., « A method in search of a theory: peer education and health promotion », *Health Education Research*, 1999, 14(2), p. 235-247.

WANTLAND DJ, PORTILLO CJ, HOLZEMER WL, SLAUGHTER R, MCGHEE EM., « The effectiveness of Web-based vs. non-Web-based interventions: a meta-analysis of behavioral change outcomes », *J Med Internet Res.*, 2004, 6(4).

WEBEL AR, OKONSKY J, TROMPETA J, HOLZEMER WL., « A Systematic Review of the Effectiveness of Peer-Based Interventions on Health-Related Behaviors in Adults », *American journal of public health*, 2010, 100(2), p. 247-253.

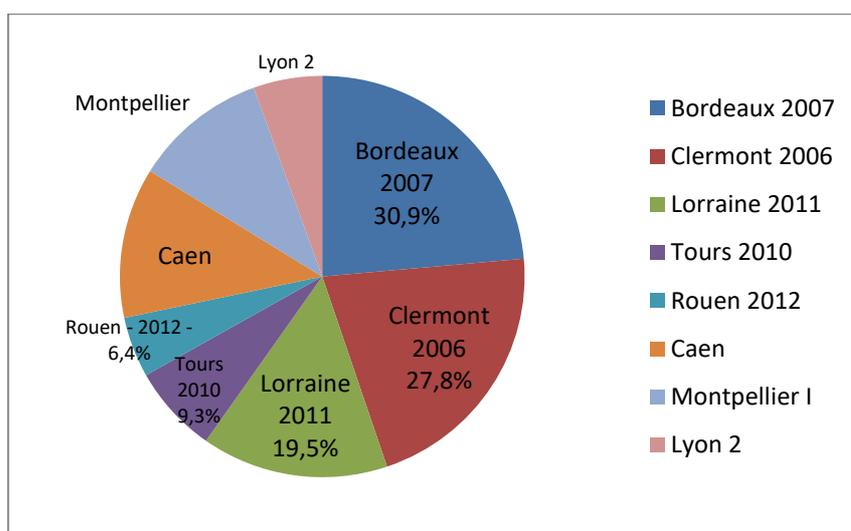
Le choix des universités étudiées

En accord avec la chargée de mission de la Mildeca en charge de ce dossier au commencement de notre évaluation, cinq des huit universités ayant bénéficié d'un financement de la MILDECA en 2014-2015 ont été retenues pour faire l'objet de l'évaluation : Tours, Bordeaux, Rouen, Clermont, Lorraine.

Le choix de ces différents cas a été fait notamment car ils offraient des variations intéressantes sur certains critères : ancienneté variable dans le dispositif ERS, taille très différente (une seule université ou des regroupements d'universités, des campus plus ou moins nombreux et plus ou moins éparpillés sur un territoire, plus ou moins de disciplines enseignées etc.), subvention variable, mises en place d'actions de prévention différentes.

Figure 1 : répartition des fonds MILDECA pour l'année 2014-2015

N.B. : pour les 5 universités au cœur de l'évaluation et qui représentent environ ¾ des fonds alloués par la MILDECA pour 2014-2015, figure la première année de mise en place d'un dispositif ERS



Par ailleurs, afin de mieux cerner ces actions de préventions par les pairs, il avait été décidé de les mettre en lumière avec la prévention menée de manière plus « traditionnelle » sans ERS. Pour cela ont été retenues les universités de Versailles – Saint-Quentin et de Paris V.

Dans le tableau comparatif ci-dessous, nous faisons apparaître de manière synthétique les principales variations entre les universités comparées. En les détaillant dans la suite de la synthèse, nous montrons que les différences concernent bien plus la « philosophie » du dispositif ERS que la formation initiale qui leur est accordée (c'est-à-dire la conception de leur rôle, leur autonomie, leur plus-value, leur autonomie, des actions à mener etc.).

UNIVERSITÉS	DISPOSITIF ERS	ÉTUDIANTS (ENVIRON)	TYPE(S) D'ERS	TYPES D'ACTION DES ERS SALARIÉS
Bordeaux	Oui depuis 2007	50 000	• ERS salariés et spécialisés (addiction, MST, nutrition, bien-être etc.)	Stands lors de soirées, soutien aux associations étudiantes pour l'organisation de fêtes, clips vidéo, réalisation d'affiches, concours photos etc.
Auvergne	Oui depuis 2006	17 000	• ERS salariés non spécialisés • ERS formés par 1 unité d'enseignement	Participation selon leurs compétences et leur motivation à des projets du service (paniers bio, création de logos pour une application smartphone etc.)
Lorraine	Oui depuis 2011	53 000	• ERS salariés à Metz, non spécialisés • ERS formés par 1 unité d'enseignement	Actions sur les campus de Metz, création d'outils de communication, jeux, ateliers culinaires etc.
Paris-Descartes	Non	39 000		
Rouen	Oui depuis 2012	24 000	• ERS salariés du service de médecine préventive non spécialisés • ERS salariés du CROUS	➤ Participation aux 10 actions de prévention basiques (sida, mélanomes, audition, alimentation, asthme, sécurité routière etc.) ➤ Prévention sur les campus de vie universitaire
Tours	Oui depuis 2010	24 500	• ERS salariés, non spécialisés • ERS formés par 1 unité d'enseignement	➤ Elaboration de jeux, écriture de petites pièces de théâtre pour mise en situation, réalisation d'affiches, etc. ➤ Réalisation d'un spectacle sur les addictions ou la sur la vie affective et sexuelle
Versailles – S^t Q.	Non	20 000		

Méthodologie de l'évaluation

Une dizaine d'**entretiens semi-directifs** ont été menés **avec les directeurs des SUMPPS** concernés par l'évaluation. Ceux-ci nous ont permis d'approcher un état des lieux des différences et points communs dans les dispositifs d'ERS mis en place, et notamment en matière de formation initiale dispensée aux étudiants concernés, ainsi que sur les actions de prévention menées pas les ERS et les SUMPPS.

Construits avec l'aide de l'OFDT⁵, deux **questionnaires** à destination des ERS formés par une unité d'enseignement et des ERS salariés, ont été diffusés des SUMPPS via le réseau de l'ADSSU (Association des Directeurs des Services de Santé Universitaires), afin de recueillir des données qualitatives à croiser et à comparer. Nous avons obtenu 24 réponses au questionnaire à destination des ERS salariés (6 de Tours, 3 de Montpellier, 10 Bordeaux, 2 de Metz, 3 non identifiés), et 22 réponses au questionnaire à destination des ERS formés par une UE (tous de l'Université de Lorraine). Il est regrettable que nos nombreuses relances n'aient pas suffi pour obtenir des réponses des ERS de Rouen et d'Auvergne, pourtant dans notre échantillon de comparaison.

⁵ Nous remercions chaleureusement Cristina Diaz-Gomez pour son aide précieuse et ses conseils avisés.

A l'issue de cette enquête par questionnaire, une dizaine d'**entretiens semi-directifs avec les ERS** issus des universités évaluées ont été menés afin de les interroger plus spécifiquement sur certains points.

Les différents types de dispositifs ERS

Les SUMPPS font de la prévention « traditionnelle » dans les bilans de santé des étudiants en Licence (qui ne sont plus obligatoires) où les questions de consommation et d'addiction sont abordées individuellement par le médecin ; les messages de prévention peuvent aussi faire l'objet d'actions phare, comme l'organisation d'une journée sur l'alcool, la tenue de stands sur les campus sur les addictions etc., ou encore être l'objet de consultations spécialisées (consultations psychologiques, en tabacologie ou en addictologie etc.).

Au-delà de cette prévention « traditionnelle », certains SUMPPS depuis le milieu des années 2000 ont commencé à expérimenter la prévention par les pairs en recourant aux ERS.

Deux grands types de dispositifs ERS existent : les ERS salariés, et les ERS formés par une unité d'enseignement (UE) et qui valident des crédits ECTS.

Les ERS salariés

La première possibilité est l'emploi d'ERS par le SUMPPS, qui les recrute, les forme et les embauche comme salarié (emplois étudiants) ou stagiaire. La rémunération peut varier : 100 heures payées au Smic à Rouen, indemnité de stage de 450€ pour les Assistants de Vie Etudiante (AVE) recrutés pour 4 à 6 mois en Auvergne, contrats étudiants (dits « contrats Péresse ») de 13 à 20 heures par mois (Tours) 200 heures maximum par année universitaire (9 mois).

Le second critère sur lequel les différents dispositifs peuvent varier est la spécialisation : dans certaines facultés les ERS sont spécialisés (nutrition, addictions, bien-être, sexualité etc.) : c'est le cas à Bordeaux et à Metz⁶. Dans d'autres, sont préférées les compétences généralistes et une approche transversale de la santé étudiante : c'est le cas en Auvergne, à Metz, Rouen et Tours.

Par ailleurs, l'université de Rouen a deux types d'ERS salariés : les ERS du SUMPPS et les ERS du CROUS qui s'occupent de la prévention en soirée étudiante, et dans les différents lieux de vie du CROUS (restaurants universitaires, cités universitaires...).

Le **mode** de recrutement des ERS ne varie guère d'un établissement à l'autre : recrutement via petites annonces sur l'intranet de l'université, pré-sélection de candidatures (CV et lettre

⁶ Pour l'université de Lorraine, seul le SUMPPS de Metz dispose d'une dizaine d'ERS ; étant donné l'éclatement et le nombre de locaux à Nancy (52), il faudrait une trentaine d'ERS, ce qui serait extrêmement lourd en termes financiers et de suivi pour le SUMPPS.

de motivation) ; certains font en outre passer des entretiens (individuels comme en Lorraine, ou des entretiens de groupes – 5 étudiants maximum – à Tours). La campagne de recrutement commence souvent en juin, certains établissements en mènent une seconde après la rentrée, notamment si des désistements interviennent.

En revanche, les SUMPPS peuvent avoir des **critères** de recrutement différents : souvent, ils vont préférer des étudiants ayant déjà une expérience et un engagement associatifs, ou un engagement citoyen quelconque ; généralement, ils essayent d'avoir des étudiants de toutes les filières, même si beaucoup font part de leurs difficultés à recruter sur certains campus (plus isolés par rapport au SUMPPS et au campus principal) ou dans certaines formations comme les IUT où les charges horaires de cours sont plus importantes.

Par ailleurs, certains prêtent une attention plus prononcée à la capacité à entrer en contact avec les autres.

Mais tous s'accordent sur le fait que les niveaux L2 et L3 constituent les meilleures années pour s'engager (les étudiants de L1 ne connaissant pas encore l'université, ses composantes, son fonctionnement etc. ; les étudiants de Master ayant une charge de travail trop importante et / ou des stages qui les occupent à l'extérieur et les empêchent de pouvoir s'investir suffisamment dans les missions des ERS).

Les ERS d'une UE

L'autre possibilité est de mettre en place une UE optionnelle qui forme des étudiants ; il n'y a alors pas de rémunération mais la possibilité de valider des ECTS. Ici, l'objectif est différent : les ERS ne sont pas « à la disposition » du SUMPPS, ils n'ont pas nécessairement vocation à participer aux actions de prévention du SUMPPS. Ils sont formés pour avoir une compétence pour organiser les soirées étudiantes, pour relayer dans toutes les associations où ils peuvent être impliqués, lieux de vie, bureaux étudiants, relayer des informations et des messages de prévention y compris hors les murs de l'université.

L'université d'Auvergne a plusieurs UE validantes.

La première est faite avec l'association Avenir Santé, accueille 15 à 20 étudiants par an, à la faculté de médecine (mais ouvert à d'autres étudiants), sur les actions de prévention dans des soirées étudiantes et les lycées pour faire de la prévention par les pairs. La place de la formation théorique est importante, avec un objectif prioritaire de sortir de l'injonction normative. L'examen final est écrit, sur un cas concret de problème d'addiction pour lequel l'étudiant doit proposer une intervention.

La seconde, Sport-prev', est un module optionnel qui a lieu une année sur deux : une vingtaine d'étudiants sont formés à intervenir dans les milieux sportifs (dopage, tabac, alcool, cannabis).

Enfin Hop'Art est un module optionnel pour 10 à 15 étudiants par an pour faire intervenir les ERS dans des services de psychiatrie pour jeunes.

A l'université de Tours, 15 places sont ouvertes à tous les étudiants de l'université (quasiment 25 000), dans une Unité d'Enseignement d'Ouverture de 20 heures, « Soyez acteur de votre santé », sur deux thèmes (vie affective et sexuelle, addictions), en lien avec le service culturel de l'université, et avec la troupe « Barroco Théâtre » sur la forme d'un « théâtre forum » ou participatif. Les ERS salariés interviennent dans certaines séances (pour un volume d'environ 8h). L'UE se termine par un spectacle joué à l'Université au mois de décembre, suivi d'un débat qui permet de sensibiliser au-delà des 15 étudiants ayant suivi l'UE.

L'université de Lorraine est l'université qui propose l'offre la plus riche en termes de formation par l'enseignement et la validation d'ECTS (à Nancy). Elle propose d'abord une « UE Addictions » en Licence 2 à Nancy, composée de 30 heures de Cours Magistraux. La formation est généraliste et assurée par un addictologue de Nancy (les addictions sont abordées parmi les autres thèmes de prévention en santé). Ce module concerne à peu près 200 étudiants. Durant les 30 heures de cours magistraux interviennent toutes les structures de l'addiction (la Police, le soin, l'orientation...). Le module est validé par un examen final avec des questions de cours (écrit ou oral), et des bonus sont accordés par la participation à la pièce de théâtre ainsi que la participation au rallye organisé à la fin du semestre.

Un autre module de formation « Gestion du Stress » est proposé à Nancy, dont la thématique des addictions n'est qu'une parmi d'autres et qui concerne environ 40 inscrits.

Les étudiants de l'Université de Lorraine peuvent enfin demander un « bonus engagement étudiant », qui n'est donc pas une unité d'enseignement mais une bonification de 0,1 à 0,5 sur la moyenne : les étudiants peuvent demander à faire valoir un engagement étudiant, en faisant un dossier qu'ils soumettent au conseil de la vie universitaire. Après avoir participé à la grande journée de formation des associations étudiantes, ils choisissent un parmi les deux modules de formation articulés autour des addictions qui leur sont proposés :

- 1) « Faîtes la fête - barman », formation gérée par l'ANPAA : un patron de discothèque (sélectionné par l'ANPAA) organise des petits ateliers pratiques, pour leur expliquer comment on tient un bar, comment on dit « non » à une personne qui a trop bu, etc. Cette formation est devenue obligatoire pour tous les organisateurs de soirées qui déposent des dossiers. Il y avait quasiment 60 inscrits aux différentes sessions (environ 6 sessions réparties dans l'année et sur les différents sites).
- 2) « Faîtes la fête - premiers secours » : formation au PSE1 (Premiers Secours en Equipe de niveau 1), qui ont regroupé une vingtaine d'inscrits.

Ces dispositifs, ERS salariés et UE, ne sont pas exclusifs : ainsi les Universités d'Auvergne, de Lorraine et de Tours ont les deux.

Les formations des ERS salariés

Les formations des ERS relèvent de chaque SUMPPS, qui est donc libre de les organiser comme il l'entend, et qui recoure plus ou moins aux services d'organismes extérieurs spécialisés dans la prévention. Tous proposent une formation initiale de 2 à 5 demi-journées, environ 12 heures en moyenne, qui est ensuite complétée de formations au fil de l'année selon les besoins et les actions menées.

- Université de Rouen :

L'université de Rouen dispose de 2 ERS rattachés au CROUS et 4 ERS rattachés au SUMPPS. Ils suivent une formation commune à la rentrée universitaire, une journée de formation de 8 heures, assurée par responsables du CROUS et du SUMPPS (autrement dit, la formation est entièrement assurée par des internes, il n'y a pas de recours à des acteurs de la prévention et des addictions extérieurs). Des éléments de formation peuvent intervenir si besoin au fil de l'eau.

- Université d'Auvergne :

La formation des ERS est effectuée au début de l'année universitaire, sur 2 à 3 demi-journées, par les chargés de prévention et les médecins coordonnateurs du SUMPPS (notamment un médecin de santé publique à temps plein), avec l'AMPAA du Puy de dôme. L'objectif de cette formation initiale est que les ERS acquièrent des connaissances assez basiques sur les différents produits et les principaux risques. Ils sont aussi sensibilisés à l'approche motivationnelle pour éviter les jugements moraux et stigmatisants.

- Université de Lorraine :

Les ERS salariés sont formés, via les structures qui travaillent avec le SUMPPS et notamment sur les addictions avec le service de prévention sur Metz. Ils ont pendant une demi-journée une formation sur les addictions qui est faite par un service extérieur ; une formation par la diététicienne du service ; une formation sur tout ce qui relève de la promotion de la santé, soit par l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion à la Santé), soit par un personnel du service ; une formation sur tout ce qui est contraception/sexualité par le gynécologue du SUMPPS, et une intervention du psychologue du SUMPPS.

Une grande journée de formation est organisée au début de chaque année universitaire (octobre / novembre) pour les associations étudiantes.

- Université de Bordeaux :

18 ERS sont répartis en trois équipes (soirées et addictions, nutrition, sexualité)⁷. Leur formation est assurée par quatre sessions de 3 heures. Les personnels du SUMPPS les préparent aux interactions par une méthode de jeux de rôle. Le Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue (CEID) et l'ANPAA assurent la formation sur les aspects sur les produits et les risques, d'autres associations peuvent être sollicitées, notamment le Réseau Agir 33 (Addictions Gironde) et Caan'abus. Le planning familial intervient également pour 3 heures.

Les buts de la formation « conduites addictives » à destination des Etudiants Relais Soirée de l'espace santé étudiant de l'université de Bordeaux sont écrits dans un document cadre comme suit :

« Mieux comprendre les pratiques addictives et celles se déroulant dans les temps festifs, comprendre l'insertion des ERS dans l'ensemble des leviers de prévention en direction de ces publics, s'interroger sur les conséquences diverses et croisées que ces usages induisent lors des soirées en fonction des substances consommées, définir concrètement les possibilités pour ce groupe à intervenir directement, développer leur savoir-être, définir ensemble les limites des interventions, tels sont les buts de cette formation », afin de savoir « intégrer à l'accompagnement des associations étudiantes des stratégies de la prévention et développeront des savoirs faire en matière de réduction des risques liés aux conduites addictives lors des soirées ».

A la fin de cette formation initiale, les étudiants doivent savoir :

- identifier les différentes substances et leurs effets (recherchés, régulateurs et délétères) sur la personne.
- appréhender les concepts de base de l'addictologie (épidémiologie, définition des conduites addictives, ses objets, les vulnérabilités et facteurs de protection associés.)
- identifier les situations à risques et /ou problématiques et développer des arguments auprès des associations étudiantes visant à développer les mesures de prévention structurelles.
- Et être seront sensibilisés aux stratégies d'approche en soirée pour préserver l'intégrité des personnes et prévenir les risques situationnels.

⁷ En 2008 il n'y avait encore que des ERS spécialisés en addictions.

- Université de Tours :

Issus d'un maximum de filières, entre 10 et 14 ERS sont recrutés selon les années. La majeure partie de leur formation est concentrée sur le mois de septembre, puis le reste se fait au fil de l'eau, en fonction des thématiques sur lesquelles ils travaillent. La formation de septembre se décompose en trois volets :

- i. une formation théorique (5h) sur les notions de base par les infirmiers qui les encadrent (tous eux diplômés d'un master en santé publique) : santé publique, prévention, promotion de la santé, déterminants de la santé.
- ii. une formation vie affective et sexuelle (4 à 5h) assurée par la gynécologue du service et la conseillère conjugale.
- iii. une formation addictologie (4 à 5h) assurée conjointement par un psychiatre du CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), et l'opératrice départementale de prévention des conduites addictives à la Préfecture.

L'encadrement des ERS salariés :

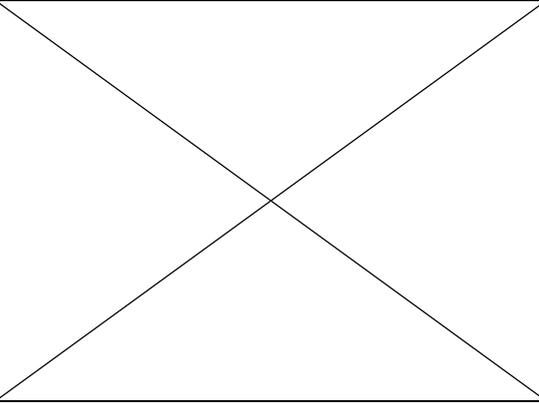
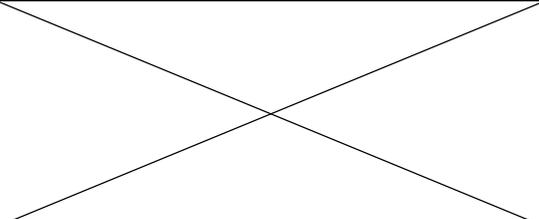
Un autre point permet de différencier les différents dispositifs d'ERS salariés : il s'agit de la ou des personnes chargée(s) d'encadrer les ERS, leur statut (médecin généraliste, santé publique, addictologue, infirmière, chargée de projet etc.), mais aussi leur taux d'emploi. En Auvergne, cette tâche revient à une diététicienne (à mi-temps) et sociologue (à mi-temps également).

En Lorraine, un médecin coordonne tout ce qui relève de l'enseignement sur le site et tout ce qui est promotion de la santé, toutes les actions quelles que soient les thématiques. La directrice de SUMPPS interviewée estimait que sur son poste à 80%, l'encadrement des ERS devait représenter en 30%. Les ERS sont suivis et vus par le médecin et une équipe toutes les semaines ou tous les quinze jours en fonction de la période de l'année où ils travaillent. Tous les ERS avec les médecins et souvent la diététicienne ou un autre personnel en fonction du sujet, se retrouvent 2 à 3 heures un soir par semaine pour faire le point sur ce qu'ils ont fait, ce qui a posé problème, ce qui fonctionne, et pour travailler au prochain projet ou sur un outil de communication.

A Tours, jusqu'à l'année où a eu lieu notre enquête, deux infirmiers chacun à mi-temps étaient chargés de l'encadrement des ERS, dont l'un est le référent addictions du service. A Rouen, c'est également à une infirmière que revient ce rôle.

Le SUMPPS de Bordeaux est le seul à faire appel à une chargée de projet, employée à 80%. Nous verrons ci-après que cela joue un rôle dans la conception du rôle des ERS.

Le tableau ci-dessous synthétise les éléments qui viennent d'être décrits :

Université	Formation ERS salariés	Formation ERS / UE
Bordeaux	<p>18 ERS répartis en 3 équipes (en 2008 il n'y avait que les addictions)</p> <ul style="list-style-type: none"> - formation interactive par le personnel du SUMPPS, rencontres, jeux de rôle - formation théorique par CEID (sur les produits) et ANPAA, interventions d'autres acteurs de la prévention et des addictions - 3h / planning familial 	
Auvergne	<p>Indemnité de stage (environ 450 euros). 6 AVE sur 4 ou 6 mois.</p> <p>Former tous les étudiants des bureaux et associations étudiants, partenariat avec l'AMPTA.</p> <p>Formations effectuées par les chargés de prévention et les médecins coordonnateurs + une formation avec l'AMPAA du Puy de dôme + CRIPS (prévention sida)</p> <p>2 à 3 demi-journées au début de l'année</p>	<p>3 dispositifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec l'association Avenir Santé : 15 à 20 étudiants par an, à la faculté de médecine (mais ouvert à d'autres étudiants), sur les actions de prévention dans des soirées étudiantes et les lycées pour faire de la prévention par les pairs - Hop'Art, module optionnel, 10 à 15 étudiants par an : faire intervenir les étudiants dans des services de psychiatrie pour jeunes - Sport-prev', modèle optionnel, un an sur deux : former des étudiants à intervenir dans les milieux sportifs (dopage, tabac, alcool, cannabis) ; une vingtaine d'étudiants
Lorraine	<p>10 ERS salariés, 200h par an à Metz (pas à Nancy)</p>	<p>3 dispositifs à Nancy</p> <ul style="list-style-type: none"> - UE Addictions, L2, 30h CM, 200 étudiants. - Module Gestion du Stress, 40 étudiants - Le bonus étudiant, avec la formation des associations étudiantes puis au choix soit la formation « Faites la fête - barman » soit la formation « Faites la fête - premiers secours »
Rouen	<p>CROUS (2)-SUMPPS (4), formation commune</p> <p>1 journée de formation (8h) par responsables CROUS et SUMPPS (internes)</p> <p>Contrats étudiants de 100h / smic</p>	

Tours	<p>Entre 10 et 14 ERS, interviennent de 13 à 20h / mois de septembre à juin</p> <p>Formation en septembre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5h sur les notions de base en santé publique, déterminants de la santé, par des infirmiers ayant un master en santé publique - 4-5h formation vie affective et conjugale par la conseillère du SUMPPS - 4-5h formation addictologie par 1 psychiatre CSAPA et une personne de la direction départementale pour la prévention des addictions <p>Peuvent avoir des formations ponctuelles de 2h au fil de l'année selon les besoins</p>	<p>Depuis 2 ans, une UEO en lien avec le service culturel de l'université « soyez acteurs de votre santé » sur vie affective et sexuelle, et sur les addictions. Une quinzaine d'étudiants, 16h de cours. Mise en scène d'un spectacle</p>
-------	---	--

Résultats des questionnaires à destination des ERS salariés concernant la formation reçue

Une partie importante du questionnaire à destination des ERS salariés portait sur la formation reçue. Les réponses sont venues confirmer des éléments collectés en entretiens sur l'organisation et le contenu de ces formations. Par ailleurs, les réponses nous ont informés sur la réception de cette formation par les ERS et au regard de leurs missions sur le terrain. A ces questions, les 25 réponses collectées ont été globalement positives et se répartissent ainsi :

Comment jugez-vous la clarté des missions qui vous ont été attribuées au moment de votre embauche ? *

1 2 3 4 5

Très confuses Très claires

0 – 0 – 8 – 9 –

A l'issue de cette formation, vous vous sentiez : *

1 2 3 4 5

Pas du tout prêt à remplir vos missions Tout à fait prêt à remplir vos missions

1 – 1 – 4 – 12

Dans l'ensemble, votre formation d'ERS vous a semblée : *

1 2 3 4 5

Très incomplète Très complète

0 – 0 – 6 – 13 – 6

A la question à réponse libre : « Si vous avez identifié des manques, merci de préciser lesquels », nous avons collecté à trois reprises sur les 25 réponses un manque de mise en situation avant d'aller sur le terrain, et à deux reprises un manque de techniques communiquées pour approcher et intéresser les étudiants.

Ensuite, des questions plus spécifiques sur leur confrontation au terrain leur ont été posées.

Confronté au terrain, le dispositif ERS vous a paru... *

(au regard de la formation reçue, du matériel à disposition, de l'encadrement, de l'approche adoptée, etc.)

1 2 3 4 5

Très peu adapté Très adapté

0 – 3 – 4 – 12 –

À quel type d'intervention avez-vous participé en tant qu'ERS ? *

- participation à des stands de prévention sur le campus
- 2 élaboration d'outils de prévention (création d'affiches, de jeux, de clips vidéo etc.)
- 3 aide aux bureaux de vie étudiante pour l'organisation de soirée
- 2 prévention en soirée étudiante
- 1 Autre :

- Création du GPS
- Animation d'un stand sur le bien-être

Lors des interventions, vous vous sentiez ... *

1 2 3 4 5

Pas du tout légitime Tout à fait légitime

0 – 0 – 7 – 7

Avez-vous eu l'occasion de vous servir des acquis de votre expérience d'ERS en dehors de vos missions d'ERS ? *

- Oui
 Non

A cette question, 23 ERS sur 25 ont répondu oui, et à la question à réponse libre qui suivait, ont indiqué que c'était à l'occasion de soirées privées (14 réponses), dans d'autres engagements associatifs (6), dans leur emploi (7).

Les différentes « philosophies » des dispositifs ERS et les actions qui en découlent

Ce que notre enquête a mis en évidence, c'est que bien plus que la formation reçue, c'est la « philosophie » générale qui sous-tend le dispositif qui fait la différence entre les différents modèles d'ERS étudiés. Par « philosophie du dispositif », nous entendons la conception initiale du rôle et de l'autonomie conférée aux ERS : comment est envisagé leur rôle, leur plus-value, quelle autonomie leur est donnée, quels moyens, quelle est la relation entre les ERS et la personne chargée de les encadrer etc. De ce point de vue, nous distinguons les cas comme suit :

- L'ERS comme simple courroie de transmission (Rouen)

Les ERS du SUMPPS sont des courroies de transmission entre les actions du SUMPPS et les étudiants : leur rôle est de diffuser des informations, faire la promotion du SUMPPS, et adresser des étudiants aux SUMPPS, participer aux dix actions annuelles du SUMPPS (avec des stands de prévention sur les campus)⁸ : tabac, audition, SIDA, cannabis...

- Le modèle de l'irrigation (les UE et bonus à Nancy)

Les actions sont organisées autour de quatre labels communs pour Metz et Nancy (dont les objectifs sont communs mais des déclinaisons qui peuvent être un peu différentes) : un sur la vie amoureuse et la sexualité (« Je t'aime un peu beaucoup »), un sur les addictions (« Faites la fête »), un sur le stress (« Zen'études »), un sur l'alimentation (« Boire, manger, bouger »). Le label « Faites la fête » organise des actions tout au long de l'année.

L'UE se termine par un rallye sur le campus où ces étudiants d'unité d'enseignement libre, avec les étudiants de 3^{ème} année du site sensibilisent tout le campus, avec les stands.

La charte « Manifestations responsables » existe depuis 2006, activement soutenue par la Préfecture, la sécurité protection civile aurait évalué que le nombre de situations posant problème et signalées à l'occasion des soirées étudiantes aurait été divisé par 10, passant de 350 à 39.

⁸ Ce sont les ERS du CROUS qui s'occupent des soirées étudiantes.

Un site Internet (Faiteslafeteuniv-lorraine.fr) est utilisé comme outil de communication mais surtout pour mettre à disposition des liens, des documents utiles à télécharger, les personnes ressources pour accompagner les étudiants (par exemple les ingénieurs hygiène et sécurité). Ils participent toutes les semaines à des actions diverses et variées et ils aident aussi tout ce qui est communication, aux outils de com', etc.

- La prévention par les pairs comme « semeurs de graine » et relais vers les thérapeutes (Auvergne, Tours, Metz) :

Face à l'échec des méthodes injonctives-prescriptives qui se diffuse en santé publique, apparaît et se développe le paradigme de l'approche motivationnelle qui rompt avec une approche de surplomb par rapport à la personne qui a des addictions. Et la prévention par les pairs peut s'inscrire dans ce paradigme dans le sens où l'effet pair peut chercher à créer une réflexivité qui fait que l'individu est plus à même de se poser des questions sur son comportement plutôt que d'être dans une posture « infériorisante » et moralisatrice avec d'un jeu de rôle attendu où le docteur lui dit qu'il ne faut pas consommer.

En Auvergne, le rôle des AVE est avant tout de cibler les responsables d'associations actives, les convaincre du bien-fondé de la formation, d'organiser la formation en tant que telle, avec une mallette de prévention, un suivi d'évaluation, les utilisations qui peuvent en être faites etc. Pour le directeur du service de santé universitaire, cette problématique est particulièrement importante, sachant le poids du lobby alcoolier et le fait qu'une bonne partie des bureaux étudiants est élue sur sa capacité à boire le plus sans tomber par terre ; régulièrement, les vice-présidents étudiants sont élus sur le thème de la fête, et leur lien avec des alcooliers.

Ces formations sont aussi en lien avec un site Internet qui avait été financé par la Mildt,

Addict'prev : un site qui développe une approche de nature motivationnelle et qui est basé sur le retour normatif (modèle anglosaxon), basé sur l'anonymat, qui offre des statistiques très générales sur des thèmes comme l'alcool, le tabac, le cannabis, la qualité de vie. Les étudiants peuvent « se tester », se situer par rapport aux autres, et, le cas échéant leur proposer d'aller sur des tests plus approfondis qui vont concerner des risques de dépendance ou non. Autre exemple, une des AVE avait fait les logos et les pictogrammes pour l'application tabac financé par la MILDECA.

En plus de leurs actions sur des stands, les ERS de l'université de Lorraine écrivent des articles, à destination des autres étudiants, qu'ils diffusent dans *Factuel*, une lettre d'information mensuelle diffusée par voie électronique et qui annonce et reprend tout ce qui se passe à l'université et fait l'annonce de toutes les manifestations sur les sites de l'université.

A Tours, les ERS tiennent des stands d'animation sur les différents sites de l'université, animés avec des outils ludiques, créés par les ERS en 2011 (un jeu de plateau, des jeux de société) mais aussi des outils que l'on a vu utilisés aussi dans d'autres universités : les « écopups », (des verres doseurs pour comparer les doses de bar et les doses que les étudiants

se servent eux-mêmes), des lunettes faisant voir comme en état d'ébriété avancée etc. Ils ont aussi conçu des outils de communication (cartes postales, clips vidéos etc.)

Par ailleurs, le SUMPPS fait travailler les ERS sur des séances de théâtre-forum, avec la troupe qui « Barroco Théâtre », sur des thématiques en lien avec le thème de la vie affective et sexuelle, et celui des addictions. Les ERS écrivent des scénarii en vue du théâtre forum, un théâtre participatif (la troupe joue une scène, puis le public est interpellé pour devenir lui-même acteur et rejouer la scène pour envisager à quel moment les choses doivent se passer autrement pour mieux finir).

Un concours photo a aussi été réalisé en lien avec la campagne départementale organisée par la Préfecture, sur alcool et conduite : les étudiants devaient faire des photos, réfléchir à des slogans qu'ils pourraient associer à leurs photos. Environ 150 étudiants ont participé, une quinzaine ont été sélectionnés pour une exposition à la Préfecture et des affichages à l'Université. Des clips vidéo ont été réalisés sur vie sexuelle et affective et cette expérience devait être étendue sur les addictions. Les ERS constituent le cœur de la création de ces outils.

Dans tous ces cas, l'utilisation des outils numériques et la diffusion sur internet est importante.

- Le modèle des médiateurs - initiateurs de projets (Bordeaux)

Ce « modèle » reprend les caractéristiques du modèle précédent mais avec quelques caractéristiques supplémentaires : des équipes d'ERS sont spécialisées (les addictions sont l'objet d'une équipe à part entière), les ERS sont encadrés par une cheffe de projet (et non un personnel médical du SUMPPS).

Depuis quelques années, les ERS ont réalisé un GPS, Guide Pour les Soirées, essentiellement à destination des associations étudiantes qui organisent les soirées, et qui a pour but de recenser toutes les conditions indispensables pour organiser une soirée étudiante

En 2015, ils ont par exemple organisé un concours avec un photomaton vintage et avec des accessoires, dont le thème était : « comment tu rentres ce soir ? » et sur lequel les étudiants devaient se mettre en scène. Un prix du public et un prix du jury récompensaient les photos jugées les meilleures par des places de spectacles. Cela était aussi relayé sur Facebook, les ERS faisant beaucoup de communication sur les réseaux sociaux.

Sans que l'on puisse affirmer le lien de cause à effet, il faut néanmoins souligner que Bordeaux, en comparaison avec les autres SUMPPS, connaît un *turn-over* moins important et parvient à « fidéliser » ses ERS sur deux voire trois années consécutives.

Les variables contribuant au succès plus ou moins grand des dispositifs ERS

Nous parlons ici du « succès » non pas en termes d'impact sur les étudiants auprès desquels est assurée la prévention (ce qui n'était pas l'objet de l'évaluation), mais en termes

de dynamique qu'un certain nombre d'éléments de connaissance que notre enquête nous a permis d'apprécier (perception des acteurs – personnels des SUMPPS et ERS, budgets, activités déployées, outils construits). Les personnels des SUMPPS qui recourent aux ERS soutiennent que leurs actions ont beaucoup plus de succès quand elles impliquent les ERS. Par ailleurs, il est évident que les budgets, qui varient considérablement d'un établissement à l'autre, expliquent en partie les possibilités d'action offertes aux différents SUMPPS. Néanmoins, notre étude nous a permis de faire apparaître d'autres variables déterminantes.

Tout d'abord, **l'ancienneté dans le dispositif** apparaît comme un facteur d'apprentissage et de perfectionnement. Les SUMPPS apprennent d'année en année et des différentes expériences menées. Ainsi les universités de Bordeaux et d'Auvergne, qui font figure d'aînées, ont plus d'expérience et nous sont apparues « à l'étape » d'après par rapport aux autres, en réfléchissant déjà à de nouveaux projets plus innovants (cohorte I-Share à Bordeaux et développement des applications à Clermont-Ferrand). A l'inverse, et dans une perspective « développementaliste », l'université de Rouen, la plus « jeune » des universités comparées en termes d'embauche d'ERS, paraissait au « premier stade » : un stade où l'ERS n'est qu'une aide supplémentaire et un moyen d'attirer plus d'étudiants mais dans le cadre d'une prévention par ailleurs toute « traditionnelle » (essentiellement la tenue de stand d'information).

L'engagement du directeur de service de médecine préventive et / ou de l'encadrant-e des ERS n'est pas négligeable en termes de motivation, d'engagement personnel sur les questions de prévention des addictions. De même le **taux d'emploi du directeur de service et de(s) personne(s) encadrant les ERS** jouent un rôle en ce qu'elle détermine la disponibilité pour les encadrer, pour suivre les projets etc. De ce point de vue, l'université de Bordeaux se distingue non seulement par le fait d'employer une personne à 80% en charge des ERS, mais aussi par le profil (une chargée de projet et non pas un médecin ou une infirmière du service de médecine universitaire).

La relation avec le doyen et la politique générale de l'université en matière de prévention constituent aussi des variables particulièrement importantes, en ce qu'elles déterminent la place accordée à la médecine préventive, à la promotion de la santé estudiantine. Schématiquement, il est ressorti de nos entretiens deux possibilités : soit la santé des étudiants est envisagée comme relevant du domaine privé, soit elle est vue comme partie intégrante du cursus pédagogique. Par exemple à Tours, le directeur du SUMPPS précédent n'était pas porté sur la prévention par les pairs et le projet a été porté par deux infirmières du service. A leurs départs en retraite, le dispositif n'a pu être relancé et repensé que grâce à l'arrivée d'une nouvelle directrice pour qui la question est importante.

Les conflits entre les acteurs (entre des personnels à l'intérieur du SUMPPS et / ou avec la présidence de l'Université) peuvent être des obstacles à la promotion de la prévention. Les acteurs interviewés ont souvent dit avoir dû se battre pour porter la prévention par les pairs, que ce soit en interne au SUMPPS, ou à l'échelle de l'université. Des « scissions » ont pu

exister par exemple à Tours, entre une partie du SUMPPS autour des ERS et le reste du service, empêchant le dispositif ERS d'être pleinement intégré au service et empêchant également que les personnels du SUMPPS (hors encadrants) s'impliquent dans le dispositif.

Enfin, les « **philosophies** » des **dispositifs** que nous avons décrites plus haut (définition initiale des missions des ERS, autonomie qui leur est conférée, aspect « innovant » de la prévention par les pairs ou ERS au service d'une prévention « classique » etc.) créent des dynamiques plus ou moins positives. Et il nous est apparu que plus l'autonomie donnée aux ERS est grande en ce qui concerne les projets à mener, plus ceux-ci s'impliquent.

Conclusion et recommandations : comment envisager l'amélioration des dispositifs ERS ?

Les deux présentations que nous avons faites aux journées de l'Association des Directeurs des Services de Santé Universitaire - ADSSU (en juin 2015 et en octobre 2016) et l'ensemble des interviews menés ont fait apparaître que des améliorations pouvaient être envisagées sur les points suivants.

1) Diffuser des informations sur les ERS

La présentation de notre évaluation en cours en juin 2015 à la journée de l'ADSSU nous a permis de découvrir que de nombreux personnels de SUMPPS n'avaient même pas connaissance de la possibilité même de recourir à des ERS. Autrement dit, si des services de médecine universitaire n'ont pas recours à des dispositifs d'ERS en complément de leurs outils traditionnels de prévention, ce n'est pas nécessairement faute de moyens, mais cela peut avant tout être dû à un manque d'informations. Même si notre seconde présentation à la journée de l'ADSSU en octobre 2016 a pu partiellement participer à la diffusion de connaissances sur les dispositifs existants et envisageables, un document de présentation des différentes possibilités diffusés auprès de l'ensemble de ces services s'avèrerait utile.

2) Partager les expériences et diffuser les outils créés

En outre, même au sein des services ayant déjà mis en place des dispositifs d'étudiants-relais, de nombreux ERS et directeurs de SUMPPS nous ont fait part de leur volonté d'échanger sur les pratiques avec d'autres SUMPPS, par exemple via une plateforme d'échange et / ou une journée de rencontres. Certains responsables d'ERS sont entrés en contact de manière spontanée. Cela paraît d'ailleurs d'autant plus nécessaire que la population des ERS est marquée par un grand *turn-over* et que ce serait là une manière de pérenniser leurs actions, de permettre aussi aux SUMPPS qui mettent en place un dispositif de gagner du temps et de bénéficier de l'expérience des autres pour aller d'emblée plus loin.

3) Avoir un schéma directeur qui engage les présidents d'université

Parce que « la santé c'était pas franchement le fer de lance ni de l'université ni des collectivités ». Le plan national de vie étudiante d'octobre 2015 va dans ce sens, en particulier avec les mesures 20 (« Rénover de manière continue la politique de prévention en direction des étudiants »), 21 (« Développer la prévention par les Étudiants Relais Santé (ERS) »), avec l'objectif « d'atteindre à la fin de l'année universitaire 2016-2017 le nombre de 1500 étudiants relais santé, contre 500 actuellement », 22 (« Mieux utiliser le numérique au service de la prévention ») et 24 (« Doter les sites d'enseignement supérieur d'un plan local de promotion de la santé étudiante »).

Ici une comparaison peut être faite avec le champ du handicap, où un schéma directeur handicap engage les présidents d'universités, et toute composante à avoir une personne relais handicap.

La prévention en santé pourrait fonctionner comme pour le handicap, où s'ajouteraient aux services *techniques* (les SUMPPS) des personnes relais dans l'université, interlocuteurs clairement identifiés, des personnes externes au SUMPPS qui pourraient amplifier et démultiplier l'action et permettrait d'éviter le confinement dans un service de la promotion de la santé estudiantine.

4) Améliorer la coordination du réseau addictologie

De manière plus générale, *i.e.* au-delà de la prévention par les pairs dans le milieu étudiant, le paysage au niveau régional de tout ce qui relève de l'addictologie est fragmenté et peu coordonné (ANPAA (association nationale de prévention en alcoologie et addictologie) ; Craa (collège régional des alcoologues aquitains) ; CIRDD (Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances) ; CSAPA (Centre de Soin d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie et autres associations locales etc.). Les acteurs interviewés ont exprimé le souhait qu'un acteur comme la MILDECA, porteur d'une certaine permanence et d'une continuité d'action et qui a permis de promouvoir la prévention, s'implique davantage dans la coordination du réseau addictologie. Les ARS jouent un rôle, mais selon un acteur interrogé « quand elles le font elles ont l'obsession des doublons et de la bonne dépense publique » et ont tendance à pousser à la suppression des acteurs. Au-delà de cette logique de rationalisation budgétaire, il semble par exemple possible de mieux coordonner les financeurs et les intervenants, de réaliser des appels à projets communs, de donner aux recteurs la liste des projets financés et mis en œuvre etc.

ACTION N° 68 : « ARGENT FACILE ? », MARSEILLE

Depuis quelques années, la Mildeca a des compétences plus importantes qu'auparavant étant donné qu'elle est désormais explicitement concernée par **l'ensemble des conduites addictives** et non pas seulement les addictions aux stupéfiants (donc aussi les addictions au tabac, à l'alcool et les addictions sans substances, même si ces dernières – addictions aux jeux vidéo par exemple – sont relativement minoritaires dans l'action de la mission). Par ailleurs, la MILDECA est devenue un **acteur coordinateur dans le domaine de la lutte contre les trafics**, avec l'idée qu'il ne faut plus seulement chercher à réduire la *demande* mais parallèlement aussi réduire *l'offre* de drogues. Si ces évolutions ont plusieurs années, elles ont été institutionnellement actées dans le changement de nom de l'institution, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) étant devenue en mars 2014 la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (Mildeca).

Pour mener à bien ses actions, la MILDECA peut s'appuyer sur les chefs de projet départementaux et régionaux⁹ qui mettent en œuvre une action « au regard des orientations du plan gouvernemental et du contexte local »¹⁰ et qui coordonnent les acteurs interministériels intervenant sur leur territoire :

L'action interministérielle animée par la MILDECA s'appuie au plan territorial, depuis de nombreuses années, sur un réseau de « chefs de projet MILDECA » représentants de l'Etat dans toutes ses composantes ministérielles dans les territoires. Le chef de projet reçoit une enveloppe de crédits représentant une part significative de la loi de finances initiale attribuée à la MILDECA, qu'il doit consacrer à l'impulsion d'actions de prévention choisies en concertation avec l'ensemble des principaux partenaires institutionnels du département ou de la région. (police, gendarmerie, éducation nationale, direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt, direction régionale des affaires maritimes, agences régionales de santé, parquet, direction de la protection judiciaire et de l'administration pénitentiaire, Direccte etc. ...) mais aussi les collectivités territoriales.

Extrait de la circulaire « Chefs de projets » du 14 janvier 2015, p. 1.

La coordination de ces acteurs, ainsi que la communication avec ces acteurs, apparaît donc une autre mission essentielle de la MILDECA nationale, d'autant plus qu'elle poursuit encore un processus de régionalisation entamé en 2013.

Le plan 2013-2017 est particulièrement axé sur la prévention et sur l'idée qu'il faut agir en même temps sur l'offre et la demande de drogues, tandis que le plan précédent, le dernier plan de la Mildt, donnait la priorité à la répression. Le budget consacré à la lutte contre les

⁹ Depuis la circulaire du 23 novembre 2004, les chefs de projet sont issus du corps préfectoral (la fonction était assurée auparavant par les directeurs des DDAS) ; à Marseille, comme à Lyon, il est sous l'autorité du préfet de police (et non comme ailleurs sous celle de préfets départementaux ou régionaux). Depuis octobre 2012, le préfet de police des Bouches-du-Rhône est, avec celui de Paris, le seul préfet de police de plein exercice (ailleurs, ce sont des préfets délégués par le préfet de zone « à la sécurité » ou « à la police »).

¹⁰ <http://www.drogues.gouv.fr/actualitespresse/toutes-les-actualites/detail-actu/article/la-mildt-devient-la-mildeca/>.

trafics et l'application de la loi représente 3 056 000€ (dans un budget total de 58 843 000€), pour 18 actions consacrées à la lutte contre les trafics et organisées selon les axes stratégiques suivants :

- Agir en amont des trafics (6 actions)
- Agir sur les différents trafics en adaptant l'échelle de la réponse publique (5 actions)
- Agir en aval des trafics par un renforcement de la lutte contre le blanchiment des capitaux illicites et de l'approche patrimoniale des enquêtes judiciaires (2 actions)
- Agir sur les grandes tendances émergentes en matière de production et d'offre (3 actions)
- Promouvoir une action ciblée de lutte contre le trafic de stupéfiants dans les Outre-Mer (2 actions)

L'action n° 68 dont nous présentons ici l'évaluation s'inscrit dans le domaine de la lutte contre les trafics, et dans l'axe stratégique « 2.2. Agir sur les différents trafics en adaptant l'échelle de la réponse publique ». Le plan y attribue l'objectif de « traiter spécifiquement le trafic local, en particulier dans les quartiers de la politique de la ville et à l'intérieur des « zones de sécurité prioritaires » par une action consistant à « expérimenter à Marseille des rencontres et des débats avec un panel représentatif de la population concernée » mise en œuvre en 2013, pilotée par l'intérieur. L'effet attendu consigné en 2013 dans le plan était de « prévenir l'implication dans le trafic et l'usage de stupéfiants auprès des jeunes de 11 à 25 ans ».

Avant de décrire notre évaluation, nous commençons par faire le point sur l'état de la littérature sur la prévention du trafic de drogues.

La prévention du trafic de drogues : revue de littérature

Introduction – Remarques générales

Cette revue de littérature a surtout permis de constater avant tout un **manque relatif de données et de travaux** sur cette question (AIT MOHAND 2000). Contrairement au champ de la prévention de l'usage de drogues, particulièrement bien investi par la pratique et la recherche, le domaine de la prévention du trafic des drogues apparaît principalement comme un domaine récent. Celui-ci tente de se constituer à la fois en complément du champ de la prévention des usages, mais aussi de celui de la lutte policière et pénale contre la délinquance liée au trafic de drogues¹¹.

¹¹ Notamment dans la littérature francophone, qui constitue l'essentiel de la revue de littérature présentée ici. Du fait d'un manque de publications saillantes spécifiquement consacrées à ce problème dans la littérature anglo-saxonne, nous nous sommes en effet concentrés dans le temps imparti pour cette étude sur la littérature française, particulièrement représentative de ce tournant de la recherche (et des pratiques).

Cette synthèse tente de fournir les principaux éléments extraits de la littérature existante qui permettent de replacer l'action n°68 du plan gouvernemental dans un cadre plus large de réflexion et de pratiques, fondé principalement sur l'idée que **le trafic de drogues ne doit pas simplement être considéré comme un enjeu de délinquance mais aussi comme un problème de santé publique**. De ce fait, la voie principale qui est tracée par les travaux existants consiste à étudier les moyens d'importer les pratiques et la méthodologie de la réduction des risques, qui a fait ses preuves dans le domaine de l'usage des drogues, dans celui de la participation au trafic de drogues (ESSEKI 2013, GLADYS & ROCHE 2016).

Pour cela, cette revue de littérature procède en trois temps : dans une première partie, nous décrivons les raisons qui ont récemment poussé à s'intéresser aux **manières de prévenir** non plus seulement l'usage mais aussi **le trafic** des drogues (I). Puis, les **différents dispositifs** existants seront décrits dans leur diversité (II), avant de souligner les **limites et critiques** que cette approche a pu susciter dans la littérature consacrée à ce sujet (III).

I. Les raisons de l'intérêt pour la prévention du trafic de drogues

Comme dans d'autres domaines des politiques de prévention (voir notre revue de littérature sur la « prévention par les pairs » par exemple), l'intérêt pour les pratiques visant à prévenir en amont l'entrée dans le trafic de drogues, ou en aval la sortie du trafic, s'est développé avant tout suite à un **constat d'échec** des pratiques traditionnelles à saisir cet enjeu. Centrée jusqu'ici sur la prévention de l'*usage* de drogues, les littératures sur les pratiques de prévention et de réduction des risques ne sont pas parvenues, d'après les travaux mobilisés ici, à saisir les enjeux spécifiques liés au *trafic* de drogues, et notamment les enjeux sociaux et financiers (mais aussi psychologiques) qu'ils revêtent pour ceux qui s'y adonnent. D'un autre côté, les littératures centrées sur la répression ou la sociologie de la délinquance liée au trafic de substances illicites, laissent quant à elles de côté les dimensions psychologiques et sanitaires du sujet (GLADYS & ROCHE 2016).

De ce point de vue, la prise en compte récente des problématiques liées spécifiquement au *trafic* de drogues par les professionnels de la prévention (qu'ils soient des praticiens ou des chercheurs) représente, d'après les travaux étudiés, un progrès vers une approche plus globale et systémique de ces questions (PERETTI-WATEL 2004 ; BECK & al. 2007).

Cet intérêt des professionnels de la prévention pour le trafic de drogues s'est par ailleurs développé récemment du fait de plusieurs logiques convergentes. La première, la plus évidente, tient à la **cohabitation sur le même territoire des acteurs de la prévention et des trafiquants** (DUPORT 2011). Souvent difficile, voire dangereuse pour les professionnels, cette co-présence a nécessité de prendre en compte, de manière pragmatique, les problématiques particulières liées au trafic et non pas au simple usage de drogues :

« Tous ces professionnels ont en commun d'être confrontés à des jeunes impliqués dans les réseaux de l'économie de la rue et notamment de revente de drogues. Pour la plupart

d'entre eux, l'irruption de ces trafics déstabilise profondément leurs pratiques » (ROCHE 2013).

Cette obligation de travailler sur des terrains et dans un contexte marqué par le trafic de stupéfiants pose par ailleurs des difficultés particulières pour le travail médico-social de prévention. Mais il explique aussi certaines **spécificités des publics** auxquels sont confrontés les professionnels sur ces territoires, et qui tiennent surtout à un contexte de déviance précoce et généralisé par rapport à la norme sociale (KAISER 2011) :

« Grandir au sein d'un territoire prioritaire peut induire une construction en décalage par rapport au reste de la société, tant sur le plan identitaire que social. Les territoires où le trafic de drogues se développe, sont sur ce schéma de décalage du fait des conditions d'exclusion, induites par le cumul des difficultés économiques et sociales » (KAISER 2011).

Les publics, et notamment les plus jeunes, qu'ils soient directement impliqués dans les trafics ou simplement spectateurs d'un trafic qui se déroule souvent en plein jour à côté d'eux, témoignent pour tous les acteurs d'un éloignement précoce par rapport à la loi, d'un **sentiment d'impunité** et d'illégitimité qui débouche sur une défiance et, en fin de compte, une prédisposition plus forte à entrer dans le trafic et l'illégalité : « [le] rapport à la loi [est] entamé, [la] frontière floue entre le licite et l'illicite, [la] légitimité de la justice remise en question, voire niée. Les liens sont encore distendus par une loi absente des préoccupations et des consciences. Elle est délégitimée » (KAISER 2011).

Cela se traduit par une autre caractéristique généralisée qui est à la fois une conséquence et une cause de ce contexte spécifique : un **risque de décrochage scolaire** définitif plus grand du fait de la reconnaissance symbolique et financière apportée par l'insertion dans les trafics (ROCHE 2013), ce qui rend par définition d'autant plus importantes les réflexions visant à favoriser avant tout l'intervention en milieu scolaire, pour tenter de prévenir ces décrochages définitifs notamment (AIT MOHAND 2000).

Ces circonstances particulières sur les territoires et dans les quartiers confrontés au trafic de drogues ont provoqué la constitution de groupes de travail et de pratiques inter-métiers, afin de tenter de faire face aux problèmes nombreux du travail avec des jeunes qui vivent au contact de l'économie de rue et des trafics, et dans lesquels la MILDT, puis la MILDECA aujourd'hui, ont été intégrées le plus souvent, pour y jouer un rôle central (à la fois pour la coordination et le financement des initiatives élaborées). Parmi les principaux points abordés dans ces groupes de travail, les auteurs qui se sont penchés sur le sujet relèvent notamment les questions suivantes :

- Comment faciliter le travail des enseignants consistant à instaurer une culture de l'effort face à l'« argent facile » ?
- Comment restaurer la confiance (et la maintenir) entre les professionnels du travail de prévention et de soin, et les publics ciblés ?

- Comment être dans l'écoute sans tomber dans la complicité ou l'illégalité avec des jeunes investis dans ces trafics ?
- Comment vaincre sa propre anxiété en tant que professionnel, et prévenir les risques réels de l'intervention dans ces milieux dangereux ?

Ce sont ces raisons objectives et concrètes qui ont mené certains professionnels, en lien avec les organismes de la prévention comme la MILDECA et les autorités locales (notamment à Marseille, comme dans le cadre du dispositif étudié par l'enquête confiée au LIEPP), à tenter de développer de nouveaux dispositifs centrés prioritairement sur la question du trafic de drogues.

II. Les dispositifs testés et mentionnés dans la littérature

Les dispositifs testés à ce jour se différencient notamment par les lieux et les acteurs qu'ils mobilisent en priorité. On peut répartir en trois grandes configurations les exemples tirés de la littérature consacrée à ces questions :

- d'un côté, les dispositifs qui visent prioritairement le **milieu scolaire**, avant l'entrée dans les trafics, et sont portés notamment par les enseignants, en lien avec d'autres professionnels du secteur médico-social et éventuellement les autorités publiques ;
- d'un autre côté, les **dispositifs légaux** prévus dans le cadre des politiques pénales de réinsertion de jeunes déjà impliqués dans des trafics, comme les différentes mesures éducatives mises en œuvre par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ;
- enfin, un troisième type de dispositif consiste à **associer l'ensemble des habitants d'un quartier** donné à la politique de prévention, quels que soient par ailleurs les partenaires institutionnels, associatifs et professionnels mobilisés. C'est dans cette troisième catégorie qu'on peut inclure le dispositif « Argent facile » du plan MILDECA 2013-2017 évalué par le LIEPP.

Tout d'abord, comme cela a déjà été évoqué, le **milieu scolaire** constitue un espace d'intervention prioritaire dans la mesure où il se situe au cœur des problématiques de décrochage et de rapport de défiance à l'autorité, mais aussi parce que « le milieu scolaire, du fait des potentialités d'intervention qu'il offre, peut constituer un lieu privilégié pour prévenir ce phénomène » (AIT MOHAND 2000). Le type de dispositifs mis en place peut varier très grandement en fonction des initiatives locales, qu'elles soient prises en charge par les enseignants eux-mêmes ou qu'elles soient concertées avec des structures d'appui médico-sociales et/ou associatives. Il peut s'agir à la fois d'éléments de sensibilisation dans les classes, par exemple lors de cours d'éducation civique (AIT MOHAND 2000), mais aussi de dispositifs plus concrets comme la présence visible d'adultes lors de la sortie des classes au collège ou au lycée, qui représente un des lieux stratégiques à réinvestir pour faire le lien entre les jeunes en risque de déscolarisation et le système éducatif (ROCHE 2013). A ce titre, la plupart des acteurs pointent également la nécessité de ne recourir qu'en tout dernier recours aux

exclusions temporaires ou définitives du collège ou du lycée, cette mesure représentant souvent pour les 16-18 ans la première étape dans la trajectoire de décrochage définitif, puis d'insertion dans les milieux du trafic (ROCHE 2013).

Un deuxième type de dispositifs renvoie aux politiques pénales et aux différentes **mesures éducatives de la Protection judiciaire de la jeunesse** (PJJ). Celle-ci a en effet développé des actions dans le cadre contraint de la décision judiciaire vis-à-vis de jeunes impliqués dans les trafics. Un exemple particulier est celui de **la mise à distance des mythes économiques autour des trafics**. La PJJ a par exemple mis en place des modules destinés à calculer très concrètement, avec les jeunes concernés, le taux horaire exact de leur salaire en tant qu'« employés du trafic », afin de leur faire prendre conscience de la réalité de leurs « revenus ». Cette action a permis de mettre ces revenus, relativisés, en perspective avec les risques encourus par ces jeunes, pour faire apparaître clairement le « fort degré d'exploitation dont [ces jeunes] ont été l'objet » (ROCHE 2013). D'autres exemples de dispositifs portés par des associations dans ce cadre judiciaire, consistent à mettre en valeur des « **passions alternatives** » qui permettent aux jeunes de retrouver, dans des activités légales, les degrés d'engagement (et notamment les « montées d'adrénaline ») qu'ils ont pu avoir dans leur investissement passé dans les trafics :

« L'importance des passions alternatives liées notamment à la culture urbaine comme la musique, la danse ou encore le théâtre, qui permettent la réappropriation de l'histoire personnelle et l'élaboration d'une souffrance qui, souvent, a favorisé l'entrée dans le trafic » (ROCHE 2013).

Le troisième type de dispositif, enfin, consiste à **associer l'ensemble des habitants d'un quartier** à la politique de prévention, en lien avec les acteurs publics et les professionnels de la prévention, sur le modèle de l'action « Argent facile » analysée dans l'enquête confiée au LIEPP. Ces nouvelles approches cherchent à valoriser la **co-construction des politiques de prévention** en s'appuyant sur les groupes et les « communautés » dans lesquelles ces jeunes sont insérés, à un degré ou à un autre. Elles se fondent sur les théories des groupes et des réseaux sociaux et se rapprochent par certains aspects de l'approche « communautaire » de la prévention par les pairs qui a été utilisée par ailleurs (cf. revue de littérature sur la prévention par les pairs, *supra*) :

« [Ces dispositifs] comprenant mieux l'approche communautaire, qui interroge sans cesse ce que les individus défendent lorsqu'ils s'assemblent, ne déprécient pas toute dynamique groupale et agissent différemment selon les situations. Ils peuvent aider les jeunes à se construire en tant qu'individus capables de choisir par eux-mêmes, et de résister à la pression que leur groupe exerce sur eux afin qu'ils adoptent ses valeurs, normes et représentations.

Mais ils peuvent aussi utiliser ces groupes comme levier de prévention et d'émancipation pour les jeunes » (ROCHE 2013).

Ces approches centrées sur l'implication et la participation des citoyens dans la construction des politiques de prévention peuvent passer par différents types de dispositifs, notamment des « réunions d'information et d'organisation » animées par les professionnels et destinées à « réfléchir sur la manière dont l'attention et les ressources pourraient être mobilisées et mutualisées » (JOURBERT 2011). Ces groupes de travail (qui peuvent prendre la forme de conseils de quartier nouveaux ou se greffant sur les structures déjà existantes) se réunissent de manière plus ou moins régulière selon les cas, et peuvent notamment être centrés sur la **sécurisation participative** des immeubles et des espaces collectifs, mais aussi rejoindre les dispositifs mentionnés de proposition d'activités alternatives aux jeunes, impliqués ou non, dans les trafics (sport, théâtre, etc.) (JOURBERT 2011, ROCHE 2013).

Plus prometteuses quant à la réinsertion à long terme des jeunes qu'elles permettent, d'autres initiatives visent plutôt à trouver des **débouchés professionnels alternatifs à cette « économie de survie »** du trafic de drogues créé par la précarité (ROCHE 2013). Dans la mesure où il ne semble pas réaliste aux acteurs de viser la suppression totale à court terme des différents trafics qui traversent aujourd'hui certains quartiers, la recherche de dynamiques économiques alternatives semble une piste prometteuse, car elle permet d'attaquer le problème de biais. C'est notamment dans le cadre de la politique de la ville que ce genre d'expériences a pu être développé (mise en place de restaurants et jardins associatifs avec engagement prioritaire de jeunes en démarche de réinsertion, coopératives diverses d'activités de service). Mais, comme le dit Pierre Roche qui a étudié ces dossiers :

« Pour éviter la spirale de l'échec qui décrédibilise certaines de ces actions et faire qu'elles touchent les fractions de la jeunesse aujourd'hui attirées par les micro-trafics, il serait nécessaire qu'une véritable place leur soit laissée dans les programmes de rénovation urbaine, avec suffisamment d'ouvertures vers le droit commun (débouchés crédibles extérieurs aux quartiers) » (ROCHE 2013).

De nombreux dispositifs sont donc imaginés depuis quelques années pour tenter de prendre en compte cette problématique particulière et de proposer des solutions alternatives à l'entrée des jeunes de ces quartiers dans les trafics, que ces solutions passent par le milieu scolaire, l'adaptation des mesures répressives ou judiciaires, ou encore des démarches plus « participatives » impliquant les « communautés » directes ou indirectes de ces publics cibles, qu'elles soient celle des habitants mêmes des quartiers, ou celle plus large des entreprises et/ou associatives susceptibles de proposer des débouchés économiques alternatives à ces jeunes.

Mais ces dispositifs récents connaissent certaines limites que soulignent les rares travaux dont nous disposons à ce jour sur la question.

III. Problèmes et limites de l'action sociale de prévention du trafic de drogues

C'est par l'évocation de ces limites que nous aimerions terminer cette synthèse, car elles indiquent des pistes de réflexion et de modification des pratiques utiles pour penser la « deuxième génération » de ces dispositifs (ROCHE 2013), mais aussi parce qu'elles permettent de revenir sur l'échec constaté, dans cette évaluation menée par le LIEPP, du dispositif « Argent facile » dû principalement à un manque de programmation (notamment financière) sur le moyen et long terme.

Ces dispositifs souffrent en effet principalement d'un déficit de financement sur la durée. Celui-ci peut être dû, comme dans le cas étudié de l'action « Argent facile », à des défauts de communication entre l'administration et les professionnels ou associations qui mettent en œuvre ces dispositifs (cf. *infra*). Mais ces défauts de financement sont constatés de manière plus générale par les praticiens et les observateurs, qui pointent souvent l'« absence des acteurs institutionnels » (DUPORT & KOKOREFF 2011). Or, la réussite de ces dispositifs, notamment les initiatives visant à associer les habitants des quartiers et les entreprises, nécessitent d'être inscrits dans le long terme si l'on veut leur donner une chance d'apporter des résultats concrets (JOUBERT 2011).

Une autre limitation de ce type d'initiatives tient plutôt au « **mélange des genres** » qu'elle peut entraîner. Il n'est pas sans danger en effet, pour les travaux sur la question, que d'éventuels « dealers » ou anciens « dealers » puissent se retrouver, par le biais des actions d'insertion et d'embauche « alternatives » au trafic, dans des associations de prévention, voire dans des centres d'aide aux usagers. Ces « reconversions » peuvent certes être tout à fait réussies, et représentent un objectif central de ces actions de réinsertion dans la légalité et l'économie « officielle ». Mais certains exemples de dévoiement de ces mécanismes ont débouché sur un clientélisme intéressé et manipulé, qui décrédibilise l'ensemble des acteurs investis dans ces initiatives :

« Le travail social ainsi noyauté perd toute légitimité morale d'un point de vue légaliste et humaniste mais, même quand il ne l'est pas, il est confronté au modèle de réussite délinquant » (SAUVADET 2011).

Le recrutement associatif ou social de ces jeunes qui restent en parallèle investis dans les trafics, à un degré ou à un autre, remet en cause le principe même de ces mécanismes. Mais sans aller aussi loin, la démarche de « requalification » de ces jeunes en transition vers la sortie des trafics, peut également poser problème. Comme le notent de nombreux observateurs, la réinsertion de ces jeunes peut et doit s'appuyer majoritairement sur la valorisation des compétences qu'ils ont pu acquérir dans l'illégalité du trafic de drogues (comptabilité, négociation, rigueur...). Mais cette démarche comporte en elle-même un risque de valorisation de ces jeunes et de leur investissement, plus ou moins long, dans les trafics. Cette **démarche de « validation des compétences » illicites** acquises dans le trafic,

pour les convertir en compétences licites, comporte donc des risques non négligeables qu'il faut prendre en compte, notamment vis-à-vis des jeunes qui ne seraient pas encore entrés dans une trajectoire délictueuse ou criminelle (ROCHE 2013).

Dans l'ensemble, les différents dispositifs qui ont été testés et leur étude montrent qu'il reste très compliqué de trouver des solutions viables et valables dans tous les contextes (KAISER 2011 ; DUPORT & KOKOREFF 2011) : de nouvelles expérimentations sont nécessaires, mais aussi un suivi plus marqué (notamment en termes de financements) par les autorités publiques, car le rôle des professionnels et des intervenants dans ce contexte reste aujourd'hui encore :

« Un rôle complexe, pris entre les logiques de respect de la loi, de rappel à la loi, et la volonté, le souci d'accompagner les personnes dans leur trajectoire, y compris déviante. Une position difficile entre complaisance, compromission et souci de ne pas se transformer en « entrepreneur de morale », donneur de leçons, dont on sait qu'elles sont le plus souvent inefficaces » (DUPORT & KOKOREFF 2011).

BIBLIOGRAPHIE UTILISEE

AIT MOHAND A., « Place de la prévention dans la lutte contre la drogue et les toxicomanies », Alger, INSP, 2000.

BECK F., LEGLEYE S., SPILKA S., « Consommation et surconsommation de cannabis : apports et limites de l'épidémiologie », *Psychotropes*, 2007, n°13, p. 9-31.

BEN LAKHDAR C., « Le deal de drogues, un revenu complémentaire très risqué », dans Duport (sous la direction de), *L'intervention sociale à l'épreuve des trafics de drogues*, Marseille, ADDAP 13, 2011, p. 28-35.

BEN LAKHDAR C., « L'économie du deal, comprendre pour agir », *Les cahiers dynamiques, Revue professionnelle de la PJJ*, 2013, n° 56, p. 50-57.

BERGERON H., *Sociologie de la drogue*, Paris, La Découverte, 2010.

BLUMSTEIN A., *Youth, Violence, Guns, and the Illicit-Drug Industry*, Pittsburgh, Carnegie Mellon University, 1994.

BROCHIER S., TEISSIER J., « La professionnalisation des agents de proximité à partir de l'analyse des situations de travail : élaboration d'un référentiel d'activités et de compétences professionnelles », Rapport final, Marseille, Céreq/Ccpam, 2001.

CAUSSE L., ROCHE P., « Activité professionnelle des intervenants de proximité. Analyse d'une pratique de réduction des risques auprès des usagers de drogues », Mission Sida Toxicomanie, Ville de Marseille, Céreq, 2002.

CHAÏB N., « Défense et illustration des activités de médiation éducative », *Les cahiers dynamiques, Revue professionnelle de la PJJ*, 2008, n°42, p. 58-61.

COPPEL A., *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, Paris, La Découverte, 2002.

DADDS M.R., « Potential for innovative prevention stratégies », dans TEESSON M., BYRNES L. (eds.), *National Drug Strategy and National Mental Health Strategy National Comorbidity Project*, Canberra, Commonwealth Department of Health and Aged Care Canberra, Australia, 2004.

DUBET F., *La galère : jeunes en survie*, Paris, Fayard, 1987.

DUPORT C., *L'intervention sociale à l'épreuve des trafics de drogues*, Addap 13, CG13, Ville de Marseille, MILDT, 2011.

DUPORT C., KOKOREFF, M., « Le point de vue des acteurs de terrain », dans DUPORT C., *L'intervention sociale à l'épreuve des trafics de drogues*, Addap 13, CG13, Ville de Marseille, MILDT, 2011, p. 90-97.

EMCDDA/OEDT, *L'usage illicite de stupéfiants dans l'UE : Approches juridiques*, OEDT, février 2005.

ESSEKI K., « Le travail éducatif auprès du mineur impliqué dans le trafic », *Les cahiers dynamiques, Revue professionnelle de la PJJ*, 2013, n° 56, p. 58-67.

GLADYS L., ROCHE P., « Introduction. Faire avec les drogues, agir avec les usagers », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2016, vol. 1, n° 21, p. 7-20.

HOAREAU E., ZURBACH E., « Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008, Tendances Récentes et Nouvelles Drogues sur le site de Marseille », OFDT, juin 2009.

HOAREAU E., ZURBACH E., « Phénomènes émergents liés aux drogues en 2009, Tendances Récentes et Nouvelles Drogues sur le site de Marseille », OFDT, juin 2010.

HOAREAU E. (dir.), « Tendances Récentes et Nouvelles Drogues. Site de Marseille », Marseille, DADD, 2010.

HOWELL J.C., « Recent gang research: Program and policy implications. Crime and Delinquency », 1994, 40(4), p. 495-515.

HUIZINGA D. (dir.) *Urban Delinquency and Substance Abuse*, Washington, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, U.S. Department of Justice, 1994.

INSERM, *Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations*, INSERM, 2010.

JAMOULLE P., ROCHE P., *Engagement des jeunes dans le trafic. Quelle prévention ?*, MILDT, 2012.

JOUBERT M., « Trafics et voisinage – L’ancrage social et territorial des activités de micro-deal », dans DUPORT C., *L’intervention sociale à l’épreuve des trafics de drogues*, Addap 13, CG13, Ville de Marseille, MILDT, 2011, p. 53-56.

KAISER S., « Comment construire ou maintenir du lien avec des jeunes impliqués dans les trafics ? Comment travailler avec les parents et les familles, et avec les institutions ? Quelles propositions, quelles alternatives pour infléchir les parcours, les trajectoires ? » dans DUPORT C.(dir.), *L’intervention sociale à l’épreuve des trafics de drogues*, Addap 13, CG13, Ville de Marseille, MILDT, 2011, p. 79-81.

KUMPFER K.L., BAXLEY G.B., *Drug Abuse Prevention: What Works*, Rockville, National Institute on Drug Abuse, 1997.

LAGRANGE H., « Les délinquances des jeunes », dans MUCCHIELLI L., ROBERT P. (dir.), *Crime et sécurité. L’état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2002, p. 158-167.

MAUGER G., *La sociologie de la délinquance juvénile*, Paris, La Découverte, 2009.

MOHAMMED M., *Les sorties de délinquance*, Paris, La Découverte, 2012.

MUCCHIELLI L., *Violences et insécurité, fantasmes et réalité dans le débat français*, Paris, La Découverte, 2002.

OFFICE OF NATIONAL DRUG CONTROL POLICY, *National Drug Control Strategy 1995: Strengthening Communities' Response to Drugs and Crime*, Washington, Office of the President, 1995.

OMS, *Charte d’Ottawa*, Genève, OMS, 1986.

PADIS M.-O., « De l’art du conflit à l’art de l’esquive », *Esprit*, 2000, p. 153-173.

PERETTI-WATEL, P., « Du recours au paradigme épidémiologique pour l’étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, 2004, 45, p. 103-132.

QUIRION B., BELLEROSE, C., « Discours néolibéral dans le champ de l’usage de drogues : réduction des méfaits et *empowerment* », *Sociologie et sociétés*, 2007, vol. 39, n°1, p. 29-50.

ROCHE P., « Prévenir l’implication des jeunes dans le trafic des drogues. L’intérêt des espaces interqualifiants », *Bref du Céreq*, février 2013, n°306.

SANTAKI R., *Business dans la cité*, Paris, Le Seuil, 2014.

SAUVADET T., « Le travail social à l’épreuve des trafics », DUPORT C., *L’intervention sociale à l’épreuve des trafics de drogues*, Addap 13, CG13, Ville de Marseille, MILDT, 2011, p. 64-70.

SCHMUTTERER I., UHL A., STRIZEK J., BACHMAYER S., PUHM A., KOBRNA U., GRIMM G., SPRINGER A., *ESPAD Austria 2007: Europäische Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen*, Vienne, Validierungsstudie. Bundesministerium für Gesundheit, 2008.

TROPOS J.-Y., « La force des dispositifs faibles : la politique de réduction des risques en matière de drogues », *Cahiers internationaux de sociologie*, 2003, 114, p. 93-108.

UHL A., « Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs: Definitions - Concepts – Problems », dans SPRINGER A., UHL A. (eds.), *Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse*, Bruxelles, Commission européenne, Brussels, 1998.

UHL A., « The Limits of Evaluation », dns NEAMAN R., NILSON M., SOLBERG U., *Evaluation - A Key Tool for Improving Drug Prevention*, Lisbonne, EMCDDA, 2000.

UHL A., « How to Camouflage Ethical Questions in Addiction Research », dans FOUNTAIN J., KORF D.J. (eds.), *Drugs in Society European Perspectives*, Radcliffe, Oxford, 2007.

VAN KAMMEN W., LOEBER R., *Delinquency, Drug Use and the Onset of Adolescent Drug Dealing*, Pittsburgh, University of Pittsburgh, 1994.

Description de l'évaluation

Rappel des objectifs

Par la convention signée entre le LIÉPP et la MILDECA, il était convenu que l'évaluation analyse les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation dans les quartiers Sud de Marseille, en particulier :

- l'articulation entre structures impliquées dans le programme et les modalités de coordination mises en place (comment se déclinent les rôles de ces acteurs, collègue, lycée, établissement pour mineurs délinquants) ;
- l'adéquation du programme à la réalité socio-économique du territoire et aux besoins et attentes exprimés par les acteurs du programme (le programme répond-il aux attentes exprimées à la fois par ses promoteurs et ses bénéficiaires directs ?) ;
- la façon dont ce programme s'insère dans la politique locale de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Terrain réalisé

Pour ce faire, nous avons mené 15 entretiens semi-directifs entre avril et juillet 2015 (dont un entretien en février 2016), avec des acteurs d'associations, de la Préfecture de police, de la Mairie de Marseille, et quelques professionnels ayant participé aux panels organisés par l'AMPTA.

Ces entretiens semi-directifs nous ont permis d'enquêter sur l'historique de l'action « Argent facile ? », de connaître le contexte dans lequel elle s'est inscrite, de cartographier les acteurs de la politique locale de lutte contre les trafics, les drogues et les conduites addictives et de comprendre leurs interactions, d'appréhender le travail mené par l'AMPTA et en particulier ce qu'elle a mis en œuvre exactement dans le cadre de cette action, les éventuelles sources d'inspiration, les difficultés rencontrées et ce qu'elle n'a pas mis en œuvre, les acteurs avec lesquels elle s'est mise en relation, les contraintes qui ont été les siennes.

Par ailleurs, les acteurs interviewés nous ont souvent communiqué de la littérature « grise » (notes de service, rapports, publications etc.) qui a aussi servi à alimenter notre évaluation.

Notre terrain a rencontré deux difficultés : la première a été le délai d'ouverture du terrain retardé, notamment en raison du changement de préfet de police des Bouches-du-Rhône intervenu durant le premier trimestre 2015. Dans un second temps, l'accès aux représentants de la Mildeca à Marseille et leur coopération pour mener notre enquête ont été problématiques. Cette seconde difficulté nous a posé les problèmes suivants : n'ayant pas eu accès à tous les acteurs que nous aurions souhaité rencontrer ou revoir, des « pièces » nous

ont manquées. Par ailleurs, comme nous le montrerons ci-dessous, la Mildeca régionale et l'AMPTA ont deux interprétations opposées sur le déroulement de l'action et la non-reconduction du financement, qu'il nous aurait fallu pouvoir mieux confronter lorsque le terrain a été réalisé en 2015.

Présentation de l'action évaluée

L'action n°68 doit être replacée dans une chronologie particulière et quelque peu différente de celle du plan 2013-2017 de la MILDECA, puisqu'elle commence avant l'adoption du plan en comité interministériel. Cet historique est nécessaire car il explique pour beaucoup la trajectoire de l'action.

L'appel d'offre et un premier projet refusé

Le 6 mars 2013, la Mildt départementale (i.e. la Mildt rattachée à la Préfecture des Bouches-du-Rhône) lance son « appel à projets en direction des associations et institutions des Bouches-du-Rhône – Crédits Mildt 2013 ». L'une des quatre orientations de l'appel à projet concerne la prévention des conduites addictives chez les jeunes. Si l'attention est attirée sur la prévention des conduites addictives, les jeunes comme cible prioritaire, l'intervention territorialisée et en particulier en Zone de Sécurité Prioritaire (ZSP), il n'est aucunement fait référence à la prévention de la délinquance ou du trafic de drogues.

L'Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions (AMPTA, cf. encadré ci-dessous) dépose un projet d'action intitulée « Argent facile ? » pour lequel elle sollicite la Mildt départementale à hauteur de 20 000€ (soit 52% du budget prévisionnel de l'action), afin de financer (en partie) l'emploi d'un chargé de mission.

L'Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions
(AMPTA)¹²

Dans les années 1980, l'Etat décide de confier au secteur associatif la mission de s'occuper des toxicomanes. L'AMPTA (association loi 1901) a été créée en 1984 pour apporter des réponses aux difficultés rencontrées par les consommateurs de drogues *illicites* et leurs proches (entourage familial et / ou professionnel) : à l'origine, les autres addictions (l'alcool notamment) n'entrent pas dans son champ d'action. Il s'agit d'une grosse association [une soixantaine de salariés et environ 3 000 personnes accueillies en 2014] qui n'intervenait pas sur les questions de trafic avant de conduire l'action « Argent facile ? ». Elle n'a jamais été un acteur de la prévention de la délinquance, elle est historiquement spécialisée dans la *prévention et le traitement des addictions* d'abord aux drogues illicites. Ensuite, l'AMPTA s'est développée pour apporter une prise en charge pluridisciplinaire à tous ceux qui sont concernés par l'usage de toutes les substances psychoactives, qu'elles soient licites ou illicites :

- les plus jeunes à titre préventif,
- les usagers dépendants pour réduire les risques ou les dommages et leur permettre de s'engager dans une démarche de soin et de réinsertion,
- les professionnels pour partager les savoirs et les pratiques, coordonner les actions,
- la société dans son ensemble pour faire évoluer les représentations et améliorer le niveau d'information.

Les publics auxquels s'adresse l'AMPTA pour son activité de prévention sont très vastes : jeunes en milieu scolaire (à partir du CM1), apprentis en formation, jeunes des centres sociaux et des établissements sociaux culturels, jeunes hébergés dans des foyers, jeunes en suivi judiciaire à la PJJ.

Les missions de l'AMPTA sont :

- d'accueillir et soigner les usagers de drogues, soutenir leurs proches
- de prévenir les consommations problématiques, réduire les risques et les dommages liés à ces usages
- de former différents professionnels
- d'informer et documenter tout type de public
- de soutenir les acteurs institutionnels et associatifs dans leurs projets, leurs actions.

A sa création, l'AMPTA a été constituée comme un opérateur d'initiative privée, caractérisé par le « ni contrôle, ni assurance : elle disposait en effet d'une grande liberté d'action (concernant la création des outils mais aussi ses pratiques) mais n'était pas assurée de sa pérennité (budget non garanti d'une année sur l'autre). L'AMPTA bénéficie aujourd'hui

- de financements « ponctuels » (et donc « précaires ») par les communes, les conseils généraux et / ou départementaux, par la Mildeca pour l'activité de prévention ; tout au plus les projets de prévention sont financés pour 3 ans (cas rares ; financements annuels la plupart du temps),
- et de conventionnements avec l'Etat et d'un financement par l'Assurance Maladie pour l'activité concernant le soin (partie de l'Ondam médico-social qui transite par les ARS), qui lui confèrent une assurance quant à son maintien et se trouve en contrepartie plus contrainte sur les objectifs à atteindre et les orientations à prendre, et sur les comptes à rendre.

Aujourd'hui, l'AMPTA gère donc plusieurs services conventionnés avec l'Etat :

- Le service de Prévention-Formation (sur et avec lequel nous avons travaillé pour cette évaluation puisqu'il était le service en charge de l'action)
- Les trois CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) de Marseille, Aubagne et Martigues.
- Un accueil spécifique jeunes usagers de Cannabis, Alcool, Ecstasy etc.
- Un Point Accueil et Ecoute Jeunes à La Ciotat.

L'objectif général de l'action proposée et soumise par l'AMPTA est de « prévenir les conduites addictives et l'attrait pour le trafic de stupéfiants chez les jeunes de la ZSP Quartier Sud Marseille » (cf. tableau ci-dessous), où l'AMPTA est déjà implantée depuis longtemps (notamment parce qu'elle y gérait un automate échangeur de seringues et était à ce titre en contact avec les acteurs de terrain pour en faciliter l'implantation).

L'idée est de travailler avec un panel représentatif de la population des cités concernées divisé en sous-groupes : collégiens, lycées, jeunes en insertion, jeunes délinquants, familles, adultes en situation de précarité. Ce travail, **entièrement conçu avec les habitants**, est également conçu à **relativement court terme (douze mois)**, en raison de la connaissance du terrain dont dispose l'association (en particulier la fragilité des structures implantées). Enfin, le projet est conçu en trois temps :

- i. rencontres et débats,
- ii. création d'outils de communication autour de la prévention de la *consommation et du trafic* de stupéfiants,
- iii. diffusion et promotion de ces outils dans les cités de la ZSP et dans une cinquantaine d'établissements (éducatifs, sociaux, culturels) présents sur le territoire.

¹² Encadré réalisé d'après le site internet de l'AMPTA (<http://www.ampta.org/-AMPTA->) et les entretiens réalisés.

L'AMPTA proposait une intervention ciblée sur le 11^e arrondissement où elle connaissait de nombreux professionnels dans six structures implantées¹³ dont le soutien était indispensable à la mise en œuvre de l'action. Elle envisageait de travailler avec un groupe dans chaque structure, entre deux et cinq fois 1 à 2 heure(s).

Tableau 1 : Les ZSP

Les ZSP ont été créées en juillet 2012 par le Ministère de l'Intérieur (alors dirigé par Manuel Valls), pour apporter des réponses locales durables aux territoires souffrant d'« insécurité quotidienne » et de « délinquance enracinée » (selon le site du Ministère de l'Intérieur). Si cela passe par l'octroi de moyens humains supplémentaires (gendarmes et CRS), cela doit aussi se faire par la **coordination** des nombreux acteurs et dispositifs intervenant dans le domaine de la lutte contre la délinquance. En instaurant des **partenariats entre les différents acteurs** (justice, police, gendarmerie, l'éducation nationale mais aussi les élus, les bailleurs sociaux, les acteurs de la prévention etc.), l'action doit s'inscrire dans une « **stratégie globale** » tout en étant resserrée autour de quelques objectifs clairs.

La ZSP des Quartiers Sud de Marseille a été créée en janvier 2013 mais avait été annoncée dès septembre 2012 à l'issue d'un comité interministériel consacré à la ville de Marseille¹⁴ ; elle est composée des 8^e, 9^e, 10^e et 11^e arrondissements et regroupe une dizaine de cités sensibles.

L'approche globale pour reconquérir les territoires

La « stratégie globale » accompagne les ZSP, et « l'approche globale » en est la traduction marseillaise (cf. ndbp n° 5 sur l'installation d'un préfet de police de plein exercice). Elle a été entamée pour un premier acte à partir de décembre 2012. Depuis 2015, la préfecture de police a tenté de lui donner un second souffle (2^e acte).

Dans un document du 3 février 2016 portant sur cet « Acte II », la Préfecture de police des Bouches-du-Rhône définit cette stratégie globale ainsi :

« La stratégie d'approche globale vise à reconquérir le territoire de quarante cités marseillaises, fortement impactées par les trafics de produits stupéfiants.

Elle se caractérise par des actions qui s'inscrivent dans la durée à la différence de simples « opérations coup de poing ».

Ce dispositif, aujourd'hui spécifique à Marseille, repose sur une large coordination de toutes les directions de la Police, des autres services de l'Etat, des collectivités locales, des acteurs publics et privés ainsi que du monde associatif.

Il consiste à faire se succéder l'action de tous les acteurs pendant plusieurs semaines sur une cité donnée, selon cinq phases : répression, dissuasion, amélioration du cadre de vie, action sociale et enfin la phase de « Service Après-Vente » par le maintien de la pression policière. Au niveau policier, tous les services sont

¹³ Dans son projet déposé en avril 2013, l'AMPTA envisage de mobiliser le collège Château Forbin, le lycée professionnel René Caillé, la Maison Pour Tous La Valbarelle, le chantier d'insertion Evolio, l'établissement pour mineurs délinquants de la Valentine, le dispositif de formation ETAPS Sud Formation.

¹⁴ C'est aussi lors de ce comité interministériel qu'un préfet de police de plein exercice est installé dans les Bouches-du-Rhône (en remplacement des préfets délégués à la police jusqu'alors). La coordination qu'il doit assurer entre les acteurs de la répression (toutes les forces de sécurité) et les acteurs de la prévention (Fonds Interministériel de Prévention de la Délinquance et Mildeca) et doit permettre de mettre en œuvre de l'approche globale et ainsi, de reconquérir les territoires annexés par les trafics.

pleinement impliqués et coordonnés : Sécurité Publique, Police Judiciaire, CRS (y compris des motards) et Police aux Frontières. Le Parquet est également étroitement associé (un magistrat référent est désigné pour chaque cité traitée) »

La légitimation de l'action proposée par l'AMPTA s'appuie sur un quadruple constat :

1. Le rajeunissement des trafiquants¹⁵ et l'augmentation chaque année de la part des mineurs (absolue et relative) des mineurs interpellés pour trafic ; et plus de 2/3 des interpellations dans le cadre des Infractions à la législation sur les stupéfiants sont des jeunes entre 15 et 16 ans.
2. Des passages à l'acte plus fréquents dus à la faible conscience des risques qui sont pris en étant impliqués dans trafic¹⁶ et le développement du trafic par internet.
3. La professionnalisation du trafic, notamment le trafic d'héroïne¹⁷.
4. Une banalisation du trafic observée par le service prévention – formation de l'AMPTA dans la ZSP Quartier Sud de Marseille, notamment pour les « guetteurs » ou les « shoufs » (les plus jeunes impliqués dans les trafics) ; la normalisation est aussi observable chez les jeunes non impliqués mais qui pourraient être tentés par le trafic.

En présentant cette action, l'association fait alors sienne la recommandation qu'il faut agir pour « aider ces jeunes à se construire en tant qu'individus capables de choisir par eux-mêmes, et de résister à la pression que leur groupe exerce sur eux (...) redonner du sens à l'engagement scolaire des jeunes et de prévenir leur entrée dans ces réseaux de trafic »¹⁸. Pour cette action, l'AMPTA sollicite 20 000€ qui correspondent environ à l'emploi à mi-temps d'un chargé de mission.

Mais en présentant cette action de prévention de l'attrait pour le trafic, l'AMPTA s'engage sur un **terrain nouveau pour elle** : la **prévention** non pas des conduites addictives mais **des comportements liés à l'offre**. En un sens, il est question d'une tentative de « reconversion ». En effet, il s'agit d'un nouveau positionnement pour l'association, intervenant historiquement, premièrement, sur les questions de prévention des addictions et de réduction des risques, et deuxièmement, sur le traitement des addictions via ses structures

¹⁵ Cf. E. Hoareau, E. Zurbach, « Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008, Tendances Récentes et Nouvelles Drogues sur le site de Marseille », OFDT, juin 2009, p. 42 <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/mars08.pdf> et E. Hoareau, E. Zurbach, « Phénomènes émergents liés aux drogues en 2009, Tendances Récentes et Nouvelles Drogues sur le site de Marseille », OFDT, juin 2010, p. 47, <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/trend/mars09.pdf>.

¹⁶ Cf. E. Hoareau (coordinatrice), « Tendances Récentes et Nouvelles Drogues. Site de Marseille », 2010, p. 21, http://www.dadd-paca.org/docs/infos/docs/20120313_TREND2010VF1.pdf

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Pierre Roche, « Prévenir l'implication des jeunes dans le trafic de drogues », *Bref du CEREQ*, n°306, février 2013, p. 3.

de soins. Mais même dans ses actions « traditionnelles » de prévention (surtout en milieu scolaire), l'AMPTA n'a jamais été un opérateur de la prévention de la délinquance. Il faut préciser que ce repositionnement intervient dans un contexte général où l'AMPTA a perdu une part importante de ses financements. En particulier, en 2012-2013 et dans la logique générale de réduction des dépenses publiques, la MILDT a considérablement réduit le financement de ses interventions en milieu scolaire – part importante de l'activité de l'AMPTA.

Le projet que nous venons d'exposer, déposé par l'AMPTA en avril 2013 est rejeté par la Mildt départementale. Cela est notifié à l'AMPTA en juin 2013, selon le directeur de l'AMPTA et de la responsable du service Prévention – formation sans qu'un autre motif de refus ne leur soit donné que celui de la restriction budgétaire.

Projet repêché : raisons politiques et contextuelles et déblocage de crédits

A l'été 2013, l'actualité conduit le Premier ministre (Jean-Marc Ayrault) et son ministre de l'Intérieur (Manuel Valls), ainsi que la ministre de la Justice (Christiane Taubira), la ministre du logement (Cécile Duflot) et la ministre des affaires sociales (Marisol Touraine) et que la ministre déléguée aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion (Marie-Arlette Carlotti), à se rendre à Marseille. Le 19 août 2013, les règlements de comptes liés au trafic de stupéfiants font leur 13^e victime depuis janvier 2013¹⁹ dans la cité phocéenne (un jeune homme de 25 ans qui avait déjà été l'objet de deux tentatives d'assassinat ; celui-ci est abattu dans le quartier de l'Estaque - 16^e arrondissement, proche du Vieux-Port), alors qu'un jeune de 18 ans a été poignardé la veille à la sortie d'une boîte de nuit dont les agresseurs s'en sont aussi pris à un infirmier, et qu'un étudiant de 22 ans a été égorgé dix jours auparavant en plein centre-ville. Les réactions politiques nationales mais aussi locales sont nombreuses, à sept mois des élections municipales. Lors de ce déplacement (cinq ministres en sus du chef du gouvernement), est annoncée la mise à disposition de 24 hommes supplémentaires à la police judiciaire marseillaise ainsi que d'une compagnie CRS²⁰.

Suite à cette visite de plusieurs ministres, des crédits MILDECA sont débloqués par la Direction Générale de la Police Nationale (DGPN) et octroyés à la Mildt départementale, pour des projets concernant les ZSP et l'approche globale. En août, l'instructeur des dossiers de l'appel à projet d'avril 2013, Etienne Zurbach (alors responsable du dispositif d'appui drogues et

¹⁹ En 2012, ce sont 18 règlements de compte mortels liés au trafic de drogue qui avaient été recensés.

²⁰ http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/08/20/un-homme-meurt-crible-de-balles-a-marseille_3463583_3224.html
http://www.liberation.fr/societe/2013/08/20/ayrault-se-rend-a-marseille-avec-cinq-ministres-apres-le-meurtre-de-lundi-soir_925851

dépendances – DADD, rattaché à l'AMPTA) est consulté pendant ses vacances par la Chefferie de projet de Mildt départementale, pour lui demander quel projet pourrait être « repêché ». Celui-ci avance le projet « Argent facile ? », qui portait sur un territoire comprenant des ZSP et pouvait être retravaillé dans le sens de l'approche globale. En effet, les crédits débloqués devaient servir à une action en ZSP qui puisse s'inscrire dans l'approche globale et c'était le cas du projet de l'AMPTA. Ensuite, Etienne Zurbach est consulté (pas décisionnaire) et instruit les dossiers selon des grilles précises (qui l'avaient conduit à évaluer que la première mouture du projet de l'AMPTA n'était pas suffisante pour prétendre à un financement). Par ailleurs, la Préfecture de police connaît très bien l'AMPTA, notamment du fait qu'elle a porté le CIRDD (Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances, dispositif d'information et de documentation fournissant des soutiens technique, méthodologique et d'aide à la décision pour les décideurs publics et les professionnels de terrain ; dispositif piloté et financé par la Mildt, créé en 2000 et supprimé au 1^{er} janvier 2010, qui comprenait 6 personnes), puis le Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances (DADD) - PACA composé de 2 personnes) créé en 2010 pour maintenir :

- la mission d'observation régionale coordonnée par l'OFDT « Tendances régionales et nouvelles drogues » (TREND),
- la mission de soutien méthodologique aux chefs de projets régionaux de la Mildt (rédaction et suivi des appels à projets, avis technique, instruction des dossiers reçus), Jusqu'en novembre 2014, date à laquelle la MILDECA a arrêté de financer les DADD.

Etienne Zurbach et l'adjoint au Chef du bureau de la prévention au cabinet du préfet de police des Bouches-du-Rhône mettent au point un cahier des charges oral. Le premier contacte ensuite l'AMPTA, évoque l'opportunité de financement et propose à l'AMPTA de réécrire son projet à partir de ce cahier charges oral, et de le resoumettre.

Projet remanié et financé

Avec ce cahier des charges oral, il est donc demandé à l'AMPTA :

- d'inscrire son action à plus long terme, bien que la durée de financement prévue reste identique au premier projet soumis (12 mois),
- de la réorienter sur les ZSP,
- et de la réorienter dans le sens de l'approche globale durable.

En effet, l'AMPTA voulait initialement mener l'action et la terminer en un an, tandis qu'il lui aurait été explicitement demandé d'envisager une action plus durable :

« Nous avons donc redéposé un nouveau projet en tentant de répondre à ces attentes. Ces attentes étant de dire « Proposez-nous quelque chose qui s'inscrive plus dans le temps, proposez-nous un projet où vous prenez le temps de consulter, de travailler avec les habitants et les professionnels qui opèrent sur ces quartiers, prenez le temps de construire vraiment quelque chose avec les publics de terrain ».

Nous y reviendrons plus en détails ci-après, mais ici se cristallise un problème d'interprétation majeur : l'AMPTA en déduit qu'elle sera refinancée pour poursuivre l'action en 2015.

En comparant le projet soumis en avril avec celui d'août, on peut observer les points suivants :

- Le territoire d'intervention est réduit : il n'est plus question de la diffusion dans l'ensemble la ZSP Quartiers Sud ni de la mise en œuvre dans le 11^e arrondissement, mais sont désormais concernés trois micro-territoires du 9^e arrondissement, La Soude, Le Bengale et la Cayolle²¹ ; de ce fait, les structures locales pressenties pour être le relai entre ces micro-territoires et l'AMPTA ont changé.
- Dans la formulation des objectifs opérationnels est opéré un recentrage notamment sur la récolte de la parole des habitants, leurs représentations, et l'idée de formuler des recommandations préventives.
- Aucun changement dans la rubrique : « A quel(s) besoin(s) cela répond-il ? » ;
- Au niveau de la description de l'action, des changements sont intervenus au niveau des groupes de personnes choisis pour constituer le panel représentatif : 10 groupes, place plus centrale accordées aux professionnels, lycéens retirés, ajout d'un groupe d'élève de CM2.
- Ajout d'un long paragraphe sur les « Principes généraux » de l'action (travail sur les représentations propres à chaque groupe constitué et ayant des objectifs et des contenus spécifiques, transcription fidèle de la parole des participants (ni interprétation, ni construction de consensus), la production de synthèses validées par chaque groupe à l'issue des échanges etc.), et les techniques d'animation pouvant être utilisées.
- Insertion de l'inscription de l'action dans le cadre du Plan gouvernemental 2013-2017.

L'accord de financement est notifié en décembre 2013 et l'action commence immédiatement, puisque les crédits débloqués à l'été devaient être attribués avant le 31 décembre 2013.

La mise en œuvre

La mise en œuvre commence donc en décembre 2013 et une première note d'évaluation est demandée au bout d'un mois par la Mildt ; celle-ci est produite par l'AMPTA en janvier 2014.

²¹ En octobre 2012, des enquêtes sur les règlements de comptes près de la cité Le Bengale avaient montré une guerre de territoires entre La Cayolle et La Soude

L'action est présentée par le préfet de police des Bouches-du-Rhône d'alors à la Mildt nationale le 5 mars 2014 : dans la version écrite de cette intervention qui nous a été transmise, l'action « Argent Facile ? » occupe finalement une place mineure (moins d'un tiers) de la présentation. Mais surtout, **elle est présentée comme la « petite sœur » de l'action Trafic Acteurs Territoires (TAT)** menée dans les quartiers Nord depuis une dizaine d'années, sous l'impulsion de la ville de Marseille. Elle est présentée comme une action qui « s'inscrit dans le temps de l'approche globale, qui permet d'aller plus loin sur certains partenariats, avec les services de police notamment (...) et qui donne du sens à la dynamique d'approche globale entreprise à Marseille sur le long terme ». Nous allons y revenir, mais notre enquête nous a montré que l'AMPTA ne s'est ni inspiré ni rapproché de TAT, et qu'il s'agissait de deux dispositifs assez différents.

Cependant, la mise en œuvre de l'action intervient, mais, de l'aveu même de la Cheffe du bureau de la prévention, sur un territoire particulièrement compliqué, notamment un centre social qui était en droit de retrait. Le chargé de mission de l'AMPTA nous a longuement décrit les difficultés de terrain : des structures sociales fragiles, refus des pères contactés par une association sportive de participer, des populations locales difficiles à saisir etc. Néanmoins l'association crée cinq groupes de parole qu'elle rencontrera chacun à 3 ou 4 reprises entre février et juillet 2015 (cf. extraits du bilan de l'action réalisé par l'AMPTA).

Publics rencontrés

- Une vingtaine de professionnels et de partenaires institutionnels, dont 13 d'entre eux ont participé au groupe de professionnels enquêtés : Déléguée du Préfet, Chef de projet CUCS Littoral Sud, Commandant du commissariat du 9^{ème} arrondissement, Délégué à la cohésion Police-population, Principal adjoint et CPE du collège du Roy d'Espagne, Chef de service ADDAP 13, Direction et animation du Centre de Culture Ouvrière des Hauts de Mazargues, Educateur technique Association « Evolio », Direction et animation de l'Association « Passerelle », Direction et médiateurs de l'Association « Sud Formation »
- 11 pré-adolescents rencontrés via le CCO des Hauts-de-Mazargues
- 13 collégiens du collège du Roy d'Espagne
- 15 jeunes de 16 à 25 ans en insertion rencontrés via Sud Formation,
- 5 mères de famille rencontrées via l'association Passerelle.

La démarche

Nous avons considéré chacun de ces groupes comme un groupe de travail, en précisant lors des premières rencontres que notre positionnement était celui d'animateurs, de facilitateurs et receveurs de leur parole, et non « d'experts ».

Objectifs des séances

Séance 1 : Faire connaissance, fédérer le groupe, donner envie de participer, de revenir, faire émerger les représentations et établir un lien de confiance.

Séance 2 : Amener les participants à s'interroger et à exprimer leurs représentations des causes et conséquences des conduites addictives et de l'attrait pour le trafic dans leur quartier.

Séance 3 : Permettre aux groupes d'être force de proposition afin d'initier la production de recommandations préventives.

Dates et lieux de réalisation

Les rencontres avec les habitants se sont déroulées au sein des structures implantées sur les micro-territoires en ZSP (CCO des Hauts de Mazargues, collège du Roy d'Espagne, association « Passerelle ») à l'exception du groupe des professionnels qui s'est réuni dans les locaux de l'AMPTA.

- Le groupe des pré-adolescents à été rencontré lors des vacances de février (les 24 et 27 février) et au cours des vacances de Pâques (le 24 avril).

- Le groupe des femmes a été rencontré les 10 et 14 avril, la dernière séance a eu lieu le 2 juin.

- Le groupe de professionnels a été rencontré à quatre reprises les 7 mai, 6 et 18 juin et 10 Juillet.

- Le groupe des collégiens a été rencontré les 26 mai, 5 puis 16 juin.

- Les jeunes en insertion ont été rencontrés les 2, 4 et 11 juin.

Nous n'avons pas pu rencontrer de groupe de pères de famille. En effet, l'association de pères initialement pressentie n'existe plus, et le club bouliste que nous avons contacté n'a pas souhaité participer à l'action.

Financement non renouvelé et fin de l'action

En pleine consultation de ses groupes de parole, en mai 2014, l'AMPTA répond au nouvel appel à projets de la Mildeca départementale afin de demander un financement pour pérenniser l'action en 2015, soit à nouveau 20 000€ pour le financement d'un chargé de prévention à mi-temps. Pour la responsable du service Prévention – Formation de l'AMPTA, le projet retravaillé et financé « *n'a aucun sens s'il n'y a pas d'année 2. Puisque ce qu'on produit en année un, ce sont des recommandations pour la mise en œuvre d'actions, donc si en année deux, il n'y a pas d'année deux et qu'on met rien en place, ça veut dire que l'année un a servi à rien* » (pour rappel, la durée de l'action a été allongée à la demande de la Mildeca locale et d'Etienne Zurbach au moment où le projet a été repêché). En juillet 2014, l'AMPTA reçoit un accord de financement de 3 000€ sur les 20 000 demandés, ce qui signe pour l'association la fin de l'action pour janvier 2015.

Par ailleurs, toujours en 2014, l'AMPTA avait sollicité un financement de la ville pour 13500€ qu'elle n'obtient pas.

L'AMPTA réalise alors le bilan de l'action qu'elle a menée ; celui-ci est envoyé aux professionnels de terrain impliqués et à la MILDECA, et l'action s'arrête.

En septembre 2014, des représentants de la MILDECA nationale se déplacent à Marseille, où l'action leur est présentée par des acteurs de l'AMPTA). Ici intervient un second problème d'interprétation et / ou de communication sur lequel nous allons revenir.

Bilan de l'évaluation et recommandations

Maintenant que nous avons retracé la chronologie complète de l'action, nous proposons d'en dresser un bilan plus analytique et en suivant les objectifs qui étaient assignés à notre évaluation :

1. L'action par rapport à la politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives ;
2. L'adéquation du programme à la réalité socio-économique du territoire et aux besoins et attentes exprimés par les promoteurs et les bénéficiaires du programme ;
3. L'articulation entre les structures impliquées dans le programme et modalités de coordination mises en place.

Ainsi, nous tentons de faire ressortir les raisons de son « échec ». Sans vouloir faire une reconstruction *a posteriori* ou écrire la « chronique d'un échec annoncé », il est en effet possible de mettre en avant certains éléments qui expliquent que l'action n'ait pas rencontré le succès espéré par la Mildeca lorsqu'elle nous en a confié l'évaluation.

Plus qu'un problème *d'adéquation* au terrain, « l'échec » de l'action pour les promoteurs et les bénéficiaires de l'action, tient plutôt à l'interruption de sa mise en œuvre. Comme nous l'avons rappelé (cf. *supra*), l'action était motivée par un quadruple constat fait à partir notamment de données de l'OFDT sur le trafic à Marseille (rajeunissement des trafiquants, faible conscience des risques pris en étant impliqués dans trafic et développement du trafic par internet, professionnalisation du trafic, banalisation du trafic observée par le service prévention – formation de l'AMPTA dans la ZSP Quartier Sud de Marseille). Du point de vue des promoteurs et des bénéficiaires du programme, c'est parce que **l'action n'a pas été menée à son terme** (transformer la parole recueillie auprès des habitants en outils de prévention) qu'elle n'a pu satisfaire ni les ambitions de l'AMPTA, ni les attentes des populations auprès desquelles elle a travaillé.

Par ailleurs, l'action apparaissait aussi en phase avec l'orientation déjà impulsée au niveau national et qui sera rappelée en janvier 2015, quand la prévention de l'attrait pour le trafic auprès des jeunes est énoncée comme une priorité par la MILDECA nationale :

Renforcer la sécurité, la tranquillité publique et l'application de la loi

- Prévention de la délinquance, lutte contre le trafic local et prévention de l'implication des mineurs dans le trafic de stupéfiants.

Si la politique pénale concernant la répression des trafics et de la délinquance liée aux usages relève de l'action des parquets, votre rôle de coordination territoriale des services en ce qui concerne la prévention des conduites addictives englobe naturellement une dimension de prévention de la délinquance liée à ces addictions et de prévention de l'implication dans le trafic, notamment en ce qui concerne les mineurs. C'est pourquoi, les services relevant des ministères de l'intérieur, de la justice, et de la direction des douanes ont également vocation à vous soumettre des projets de prévention dans ce champ et de façon plus générale en matière de tranquillité et de sécurité publiques.

Concernant la lutte contre le trafic local la mobilisation de l'ensemble des acteurs, forces de sécurité, élus locaux et citoyens pour reprendre possession des territoires confrontés aux violences liées au trafic doit pleinement s'intégrer en tant qu'élément de référence dans la définition de vos priorités. C'est en particulier le cas dans le domaine de la prévention de l'entrée des jeunes dans le trafic ou de la prévention en milieu scolaire dans les établissements concernés par des faits de vente de produits stupéfiants à leurs abords.

Le principe de coordination interministérielle que vous incarnez nécessite que les objectifs locaux en terme de lutte contre le trafic de stupéfiants soient pris en considération tant dans la phase du diagnostic que dans celle du choix des projets.

Extrait de la circulaire « Chefs de projets » du 14 janvier 2015, p. 4.

A moins de remettre en cause le principe de prévention et l'accent mis sur l'attrait pour le trafic, l'échec de l'action ne vient pas d'un déficit de « conceptualisation » de l'action.

Un second problème se pose, dans le **rapport de l'action à un contexte politique particulier** : le projet initialement rejeté à l'appel à projet annuel, est « repêché » en raison des événements de l'été 2013 qui ont conduit au déblocage de crédits. Ces crédits devaient être attribués avant la fin de l'année 2013, et le sont dans un calendrier très serré à un projet initialement jugé pas assez mûr par l'instructeur des dossiers et par la Mildeca locale (selon nos entretiens, en raison premièrement du manque de lien avec une action structurante majeure sur le territoire marseillais, l'action « Trafic Acteurs Territoires » (TAT), et la volonté de ne pas laisser se recréer un dispositif sans qu'il soit en lien avec les acteurs institutionnels qui constituaient TAT ; deuxièmement, le manque d'ambition ou d'innovation réelle sur ce qu'elle projetait de faire avec les habitants et les travailleurs sociaux, jugé trop proche de ce que l'association avait l'habitude de faire en milieu scolaire, de la prévention classique). Le contexte rend le projet intéressant à condition qu'il soit pensé à plus long terme (au-delà d'un an) et à la fois qu'il s'inspire de TAT et qu'il s'inscrive dans l'approche globale.

C'est là que nous avons identifié un second problème : **le rapport de l'action au dispositif TAT**. Tout d'abord, nos entretiens avec l'instructeur des dossiers et les représentants locaux de la Mildeca à la Préfecture, ainsi que le retour sur la présentation de l'action à la Mildt par le préfet d'alors ont en effet dit qu'ils avaient souhaité que l'action « Argent facile » soit une « petite sœur » de TAT, qu'elle s'en inspire, qu'elle fasse à moindre échelle (trois cités du Sud) ce que TAT avait construit depuis dix ans dans les quartiers Nord. De ce point de vue, notre travail de terrain a montré :

- Que cette volonté n'était pas claire pour l'AMPTA, qui ne s'est pas rapproché du dispositif :

Lors de nos entretiens, les acteurs de l'AMPTA n'avaient pas souvenir que cette recommandation leur ait été faite et certains n'avaient même pas connaissance de ce qu'était

TAT. De ce point de vue, la Mildeca locale n'est pas intervenue dans le suivi de l'action pour rectifier cette tendance ; en particulier, en tant que financeur, elle avait un droit de regard et aurait pu non seulement « contraindre » l'AMPTA de se rapprocher des acteurs de TAT, mais elle aurait aussi pu jouer son rôle de « coordinateur » pour organiser ce rapprochement. Un des acteurs que nous avons rencontrés a souligné le manque d'accompagnement de la part de la Mildeca qui n'avait pas fait assez de mise en contact institutionnel, ce qui serait une des clés de réussite de TAT.

- Que cette idée n'était pas sans poser des problèmes (politiques, professionnels et même de conception) :

En effet, TAT est un dispositif vieux de dix ans, impulsé par un service de la ville de Marseille et ne mettant pas exactement en jeu les mêmes acteurs. En interrogeant les représentants locaux de la Mildeca, nous avons vu qu'ils avaient conscience que l'ancienneté du dispositif pouvait expliquer son succès actuel. Ils auraient manifestement aimé avoir des premiers résultats en six mois et des résultats plus innovants. Au final, il est reproché à l'AMPTA ce pour quoi le financement de son premier projet lui avait été refusé : elle reste trop proche de son cœur de métier, la prévention (sanitaire) en milieu scolaire.

Par ailleurs, en soutenant « Argent facile », ils souhaitent avant tout reproduire la démarche de réunir beaucoup d'acteurs différents, pour travailler à la fois avec des policiers, des acteurs sociaux, les mères, les trafiquants etc., parce que « *TAT le permet aujourd'hui, ils ont des connaissances aujourd'hui qui sont assez fines sur pas mal de réseaux, de problématiques, et qui ne sont pas les mêmes que celles à la disposition aujourd'hui des services de police, de la justice... Ils ont une autre perception, qui peut nous amener à réfléchir* ». Mais c'était également nier une autre spécificité de TAT par rapport à l'action de l'AMPTA (outre son ancienneté et le nombre d'acteurs institutionnels qu'il réunit) : TAT s'appuie sur des animateurs et des éducateurs de centres sociaux, engagés sur la question de la protection des mineurs engagés dans le trafic, alors que l'AMPTA a une culture professionnelle de « prévention sanitaire », et selon un acteur interrogé, « cette association a l'habitude de réfléchir par elle-même, de s'autonourrir de sa propre réflexion et d'avancer en pensant qu'on pense mieux par soi-même », une culture professionnelle qui « pousse à faire en interne avec les personnes que l'on a, on gère par nous-mêmes, on a nos compétences et on va s'appuyer dessus, au lieu de construire ensemble ».

Au final, la confrontation que nous avons pu faire des points de vue de l'AMPTA et de la Mildeca locale est celle d'un « choc de cultures professionnelles », avec d'un côté les représentants à la Préfecture étant ouvert à l'approche globale, voulant travailler avec les acteurs sociaux et associatifs, mais parlant en termes de « coûts-bénéfices », d'efficacité et de résultats, de l'autre des acteurs du milieu socio-sanitaire se méfiant des acteurs de la répression et s'inscrivant dans une temporalité d'action plus longue.

Pour terminer, deux autres problèmes sont ressortis de notre enquête.

Le premier est un **problème d'interprétation sur la non-reconduction du financement** de l'action, mettant en jeu celle de l'AMPTA et celle de la Mildeca, et portant sur ce que devait financer l'appel à projets 2014 : un reliquat pour le mois de décembre 2014 ou une avance afin de poursuivre l'action en 2015 (sans avoir un défaut de trésorerie pendant six mois).

Ces deux interprétations sont exprimées dans les deux extraits d'entretien ci-dessous.

- A l'AMPTA, on avoue avoir « pêché par excès de naïveté », en anticipant une reconduction du financement comme avait pu le faire la Mildeca antérieurement sur d'autres projets pluriannuels :

« *Avant* on avait un véritable encouragement, même si nos correspondants MILDT nous ont toujours dit qu'ils ne pouvaient pas nous assurer d'un financement pluriannuel, ils nous l'ont toujours dit mais pour autant, ils nous engageaient quand même à mettre en place et à proposer des actions sur le pluriannuel, en nous disant « voilà si l'action est intéressante, que l'évaluation année un est concluante, qu'on est bien dans les orientations nationales etc., on vous soutiendra ». Donc, certes ce n'était pas signé, mais en tout cas c'était quand même une certaine sécurité. Et donc c'est pour ça que, sur « Argent facile » on a peut-être pêché par naïveté, puisque pour nous c'était évident que c'était un programme pluriannuel, que cela pouvait absolument se décliner en un an, et d'ailleurs premier projet qu'on avait proposé en un an on se l'était fait retoquer, d'où notre surprise de pas être suivi. C'est-à-dire que, quand on a redéposé pour la suite, on était persuadé que ça allait fonctionner. Donc déjà il y a eu, voilà il y a eu un gap entre le moment où on l'a redéposé et le moment où on a eu la réponse, et les réponses arrivant quand même souvent très tardivement, ça veut dire qu'on avait déjà entre guillemets laissé tomber, enfin il y avait eu un vide là de plusieurs mois, vide qu'il aurait fallu encore relancer, puisque au moment où on a eu la réponse de on vous donne que 3000, il fallait à ce moment-là redéposer des dossiers de demandes de subventions, sauf qu'on n'était pas forcément dans les calendriers des autres appels à projets etc., en plus on n'a pas vu dans les orientations par exemple de l'ARS, l'ARS s'occupe pas du tout de trafic... Ce n'est pas son champ de compétence, voilà, donc nous il nous semblait que là en terme de champs de compétences on était bien au bon endroit, d'autant que la MILDECA avait remis ZSP dans son second appel à projet donc pour nous on était dans les clous ».

- Interrogés en février 2016, les représentants de la Mildeca locale nous ont signifié que le versement des 3000€ en 2014 correspondait à ce qu'il manquait à l'association pour l'année commencée mais ne correspondait en rien à un refus de financement pour 2015 (ce qu'ils ne nous avaient pas expliqué lors de nos premiers contacts en 2015 où ils avaient insisté sur leur déception quant aux premières recommandations de l'AMPTA) :

« Il me semble qu'il y a un malentendu sur cette action qui est lié au moment où on a financé l'action et à la durée prévue initialement. Le dossier a été présenté en octobre 2013. Il a donné lieu à une décision attributive de subvention en novembre 2013 pour 20 000 euros,

pour une action qui devait se dérouler sur une période jusqu'au 31 décembre 2014. La subvention versée en novembre 2013 de 20 000 euros devait servir à couvrir les deux derniers mois de l'année 2013 et toute l'année 2014. Compte tenu du fait qu'on était sur une action de 12 mois, on a considéré que pour l'année 2014, comme on avait déjà donné 20 000 euros qui couvraient de novembre à novembre de l'année d'après, en 2014, on a subventionné et on a rajouté 3 000 euros pour aller jusqu'au 31 décembre 2014. Et là, visiblement, il y a un malentendu. L'association a estimé qu'on ne lui avait pas donné ce à quoi elle s'attendait. Sauf que c'était marqué dans le marbre de la subvention, dans la décision attributive que c'était une subvention versée pour couvrir une période de 12 mois. On n'était d'ailleurs pas tenu de rajouter 3 000 euros en 2014, puisque dans la décision de novembre 2013, on dit qu'elle va jusqu'au 31 décembre 2014. L'action a été réalisée dans un délai relativement court, puisqu'elle s'est réalisée durant les 4-5 premiers mois de l'année 2014. L'association a pu penser légitimement, mais à mon avis un peu à tort, penser que finalement, on n'avait pas financé toute l'année 2014.

Ce n'est pas un refus de financement ou un financement au rabais en 2014. C'est juste un financement au prorata pour qu'on puisse l'inscrire dans le cadre du calendrier budgétaire classique ».

Autrement dit par un autre acteur interviewé, « beaucoup d'associations considèrent qu'une action, si elle est soutenue, son financement est maintenu, et d'une année sur l'autre on va renouveler avec simplement un décalage au niveau de la mise en œuvre ; là, ils ont considéré qu'on leur permettait simplement de finir l'année et point barre. Du côté de la Mildeca, c'était l'idée « ils redemanderont la suite la prochaine fois, à la prochaine échéance », point barre. Sans se rendre compte qu'effectivement une association ne peut pas se permettre de mettre du personnel dans un placard en attendant que l'action reprenne. Cela ne fonctionne pas. Mais ce n'est pas la première fois que cela se présente. Cela pourrait faire partie des questions qu'il faudrait se poser, c'est-à-dire sur les logiques de financement des associations sur des projets ».

Enfin, plusieurs acteurs ont relevé des **problèmes de communication** manifestes entre les différents acteurs et / ou niveaux. L'AMPTA a beaucoup insisté sur le fait que de nombreuses demandes d'explication et de discussion sont restées sans réponse, et de la Mildeca locale et de la Mildeca nationale. Par ailleurs, des représentants de la Mildeca nationale, au moment où elle nous confiait l'évaluation de l'action, se sont déplacés à la préfecture de Marseille où l'action de l'AMPTA leur a été présentée, sans qu'ils ne soient mis au courant que l'action n'allait pas se poursuivre.

Outre les recommandations « conjoncturelles » qui pourraient être tirées des raisons contextuelles exposées, l'évaluation de l'action « Argent facile » a mis en exergue deux difficultés (anciennes) liées à la prévention, concernant le financement et la structuration du champ. Certes, la Mildeca est très claire sur la non pérennité des financements, le fait qu'elle accorde des crédits annuels qui ne sont en aucun cas renouvelés automatiquement s'il s'agit de projets pluriannuels. Cela pose la question de la calibration du financement des actions de prévention sur la durée de l'action prévue.

De manière connexe, l'enquête auprès de l'AMPTA permet de poser la question de la non-professionnalisation de la prévention qui entraîne une lourdeur administrative pour les structures de prévention, contraintes à des ajustements perpétuels pour tenter de conserver au maximum leur personnel et éviter les phénomènes d'embauches à très court terme.

Au final, dans ces différents aspects problématiques apparaissent donc des difficultés de communication et de coordination entre les acteurs nationaux et les acteurs locaux, mais aussi entre les acteurs locaux sur le terrain, ainsi que des enjeux de compétition politique locale et de concurrence professionnelle.

ACTION N°22 : « DIFFUSION CAMPAGNE CJC »

Le plan gouvernemental 2013 - 2017 préconisait de renforcer la communication sur les Consultations Jeunes consommateurs (CJC) en direction notamment des parents et de l'entourage des publics visés par ces dispositifs : c'était l'objectif de l'**action 22 portant sur la campagne de communication « CJC 2015 »**. Dans un souci de rationalisation de l'action publique mais également de renforcement de l'impact des campagnes de prévention, la MILDECA a fait le choix, dans le cadre de la mise en œuvre du volet communication du Plan 2013-2017, de ne plus conduire de campagnes en propre mais de soutenir financièrement et méthodologiquement celles portées par d'autres opérateurs (l'Inpes, dans le cadre de l'action 22). S'agissant de la campagne CJC, la MILDECA finance ainsi son déploiement sur le web, d'une part. D'autre part, elle s'attache à mobiliser largement les acteurs institutionnels susceptibles de constituer des relais efficaces vers les familles, cible de la campagne. A cette fin, un partenariat a été conclu avec la CNAF. L'évaluation de cette action devait permettre d'analyser les conditions de mise en œuvre de la stratégie de communication retenue pour cette campagne. Il s'agit d'apporter un éclairage rétrospectif et comparatiste sur cette nouvelle stratégie en particulier du point de vue de la rationalisation de l'action publique : en quoi cette nouvelle stratégie se différencie-t-elle de la stratégie conduite dans le plan précédent ? L'évaluation devait également analyser les rôles respectifs des acteurs nationaux dans la mise en œuvre de cette stratégie de communication.

L'objectif de la série de huit entretiens menés était de participer à l'évaluation de ce choix stratégique de la MILDECA de ne plus conduire des campagnes de communication en propre, mais plutôt de participer financièrement et méthodologiquement à la conception des campagnes par d'autres acteurs. Le cas étudié est celui de la campagne de communication centrée sur les « Consultations Jeunes consommateurs » (CJC) (diffusion en deux vagues, d'abord du 12 janvier au 8 février puis du 1^{er} au 21 novembre 2015, avec un volet digital jusqu'au 15 décembre). Cette campagne a permis d'associer la MILDECA, dans le cadre du plan d'action 2013-2017, à la fois à l'INPES-Santé publique France et à la CNAF.

Les entretiens menés ont cherché à établir un panorama global des avantages et des obstacles que ce changement de stratégie a pu entraîner du point de vue des acteurs rencontrés. Ils portaient plus précisément sur les axes problématiques suivants :

1. Le changement stratégique de la MILDECA se justifie-t-il au regard des objectifs affichés et des résultats obtenus ?
2. Ce changement permet-il une rationalisation de l'utilisation des moyens publics et, si oui, sous quel rapport exactement ?
3. Quelles ont été les difficultés éventuelles rencontrées dans la mise en œuvre de cette action, et comment cette stratégie de partenariat pourrait-elle encore être améliorée ?

Cependant, il nous faut insister sur une difficulté d'ordre matériel qui peut limiter la portée de ces remarques. La période d'engagement pour cette série d'entretiens (novembre 2016) a subi les effets du *turn-over* important des personnes en charge de la campagne « CJC 2015 » et a limité les contacts possibles, certaines personnes étant devenues beaucoup difficiles à joindre après leur départ des postes occupés pendant la campagne.

Restitution des entretiens

Les entretiens réalisés ont permis de faire émerger deux appréciations partagées sur la question des partenariats conclus par la MILDECA pour la campagne « CJC 2015 ».

D'une part, cette stratégie a globalement été, pour nos enquêtés, un succès et a permis d'éviter les doublons entre les fonctions de coordination de la MILDECA et les fonctions plus spécialisées d'organismes comme l'INPES, plus compétent pour la conception et la mise en œuvre de campagnes d'information et de communication.

Mais, d'autre part, la totalité des enquêtés considère qu'il ne s'agissait pas là d'un « changement de stratégie », cette répartition des rôles étant selon eux antérieure et déjà bien consolidée avant la campagne CJC 2015. Cette unanimité souligne une différence importante d'appréciation du contexte par la MILDECA et ses institutions partenaires, sur laquelle nous allons revenir.

La synthèse ci-dessous est organisée en fonction des grands axes problématiques évoqués, et elle se centre sur les éléments essentiels qui sont ressortis de nos entretiens et qui peuvent se résumer en trois points : un « changement de stratégie » peu perçu par les acteurs administratifs (1) ; une valorisation néanmoins très positive de cette stratégie partenariale (2) ; et quelques difficultés persistantes qui sont autant de points de vigilance pour l'avenir (3).

I. Un « changement de stratégie » peu perçu par les partenaires administratifs

Les entretiens se sont heurtés tout d'abord à une différence d'appréciation importante entre la manière dont la MILDECA a formulé sa demande d'évaluation de cette action du plan 2013-2017, et la manière dont ses partenaires institutionnels ont ressenti la mise en œuvre effective de la campagne « CJC 2015 ». Pour la MILDECA, en effet, l'action 22 « Diffusion campagne CJC » a donné lieu à une « nouvelle stratégie » : le soutien donné à l'INPES et à la CNAF plutôt que l'élaboration de « campagnes de communication en propre »²². Il est précisé notamment dans la convention d'évaluation passée entre la MILDECA et le LIEPP :

²² Convention d'évaluation passée entre la MILDECA et le LIEPP, p. 10.

« Dans un souci de rationalisation de l'action publique mais également de renforcement de l'impact des campagnes de prévention, la MILDECA a fait le choix, dans le cadre de la mise en œuvre du volet communication du Plan 2013-2017, de ne plus conduire de campagnes en propre mais de soutenir financièrement et méthodologiquement celles portées par les opérateurs compétents (l'INPES), dans le cadre de l'action 22 »²³.

Or, pour les acteurs rencontrés (notamment à l'INPES mais pas seulement), ce changement de stratégie n'a rien d'évident. Tous soulignent que, de leur point de vue, cette stratégie de partenariat n'a rien de nouveau et qu'eux-mêmes « ne présenterai[en]t pas les choses comme cela »²⁴. Tous les enquêtés se sont montrés étonnés de cette manière de présenter les choses et ont affirmé que de leur point de vue la stratégie partenariale adoptée sur la campagne « CJC 2015 » était déjà ancienne et qu'elle répondait à « la logique des choses ». Comme nous l'a dit un enquêté : « L'INPES dispose des compétences pour ce genre de campagnes, et il serait irrationnel que la MILDECA doublonne l'INPES pour ce genre d'action. C'est pour cela que c'est la même stratégie que d'habitude, c'est l'organisation naturelle des choses ». D'autres enquêtés nous ont confirmé que la campagne « CJC 2015 » n'était pas une originalité et qu'elle avait beaucoup de précédents, la MILDECA (et la MILDT avant elle) ayant confié à l'INPES ses campagnes de prévention.

Cette différence de point de vue, si elle n'a pas empêché la tenue des entretiens, a néanmoins constitué un obstacle majeur dans la mesure où le présupposé de base du questionnaire était remis en cause dès le départ. Cette divergence constitue cependant un premier résultat intéressant de cette série d'entretiens, puisqu'elle met en lumière un net contraste d'appréciation de cette action.

Sur cette question, un seul acteur, extérieur à l'administration (à la Fédération Addiction, FA) a exprimé sa satisfaction face à un changement bien perçu de son point de vue, mais qui tient plus à la méthode de travail qu'à la stratégie globale de la MILDECA. Pour lui, la campagne « CJC 2015 » se distingue de deux manières. D'abord, parce qu'elle a été centrée pour la première fois sur un dispositif et un outil (les CJC), plutôt que sur une pratique ou un produit (campagnes précédentes sur le cannabis ou les pratiques d'alcoolisation, par exemple), ce qui la rend plus adaptée et intéressante aux yeux de la FA. Ensuite, parce que la méthode de travail retenue (un comité de pilotage associant d'autres partenaires que la MILDECA) a permis à la FA d'être consultée plus régulièrement par des partenaires moins directement impliqués (notamment financièrement) dans les activités des adhérents de la FA. De ce point de vue, cet entretien est le seul de la série à faire état d'un changement effectif de méthodologie avec la campagne « CJC 2015 », et à s'en montrer satisfait :

« Confier la campagne CJC à l'INPES, un acteur qui a l'habitude de ce genre de campagnes, qui a les compétences pour les mener et qui a un regard plus distancié que la MILDECA, plus

²³ *Ibid.*, p. 3.

²⁴ Les réponses données lors des entretiens avec des agents administratifs ont ici été anonymisées.

technique sur cette question a beaucoup aidé : cela a permis de rendre le processus plus simple et la FA s'est sentie plus à l'aise pour exprimer ses avis et répondre aux questions ».

II. Une valorisation très positive de la stratégie partenariale

Mise à part cette différence de vues sur la question précise de la nouveauté ou non de cette stratégie partenariale, celle-ci a été massivement valorisée lors des entretiens menés. Tous les enquêtés ont fait valoir la réussite et l'efficacité de cette campagne, centrée sur la coordination d'acteurs différents concernés à divers titres par l'action.

Cette appréciation repose sur une évaluation positive du processus de concertation mis en place, « une co-construction dans ce type de politiques étant toujours souhaitable et meilleure que des actions dispersées », selon l'un de nos interviewés. Le succès de la campagne, reconnu par tous nos interlocuteurs, repose pour l'ensemble des enquêtés notamment sur la méthode de travail utilisée, à savoir la mise en place d'un comité de pilotage coordonné par l'INPES. La présence au sein de ce comité de pilotage des différents partenaires institutionnels (DGS, MILDECA, INPES, OFDT) mais aussi des partenaires professionnels et associatifs (Fédération Addiction) a permis une coordination permanente au cours de réunions régulières, depuis la phase de définition des objectifs de la campagne jusqu'à la phase de mise en œuvre. Comme le souligne l'un des enquêtés, ce comité a permis de travailler ensemble « à partir d'une feuille blanche, à la définition des objectifs de la campagne ». Toute l'année 2014 a ainsi été dédiée à ces réunions du comité de pilotage, avec les six premiers mois consacrés à la définition de cette campagne, et les six mois suivants à la mise en œuvre et à la production effective des spots vidéos, des supports papiers et des encarts digitaux.

Plusieurs enquêtés ayant participé directement à ce groupe de travail soulignent la grande interactivité et l'esprit de coopération générale qui a présidé à ces travaux à tout moment. Un exemple souvent cité par les enquêtés révèle l'importance de ce groupe inter-institutionnel dans l'élaboration et la co-construction de la campagne : celui du choix des cibles précises. Comme l'ont souligné plusieurs interviewés, la question de la cible a été l'une des plus délicates à régler, car deux conceptions principales s'affrontaient. Fallait-il cibler d'abord les jeunes ? Ou plutôt les familles et parents de ces jeunes ? Et fallait-il prévoir par ailleurs un message et des moyens plus spécifiquement centrés sur les professionnels de santé et prévention ? Au cours des différentes réunions, le « travail itératif » mis en avant par l'un des participants a permis de concevoir une campagne « à la fois centrée prioritairement sur les jeunes et leur perception, mais ouverte sur les représentations des parents conçus comme premiers prescripteurs ». Ce travail, selon l'un des acteurs rencontrés, a même été « assez agréable » car mené dans un esprit d'ouverture et de concertation par les acteurs principaux, notamment les coordinateurs du comité de pilotage à l'INPES. Cela a permis d'arriver à des solutions à la fois perçues comme consensuelles mais aussi efficaces au vu des objectifs définis pour l'action.

Au final, de l'aveu de plusieurs enquêtés, l'élaboration de cette campagne « a très bien roulé » et peut être considérée comme un projet « exemplaire en l'occurrence, qui a été mené à bien dans les temps, étape par étape, dans le consensus des différents acteurs impliqués ». Ce sentiment partagé repose notamment, d'après les participants, sur une « bonne répartition des tâches » entre les différents acteurs et surtout une « distinction claire des responsabilités de chacun : un rôle de définition des objectifs en amont pour la MILDECA et la DGS, et un rôle plus technique de conception et de coordination de l'élaboration de la campagne pour l'INPES ». Le seul bémol, apporté par un enquêté, à ce dispositif repose sur le choix de l'agence de communication chargée de la campagne : l'INPES a utilisé simplement l'agence qui lui est liée par contrat quadriennal, sans opérer de nouvel appel d'offres pour cette campagne particulière, ce qui a semblé à cet enquêté une limite, mais à la fois une économie de temps et de ressources tout à fait compréhensible et finalement sans impact sur la réussite de la campagne finale.

A la question de savoir si la MILDECA doit pérenniser ce type de stratégie partenariale, les enquêtés sont unanimes pour répondre positivement et pour mettre en avant la différence qui doit exister à leurs yeux entre un organisme interministériel de coordination tel que la MILDECA, et des organismes comme l'INPES dont les compétences en interne sont parfaitement adaptées à un rôle de conception et d'élaboration technique. Cette répartition des tâches permettrait par ailleurs de prendre mieux en compte les acteurs non administratifs et notamment les associations comme la Fédération Addiction, très satisfaites de la manière dont s'est déroulée la campagne « CJC 2015 » :

« La motivation était beaucoup plus forte à travailler dans ce comité de pilotage, du fait qu'il réunissait plusieurs partenaires administratifs et pas seulement la MILDECA. On se sentait plus libres pour soulever les faiblesses ou les problèmes de telle ou telle disposition, et plus écoutés aussi du fait de la régularité des réunions et des compétences en la matière des gens de l'INPES. Avant, avec la Mildt ou la MILDECA, cela se résumait souvent à 3 questions ponctuelles qui nous était posées, puis on nous disait « circulez, il n'y a rien à voir ». Notamment du fait que les campagnes étaient centrées sur des sujets politiques sensibles comme le cannabis. En choisissant de centrer celle-ci sur un dispositif-outil précis comme les CJC, cela a beaucoup mieux marché ».

Pour les enquêtés, cette organisation coopérative et ouverte a été l'une des clefs du succès de la campagne et notamment de la **hausse constatée des consultations**, comme l'évaluation interne de l'INPES a permis de le constater²⁵. Cette enquête avant/après réalisée par BVA sur un échantillon de 300 parents et 200 adolescents a montré que la notoriété assistée des CJC avait augmenté de façon significative après la diffusion de la campagne (52% des parents et 51% des adolescents déclarent connaître les CJC après la campagne, contre seulement 16% et 23% respectivement avant), mais aussi que 90% des enquêtés avaient apprécié la

²⁵ Bourdillon F., note du 19 novembre 2015 à Benoît Vallet, Directeur général de la santé, « Éléments d'évaluation et de déploiement de la campagne CJC », document non publié, Saint-Denis, INPES, 2015.

campagne et son ton et que 59% des parents et 56% des adolescents se disaient incités par la campagne à se renseigner sur les risques des conduites addictives évoquées. Ces résultats vont de pair avec des évolutions positives dans les publics touchés (de plus en plus de consultations en famille notamment, qui passent de 22 à 34% entre 2014 et 2015) et dans les vecteurs de recrutement de ces publics, qui voient une baisse notable des recrutements judiciaires (33% en 2015 contre 41% des consultants en 2014)²⁶.

Par ailleurs, et plus qualitativement, la notoriété gagnée par les CJC à l'occasion de cette campagne a également permis de les consolider comme outil commun, puisque divers acteurs associatifs ou professionnels ayant développé antérieurement leurs propres dispositifs de consultation ont commencé à les « labelliser » comme « CJC » à partir de cette campagne. Cette convergence et une certaine « homogénéisation » des dispositifs grâce à cette campagne est un des résultats positifs de son point de vue.

III. Quelques difficultés et obstacles persistants

Malgré cette évaluation positive générale, quelques difficultés ont été identifiées par nos enquêtés qui méritent une attention particulière. Elles viennent compléter les remarques de l'OFDT sur l'impact limité de la campagne CJC sur certains aspects²⁷, comme notamment le déficit persistant de notoriété spontanée des CJC (2 à 3% maximum selon les publics), et surtout la **difficulté confirmée à augmenter les consultations de certains publics cibles**, particulièrement les jeunes consommateurs intensifs d'alcool (qui restent autour de 7% des consultants), mais aussi les femmes (autour de 19% du public accueilli seulement, sans évolution entre 2014 et 2015).

Plus généralement, ces limites constatées vis-à-vis du public renvoient à un ressenti et à l'évocation de certaines difficultés par les agents chargés de la mise en œuvre de la campagne CJC 2015, qui porte notamment sur la question de la rationalisation de l'action publique, qui était un des axes de l'évaluation de l'action. Ces difficultés mentionnées par nos enquêtés peuvent se résumer en trois points : l'opacité apparente des financements exacts consacrés à la campagne ; le manque d'informations relatives au volet digital de la campagne réalisé en partenariat avec la CNAF ; la difficulté d'évaluer la campagne de communication sur les CJC isolément du programme de plus long terme dans lequel elle s'inscrit pour tous les acteurs.

Tout d'abord sur la question du financement de la campagne, des désaccords sont apparus sur le rôle des différents organismes, qui témoignent d'une perception sans doute

²⁶ Protais C., Díaz Gomez C., Spilka S., Obradovic I., « Evolution du public des CJC », *Tendances*, OFDT, n°107, 2016.

²⁷ Obradovic I., « Dix ans d'activité des "consultations jeunes consommateurs" », *Tendances*, OFDT, n° 101, 2015 ; Protais C., Díaz Gomez C., Spilka S., Obradovic I., « Evolution du public des CJC », *Tendances*, OFDT, n°107, 2016.

insuffisante des responsabilités effectives des uns et des autres. Ainsi, à la question de savoir si le financement accordé par la MILDECA a semblé adapté ou insuffisant pour ce changement de stratégie, la plupart des acteurs nous ont indiqué que la MILDECA n'avait pas fourni de financement particulier selon eux. La campagne aurait bénéficié pour certains d'une enveloppe budgétaire de l'INPES déjà prévue, sur le modèle de ce qui se fait pour d'autres campagnes de l'INPES, sans complément de la MILDECA. Pour d'autres, il y aurait bien eu un financement supplémentaire de la MILDECA, à hauteur de 2 millions d'euros, sans qu'il soit possible de préciser pour ces acteurs le fléchage précis de ce financement spécifique. Le but de cette série d'entretiens n'étant pas d'établir les moyens financiers exacts alloués sur les différents budgets publics à cette campagne mais bien de présenter les points de vue des acteurs impliqués, nous nous contenterons de signaler ici cette divergence, qui peut traduire une nécessité de mieux communiquer auprès des acteurs sur cette question.

De la même manière, des limites à la coordination des actions sont apparues en ce qui concerne le volet digital de la campagne réalisé en partenariat entre la MILDECA et la CNAF. En effet, pour les acteurs de l'INPES et de la DGS interrogés, ce volet digital est resté assez flou dans son élaboration, du fait de sa conception à part par la MILDECA et la CNAF. N'ayant pas eu l'opportunité d'interroger les acteurs de la CNAF impliqués dans ce partenariat (pour les raisons exposées plus bas), nous mentionnons simplement cette question comme exemple d'amélioration possible dans la coordination des actions, y compris ici différents volets d'une même campagne de communication.

Le troisième point de vigilance tient à la difficulté d'évaluer la campagne de communication sur les CJC isolément du programme de plus long terme dans lequel elle s'inscrit pour tous les acteurs. En effet, il ne nous était pas possible d'évaluer au sens strict cette action particulière (la campagne de communication « CJC 2015 ») au regard de tout le processus préalable qui a été mené pour parvenir à la simple décision de concevoir une campagne de ce type. Comme l'ont relevé plusieurs enquêtés, il est impossible de comprendre la campagne « CJC 2015 » si l'on ne la replace pas dans le programme beaucoup plus vaste, coordonné par la MILDT-MILDECA et la DGS, qui a par exemple permis de réaliser plusieurs états des lieux sur la question, de publier un « guide vert » sur les pratiques professionnelles en partenariat avec l'OFDT, mais aussi d'organiser des journées de formation et d'information en lien avec les ARS. Dans ce cadre, la campagne « CJC 2015 » n'est qu'une action parmi d'autres de la prévention sur ces questions, et il aurait été souhaitable, du point de vue des acteurs rencontrés, de la réinscrire dans ce contexte plus large.

ACTION N°55 : LA PREVENTION DU SYNDROME D'ALCOOLISATION FŒTALE (SAF)

L'action n°55 concerne l'expérimentation de deux programmes intégrés à l'échelle régionale (la région Aquitaine et l'île de la Réunion) visant à renforcer la prévention et la prise en charge des troubles liés à l'alcoolisation fœtale. Après une revue de littérature sur le sujet, l'évaluation dont nous présentons ici la synthèse décrit et analyse la part prise par les différentes parties prenantes à l'avancement du projet depuis début 2012, l'évolution du contenu du projet durant cette même période, les modalités de mise en œuvre de ces deux expérimentations et en particulier l'articulation entre les différents acteurs mobilisés par les différents volets du programme : acteurs de l'ARS et acteurs du système de santé, des secteurs du handicap, de l'éducation et du judiciaire etc. L'évaluation analyse également la mise en œuvre du programme en regard de ses différentes composantes : prévention, repérage et prise en charge chez l'adulte et l'enfant, formation des intervenants de première ligne et des acteurs scolaires et judiciaires, mise en place d'un parcours de prise en charge des femmes et des enfants.

Revue de littérature

Introduction – Remarques générales sur revue de littérature

La littérature sur le « Syndrome d'Alcoolisation Fœtale » (SAF, ou *Fetal Alcohol Syndrome* (FAS) en anglais) est extrêmement abondante depuis les premiers diagnostics d'un lien entre consommation d'alcool pendant la grossesse et malformation du fœtus à la fin des années 1960 (LEMOINE & al. 1968, JONES & SMITH 1973, LEMOINE 2003, GAUGUE & al. 2006, GADEYNE 2008, CLARREN & al 2011). Pour cette synthèse, nous nous sommes concentrés sur les travaux consacrés aux politiques et dispositifs qui tentent d'intervenir en amont, dans le cadre de **politiques de prévention** du SAF, sans entrer ici dans les détails de la littérature épidémiologique sur la question du diagnostic médical ou des effets du SAF²⁸, ou encore sur les politiques d'accompagnement des personnes (enfants et adultes, et leurs parents) touchées par le SAF²⁹, c'est-à-dire en fait tous les travaux portant sur ce que l'on appelle les « troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale » (TSAF ou FASD, en anglais) ou encore l'ETCAF (« Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale »), termes qui font référence à la

²⁸ Pour un exemple particulièrement intéressant et une bibliographie indicative de ce type de travaux essentiels, voir par exemple CHUDLEY & al. 2007.

²⁹ Pour un aperçu de ce type de problématiques et d'études, voir par exemple la brochure très complète, notamment en termes de ressources bibliographiques, de l'Agence de santé publique canadienne sur le TSAF et sa prise en charge : *Let's talk FASD* (VON 2005).

« gamme d'effets qui peuvent se produire lorsqu'une personne est exposée à l'alcool *in utero* » (DEHAENE 2005, TEMPLE & al. 2011).

Une des difficultés constamment mise en avant dans la littérature sur le SAF et, conséquemment, dans les travaux consacrés spécifiquement à la question de sa prévention, réside dans le fait que, malgré plus de quarante années de diagnostic et de travaux, **il reste impossible aujourd'hui de parvenir à un consensus total** dans la littérature sur le degré de corrélation exact entre consommation d'alcool pendant la grossesse et l'un ou l'autre des TSAF :

« L'alcool est un produit tératogène et ses effets sont dose-dépendants. Les répercussions cliniques d'une alcoolisation fœtale forment un continuum de la forme la plus grave a priori la plus aisée à diagnostiquer jusqu'aux formes dites « légères ou modérées » qui passent encore souvent de nos jours inaperçues alors qu'un diagnostic précoce permettrait une prise en charge précoce. Le retentissement d'une exposition prénatale à l'alcool sur le développement du fœtus est difficile à évaluer précisément puisqu'il dépend de plusieurs facteurs dont la quantité d'alcool consommée, le stade de la grossesse, les habitudes nutritionnelles de la femme, sa corpulence, la vulnérabilité génétique du fœtus. Par ailleurs, les formes moins sévères de SAF sont plus difficiles à diagnostiquer » (GADEYNE 2008).

La variété des effets possibles, leur diagnostic plus ou moins facile, la difficulté surtout à déterminer un rapport causal linéaire, simple et indiscutable entre la quantité, le moment et la fréquence de la consommation d'alcool pendant la grossesse et tel ou tel effet du spectre, conduisent les praticiens et les chercheurs à la prudence, même si toutes les études insistent *a contrario* sur le fait qu'il est impossible de mettre en évidence un seuil minimal en dessous duquel les effets de l'alcool serait nuls en toute certitude (INSERM 2001). A ce jour, le seul consensus scientifique indiscuté, fondé sur des observations validées, est celui des effets délétères sur le fœtus d'une consommation pendant la grossesse qui dépasserait l'usage considéré comme « non-nocif » de l'alcool, à savoir 2 unités d'alcool par jour pour la femme (STREISSGUTH & al. 1994, INSERM, 2001), sachant que les pics d'alcoolisation aigues (phénomène du *binge drinking*) s'avèreraient plus nocifs qu'une alcoolisation chronique (ABEL & HANNIGAN 1995 ; EBRAHIM 1999).

Cette situation a conduit à des disparités dans les messages de prévention en fonction des Etats.

En France, le principe qui s'est imposé aujourd'hui est celui du « Zéro Alcool pendant la grossesse », mais celui-ci n'a été adopté que récemment, puisque « ce n'est que depuis 2002 que la France s'est dotée de recommandations cliniques claires concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse » (GADEYNE 2008). L'INSERM, dans son expertise collective de 2001, avait en effet pris clairement position pour une abstinence totale (INSERM 2001). Suite à cette prise de position, la loi de santé publique en date du 9 août 2004 a pris des mesures

visant à améliorer l'information et la communication sur le SAF (campagnes de communication du gouvernement portant sur la prévention du SAF et incitant les femmes enceintes à ne pas consommer d'alcool, informations sur les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus dans les lycées et les collèges, formations des professionnels de santé et du secteur médico-social comprenant un enseignement dédié aux effets de l'alcool sur le fœtus). Depuis 2007, un logo d'information sur les bouteilles de boisson alcoolisée ou une mention écrite prévenant les femmes des risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse est obligatoire : « *La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant* » (loi du 11 février 2005 relative aux droits des personnes handicapées et concrétisée dans l'arrêté du ministère de la santé et des solidarités du 2 octobre 2006). Enfin, un protocole de surveillance épidémiologique a été engagé par l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire, aujourd'hui intégré à Santé Publique France) pour repérer les enfants atteints d'un SAF (GADEYNE 2008).

Si les recommandations d'abstinence totale sont les plus répandues dans les pays de l'OCDE (France, Autriche, Irlande, Suède, Allemagne, Canada, Etats-Unis), d'autres pays conseillent néanmoins une extrême modération de la consommation plutôt qu'une abstinence complète (Angleterre, Danemark) :

« Dans ce cas, les sociétés savantes recommandent d'éviter « autant que possible » l'alcool durant la grossesse et s'il y a consommation de la limiter à un seul verre par jour et pas tous les jours, consommé de préférence pendant les repas (afin de limiter l'alcoolémie de la mère et donc par conséquence celle de l'enfant) » (GADEYNE 2008).

En définitive, cette disparité dans la littérature et les pratiques internationales est à la fois le reflet et l'une des causes de la **persistance de représentations « tolérantes »** sur la consommation d'alcool pendant la grossesse, y compris chez les professionnels de santé (DUMAS & al. 2006). Cette tolérance relative, renforcée dans les pays comme la France où la consommation d'alcool est traditionnellement forte et positivement valorisée (et s'accompagne de l'activisme des *lobbies* économiques correspondants), ne rend que plus difficile la prévention du SAF.

Enfin, celle-ci est compliquée encore par la **complexité des configurations d'acteurs** impliqués dans la prévention de l'alcoolisation fœtale. Or ces professionnels ayant des rôles, des formations et des représentations différentes des éléments du problème ont des difficultés persistantes à travailler ensemble (DASSONVILLE et al. 2005) :

« Chaque type de professionnels, cloisonnés dans des cultures professionnelles ou des fonctionnements institutionnels, a une vision propre de ce qui est important de mettre en œuvre pour prévenir et accompagner au mieux les femmes, leurs enfants et leurs familles. Si le diagnostic du SAF est pédiatrique, la prise en compte de cette question est avant tout

médico-sociale et s'inscrit donc dans un questionnement beaucoup plus large » (GADEYNE 2008).

La prévention du SAF se réalise donc dans un champ complexe et récemment formé, qui est soumis à des tensions fortes. Pour cette synthèse, nous avons choisi de procéder en trois temps. Nous commencerons par revenir sur les raisons qui rendent aujourd'hui encore difficile la mise en œuvre de politiques de prévention de ce risque majeur qu'est le SAF (I). Dans une deuxième partie nous présenterons les pistes de réflexion de la littérature sur les moyens de prévention estimés les plus efficaces aujourd'hui (II). Et nous terminerons par une partie plus illustrative, consacrée à l'étude de deux dispositifs précis qui peuvent apporter des enseignements essentiels (III).

I. Le SAF, un risque majeur mais encore peu pris en compte dans les politiques de prévention

Le SAF reste aujourd'hui encore peu pris en compte dans les politiques de prévention, alors même qu'il représente un risque majeur de santé publique.

En France, d'après les chiffres réunis par l'INSERM en 2001, 700 à 3000 enfants sur les 750 000 naissances annuelles seraient atteints d'un SAF grave, « avec une incidence observée plus élevée sur l'île de la Réunion, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Bretagne (régions où les statistiques de causes de décès chez les femmes révèlent un niveau élevé de consommation) » (GADEYNE 2008). Mondialement, on estime que le SAF touche environ **1% des naissances en moyenne** (WARREN & al. 2001, MAY & al. 2009), ce qui représente des chiffres très importants, notamment quand on le compare à d'autres types de pathologie : on estime ainsi que, pour un enfant trisomique, il naît sept enfants présentant un déficit intellectuel lié à un SAF (PARQUET 2005). La diffusion de ce trouble rend d'autant plus incompréhensible, pour les auteurs, le retard dans la prise en charge de sa prévention :

« The cause and consequences of fetal alcohol spectrum disorder have been known for 40 years, yet the disorder continues to afflict millions of people worldwide—about one in every 100 livebirths. In countries where drinking among women of childbearing age is common, the prevalence of fetal alcohol spectrum disorder can be substantially higher. This disorder is of overwhelming concern in some populations » (JONSSON & al. 2014).

Les conséquences médicales des TSAF pour les enfants qui en naissent atteints sont évidemment au centre des préoccupations (JONSSON & al. 2014), mais le SAF représente un risque à beaucoup plus grande portée encore, qui touche non seulement les familles et les proches des personnes atteintes, mais également la société dans son ensemble par le **coût social** qu'il représente:

« Exposing a developing embryo or fetus to alcohol can produce lifelong brain damage with neurological, cognitive and behavioural consequences. The implications of fetal alcohol spectrum disorder for the affected individual and the family are devastating. The social and economic burden to society is enormous with formidable expenditures in health care, mental health care, education, social services and possibly correctional services » (CLARREN & al. 2011).

Pourtant, tous les auteurs estiment qu'il est relativement facile de prévenir ce risque, même si la prégnance des représentations courantes que nous avons mentionnée en introduction, et les résultats conflictuels de certaines études tendent à brouiller le message (CLARREN & SALMON 2010, JONSSON & al. 2014). Et à condition surtout de surmonter une difficulté majeure : **le manque d'investissement des professionnels** de santé eux-mêmes dans les programmes de formation proposés, par exemple par les ANPAA en France, qui est dû au fait qu'une grande partie d'entre eux partagent certaines représentations courantes sur la non-toxicité de doses réduites d'alcool pendant la grossesse (INSERM 2001, DUMAS & al. 2006), mais aussi à d'autres causes spécifiques. A cet égard, le témoignage de Sylvie Gadeyne, qui a été chargée dans les années 2000 de la mise en œuvre dans le département du Nord du programme de formation et d'action « alcool, grossesse et santé des femmes » de l'ANPAA 59, est édifiant :

« J'ai été amenée, depuis deux ans, à rencontrer plusieurs centaines de professionnels de la santé et du social (en priorité des personnels médicaux, sociaux, éducatifs issus des services de PMI (Protection Maternelle Infantile), maternité, CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), foyers d'hébergement pour femmes avec ou sans enfants, structures d'accueil de la petite enfance...). A travers les comités de pilotage mis en place dans les territoires et les animations de formation, j'ai pu me rendre compte combien la question de la consommation d'alcool pendant la grossesse était peu prise en compte, ou évitée, par les professionnels de la santé et du social, que ce soit en amont de la naissance auprès des femmes enceintes ou après la naissance dans la prise en charge des enfants ayant été exposé in utero à l'alcool » (GADEYNE 2008).

Ce sous-investissement est particulièrement notable, selon l'auteure, chez les médecins libéraux, notamment selon elle (et selon les sages-femmes qu'elle a pu interroger) par manque de temps (des entretiens prénataux qui durent 15 minutes en moyenne, examen médical compris) et du fait des relations spécifiques que le médecin peut nouer avec ses patientes « clientes » :

« Plusieurs sages-femmes m'ont fait part de l'absence de discussion avec les médecins gynécologues sur la prévention des ETCAF (Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale). Elles ont souligné à plusieurs reprises qu'elles ignoraient si cette question était abordée de manière systématique dans les entretiens prénataux. Cette remarque était tout particulièrement adressée par des sages-femmes issues de maternités privées en précisant

que le caractère libéral de l'activité des médecins représentait un frein dans l'abord de cette problématique avec les femmes, perçues comme clientes » (GADEYNE 2008).

Le SAF est donc, pour de nombreux experts et professionnels, un problème social majeur qu'il convient de prendre en compte et dont il faut améliorer la prévention. C'est le sens des diverses initiatives qui ont émergé depuis la fin des années 1990, au niveau national mais aussi au niveau international, comme en témoigne notamment la récente ***Charte internationale sur la prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (2013)***. Cette charte, élaborée par la première conférence internationale sur la prévention de l'ETAF, qui s'est tenue à Edmonton au Canada (un pays particulièrement touché, et particulièrement investi sur la question du SAF) du 23 au 25 septembre 2013 :

« The conference resulted in the production, endorsement, and adoption of the following international charter on the prevention of fetal alcohol spectrum disorder by more than 700 people from 35 countries worldwide, including senior government officials, scholars and policymakers, clinicians and other front-line service providers, parents, families, and indigenous people. It is presented to all concerned in the international community as a call for urgent action to prevent fetal alcohol spectrum disorder » (JONSSON & al. 2014).

Cette coordination internationale des acteurs de la prévention du SAF et de l'ETAF semble marquer une accélération dans la prise de conscience des professionnels de santé et des autorités sur la nécessité de prendre en charge de manière beaucoup plus volontariste et précise ce problème. Cependant, la question dans la littérature des meilleurs moyens pour le faire reste posée.

II. Comment prévenir le SAF ? Repérage, formation professionnelle et contextes

La circulation internationale et la diffusion des connaissances sur les risques d'une exposition prénatale à l'alcool ont connu un grand essor depuis la fin des années 1990. Sur cette base, les recommandations concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse se sont généralisées autour de quelques critères communs pour la définition de la prévention du SAF (GADEYNE 2008) :

- les effets délétères d'une exposition prénatale à l'alcool doivent être connus de tous ;
- la non-consommation totale d'alcool pendant la grossesse, y compris extrêmement modérée par principe de précaution, doit être la recommandation vers laquelle tendent tous les professionnels ;
- l'aide et le suivi des personnes ayant des pratiques d'alcoolisation durant la grossesse est une priorité sanitaire et sociale.

- **Repérage**

Mais ces principes de base se heurtent à un problème central : la **difficulté du repérage et du ciblage des femmes à risque**, du fait de pratiques de consommation très diverses et qui ne sont pas toujours faciles à déceler, notamment lorsqu'on utilise la pratique traditionnelle du questionnaire, qu'il soit auto-administré ou non (VARESCON & al. 2007, ALVIK & al. 2005, BRADLEY & al. 1998). C'est pourquoi certaines études préconisent que la prévention ne porte pas seulement sur les femmes enceintes, mais bien sur toutes les femmes en âge de procréer, qu'elles aient d'ailleurs manifesté ou non un désir de grossesse, par exemple chez les étudiantes, plus exposées à des pratiques d'alcoolisation aiguë de type « *binge drinking* » :

« [Des] alcoolisations aiguës peuvent survenir dans les premiers moments de la grossesse, par exemple quand la femme ne sait pas forcément qu'elle est enceinte. L'étude d'Ingersoll, *et al.* (2005) propose que le repérage des binge drinking chez les étudiantes ait un double intérêt. C'est une période où la contraception peut être mal maîtrisée » (GAUGUE-FINOT & al. 2009).

C'est pourquoi les réflexions sur les « bonnes pratiques » de prévention ont débouché sur la délimitation de **plusieurs niveaux de prévention**, qui doivent être combinés et menés de front par les autorités publiques et sanitaires, et qui peuvent être au nombre de trois ou quatre selon les travaux.

Pour certains, il faut distinguer trois niveaux de prévention possibles (LEUTWYLER & al. 2004) : la **prévention primaire** concerne l'information du grand public et de toutes les femmes en âge de procréer des risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. La **prévention secondaire** regroupe les interventions plus spécifiques auprès de toutes les femmes enceintes, avec évaluation de leur consommation d'alcool. Enfin, la **prévention tertiaire** est dirigée vers les femmes ayant une consommation à risque, que ce soit leur première grossesse ou qu'elles aient déjà donné naissance à un enfant souffrant de l'exposition à l'alcool *in utero*. D'autres études proposent plutôt de définir quatre niveaux de prévention (BAYDALA & al. 2011) :

- niveau 1 : le premier niveau consiste à accroître la diffusion publique d'informations sur le SAF par des politiques d'information à l'école, des campagnes d'information dans les médias grand public ou des brochures diffusées auprès des professionnels.
- niveau 2 : le deuxième niveau se concentre sur les femmes en âge de procréer et leurs communautés ou réseaux, et consiste à développer des programmes d'information spécifiques qui leur sont destinés, mais aussi à former spécialement les médecins et professionnels de santé qui peuvent être au contact de ces femmes.
- niveau 3 : le troisième niveau de prévention se centre sur les femmes déjà enceintes, qui consomment effectivement de l'alcool pendant leur grossesse, à des niveaux divers

et vise à développer des programmes périnataux de prévention et de prise en charge de ces femmes à risque.

- niveau 4 : le quatrième niveau de prévention se tourne vers les mères (que leur enfant présentent un SAF ou non) qui ont manifesté une volonté de changer leur comportement vis-à-vis de l'alcool pendant leur grossesse (et ont réussi à le faire dans des proportions diverses), afin de leur proportionner un suivi et un soutien de long terme dans la poursuite de ce changement de comportement.

Ces quatre niveaux de prévention doivent évidemment être combinés dans les pratiques de prévention élaborées et mises en œuvre par les autorités de santé, les études ayant démontré que plus le nombre de niveaux de prévention combinés est élevé et plus le programme a des chances de porter des fruits (BAYDALA & al. 2011). Nous renvoyons à la troisième partie pour deux exemples concrets de dispositifs qui tentent de combiner ces niveaux de prévention.

- **Formation professionnelle**

Les premiers acteurs concernés par les politiques de prévention sont les professionnels de santé, dans leur diversité (GADEYNE 2008). En effet, cette diversité doit être prise en compte car elle explique certaines difficultés constatées pour le développement de la prévention du SAF, et doit être un point de départ pour toute réflexion visant à la développer. Car bien que tous les professionnels soient évidemment conscients des problèmes liés à l'alcoolisation fœtale, le SAF se révèle souvent comme un **sujet tabou** et complexe qui n'est jamais réellement abordé avec les patientes (DUMAS & al. 2006, DASSONVILLE & al. 2005, WEDDING & al. 2007, GADEYNE 2008).

C'est d'autant plus problématique que, comme le souligne à partir de son enquête de terrain Sylvie Gadeyne, la prévention du SAF :

« prend un sens différent pour les professionnels qui accompagnent la mère en amont de la naissance (ex: PMI, maternités, professionnels de la périnatalité tels que sages-femmes, gynécologues...) et pour ceux qui prennent en charge l'enfant (ex : PMI, CAMSP, structures de petite enfance, IME, écoles...). A travers leurs échanges, il s'agit de comprendre et de débattre sur la question suivante: qui, de l'enfant ou de la femme doit occuper la place centrale? » (GADEYNE 2008).

La même enquête a montré plus précisément que les gynécologues-obstétriciens, par exemple, étaient peu présents dans les programmes de formation volontaire qui ont été mis en place, notamment en France, pour informer sur les bonnes pratiques concernant la prévention du SAF. Or, comme il a déjà été dit, les consultations prénatales sont un outil majeur de prévention :

« La prévention des ETCAF suppose d'être en capacité d'identifier systématiquement la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et d'établir des stratégies pour réduire la consommation chez les femmes les plus à risques. Il est nécessaire de comprendre l'importance de la recherche systématique lors de toute consultation médicale, d'une alcoolisation pathologique. Ainsi, repérer la consommation d'alcool chez toute femme enceinte et en parler est un acte fondamental de prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale » (GADEYNE 2008).

Mais cette formation professionnelle nécessaire des acteurs en contact avec les femmes en âge de procréer, et à plus forte raison les femmes enceintes, ne peut pas suffire à une politique de prévention efficace, si elle ne tient pas compte des contextes beaucoup plus larges qui permettent de comprendre les pratiques d'alcoolisation prénatale, et la manière de mieux les prévenir.

- **Contextes**

En effet, certaines des études répertoriées insistent sur le fait qu'il ne faut pas oublier que les comportements à risque des femmes, dont le fait de boire pendant la grossesse, ont eux-mêmes des **causes et déterminants sociaux-psychologiques plus larges** qu'il faut prendre en compte si l'on veut pouvoir mener une politique de prévention efficace et durable :

« Although maternal alcohol consumption during pregnancy is the direct cause of fetal alcohol spectrum disorder, many underlying causes exist for drinking during pregnancy. Reasons include women having little information about the risks of drinking while pregnant, drinking before pregnancy is recognised, dependence on alcohol, untreated mental health disorders, and social pressures to drink. The complex biological and social determinants of health, including genetics, poverty, malnutrition, and poor social support networks and personal autonomy, also affect drinking behaviour and the severity of its results to the foetus » (CANADA FASD RESEARCH NETWORK 2009).

Ces contextes et terrains « à risque » peuvent par ailleurs toucher des femmes provenant de milieux très différents, à des moments ponctuels, lors de ruptures **biographiques** plus difficiles à prévoir :

« The risk of alcohol-exposed pregnancy increases with adverse life events, gender-based violence, trauma, stress, and social isolation. Whatever the reasons for women drinking during pregnancy, effective prevention strategies need to be identified and addressed within the social, economic, and cultural context of every community » (JONSSON & al. 2014).

Certains travaux montrent ainsi notamment que le fait de **subir des violences** et celui de présenter des conduites d'alcoolisation problématiques est étroitement lié, sans qu'il soit possible d'établir si c'est l'alcool qui conduit à la violence ou inversement (LEONARDSON 2003, ENVEFF 2003, GADEYNE 2008).

A *contrario*, certaines études soulignent qu'il ne faut pas penser pour autant que les femmes issues de milieux plus favorisés soient exemptes du risque. L'alcoolisation modérée pendant la grossesse peut aussi être un **comportement assumé de femmes éduquées et informées**, qui préfèrent une modération qu'elles estiment « contrôlée », à des privations qu'elles pensent contre-productives pour leur propre bien-être psychologique et physique, et par ricochet, celui de leur enfant à naître (AUDET, 2006) :

« Certaines femmes issues de milieu plus favorisé décident de poursuivre une consommation modérée. Cette décision est liée au désir de « garder quelques petits plaisirs », de « ne pas s'empêcher de vivre parce qu'on est enceinte ». Il est ainsi justifié de boire « de la façon permise », de choisir « la modération » dans la mesure où elles sont persuadées de faire ce qu'il y a de mieux pour leur enfant » (GADEYNE 2008).

Dans tous les cas, cette prise en compte de contextes plus larges permet de sortir du schéma simpliste qui conduit à penser qu'une femme informée pourrait s'arrêter de boire « naturellement » pendant la grossesse, sans effort particulier à fournir. Or, comme l'ont montré certaines études de notre corpus, arrêter de boire pendant la grossesse n'est pas aussi facile qu'on le pense ou le prétend parfois, suivant en cela les représentations courantes. Comme le dit une jeune mère dans une enquête du corpus :

« Quand j'ai su que j'étais enceinte, j'ai réduit mais avec énormément de frustration. J'ai été à un mariage à trois mois de grossesse où je n'ai pensé qu'à mon envie de boire de l'alcool, c'était affreux. On dit : « Sans l'alcool, la fête est plus folle », ce n'est pas vrai pour moi » (JUMEL 2005).

Cela permet de mettre l'accent sur un autre facteur de risque qui est souvent passé sous silence, alors qu'il apparaît comme central dans de nombreux travaux : les femmes qui boivent pendant leur grossesse ne sont pas les seules et uniques responsables de leurs actes. Il y a d'autres « coupables » et notamment les hommes qui vivent avec elles, peuvent les inciter à boire, ou encore les entreprises et annonceurs du secteur des boissons alcoolisées qui ne font pas, ou pas suffisamment, de prévention :

« The perception that fetal alcohol spectrum disorder is affected only by a woman's choices is a major barrier to effective prevention efforts. Men also have a responsibility. Women's drinking behaviour, and therefore fetal alcohol spectrum disorder, occurs within, and is affected by, a broad familial, cultural, and social context. Partners who show little to no support during pregnancy and who might also misuse alcohol, become violent, and demand that their pregnant partner drink with them, share responsibility for the outcome. [...]. Alcoholic beverage marketing that targets women of childbearing age without cautioning about the use of the products during pregnancy is also responsible. » (JONSSON et al. 2014).

En définitive, la prise en compte de ces contextes plus larges permet de mettre à distance un « risque dérivé » de la prévention du SAF qui pourrait toucher les femmes enceintes et les mères : le risque de stigmatisation, voire de pénalisation de leurs pratiques de consommation d'alcool, qui est pointé par diverses études (ARMSTRONG 2005, GAUGUE-FINOT 2009) :

« Un des risques, lorsqu'on s'intéresse à cette problématique, est la stigmatisation des femmes consommatrices d'alcool. A l'extrême, la culpabilisation peut devenir condamnation [...]. Aux Etats-Unis, plusieurs cas de poursuites judiciaires contre des femmes consommant des drogues et/ou de l'alcool pendant leur grossesse ont conduit à des condamnations de ces femmes à des peines de prison. La prise de position des juges ayant prononcé ces sentences était de protéger les bébés des comportements à risque de leur mère. Cette façon d'agir place artificiellement la mère et le bébé en opposition, comme s'il fallait punir l'une pour sauver l'autre » (GAUGUE-FINOT & al. 2009).

Prévenir sans punir la mère, informer sans culpabiliser tout en se donnant véritablement les moyens de modifier les comportements, voilà les défis auxquels sont confrontés les professionnels de la prévention et les autorités publiques.

Parmi les recommandations qui sont faites dans les études, plusieurs pistes reviennent avec insistance, pistes qu'il convient de prendre en compte et de développer dans les dispositifs de prévention envisagés, comme celles que nous avons mentionnées plus haut et qui sont reprises notamment dans la charte internationale de 2013 (JONSSON et al. 2014). Mais nous voudrions mentionner brièvement deux dispositifs particuliers qui ont été particulièrement bien étudiés dans la littérature et qui ont donné des résultats prometteurs.

III. Deux études de cas de dispositifs de prévention

• Les interventions brèves

Le premier type de dispositif qui a été bien étudié est celui des « **interventions brèves** » (O'CONNOR & al. 2007). Ces auteurs rappellent que cette méthode se compose d'un ou plusieurs entretiens de courte durée (environ quinze minutes) réalisés par un professionnel de la prise en charge prénatale. Plusieurs axes sont suivis lors de ces entretiens :

- augmenter chez les femmes la connaissance des effets de l'alcool sur le fœtus ;
- les aider à identifier les situations à risque ;
- les accompagner dans leur démarche de réduction de leur consommation d'alcool.

Sur cette base, les auteurs interrogent 255 femmes enceintes qui rapportent avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse, réparties en deux groupes. Le premier groupe ne bénéficiait que d'une évaluation précise de la consommation d'alcool tandis que le second participait à un entretien sur le thème de l'alcool, en plus de l'évaluation. Le poids et la taille des nouveau-nés ainsi que le taux de mortalité sont ensuite examinés, et il s'avère que les

femmes ayant bénéficié de l'intervention brève accouchent tendanciellement d'enfants de poids et de taille supérieurs aux autres femmes. De même, après l'intervention, elles sont cinq fois plus nombreuses à adopter une abstinence totale pour la fin de leur grossesse. Ce mode de prévention, à la fois peu coûteux en temps et en moyens, paraît ainsi avoir un impact favorable (GAUGUE-FINOT 2009).

Il s'est développé dans la période récente, et on peut citer un autre dispositif qui s'appuie sur cette méthodologie : **le programme CHOICE**, « A Program for Women About Choosing Healthy Behaviors », lancé en 2002 par la SAMSAH dans sept Etats aux Etats-Unis : Californie, Colorado, Floride, Maryland, New York, Texas, et Virginie, puis testé aussi au Canada, en Russie et en Afrique du Sud (FLOYD & al. 2007, VELASQUEZ & al. 2010). Plus de 3000 femmes ont été prises en charge dans ce programme à ce jour. Ce programme est conçu pour le niveau 1 de prévention, à savoir des femmes en âge de procréer mais n'étant pas encore enceintes. Le programme est fondé sur des entretiens « motivationnels » de 45 minutes réguliers avec un animateur-conseiller et un professionnel de santé, sur des périodes de 12 à 14 semaines, qui doivent permettre de « réduire la résistance au changement » et promouvoir l'abstinence ou au moins la modération dans la consommation d'alcool (PROJECT CHOICES RESEARCH GROUP 2002, VELASQUEZ & al. 2010). Parmi les thèmes abordés par les conseillers figurent notamment :

- évaluation complète des pratiques concernant l'alcoolisation et l'utilisation de méthodes contraceptives ;
- information sur les conséquences de l'utilisation abusive d'alcool pendant la grossesse ;
- orientation pour un suivi adapté à moyen-terme, en fonction des pratiques constatées.

Le programme CHOICE semble avoir donné des résultats positifs, avec une réduction significative de la consommation pour les femmes insérées dans le programme par rapport au groupe de contrôle des études menées (FLOYD & al. 2007, VELASQUEZ & al. 2010).

- **Le questionnaire T-ACE**

A côté des dispositifs de type « intervention brève » figurent des outils, en apparence plus simples, puisqu'ils se présentent sous la forme de **questionnaires, qui peuvent être auto-administrés**. Mais ceux-ci peuvent fournir des instruments utiles et efficaces de prise de conscience de ses propres pratiques (GAUGUE-FINOT & al. 2009).

Divers questionnaires ont été développés par les praticiens au cours du temps, mais tous ne se sont pas révélés pertinents auprès de la population spécifique des femmes enceintes. Ainsi, le CAGE, connu sous le nom de DETA en France (RUEFF, 1989), est un auto-questionnaire de dépistage de la dépendance à l'alcool, mais qui s'est révélé non adapté à la pratique obstétricale, d'abord parce qu'il a été élaboré à partir d'une population masculine, et surtout parce qu'il ne repère que les personnes déjà dépendantes à l'alcool (GAUGUE-FINOT & al. 2009). Or, dans le contexte de la prévention du SAF, le risque est important de passer à côté

d'usages non pathologiques hors grossesse, mais pourtant dangereux pendant une grossesse (SENN & al. 2005).

On a donc tenté de développer de nouveaux outils, spécifiquement élaborés pour la pratique auprès des femmes enceintes. C'est le cas du **questionnaire T-ACE** (SOKOL & al. 1989).

Cet auto-questionnaire se compose de quatre questions, résumées à chaque fois en un terme anglais qui donne son acronyme au questionnaire : *Tolerance, Annoyed, Cut-Down, Eye-Opener*. En France, la Société Française d'Alcoologie a recommandé dès 2003 la traduction et la validation du questionnaire T-ACE en français, ce qui donne les questions correspondances et les questions suivantes :

- **T = Tolérance / Tolerance** : « Combien de verre(s) vous faut il pour ressentir les effets de l'alcool ? »
- **A = Agacement / Annoyed** : « Est il arrivé que des proches, des professionnels de la santé s'inquiètent de votre consommation d'alcool ? »
- **C = Cessation / Cut-Down** : « Avez-vous déjà essayé de réduire votre consommation d'alcool ? »
- **E = Eveil / Eye-Opener** : « Avez-vous déjà eu besoin de consommer de l'alcool le matin pour être en forme ? »

Chaque réponse positive sur l'une des questions donne un point, sauf pour la question « tolérance » pour laquelle deux points sont attribués lorsque la femme donne une réponse supérieure ou égale à deux verres. Si l'on atteint ou dépasse le seuil de deux points, on entre dans la catégorie des pratiques à risque et une vigilance s'impose.

L'intérêt de ce type de questionnaires est d'aborder par des questions simples, claires et rapides des pratiques qui sont rendues plus facilement détectables grâce à ce dispositif. Le questionnaire T-ACE a été élaboré spécifiquement pour la pratique des gynécologues-obstétriciens, afin de permettre une détection plus aisée des conduites de consommations d'alcool à risque pour le fœtus.

Une étude de validation portant sur 4743 femmes aux Etats-Unis a montré qu'on pouvait repérer 70% des buveuses excessives durant la grossesse grâce à ce test, cette méthode s'avérant alors plus efficace que les marqueurs biologiques mais aussi que d'autres questionnaires comme le CAGE (38% de sensibilité) ou le MAST (36%) chez les femmes enceintes, deux questionnaires de dépistage de la consommation d'alcool en excès destinés à la population générale (SOKAL & al 1989). Son utilisation est donc recommandée dans plusieurs publications récentes du corpus (BRADLEY & al. 1998, LEUTWYLER & al. 2004, ALVIK & al. 2005, CHANG 2005, SENN & al. 2005).

La première utilisation de ce questionnaire en France a été réalisée sur une population de 115 femmes (VARESCON & al. 2007) et a fait l'objet d'une thèse spécifique (GAUGUE-FINOT, 2008), avec une population de 126 femmes originaires du Nord de la France. L'étude de

validation définitive de cet outil est en cours, mais semble prometteuse et permet d'attirer l'attention sur la nécessité de disposer d'outil-soutiens simples et efficaces comme ce type de questionnaires.

En définitive, **la prévention du SAF est un champ en construction** qui fait intervenir des acteurs très variés, aux perceptions souvent marquées par des représentations courantes influencés par des contextes sociaux et culturels beaucoup plus larges. Si les dispositifs et les études se multiplient pour chercher les moyens de prévention qui pourraient s'avérer les plus efficaces, il reste à les diffuser et à se donner les moyens (notamment financiers) de mieux prévenir ce risque majeur.

BIBLIOGRAPHIE UTILISEE

ABEL EL., HANNIGAN JH., Maternal risk factors in fetal alcohol syndrome : provocative nd permissive influence », *Neurotoxicology*, 17 (4), p. 445-462.

ALVIK A., HALDORSEN T., LINDEMANN R., « Consistency of reported alcohol use by pregnant women : Anonymous versus confidential questionnaires with item nonresponse differences », *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 2005, 29 (8), p. 1444-1449.

ANCEL P., GAUSSOT L., *Alcool et alcoolisme : pratiques et représentations*, Paris, L'Harmattan, Collection logiques sociales, 1998.

APRIL N., BOURRET A., MORIN R., HAMEL D., *Etat de la situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, 2004.

ARMSTRONG E.M., « Drug and alcohol use during pregnancy : we need to protect, not punish women », *Women's Health Issues*, 2005, 15, p. 45-47.

AUDET C, APRIL MD, GUYON L, DE KONINCK M., Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perception des messages de prévention chez les femmes enceintes, Institut national de santé publique du Québec, 2006.

BAYDALA L., THURMEIER R., BERGMAN J., WHITNEY N., SALMON A., « Five Perspectives on Prevention of FASD », dans CLARREN S., SALMON A., JONSSON E., *Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder FASD: Whis responsible?*, Weinheim, Wiley, 2011, p. 337-357.

BERTHELOT JM., CLEMENT S., DRHULE M., FORNE JF., MEMBRAD M., « Les alcoolismes féminins », *Cahiers du centre de recherches sociologiques*, 1984, 1, p. 1-285 ;

BRADLEY K.A., BOYD-WICKIZER J., POWELL S.H., BURMAN M.L., « Alcohol Screening Questionnaires in Women », *JAMA*, 1998, 280 (2), p. 166-171.

CANADA FASD RESEARCH NETWORK (Network Action Team on Prevention from a Women's Health Determinants Perspective), *Consensus Statement - 10 Fundamental Components of FASD Prevention from a Women's Health Determinants Perspective*, Canada FASD Research Network, Vancouver, 2009.

CHANG G., « Screening and brief intervention in prenatal care settings », *Alcohol Research and Health*, 2005, 28 (2), p. 80-84.

CHUDLEY A. E., KILGOUR A. R., CRANSTON M., EDWARDS M., « Challenges of diagnosis in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorder in the adult », *Am. J. Med. Genet.*, 2007, 145C, p.261–272.

CLARREN, SK, SALMON A., « Prevention of fetal alcohol spectrum disorder: proposal for a comprehensive approach », *Expert Rev Obstet Gynecol*, 2010, 5, p. 23–30.

CLARREN S., SALMON A., JONSSON E., *Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder FASD: Whis responsible?*, Weinheim, Wiley, 2011.

DEHAENE P., *La grossesse et l'alcool*, Paris, PUF, 1995.

DEHAENE P., « Les troubles du spectre de l'alcoolisation foétale », *Alcoologie et Addictologie*, 2005, 27 (2), p. 141-151.

DECOURGE C., WALLEZ P., *La consommation d'alcool chez la femme. Sobriété ou permissivité : causes d'ignorance et d'incommunicabilité des effets du syndrome d'alcoolisation foétale*, CRESGE, 2001.

DE KONINCK M, GUYON L. MORISSETTE P., « L'expérience maternelle et la consommation de substances psychoactives », *Recherche féministe*, vol. 16, n°2, 2003, p. 107-137.

DUMAS A, LEJEUNE C, SIMMAT-DURANT L, BONNAIRE C, MICHAUD P, HILAIRE S., « Prévention du SAF : pratiques et représentations des professionnels de la périnatalité », *Alcoologie et addictologie*, 2006 ; 28 (4), p. 311-316.

DUPONT L, DASSONVILLE A, CRESSON G., *Alcool, grossesse et santé des femmes*, ANPAA 59, 2005.

EBRAHIM SH., « Camparison of binge drinking among pregnant and nonpregnant women », *American journal of obstetrics and gynecology*, 1999, 180 (1), p. 1-7.

FLOYD R. L., SOBELL M., VELASQUEZ M. M., INGERSOLL K., NETTLEMAN M., SOBELL L., « Preventing alcohol-exposed pregnancies: A randomized controlled trial », *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32(1), p. 1-10.

GADEYNE S., *Alcool et grossesse : Connaissances, Représentations et Pratiques des Gynécologues Obstétriciens*, Rapport d'étude réalisé pour l'ANPAA 59, Université des Sciences et Technologies de Lille, 2008.

GAUGUE J., VARESCON I., WENDLAND J., « Le syndrome d'alcoolisation foétale : Etat de la question. *Psychotropes* », 2006, 12 (1), p. 113-124.

GAUGUE-FINOT J., WENDLAND J., VARESCON I., « Enjeux du dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse », *Devenir*, 2009, vol. 21, n°3, p. 125-142.

INGERSOLL K.S., DYCHE CEPERICH S., NETTLEMAN M.D., KARANDA K., BROCKSEN S., JOHNSON B.A., « Reducing alcohol-exposed pregnancy risk in college women : Initial outcomes of a motivational intervention », *Journal of substance abuse treatment*, 2005, 29, p. 173-180.

INPES, *Zéro alcool pendant la grossesse*. Dossier de presse du 11 septembre 2006.

INPES, *Le guide nutrition pendant et après la grossesse*, Paris, INPES, 2008.

INSERM, Exposition prénatale à l'alcool : données biologiques et données épidémiologiques, dans INPES, *Alcool : effets sur la santé*, Paris, 2001, p. 119-143. INSERM, *Alcool : Effets sur la santé*, Inserm, Paris, 2001.

JONES KL., SMITH DW., « Recognition of the Fetal Alcohol Syndrome in Early Infancy », *Lancet*, 1973, 301, p. 999-1001.

JONSSON E, SALMON A, WARREN KR., « The international charter on prevention of fetal alcohol spectrum disorder », *Lancet Glob Health*, 2014, 2(3), p. 135-137.

JUMEL MP., « A l'écoute des femmes devenues mères », dans ANPAA 59, *Alcool, grossesse et santé des femmes*, ANPAA 59, 2005.

KESMODEL U., KESMODEL P.S., « Drinking during pregnancy : Attitudes and knowledge among pregnant Danish women », *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 2002, 26 (10), p. 1553-1560.

KYSKAN C.E., MOORE T.E., « Global perspectives on Fetal Alcohol Syndrome : Assessing practices, policies, and campaigns in four English-speaking countries », *Canadian Psychology*, 2005, 46 (3), p. 153-165.

LEMOINE P., HAROUSSEAU H., BORTEYRU JP., MENUET JC., « Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées : à propos de 127 cas », *Ouest Médical*, 1968, 6, p. 476-482.

LEMOINE P. : Historique des embryo-foetopathies alcooliques. *Journal of FAS International*, 2003 ; 1 (3) : 1-4.

LEONARDSON G., LOUENDENBURG R., « Risk Factors For Alcohol Use During Pregnancy In A Multistate Area », *Neurotoxicology and teratology*, 2003, 25, p. 651-658.

LEUTWYLER J., DAEPPEN J.-B., GERBER S., HOHFELD P., « Grossesse et consommation d'alcool », *Revue médicale de la Suisse romande*, 2004, 124, p. 47-50.

MAGNUSSON A., GÖRANSSON M., HEILIG M., « Hazardous alcohol users during pregnancy : Psychiatric health and personality traits », *Drug and Alcohol Dependence*, 2007, 89, p. 275-281.

MAISONDIEU J., *Les femmes, les hommes, l'alcool*, Paris, Payot, 2004.

MARCAND C., « Alcool et grossesse », dans FLEURY B., *Les conduites d'alcoolisation : du repérage précoce au réseau de prise en charge*, John Libbey Eurotext, Paris, 2003.

MAY PA., GOSSAGE JP., KALBERG WO., ROBINSON LK., BUCKLEY D., MANNING M., HOYME HE., « Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies », *Dev Disabil Res Rev*, 15 (2009), p. 176–192.

O'CONNOR M.J., WHALEY S.E., « Brief intervention for alcohol use by pregnant women », *American Journal of Public Health*, 2007, 97 (2), p. 252-258.

ORS Haute Normandie, *Syndrome d'alcoolisation fœtale: enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes.*, ORS Haute Normandie, 2003.

PARQUET P., « Grossesse et alcool: informer avant tout », *Swaps*, 2005, n°37.

PLAT P., VÉDRINE M.F., « Alcoolisation féminine, grossesse et descendance », *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.*, 1982, 11, p. 969-979

PROJECT CHOICES RESEARCH GROUP, « Alcohol-exposed pregnancy: characteristics associated with risk », *Am J Prev Med.*, 2002, 23(3), p. 166-173.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, *Connaissances et attitudes des professionnels des soins de la santé en matière de syndrome d'alcoolisation fœtale: Résultats d'une enquête nationale*, Ottawa, Public Health Agency of Canada, 2003.

REID N., DAWE S., SHELTON D., HARNETT P., WARNER J., ARMSTRONG E., LEGROS K., O'CALLAGHAN F., « Systematic Review of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Interventions Across the Life Span », *Alcohol Clin Exp Res.* 2015, 39(12), p. 2283-2295.

RILEY EP., CLARREN S., WEINBERG J., JONSSON E. (eds.), *Fetal alcohol spectrum disorder: management and policy perspectives*, Toronto & Weinham, Wiley & Blackwell, 2011.

SENNE M., STRAUB D., PELLET J., BOUSSIRON D., « Syndrome d'alcoolisation fœtale. Etude portant sur la consommation d'alcool pendant la grossesse », *Alcoologie et addictologie*, 2005, 27 (3), p. 181-190.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE, « Stratégies d'évaluation des conduites d'alcoolisation chez la femme enceinte », *Alcoologie et Addictologie*, 2003, 25, 2 Suppl., p. 82-87.

SOKOL RJ., MARTIER SS., AGER JW., « The T-ACE questions : practical prenatal detection of risk-drinking », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160 (4), p. 863-868.

SOKOL RJ., DELAUNEY-BLACK V., NORDSTROM B., « Fetal Alcohol Spectrum Disorder », *JAMA*, 2003, 290 (22), p.2996-2999.

SOKOL RJ., MARTIER SS., AGER JW., « The T-ACE questions : practical prenatal detection of risk-drinking », *Am J Obstet Gynecol.* 1989, 160, p. 863-870.

STEVENSON JB., MASTERS JA., « Predictors of alcohol misuse and abuse in older women », *Journal of Nursing Scholarship*, 2005, 37 (4), p. 329-335.

STREISSGUTH AP., SAMPSON PD., BOOKSTEIN FI., BARR HM., SCOTT MA., « Maternal drinking during pregnancy : attention and short. Terme memory in 14-year old offspring. A longitudinal perspective study », *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 1994, 18(1), p. 202-218.

THAHN NX., JONSSON E., NX, DENNETT L., JACOBS P., « Costs of FASD », dans RILEY EP, CLARREN S., WEINBERG J., JONSSON E. (eds.), *Fetal alcohol spectrum disorder: management and policy perspectives*, Toront& Weinham, Wiley &Blackwell, 2011, p. 45-70.

TEMPLE V., SHEWFELT L., TAL, CASATI J., KLEVNICK L., « Comparing daily living skills in adults with fetal alcohol spectrum disorders (FASD) tand IQ matched clinical sample », *J Popul Ther Clin Pharmacol.*, 2011, 18(2):397-402.

VARESCON I., GAUGE J., WENDLAND J., « Alcool et grossesse : première utilisation du questionnaire de dépistage T-Ace dans une population française », *Alcoologie et addictologie*, 2007, 29 (3).

VELASQUEZ MM., INGERSOLL KS., SOBELL MB., FLOYD RL., SOBELL LC., VON STERNBERG K., « A dual-focus motivational intervention treduce the risk of alcohol-exposed pregnancy. Cognitive and Behavioral Practice », 2010, 17(2), p. 203-212.

VON (Canada), Let's Talk FASD. Parent-Driven Best Practice Strategies in Caring for Children and Adults with FASD, Ottawa, VON Canada, 2005.

WARREN KR., CALHOUN FJ., MAY PA., VILJOEN DL., LI TK., TANAKA H., MARINICHEVA GS., ROBINSON LK., MUNDLE G., « Fetal alcohol syndrome: an international perspective », *Alcohol Clin Exp Res.*, 2001, 25(5), p. 202-206.

WEDDING D., KOHOUT J., MENGEL M.B., OHLEMILLER M., ULIONE M., COOK K., RUDEEN K., BRADDOCK S., « Psychologists' knowledge and attitudes about fetal alcohol syndrome, fetal alcohol spectrum disorders, and alcohol use during pregnancy », *Professional Psychology : Research and Practice*, 2007, 38 (2), p. 208-213.

L'action évaluée est l'expérimentation d'un programme intégré à l'échelle régionale visant à renforcer la prévention et la prise en charge des troubles liés à l'alcoolisation fœtale. Ce programme est expérimenté dans deux régions : la région Aquitaine et l'île de La Réunion. Il s'agit évidemment d'une action à destination des (futurs) enfants, mais aussi d'une mesure ciblant les femmes qui sont l'un des publics clés du plan intergouvernemental 2013-2017.

L'évaluation dont nous présentons ici la synthèse décrit et analyse la part prise par les différentes parties prenantes à l'avancement du projet depuis début 2012 (MILDT, INPES, DGS, CNSA, InVS...), l'évolution du contenu du projet lors de la phase d'élaboration, les modalités de mise en œuvre de ces deux expérimentations et en particulier l'articulation entre les différents acteurs mobilisés par les différents volets du programme : acteurs régionaux ARS et acteurs du système de santé, des secteurs du handicap, de l'éducation et du judiciaire etc. Par ailleurs, l'évaluation analyse les débuts de la mise en œuvre des plans au regard de leurs différentes composantes : prévention, repérage et prise en charge chez l'adulte et l'enfant, formation des intervenants de première ligne et des acteurs scolaires et judiciaires, mise en place d'un parcours de prise en charge des femmes et des enfants.

La problématique SAF : retour sur la mise à l'agenda d'un enjeu de santé publique

Comme cela a été rappelé dans notre revue de littérature, les premiers diagnostics sur le lien entre la consommation d'alcool pendant la grossesse et conséquences sur le fœtus ont été établis à la fin des années 1960. Depuis, aucune étude n'a permis d'établir de rapport causal linéaire, simple et indiscutable liant une certaine quantité d'alcool consommée (et son éventuelle répétition) et le moment de la grossesse où intervient cette consommation avec tel ou tel trouble du comportement chez l'enfant. Autrement dit, si un consensus existe sur le SAF, le sujet des TCAF est moins consensuel faute de cette corrélation scientifique (une étude de ce type est impossible à envisager puisqu'on ne peut mettre en place une cohorte de femmes enceintes susceptibles de se soumettre à des essais cliniques de ce type). De ce fait, la prévention prend toute son importance et s'impose avec le principe d'abstinence totale. Néanmoins, la persistance de pratiques de tolérance vis-à-vis de l'alcool semble importante et plusieurs explications peuvent en être avancées : poids du lobby alcoolier, facteurs dits culturels, mais aussi manque d'informations et de formations des professionnels de santé eux-mêmes sur les risques encourus par une consommation d'alcool, même peu importante, au cours de la grossesse.

Par ailleurs, la littérature, ainsi que certains des acteurs que nous avons interviewés, ont attiré notre attention sur le coût économique et social que représentent le SAF et les TCAF, en termes d'impact sur les familles mais également pour la société.

De ce fait, des initiatives de *prévention* dans plusieurs pays ont vu le jour depuis les années 1990. En France, l'île de La Réunion est une pionnière puisque quelques acteurs se sont saisis de la problématique dès les années 1990, notamment sous l'égide d'un pédiatre à Saint-Louis,

faisant naître une certaine dynamique sur le sujet au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) de la commune de Saint-Louis (au sud de l'île), puis faisant naître en 2001 l'association Réunisaf. Dans cette histoire, un acteur en particulier s'est investi sur ce sujet et a joué un rôle d'entrepreneur politique, par exemple dans la mise à l'agenda politique de cette problématique qui a notamment débouché sur le fait que le pictogramme suivant est désormais obligatoire sur toutes les bouteilles d'alcool (loi du 11 février 2005 concrétisée dans un arrêté du ministère de la santé d'octobre 2006) :



Puis en 2011, la Direction générale de la santé publie « Alcool et grossesse, parlons-en – Guide à l'usage des professionnels », guide qui avance que la « consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause de handicap mental, d'origine non génétique, chez l'enfant en France. La méconnaissance de l'effet tératogène de l'alcool sur le fœtus – et donc du risque lié à une alcoolisation pendant la grossesse, quels que soient la quantité consommée et le moment où l'alcoolisation survient – constitue un réel problème de santé publique » et qu'il est donc nécessaire de mettre en place une politique globale contre l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) qui « désigne toutes les répercussions (physiques, cognitives et comportementales...) susceptibles d'être observées chez une personne dont la mère a consommé de l'alcool au cours de sa grossesse. Il regroupe un ensemble d'affections représentant un continuum, de la forme la plus caractéristique, la plus grave, et la plus facile à diagnostiquer – le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) – jusqu'aux formes dites « incomplètes ». Beaucoup moins connues, ces dernières vont se révéler plus tardivement par des troubles des apprentissages et/ou du comportement, parfois sévères, dont les causes sont loin d'être toujours identifiées » (p. 5).

Deux ans plus tard, le plan intergouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013 – 2017 affiche comme priorités : « d'aller au-devant de "ceux qui ne demandent rien", il convient de créer les conditions de la rencontre entre les professionnels de la santé et les populations exposées par le développement de l'accessibilité des dispositifs et du repérage précoce des conduites addictives afin d'orienter les usagers vers la prise en charge la plus adaptée (...) Les services de réduction des risques doivent être adaptés aux spécificités des populations les plus vulnérables, et notamment des femmes qui fréquentent insuffisamment ces structures. Il conviendra de conforter les évolutions en cours portant sur l'ouverture de plages horaires dédiées et la mise en place d'ateliers spécifiques pour les accueillir » (p. 15 et 41).

C'est dans la perspective de ces priorités que s'inscrit l'action de prévention de l'alcoolisation fœtale :

N° ACTIONS	AXE STRATEGIQUE	OBJECTIFS	ACTIONS	CALENDRIER DU PLAN D'ACTIONS	PILOTE	PARTENAIRES	EFFETS ATTENDUS
55	1.3 Réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux	1.3.1.5 Procéder à des expérimentations d'actions innovantes	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer un programme de prévention et de prise en charge des troubles liés à l'alcoolisation fœtale et l'expérimenter dans une ou deux régions 	2013-2015	MILDT	AFFAIRES SOCIALES ET SANTE MINISTERE DE LA FAMILLE	Amélioration de la prévention et de la prise en charge des TCAF

Bien que Réunisaf ait fermé fin 2010 suite à l'arrêt du financement de l'association par l'ARS-OI, la mise en œuvre de certaines mesures à La Réunion ont continué : les missions de Réunisaf ont été redistribuées aux réseaux d'addictologie et de périnatalité au début des années 2010. Par ailleurs, l'ARS-OI, dans différents documents cadre pour 2012-2016, avait déjà fait de cette problématique l'objet de plusieurs priorités :

- Faire connaître à la population les facteurs de risque et les principales pathologies liées à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites (Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) représente une des préoccupations de santé publique), ARS OI - Plan stratégique de santé (2012-2016)
- Informer sur les dangers de la consommation d'alcool et des produits stupéfiants particulièrement les enfants et adolescents et les femmes enceintes (SRP) ARS OI - Schéma Régional de prévention - Plan Régional de Santé Réunion / Mayotte (2012-2016)
- ARS OI - Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale - Plan Régional de Santé Réunion / Mayotte (2012-2016)
 - Favoriser l'accès à des soins coordonnés et de qualité en matière d'addiction - Mise en place des CSAPA (Objectif opérationnel n°22),
 - Développer la réduction risques sur l'ensemble des territoires, dans le cadre des missions obligatoires des CSAPA (Objectif opérationnel n°22)
 - Favoriser l'accès à des soins coordonnés et de qualité en matière d'addiction au travers d'un réseau régional d'addictologie (Objectif opérationnel n°22)
 - Améliorer les outils pour soutenir le suivi par des médecins libéraux des patients addicts et des patients addicts en situation complexe
 - Contribuer à la mobilisation des acteurs en addictologie dans la prévention du trouble syndrome d'alcoolologie fœtale. / Définition dans le cadre d'un programme d'action régionale porté par l'ARS (Orientation stratégique n°3 CPOM ARS OI / SAOME)
- L'accès aux soins et l'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité (Axe stratégique n°3 / Fiche programme n°9) : Améliorer l'accès aux soins en addictologie, ARS OI - Schéma Régional d'Organisation des Soins - Plan Régional de Santé Réunion / Mayotte (2012-2016)
 - Engager une réflexion sur les modalités d'organisation de l'offre de santé pour permettre **d'aller au devant de certains publics éloignés des soins**
 - Expérimenter sur un secteur ou territoire de santé, l'accueil familial thérapeutique mère-enfant (Action 3)

- Etablir des conventions entre les équipes de santé mentale périnatale, la PMI, les structures sociales d'accueil mère-enfant et de garde de la petite enfance, pour s'assurer de la complémentarité des soins psychiatriques avec les missions d'accompagnement de la petite enfance et de soutien à la parentalité (Action 4)
- Dans l'ARS OI - Programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies de La Réunion et de Mayotte (PRAPS) 2012- 2016, **L'accès aux soins et l'accompagnement médico-social des personnes en situation de précarité** (Axe stratégique n°3 / Fiche programme n°9) : **Améliorer l'accès aux soins en addictologie** :
 - Développer les consultations avancées de CSAPA dans les établissements et services en charge du premier accueil, de l'insertion et de l'hébergement des personnes en situation de précarité
 - Assurer la participation des CSAPA au Service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO), piloté par la DJSCS
 - Engager une réflexion sur les modalités d'organisation de l'offre de santé pour permettre **d'aller au devant de certains publics éloignés des soins**
 - Diversifier les modes de prise en charge, notamment en liant les soins en addictologie avec l'accompagnement en hébergement ou vers le logement : mobilisation des dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique, de centres thérapeutiques résidentiels, de communautés thérapeutiques, d'appartements en ALT, d'appartements relais, d'intermédiation locative

Dans ce contexte, il n'y a rien d'étonnant à ce que l'ARS-OI se soit saisie de l'opportunité ouverte par le *Plan Intergouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives* d'expérimenter un plan de prévention et prise en charge des TCAF.

Bien que plus récent, le terrain n'était pas vierge non plus en Aquitaine où des initiatives avaient déjà vu le jour préalablement à l'élaboration d'un plan SAF. Pour l'ARS Aquitaine, saisir cette opportunité d'expérimentation permet justement d'aller plus loin, et ce notamment en coordonnant ces initiatives préexistantes et en les systématisant (par l'écriture de référentiels par exemple).

Tout d'abord, l'ARS Aquitaine travaillait avec AGIR 33 depuis plusieurs années, d'où une interconnaissance de leurs acteurs et un travail en commun qui n'est donc pas nouveau. D'ailleurs, d'autres projets sur la prévention des addictions, et en particulier celles liées à l'alcool, avaient été mis en œuvre et ont préparé le projet SAF. En effet, l'Aquitaine a eu un Plan Régional de Santé (PRS) Alcool en 1998-1999, à partir duquel ont été mis en place une série de **RPIB (plans de Repérage Précoce et d'Intervention Brève)**, l'idée étant de travailler sur les consommations excessives à risque, d'améliorer leur repérage par les **médecins généralistes** et la mise en œuvre d'un conseil minimal, avec une orientation prioritaire à destination des jeunes en général et des jeunes femmes plus particulièrement. Le ciblage sur les professionnels que sont les médecins généralistes se justifie par le fait que sur une année donnée, ceux-ci voient à peu près 70% de la population générale, ce qui en fait des acteurs

clés. En Aquitaine, mais c'est une priorité qui est aussi apparu dans notre travail de terrain réunionnais, il est d'autant plus important de travailler avec eux sur cette problématique alcool qu'ils n'ont pas véritablement de référentiel pour travailler avec leurs patients sur les questions de consommation d'alcool et qu'ils sont plutôt dans le déni : autrement dit, cela part du constat que les médecins généralistes abordent la question du tabac mais plus difficilement celle de l'alcool.

Dans les années 2000-2005, la région Aquitaine a travaillé sur la diffusion des programmes de RPIB, et à partir d'eux, sur la structuration du réseau d'addictologie, notamment pour que les généralistes sachent à quels professionnels faire appel. Cela a servi à mettre en exergue des actions à mettre en place notamment auprès des jeunes, auprès des jeunes femmes, et auprès de populations en situation précaires. Au départ a été mis en place un **RPIB Alcool**, puis un **RPIB Alcool – Tabac – Cannabis**, spécialement conçu pour cibler les jeunes.

Au second semestre de 2006, l'INPES et le ministère de la santé ont organisé les Etats généraux de l'alcool pour répondre aux enjeux posés par sa consommation³⁰. A l'occasion de ces Etats Généraux Alcool, le réseau RESAPSAD (réseau d'addictologie en Sud-Aquitaine, soit le territoire de santé Navarre Côte basque et le sud des Landes) fait un focus sur la prévention des consommations d'alcool excessives chez les jeunes filles. A cette occasion, un médecin généraliste a tissé des ponts intéressants entre les services de périnatalité et d'addictions. Un groupe de travail « grossesse et addictions », lancé en 2010 par le réseau Périnat Aquitaine, avec les réseaux d'addictologie a donné naissance au **RPIB Femmes enceintes** : un programme de **formations** et la **mise en place de binômes de professionnels d'addictologie et de périnatalité** ont été lancés. Au départ plutôt axé sur la consommation de tabac, ce programme a petit à petit évolué vers les questions d'alcool pour finalement aboutir à une approche globale des consommations à risque chez la femme enceinte. Apparaît alors la nécessité de travailler le parcours de celle-ci, d'adapter les pratiques professionnelles aux spécificités de ce public (par rapport aux jeunes notamment), et d'harmoniser les positions des professionnels de l'addictologie et de la périnatalité, car le moment de la grossesse apparaît comme un moment particulier où les femmes enceintes n'ont pas envie d'avoir une multitude d'interlocuteurs. Autrement dit, c'est une période où les addictologues doivent savoir passer la main aux acteurs de la périnatalité, car la femme aura tendance à privilégier le suivi de sa grossesse plutôt que le suivi de son / ses addiction(s). Ces deux types de professionnels ont de ce fait cherché à développer une « inter-vision » de la problématique et des outils pour communiquer et mieux travailler ensemble dans le cadre du parcours de la femme enceinte.

³⁰ « L'alcool tient une place particulière en France en raison de son importance économique, historique et culturelle. Mais la consommation d'alcool est aussi un déterminant majeur de santé publique, et ses conséquences sociales sont importantes. Cette position ambivalente de l'alcool en fait un sujet complexe », http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/alcool/alcool_etats_generaux.asp.

C'est dans ce contexte où des dynamiques d'acteurs étaient déjà nées que la MILDECA a proposé un financement pour un projet SAF, la région Nord-Pas-de-Calais puis la Bretagne n'ayant pas donné suite. L'ARS Aquitaine y a alors vu l'occasion de formaliser ces dynamiques d'acteurs et les outils récemment mis en place, notamment par le biais de la création d'un centre ressources chargé de créer l'ingénierie technique sur le sujet et d'animer au quotidien les offres de formations et les différents projets, mais aussi avec l'ambition de poursuivre la construction de cette « inter-vision » professionnelle avec d'autres acteurs que ceux de l'addictologie et de la périnatalité (les psychologues et les psychiatres par exemple), de faire travailler ensemble les différents acteurs concernés dans des concertations pluridisciplinaires sur le repérage et la prise en charge à la fois des femmes enceintes consommatrices d'alcool et des nouveau-nés vulnérables.

Précision sur le statut de la comparaison entre La Réunion et l'Aquitaine

Nous sommes donc face à deux cas difficilement comparables en raison de **différences importantes** : les **budgets** d'abord, qui vont de un à dix. En effet, pour les trois ans de mise en œuvre des deux plans, celui de la région Aquitaine dispose d'un budget total de 300 000 d'euros là où celui de La Réunion est de 3 millions. Ensuite, nous venons de le voir, **l'ancienneté des deux régions sur cet enjeu n'est pas la même**, puisque des acteurs réunionnais se sont saisis de la problématique depuis plus longtemps que dans le cas aquitain (mais qui a néanmoins vu naître des dynamiques d'acteurs et des outils dans les années 2000). Par ailleurs, et comme nous allons le voir, le **pilotage général** des deux plans diffère : le type d'acteur-pilote n'est pas le même dans les deux cas (ARS-OI *versus* Agir 33). Enfin, si des **chocs de cultures professionnelles** relativement similaires peuvent exister dans les deux régions, ceux-ci se doublent de **conflits interpersonnels** à La Réunion, où l'on constate de ce fait des clivages beaucoup plus structurants.

De **fortes similitudes** apparaissent néanmoins dans cette comparaison, mais celles-ci portent plutôt sur le *contenu* des plans, en particulier :

- **la création de Centres Ressources** dont les missions et les objectifs sont globalement les mêmes ;
- la multiplication des partenariats entre les différents acteurs concernés, la volonté de décloisonner les pratiques et de penser la prise en charge des femmes en termes de *parcours* ;
- l'accent mis sur le Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) et la formation professionnelle avec notamment l'enjeu de toucher les professionnels libéraux (par exemple via les labels « Développement Professionnel Continu » - DPC) ;
- enfin, **la place accordée aux sages-femmes**, notamment pour faire le lien entre l'addictologie et la périnatalité.

Par ailleurs, cette comparaison peut présenter un autre intérêt : en raison des similitudes que nous venons de mentionner, des échanges fructueux entre les acteurs des deux plans qui n'ont pas nécessairement les mêmes temporalités de mise en œuvre pourraient s'avérer extrêmement utiles, à la fois en termes d'échanges de bonnes pratiques et pour éviter de reproduire des erreurs ou anticiper des obstacles d'implémentation.

Les difficultés pour la MILDECA de trouver une terre d'accueil et de mener un pilotage national

La MILDECA a eu du mal à trouver des ARS partenaires pour mettre en place les plans expérimentaux. Côté MILDECA, l'action a dans un premier temps été conçue pour une ou deux régions, et ce en deux temps : celui de l'élaboration dans un partenariat MILDECA - INPES, puis celui de la mise en œuvre. Dans la première approche du dossier portée par la MILDECA, il lui appartenait d'être coparticipante à l'élaboration de ces programmes, de créer un groupe de pilotage sous son propre contrôle.

Mais dans un deuxième temps, la MILDECA s'est éloignée de cette conception pour une vision plus généraliste : la mission interministérielle ne devait pas prendre en charge le dossier de cette manière-là, il fallait laisser les régions intéressées proposer leur propre plan, et ce d'autant que les ARS sont parfaitement autonomes et qu'il est impossible de leur imposer un plan ; autrement dit, faire un appel à projet auprès des régions : ensuite, charge aux ARS de concevoir leur propre plan, et charge à la MILDECA de faire un pilotage national, un suivi « généraliste » de l'élaboration puis de la mise en œuvre.

Après avoir eu des contacts avec la région Nord-Pas-de-Calais, celle-ci a finalement décliné : cette région avait déjà une action, un programme plus réduit dans son ambition et n'a pas souhaité l'élargir avec les aides de la MILDECA. La mission interministérielle a alors pris contact avec l'ARS Bretagne, l'ARS Bourgogne, mais aucune n'a donné suite.

Finalement, elle contractera avec les ARS de La Réunion et de l'Aquitaine.

A La Réunion, le directeur général adjoint de l'ARS, qui connaissait bien le délégué de la MILDECA, et portait pour son agence un programme qui correspondait assez largement au plan que la mission interministérielle voulait soutenir. Le lancement était annoncé en septembre 2015.

La seconde région ayant répondu aux sollicitations de la MILDECA est l'Aquitaine, qui a répondu favorablement en janvier 2015 (comme nous le verrons ci-après, des actions ponctuelles étaient déjà menées et le plan soutenu par la MILDECA allait permettre de les approfondir et de les structurer).

Comme cela apparaîtra également dans le développement ci-dessous, les deux régions qui allaient finalement s'engager dans le plan SAF étaient très différentes au regard de l'investissement et de l'ancienneté d'engagement sur la thématique. Début 2015, La Réunion

avait un programme bien construit tandis que la région Aquitaine était dans une configuration où tout restait à bâtir, d'où une ingénierie de projet sous l'égide du Réseau Addiction (Agir 33) pendant plus de six mois à plein temps (cf. *infra*).

Pour certains acteurs de la MILDECA interviewés, la difficulté de trouver une terre d'accueil vient en partie de la conception de ce type d'action : dans les dossiers qu'elle porte en propre (i.e. de bout en bout en tant que pilote exclusif), il lui faut monter un groupe de travail, élaborer un cahier des charges, et surtout il faut l'accord de la Direction Générale de la Santé (DGS) qui peut alors intervenir auprès des ARS et faciliter l'émergence de régions expérimentales. Or concernant ce plan contre l'alcoolisation materno-fœtale, la DGS aurait voulu un plan à la fois contre le tabac et l'alcool. Un soutien de la DGS aurait pu éviter ou diminuer le retard pris sur cette action. Au final, la MILDECA s'est passée de la DGS, mais certains regrettent que la MILDECA n'ait pas été plus proactive, bien que cela aurait pu engendrer des difficultés avec le ministère de la santé.

Les difficultés pour la MILDECA étaient donc le potentiel conflit avec le ministère de la santé, le fait que pour trouver terre d'accueil et élaborer le plan plus rapidement, il aurait fallu que la mission interministérielle en conçoive au moins les grandes lignes, un investissement en temps qu'elle n'a pas les moyens de faire. En outre, comme nous le disait un acteur de la MILDECA, « *ces programmes sont extrêmement liés aux forces en présence localement, il y a le risque qu'on conçoive des usines à gaz. On ne peut pas être trop responsables des dossiers de ce type* ».

Sur le terrain, les acteurs que nous avons interviewés ont confirmé cette idée que la « plus-value » de la MILDECA ne devait pas être envisagée au niveau de la **conception**, pour laquelle le niveau régional leur semblait pertinent, et ce notamment en raison du manque de connaissances et de préoccupations sur le SAF au niveau national :

« S'il y avait eu un cadre national, un cahier des charges national, cela aurait pu permettre de contrecarrer les individualités et leurs schémas potentiellement dysfonctionnants. Mais pour cela, il aurait fallu que cette problématique intéresse depuis longtemps avec préalablement des travaux de recherche, étudier les parcours, les récurrences d'une région à une autre (...) et qu'ensuite on ait des méthodologies, qu'on demande à deux régions de les tester et de faire des retours avant peut-être une généralisation. C'eût été un choix. Il aurait peut-être évité des grands écarts institutionnels trop liés aux hommes. C'est vrai que les plans nationaux, avec un cahier des charges fait par des têtes pensantes qui ont observé, analysé, enquêté le terrain sur comment cela peut fonctionner, et qu'on en fait des adaptations à partir de l'expérimentation, de l'évaluation : on voit les spécificités locales et on ajuste localement : c'est l'idéal quand cela se passe comme ça. C'est à mon sens le bon équilibre ».

D'autres ont davantage insisté sur le **pilotage** : certes il y a eu quelques réunions de suivi des plans aquitain et réunionnais à Paris, mais les instances nationales pourraient

véritablement leur apporter un soutien dans la **construction d'indicateurs pertinents** pour évaluer l'impact des mesures prises, ainsi que dans la **concertation et la mutualisation des expériences** diverses qui peuvent être menées sur le territoire (y compris en dehors des deux plans évalués ici ou à l'étranger), en créant des temps d'échange et en donnant des points de repère en termes de santé publique et des éléments méthodologiques de suivi et de pilotage de tels plans. Plusieurs acteurs interrogés ont déploré que seuls les critères financiers soient aujourd'hui à leur disposition alors qu'il aurait fallu prendre le temps de construire les indicateurs d'évaluation : c'est là selon eux que la MILDECA, mais aussi la DGS, la DGOS ou Santé Publique France devraient prendre toute leur place à leurs côtés sur cet aspect.

Au regard de ces éléments, il semblerait donc pertinent que la MILDECA mène en interne une réflexion sur son propre rôle, tant au niveau de l'ingénierie de programmes que de celui du suivi des projets, de la plus-value qu'elle peut apporter aux acteurs locaux et de son positionnement par rapport à d'autres acteurs nationaux.

La phase d'élaboration : étape cruciale face à des enjeux spécifiques

Les phases d'élaboration en Aquitaine et à la Réunion n'ont pas obéi aux mêmes stratégies. Premièrement, comme nous l'avons vu, l'appel à projets de la Mildeca correspondait parfaitement à ce que l'ARS-OI avait inscrit dans ses propres plans et s'en est saisi, là où la région Aquitaine a été approchée par la Mildeca elle-même car la région initialement pressentie (la région Nord-Pas-de-Calais) s'est désistée et que la région Bretagne n'a pas donné suite aux propositions de la Mildeca. Deuxièmement, dans un cas c'est l'ARS qui a élaboré le plan SAF (à La Réunion), tandis que dans l'autre c'est le réseau addictologie qui a été chargé d'en assurer l'élaboration (Agir 33 en région Aquitaine). Et cette différence se retrouve aujourd'hui dans le pilotage : dans les deux cas, l'acteur ayant écrit le plan en est aujourd'hui le pilote. On peut ici faire l'hypothèse que cela s'explique également par la variable non négligeable du financement : en effet, l'effort budgétaire consenti par l'ARS dans le cas réunionnais est sans commune mesure avec ce que finance l'ARS Aquitaine, qui pourrait donc plus facilement déléguer la conduite du plan à un autre acteur.

Par ailleurs, et comme notre revue de littérature l'a mis en évidence, l'un des enjeux réside dans la nécessité, dans le cadre de la prévention des TCAF, de prévenir sans punir la mère, d'informer sans culpabiliser tout en se donnant véritablement les moyens de modifier les comportements, défis auxquels sont confrontés l'ensemble des professionnels concernés par les risques de l'alcoolisation fœtale et les autorités publiques. Il nous est apparu clairement dans notre enquête de terrain que tous les acteurs rencontrés étaient sensibles à ces défis et que, en conséquences, ceux-ci se retrouvent bien au cœur des deux plans tels qu'ils ont été élaborés. Cela se traduit à notre sens par deux éléments majeurs, centraux et communs aux deux plans : la place des sages-femmes et le rôle des équipes mobiles devant permettre d'atteindre les femmes éloignées des structures de soins.

Elaboration du plan : enjeux et temporalité en Aquitaine

Lorsque la Mildeca se rapproche début 2015 de la région Aquitaine pour qu'elle expérimente un plan TCAF, et comme nous l'avons mentionné *supra*, l'ARS Aquitaine saisit l'occasion pour approfondir et structurer des dynamiques qui ont émergé depuis une dizaine d'années sur ses différents territoires (Dordogne, Gironde, Lot et Garonne, Pyrénées atlantiques). Elle confie alors à Agir 33, réseau addictions de Gironde, la mission de mener de larges consultations avec tous les acteurs concernés afin d'établir un état des lieux et un plan d'action. Pour ce faire, Agir 33 confie cette mission d'ingénierie à sa chargée de projet (recrutée depuis 2013). Spécialiste des questions d'addictions et de périnatalité, cette chargée de projet avait déjà l'habitude de travailler avec grand nombre des professionnels concernés par la problématique. Par exemple, suite à l'élaboration du RPIB femmes enceintes (dont nous avons parlé plus haut), c'est Agir 33 qui, étant centre de formation (contrairement au réseau Périnatalité), a été chargé de la mise en œuvre des formations proposées (depuis 2014). Les acteurs ont souligné que le fait d'avoir préalablement travaillé ensemble et collaboré dans une bonne entente avait été un facteur important facilitant l'élaboration du projet SAF.

Le temps d'élaboration a été relativement plus long que dans le cas réunionnais (cf. *infra*), Agir 33 ayant pris neuf mois pour établir son programme, entre juillet 2015 et mars 2016. L'élaboration de ce plan a suivi deux étapes : dans un premier temps, et sous l'égide d'Agir 33, des réunions ont eu lieu sur les six territoires de santé de l'Aquitaine avec tous les professionnels pouvant être concernés (soit en matière de prévention, soit en matière d'accompagnement des grossesses à risque, soit en matière de suivi des enfants) pour faire un **état des lieux** de ce qui se faisait déjà autour de cette problématique, en termes de prévention, d'accompagnement des femmes, de suivi des enfants. Dans un second temps, trois groupes de travail (des panels représentatifs regroupant entre 15 et 20 personnes représentant les différents professionnels concernés) ont été organisés pour bâtir un plan d'action. Un premier groupe portait plutôt sur la prévention, sur tout ce qui relève d'actions d'information, de sensibilisation du grand public etc. ; un deuxième groupe de travail portait sur la prise en charge et l'accompagnement des femmes et des enfants (plutôt la filière de soins en périnatalité) ; le dernier groupe a réfléchi aux aspects de gouvernance et de coordination. Ces groupes se sont réunis entre décembre 2015 et mars 2016, soit sept réunions.

Selon les acteurs que nous avons rencontrés, cette stratégie d'élaboration a d'abord permis d'acquérir une bonne connaissance de ce qui se faisait déjà dans certains centres hospitaliers ou dans certaines maternités par exemple. Ils ont également noté qu'il n'y avait pas eu de conflit important, mais parfois des « chocs entre cultures professionnelles » ou des « résistances » repérables, et que la culture de travail commune restait à approfondir (« travailler mieux ensemble et apprendre à se connaître »), notamment entre la sphère médicale *stricto sensu* et l'addictologie. En se basant sur ce qui se pratique dans les maternités

d'Aquitaine, sous l'impulsion du réseau de périnatalité, le projet cherche à **valoriser et développer les « staffs médico-psychosociaux »** : en l'occurrence, faire se réunir acteurs des PMI, de l'addictologie, de la pédiatrie, de la psychiatrie, pour travailler ensemble sur le suivi des femmes enceintes. C'est à partir de là aussi qu'est advenue l'idée centrale de **valoriser le rôle de sages-femmes référentes en addictologie** (détentrices d'un Diplôme Universitaire périnatalité – addictologie, DU proposé par les universités de Paris, Strasbourg et Montpellier), notamment au travers de consultations spécifiques pour les femmes enceintes dans les CSAPA (sachant que ces centres n'avaient pas de filières d'accès propres pour ce public, ni de capacités d'accueil forcément adaptées à des femmes qui sont souvent obligées de venir consulter avec leurs enfants). Ce point s'appuie notamment sur les données de l'OFDT soulignant la faible proportion des femmes dans les centres de consultation en addictologie. Autrement dit, il s'agit à la fois d'être en mesure de proposer des consultations prioritaires (« à l'échelle des neuf mois de grossesse, on ne peut pas se permettre d'avoir des délais d'attente »), mais aussi conditions d'accueil réservées aux femmes ou *a minima* adaptées à l'accueil de ce public (par exemple, des salles d'attente où ces femmes ne soient pas mal à l'aise vis-à-vis des autres publics (hommes et autres addictions)) qui fréquentent les centre, possibilité d'accueillir en même temps les jeunes enfants sans que cela soit un frein au bon déroulement des consultations, par exemple avoir des boxes avec des baies vitrées qui permettent à la femme de surveiller son enfant en train de jouer tout en échangeant avec le professionnel dans de bonnes conditions). Enfin, le plan prévoit la mise en place d'équipe mobile pour aller à la rencontre de ces femmes, dont la pratique commence à être expérimentée à la fin des années 2000 : « Nombre de structures d'accueil féminin entreprennent d'aller à la rencontre d'un nouveau public, à travers le travail de rue ou des visites à domicile, afin de surpasser le frein représenté par la stigmatisation des CSAPA/CAARUD et d'intégrer les difficultés matérielles d'accès aux soins des femmes toxicodépendantes, qui plus est lorsqu'elles ont la charge de leurs enfants » (Note de l'OFDT, 2014-03, Carole MUTATAYI, « Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes », p. 24).

Par ailleurs, en termes de prévention, le plan prévoit le développement de la formation auprès des professionnels (sages-femmes, généralistes, psychologues, gynécologues-obstétriciens etc.) et de l'information auprès des femmes enceintes de **l'entretien prénatal précoce**, une consultation longue (45 minutes à 1 heure), l'idée étant d'aborder l'ensemble des risques dans ce moment particulier de la grossesse, et d'être ainsi capable à la fois de faire passer des messages de prévention et de repérer d'éventuelles vulnérabilités.

A l'issue de cette phase de concertation, le COPIL d'avril 2016 a décidé que le centre ressources serait porté par Agir 33. Un colloque « Alcool et grossesse » où étaient invités l'ensemble des professionnels concernés par la problématique sur les six territoires de santé s'est tenu le 8 septembre 2016 à Bordeaux, et a permis de leur présenter le plan ainsi que de lancer sa mise en œuvre officielle.

Comme nous allons le voir par la suite, ces idées de valoriser l'existant, de mettre des sages-femmes spécialisées en addictologie au cœur des dispositifs, de développer le RPIB et l'entretien prénatal précoce, de développer les possibilités de consultation pour ce public spécifique (adapter les capacités d'accueil des centres et développement des équipes mobiles) sont également centrales dans le plan réunionnais.

Elaboration du plan : enjeux et temporalité à La Réunion

A propos de la problématique des consommations d'alcool des femmes enceintes, La Réunion a quelques spécificités : outre le contexte insulaire et la taille de la population (plus de cinq fois inférieure à celle de la région Aquitaine), **l'alcool consommé** est sensiblement différent par rapport à la métropole (« en volumes réels, la **bière** est la boisson la plus mise en consommation (64%) », suivie par le vin (22%) puis le rhum local (6%)³¹ ; et l'île connaît des comportements spécifiques par rapport à la métropole :

Des comportements spécifiques

- Moins de buveurs mais des quantités ingérées plus importantes pour les buveurs chroniques
- Des habitudes différentes par rapport aux types de boisson
- Des comportements masculins à risques
- Des jeunes très concernés par les usages excessifs d'alcool

Source: http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/publications/COM_Colloque_alcool_03032016.pdf

Cependant, si La Réunion est bien l'une des régions françaises les plus concernées par les enjeux liés à la consommation d'alcool, elle est loin d'être la seule : si l'on regarde les chiffres de l'INPES (de 2013), l'on constate que les régions Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Pays-de-la-Loire et Nord-Pas-de-Calais sont particulièrement touchées par les différentes consommations d'alcool (quotidienne, à risque chronique, et ponctuellement importante)³². Par ailleurs, les médecins que nous avons interrogés dans notre enquête et spécialistes des questions liées aux TCAF ont fait valoir que celles-ci pouvaient avoir des spécificités à La Réunion (alcool consommé et vulnérabilités sociales et familiales avec lesquelles elles se croisent), mais que l'enjeu en termes de santé publique était un enjeu national et non un enjeu strictement régional.

Mais comme nous avons déjà signalé, La Réunion connaissait une dynamique autour du repérage et de la prise en charge des SAF et TCAF assez ancienne, spécifiquement autour de la commune de Saint-Louis. Par ailleurs, deux spécificités réunionnaises sont à souligner : premièrement, les grossesses y sont en moyenne déclarées plus tard qu'en métropole, ce qui implique potentiellement une période d'exposition aux risques de l'alcool sans prise en charge

³¹ http://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/publications/COM_Colloque_alcool_03032016.pdf

³² <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp131107.pdf>

médicale plus longue ; deuxièmement, les grossesses y sont plus qu'en métropole suivies par des généralistes (plutôt que des sages-femmes ou des gynécologues-obstétriciens). De ce fait, la nécessité de former les médecins généralistes se pose dans cette région avec encore plus d'acuité.

Le temps d'écriture du projet SAF à La Réunion a été plus court, puisque celui-ci a été élaboré en deux mois par l'ARS-OI (entre juin et août 2015). Néanmoins, cette élaboration du plan s'appuyait sur un rapport remis à l'ARS en juin 2015, et qui en un sens, est comme un équivalent fonctionnel de la première phase d'élaboration du plan aquitain où avaient été menées de larges consultations pour faire un état des lieux. En effet, en octobre 2014, le directeur adjoint de l'ARS-OI avait chargé, par une lettre de mission, les réseaux SAOME (addictions) et Repère (périnatalité) de « mener, dans les meilleurs délais [*la lettre précise plus bas* : « avant la fin du premier trimestre 2015 »], une réflexion régionale, associant l'ensemble des acteurs concernés par la prévention et la prise en charge des TCAF », en veillant « à associer l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et social, et à rechercher la complémentarité des opérateurs et la construction de référentiels partagés d'intervention et de coordination, plutôt que la mise en place de nouveaux dispositifs, possiblement redondant avec les ressources déjà présentes localement ». Ce courrier ajoutait par ailleurs : « Il vous reviendra également de confirmer la pertinence d'un centre ressources régional, et d'en proposer le contour et les attributions ».

Sur ce dernier point, et en creux, il s'agissait précisément d'évaluer la pertinence de créer un centre « omnipotent » (terme employé par plusieurs acteurs interrogés), une concentration en un seul centre de tous les aspects relatifs aux TCAF, sur le modèle des centres ressources autisme, allant du diagnostic à la prise en charge et à l'accompagnement des femmes et des enfants (comme cela existe dans la province canadienne du Manitoba). Pour les auteurs du rapport, un tel centre aurait ignoré ce qui se faisait déjà et ce que portaient de nombreux acteurs sur l'ensemble du territoire réunionnais. Ce projet était en outre jugé trop stigmatisant pour le public concerné, trop coûteux (le CHU ayant déjà les infrastructures – couteuses – nécessaires au diagnostic, le rapport préconisait que le dépistage soit confié à l'hôpital pour ne pas créer de structure supplémentaire qui aurait été une « débauche d'argent »). Enfin, un problème d'accès était évoqué si le diagnostic ne pouvait se faire qu'à un seul endroit sur l'île. Le plan final a donc choisi de confier au CHU ces missions de diagnostic avec deux plateformes (Nord et Sud).

Au total, certains des acteurs que nous avons interrogés jugeaient qu'un tel centre « omnipotent » aurait éventuellement été envisageable à l'échelle d'un secteur de l'île mais qu'il ne l'était pas dans le cadre d'un plan d'échelle régionale.

Ce point constitue le principal point de clivage, clivage extrêmement structurant entre deux camps. Ce clivage est une histoire de personnes mais qui recoupe aussi des conflits institutionnels, et qui se sont cristallisés au moment de la fermeture de Réunionsaf (évoquée *supra*), autrement dit lorsque l'ARS met fin au financement de ce réseau et confie ses missions

au réseau d'addictologie. De par cette histoire locale se trouve donc renforcé un « choc » entre cultures professionnelles plus général concernant les addictions, entre l'addictologie et l'approche hospitalière, la première s'étant précisément développée contre la seconde (cf. Henri Bergeron, *Sociologie de la drogue*). On peut résumer le clivage réunionnais ainsi :

- D'un côté, les « pro-Réunisaf » reprochent au plan SAF adopté d'être un projet trop morcelé, trop sanitaire et mettant trop l'accent sur l'addictologie arguant qu'avec ces femmes, « les portes s'ouvrent par le social, pas par le sanitaire », que la transversalité vient d'en haut (de l'ARS) alors qu'elle doit venir d'en bas (du terrain), que les conditions ne sont pas suffisamment réunies pour créer la confiance nécessaire avec ce public, et des acteurs se sont mobilisés autour du plan tels des voraces au vu du budget déployé.
- Dans l'autre camp, on reconnaît à la fois « des qualités indéniables et des torts graves », des capacités d'expertise et d'entreprenariat politique. Mais impliquant pour certains l'impossibilité d'un travail en commun, des acteurs mettent en cause les méthodes de travail et des pratiques non-éthiques. D'autres encore accusent d'instrumentaliser les populations vulnérables, une cause humaniste, pour des enjeux d'ego et d'argent. En outre, on reproche aux pro-réunisaf de n'avoir jamais réussi à mener le travail en dehors de la commune de Saint-Louis et de n'avoir jamais produit de données scientifiques permettant d'évaluer la prévalence du phénomène SAF et TCAF ou de suivre des cohortes.

Comme dans tout affrontement, chaque camp est persuadé d'avoir la bonne approche, persuadé qu'il n'est pas possible de faire autrement. Mais comme nous l'avons déjà signalé, ce clivage s'est renforcé du fait de conflits de personnes, peu enclines à trouver des compromis. Seuls quelques acteurs ont cherché à atteindre un consensus, bien que cela soit interprété par d'autres comme de la peur (crainte due aux importants relais médiatiques et politiques des « pro-réunisaf »). Au final, le plan apparaît comme un compromis fragile tant la mise en œuvre risque à nouveau de faire éclater ces conflits interpersonnels, et tant certains acteurs nous ont déclaré refuser catégoriquement de travailler avec d'autres.

Au final, un Centre ressources a bien ouvert au 1^{er} avril 2016. Pensé au cœur du dispositif, il est chargé de faire de la coordination, de mettre du lien entre les différents partenaires, de penser le parcours des patients, et de rédiger, toujours avec les différents partenaires, les référentiels pour les professionnels, et enfin de produire des données qui manquent aujourd'hui (données de prévalence, suivi de cohortes), mais n'est chargé ni du diagnostic ni du suivi à proprement parler des femmes enceintes.

Comme dans le cas aquitain, la philosophie générale du plan est bien de coordonner et fluidifier le parcours des femmes et des enfants concernés par la problématique de l'alcoolisation fœtale, là où le parcours et l'histoire de ces femmes sont précisément hachurés. En termes de gouvernance, un comité de pilotage sous l'égide de l'ARS et réunissant tous les partenaires est censé s'occuper du pilotage général. Ensuite, le plan est décliné en fiches actions avec un ou deux chef(s) de file par action.

Concernant la prise en charge, et considérant que « la priorité d'une femme enceinte qui boit, c'est rarement son addiction », il est prévu dans le plan réunionnais (comme dans le cas aquitain), que ce soit à la fois des acteurs spécialisés en addictologie et en périnatalité qui s'occupent du suivi de ce public. Des équipes mobiles pour aller à la rencontre des femmes sont progressivement mises en place dans quatre secteurs de l'île (Sud puis Nord, Est et Ouest ensuite), équipes mobiles qui ont encore plus leur pertinence par rapport à l'Aquitaine de par les conditions géographiques propres à La Réunion (en particulier « Les Hauts » de l'île) et les problèmes de transports et donc d'accessibilité à certaines structures de soins. Concernant ces équipes mobiles, certains acteurs interrogés ont fait référence à ce que faisait Réunisaf dans les années 2000, reconnaissant les vertus d'une approche de la femme enceinte consommatrice d'alcool qui soit simultanément globale mais de proximité. En revanche, il y a une divergence profonde sur les méthodes, certains jugeant les anciennes pratiques de Réunisaf de non-éthiques et relevant de l'ingérence.

Toujours concernant la prise en charge des femmes, les CSAPA sont également tenus d'ouvrir un accueil spécifique *in situ*.

Des formations au RPIB sont organisées par l'ANPAA. Elles concernent 80 professionnels en santé et 80 professionnels du secteur social. L'ANPAA est porteur de ce volet concernant les formations (i.e. chargée de les organiser) mais celles-ci sont elles-mêmes assurées par deux formateurs :

- un binôme constitué d'un médecin de l'ANPAA et d'un animateur du service prévention – formation pour les formations à destination des travailleurs sociaux,
- et un binôme composé d'un médecin de l'ANPAA et d'un médecin libéral pour les formations à destination des professionnels médicaux.

L'ANPAA cherche à obtenir le label DPC afin que ces formations puissent être dédommagés pour les professionnels libéraux.

L'ANPAA promeut également un outil appelé « une affaire de famille » visant spécifiquement à prévenir la transmission générationnelle de la surconsommation d'alcool.

Les débuts de la mise en œuvre du plan réunionnais

La mise en œuvre en Aquitaine a été très peu abordée lors de notre enquête : en effet, cette dernière s'est arrêtée un mois après le début de la mise en œuvre du plan aquitain, au moment où le centre ressources commençait à travailler sur la construction des parcours de prise en charge des femmes et des enfants. Nous traiterons donc dans cette partie des premiers mois de mise en œuvre du plan réunionnais.

De ce que nous avons pu observer à la fin de notre travail de terrain (novembre 2016), des actions avaient bien été entamées mais de nombreux points étaient néanmoins en suspens. Premièrement, de nombreux interviewés s'inquiétaient de la **coordination et du pilotage**

général, puisque le premier COPIL avait eu lieu en janvier 2016, mais qu'aucune autre réunion ne s'était tenue ni n'était prévu depuis. Par ailleurs, si le pilotage de chaque action du plan est séduisant sur le papier, il ne rencontre pas de traduction perceptible dans la pratique, les chefs de file eux-mêmes n'étant pas au clair sur leur propre rôle.

L'absence de COPIL durant l'année 2016 (hormis le premier et unique en janvier) peut s'expliquer par deux points : premièrement, par des facteurs internes à l'ARS : le départ en juillet 2016 du directeur adjoint extrêmement investi sur le dossier, départ qui semble avoir laissé la place à des dissensions interne à l'agence. Deuxièmement, toujours à l'été 2016, et tandis que le centre ressources est ouvert depuis le 1^{er} avril, le pressenti délégué aux questions internationales et aux réseaux de proximité, un ancien de Réunisaf, refuse de signer son contrat, refusant « d'être mis sur une voie de garage » et ne voulant pas être la « caution » d'un centre ressources pour lequel il imaginait d'autres contours et plus de missions. La crise ne sera résolue qu'après l'été lorsqu'il obtient de l'ARS que son poste au centre ressources soit redéfini comme « *directeur délégué des réseaux de proximité et à la coopération régionale, nationale et internationale* ». L'ARS n'envisageait pas d'organiser un nouveau COPIL tant que cette « crise » n'était pas réglée.

Par ailleurs, un autre point de conflit a provoqué des remous entre le (futur) directeur délégué du centre ressources et l'ANPAA notamment, lorsque, peu de temps après l'ouverture le 1^{er} avril 2016 du centre ressources, alors composé seulement de sa directrice et d'un secrétaire, s'ouvre le recrutement des deux éducatrices spécialisées pour les équipes mobiles du Nord et du Sud de l'île. Lui voulait que soient recrutées les deux « tisseuses de lien » qui opéraient à l'époque de Réunisaf. Les recruteurs de l'ANPAA n'en ont recruté qu'une des deux, et l'ont affectée au Nord (tandis qu'elle travaillait au Sud du temps de Réunisaf) au motif que la seconde n'avait pas le diplôme d'Etat requis pour la fonction, au profit d'une autre personne, qualifiée, dont la personnalité « semblait mieux correspondre » au reste de l'équipe du CSAPA Sud. Pour les uns, il s'agit d'une procédure de recrutement « normale » obéissant à des critères précis, tout en ne cachant pas un certain soulagement de ne pas recréer une sorte de « Réunisaf bis » ; pour les autres, il s'agit d'un affront, et d'un manque flagrant de sens pragmatique, cette ancienne tisseuse de lien étant une « excellente professionnelle, justement parce qu'elle fait bouger les lignes » et bénéficiant, de par son ancienne expérience, à la fois d'une bonne connaissance du terrain et des enjeux ainsi que de la confiance – longue à acquérir – de ces femmes vulnérables.

Par ailleurs, nous avons aussi constaté des obstacles de mise en œuvre qui n'avaient pas été anticipés, difficultés qui non seulement peuvent accroître le retard pris mais aussi remettre en cause quelques principes du plan :

- Tout d'abord, le recrutement des sages-femmes spécialisées en addictologie par l'ANPAA pour ouvrir des consultations dans les CSAPA et intégrer leurs équipes mobiles : au moment de notre déplacement fin octobre, une sage-femme venait d'être recrutée, la seconde était sur le point de l'être. La première a démissionné et la

seconde a refusé de signer son contrat pour des raisons de statut. En effet, l'ANPAA n'a pas créé de grille indiciaire sage-femme ; en conséquence, les deux sages-femmes s'étaient donc vu proposer des contrats d'infirmières spécialisées avec la grille salariale correspondante. Or nous l'avons mis en évidence, la présence de ces sages-femmes dans le circuit de l'addictologie, aussi bien en Aquitaine qu'à La Réunion, constitue l'un des principes fondamentaux de ces deux plans.

- Deuxième point problématique, le recrutement des médecins libéraux dans les binômes de formation pour les professionnels médicaux : soutenu par l'ARS comme étant un gage pour susciter la venue des professionnels libéraux dans ces formations, l'idée rencontre deux problèmes de mise en œuvre : la première est celle de trouver des volontaires, visiblement très rares ; la seconde étant que vient s'ajouter le problème de former ces rares volontaires.

Conclusion et recommandations :

Pour conclure, nous aimerions souligner d'abord que les deux plans, dans leur conception, entrent en résonance avec les préconisations que notre revue de littérature sur le sujet a fait ressortir. Par ailleurs, dans les deux cas, l'élaboration des projets a cherché à travailler le parcours de femmes au moyen de coordinations d'acteurs, tout en s'adaptant aux problématiques locales, et dans le cas réunionnais, en cherchant à dépasser les antagonismes locaux créés par une histoire tourmentée à la fois entre différents acteurs institutionnels et personnalités réputées clivantes.

A la fin de l'année 2016, première année de mise en œuvre, cinq points méritent à notre sens une attention particulière pour le reste de l'implémentation :

1. **Le pilotage global dans le cas réunionnais est à renforcer**, d'abord pour calmer les inquiétudes dont différents acteurs nous ont fait part ne sachant pas ce qu'il advenait de différentes parties du plan ; c'est également un point à renforcer, car en l'absence d'un pilote clairement identifié et mobilisé sur le sujet, le risque de mise à mal du compromis trouvé semble d'autant plus important : pouvant laisser penser à du désintérêt, l'ARS pourrait ainsi laisser plus de place aux clivages et aux antagonismes qui ont difficilement été surmontés.
2. Dans les deux régions, plusieurs acteurs ont avancé la culture française, renforcée par le fonctionnement actuel des institutions, comme **frein à ce que les différents professionnels travaillent ensemble**. Sur cette problématique, cela se traduit par des **cultures professionnelles difficiles à concilier**, notamment entre l'addictologie et certains médecins, s'accusant réciproquement sur les approches (une approche « intrusive », « relevant de l'ingérence » d'une part, et approche « culpabilisante » et dans l'injonction d'autre part).

3. Si une grande place est faite à la formation continue dans les deux plans, on peut regretter l'absence d'actions prévues **en formation initiale**.
4. Par ailleurs, comme pour les autres actions de prévention évaluées pour ce rapport ont été soulevés des problèmes liés au **financement des actions de prévention et à la non-pérennité de ces budgets**, contrairement aux actions de soins, obligeant souvent des associations à réaliser des « manœuvres pour bricoler » le financement des actions de prévention.
5. Enfin, en raison des similitudes rappelées ci-dessus entre les deux plans (en dépit des différences budgétaires), il faudrait **multiplier plus encore les échanges entre les acteurs aquitains et réunionnais** afin qu'ils puissent apprendre les uns des autres : non seulement pour qu'ils puissent envisager des voies d'améliorations de leurs propres pratiques, mais également pour qu'en cas de décalage de mise en œuvre sur des actions similaires, ils puissent anticiper les éventuels obstacles.

CONCLUSION GENERALE : DES ELEMENTS TRANSVERSAUX

Si chacune des quatre actions soutenues par la Mildeca et évaluées pour ce rapport a été l'objet d'un travail de terrain spécifique et que les restitutions que nous en faisons sont à lire séparément, il nous semble néanmoins possible de dégager trois axes transversaux en guise de conclusion : des mesures innovantes très articulées avec les recommandations de la littérature ; l'enjeu de la coordination des acteurs à tous les niveaux ; le financement des actions de prévention.

Premièrement, la prévention était un axe fort du plan intergouvernemental 2013-2017 de lutte contre les conduites addictives, et l'accent était particulièrement mis sur la prévention par les pairs, ainsi que sur certains publics, jeunes et femmes notamment. Que ce soit au travers de l'action soutenant les dispositifs d'Etudiants Relais-Santé, au travers de la prévention de l'attrait pour le trafic de drogues, par le biais de la prévention de l'alcoolisation auprès des jeunes femmes en âge de procréer et des femmes enceintes, et encore en cherchant à améliorer l'efficacité des Consultations Jeunes Consommateurs, ce sont bien des déclinaisons concrètes de ces axes prioritaires dont il était question. Outre le fait de soutenir des mesures innovantes, on ne peut que saluer le fait qu'une administration interministérielle ait été en demande d'évaluation « chemin faisant » dans un véritable souci d'amélioration et de rationalisation de l'action publique. Par ailleurs, nos trois revues de littérature sur la prévention par les pairs, sur la prévention du trafic de drogues et sur la prévention de l'alcoolisation materno-fœtale, il apparaît clairement que ces actions soutenues par la Mildeca sont en phase avec les principales préconisations de la littérature scientifique et les recommandations nées d'expérimentations déjà menées.

Deuxièmement, la coordination d'acteurs a été un élément transversal à l'ensemble de ces quatre terrains. Nous avons d'abord saisi la difficulté de coordonner les actions de différents acteurs nationaux, mais aussi les difficultés que peut rencontrer la coordination des différents niveaux (national et locaux) de la Mildeca elle-même de coordonner ses relais locaux. Enfin, ses relais locaux aussi, ainsi que les porteurs d'actions locales rencontrent souvent des difficultés dans leur mission de coordonner différents types d'acteurs, et souvent nombreux, aux cultures professionnelles propres : acteurs du monde médical, du secteur social et associatif, acteurs étatiques et municipaux, forces de l'ordre etc. Cet enjeu s'est révélé particulièrement saillant dans l'analyse des actions de la prévention de l'attrait pour le trafic de drogues et de la prévention du SAF, dans une moindre mesure pour les ERS. Mais l'enjeu de la coordination à tous les échelons reste un enjeu crucial.

Enfin, la question du mode de financement des actions de prévention s'est posée à plusieurs reprises et à propos de différentes actions. Souvent annuel, le financement de mesures préventives ne correspond pas forcément leur calibrage, souvent pluriannuel. De ce point de vue, des budgets plus pérennes pour le champ de la prévention et plus en adéquation avec les actions telles qu'elles sont pensées pourraient être une voie d'amélioration de

l'efficacité des politiques publiques. En outre, étant un champ pétri de clivages interprofessionnel et marqué par l'existence de nombreux acteurs, la coordination interprofessionnelle demeure un enjeu majeur.