

Lutte contre les drogues et les conduites addictives: évaluer la mise en oeuvre des actions de prévention

par **Louise Lartigot-Hervier***

louise-amelie.lartigot-hervier@uvsq.fr

Louise Lartigot-Hervier est maître de conférence à l'Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, à l'IEP Saint-Germain-en-Laye, (CESDIP) et chercheuse affiliée au LIEPP.

La recherche qui sous-tend ce *Policy Brief* a bénéficié du soutien apporté par l'ANR et l'État au titre du programme d'Investissements d'avenir dans le cadre du labex LIEPP (ANR11LABX0091, ANR 11 IDEX000502). Elle a fait l'objet d'un financement par la MILDECA.

La recherche a été réalisée sous la direction scientifique d'Henri Bergeron (directeur de recherche CNRS au CSO, affilié au LIEPP) et Patrick Hassenteufel (professeur de science politique à l'UVSQ), par Louise Lartigot-Hervier et Francisco Roa Bastos (chercheur post-doctoral au CEE, Sciences Po).

** Les auteurs adhèrent à la charte de déontologie du LIEPP disponible en ligne et n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt potentiel.*

RÉSUMÉ

Ce Policy Brief revient sur l'évaluation réalisée en 2014 - 2015 de quatre actions du plan gouvernemental interministériel de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Tout en exposant les principaux enjeux et résultats, il s'agit également de soulever des questions sur la méthode et les buts d'un type précis d'évaluation : celle de la mise en œuvre de l'action publique.

Si ce Policy Brief s'attarde surtout sur la « prévention par les pairs » à travers le cas des étudiants relais santé salariés et celui de la prévention de l'entrée dans le trafic de drogues, l'évaluation a également porté sur la prévention des troubles liés à l'alcoolisation materno-fœtale, et sur la campagne nationale de communication sur les Consultations Jeunes Consommateurs.

ABSTRACT

This Policy Brief covers the 2014-2015 evaluation of four actions from the governmental plan against drugs and addictive behaviors 2013-2017. While outlining the key issues and results, it also raises questions about the method and purpose of a peculiar type of policy evaluation: that of the implementation of public action. While this Policy Brief focuses mainly on the "peer-to-peer prevention" policy component, whereby paid student volunteers are engaged instead of health professionals, and prevention of entry into drug trafficking, the evaluation also covered prevention of maternal-fetal alcohol-related disorders, and on the national advocacy campaign "Dialogues with Young Users".

Introduction

La Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA), rattachée au Premier ministre, fonde son action sur un plan gouvernemental quadriennal. Dans le cadre des orientations prioritaires inscrites dans le plan 2013-2017, elle a encouragé la recherche pluridisciplinaire sur ces thématiques. Ce plan insistait notamment sur la nécessité de développer la « recherche évaluative », pour disposer de travaux académiques utiles aux pouvoirs publics afin d'améliorer l'efficacité de l'action publique (mesure 95). En complément du suivi assuré par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), il préconisait donc une évaluation portant sur plusieurs dispositifs ou actions emblématiques des différents champs d'intervention.

Comment citer cette publication :

L. Lartigot-Hervier, **Lutte contre les drogues et les conduites addictives: évaluer la mise en oeuvre des actions de prévention**, *LIEPP Policy Brief*, n°37, 2018-01-11.

Trois principaux critères ont prévalu pour une sélection des quatre actions évaluées ici :

- l'importance des actions au regard de l'ensemble du plan (notamment les publics ciblés par les actions) ;
- les niveaux de mise en œuvre (évaluer des actions de type national et des actions expérimentées au niveau territorial) ;
- le caractère innovant des dispositifs.

Pour les quatre actions retenues, il s'agissait d'évaluer, dans une perspective de sociologie de l'action publique, les processus de coopération et de coordination des acteurs de terrain, ainsi que le rôle de la MILDECA en tant qu'acteur de coordination et d'impulsion. Par ailleurs, elle visait à réaliser des ajustements "chemin faisant" dans la mise en œuvre des actions. De ce fait, elle se distingue donc d'autres types d'évaluation : il ne s'agissait pas d'une évaluation d'impact, ni *ex ante* ni *ex post*, mais d'une évaluation de type "évaluation - accompagnement - adaptation" (Lacouette Fougère, Lascoumes, 2013). Elle a donc reposé sur l'analyse du contexte dans lequel se déploient les actions (quel est le degré de mise en œuvre des actions? quelles sont les conditions et les modalités de cette implémentation?) et sur l'étude des acteurs et des dispositifs mis en place, autant d'éléments qui ne sont pas toujours mesurables et pris en charge par une évaluation quantitative. Dans cette approche, la qualité des processus de mise en œuvre est un élément essentiel de l'évaluation de l'efficacité d'une action publique (Wasmer, Musselin, 2013).

L'angle méthodologique retenu a été celui d'une analyse fondée sur des matériaux qualitatifs.

Méthodologie

Des études de cas ciblés ont été réalisées pour chaque action évaluée, permettant de mettre en lumière des processus, des obstacles ou des conflits, de rendre compte des dynamiques organisationnelles, d'entendre les acteurs, de faire remonter des exemples concrets.

Pour ce faire, nous avons utilisé :

- des revues de littérature sur les sujets évalués;
- de nombreux entretiens semi-directifs auprès des acteurs concernés par la conception et la mise en œuvre des actions;
 - pour une action (ERS), une enquête par questionnaire réalisée en plus des entretiens;
- des documents de travail utilisés et fournis par les acteurs interrogés;
- des comparaisons locales quand cela était possible pour mettre en perspective les cas analysés.

1. La prévention par les pairs

1.1. "La prévention par les pairs"

Si l'apparition de la prévention par les pairs remonte aux années 1950 dans le domaine de l'usage des drogues (Jauffret-Roustide, 2002), elle connaît un essor très important depuis la fin des années 1980, dans une multiplicité de domaines, et ce pour

deux raisons principales :

- l'échec de la prévention traditionnelle notamment en direction des populations les plus jeunes,
- un contexte international de production normative incitant les autorités publiques à l'ancrage communautaire des politiques de santé pour prévenir les comportements à risque [1].

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' » (INPES, 2012).

Pour plusieurs raisons, les messages de prévention sont mieux écoutés et réceptionnés par les jeunes s'ils sont émis par des pairs : la proximité peut susciter un regain d'intérêt, éviter le sentiment d'injonction, l'asymétrie et le regard moralisateur (projeté ou ressenti) entre un professionnel et le jeune, et une efficacité plus grande en termes de communication (les jeunes sachant mieux que quiconque quel "langage" et quels instruments peuvent avoir le plus d'impact sur leurs pairs).

Le terme même de « pairs » peut prendre des significations très différentes selon les contextes et les dispositifs. Ainsi leur fonction et leur rôle peuvent être très variables en fonction du critère retenu et de la vision que se font les concepteurs/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-tuteurs" ? Dans tous les cas, les "pairs" occupent une position intermédiaire : des "sas" ou des "passerelles" entre deux mondes (Le Grand, 2012).

Parmi les quatre actions évaluées, deux reposaient sur de tels pairs, avec une conception et une efficacité très différentes (prévention des conduites addictives des étudiants, prévention de l'entrée dans le trafic de drogues des jeunes à Marseille).

1.2. La prévention par les pairs en milieu universitaire : les Etudiants Relais Santé

Reposant sur le principe de l'éducation par les pairs, les Etudiants Relais Santé (ERS) sont des étudiants intervenant principalement lors des manifestations festives et dans les actions de prévention universelle sur les campus ou dans les cités universitaires.

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, sans que les administrations n'aient beaucoup de visibilité sur ce

[1] Charte d'Ottawa de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1986, "Renforcement de l'action communautaire".

qui est mis en place dans les différentes universités. Dresser un état des lieux ne signifie pas nécessairement remettre en cause cette diversité qui peut constituer, plutôt qu'un problème, un pré-requis. Chaque intervention doit en effet être pensée 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 (Cornish, Campbell, 2009). Cette évaluation avait plutôt pour but :

- d'analyser le rôle et la place de la prévention des conduites addictives dans les universités sélectionnées,
- d'envisager l'articulation entre ERS et les autres acteurs de la prévention,
- d'évaluer l'efficacité de la formation reçue par les ERS au regard de leurs interventions.

L'évaluation a donc été réalisée par l'analyse qualitative de la formation des étudiants relais, en interrogeant des professionnels des services universitaires de médecine préventive et des ERS, dans cinq des huit universités ayant bénéficié d'un financement MILDECA en 2014-2015 (Tours, Bordeaux, Rouen, Clermont, Lorraine). Ces établissements ont été retenus car ils offraient des variations intéressantes sur les critères suivants :

- 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,
- mise en place d'actions de prévention différentes.

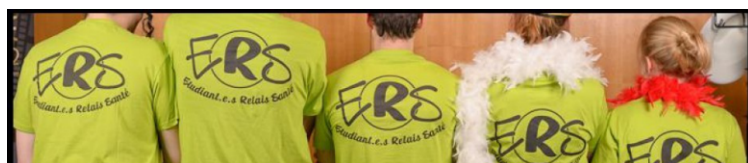
Pour mieux cerner ces actions de prévention par les pairs, elles ont été mises en lumière avec la prévention menée de manière plus "traditionnelle" sans ERS, dans les universités de Versailles – Saint-Quentin et de Paris V.

1.2.1. Les différents types de dispositifs d'ERS et leur formation

Au-delà de la prévention "traditionnelle" assurée par les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), certains d'entre eux expérimentent depuis le milieu des années 2000 la prévention par les pairs via des ERS. Deux grands types de dispositifs existent, non exclusifs l'un de l'autre (les Universités d'Auvergne, de Lorraine et de Tours ont les deux) (tableau ci-dessous).

La question de la formation des "pairs" aux problèmes de santé publique qu'ils sont censés aider à prévenir est centrale : puisque l'on confie la promotion et la prévention à des pairs qui sont par définition des non-professionnels, comment les former pour garantir leurs compétences (Schoene, 2006) ? La formation mise en place doit répondre à une question préalable qui détermine en grande partie le type de dispositif choisi (Chobeaux, 2011) : veut-on procéder à la formation de nouveaux pairs à l'intérieur du groupe ou souhaite-t-on plutôt s'appuyer sur les leaders existants pour les sensibiliser au risque qui fait l'objet de la politique de prévention ? C'est la réponse apportée à cette question qui doit déterminer le type de formation nécessaire à l'acquisition des compétences requises par les "pairs" ainsi formés (Hagan et al, 2011).

Dans les cas des ERS évalués, seules des formations collectives ont été réalisées. En termes de contenu, celles-ci ont pu être soit centrées sur un risque particulier, soit généralistes et porter sur l'éducation à la santé au sens large dont le risque addiction (Degenhardt et al, 2010; Noël, Gagnon, 2013). Les formations des ERS relèvent de chaque SUMPPS, libre de les organiser comme il l'entend, et qui recourt dans certains cas aux services d'organismes extérieurs spécialisés dans la prévention, comme par exemple l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie). S'il n'existe ni harmonisation ni cahier des charges en termes de formation des ERS,



ERS salariés	ERS d'une Unité d'Enseignement (UE)
<ul style="list-style-type: none"> - embauche, formation d'ERS par le SUMPPS, comme salarié (emplois étudiants) ou stagiaire; - critères de recrutement: <ul style="list-style-type: none"> - étudiants ayant déjà une expérience et un engagement associatifs, ou un engagement citoyen quelconque; - capacité à entrer en contact avec les autres; - tentative d'avoir des étudiants de toutes les filières, malgré les difficultés à recruter sur certains campus (ex. isolés par rapport au SUMPPS et au campus principal) ou dans certaines formations (ex. IUT où charges horaires de cours plus importantes); - niveaux L2 et L3 privilégiés. - rémunérations variables (ex. 100 heures payées au SMIC, indemnités de stage de 450€ pour 4 à 6 mois, contrats étudiants de 13 à 20 heures par mois, 200 heures maximum sur 9 mois); - spécialisation des ERS (nutrition, addictions, bien-être, sexualité etc.) ou compétences généralistes et une approche transversale de la santé étudiante. 	<ul style="list-style-type: none"> - mise en place une UE opérationnelle; - possibilité pour l'étudiant de valider des crédits d'enseignement (ECTS); - objectif: fournir aux étudiants des compétences 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.

Tableau 1 (situation en 2014-2015) synthétise les principales variations entre les universités comparées

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' Q.	Non	20 000		

les services universitaires de médecine préventive analysés proposaient tous une formation initiale de 2 à 5 demi-journées, pour 12 heures en moyenne, ensuite complétée de formations au fil de l'année selon les besoins et les actions menées.

Plus que sur le contenu et l'organisation des formations, c'est sur l'encadrement des ERS salariés que nous avons constaté des différences : leur statut (médecin généraliste, santé publique, addictologue, infirmière, chargée de projet, diététicienne etc.), mais aussi leur taux d'emploi (de 20 à 80%).

1.2.2. Les différentes "conceptions" des dispositifs ERS et actions afférentes

Bien plus que la formation reçue, c'est la "conception" générale qui sous-tend le dispositif qui fait la principale différence entre les modèles d'ERS étudiés, soit la conception initiale du rôle et de l'autonomie conférée aux ERS, de leur plus-value, de leurs moyens etc. De ce point de vue, différents modèles peuvent être distingués :

- **L'ERS comme simple courroie de transmission** (Rouen) entre les actions du SUMPPS et les étudiants. Leur rôle est alors de diffuser des informations, adresser des étudiants au SUMPPS, participer aux actions annuelles du SUMPPS avec des stands de prévention (tabac, SIDA, cannabis...).

- **Le modèle de l'irrigation par les Unités d'Enseignement (UE)** à Nancy et Metz où les actions sont organisées autour de quatre labels communs : vie amoureuse et sexualité ("*Je t'aime un peu beaucoup*"), addictions ("*Faites la fête*"), stress ("*Zen'études*"), 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 3ème année du site tiennent des stands sur tout le campus.

- **La prévention par les pairs comme "semeurs de graine" et relais vers les thérapeutes** (Auvergne,

Tours, Metz) : il s'agit principalement de cibler les responsables d'associations et les convaincre de se former, d'organiser la formation en tant que telle (problématique particulièrement importante tandis que les vice-présidents étudiants sont souvent élus sur leur capacité « à tenir l'alcool » et leurs liens avec des alcooliers). Ces formations peuvent aussi être en lien avec des sites Internet et/ou des applications, proposant des informations, des statistiques générales sur des thèmes comme l'alcool, le tabac, le cannabis ou la qualité de vie. Les étudiants peuvent tester leur consommation et, le cas échéant aller vers des tests plus approfondis sur leurs risques de dépendance. En présentiel, les ERS peuvent aussi tenir des stands d'animation sur les différents sites de l'université, animés avec des outils ludiques, créés par les ERS pour aider à "la prise de conscience" Il peut s'agir de jeux de plateau, de jeux de société, d'"écocups" soit des verres doseurs pour comparer les doses de bar et les doses que les étudiants se servent eux-mêmes, de lunettes faisant voir comme en état d'ébriété avancée, d'outils de communication tels des cartes postales, clips vidéos, concours photo thématiques etc.). Enfin, les actions peuvent s'appuyer sur des séances de théâtre-forum sur le thème des addictions : les ERS écrivent des scénarii pour un théâtre participatif joué par une troupe qui interpelle le public devenant lui-même acteur pour rejouer la scène et envisager les moments de bascule.

- **Le modèle des médiateurs - initiateurs de projets** (Bordeaux), reprenant les caractéristiques du modèle précédent mais avec quelques caractéristiques supplémentaires : les équipes d'ERS sont spécialisées (une équipe dédiée aux addictions), encadrées par un chef de projet (et non un personnel médical du SUMPPS) à 80%.

1.2.3. Comment comprendre la dynamique d'un dispositif ERS ?

Finalement, l'étude des perceptions des acteurs (personnels des SUMPPS et ERS), des budgets, des activités déployées, des outils construits

nous a permis d'apprécier la dynamique des différents dispositifs. Si, pour les personnels des SUMPPS interrogés, leurs actions ont beaucoup plus de succès quand elles impliquent les ERS, les budgets, fortement variables d'un établissement à l'autre, expliquent les possibilités d'action des différents SUMPPS. Notre étude a permis de faire apparaître d'autres variables déterminantes :

- **L'ancienneté dans le dispositif** apparaît comme un facteur d'apprentissage et de perfectionnement. Les universités de Bordeaux et d'Auvergne ont été pionnières et paraissent "à l'étape d'après" par rapport aux autres.

- **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.

- **Le taux d'emploi du directeur de service et de(s) personne(s) encadrant les ERS** joue un rôle en ce qu'il détermine la disponibilité pour les encadrer et suivre les projets.

- **La relation avec le doyen et la politique générale de l'université** en matière de prévention constituent aussi des variables importantes, puisqu'elles fixent la place accordée à la promotion de la santé estudiantine: la santé des étudiants est-elle envisagée comme relevant du domaine privé ou partie intégrante du cursus pédagogique ?.

- **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 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.

- **Enfin les "conceptions" des dispositifs** créent des dynamiques plus ou moins positives. Plus l'autonomie donnée aux ERS est grande en ce qui concerne les projets à mener, plus ceux-ci s'impliquent.

1.2.4. Comment envisager l'amélioration des dispositifs ERS ?

Notre revue de littérature (restituée dans le rapport complet) a mis en exergue que la plupart des études tentent de formuler des recommandations pour améliorer les pratiques de prévention par les pairs, qui sont principalement de trois ordres :

- Inscrire beaucoup plus dans la durée ces dispositifs, en raison des logiques d'apprentissage et cumulatives.

- Concevoir les dispositifs de prévention par les pairs comme des stratégies complémentaires à des politiques de prévention plus traditionnelles.

- Elaborer ces dispositifs d'abord et avant tout sur une étude précise et rigoureuse des publics et des contextes d'intervention auxquels ils sont destinés.

Au-delà de ces recommandations, notre évaluation a fait apparaître que des améliorations pouvaient être envisagées sur les points suivants :

- Diffusion des informations sur les ERS : des personnels de SUMPPS n'avaient pas connaissance de la possibilité même de recourir à des ERS. Ce Policy Brief et notre rapport pourraient y contribuer.

- Partage d'expériences et diffusion des outils créés (par exemple via une plateforme d'échange et/ou une journée de rencontres). Cela paraît 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 en bénéficiant de l'expérience des autres.

- Schéma directeur engageant les présidents d'université (le plan national de la vie étudiante en prend le chemin), similaire au schéma directeur handicap qui engage les présidents d'universités, et pour lequel toute composante universitaire doit avoir une personne relais handicap. Cela pourrait amplifier et démultiplier l'action et permettrait d'éviter le confinement dans un service de la promotion de la santé estudiantine.

2. Expérimentation à Marseille d'un programme de prévention de l'attrait pour le trafic de drogues

Dans un contexte complètement différent, notre évaluation a aussi porté sur une expérimentation visant à prévenir l'entrée dans le trafic de drogues de jeunes (11-15 ans) de quartiers Sud de Marseille. Cette action avait en commun avec l'action ERS de reposer sur le principe des pairs puisqu'il s'agissait de construire les outils de cette prévention avec des panels représentatifs des populations de "zones de sécurité prioritaires", dans un objectif de réappropriation du territoire par la population.

L'évaluation devait porter sur la coordination des structures et des acteurs et les modalités de mise en œuvre. L'action n'ayant pu être menée à son terme, l'évaluation a plutôt porté sur les obstacles à son déploiement; elle est cependant riche d'enseignements.

2.1. Peu de (littérature sur la) prévention du trafic

La revue de littérature réalisée sur le sujet nous a d'abord montré un manque relatif de données et de travaux sur cette question (Ait Mohand, 2000). L'intérêt pour la prévention du trafic de drogues, et non seulement de l'usage, s'est en effet développé récemment suite au constat d'échec des pratiques traditionnelles. Par ailleurs, très peu de dispositifs ont été à ce jour expérimentés, notamment en dehors du milieu scolaire ou de la protection Judiciaire de la Jeunesse.

De rares expérimentations ont consisté 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" évaluée ici. 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 rapprochent par certains aspects de l'approche "communautaire" de la prévention par les pairs qui a été utilisée par ailleurs (cf. prévention par les pairs, supra): "[Ces dispositifs] 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).

Dans l'ensemble, l'analyse des différents dispositifs testés montre qu'il reste compliqué de trouver des solutions viables et valables dans tous les contextes (Kaiser, 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). Par ailleurs, il faut lutter contre l'"absence des acteurs institutionnels" (Duport, Kokoreff, 2011), d'autant que 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 on veut leur donner une chance d'apporter des résultats concrets (Joubert, 2011). Autant de facteurs qui ont manqué à l'action évaluée ici et qui n'a pas été à son terme.

2.2. L'action « argent facile »

En août 2013, les règlements de comptes liés au trafic de stupéfiants font leur 13^e victime à Marseille depuis janvier 2013 et entraîne la mobilisation du gouvernement Ayrault. Dans ce contexte, l'Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions (AMPTA) obtient des subventions pour 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 devant s'appuyer entièrement sur les habitants a été conçu en trois temps :

- rencontres et débats,
- création d'outils de communication autour de la prévention de la consommation et du trafic de stupéfiants,
- 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.

L'action ne se sera finalement déployée que sur 1 an (l'année 2014) et l'AMPTA n'obtiendra pas de reconduction des crédits pour poursuivre l'action. Celle-ci ne dépassera donc pas le premier temps des rencontres et débats.

2.3. Les enseignements

Sans faire de chronique *a posteriori* d'un échec annoncé, il est néanmoins possible de mettre en avant certains éléments expliquant le non succès de l'action. Plus qu'à un problème d'adéquation au terrain ou un défaut de conceptualisation, "l'échec" de l'action tient plutôt à l'interruption de sa mise en œuvre. 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. Par ailleurs, l'action apparaissait 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.

Cependant, l'action était très fortement liée au contexte politique particulier des événements de l'été 2013 et a conduit à une adoption du projet dans un calendrier précipité. Cela n'a pas facilité l'entente claire sur les attendus et le déroulement de l'action entre les représentants locaux de la MILDECA et l'équipe de l'AMPTA. Les premiers attendaient des résultats probants à très court terme là où les seconds ont rencontré des difficultés à constituer leurs panels dans la population des quartiers concernés. A ce point s'est ajouté un certain "choc de cultures professionnelles", avec, d'un côté, les acteurs se disant partisans de "l'approche globale" et voulant travailler avec les acteurs sociaux et associatifs mais parlant en termes de "coûts-bénéfices", d'efficacité et de résultats, et 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.

Enfin, notre enquête a révélé des manques de communication manifestes entre les différents acteurs et/ou niveaux.

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 :

1. Si 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 pose la question du calibrage du financement des actions de prévention sur la durée de l'action prévue.

2. Notre évaluation pose la question de la non-professionnalisation de la prévention qui entraîne une lourdeur administrative pour les structures de prévention, contraintes à des ajustements constants 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.

Si nous n'avons pas ici la place de présenter de manière extensive les deux autres actions évaluées et développées dans le rapport (Bergeron et alii, 2017), les deux encadrés ci-dessous en résument les enjeux et les résultats.

Expérimentation de programmes de prévention du Syndrome et des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (TCAF) dans deux régions: Aquitaine et La Réunion

L'objectif de ces expérimentations (2016-2018) est d'améliorer à la fois la prévention et la prise en charge de l'ensemble des troubles liés à l'alcoolisation materno-fœtale ainsi que la formation des professionnels à cet enjeu dans deux régions très contrastées en termes d'ancienneté sur la problématique, de budget et donc d'actions déployées.

L'évaluation a porté sur le rôle des acteurs nationaux et locaux, et de différentes professions. Elle a analysé la mise en œuvre des programmes en regard de leurs différentes composantes : prévention, repérage, et prise en charge de l'adulte et l'enfant dans un parcours, formation des intervenants de première ligne.

Principaux constats :

- Le pilotage global du plan réunionnais a peiné à démarrer dans un contexte conflictuel entre institutions;
- Dans les deux régions, les rapprochements interprofessionnels (notamment entre addictologues et médecins) sont difficiles à réaliser ;
- Si les plans mettent l'accent sur la formation continue (notamment des médecins généralistes et des sages-femmes), ils ne font pas ou peu de place à des actions de formation initiale.
- Dans le détail de ces plans, nous avons de nouveau constaté des difficultés liées au schéma de financement des actions de prévention de type "non pérenne".



Action de communication autour des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)

L'évaluation de cette action visait à analyser les rôles respectifs des différents acteurs dans la mise en place de la campagne de communication sur les CJC de 2015 ; il s'agissait plus généralement d'interroger l'efficacité d'une nouvelle stratégie de communication de la MILDECA (soutenir des campagnes de diffusion appuyées sur des acteurs tels que Santé publique France ou la CNAF plutôt que de mener des campagnes de communication en propre ou via le SIG).

Principaux constats :

- La méthode de travail, le processus de co-construction/concertation qui a caractérisé l'élaboration de la campagne CJC 2015 a favorisé une bonne répartition des tâches entre les différents partenaires (MILDECA, DGS, INPES, FA);
- Ce type de campagne (orientée sur un dispositif et outil plutôt que sur une pratique ou un produit) est à encourager;
- La communication sur les financements de la campagne est à améliorer (sentiment d'opacité exprimé par les acteurs concernant le volet digital de la campagne réalisé en partenariat avec la CNAF).



Conclusion

Si chacune des quatre actions a été l'objet d'un travail de terrain spécifique, trois axes transversaux se dégagent de cette évaluation:

1. des mesures innovantes ciblées et soumises à une évaluation "chemin faisant"

La prévention était un axe fort du plan gouvernemental 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, les jeunes et les 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, la MILDECA a été en demande d'évaluations "chemin faisant" dans un souci

d'amélioration et de rationalisation de l'action publique.

2. L'enjeu de la coordination des acteurs à tous les niveaux

Cet enjeu a été un élément transversal à l'ensemble de cette évaluation, qu'il s'agisse :

- de la coordination d'actions de différents acteurs nationaux.
- de la coordination de différents niveaux : national et local, entre la MILDECA et ses relais locaux.
- de la coordination de différents types d'acteurs, et souvent nombreux, aux cultures professionnelles propres (missions des porteurs d'action locaux) : 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.

Cet enjeu des coordinations demeure crucial pour la mission interministérielle qui intervient dans un champ pétri de clivages interprofessionnels et marqué par l'existence de nombreux acteurs.

3. le financement des actions de prévention

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 à 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. ■

Références

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

BERGERON H., HASSENTEUFEL P., LARTIGOT-HERVIER L., ROA BASTOS F., "Evaluation de quatre actions du Plan gouvernemental de lutte contre les conduites addictives (2013-2017)", rapport de recherche, LIEPP, 2017.

CHOBEAU François, « L'éducation par les pairs, attentes et limites », La santé de l'Homme, 2012, n°421 et « La prévention par les pairs : attentes et limites », Le courrier des addictions (13), 2011, n°3

CORNISH Flora, CAMPBELL Catherine, « 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.

DEGENHARDT Louisa, et al., « Prevention of HIV Infection for People who Inject Drugs : Why Individual, Structural, and Combination Approaches are Needed », The Lancet, 2010, 376(9737).

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.

HAGAN Holly, POUGET Enrique., DES JARLAIS Don, « 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).

INPES, La santé de l'Homme, n° 421, septembre-octobre 2012.

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

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.

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.

LACOUETTE FOUGERE Clément et LASCOUMES Pierre, "L'évaluation: un marronnier de l'action gouvernementale?", Revue française d'administration publique, 2013/4, n°148.

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

NOEL Lina, GAGNON Dominique, « Revue systématique d'interventions par des pairs usagers de drogues par injection », Drogues, santé et société, 2013, vol.12, n°1.

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

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

WASMER Etienne, MUSSELIN Christine, "Évaluation des politiques publiques: faut-il de l'interdisciplinarité?", LIEPP Methodological Discussion Paper n°2, 2013.



Le LIEPP (Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques) est un laboratoire d'excellence (Labex). Ce projet est distingué par le jury scientifique international désigné par l'Agence nationale de la recherche (ANR).

Il est financé dans le cadre des investissements d'avenir. (ANR-11-LABX-0091, ANR-11-IDEX-0005-02)

www.sciencespo.fr/liepp

Si vous voulez recevoir les prochains échos du LIEPP et rester informés de nos activités, merci d'envoyer un courriel à : liepp@sciencespo.fr

Directeur de publication :

Bruno Palier

Maquette :

Andreana Khristova
Juliette Seban

Sciences Po - LIEPP
27 rue Saint Guillaume
75007 Paris - France
+33(0)1.45.49.83.61

© LIEPP 2018