



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2001 –

**L'ÉVALUATION : UN ÉLÉMENT DE LA DÉMARCHÉ
DE PRÉVENTION DES USAGES DE DROGUES**

– thème n° 6 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animatrices :

- **BRIAND Marie-Pierre**
- **HERITAGE Zoë**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
---------------------------	----------

METHODOLOGIE DE TRAVAIL.....	3
-------------------------------------	----------

PARTIE I :

L’EVALUATION, UNE DEMARCHE QUI INVESTIT LE CHAMP DE LA PREVENTION DES USAGES DE DROGUES	4
--	----------

A) L’expansion du « modèle évaluatif »	4
--	---

a) *Les expériences internationales*

b) *Une priorité nouvelle en France*

B) Les enjeux de l’évaluation pour les acteurs de la prévention	7
---	---

a) *Les enjeux pour les acteurs institutionnels*

b) *Les enjeux pour les acteurs de terrain*

PARTIE II :

UNE DEMARCHE ADAPTEE ET APPROPRIEE PAR LES ACTEURS DE LA PREVENTION	11
--	-----------

A) Une démarche adaptée pour la prise en compte de la spécificité de ce domaine	11
--	----

a) *Complexité et spécificités du champ de la prévention des usages de drogues*

b) *Diversité des pratiques évaluatives rencontrées*

B) Vers une « culture de l’évaluation »	16
---	----

a) *L’appropriation de la démarche par les acteurs*

b) *Une démarche qui n’est pas neutre*

PARTIE III :

PISTES DE REFLEXION POUR L'AMELIORATION DES PRATIQUES	19
A) Recommandations générales.....	19
a) <i>Création d'une culture commune et harmonisation</i>	
b) <i>Des ambitions modestes et progressives</i>	
c) <i>Confiance et partenariat</i>	
B) Propositions pratiques.....	21
a) <i>Financements et moyens matériels</i>	
b) <i>Une expertise accessible à tous</i>	
CONCLUSION.....	23
BIBLIOGRAPHIE	24
LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES.....	26
ANNEXES	27

« Le but de l'évaluation n'est pas de prouver, mais d'améliorer . »

D. STUFFLEBEAM, 1971

INTRODUCTION

Jusqu'au XIX^{ème} siècle, l'usage des produits psychotropes, c'est-à-dire de substances vectrices d'ivresse, appartenait le plus souvent au registre du sacré et n'était pas considéré comme antisocial. Le XIX^{ème} siècle, scientifique, classa les produits en poisons, toxiques et en médicaments, appelés drogues et destinés à soulager un malade. Aujourd'hui, pour nommer l'ensemble de tous ces produits, on emploie le terme de « substances psychoactives », que leur usage soit interdit ou réglementé (référence bibliographique 12).

Les substances psycho-actives sont des produits qui modifient l'activité mentale, les sensations et les comportements (25). Leur usage expose à des risques pour la santé et la vie sociale. Elles provoquent des effets somatiques d'une grande diversité selon leurs propriétés, leurs effets et leur nocivité.

Ces produits comprennent des substances illicites (cannabis, cocaïne, ecstasy et héroïne) et licites, tels les médicaments psycho-actifs (anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs), l'alcool et le tabac. En ce qui concerne les substances illicites, le code pénal en interdit et en réprime la production, la détention et la vente, mais aussi l'usage (loi du 31 décembre 1970). La consommation d'alcool et de tabac continue en revanche à bénéficier de l'héritage économique et culturel, même si leur usage reste réglementé. Cependant, l'action publique tend à éviter cette dichotomie dans la lutte contre l'ensemble de ces produits et à privilégier une approche globale. Une connaissance plus fine de l'ampleur des consommations des produits (centaines de milliers de consommateurs de cannabis ou d'ecstasy, notamment chez les jeunes) relativise aussi l'efficacité des politiques antérieures, centrées sur une certaine vision du consommateur (hérodote marginal) (12)

La prise de conscience des professionnels et l'adhésion des décideurs à une meilleure prise en charge des usagers ont permis de développer non seulement la notion de soins mais aussi progressivement celles de prévention et de substitution. La prévention, très souvent assurée par des associations locales, reste cependant assez marginale dans ce processus. Le financement des actions de prévention obéit en effet à des logiques institutionnelles et politiques, qui ont longtemps négligé ce secteur.

Les actions de prévention se donnent pour but de d'éviter l'initialisation de la consommation et le passage de l'usage à l'usage nocif et à la dépendance (1). Elles visent à limiter les facteurs de risques et à augmenter les facteurs de protection et la capacité des individus à être responsables vis-à-vis de leurs consommations de drogues.

L'ambition de l'approche préventive est forte, mais qu'en est-il de l'impact des différentes actions entreprises ? Ont-elles été évaluées ? Sont-elles même évaluables, et pour quelles finalités ?

L'évaluation, au sens général du terme, se définit comme un processus social au terme duquel un jugement de valeur est produit sur une personne, un groupe, une organisation... En matière de politiques publiques, l'évaluation a pour objet de « *rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus et d'atteindre les objectifs fixés* » (décret du 22 janvier 1990, instituant le Conseil Scientifique de l'Evaluation). C'est donc la triple confrontation des objectifs, des moyens et des effets qui constitue le triangle classique de l'évaluation.

Intuitivement, il semble que la démarche de prévention des usages de drogues nécessite particulièrement une évaluation, pour les raisons suivantes :

- il s'agit d'un domaine en perpétuel mouvement ;
- les intervenants en la matière se multiplient (associations, structures spécialisées, centres hospitaliers,...) ;
- les modes d'intervention sont extrêmement diversifiés ;
- l'incidence des actions reste difficile à définir.

Le présent rapport s'attachera à montrer l'émergence des outils d'évaluation dans le secteur de la prévention de la toxicomanie. En premier lieu, le contexte du développement de ces méthodes sera analysé, ainsi que la façon dont les acteurs perçoivent l'expansion de ce « modèle évaluatif » et ses enjeux. Ensuite, il conviendra d'étudier la mise en place concrète de ce modèle par les structures de prévention, afin de comprendre comment les acteurs s'approprient ces outils, qui parfois sont éloignés de leurs pratiques habituelles. Enfin, à partir des obstacles et réticences constatés dans l'analyse, des pistes de réflexion seront proposées en vue d'une amélioration des pratiques évaluatives dans la prévention des usages de drogues en France.

METHODOLOGIE DE TRAVAIL

Durant la première semaine du module, nous avons entamé une réflexion à l'aide de la documentation remise et de deux exposés, sur la prévention de la toxicomanie et l'évaluation. Puis nous avons décidé de mener nos recherches dans deux directions (en nous divisant en deux groupes) :

- une recherche bibliographique concernant, d'une part, les drogues, la prévention et l'évaluation et, d'autre part, les expériences d'évaluation déjà menées et les rapports et comptes-rendus afférents.
- des interviews d'acteurs du secteur concerné (cf. infra).

Ces recherches nous ont occupé la deuxième semaine du module (du 1^{er} au 5 octobre).

Des entretiens semi-directifs (quinze rencontres de 1 à 3 heures) auprès de différents acteurs de la prévention (liste à l'annexe 2) de l'usage des drogues ont été conduits, afin de mieux appréhender leur démarche. Nous avons analysé des actions mises en place non seulement dans le département de l'Ille-et-Vilaine, mais aussi en Ile-de-France, afin de diversifier les terrains d'observation.

Les professionnels rencontrés représentent :

- les instances de décision et de financement, tels que la MILDT, les DDASS et les élus locaux ;
- les structures de soins, tels que les centres hospitaliers et les CSST ;
- les associations locales spécialisées ou les associations d'insertion sociale ;
- les centres d'information et de prévention (CODESS, CIRDD, CDPA...).

D'autres partenaires ont été contactés (Gendarmerie Nationale, éducateurs de rue...), mais n'ont pas pu se rendre disponibles au cours de cette période.

Nous avons choisi cette méthode de l'entretien semi-directif parce qu'il relève d'une conception participative allant à la recherche des questions des acteurs. Ce procédé permet d'analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs. Nous avons élaboré ensemble une grille unique (annexe 1), adaptable à chaque catégorie d'interlocuteurs, ce qui aura permis à ces derniers une grande liberté d'expression dans leurs réponses.

La troisième semaine, nous avons fait ensemble la synthèse de nos recherches, conçu le plan et rédigé le texte de ce rapport.

PARTIE I : L'ÉVALUATION, UNE DEMARCHE QUI INVESTIT LE CHAMP DE LA PREVENTION DES USAGES DE DROGUES

Si le secteur de la prévention de la toxicomanie en France était assez éloigné des préoccupations évaluatives jusqu'à une période récente, les méthodes de l'évaluation gagnent aussi ce champ à présent. Malgré la cohérence initiale du modèle, ses principes et ses objectifs se révèlent beaucoup plus diversifiés dans l'esprit des acteurs concernés par son application.

A) L'expansion du « modèle évaluatif »

Le modèle évaluatif qui tend aujourd'hui à se généraliser trouve son origine dans une volonté de rationalisation de l'action publique, dans les pays anglo-saxons notamment ; mais d'autres pays, de culture différente, tels que la France, l'appliquent maintenant à de nombreux domaines, notamment en matière de prévention de la toxicomanie.

a) Les expériences internationales

L'évaluation des politiques publiques a connu d'abord un grand développement dans les **pays anglo-saxons**, aux Etats-Unis et au Canada notamment (23). Les pouvoirs publics ont ainsi fait appel très tôt à des chercheurs en sciences sociales pour analyser les processus et résultats des actions engagées. Une approche pragmatique a présidé dès le départ à ce recours aux techniques d'évaluation, dans une perspective de réajustement des politiques.

Les évaluations se sont donc **intégrées** de façon assez systématique **aux programmes publics**. Dans cette optique, tous les champs d'intervention pouvaient avoir recours à ces méthodes, y compris des domaines présentant a priori des caractéristiques moins mesurables, comme la prévention. La **culture de la prévention** étant également assez développée dans ces pays, les enjeux financiers de ces actions ont constitué une pression au développement de l'application de ces techniques. De plus, l'expérience acquise y a fait apparaître précocement une volonté de rationalisation, que seules des évaluations quantifiées, « scientifiques », pouvaient apporter, selon le modèle en vigueur.

La **recherche sur la toxicomanie** et l'efficacité des moyens de prévention est soutenue par les décideurs et ses résultats réinvestis dans l'action. On a par exemple beaucoup étudié dans ces pays la réception de messages de prévention, ce qui a permis d'affiner les approches socio-culturelles de la prévention.

En matière de prévention de la toxicomanie, ces pays ont ainsi été des pionniers, par exemple pour **évaluer l'impact des messages** de prévention auprès de la population. Au Canada, de nombreux établissements scolaires ont mené des études, ambitieuses dans leur conception, pour mesurer les effets des ateliers d'information organisés dans les classes sur les attitudes et consommations des jeunes. Les plus larges d'entre elles ont suivi des cohortes d'élèves sur plusieurs années pour définir les actions les plus pertinentes et les conditions optimales de délivrance du message (âge des jeunes...) (22).

En outre, les **décideurs publics** prennent souvent en compte les résultats de ces évaluations pour **mieux élaborer leurs programmes** de planification et d'allocation de ressources. Ainsi, en Grande-Bretagne, le gouvernement a-t-il tiré les conséquences d'un programme innovant, le projet « Charlie » (16), en matière d'éducation à la santé en milieu scolaire, en finançant largement une extension très large de ces bonnes pratiques incluant une approche psychologique nouvelle.

Une approche similaire a émergé plus récemment au sein de l'**Union Européenne**. Celle-ci comptait déjà en son sein des pays ayant recours à des évaluations fréquentes de leur pratique, comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou certaines régions espagnoles comme la Galice (16). Mais ces options nationales restaient morcelées, isolées. L'Union, afin de mieux connaître les consommations de drogues, les actions de lutte et d'harmoniser ces dernières, a mis en place un Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT), en 1993. Celui-ci s'est rapidement intéressé aux méthodes d'évaluation, dont il a étudié les différentes formes en Europe et pour lesquelles il a édité un manuel de bonnes pratiques (15). Les objectifs de cette action sont de diffuser des recommandations ayant des fondements « scientifiques ».

b) Une priorité nouvelle en France

La carence de la France dans le domaine de la Santé Publique a longtemps été déplorée. Cette absence de culture traditionnelle dans ce domaine a un impact en termes de prévention mais aussi d'évaluation.

Ayant historiquement insisté sur la dimension légale en matière de drogues (à travers la notion d'usage illicite), les politiques françaises se sont orientées **initialement** sur un **versant répressif**, prônant une abstinence absolue, instaurant un tabou dans la démarche de discussion. De ce fait, il n'y avait pas d'intervention en amont de l'usage des drogues, mais seulement une approche curative a posteriori (12).

L'introduction d'une démarche d'évaluation dans les politiques de Santé Publique s'est originellement organisée dans le champ du curatif. Domaine structuré et quantifiable, le soin a été un terrain où l'approche évaluative s'avérait techniquement faisable, relativement simple à élaborer.

L'évaluation en termes de prévention se révèle plus problématique. Cela peut se comprendre d'abord parce que le **champ de la prévention** est perçu comme un **domaine « mou »**, selon une expression de Madame MARTINS (chargée de la jeunesse à la MILDT). **Polymorphe**, la prévention se décline en différents types d'actions, certaines clairement identifiables, d'autres plus diffuses (communication ponctuelle ou campagne nationale, simple information, action spécialisée ou générale). De plus, le champ comprend une grande diversité d'acteurs de type associatif issus de dynamiques variées ayant peu de perméabilité les unes par rapport aux autres. Cet aspect diffus et dispersé de l'action associative nuit, d'une certaine façon, à la cohérence globale des actions, et apparaît difficile à harmoniser.

Malgré ces difficultés, l'évaluation a lentement progressé dans les discours et les pratiques. Des voix ont pu se faire entendre dès les années 1990 pour retenir l'attention sur l'importance de l'évaluation de la prévention, et la nécessité de sa mise en œuvre (rapport Trautmann notamment) (3). Néanmoins, les recommandations issues de ce type de rapports sont, par la suite, restées souvent lettre morte.

De plus, les évolutions des conceptions en matière de prévention ont favorisé l'émergence de l'évaluation. Dans les années 80, l'infection par le VIH et ses risques ont concouru à l'adoption d'une politique de réduction des risques et de prise en charge psychomédico-sociale. Plus tard, à la fin des années 90, une nouvelle dynamique dans la prise en compte de cette démarche a démarré. En effet, grâce à plusieurs rapports (Roques et Parquet) (1 et 2), des **changements** se sont opérés dans la **conception de l'usage de drogues** pour en modifier radicalement la perspective ; on est ainsi passé de la notion de « produit » à celle de « comportement ». Cela a permis une **approche globale** de la prévention, qui place au second plan le seul aspect répressif de l'usage de drogues.

En associant les drogues illicites et licites, on a élargi la définition et on est passé en termes de vocabulaire commun à la notion de « substances psycho-actives ». Cependant, malgré l'avènement du discours « réaliste » de réduction des risques, la référence au cadre général de la loi de 1970 est toujours de rigueur dans les discours officiels.

Dans le cadre de cette rationalisation de la démarche, l'impact des nouveaux types de prévention devient un enjeu pour les politiques publiques qui doivent savoir **évaluer l'état du message** qu'elles diffusent afin de ne pas perdre pied face la **réalité du terrain**. Cet impératif explique par exemple la création dans chaque département de chefs de projets de la MILDT, ainsi que l'existence de personnes relais qui tiennent informé l'OFDT sur les nouvelles pratiques de consommation en usage.

Cette perspective nouvelle est éclairée par la lettre de mission du Premier Ministre à la MILDT, datée du 10 juillet 1998, qui précise que : « *l'évaluation des actions conduites ou soutenues par la MILDT est aujourd'hui largement insuffisante. Il apparaît donc nécessaire que [la MILDT élabore] des procédures permettant d'évaluer régulièrement l'efficacité des*

projets financés, de définir les besoins et de planifier le développement de nouvelles actions ». L'action du gouvernement se penche ainsi sur une **rationalisation de la démarche** de prévention de l'usage de drogues et entend rester en phase avec l'évaluation des problèmes mouvants liés aux consommations.

B) Les enjeux de l'évaluation pour les acteurs de la prévention

Même si le but classique de l'évaluation (détermination des résultats et de l'efficacité), demeure dans ce domaine de prévention, les différents intervenants lui reconnaissent plusieurs autres utilités, tempérées par quelques réticences.

a) Les enjeux pour les acteurs institutionnels

L'action gouvernementale est menée par la MILDT ; le groupement d'intérêt public que constitue l'Observatoire français sur les Drogues et les Toxicomanies (OFDT) est, lui, chargé de surveiller l'évolution des phénomènes liés aux substances psycho-actives. La spécificité de la démarche nationale est d'aborder le problème des usages de drogues d'un **point de vue transversal** à l'action des différents ministères afin de contrer une logique de cloisonnement, de clivage et d'incohérence dans les actions. Pour les personnels de ces structures, ceci caractérise la force et la particularité de la dynamique de la France par rapport à ses partenaires européens.

L'objectif général poursuivi est de rationaliser la démarche de prévention, afin de mettre en place une **planification des actions** et un **suivi de l'évolution** du message à transmettre. La logique est donc proche de celle de la **programmation**. Cet objectif de base peut se décliner ainsi : connaissance des pratiques, harmonisation de celles-ci et enfin aide au processus de décision.

La connaissance des pratiques passe par l'information qui nécessite un **état des lieux** du champ de la prévention. Le questionnaire APPRE (Action et Programme de Prévention – Recensement), impulsé par l'OFDT, déclinaison du programme européen EDDRA, s'inscrit dans cette perspective. Cette dynamique d'état des lieux des pratiques de la prévention à un moment donné est nécessaire pour avoir une connaissance claire et précise d'un champ qui s'avère être en mouvement constant.

L'**harmonisation des pratiques** se justifie par la volonté d'unifier le champ de la prévention des usages de drogues afin de ne pas faire circuler des messages contradictoires et délégitimer ainsi toute action publique en ce domaine (contradiction entre les discours de la Gendarmerie et des intervenants Jeunesse et Sport, par exemple).

Pour arriver à ce résultat d'harmonisation des pratiques, il s'avère nécessaire de faire prendre conscience aux acteurs de terrain de la nécessité d'élaborer une évaluation de leurs

actions afin de faire fructifier les savoir-faire utiles et de les instaurer en pratiques communes. La dimension d'échange d'informations apparaît comme pertinente et efficace dans ce fonctionnement.

En développant de telles habitudes de travail, il serait possible d'aboutir à une **culture commune**, qui reste encore lacunaire en France, afin de garantir une fiabilité des contenus qui rendrait le message d'autant plus efficace. L'édification de bonnes pratiques communes, la mise en place de références partagées, la mise à disposition d'outils efficaces sont les objectifs de cette approche.

L'évaluation sert aussi de cadre pour l'**aide à la décision**, notamment pour la sélection des programmes et l'**allocation des financements**. Pour les décideurs nationaux, mais aussi locaux (communes, conseils généraux), il s'agit de repérer les actions efficaces et de n'allouer des sommes que pour celles-ci ; l'évaluation peut leur donner des critères de sélection objectifs justifiant vis-à-vis des partenaires (ou des électeurs) une poursuite ou un arrêt de programme. Il est indispensable de considérer la faisabilité et d'avoir des objectifs mesurables. Il est contre-productif d'annoncer des programmes de prévention irréalistes et irréalisables. Mais, selon Madame BRUNET (chef de projet de la DDASS d'Ille-et-Vilaine), la démarche évaluative doit toujours garder une « finalité productive » et être utilisée surtout pour des actions amples et répétées.

Le **suivi de l'évaluation** permet d'accompagner la décision en vue d'élaborer des politiques publiques, de les redéfinir ou de les réorienter. Les 17 ministères concernés par ce travail interministériel doivent disposer d'informations pour les intégrer dans leur démarche. Il est donc nécessaire de guider l'action et de contrôler la pertinence de celle-ci.

En examinant ces différents objectifs et leurs modalités, on peut concevoir l'enjeu que représente la conduite d'un projet d'évaluation dans ce secteur aujourd'hui. C'est l'OFDT qui porte cette responsabilité, mandaté par la MILDT. Le pôle « évaluation des politiques publiques », qui est constitué par trois chargés de mission permanents, illustre cette nouvelle place de l'évaluation pour les acteurs institutionnels.

Toutefois, cette **logique très normative et volontaire** des pouvoirs publics peut se heurter à une **pratique des acteurs locaux** qui ne procède pas forcément de la même dynamique. Tous les acteurs, même institutionnels, ne ressentent pas l'évaluation comme une priorité absolue. Les niveaux intermédiaires de décision, comme les DDASS, confient que l'évaluation constitue encore une démarche émergente et que les services déconcentrés n'en sont parfois qu'à la vérification du bon emploi des fonds accordés aux structures, et non à l'appréciation d'une quelconque efficacité. Ces mêmes acteurs pensent même l'évaluation comme un **frein potentiel à l'action** et non comme une opportunité d'amélioration. Ils craignent que les acteurs de terrain soient démobilisés par l'introduction de cette nouvelle approche, qui concurrencera leur action principale.

b) Les enjeux pour les acteurs de terrain

Les acteurs de terrain trouvent également un certain intérêt à la pratique de l'évaluation, mais sous un autre angle que les décideurs institutionnels. Ils sont moins sensibles aux enjeux culturels de l'évaluation et en retiennent avant tout l'**utilité immédiate** pour leur organisation. Pour eux, l'évaluation constitue un moyen de réviser leur point de vue sur ce qu'ils font et d'en modifier des paramètres.

L'évaluation assure d'abord pour les acteurs de terrain une **fonction cognitive**, qui consiste à faire apparaître plus clairement à leurs propres yeux l'action, ses implications et ses effets. En effet, dans leur pratique, les membres des structures de prévention ne disposent pas toujours du recul nécessaire pour tirer les conséquences de leur action. L'évaluation, à l'inverse, peut permettre d'objectiver leur ressenti et de connaître les véritables pratiques de leur structure. Le public qu'ils accueillent et leurs missions réelles, qui leur semblent a priori stables, peuvent montrer des évolutions non perçues. Cet aspect est important dans le champ des drogues, où les produits et les modalités de consommations évoluent fortement dans le temps, et où les données statistiques font souvent défaut. L'évaluation constitue une des sources les plus fiables d'information, qui vient essentiellement du terrain. Le directeur du CSST d'Issy-les-Moulineaux (Hauts de Seine-92) confie par exemple que la définition de la population fréquentant le centre et de ses motivations pour l'utilisation d'un distributeur de seringues pourrait être améliorée par la mise en place d'un protocole évaluatif.

Le but principal de l'évaluation, la **connaissance de l'impact des mesures**, leur paraît également essentiel. La légitimité du travail des structures en dépend parfois, surtout dans le cas des associations collaborant avec les pouvoirs publics. Il s'agit ici de démontrer que le travail accompli a un enjeu, une **utilité**. Les membres des structures peuvent eux-mêmes y trouver une justification personnelle pour leur action, une **motivation**. Selon une responsable d'un CIRDD, l'évaluation peut « donner du sens à l'action » et « aider à repartir ».

A partir de ces connaissances, les acteurs souhaitent pouvoir remodeler leur action, dans toutes ses dimensions. Les constats posés par l'évaluation permettent en premier lieu de **redéfinir les objectifs initiaux**, qui sont peut-être devenus obsolètes, compte tenu des changements de l'environnement. Le directeur de l'Espace Relais de Bagneux (92) a par exemple mentionné un enjeu en termes de redéfinition de l'action et de confrontation des projets à la réalité. En effet, en matière de prévention, le public accueilli est très fluctuant ; dimensionner l'action est une tâche complexe, car il ne s'agit pas de gérer un effectif stable. Le public ciblé peut également avoir été mal choisi ou atteint, ce qui implique de réfléchir aux moyens de mieux toucher une population.

Ensuite, ces résultats peuvent être à l'origine de **changements dans le fonctionnement des structures ou le déroulement des actions**. Si l'impact est négatif, il est nécessaire de s'interroger sur les causes de cet échec, quand celles-ci ne sont pas livrées par l'évaluation elle-même. Certaines actions peuvent se révéler inadéquates : elles seront alors modifiées ou abandonnées, alors qu'on aurait eu des scrupules à le faire sans objectivation par l'évaluation. On peut évoquer aussi la qualité des messages de prévention dispensés aux acteurs. On ne dispose pas de ressources très fiables en la matière, et le retour obtenu par la voie de l'évaluation permet de toucher plus précisément le public visé dans ses préoccupations propres.

Les acteurs de terrain montrent cependant parfois **quelques réticences** devant cette démarche. Les concepts du modèle classique de l'évaluation peuvent être ressentis comme inappropriés pour apprécier la valeur des actions. L'état des lieux que les pouvoirs publics ont voulu faire en utilisant le questionnaire APPRE, par exemple, montre que l'évaluation est une méthode d'une excessive complexité pour les petits acteurs, nombreux dans ce domaine. Les rapports internationaux mentionnent d'autres réticences à l'égard de l'évaluation, qui traduisent la défense de l'expérience du terrain contre des concepts jugés trop scientifiques et inadaptés. La prévention est particulièrement touchée par ces considérations, car un suivi, un comportement, ne se réduisent que difficilement aux chiffres. Un praticien hospitalier rencontré a ainsi souligné la difficulté d'appliquer les méthodes recommandées par les guides et les financeurs, jugées trop théoriques.

Si les attentes des intervenants du secteur préventif sont très diverses, elles montrent une réelle volonté de mettre en œuvre l'évaluation, mais selon des modalités choisies.

PARTIE II : UNE DEMARCHE ADAPTEE ET APPROPRIEE

PAR LES ACTEURS DE LA PREVENTION

Si l'évaluation apparaît aujourd'hui comme un outil majeur nécessaire d'aide à la décision, sa mise en œuvre n'a pas toujours été aisée. Les réticences des professionnels de terrain face à une certaine forme d'évaluation ont constitué un frein à son développement dans le champ des actions de prévention. Néanmoins, l'appropriation des pratiques évaluatives par les professionnels et les changements de mentalités des différents acteurs tendent à constituer une « culture commune », dont l'évaluation est un élément majeur.

A) Une démarche adaptée pour la prise en compte de la spécificité de ce domaine

En matière de prévention des usages de substances psycho-actives, les trois grandes formes de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), sont mises en application. Les actions de prévention sont menées à la fois au plan national par l'Etat, l'Assurance Maladie et le Comité Français d'Education pour la Santé (campagne de prévention grand public) et au plan local par des acteurs de terrain. Ces derniers conjuguent ainsi cette définition de différentes manières en fonction de leur culture, de leurs projets, de leur « action militante » et de leurs moyens.

Face à la multiplicité de ces structures, impliquées dans la prévention des conduites addictives, nous avons retenu quelques-unes d'entre elles. Nous rapportons ici quelques actions décrites par les professionnels interrogés qui illustrent les multiples facettes de la prévention. On peut ainsi distinguer les actions envers les usagers et/ou celles à l'intention des professionnels.

a) Complexité et spécificité du champ de la prévention des usages de drogues

Plusieurs professionnels (réseau prévention-santé d'une mairie, association de lutte contre la toxicomanie, CSST...), développent des **actions ponctuelles** d'information et de sensibilisation : entretiens individuels ou réunions collectives sous la forme de forums, conférence-débat autour de la prévention des usages de drogues et des conduites à risques. Ces actions sont menées dans différents milieux : scolaires, entreprises, prisons, foyers, centre de formation.

Des **actions à plus long terme** sont également développées comme des ateliers santé, des groupes de parole, des ateliers artistiques (création théâtrale, jeux de rôles, écriture, arts plastiques) afin de favoriser l'expression collective et la démarche de

prévention et de soins. Ces actions permettent de favoriser une dynamique de groupe aboutissant à une facilité de l'abord des questions liées à ces consommations.

D'autres professionnels développent des « points écoute jeunes », des « points écoute parents », des « points écoute toxicomanie » ou encore des numéros verts destinés à prévenir des situations de panique et de détresse face à un comportement.

Enfin, certaines actions ne se limitent pas à une simple prévention des usages de drogues, mais cherchent une **prise en charge globale** médico-psycho-sociale, pratiquée par exemple par les clubs de prévention spécialisés, les espaces de socialisation...

De manière complémentaire, ces mêmes professionnels développent des **actions de prévention secondaire et tertiaire** : distribution de kits d'injection de drogues gérés par un CSST, distribution/récupération de seringues par un bus (Dispensaire Mobile d'Accessibilité aux Soins -DIMAS), avec accueil et orientation.

Ces mêmes intervenants proposent également des actions à l'intention des professionnels :

- Informations : colloques, réunions... regroupant différents professionnels du domaine.
- Formations, par thème sur plusieurs journées : « l'abord du malade alcoolique », « les conduites addictives »... Ces formations sont mises en place pour les travailleurs sociaux, les soignants, les animateurs de quartiers, le personnel des clubs de prévention, les adultes-relais...
- Mise en réseau, participation au sein de Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC), facilitant la communication et favorisant une meilleure prise en charge des usagers de drogues.

On constate donc une **extrême diversité des structures et des actions** en matière de prévention des usages de drogues qui rend difficile voire préjudiciable la mise en œuvre d'une méthode unique d'évaluation et la constitution d'une culture commune. De même, comme le montrent les différents entretiens réalisés, la prise en compte de cette diversité est un préalable indispensable au développement des pratiques évaluatives dans ce domaine.

b) Diversité des pratiques évaluatives rencontrées

Face à la multiplicité de ces actions, les intervenants nous décrivent différents outils d'évaluation et leurs limites.

- Le bilan d'activité :

Toutes les structures le réalisent à la demande du financeur. Ce rapport d'activité peut parfois dépasser le **bilan quantitatif** (nombre de personnes vues, nombre de seringues distribuées ou récupérées...) et inclure des aspects qualitatifs. Néanmoins, tous jugent cet outil insuffisant car il se limite au descriptif de l'action. Il peut parfois même être biaisé en ne reflétant pas forcément l'action ou en évaluant ce qui arrange le financeur.

- Le questionnaire :

Certaines structures utilisent des **questionnaires « avant et après »** qui renseignent sur la manière dont l'action a été réalisée et sur la perception des participants. Les professionnels ont évoqué la mise en place d'un questionnaire de satisfaction auprès des enseignants et des élèves suite à des actions de sensibilisation ponctuelles ou à plus long terme. D'autres structures, pour évaluer l'efficacité de la distribution des seringues, élaborent des entretiens individualisés auprès des usagers sous forme de questionnaire.

- La réunion de bilan :

Certaines actions de prévention se terminent par une **réunion de bilan** animée par le personnel de la structure promotrice de l'action. Ce type d'évaluation permet d'aborder des faits remarquables au cours de l'action et non relatés dans un rapport d'activité.

Les personnes interrogées expriment le souhait d'élargir ces réunions aux partenaires extérieurs afin de leur donner un regard plus objectif.

D'autres évoquent des **réunions de service** hebdomadaires avec une évaluation individuelle des pratiques. L'évaluation n'est pas ici synonyme de **suivi**. En effet, les professionnels font un suivi quotidien mais l'évaluation est réalisée chaque semaine, en collectif avec une mise à distance par un observateur extérieur.

Le rôle de l'**observateur externe** paraît fondamental. Il permet de prendre de la distance, d'être moins dans l'affect. De plus, l'observateur externe est le moteur à la fois de l'évaluation du projet au quotidien et de l'évaluation de l'action dans son ensemble. Dans la réalité, certains font la différence entre un observateur externe, qui intervient et suit l'action tout au long de son déroulement, et un **évaluateur externe** intervenant à la fin d'un processus. L'avantage de recourir à un intervenant extérieur est d'apporter un « regard nouveau sur l'institution ou une politique, dégagé des mémoires et des conflits » (9). En outre, il est supposé plus compétent ou mieux placé pour recueillir l'information nécessaire et plus neutre pour former un jugement « objectif ». A l'inverse, le risque existe qu'un éloignement trop grand de la pratique quotidienne fasse négliger des aspects pertinents de l'institution.

On constate également sur le terrain le développement **des pratiques évaluatives dites internes**, initiées par les professionnels. Celles-ci offrent l'opportunité de donner du sens et de la valeur à leur travail, de construire des outils d'analyse des pratiques, de fournir une aide opérationnelle aux concepteurs et acteurs du dispositif ou de l'intervention. Néanmoins, le risque d'une auto-évaluation est de passer à une « auto-légitimation » selon l'expression de Michel Legros (9) et de créer des dissensions au sein de l'organisme entre l'équipe d'évaluation et le reste du personnel. La seule manière d'éviter ces risques est de fixer collectivement et au préalable les règles de la démarche : sens de l'évaluation, type d'évaluation, déroulement.

Cependant, il est possible et parfois souhaitable de faire appel à un intervenant ou un cabinet extérieur soit tout au long de la procédure, soit dans sa phase de construction. L'intérêt de cette forme d'évaluation, dite « accompagnée », est qu'elle permet de développer ou renforcer les compétences des professionnels et de créer les conditions de l'appropriation interne de la démarche, des outils, des résultats.

Les acteurs de terrain distinguent aussi des temps d'**évaluation formelle** (rapport d'activité, questionnaires...) et **informelle**. A titre d'exemple, les échanges à la fin d'un atelier de création entre un artiste et le responsable de la structure sont qualifiés d'informels, les réunions de supervision de temps intermédiaire et l'intervention d'un intervenant extérieur de temps formel qui amènera de nouvelles questions. Néanmoins, ces différents temps de l'évaluation ne remportent pas l'unanimité : certains remettent en cause l'évaluation informelle de par la fiabilité des informations.

Quelle soit interne ou externe, formelle ou informelle, les **professionnels** expriment le souhait de voir se **développer leurs compétences** en matière d'évaluation par des actions de formation. Ainsi, certains CODESS et CDPA commencent à développer des actions de formation aux pratiques évaluatives des actions de prévention de drogues. De même, l'ANDEM (devenu l'ANAES) et certains organismes (MILDT, Mutualité Française...) élaborent des guides référentiels à ce sujet.

Afin d'améliorer ces pratiques, les professionnels interrogés évoquent tous la nécessité d'élaborer des **indicateurs pertinents**. L'indicateur est un outil commode aidant à mesurer les changements, directement ou indirectement, et à apprécier dans quelle mesure les objectifs et les buts d'une action sont atteints (5). Néanmoins, il est à noter que l'évaluation des politiques de prévention pose des **problèmes irréductibles par rapport aux méthodes statistiques**, dont la logique est celle de la relation de cause à effet (difficultés de mesurer ce qui n'a pas eu lieu, de différencier les effets de l'action des effets extérieurs ou de différencier entre les effets attendus et non attendus...). On constate ainsi que l'évaluation se limite souvent à un bilan de l'action elle-même et non pas aux répercussions de l'activité sur les comportements. Ainsi, il peut y avoir 100 % de restitution de seringues sans que l'on sache si cela est réellement dû à l'action du dispensaire de soins. De plus, selon un CODESS interrogé à ce sujet, certains professionnels se cachent derrière la difficulté, voire l'impossibilité de quantifier et d'évaluer certains éléments pour ne pas réfléchir à la manière de le faire. Dans cette même logique, l'écueil souvent évoqué de « public difficile, non évaluable » ne paraît plus recevable, pour les professionnels comme pour les financeurs.

Outre les **indicateurs quantitatifs**, les acteurs de terrain doivent développer des **indicateurs qualitatifs** adaptés à leur propre action, institution ou fonctionnement. A titre d'exemple, ils citent des indicateurs de socialisation (amélioration de la situation des jeunes,

prise en charge médico-psycho-sociale, insertion professionnelle...). Ces indicateurs sont le plus souvent conçus dès l'élaboration du projet ; néanmoins, l'expérience peut entraîner un réajustement. Une structure a évoqué l'exemple suivant : *« avant l'ouverture d'un Espace de socialisation, il avait été postulé qu'un indicateur de socialisation pertinent serait la présence du jeune à l'Espace 5 jours/5. Au bout de quelques mois de fonctionnement, seuls les plus désocialisés restent au sein de l'espace 5 jours/5 ; ceux qui commencent une autre activité acquièrent une certaine autonomie et « se détachent » un peu de l'Espace. Le critère initial de succès se révèle au bout de quelques mois un critère quasiment d'échec »*. Toujours dans la construction de leurs propres indicateurs, certains professionnels estiment que l'objet de l'évaluation doit passer par l'évaluation de l'individu pour atteindre celle de l'action dans sa globalité.

Les **indicateurs qualitatifs** visent à recueillir des informations plus complètes sur un sujet donné. Ils semblent être un **meilleur reflet de l'efficacité et de la pertinence de l'action**. Ils ressortent des entretiens, des discussions de groupe, de l'observation... Le traitement des réponses n'est pas ici statistique mais relève de l'analyse de contenu. Ces méthodes se réclament d'une rigueur scientifique aussi contraignante que celle des méthodes statistiques.

Les outils de l'évaluation en matière de prévention des usages de drogues empruntent principalement à trois domaines :

- L'**épidémiologie** par des procédures d'enquêtes de type quasi-expérimental ou des enquêtes d'observation de type « avant/après », « ici/ailleurs » ;
- L'**analyse économique** par des études « coût/efficacité », « coût/utilité », « coût/bénéfice » ou des études de minimisation des coûts ;
- Les **sciences sociales** par des recueils d'opinions (entretiens semi ou non directifs), des études d'attitudes, la recherche des causes implicites de résultats inattendus,...

Si l'épidémiologie a été élaborée et développée avec succès dans le champ médical, sa transposition, à l'initiative des financeurs et des décideurs, au champ de la toxicomanie et à l'évaluation de ses politiques de prévention s'est réalisée en faisant relativement l'impasse sur les conditions de possibilité de cette exportation. Par opposition, les professionnels de terrain tendent à privilégier des indicateurs construits à partir des sciences sociales.

B) Vers une « culture de l'évaluation »

a) L'appropriation de la démarche par les acteurs

Un des enjeux majeurs de l'évaluation est de savoir qui en est le commanditaire :

◆ des financeurs et des décideurs publics dans la perspective d'une bonne gestion (rentabilisation, cohérence mission/action, efficience...), pour améliorer la prestation offerte et mieux répondre aux attentes des usagers ;

◆ des professionnels pour comprendre leurs pratiques, leurs effets et les faire évoluer.

L'évaluation s'est fortement développée ces quinze dernières années à la demande des financeurs et des décideurs publics dans un contexte de raréfaction des ressources suscitant parfois une grande hostilité parmi les professionnels. Elle demeure encore aujourd'hui perçue comme :

- ◆ La recherche du blâme et de la faute ;
- ◆ Une analyse purement rétrospective ;
- ◆ Une mise en lumière exclusive des dysfonctionnements.

Néanmoins, l'évaluation tend à devenir actuellement un **outil majeur d'aide à la décision** et un **outil d'amélioration des pratiques des professionnels** (5) grâce à un changement des mentalités, à une clarification des attentes des prescripteurs et à l'association de tous les acteurs à la démarche.

La problématique des acteurs de l'évaluation renvoie inéluctablement à la question de la finalité de l'évaluation, c'est-à-dire quels sont les objectifs d'une évaluation.

On n'évalue pas « pour évaluer » et **l'évaluation doit être conçue en fonction des décisions qu'elle doit éclairer**. La définition de ces objectifs constitue donc un préalable méthodologique indispensable (23). Pour ce faire, il convient de formaliser les attentes, les besoins des commanditaires de l'évaluation, de traduire ces attentes et ces besoins en objets clairs et de définir de manière très précise les questions auxquelles l'évaluation devra apporter des éléments d'information et de réponse. Néanmoins dans la réalité, il semble parfois difficile de dégager des objectifs clairs et homogènes à l'évaluation lorsque les financeurs sont multiples pour une même action (Etat, Conseil Général, Mairie...), ce qui est souvent le cas, comme l'illustrent les contrats de ville. Il sera alors indispensable que ces diverses attentes puissent s'exprimer afin que l'évaluation les prenne en compte dans la mesure du possible.

Néanmoins, **les conclusions** de l'évaluation **ne doivent pas être prédéterminées**, dictées par le sens des décisions que tel ou tel souhaite prendre. Un professionnel de terrain nous rapporte à ce sujet « *qu'il est plus difficile de faire entendre à un financeur un petit résultat obtenu dans peu de cas avec beaucoup d'efforts et peu de moyens que beaucoup de résultats avec peu d'efforts et de gros moyens qui valorisent le financeur* ».

En ce sens, l'évaluation est un élément de la décision, mais elle s'intègre aussi à d'autres processus comme des processus d'apprentissage ou d'implémentation, distincts des processus décisionnels.

Ainsi, la confusion traditionnelle entre **évaluation** et **contrôle**, où l'on parlait alors « d'évaluation-sanction », tend aujourd'hui à être oubliée grâce à l'appropriation par tous de cette démarche. L'action de la MILDT, relayée par des instances départementales comme les CIRDD, travaillent à une **culture commune de l'évaluation**, reposant sur **une évaluation dynamique**, c'est à dire sur le processus plus que sur le résultat (annexe 5) et mobilisant l'ensemble des acteurs (au moyen de comités de pilotage, de groupes de travail, de réseaux...).

b) Une démarche qui n'est pas neutre

La démarche évaluative n'est pas neutre pour les acteurs qui s'y engagent et l'on peut distinguer, à la manière de Michel Legros (9), les effets sur les personnes, les effets sur les équipes et sur les institutions, tout en rajoutant les effets sur les financeurs et les décideurs.

- S'agissant des **acteurs de terrain**, l'engagement dans une démarche évaluative claire et explicite a pour premier effet de **dédramatiser le concept d'évaluation**, de rompre avec la conception traditionnelle du contrôle et de **rechercher la coopération**, le partenariat entre tous les intervenants. Le schéma, figurant en annexe 4, montre ce que pourrait être une démarche « mobilisante », dont l'axe central pourrait être un comité de pilotage. Ainsi, la mise en place d'une évaluation objective à Colombes (92) autour de la distribution des seringues par des acteurs différents (distributeur de kits d'une association, urgences de l'hôpital et bus d'accueil, d'orientation et de soins) a permis de dédramatiser la situation, de favoriser le dialogue et le repositionnement des acteurs dans le dispositif. De même, l'évaluation des « assises alcool » sur un département a contribué à la création d'une coordination départementale en alcoologie, regroupant l'ensemble des acteurs (CDPA, mouvements d'anciens buveurs, unité d'alcoologie de centres hospitaliers, DDASS, CODESS, CPAM...).
- Pour les **équipes**, l'évaluation permet l'**acquisition de nouvelles méthodes de travail** en ne privilégiant plus seulement le court terme et les individualités mais en intégrant le moyen, voire le long terme sur des ensembles de population. L'évaluation constitue un moyen majeur de responsabilisation des acteurs et de leur sensibilisation aux questions de Santé Publique, tout en confortant et/ou modifiant leurs habitudes de travail et parfois en les instaurant.

- De même, l'évaluation n'est pas neutre pour l'**institution**. Evaluer, c'est prendre un risque. Il y a d'abord le **risque** de voir **l'échec du programme ou la remise en cause de son utilité**. Le risque existe de démontrer l'impuissance de l'institution à peser sur son environnement ou à faire aboutir des projets. Ces risques, qui sont susceptibles d'être lourds de conséquences, peuvent parfois inciter les institutions à fausser la démarche évaluative et ses résultats. Enfin, le processus évaluatif peut susciter des tensions au sein des institutions lorsqu'il faut confronter des apports et points de vue différents.
- Les **financeurs et les décideurs** ont parfois également intérêt à nuancer les résultats de l'évaluation en privilégiant la visibilité et la continuité de leurs actions. Ainsi, un élu local préfère le concept de « rendu compte » plutôt que celui de résultat, qui intègre à la fois les effets positifs et négatifs, pour objectiver l'évaluation. Néanmoins, il estime que cette notion est « moyennement partagée » par ses autres collègues élus, un peu trop guidés selon lui par les **contraintes électorales**. De même, s'il est souhaitable et même nécessaire que les actions entreprises puissent être évaluées, cette pratique est potentiellement porteuse de risque : la tentation devient grande de ne retenir que des projets faciles à évaluer, dont les résultats sont facilement quantifiables.

Si l'évaluation apparaît aujourd'hui nécessaire et indispensable, elle doit, pour être efficace et se développer, être « pensée en fonction de la coopération », pour reprendre une expression de Michel Crozier, et respecter certaines recommandations.

PARTIE III : PISTES DE REFLEXION POUR L'AMELIORATION DES PRATIQUES D'EVALUATION

L'analyse de la littérature et l'approche de terrain par les entretiens illustrent les obstacles potentiels sur le chemin de la mise en place d'une culture évaluative en matière de prévention :

- la complexité du champ de la prévention des usages de drogues

Il existe dans ce champ d'action une multiplicité d'acteurs intervenant avec des objectifs, des méthodes et des moyens hétérogènes. Cette diversité implique l'adaptation des techniques de l'évaluation, qui se présente parfois comme un outil trop homogène.

- les difficultés pratiques rencontrées dans la mise en place de l'évaluation

De nombreux acteurs appartiennent au champ associatif. Ils ne disposent pas dans tous les cas de ressources suffisantes pour mener à bien les procédures requises par l'évaluation, tant sur le plan humain qu'en matière financière.

- les relations complexes entre les différents niveaux d'action.

En dépit de ces obstacles, l'approche actuelle dans le domaine des politiques publiques doit intégrer obligatoirement une démarche évaluative, à des fins de rationalisation. Il apparaît donc pertinent de proposer des pistes de réflexion, afin de rendre ces pratiques plus aisées et naturelles pour toutes les structures impliquées.

A) Recommandations générales

La démarche d'évaluation n'étant pas encore un automatisme pour tous les acteurs, il convient de ne pas être trop ambitieux de prime abord et de promouvoir un développement progressif à l'aide de la diffusion d'une culture commune de l'évaluation.

a) Création d'une culture commune et harmonisation

Il faut tout d'abord souligner l'importance de la **diffusion de l'information** dans ce secteur, afin que tous les acteurs disposent des mêmes références. Cet objectif peut

s'appuyer d'une part sur une remontée de l'information issue de la base et d'autre part sur le retour de messages institutionnels. Ces échanges doivent s'effectuer dans des délais raisonnables et de manière concertée afin de garder une cohérence de l'ensemble de la démarche. Afin de limiter ces délais de diffusion, il serait peut-être intéressant de préconiser la création de « cercles de qualité », dans lesquels les professionnels discuteraient sur leurs pratiques respectives en matière d'évaluation, échangeraient leurs expériences.

Ces **références communes** comportent plusieurs éléments : des objectifs réalistes (adapter les moyens utilisés aux ambitions), des indicateurs pertinents (qualitatifs et quantitatifs), des méthodes et une mesure adaptée des résultats.

Sachant que **chaque action est unique**, il n'y a pas d'indicateurs et de modèles d'outils capables de s'appliquer à toutes les actions, mais de bonnes pratiques doivent être sélectionnées petit à petit et des « boîtes à outils » se constituer à destination du terrain. De même, au niveau des financeurs, la multiplicité des acteurs et de leurs visions peut gêner une appréciation homogène des pratiques des professionnels et perturber un traitement équitable de leurs initiatives. Des objectifs largement partagés permettraient d'éviter cet écueil.

b) Des ambitions modestes et progressives

Tous les acteurs qui ont vocation à mettre en place des évaluations de leurs pratiques n'ont pas encore intégré de manière complète l'esprit et les outils afférents à la démarche. Une **pression** trop forte **des financeurs** ou planificateurs publics sur leurs épaules serait de nature à nuire à leurs efforts. L'évaluation ne doit pas se faire dans un esprit trop strict susceptible de nuire à l'action elle-même, ce qui peut être le cas pour des petites structures incapables de dégager des ressources supplémentaires pour cette nouvelle mission.

Les résultats peuvent aussi ne pas apparaître de façon claire, compte tenu des spécificités de la prévention, alors même que l'action a une utilité réelle (insertion qui diminue les risques, amélioration de l'état psychologique, évolution des attitudes). Il faut donc **se montrer très prudent quant à l'interprétation** des impacts « révélés » par l'évaluation et recueillir des informations suffisamment concordantes pour décider qu'une action doit être abandonnée. Les références à des normes strictes de qualité ne sont pas non plus très applicables au secteur, même si la validité des messages délivrés, par exemple, doit être contrôlée, testée. Le caractère automatique de l'évaluation doit être relativisé. L'évaluation a une **utilité proportionnelle à l'importance des actions**, et ne doit être réalisée que si elle ne nuit pas au déroulement de l'action elle-même et si elle a vocation à l'améliorer.

c) Confiance et partenariat

Il s'agit aussi d'instaurer un **climat de confiance** entre financeurs et professionnels, par exemple en instituant un « contrat » explicite d'utilisation de l'évaluation et de ses résultats. Celui-ci porterait sur le temps et les moyens consacrés à l'évaluation ainsi que sur sa faisabilité. Les preuves d'efficacité en matière d'évaluation de la prévention sont difficiles à apporter ; aussi est-il irréaliste d'en réclamer de façon absolue. Les objectifs des actions ne sont pas toujours très faciles à fixer et peuvent évoluer. Il faut donc que les parties en présence s'accordent pour déterminer les critères décidant de la prolongation ou de la réorientation d'une action. La faisabilité de l'évaluation doit aussi être étudiée, afin qu'une réalisation incomplète faute de moyens ne se retourne pas contre la structure elle-même.

Les professionnels ont aussi une connaissance des faits que les décideurs publics peuvent obtenir d'eux uniquement par des procédures comme l'évaluation. Mais ils sont souvent méfiants vis-à-vis de l'utilisation potentielle des données dégagées, qui peuvent être sensibles, compte tenu du domaine en cause. Cependant, les acteurs de terrain doivent **s'engager à produire une évaluation rigoureuse**, sans omettre les résultats négatifs de la démarche. Ceux-ci doivent être considérés comme une source d'enseignements et d'optimisation des ressources disponibles et non comme une cause de sanctions potentielles.

Les **suites** données à l'évaluation doivent aussi faire l'**objet d'accords**. Celles-ci doivent être à la fois tangibles (ce qui prouve l'utilité de la démarche et motive les professionnels) et négociées avec les acteurs (ce qui évite les incompréhensions et les fausses interprétations). Les acteurs de terrain doivent s'engager à produire une évaluation rigoureuse, sans omettre les résultats négatifs de la démarche. Cette confiance mutuelle permettrait d'éliminer toutes les actions non pertinentes, sans pour autant supprimer trop rapidement des financements nécessaires à la construction pérenne des actions.

Le **partenariat** est également nécessaire afin d'optimiser l'évaluation des actions menées dans un secteur donné. Tout d'abord, il peut exister une réelle interaction entre les interventions des structures locales (qui accueillent les mêmes populations), dont les résultats doivent être rapprochés afin de mieux cerner l'efficacité des actions. Ensuite, les acteurs publics, qui se concertent déjà au niveau local, pourraient avoir une vision encore plus claire de l'efficacité globale du dispositif (dans un département par exemple).

B) Propositions pratiques

Il s'agit également d'améliorer les conditions dans lesquelles l'évaluation se déroule, afin d'optimiser le recueil et le traitement des données. Les pouvoirs publics et les financeurs

ont intérêt à s'investir davantage dans la réalisation des actions, au moins pour aider les acteurs à initier ces processus.

a) Financements et moyens matériels

L'évaluation des pratiques des intervenants n'est que rarement prise en charge par les financeurs, ou alors de façon très ponctuelle. Or, cette démarche représente un **investissement en temps et en moyens**, donc une charge pour les acteurs. Ceci est de nature à peser sur la qualité des rapports d'évaluation. Si les acteurs doivent assurer cette nouvelle tâche en concurrence avec leurs missions principales, ils ne recueilleront pas les données nécessaires dans des conditions optimales. Il convient donc, à l'instar de certains pays, comme la Grande-Bretagne, de donner des **budgets spécifiques pour l'évaluation**. Les améliorations et rationalisations visées seront peut-être proportionnelles à cette « mise de départ ».

La **fourniture de guides et d'outils** orientant la réalisation des évaluations, tels que ceux qui ont été conçus par l'OEDT, peut également en faciliter la mise en place pratique.

b) Une expertise accessible à tous

Les membres des structures de prévention possèdent souvent une **culture professionnelle aux antipodes des pratiques évaluatives** (absence de recueil quantitatif, connaissance pragmatique et appréciation subjective...). Il n'est donc pas inutile de préconiser des actions de formation aux pratiques évaluatives, si on souhaite conserver une certaine qualité à celles-ci. Sur le terrain, certains organismes comme le CDPA, le CODESS ou l'Institut de Recherche et d'Etude des Maladies Addictives (IREMA) mettent en place ce type de formations, qui devraient donc seulement être généralisées et soutenues par des fonds publics. Une fois les premières sensibilisations opérées, les qualifications en la matière pourraient ensuite s'acquérir par la pratique.

Cependant, le recours à des professionnels et à un **regard extérieur** pour la mise en pratique paraît également pertinent afin de réaliser des évaluations débarrassées des habitudes du terrain et conformes aux bonnes pratiques. Mais le recours à des évaluateurs externes n'est pas à la portée de toutes les structures. Il serait donc judicieux que les décideurs publics mettent à la disposition des professionnels de terrain des **référénts** qui les aideraient à prendre le recul nécessaire aux analyses évaluatives. Cette combinaison des compétences internes et externes paraît d'ailleurs être une des meilleures formules, car elle associe une connaissance de l'action et de ses particularités et des techniques d'évaluation pointues.

CONCLUSION

Dans une démarche de prévention des usages de drogues, l'évaluation est un outil déterminant pour l'organisation et la cohérence de l'action. Elle permet en effet d'examiner non seulement le choix et le bien fondé de la démarche de prévention mais aussi les modes de décision, de suivi et de réalisation de l'ensemble des activités.

La pratique de l'évaluation de la prévention des usages de drogues accuse un retard en France ; toutefois, elle émerge progressivement aujourd'hui dans la pratique des différents acteurs concernés, qui s'en approprient les outils et les adaptent à leurs objectifs propres.

Du modèle évaluatif initial aux ambitions très uniformisatrices, les intervenants du champ de la prévention retiennent avant tout un esprit d'amélioration des projets et d'objectivation des données ; ils ne cèdent pas à la tentation de rechercher des méthodes très standardisées et insistent sur la spécificité du domaine et de chaque action conduite. Ils concilient cependant cet impératif avec la nécessité de disposer de références et d'orientations communes qui caractérise la nouvelle approche de la politique en matière d'usage de drogues.

Si l'évaluation acquiert un caractère plus systématique et couvre petit à petit le domaine de la prévention, elle n'en devient pas pour autant une idéologie guidant tous les choix des acteurs. Ceux-ci réaffirment l'irréductibilité du travail en matière sanitaire et sociale à une quantification, ainsi que la nécessité d'une « éthique de l'évaluation ». Celle-ci ne saurait, en tout cas, servir de substitut aux choix politiques et sociaux en matière de drogues, ni dissimuler ceux-ci ; les citoyens et les décideurs peuvent en revanche utiliser cet outil pour tenter de clarifier leurs souhaits quant à la prévention.

BIBLIOGRAPHIE

Rapports :

- 1/ Philippe Jean PARQUET « *Pour une prévention de l'usage des substances psychoactives* », (élaboré à partir du rapport de l'auteur du rapport publié en 1997) éditions du Comité Français d'Education pour la Santé, Paris, 1998
- 2/ Bernard ROQUES « *La dangerosité des Drogues* », éditions Odile Jacob / La Documentation Française, Paris, 1999.
- 3/ Catherine TRAUTMANN « *Lutte contre la toxicomanie et le trafic des stupéfiants* », rapport au Premier ministre, La Documentation Française, Paris, 1990.

Ouvrages :

- 4/ M. HADJI « *L'évaluation, règles du jeu – des intentions aux outils* », ESF, Paris, 1989.
- 5/ « *Evaluation d'une action de santé publique* », Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, Paris, 1995.
- 6/ Michel BASS « *Promouvoir la santé* », L'Harmattan, Paris, 1995.
- 7/ Françoise MOZZO-COUNIL « *Ensemble face à la drogue – agir au quotidien* », Chronique Sociale, Lyon, 1995.
- 8/ R. PINAULT et C. DAVELUY « *La planification de la santé, concepts, méthodes et stratégies* », Edition Nouvelle, Ottawa, 1995.
- 9/ M. LEGROS et G. POQUET « *Evaluer ou l'esprit des méthodes* », CREDOC, Paris, 1996.
- 10/ Henri BERGERON « *Soigner la toxicomanie – les dispositifs de soins entre idéologie et action* », L'Harmattan, Paris, 1996.
- 11/ « *La santé publique à l'épreuve du terrain* », guide en santé précarité, Ministère de la Santé, Secrétariat d'Etat à la Santé, Paris, 1997.
- 12/ Nathalie TRYDMAN, Hélène MARTINEAU « *La drogue, où en sommes-nous ?* » La Documentation Française, Paris, 1998.
- 13/ F.FARGES « *Approche communautaire des toxicomanies – médecine et société* », Presses Universitaires de France, Paris, 1998.
- 14/ « *Drogues et toxicomanie – indicateurs et tendances* » OFDT, 1999.
- 15/ « *Guidelines for the evaluation of drug prevention – a manual for programme-planners and evaluators* », European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg, 1998.
- 16/ « *Evaluation : a key tool for improving drug prevention* », European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg, 2000.
- 17/ Alain MOREL « *Prévenir les toxicomanies* », Dunod, Paris, 2000.

Périodiques :

- 18/ DURAND, MONNIER, COHEN, MULLER : « *Le développement de l'évaluation en France, nécessités techniques et exigences politiques* », Revue Française de Sciences Politiques, 1992.
- 19/ Revue « La santé de l'Homme », n° 334 « *Les drogues : usages, abus, dépendance - La prévention en questions* », éditions du Comité Français d'Education pour la Santé, Paris, 1^{er} semestre 1998.
- 20/ Bulletin officiel de l'Education nationale, de la Recherche et de la Technologie « *Repères pour la prévention des conduites à risques* », numéro hors série, n° 9 du 4 novembre 1999.
- 21/ Revue « La santé de l'Homme », n° 347 « *Regards sur les dépendances* », éditions du Comité Français d'Education pour la Santé, Paris, mai-juin 2000.
- 22/ Revue internationale des toxicomanies, n°3, VITARO (et alii), « *Prévention de la consommation de psychotropes* », volume 4, 1998, pp111-131.
- 23/ Revue Toxibase, BULART (et alii), « *L'évaluation en toxicomanie : questions préalables* », n°2, pp1-19.

Divers :

- 24/ Christoph KRÖGER, Heike WINTER, Rose SHAW « *Guide d'évaluation des actions de prévention des toxicomanies à l'intention des planificateurs et des évaluateurs de programmes* », European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg, 1998.
- 25/ « *Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances – 1999/2000/2001* », MILDT, Paris, 2001.
- 26/ Questionnaire état des lieux – prévention « *APPRE (Actions et Programmes de Prévention et Recensement)* », OFDT, Paris, 2001.
- 27/ Alain DECCACHE « *Pour mieux choisir son évaluation... définition et rôles des évaluation en éducation pour la santé* » APES collection, Association pour la promotion de l'Education pour la Santé, 1989.
- 28/ « *L'évaluation des projets d'éducation pour la santé* » Délégation Interrégionale pour l'Education et la Promotion de la Santé (Centre-ouest) 1998.
- 29/ Francis NOCK, "Petit guide d'évaluation en promotion la santé", Mutualité française, 2000.

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANDEM	Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
APPRE	Actions et Programmes de Prévention - Recensement
CDPA	Comité Départemental de Prévention de l'Alcoolisme
CESC	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CFES	Comité Français d'Education pour la Santé
CIRDD	Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CODES(S)	Comité départemental d'Education Sanitaire (et Sociale)
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSST	Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes
DASS	Direction de l'Action Sanitaire et Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDJS	Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports
DIMAS	Dispensaire Mobile d'Accessibilité aux Soins
EDDRA	<i>Exchange on Drug Demand Reduction action</i> (programme d'échange sur les actions de réduction de la demande de drogue)
IREMA	Institut de Recherche et d'Etude des Maladies Addictives
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OEDT	Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

ANNEXES

GRILLE D'ENTRETIEN

- 1) **Identification de la structure** (statut, financement, fonctionnement, intervenant, date d'implantation...)
- 2) **Quels sont vos principaux domaines d'intervention ?**
- 3) **Quelle est la place de la prévention dans votre structure ?** (en terme d'action, de budget, de moyens...)
- 4) **Quelles sont les principales actions de préventions mises en place** (récentes) ?
- 5) **Qu'évoque pour vous l'évaluation ? La pratiquez-vous dans le cadre de vos actions ?**
Si non, pourquoi ? (réunions de travail, de service, problèmes de finances, de conception de l'évaluation...)
si oui, quel est le sujet de l'évaluation ? (actions, acteurs, budget...) **des exemples ?**
A la demande de qui ? (financeurs, partenaires, promoteurs...)
Pourquoi ? (objectifs)
Pour qui ? (destinataires)
Par qui ? Et avec qui ? (groupe de travail, comité de pilotage. consultant externe...)
Comment ? (méthode et indicateurs)
 - ◆ **Méthode :** Faire ressortir les dichotomies :
 Formelle / informelle
 Interne (auto-évaluation) / externe
 Qualitative / quantitative
 Dynamique (avant, pendant et après) / finale
 Financeur / financé
 En général / en particulier
 Référentiel / bilan d'activité
 Formative / somative ?
 - ◆ **Indicateurs :** aborder les différents types : sociaux, médicaux, psychologiques, financiers, épidémiologiques, insertion... **Voir** comment sont-ils choisis ?, Par qui ? Quelle valeur prédictive ?
- 6) **Principaux résultats de cette (ces) évaluation(s)**
 - résultats attendus
 - résultats inattendus (positifs, pièges, réajustement...)
- 7) **Impact. Modifie t-elle les démarches et les pratiques existantes ?** (exemple : en terme d'organisation, de formation, de financement, de fonctionnement...)

LISTE DES ACTEURS RENCONTRES

- **Docteur Daniel BARACHE** – Président
Association ImaRge, association de création, d'écoute et de prévention à Issy-les-Moulineaux (92)

- **Madame Marie-Pierre BRIAND** – Responsable
Centre d'Information et de Ressources sur la Drogue et les Dépendances d'Ille-et-Vilaine (CIRDD 35)

- **Docteur Christine BRUNET** – MISP Chef de Projet Toxicomanie
Direction Départementale des Affaires Sanitaires et sociales d'Ille-et-Vilaine (DDASS 35)

- **Mesdames Cristina DIAZ et Carine MUTATAYI** – Chargées d'Etudes Pôle Evaluation
Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT)

- **Docteur Thierry EHRHARD**
Maire-adjoint, médecin généraliste et président d'associations de prévention à Bagneux (92)

- **Monsieur Dominique LABBE** - Directeur
Espace de Socialisation « Espace Relais » à Bagneux (92)

- **Docteur Christine LANTRAN-DAVOUX** – Psychiatre coordinatrice du Bus DIMAS
Association Imagine (Val d'Oise – 95)

- **Madame Laurence MAHE** - Infirmière scolaire
Lycée hôtelier de Dinard (Côtes d'Armor – 22)

- **Madame Andrée MARTINS** – Responsable Jeunesse et Sport
Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la toxicomanie (MILDT)

- **Docteur Colette MOYSE** - MISP
Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris (DASS 75)

- **Monsieur Jean-Yves NOEL** – Directeur
Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes (CSST) « Chimène » à Issy-les-Moulineaux (92)

- **Madame Viviane ROUSSEAU** – Directrice
CODESS 95

- **Docteur Patrick THOMAS** – Responsable de la Coordination Toxicomanie
Centre hospitalier d'Argenteuil (95)

- **Madame Laetitia VINCENT** – Chargée de Mission
Centre Départemental de Prévention de l'Alcoolisme d'Ille-et-Vilaine (CDPA 35)