

CATHERINE REYNAUD-MAURUPT

PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES DESTINÉE AUX JEUNES

STRUCTURER ET METTRE EN ŒUVRE
UNE STRATÉGIE TERRITORIALE



GUIDE MÉTHODOLOGIQUE
POUR LES ACTEURS DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

L'ÉQUIPE DE TRAVAIL

OPÉRATEURS

- › Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale – GRVS – www.grvs06.org
- › Atelier santé ville de Valbonne Sophia Antipolis – www.ville-valbonne.fr

FINANCEURS

- › Direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
- › Délégation Alpes-Maritimes de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
- › Ville de Valbonne Sophia Antipolis

MODÉLISATION DU DISPOSITIF ADDICTIONS de Valbonne Sophia Antipolis

pour la production d'une méthodologie transposable, conception et rédaction du guide

- › Catherine Reynaud-Maurupt, *Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale - GRVS*

IMPLANTATION ET STRUCTURATION DU DISPOSITIF ADDICTIONS de Valbonne Sophia Antipolis, analyse critique de la modélisation et relecture du guide

Laurence Deront, Atelier santé ville de Valbonne Sophia Antipolis

ANALYSE CRITIQUE DE LA MODÉLISATION ET RELECTURE DU GUIDE

- › Albert Herszkowicz, *Direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes*
- › Jérôme Reynaud, *service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA*
- › Nicolas Bonnet, *Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions – RESPADD*

RELECTURE DU GUIDE

- › Maria Baraud, *Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions – RESPADD*
- › Karin Delrieu, *service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA*

Conception graphique : bernard artal graphisme

CATHERINE REYNAUD-MAURUPT,
GROUPE DE RECHERCHE SUR LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE (GRVS),
EN PARTENARIAT
AVEC LA VILLE DE VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS

PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES DESTINÉE AUX JEUNES

STRUCTURER ET METTRE EN ŒUVRE
UNE STRATÉGIE TERRITORIALE

*Processus d'implantation d'un dispositif territorial
et pluridisciplinaire dédié à la prévention
des conduites addictives et à l'intervention précoce
auprès des jeunes consommateurs*

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE
POUR LES ACTEURS DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

MARS 2015

REMERCIEMENTS

L'équipe de travail remercie Marc Daunis, sénateur-maire de Valbonne Sophia Antipolis, et ses adjointes déléguées à la solidarité et à la santé, ainsi qu'à la jeunesse et à l'éducation, Betty Vignolo et Valérie Peacock, pour leur implication dans l'implantation et la structuration de la stratégie valbonnaise de prévention des addictions, mais également pour leur soutien financier et logistique dans la mise en œuvre de son évaluation.

L'équipe de travail remercie Paul Castel, directeur général de l'agence régionale de santé PACA, ainsi que toute l'équipe de la délégation territoriale des Alpes-Maritimes, notamment Christine-Anne Argentin-Massot, pour leur soutien financier et leur appui technique ayant permis de développer l'action du dispositif addictions valbonnais.

L'équipe de travail remercie également Pierre-Yves Bello, médecin général de santé publique adjoint à la cheffe du bureau des addictions et autres déterminants des comportements de santé de la direction générale de la santé (ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes), ainsi que Sébastien Humbert, secrétaire général adjoint de la préfecture des Alpes-Maritimes et chef de projet MILDECA, et Philippe Barbet, inspecteur principal de la jeunesse et des sports, pour leur soutien financier et leur appui technique dans la mise en œuvre de l'évaluation du dispositif addictions valbonnais, sa modélisation dans le but de produire une méthodologie transposable, et l'édition de ce guide.

L'équipe de travail remercie particulièrement les partenaires locaux spécialisés en addictologie et en prévention des conduites addictives qui ont apporté leur expertise et se sont investis, en partenariat avec l'atelier santé ville de Valbonne Sophia Antipolis, dans l'implantation et la structuration de la stratégie territoriale de prévention des addictions : particulièrement Jérôme Reynaud, coordinateur de santé publique (service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA), ainsi que Pierre Airaudi, médecin addictologue directeur du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie du centre hospitalier d'Antibes et Djahida Hemadou, psychologue clinicienne (responsable de la consultation jeunes consommateurs de Valbonne Sophia Antipolis, rattachée au CSAPA du centre hospitalier d'Antibes).

L'équipe de travail remercie surtout tous les acteurs de proximité, dont la liste des structures de rattachement figure en annexe de ce guide, qui se sont investis durablement dans la dynamique multipartenariale, sans laquelle la mise en œuvre et le développement du dispositif addictions valbonnais n'auraient jamais pu être menés à bien.

MARC DAUNIS
Sénateur-Maire de Valbonne Sophia Antipolis

Notre jeunesse est notre avenir : le dire c'est bien, en tirer les conséquences nous est paru nécessaire. La Commune de Valbonne Sophia Antipolis a fait le choix volontariste, sous l'impulsion des élus, à travers son atelier santé ville, de construire une stratégie territoriale de prévention et d'intervention précoce en addictologie avec l'appui d'une solide alliance éducative, sociale et médicale.

La recherche du bien-être des jeunes habitants ainsi que de leurs familles s'étend de la petite enfance à l'entrée dans la vie active.

Concrètement cela suppose de tisser un *continuum* préventif de repérage, de soins et d'accompagnement avec tous les établissements scolaires, les associations de parents d'élèves, le comité de quartier et les services sociaux de Valbonne Sophia Antipolis.

Ce dispositif s'est élaboré empiriquement par la conjugaison de trois expertises. Celle du territoire a été portée par l'atelier santé ville, celle de l'addictologie est issue du CSAPA service de l'hôpital d'Antibes et enfin, celle de la prévention-formation en addictologie a été animée par le coordinateur santé de la Mutualité Française PACA.

Leur mobilisation est importante pour élaborer des réponses cohérentes, efficaces et adaptées, dans une démarche de concertation permanente en termes d'analyse des besoins et de mise en œuvre des actions.

Ce guide opérationnel invite le lecteur à s'approprier cette méthode organisationnelle. Fondé sur une étude scientifique rigoureuse, il s'adresse aux acteurs territoriaux auxquels il apporte des informations claires. Il est le fruit d'un long processus qui s'appuie notamment sur l'évaluation de ce dispositif mis en place à Valbonne Sophia Antipolis.

Je tiens à remercier tout particulièrement Catherine Reynaud-Maurupt, sociologue du groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, pour la grande qualité de cet ouvrage.

Il y a certes plus attrayant qu'un guide stratégique mais le sujet traité et la qualité du travail présenté méritent pourtant notre respect et une attention toute particulière. Tant de drames pourraient être évités dans notre société confrontée parfois lourdement à de telles problématiques.

Je revendique, pour ma part, qu'il est essentiel de placer la santé au cœur de nos priorités et conçois, en tant que sénateur-maire de Valbonne Sophia Antipolis, une certaine fierté de pouvoir partager avec vous ces années d'expériences.

SÉBASTIEN HUMBERT

Secrétaire général adjoint de la Préfecture des Alpes-Maritimes
Chef de projet MILDECA

Je tiens à remercier personnellement le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, ainsi que sa directrice, Madame Catherine Reynaud-Maurupt, pour la réalisation de ce guide méthodologique à destination des acteurs territoriaux pour les aider à mettre en œuvre une stratégie territoriale de prévention des conduites addictives des jeunes.

Prévenir les conduites addictives chez les jeunes est une priorité de l'action publique affirmée par la MILDECA, en particulier en 2015. Cette démarche entre par ailleurs dans le cadre du Plan priorité Jeunesse mis en place par le Gouvernement qui vise à permettre une meilleure insertion des jeunes dans la société.

La MILDECA invite les institutions à rechercher une efficacité méthodologique et à mettre en œuvre un repérage précoce des jeunes concernés par une addiction pour les orienter vers des structures de soins. C'est évidemment un enjeu essentiel à la fois pour préserver la santé des jeunes et leur permettre une insertion sociale et professionnelle.

Le travail de l'auteure, mené avec une grande rigueur scientifique et une grande connaissance, à la fois des jeunes, des phénomènes d'addictions, des institutions et des réponses possibles, répond pleinement à ces orientations.

Par ailleurs, ce travail répond aussi pleinement aux besoins des acteurs locaux.

Il manifeste la nécessité pour les acteurs d'être coordonnés pour travailler ensemble. Le rôle des collectivités territoriales, en particulier des Mairies et Établissements Publics de Coopération Intercommunale, est essentiel pour mener ces politiques.

Les politiques de jeunesse sont en effet interministérielles, inter-institutionnelles et partenariales :

- › interministérielles car toutes les administrations de l'Etat sont concernées : les administrations de la Santé, des Affaires sociales et de l'Education ;
- › inter-institutionnelles car les collectivités territoriales et les établissements publics de santé ont leur rôle à jouer ;
- › partenariales car le rôle des associations et acteurs sociaux (parents, éducateurs) est essentiel.

L'action menée avec la mairie de Valbonne Sophia Antipolis est à cet égard tout à fait exemplaire et l'auteure propose à partir de l'exemple valbonnais une méthodologie pour faire travailler les acteurs ensemble, qu'il s'agisse de la prévention ou de la prise en charge médicalisée, ainsi qu'une méthode d'évaluation des actions menées.

C'est donc un guide fort pertinent qui nous est proposé et dont je ne saurais trop recommander la lecture à tous les responsables en charge des politiques de Jeunesse.

L'action menée ici par Madame Reynaud-Maurupt avec ses partenaires est exemplaire. Je ne doute pas que la boîte à outils qu'elle nous propose ne puisse être fort utile pour développer les politiques locales de prévention des addictions chez les jeunes.

PROFESSEUR BENOÎT VALLET

Directeur général de la santé, ministère des Affaires sociales,
de la Santé et des Droits des femmes

Mieux prévenir les conduites addictives chez les jeunes et accompagner précocement les jeunes consommateurs nécessitent de mobiliser le plus grand nombre d'entre nous. Il ne s'agit donc pas de champs d'intervention réservés aux professionnels spécialisés en addictologie, même si ceux-ci en détiennent l'expertise. Les pouvoirs publics, et la direction générale de la santé en particulier, encouragent donc cette participation citoyenne aux actions de prévention. La stratégie nationale de santé et la future loi de santé accordent ainsi une grande importance à l'appropriation des démarches préventives par le public et notamment par l'entourage des jeunes.

Les élus locaux sont souvent confrontés aux conséquences négatives de l'usage des substances psychoactives chez les jeunes, et pas uniquement en termes de maintien de l'ordre et de la tranquillité publique : le mieux-être des jeunes habitants ainsi que de leurs familles, la réussite éducative et l'insertion sociale et professionnelle, le développement de comportements pro-sociaux et de l'implication citoyenne, constituent des préoccupations quotidiennes pour les élus des collectivités territoriales.

Ce guide montre également que la prévention des conduites addictives destinée aux jeunes améliore nettement son efficacité lorsqu'elle est appréhendée de façon multi-sectorielle, multi-interventionnelle et organisée de façon globale à l'échelle d'un territoire de proximité. Avec les pouvoirs publics, notamment les agences régionales de santé (ARS), les élus locaux ont un rôle majeur à jouer pour impulser le décloisonnement des pratiques professionnelles et renforcer les liens des acteurs de première ligne avec le dispositif spécialisé. Leur investissement est primordial, en tant que « chefs d'orchestre » sur leur territoire. Ils peuvent ainsi permettre aux acteurs de terrain de penser et d'organiser leur domaines d'intervention en interaction les uns avec les autres, dans un souci de complémentarité. L'implication des élus est également fondamentale pour faciliter la lisibilité de l'offre de services sur leur territoire.

Ce guide montre également le rôle décisif que peut jouer une structure de coordination territoriale dans la mobilisation et l'action concertée auprès des jeunes, mais aussi dans l'identification des besoins et la co-construction de réponses adéquates. L'utilité des « ateliers santé ville », qui sont portés conjointement par les services de l'Etat et les collectivités territoriales est notamment mise en valeur. Leur action est dédiée à la synergie des professionnels locaux et à la mise en œuvre de projets de santé publique adaptés aux spécificités locales. Elle peut donc constituer une clé de voûte pour orchestrer une politique publique qui prend simultanément en compte la réduction des inégalités sociales de santé et l'amélioration de la cohésion sociale.

Ce guide est à caractère opérationnel. Il apporte des informations claires et scientifiquement établies. Il détaille les ressources tant humaines que financières qui peuvent être mobilisées sur chaque territoire. En ce sens, il constitue un outil d'aide à la décision. D'autre part, il détaille de façon très concrète le processus à mettre en œuvre pour structurer et développer un dispositif de prévention dit « à composantes multiples ».

L'examen de la littérature scientifique internationale, effectuée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) dans le cadre de l'expertise collective sur les « Conduites addictives chez les adolescents » rendue publique en février 2014, atteste de l'efficacité des stratégies à composantes multiples : encore faut-il disposer d'outils méthodologiques afin de les mettre en œuvre. Grâce à ce guide, les acteurs des collectivités territoriales disposent maintenant d'une méthode de travail décrivant chaque étape permettant d'impulser la mobilisation partenariale et la participation citoyenne, de parvenir à un consensus d'objectifs, et de construire en commun une stratégie adaptée aux besoins locaux. Le résultat attendu est d'offrir un environnement plus favorable pour les jeunes et de créer des relais permettant de leur proposer un accompagnement personnalisé dès que nécessaire, avant que les dommages inhérents aux conduites addictives ne se concrétisent.

Inspiré d'un travail porté par les élus de la ville de Valbonne Sophia Antipolis (département des Alpes-Maritimes) et mis en œuvre par l'atelier santé ville de cette commune, la méthodologie de projet a ainsi déjà été expérimentée. Cette expérience montre la faisabilité du processus et permet de proposer des outils permettant de contourner les principales difficultés.

Je remercie l'auteure de ce guide et encourage les acteurs de santé publique à s'en inspirer pour promouvoir la prévention des conduites addictives au plus près des besoins.

JEAN-PIERRE COUTERON
Président de la Fédération Addiction

Ce guide méthodologique vient s'associer à d'autres travaux conduits par l'INPES, la MILDECA ou la DGS qui ont la volonté d'adapter la prévention des conduites addictives chez les jeunes aux profondes mutations de nos sociétés. Il participe d'une rénovation que structure l'Intervention Précoce.

Pour en mesurer tout l'intérêt, il faut donc le replacer dans cette perspective plus large, qui s'ouvre sur des points de vue sociologiques, économiques, technologiques ou psychologiques, trop souvent oubliés, et qui pourtant sont essentiels tant ils participent à modeler nos vies. Ce guide ne les a pas oubliés, même si logiquement, il n'a pu que les évoquer rapidement. Ces mutations que nous affrontons viennent bousculer pratiques et exercices professionnels, particulièrement dans un champ comme celui des conduites addictives dont la dimension multifactorielle en fait un objet particulièrement sensible à ce qui se joue dans nos environnements.

Pratiquement, le guide ne présente ni méthode infaillible ni programme de développement des compétences psychosociales labellisé, aucune BD ou manga miracle, pas d'outil de repérage ou d'intervention brève nouveau, de film ou scénario de théâtre forum. Il ne vend rien et ne se substitue à rien. C'est toute sa force et son intérêt : issu d'une recherche pratique, il rappelle qu'aucune action isolée, quelle qu'en soit la qualité et la validité, ne peut suffire. Elle doit prendre place dans une stratégie organisée, qui respecte la diversité créatrice des actions et acteurs, et en organise la convergence. Il met en avant cette alliance organisationnelle dont parlent nos collègues canadiens, faisant écho à l'alliance thérapeutique que va proposer le clinicien. Cette alliance organisationnelle mobilise des réponses, autant sur l'axe vertical de la temporalité d'une vie, que sur l'axe horizontal de la diversité des facteurs impliqués. Elle construit ce *continuum* d'action nécessaire. Pour sa part, et s'inspirant de stratégies communautaires et de territoire, le guide parle de « conseil de coalition », cette « alliance de personnes ou d'institutions qui se réunissent dans le but de poursuivre un objectif commun ».

En déployant une stratégie de mise en œuvre, le guide permet, de manière exhaustive, de penser l'assemblage et la mise en cohérence des actions et des acteurs, des différents champs concernés. Il souligne l'importance de cette notion de territoire. C'est sur le territoire que se trouvent les personnes disponibles, sur le territoire que peut se faire un inventaire de l'existant ; c'est à cette échelle que doit et peut se penser la gouvernance de l'action et donc la coalition des acteurs.

Sur cette question de la gouvernance, il détaille une stratégie exhaustive et pragmatique, au sens propre « guidante », et propose quelques principes forts. Certes, ils peuvent se discuter, mais ils ont le mérite de fonder le débat sur des éléments expérimentés et évalués :

- › la réponse au développement des pratiques addictives associe **les acteurs compétents dans le champ des actions, et les acteurs de la politique de la ville.** Ce « travailler ensemble » est à assurer ;

- › le **principe de subsidiarité est essentiel pour intégrer l'existant**, éviter les conflits de pouvoir, écarter les effets de concurrence, aussi coûteux que stériles ;
- › **l'engagement des politiques à l'échelle d'un territoire**, rappelle ce rôle de l'acteur de proximité décrit notamment dans la mise en place de la RDR.

Ce guide devrait aider à cette mobilisation en cohérence des acteurs, d'une façon plus pragmatique que cela n'a pu se faire jusqu'à présent. Il prend acte de la place importante des conduites addictives dans nos sociétés, des risques spécifiques qu'elles représentent dans une population jeune qu'elles concernent particulièrement.

Là où trop souvent on se contente de juxtaposer des recommandations de bonnes pratiques, sans en interroger la cohérence et les stratégies de mise en œuvre par les acteurs, ce guide, parce qu'il est issu d'une recherche sur un territoire, pose cette question et en propose des déclinaisons concrètes, fédérant les compétences dans une optique d'intervention précoce. Il sera pour beaucoup d'entre nous un outil indispensable.

INTRODUCTION	15
> Porter une attention particulière envers la jeunesse	15
> Décliner la politique publique sur les territoires de proximité	16
> L'insertion d'une stratégie de prévention et de repérage précoce des conduites addictives chez les jeunes dans les préoccupations des élus locaux	17
> L'expérience de la ville de Valbonne Sophia Antipolis	19
<hr/>	
PARTIE 1. SOCLE DE CONNAISSANCES PRÉALABLE À LA MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATÉGIE TERRITORIALE DE PRÉVENTION ET D'INTERVENTION PRÉCOCE EN ADDICTOLOGIE	21
1 – Qu'est-ce que la prévention ?	22
2 – Quels sont les principaux facteurs de risque ou de protection pour les jeunes ?	24
3 – Quelles sont les mesures les plus efficaces en matière de prévention des addictions ?	25
A] Prévention universelle destinée à l'ensemble de la population jeune	25
B] Prévention ciblée auprès des primo-consommateurs	26
C] Prévention ciblée auprès des consommateurs avérés	27
4 – Qu'est-ce qu'un dispositif à composants multiples ?	28
5 – La nécessité de disposer d'une structure de coordination inscrite dans le territoire de proximité	30
6 – Qui sont les structures spécialisées dans l'intervention en addictologie ?	32
A] Consultations jeunes consommateurs (CJC)	32
B] Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	33
C] Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)	33
7 – Qui sont les principaux acteurs de la prévention ?	34
8 – Quelles sources de financement peut-on solliciter ?	35
A] Les crédits déconcentrés de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives	36
B] Les financements de prévention et promotion de la santé des agences régionales de santé	36
C] Les financements dans le cadre des politiques de la ville	36
D] Le fonds interministériel de prévention de la délinquance	36
E] Les financements des réseaux d'écoute et d'appui à la parentalité	37
F] Les financements issus des conseils régionaux et généraux	37
G] Les financements de la Fondation de France	37

**PARTIE 2. PROCESSUS D'IMPLANTATION D'UN DISPOSITIF
À COMPOSANTES MULTIPLES DÉDIÉ À LA PRÉVENTION
ET À LA PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES ADDICTIONS
SUR UN TERRITOIRE DE PROXIMITÉ 39**

**1 – Le territoire de « proximité » :
comment délimiter le périmètre d'intervention ? 40**

- A] Envisager une distinction entre le périmètre d'intervention
et le portage politique 40
- B] Qu'est-ce qu'un *continuum* préventif ? 40
- C] La possibilité de déterminer le périmètre d'intervention
en fonction des bâtiments structurants de la carte scolaire 41

**2 – La consultation stratégique avec les acteurs pivots du futur dispositif
et la création du comité de pilotage 42**

- A] Créer l'alliance entre les experts du territoire et les experts
en addictologie : le comité technique du futur dispositif addictions 42
- B] Constituer le comité de pilotage du futur dispositif addictions 43
- C] Déterminer les acteurs-clés de la mobilisation communautaire 44

**3 – Impulser la mobilisation communautaire autour de la prévention
des addictions : réunir le premier conseil de coalition addictions
et organiser la formation des acteurs de proximité 46**

- A] Organiser le premier conseil de coalition addictions 46
 - 1) L'invitation et l'ordre du jour 46
 - 2) Le déroulé de la réunion 47
- B] Organiser la première formation des membres du conseil de
coalition sur le socle commun des connaissances en addictologie 50
 - 1) Objectifs de la formation 50
 - 2) Contenu de la formation 50
 - 3) Estimation de la satisfaction des auditeurs 51
- C] Des ficelles pour susciter et maintenir la mobilisation
communautaire 53
- D] Premier bilan du comité de pilotage 54

4 – Réaliser un diagnostic partagé sur les besoins du territoire 54

- A] Les objectifs du diagnostic territorial « addictions chez les jeunes » 54
- B] Qui peut réaliser le diagnostic ? 56
- C] Les champs de l'investigation et les personnes ressources 57
- D] Le choix des méthodes d'investigation 59
 - 1) Les sources documentaires 59
 - Les informations utiles à rassembler 60
 - Différents types de sources documentaires 60
 - Les spécificités des diagnostics intercommunaux
ou portant sur plusieurs quartiers 61
 - 2) L'enquête auprès des professionnels et des habitants 61
 - L'enquête qualitative 62
 - Choisir ou non de conduire une enquête quantitative 62
- E] Etablir des préconisations pour l'action en fonction
des résultats du diagnostic 65
- F] La rédaction du diagnostic territorial addictions 66

5 – Définir les axes prioritaires pour l'action et constituer des groupes de travail thématiques	68
A] Réunir le comité de pilotage et statuer sur les axes prioritaires pour l'action	68
B] Réunir le conseil de coalition et constituer des groupes de travail thématiques	68
1) L'invitation et l'ordre du jour	68
2) Le déroulé de la réunion	68
C] Rédiger un cahier des charges	70
6 – La démarche d'évaluation	71
A] Les principaux critères de qualité	72
B] L'évaluation de processus	72
1) La conformité au cahier des charges	72
2) L'identification des leviers et des freins	73
C] L'évaluation des résultats	73
1) L'analyse des données de l'activité	73
2) L'importance de la contextualisation des données	74
3) La difficulté d'évaluer l'impact	74
4) L'évaluation qualitative de l'impact du dispositif et des actions	75
D] Redéfinition d'objectifs	76
<hr/>	
CONCLUSION	77
<hr/>	
Bibliographie	79
Sitographie	81
ANNEXE 1. L'organisation du dispositif territorial transdisciplinaire de prévention et de prise en charge des addictions de Valbonne Sophia Antipolis	83
1 – Bref historique	83
A] La création	83
B] La structuration	84
C] Le développement	84
D] L'évaluation	85
2 – Les membres du comité de pilotage (2008-2013)	86
3 – Les structures investies dans la dynamique partenariale entre 2008 et 2013	86
4 – L'organisation du dispositif addictions	88
5 – Transfert de compétences	89
ANNEXE 2. La méthode qualitative dans l'enquête de terrain	90
1 – Les principales techniques de l'enquête qualitative	90
2 – Constituer le <i>corpus</i> de l'enquête qualitative	92
3 – Les outils de l'enquête qualitative	93
4 – La conduite des entretiens et des groupes focaux	96
5 – L'analyse des données qualitatives	97
ANNEXE 3. Les contraintes méthodologiques de l'enquête quantitative	99
<hr/>	

Les conduites addictives sont problématiques car elles peuvent générer des dommages physiques, psychiques et sociaux. Elles concernent l'usage des substances réglementées (tabac, alcool) et illicites (cannabis, autres drogues), des médicaments détournés de leurs usages initiaux (médicaments psychotropes notamment), ainsi que les addictions comportementales (usages à risques des outils numériques, jeu pathologique,...). Les consommations de substances psychoactives, y compris lorsqu'elles sont ponctuelles et espacées dans le temps, sont fortement prédictives de conduites addictives pour l'avenir ; elles méritent d'être prises en considération précocement pour réduire le risque de s'engager dans un comportement addictif, mais aussi du fait des dangers immédiats qui peuvent survenir.

Différentes expériences de mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prévention des conduites addictives et d'intervention précoce en addictologie ont été menées en France et en Europe. Le plus souvent, elles se sont déroulées dans le cadre de politiques de protection de la santé, ou dans le cadre des politiques de lutte contre la délinquance et la criminalité : plus rares sont les expériences de politique globale comprenant l'ensemble des outils de la politique des drogues (prévention, répression, soins et réduction des risques)⁽¹⁾. Ce guide méthodologique s'appuie sur l'expérience récente conduite dans la ville de Valbonne Sophia Antipolis, qui s'est attachée à mettre en œuvre une stratégie territoriale et multidisciplinaire de prévention des conduites addictives à l'attention des jeunes. L'analyse de cette expérience a permis de cerner les effets de contexte spécifiques au territoire valbonnais et d'identifier les conditions structurelles permettant de reproduire cette expérience sur d'autres territoires aux particularités différentes. Cette démarche méthodologique est fondée sur des principes communs aux politiques urbaines : développer des réponses adaptées aux spécificités locales, renforcer la coopération et la responsabilisation des acteurs en présence, et promouvoir une politique globale et cohérente, qui intègre simultanément les objectifs de protection de la santé, de cohésion sociale et de sécurité⁽²⁾.

PORTER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE ENVERS LA JEUNESSE

Les jeunes constituent une cible privilégiée pour la prévention et la prise en charge précoce des addictions : du fait des dommages immédiats éventuels (levée de l'inhibition comportementale, conduite routière non maîtrisée, malaise lié à une dose excessive) et des conséquences possibles sur le développement cognitif, psychique et social (interaction entre la gravité des dommages et la précocité des expérimentations). D'autre part, l'adolescence et le début de l'âge adulte constituent le plus souvent les moments de l'amorce des parcours de vie avec addictions : une prise en charge adaptée au début d'un parcours a plus de chances d'être efficace qu'une prise en charge qui débute après plusieurs années de pratique. Enfin, les conduites addictives chez les jeunes constituent un facteur de risque important pour l'échec scolaire et les difficultés d'insertion socio-professionnelle. Ainsi, les adolescents doivent être les principaux bénéficiaires des actions de prévention des addictions. Celles-ci méritent d'être particulièrement soutenues envers les jeunes en situation de vulnérabilité sociale.

(1) Coppel A (sous la direction de), *Usages de drogues, services de première ligne et politique locale : guide pour les élus locaux*, Forum européen pour la sécurité urbaine, 2008, 87 pages, p.11. <http://efus.eu/files/2013/04/drug-use-FRENCH-COMLETE.pdf>

(2) Coppel A, 2008, p. 11.

DÉCLINER LA POLITIQUE PUBLIQUE SUR LES TERRITOIRES DE PROXIMITÉ

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 ⁽³⁾ insiste sur la nécessité de mobiliser durablement l'ensemble des acteurs engagés au niveau local, comme les administrations, les partenaires associatifs et les élus locaux, pour favoriser la déclinaison territoriale de la politique publique.

En plus du développement d'actions de prévention adaptées, les nouvelles recommandations insistent sur l'importance de l'investissement de tous les acteurs qui exercent auprès de la jeunesse (personnels enseignants et éducatifs de l'Education nationale ; parents d'élèves ; acteurs du champ socio-éducatif, du champ socio-sanitaire, du champ répressif ; médecins libéraux...) pour faciliter le repérage précoce des jeunes nécessitant un diagnostic et une orientation vers une structure spécialisée.

Aujourd'hui, de nombreuses structures spécialisées en addictologie disposent de temps de consultations spécifiques pour les jeunes. Ces « consultations jeunes consommateurs (CJC) » constituent les pivots de l'intervention précoce auprès de la jeunesse. Elles proposent un diagnostic et des orientations adaptées, mais également de l'aide et des conseils pour les jeunes, comme pour leurs parents et entourage. Elles sont aussi missionnées pour assurer le suivi des obligations judiciaires.

La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) souligne l'importance, pour les professionnels du champ spécialisé, de travailler en partenariat étroit avec les professionnels qui travaillent quotidiennement auprès des jeunes. En effet, il est nécessaire, pour les structures spécialisées, d'aller au devant des jeunes, dans leurs lieux de vie habituels, pour faire mieux connaître le service CJC, car ces jeunes, le plus souvent, ne requièrent pas de l'aide de façon spontanée. Au début d'un parcours de consommation, ils peuvent ne pas avoir encore fait l'expérience des effets négatifs de leur pratique, ou être dans le déni. Ils peuvent aussi être inquiets du jugement des adultes et estimer que ceux-ci ne seront pas en capacité de comprendre leurs problèmes ou de les résoudre. Les acteurs des collectivités territoriales ont donc un rôle majeur à jouer pour faciliter le maillage pluriprofessionnel entre le champ spécialisé et les professionnels de première ligne, ces derniers constituant un relais essentiel pour faciliter la rencontre entre les jeunes et les acteurs spécialisés en addictologie.

(3) MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*, La Documentation française, 2013, 121 pages. Le plan gouvernemental peut être consulté sur le site Internet de la MILDECA : http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_DF.pdf

A SAVOIR : la MILDT et la MILDECA désignent la même mission interministérielle. La mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) est devenue la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives le 1^{er} janvier 2014. Ainsi, tous les documents publiés par la mission Interministérielle jusqu'en 2013 sont attribués à la MILDT (dont le plan gouvernemental 2013-2017), mais sont bien issus de l'actuelle MILDECA.

L'INSERTION D'UNE STRATÉGIE DE PRÉVENTION ET DE REPÉRAGE PRÉCOCE DES CONDUITES ADDICTIVES CHEZ LES JEUNES DANS LES PRÉOCCUPATIONS DES ÉLUS LOCAUX

Historiquement, le champ de la santé ne relève pas des compétences des collectivités territoriales. Cependant, il est désormais conçu comme un enjeu majeur à l'échelle des territoires: l'échelon territorial constitue la nouvelle interface des politiques de santé basées sur la proximité et l'adéquation avec les problématiques locales⁽⁴⁾. De ce fait, certains maires ou présidents de communauté d'agglomération font aujourd'hui le choix d'inscrire le champ de la santé dans leurs attributions.

La lutte contre les drogues et les conduites addictives est une prérogative de l'Etat, qui inscrit ses orientations dans un plan gouvernemental. Placée auprès du Premier ministre, la MILDECA anime et coordonne l'action du gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Elle accompagne les partenaires publics, institutionnels et associatifs de la politique publique dans la mise en œuvre des orientations, en leur apportant un soutien méthodologique ou financier. Dans chaque préfecture, la MILDECA peut s'appuyer sur un chef de projet chargé de relayer son action. Le chef de projet élabore un programme pluri-annuel et interministériel fixant les axes prioritaires à mettre en œuvre, au regard des orientations du plan gouvernemental et du contexte local. Il orchestre donc la politique interministérielle en concertation avec les élus et les acteurs locaux, de façon à mettre en synergie les directives de l'Etat, les besoins spécifiques identifiés sur les territoires de proximité et les ressources à disposition.

Du point de vue de la gouvernance territoriale, la politique de la ville constitue un cadre particulièrement adapté pour la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prévention des conduites addictives, car leurs champs d'intervention respectifs se superposent : cohésion sociale, réussite éducative, amélioration de l'insertion professionnelle, promotion de la santé et tranquillité publique. Le plan gouvernemental 2013-2017 insiste particulièrement sur l'importance de s'appuyer sur les outils opérationnels de la politique de la ville, en intensifiant les actions de prévention destinées aux jeunes des quartiers prioritaires, notamment les décrocheurs scolaires et les jeunes sans emploi et sans qualification⁽⁵⁾. Il insiste également sur l'importance d'adapter l'offre de soins aux populations des quartiers prioritaires, et d'assurer la promotion des bonnes pratiques professionnelles sur ces territoires⁽⁶⁾.

(4) Dossier thématique : « Quelle place pour les collectivités dans l'offre de soins ? » Réseaux, Santé & Territoire, n° 36, Janvier/ Février 2011.

(5) MILDT, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, La Documentation française, 2013, 121 pages, p. 24. http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_DF.pdf

(6) MILDT, 2013, p. 33.

De façon générale, une stratégie de prévention et de repérage précoce des conduites addictives s'inscrit dans plusieurs domaines de compétences des élus locaux⁽⁷⁾.

- **LA JEUNESSE ET L'ENFANCE** : l'offre en matière d'animation et d'accueil participe à la stratégie de prévention. Les recommandations récentes des experts insistent sur le fait que la prévention des conduites addictives ne doit pas s'adresser seulement aux adolescents, mais être également développée en amont des premières consommations, notamment grâce à la mise en œuvre de programmes de développement des compétences psychosociales⁽⁸⁾. Ceux-ci peuvent être mis en œuvre sur le temps scolaire, mais aussi durant le temps d'accueil périscolaire (TAP), ainsi que durant les nouvelles activités pédagogiques (NAP).
- **LA FAMILLE** : les lieux d'accueil parents-enfants participent à la stratégie de prévention grâce à leur action de soutien à la parentalité. Les experts soulignent particulièrement l'intérêt majeur de l'appui à la parentalité et du développement des compétences parentales pour prévenir les conduites addictives chez les jeunes⁽⁹⁾. Dans le cadre de l'action en faveur des familles, des conseils des droits et des devoirs des familles (CDDF) peuvent aussi être mis en place.
- **LE DOMAINE SOCIAL** : en agissant par l'intermédiaire des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS), et des maisons des solidarités départementales (MSD) via le partenariat avec le conseil général.
- **LA PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE** : la prévention des addictions s'inscrit directement dans le champ de la prévention de la délinquance et peut être développée et coordonnée par le biais d'instances partenariales locales (conseil local ou intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance / CLSPD).
- **LA POLICE MUNICIPALE** : en faisant respecter la législation, mais aussi en sensibilisant les agents à l'importance du dialogue avec les citoyens de la commune et en favorisant leur travail en partenariat avec les autres acteurs locaux qui travaillent auprès des jeunes.
- **LA COLLECTIVITÉ TERRITORIALE EN TANT QU'EMPLOYEUR** : en informant les agents et en les sensibilisant à la prise en compte des conduites addictives, afin que tous les adultes référents des jeunes puissent tenir un discours commun et cohérent.
- **LE TISSU ÉCONOMIQUE** : en sensibilisant les employeurs à la prévention des risques professionnels liés à la consommation de substances psychoactives et aux addictions comportementales.
- **LES TRANSPORTS EN COMMUN** : en aménageant les horaires pour réduire les accidents de la route et diminuer les situations d'isolement.

(7) MILDT, *Les collectivités territoriales face aux conduites addictives*, La Documentation française, 2011, 101 pages, p. 9-10. Accès en ligne pour consulter ce document via le site de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies : http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=10912

(8) MILDT, *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*, La Documentation française, 2013, 121 pages, p. 22 ; INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, 504 pages, p.268-269. L'expertise collective de l'INSERM, ainsi que sa synthèse, peuvent être consultées sur le site de l'INSERM : <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

(9) MILDT, 2013, p. 22 ; INSERM, 2014, p. 269-270.

- **L'URBANISME** : en aménageant les espaces publics ouverts et en favorisant la mixité sociale.
- **LE SPORT** : la sensibilisation des intervenants jeunesse est importante pour qu'ils transmettent aux jeunes une information adéquate sur les risques du dopage sportif, mais aussi en développant des activités qui favorisent le respect de l'autre, ainsi que le principe de responsabilisation et de la prise de risque dans un environnement maîtrisé.
- **LA CULTURE** : les manifestations musicales, lorsqu'elles s'adressent au public jeune, méritent d'être systématiquement associées à des actions de prévention et de réduction des risques liés à l'usage des substances psychoactives.

L'EXPÉRIENCE DE LA VILLE DE VALBONNE SOPHIA ANTIPOLIS

Par délibération du conseil municipal en décembre 2007, les élus de Valbonne Sophia Antipolis décident de doter leur commune d'un atelier santé ville. A compter de sa création, l'atelier santé ville de Valbonne Sophia Antipolis s'investit dans la structuration et le développement d'un dispositif territorial transdisciplinaire de prévention et de prise en charge des addictions dédié aux jeunes. Pour cela, il sollicite le soutien de structures spécialisées, dont le siège se situe pourtant en dehors de la commune. Le service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA apporte son savoir-faire en matière de prévention des addictions et de formation en addictologie, tandis que le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) du centre hospitalier d'Antibes apporte son expertise dans la prise en charge pluridisciplinaire spécialisée. L'atelier santé ville valbonnais s'attache à faciliter l'insertion de ces structures dans le maillage pluriprofessionnel local, et impulse une politique de formation à l'attention de tous les acteurs qui exercent auprès des jeunes, ainsi que leur investissement dans la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées aux problématiques locales. Ce travail multipartenarial facilite la mise au jour des besoins et conduit à l'ouverture de consultations avancées en addictologie sur le territoire communal, ainsi que d'une consultation jeunes consommateurs (CJC) directement accessible dans les établissements scolaires.

Les spécificités du dispositif valbonnais peuvent être résumées comme suit :

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

En 2013, à l'issue de six années de fonctionnement ⁽¹⁰⁾, l'organisation du dispositif addictions valbonnais répond pleinement aux préconisations inscrites dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Son caractère innovant a ainsi conduit la Direction générale de la santé (ministère des Affaires sociales et de la Santé) et la délégation départementale de la MILDECA Alpes-Maritimes à financer la réalisation de ce « guide de méthodologie », destiné à faciliter la transposition de cette expérience au sein d'autres collectivités territoriales.

Dans cette perspective, ce document propose deux parties :

- la première partie décrit le socle des connaissances indispensables pour s'engager dans la mise en œuvre d'une stratégie de prévention et d'intervention précoce en addictologie ;
- la seconde partie décrit la méthode destinée à structurer et mettre en œuvre un dispositif à composantes multiples de prévention et d'intervention précoce en addictologie sur un territoire de proximité.

Le dispositif addictions valbonnais, fruit du partenariat actif entre la ville de Valbonne Sophia Antipolis, le service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA et le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie du centre hospitalier d'Antibes, ne constitue pas directement l'objet de ce guide, car c'est sa méthode d'implantation qui est transposable, et non pas son organisation spécifique. Cette organisation, structurée à partir de la méthode décrite dans ce document, est en effet déterminée par les spécificités du territoire de cette commune. Le résultat sur le plan organisationnel constitue par contre un exemple de réalisation, dont les principales lignes de force sont détaillées en annexe (annexe 1).

(10) L'évaluation du dispositif addictions de la ville de Valbonne Sophia Antipolis, ainsi que sa synthèse, peuvent être consultées sur le site du Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale : <http://www.grvs06.org/doc/EVAL.VSA.03.09.14.pdf>
<http://www.grvs06.org/doc/SYNTHESE.EVAL.VSA.03.09.14.pdf>

Socle de connaissances préalable à la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prévention et d'intervention précoce en addictologie

Avant de s'investir dans la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prévention et d'intervention précoce en addictologie, il est nécessaire de maîtriser certains aspects qui facilitent des choix éclairés et la définition d'un projet solide permettant de répondre à la fois aux problématiques locales et aux préconisations des experts.

Cette première partie du guide s'attache dans un premier temps à faire le point sur la conception actuelle de la notion de prévention, telle qu'elle est définie dans le domaine de la prévention des conduites addictives.

Sont ensuite exposés les résultats scientifiques les plus récents concernant les principaux facteurs de risque et les principaux facteurs de protection des conduites addictives. Ceux-ci ont été identifiés grâce à une méta-analyse, réalisée par l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale), de 1400 articles publiés dans la littérature scientifique nationale et internationale⁽¹¹⁾. Sont également citées les mesures reconnues comme étant les plus efficaces en matière de prévention, dont les dispositifs dits « à composantes multiples »⁽¹²⁾.

La mise en œuvre de ce type de dispositif sur un territoire de proximité nécessite l'implication d'une structure de coordination territoriale, qui dispose d'une expertise du territoire et d'une bonne connaissance des acteurs locaux. Selon les lieux et les ressources déjà à disposition, plusieurs structures peuvent tenir ce rôle : entre autres, les ateliers santé ville, les conseils locaux ou intercommunaux de sécurité et de prévention de la délinquance, ou les réseaux jeunesse.

Il est également nécessaire de pouvoir identifier les partenaires spécialisés qui peuvent être mobilisés pour soutenir la démarche de la collectivité territoriale soucieuse d'améliorer la prévention et la prise en charge sur son territoire : la description des principaux acteurs du champ doit ainsi permettre au lecteur de se repérer dans l'offre existante en termes de prévention, de soins et d'intervention précoce en addictologie.

Cette synthèse des éléments constitutifs du socle de connaissances préalable à la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prévention et d'intervention précoce en addictologie se termine par un récapitulatif des principales sources de financement susceptibles d'être sollicitées.

(11) INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, 504 pages. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

(12) INSERM, 2014, p. 271 ; Benec'h G, *Aide-mémoire. Les jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, 160 pages, p. 84-86.

1 – QU’EST-CE QUE LA PRÉVENTION ?

En addictologie, le terme de prévention regroupe l'ensemble des actions visant à éviter les expérimentations des substances psychoactives, à les retarder, mais aussi toutes les actions ayant pour but de limiter les conséquences péjoratives des conduites addictives pour la santé et la vie sociale. La prévention cherche ainsi à éviter ou réduire les risques et les dommages liés aux différents niveaux de consommation. L'évolution des parcours de consommation n'est pas une fatalité linéaire : atteindre un niveau de consommation n'implique pas qu'un niveau plus élevé est forcément à venir.

Les niveaux de consommation sont habituellement caractérisés de la façon suivante⁽¹³⁾ :

- **L'USAGE À RISQUE (MISE EN DANGER)** désigne le comportement d'une personne qui consomme ponctuellement, rarement, mais prend un risque immédiat (accident, malaise lié à une dose excessive, levée de l'inhibition comportementale) ;
- **L'USAGE NOCIF** désigne le comportement d'une personne qui consomme régulièrement, et pour qui les dommages liés aux prises de risques se concrétisent. Ces dommages peuvent être somatiques, psychiques, ou sociaux ;
- **LA DÉPENDANCE** désigne le comportement d'une personne qui est dans l'incapacité de s'abstenir de consommer sans ressentir de malaise ou de souffrance.

Selon les experts mobilisés par l'INSERM⁽¹⁴⁾, il faut insister sur l'idée que ces différents types d'usage concernent bien la consommation de substances psychoactives réglementées ou illicites, car il existe aujourd'hui encore trop peu de connaissances relatives à la cyberaddiction pour calquer ces catégorisations sur les addictions purement comportementales. De même, la pratique des jeux de hasard et d'argent, interdite aux mineurs en France, est encore trop peu documentée pour aboutir à une définition consensuelle des différents types de comportements associés à ces pratiques.

En France, le concept de prévention est traditionnellement défini par l'addition de trois notions distinctes, qui sont adaptées à l'action envisagée sous l'angle de l'évolution des parcours de consommation⁽¹⁵⁾ :

- **LA PRÉVENTION PRIMAIRE** désigne l'ensemble des actions visant à empêcher les expérimentations. Elle s'adresse à un public non consommateur. Il s'agit de mettre en œuvre des stratégies qui conduisent les non consommateurs à persister dans l'abstinence.
- **LA PRÉVENTION SECONDAIRE** regroupe les actions visant à intervenir précocement auprès des primo-consommateurs, pour éviter qu'ils s'engagent dans une conduite chronique, qu'ils développent une dépendance, ou qu'ils se mettent en danger durant les temps de consommation (malaise lié à une dose excessive, accidents divers...). Il s'agit de mettre en œuvre des stratégies destinées à éviter les usages nocifs (prise de risque immédiat, glissement vers l'usage chronique et la dépendance).

(13) INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, 504 pages, p. XVI-XVII (un avant-propos et une introduction, numérotés en chiffres romains, précèdent le texte intégral). <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>. L'expertise précise que la notion d'usage nocif est définie par le CIM-10 (10e révision de la classification internationale des maladies), mais que le DSM-V (5e version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie) n'utilise pas ce terme et privilégie une définition de la dépendance en trois stades : dépendance légère, moyenne ou forte.

(14) INSERM, 2014, p. XVI.

(15) Benec'h G, *Aide-mémoire. Les jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, 160 pages, p. 48.

- **LA PRÉVENTION TERTIAIRE** rassemble les actions visant à réduire les séquelles pour les consommateurs chroniques avérés. Par exemple, la stratégie de réduction des risques à l'attention des injecteurs de substances psychoactives, par le biais de la délivrance de matériel d'injection, a pour but d'empêcher les contaminations par le sida et les hépatites virales. La lutte contre l'exclusion sociale (accès au logement, accès aux droits et aux soins, insertion professionnelle) est aussi une facette de cette stratégie.

Bien que cette distinction entre prévention primaire, secondaire et tertiaire soit toujours utilisée en France par une partie des acteurs du champ spécialisé, de plus en plus d'experts recommandent d'appréhender plutôt la prévention par le prisme anglo-saxon et scandinave ⁽¹⁶⁾. Leur approche évite d'envisager la prévention en fonction de l'évolution des parcours de consommation, car celle-ci omet de prendre en compte que tout le monde n'a pas la même vulnérabilité face au risque d'addiction. Elle privilégie plutôt un filtre basé sur les caractéristiques de la population à laquelle elle s'adresse.

- **LA PRÉVENTION UNIVERSELLE** désigne l'ensemble des actions qui s'adressent à toute la population, sans distinction en termes de comportements à risque au sein du public cible. Par exemple, une action en milieu scolaire ou une conférence de sensibilisation à l'attention des parents, de même qu'une campagne de prévention adressée au grand public, s'inscrivent dans le cadre de la prévention dite « universelle ».
- **LA PRÉVENTION SÉLECTIVE** s'adresse à des groupes présentant des facteurs de risques connus pour augmenter la possibilité de développer des conduites addictives (voir notamment le point suivant : quels sont les principaux facteurs de risque pour les jeunes ?). Il s'agit généralement de facteurs de risques économiques et sociaux. Le public de la prévention dite « sélective » peut donc être constitué de personnes abstinentes, mais également de personnes ayant déjà expérimenté des substances susceptibles de générer des conduites addictives.
- **LA PRÉVENTION INDIQUÉE** ou « ciblée » s'adresse à des consommateurs avérés, et vise essentiellement à réduire les conséquences péjoratives de la dépendance. La réduction des risques sanitaires, comme la délivrance de matériel d'injection, s'inscrit ainsi dans le cadre de la prévention dite « indiquée », de même que les actions destinées à réduire les situations d'exclusion sociale.

Il faut dès à présent insister sur l'idée qu'une action de prévention isolée a peu de chances d'être réellement efficace. L'efficacité de la prévention est ainsi conditionnée par la combinaison d'actions qui s'inscrivent dans différents registres : il faut mentionner principalement les actions socio-éducatives qui visent le renforcement des compétences psychosociales, l'action sur l'environnement pour que le contexte social et culturel ne soit pas favorisant (respect de la législation, absence de valorisation des pratiques de consommation,...), ainsi que l'ensemble des actions permettant un accès plus précoce vers le soin.

(16) Benec'h G, 2013, p. 49 ; Bailly D, *Alcool, drogues chez les jeunes : agissons*, Odile Jacob, 2009, 285 pages, p. 170-171.

2 – QUELS SONT LES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE OU DE PROTECTION POUR LES JEUNES ?

Les conduites addictives sont des comportements individuels, mais leurs fréquences et leurs intensités sont en grande partie déterminées par des facteurs principalement sociaux et familiaux⁽¹⁷⁾. Dans un grand nombre de cas, la consommation de substances psychoactives par les jeunes est passagère et sans conséquence majeure en termes de santé ou d'avenir socio-professionnel. En termes de santé publique et d'enjeu pour la cohésion sociale, les consommations excessives sont les plus préoccupantes : elles peuvent générer des accidents, des situations de violence, de l'échec scolaire, un décrochage familial ou encore des comportements sexuels à risque. Il en est de même pour les consommations qui perdurent dans le temps et ne diminuent pas à l'entrée dans la vie adulte.

Parmi l'ensemble des éléments relevés par les experts, certains sont particulièrement importants à garder à l'esprit pour construire une stratégie raisonnée de prévention et d'intervention précoce en addictologie à l'attention des jeunes.

ATTENTION !

Les éléments ci-contre sont issus de la compilation de nombreux travaux statistiques, tous effectués sur des échantillons représentatifs de grande dimension. Cela signifie qu'ils expriment des « tendances fortes » validées par des procédures scientifiques. De ce fait, il est toujours possible de rencontrer des contre-exemples, dont l'existence ne remet absolument pas en cause les affirmations suivantes.

⊕ L'expérimentation des substances psychoactives (soit la consommation au moins une fois au cours de la vie) est largement diffusée au sein de la population, mais l'installation dans des consommations fréquentes ou problématiques est influencée par la situation sociale : les adolescents et les jeunes adultes qui ont une situation sociale défavorable présentent, plus souvent que ceux issus de milieux favorisés, des niveaux de consommation régulière ou excessive de tabac, d'alcool et de cannabis.

⊕ A l'adolescence, le lien entre milieu social et usage de substances psychoactives s'inverse suivant le niveau de consommation en jeu : les jeunes issus de milieux favorisés rapportent davantage que les autres des expérimentations ou des usages modérés d'alcool et de cannabis, et autant d'expérimentations de tabac que les jeunes issus de milieux modestes. Par contre, le passage à des usages intensifs d'alcool, à l'usage quotidien de tabac, ou à des usages problématiques de cannabis, est plus souvent le fait de jeunes issus de milieux modestes. Ainsi, les expérimentations sont plus rares chez les jeunes des milieux modestes, mais elles se transforment plus souvent en consommation problématique.

⊕ A l'adolescence, le parcours scolaire et la scolarisation (redoublement au cours de la vie, inscription en filière professionnelle, mais surtout déscolarisation ou arrêt de la scolarité à l'âge de 16 ans) sont des facteurs importants qui ont un impact sur les expérimentations et l'usage régulier.

⊕ Les jeunes dont les parents présentent des conduites addictives ont un risque majoré de consommation régulière ou excessive de tabac, d'alcool ou de cannabis, particulièrement dans les familles qui connaissent une situation défavorisée.

(17) INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, 504 pages, p. 107-116. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

⊖ La cohésion familiale, c'est-à-dire la qualité de l'entente entre parents et enfants, ainsi que la connaissance qu'ont les parents de l'entourage et des activités de leurs enfants, réduit le risque de conduites addictives des adolescents.



UN DOSSIER SPÉCIAL DE LA REVUE DE L'INPES « LA SANTÉ EN ACTION », sur la thématique « Jeunes et addictions »

Un dossier spécial « Jeunes et addictions : évolution des comportements et des pratiques professionnelles » est paru en septembre 2014 dans le numéro 429 de la revue *La Santé en Action*. Ce dossier aborde notamment les principaux apports de l'expertise de l'INSERM, entre autres les principales tendances des consommations à risque au cours de l'adolescence, les facteurs de protection et les facteurs de vulnérabilité identifiés chez les jeunes, et les interventions de prévention considérées comme étant efficaces.

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-429.pdf>

3 – QUELLES SONT LES MESURES LES PLUS EFFICACES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS ?

A] PRÉVENTION UNIVERSELLE DESTINÉE À L'ENSEMBLE DE LA POPULATION JEUNE

Les mesures les plus efficaces en matière de prévention des addictions combinent des actions de prévention socio-éducatives et des actions de prévention environnementale.

► **LES ACTIONS DE PRÉVENTION SOCIO-ÉDUCATIVE** sont d'autant plus efficaces lorsqu'elles débutent bien en amont des premières expérimentations. Dans cette optique, les actions qui visent le **développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes** sont reconnues comme faisant partie des actions les plus efficaces. Le développement des compétences psychosociales mérite donc d'être travaillé avec les enfants dès l'école maternelle et l'école primaire⁽¹⁸⁾. Il peut aussi constituer un axe de travail intéressant dans le cadre des nouvelles activités pédagogiques (NAP).

Les séances proposées aux enfants cherchent à développer cinq couples de compétences spécifiques⁽¹⁹⁾ :

- savoir résoudre les problèmes / savoir prendre des décisions ;
- avoir une pensée créative / avoir une pensée critique ;
- savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles ;
- avoir conscience de soi / avoir de l'empathie pour les autres ;
- savoir gérer son stress / savoir gérer ses émotions.

(18) World Health Organization, *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools*, Division of Mental Health, 1993, 59 pages. http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/MNH_PSF_93.7A.pdf

(19) L'IREPS Pays de la Loire met à disposition en ligne de nombreuses informations utiles sur le développement des compétences psychosociales chez les enfants, ainsi que des fiches activités permettant de travailler ces compétences avec eux : <http://www.cartablecps.org>

Les actions de soutien à la parentalité et de renforcement des compétences parentales et éducatives sont également reconnues comme ayant un impact bénéfique sur la capacité des jeunes à refuser ou limiter l'expérimentation des substances psychoactives. Le travail sur l'amélioration de la qualité du lien entre parents et enfants, et ce depuis le plus jeune âge, renforce les facteurs de protection chez les (futurs) adolescents ⁽²⁰⁾.

- **LA PRÉVENTION ENVIRONNEMENTALE** au niveau du territoire de proximité consiste essentiellement à veiller à l'application du cadre légal, en renforçant les contrôles routiers, mais aussi en sensibilisant les débitants de tabac et d'alcool sur l'importance de respecter l'interdiction de vente aux mineurs. Elle consiste également à renforcer le travail de rue conduit par des intervenants sociaux spécialisés autour des « scènes ouvertes », s'il en existe sur le territoire (pratiques de consommation dans des espaces publics). Des chartes à destination des commerçants et des grandes surfaces, ou des acteurs de la vie nocturne, peuvent avoir un impact intéressant sur la prévention des conduites addictives, la mobilisation de la collectivité autour de la problématique, la tranquillité publique et la sécurité routière ⁽²¹⁾.

Il est également important de mobiliser des acteurs de prévention et de premier secours dans le cas de manifestations festives, comme les festivals de musique, les concerts, les « rave-parties », dans lesquels offre et consommation de substances psychoactives réglementées ou illicites peuvent être importantes.

B] PRÉVENTION CIBLÉE AUPRÈS DES PRIMO-CONSOMMATEURS

Pour les jeunes qui débutent dans l'expérimentation des substances psychoactives, les actions socio-éducatives, comme le renforcement des compétences psychosociales et le soutien envers leurs parents, sont aussi efficaces. Une action renforcée de sensibilisation aux prises de risques est importante : risques sanitaires, mais aussi risques sociaux. Les mesures de prévention environnementale contribuent également à éviter ou retarder l'entrée dans un usage plus régulier.

Cependant, il importe d'y **associer un travail de repérage précoce et une action les motivant à consulter**, si possible avant que des conduites problématiques ne s'installent et que d'éventuels dommages, qu'ils soient sociaux ou sanitaires, ne surviennent. Plus le repérage est précoce, plus les chances que l'intervention socio-sanitaire soit brève et efficace sont élevées.

L'**intervention précoce** auprès des primo-consommateurs vise effectivement à raccourcir le délai entre l'apparition des premiers signes problématiques et le début d'un accompagnement destiné à éviter une évolution vers la dépendance. Elle doit s'appuyer sur des dispositifs spécifiques distincts de l'offre de soins habituelle, car ces primo-consommateurs sont généralement dans une phase où ils tirent bénéfice de cette consommation et ne sont pas demandeurs de prise en charge ⁽²²⁾.



Dans cette perspective, **le recours aux consultations jeunes consommateurs – CJC –** (cf. point suivant : *qui sont les structures spécialisées en addictologie ?*), mises en place à l'occasion du plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, est primordial.

(20) Voir notamment le guide produit par la Fédération Addiction : *Addictions. Familles & entourage. Prévenir, éduquer, accompagner*, 2012, 72 pages. <http://www.federationaddiction.fr/un-guide-addictions-famille-et-entourage-prevenir-eduquer-accompagner/>

(21) Des exemples de chartes sont disponibles dans : MILD T, *Les collectivités territoriales face aux conduites addictives*, La Documentation française, 2011, 101 pages. Accès en ligne pour consulter ce document via le site de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies : http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=10912

(22) Morel A, « L'intervention précoce », *Actal*, 8, 2010, p. 24-27. <http://www.federationaddiction.fr/actal-n8-septembre-2010-la-prevention-un-investissement-pour-demain/>; Couteron JP, Santucci JJ, « L'intervention précoce : pourquoi et comment ? », *Actualités et dossier en santé publique*, 60, 2007, 49-54.

La mise en œuvre d'une stratégie d'intervention précoce en addictologie implique ainsi de s'assurer qu'une CJC est accessible sur le territoire de proximité, dans un lieu proche des lieux de vie des jeunes, voire même directement au sein de ces lieux (certaines CJC effectuent des permanences directement dans les établissements scolaires, en concertation avec les équipes éducatives de ces établissements).



Elles peuvent être libellées « consultations jeunes » pour ne pas être perçues comme une source de stigmatisation et favoriser les premiers contacts, et elles sont toujours animées par un intervenant spécialisé (le plus souvent un médecin ou un psychologue, spécialisé en addictologie).

S'il n'existe pas de CJC sur le territoire de proximité, il est important d'engager un travail de négociation avec la structure spécialisée la plus proche pour évaluer les possibilités d'ouverture d'une consultation avancée sur le territoire de proximité. Il faut souligner également que les CJC ont une mission de conseil et de soutien des parents et de l'entourage.

CJ PRÉVENTION CIBLÉE AUPRÈS DES CONSOMMATEURS AVÉRÉS

L'approche préventive de **réduction des risques**, communément appelée « RDR », s'inscrit spécifiquement dans les missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques auprès des usagers de drogues – CAARUD – (cf. point suivant : *qui sont les structures spécialisées en addictologie ?*).

Les actions de réduction des risques ont pour principaux objectifs de mettre à disposition du matériel de prévention des infections virales et bactériennes, de faciliter l'accès aux soins, mais aussi de soutenir les usagers de substances psychoactives, notamment les plus exclus, dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle.



Faciliter l'accès aux soins et l'insertion sociale et professionnelle constitue donc un aspect majeur de l'intervention en addictologie en faveur des consommateurs avérés.

La rue, les « squats » et les événements festifs constituent les sites d'intervention privilégiés pour les actions de RDR. Toutefois, en fonction de l'analyse de la situation, des actions de réduction des risques peuvent être animées à destination de groupes de jeunes particuliers dont les pratiques ont été identifiées, et qui sont rassemblés par d'autres biais (structures associatives, prévention spécialisée, missions locales, ...).

En ce qui concerne les jeunes en errance, la Fédération Addiction met à disposition des élus et des professionnels de proximité une « charte du bon accueil des jeunes en errance dans les villes »⁽²³⁾.

(23) <http://www.federationaddiction.fr/jeunes-en-errance-des-outils-daccompagnement-a-votre-disposition/>



CRITÈRES D'INEFFICACITE ET EFFETS IATROGÈNES DES ACTIONS DE PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

La revue de la littérature internationale⁽²⁴⁾ apporte des éléments sur les critères d'inefficacité associés aux actions de prévention des conduites addictives, ainsi que sur les effets iatrogènes qu'elles peuvent impliquer. Les effets iatrogènes désignent le fait que ces actions de prévention peuvent engendrer une augmentation des comportements qu'elles visent à réduire.

Principaux critères d'inefficacité

- Les actions visent uniquement la transmission d'information. Elles ne suffisent pas à renforcer les facteurs de protection des plus fragiles et peuvent même susciter la curiosité pour l'expérimentation.
- Les sessions sont animées par des intervenants non crédibles pour les jeunes, parce qu'ils ne semblent pas performants en termes de connaissances des pratiques ou parce qu'ils affirment un message contraire à l'expérience des jeunes (par exemple « fumer du cannabis ou boire de l'alcool n'a rien d'amusant »).
- Les interventions reposent sur des messages faisant uniquement appel à la peur ou exagérant les risques encourus.
- Les interventions sont organisées ponctuellement en réponse à une situation de crise, sans s'inscrire dans un programme durable.

Principales causes des effets iatrogènes

- Les groupes de jeunes rassemblés sont très hétérogènes : la dynamique de groupe peut favoriser l'entraînement à la déviance (ricanement, partage d'expériences...), surtout si l'animateur est peu expérimenté. Veiller à l'homogénéité du groupe, à former des groupes de petite taille et s'assurer de l'expérience solide de l'animateur permet de contrer ces effets négatifs.
- Les interventions qui visent plusieurs substances à la fois plutôt qu'une seule peuvent conduire, par contraste, à banaliser certaines pratiques et à nier leur nocivité (par exemple, cannabis versus héroïne).

4 – QU'EST-CE QU'UN DISPOSITIF À COMPOSANTES MULTIPLES ?

Les experts de l'INSERM mettent en valeur le fait qu'en termes de prévention destinée aux jeunes, « les trois types d'intervention le plus souvent présents dans les programmes validés comme efficaces sont ceux fondés sur le développement des compétences psychosociales des adolescents, ceux incluant des stratégies à composantes multiples et ceux développant les compétences non seulement des enfants, mais aussi des parents »⁽²⁵⁾.



Une mesure de prévention mise en œuvre isolément peut difficilement être en capacité de transformer une situation. **L'efficacité semble ainsi conditionnée par la combinaison d'un ensemble d'actions articulées entre elles.**

(24) Revue de littérature notamment détaillée par : Benec'h G, *Aide-mémoire. Les jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, 160 pages, p. 87-89 ; Bailly D, *Alcool, drogues chez les jeunes : agissons*, Odile Jacob, 2009, 285 pages, p. 198-202.

(25) INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, 504 pages, p. 26. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

De ce fait, il faut garder à l'esprit que chaque action de prévention qui peut être proposée par les opérateurs de terrain, si bien pensée soit-elle, est insuffisante si elle reste unique et n'est pas articulée avec d'autres actions, portées par différents acteurs, dans le cadre d'une stratégie plus globale⁽²⁶⁾.

Un dispositif à composantes multiples de prévention et d'intervention précoce en addictologie consiste donc à organiser une **stratégie globale** qui met en œuvre plusieurs leviers pour agir simultanément sur différents facteurs.

Le plus souvent, il s'organise autour d'une **stratégie territoriale**.

Il revêt aussi la spécificité de **ne pas plaquer des actions sans diagnostic préalable des problématiques locales**, pour ajuster le choix des actions aux spécificités du territoire.

Tout en s'adaptant à ce contexte local, l'idée générale est de renforcer les facteurs de protection, de réduire les facteurs de risque, de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour que l'environnement ne soit pas propice à la consommation, mais aussi de **mobiliser la communauté au sens large** : soit l'ensemble des habitants résidant sur le territoire, comme les professionnels exerçant dans les écoles et les établissements d'enseignement secondaire, les acteurs du champ socio-éducatif, les acteurs des collectivités territoriales en charge de la jeunesse, les parents, les professionnels du champ sanitaire et socio-sanitaire, les acteurs du champ répressif, le réseau associatif et les clubs sportifs, les chefs d'entreprises liés au milieu festif (gérants de boîtes de nuit ou de pubs) et à la distribution de substances psychoactives réglementées (tabac, alcool), mais aussi des représentants des jeunes.



Mettre en œuvre une telle stratégie nécessite **une structure de coordination solide et un financement durable**.

Les champs de la santé publique, de la cohésion sociale et de la sécurité ont chacun leurs missions particulières et leurs pratiques professionnelles : le défi va d'abord consister à faire travailler ensemble des acteurs qui ont des perspectives différentes, avec des objectifs différents, voire concurrents, et parfois même un langage différent.

L'enjeu d'un dispositif à composantes multiples, ciblé sur une thématique transversale et des objectifs communs, est de parvenir à penser ces systèmes d'action dans leur interaction.



Développer un référentiel commun entre toutes ces parties prenantes, tout en respectant les objectifs et les contraintes de chacun, constitue ainsi un passage obligatoire pour mettre en œuvre un dispositif à composantes multiples.

(26) Benec'h G, *Aide-mémoire. Les jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, 160 pages, p. 84-86.

5 – LA NÉCESSITÉ DE DISPOSER D’UNE STRUCTURE DE COORDINATION INSCRITE DANS LE TERRITOIRE DE PROXIMITÉ

La mise en œuvre d’une stratégie territoriale de prévention et d’intervention précoce en addictologie doit être portée et développée par une structure de coordination inscrite dans le territoire de proximité.

Cette structure doit disposer de qualités particulières pour permettre l’insertion des acteurs spécialisés (prévention, accompagnement et soins, formation en addictologie) au sein du maillage professionnel existant autour des jeunes sur le territoire.



Cette structure doit disposer d’une **expertise du territoire et d’une insertion de qualité** au cœur de la communauté et de ses habitants.

Elle doit également disposer de **moyens dédiés à la synergie des professionnels locaux**.

- Elle connaît personnellement les professionnels dont l’action est centrée autour de la jeunesse, qu’il s’agisse des professionnels de l’Education nationale, des acteurs du champ socio-éducatif, des animateurs jeunesse ou des animateurs sportifs, mais également des fédérations de parents d’élèves .
- Elle dispose également d’une bonne connaissance de tous les acteurs du territoire qui interviennent à différents niveaux de la vie des jeunes : services sociaux, médecins généralistes et professionnels de santé libéraux ou exerçant en institution, police et gendarmerie.
- Elle organise des rencontres multiprofessionnelles et permet à chacun de mieux identifier les différents partenaires ainsi que les objectifs et les limites de leur mission.

Chaque territoire peut s’appuyer sur les ressources déjà existantes pour désigner la cheville ouvrière la plus adéquate pour tenir ce rôle majeur de coordinateur territorial et logistique.

Selon les lieux, ce rôle peut être tenu :

- par un atelier santé ville (ASV),
- par un conseil local pour la sécurité et la prévention de la délinquance (CLSPD),
- ou encore par le coordinateur d’un « réseau jeunesse » déjà existant.

Effectivement, sur certains territoires, les acteurs investis auprès des jeunes sont déjà réunis dans des réseaux transdisciplinaires, qui peuvent de ce fait constituer un socle pour la mise en œuvre d’une stratégie territoriale de prévention et d’intervention précoce en addictologie.

Toutefois, la composition naturelle d’un CLSPD se limite dans certains lieux aux acteurs concernés par la prévention de la délinquance, la justice de proximité et la sécurité. Pour qu’un CLSPD soit effectivement moteur dans la mise en œuvre d’une stratégie multi-interventionnelle de prévention des conduites addictives et d’intervention précoce en addictologie, il doit être en mesure de s’ouvrir aux acteurs de l’éducation et de la santé, et s’attacher à ne pas limiter son approche de la prévention des conduites addictives à l’amélioration de la sécurité et de la tranquillité publiques.

La remarque vaut à l’inverse pour les ateliers santé ville : du fait de leur cœur de métier, ceux-ci sont naturellement conduits à impulser une dynamique locale entre les acteurs du champ socio-sanitaire et du champ éducatif, mais ils doivent veiller, en matière de prévention des addictions, à élargir leur action vers l’ensemble des acteurs agissant dans le cadre de la prévention de la délinquance. Cette mutualisation des compétences est primordiale pour prévenir les conduites addictives chez les jeunes, car les actions socio-éducatives seront d’autant plus efficaces si l’environnement n’est pas propice à la consommation (respect du cadre légal sur le tabac et l’alcool, lutte contre les trafics de drogues illicites, sécurité routière,....).



QU'EST-CE QU'UN ATELIER SANTÉVILLE ?

Un atelier santé ville s'inscrit dans une démarche locale de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ⁽²⁷⁾. Il a pour objet de fournir le cadre opérationnel d'une démarche territoriale pour le développement de projets locaux de santé publique. Sa méthode d'élaboration le place en interface entre les élus de la Ville et la politique de santé de l'Etat. Son principal objectif est de produire de la connaissance partagée en matière de besoins et de ressources sociales et sanitaires, mais également de favoriser la synergie entre les différents professionnels locaux pour construire l'action au service de la population. Il constitue avant tout un lieu d'élaboration d'un projet partagé et vise aussi à faire évoluer le système de santé comme l'un des vecteurs essentiels du développement social d'une commune. Il a également pour vocation de constituer le dispositif opérationnel du volet santé de la politique de la ville. Toutefois, toutes les communes peuvent se doter d'un atelier santé ville pour promouvoir la santé et la réduction des inégalités sociales de santé sur leur territoire.



QU'EST-CE QU'UN « RÉSEAU JEUNESSE » ?

Un réseau jeunesse naît souvent à l'initiative des professionnels en contact avec les jeunes, mais sa création peut aussi être impulsée ou soutenue par des élus locaux. Il s'inscrit généralement sur un territoire communal ou intercommunal. Il a vocation à rassembler tous les acteurs du territoire qui travaillent en proximité avec les jeunes : professionnels de l'Education nationale, points d'accueil et d'écoute jeunes/PAEJ, professionnels du champ socio-éducatif (organismes de prévention spécialisée, services d'action éducative en milieu ouvert/AEMO, espaces territoriaux d'accès aux premiers savoirs/ETAPS, missions locales, chantiers d'insertion, foyers de jeunes travailleurs/FJT,...), protection judiciaire de la jeunesse/PJJ,... Il permet la concertation sur le cas de jeunes qui bénéficient du soutien de plusieurs acteurs, et constitue aussi un socle pour une analyse partagée des besoins et l'impulsion d'actions collectives coordonnées.



QU'EST-CE QU'UN CONSEIL LOCAL OU INTERCOMMUNAL DE SÉCURITÉ ET DE PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE ?

Le conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance ⁽²⁸⁾ constitue l'instance de concertation sur les priorités de la lutte contre l'insécurité sur le territoire communal (CLSPD) ou intercommunal (CISPD). Il favorise l'échange d'informations concernant les attentes de la population, qu'il exprime en tenant compte de la spécificité des quartiers, et définit des objectifs à atteindre grâce à l'intervention coordonnée des différents partenaires. Au titre de la prévention de la délinquance, il dresse le constat des actions de prévention existantes et définit des objectifs et des actions coordonnées, dont il suit l'exécution. Son inscription dans une démarche partenariale et transdisciplinaire est essentielle : c'est dans ce cadre que son action en matière d'éducation peut constituer un profit pour la communauté territoriale, notamment en ce qui concerne la prévention des conduites addictives ⁽²⁹⁾.

(27) Délégation interministérielle à la Ville, *Ateliers santé ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Paris, Editions de la DIV, coll. Repères, 2007, 286 pages.

http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf

(28) Décret n° 2002-999 du 17 juillet 2002 relatif aux dispositifs territoriaux de sécurité et de coopération pour la prévention et la lutte contre la délinquance :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000596771&dateTexte=&categorieLien=id>

(29) Comité interministériel de prévention de la délinquance, *Les stratégies territoriales de sécurité et de prévention de la délinquance. Approche méthodologique*, 2012, 18 pages, p. 12.

http://www.prevention-delinquance.interieur.gouv.fr/fileadmin/user_upload/00-Page_d_accueil/strategies_VEedit.pdf

6 – QUI SONT LES STRUCTURES SPÉCIALISÉES DANS L'INTERVENTION EN ADDICTOLOGIE ?

Les informations présentées dans cette rubrique sont principalement issues du site de la MILDECA (mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) : <http://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/lieux-daccueil/presentation-des-lieux-daccueil/index.html>

Le site de Drogues info service permet pour sa part d'accéder à une recherche géographique actualisée pour identifier les structures spécialisées proches de chaque territoire : <http://www.drogues-info-service.fr/Adresses-utiles/>

En plus de l'expertise et de l'action en matière d'intervention précoce en addictologie, les structures spécialisées peuvent également être sollicitées pour animer des formations sur la prévention des conduites addictives et le repérage précoce, à l'attention des professionnels de première ligne qui exercent au quotidien auprès des jeunes : équipes éducatives de l'Education nationale, animateurs jeunesse, professionnels du champ socio-éducatif (prévention spécialisée, missions locales, foyers de jeunes travailleurs,...), clubs sportifs, médecins généralistes, pharmaciens, fédérations de parents d'élèves,...

A] CONSULTATIONS JEUNES CONSOMMATEURS (CJC)

Depuis 2005, un dispositif de consultations spécifiquement dédiées aux jeunes consommateurs (cannabis, alcool, cocaïne, drogues de synthèse, autres substances psychoactives, addictions comportementales) a été mis en place dans l'ensemble des départements.

- ➔ Depuis 2008, ces consultations sont rattachées à des structures médico-sociales (CSAPA) et sont composées de professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes.
- ➔ Elles peuvent également accueillir les familles, y compris sans leur enfant, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant l'inciter à dialoguer ou à consulter.

Les CJC se positionnent comme une charnière entre la prévention et le soin : les professionnels exerçant dans ces consultations sont au service d'une stratégie d'intervention précoce pour faciliter le repérage, l'accès aux soins et améliorer la prise en charge⁽³⁰⁾.

Ils constituent les premiers interlocuteurs mobilisables pour mettre en œuvre une stratégie coordonnée entre un territoire désireux de s'investir dans une politique de prévention et d'intervention précoce en addictologie et le dispositif spécialisé.

Les CJC permettent :

- d'effectuer un bilan des consommations et/ou des conduites problématiques ;
- d'apporter une information et un conseil personnalisé aux consommateurs et à leur famille ; d'aider, si possible, en quelques consultations, à arrêter la consommation ;
- de proposer, lorsque la situation le justifie, une prise en charge à long terme ; et, si nécessaire, d'orienter vers d'autres services spécialisés.

(30) Fédération Addiction, *CJC : pratiques professionnelles dans les consultations jeunes consommateurs*, 2012, 72 pages. <http://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2012/04/guidefinalCJCweb.pdf>

Selon la localisation géographique du CSAPA auquel une CJC est rattachée, une consultation avancée au cœur d'un territoire peut être négociée si les besoins sont avérés. Les besoins « avérés » désignent le plus souvent une difficulté d'accès aux soins dans les structures spécialisées, par exemple du fait de l'éloignement ou de problèmes de transports.

B] CENTRES DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

Mis en place à compter de 2006, les CSAPA réunissent sous une même dénomination les anciens CSST avec ou sans hébergement (centres de soins spécialisés en toxicomanie) et les anciens CCAA (centres de cure ambulatoire d'alcoologie).

Les CSAPA assurent la prise en charge et la réduction des risques pour toutes les addictions.

Certains ont cependant conservé une spécialité en fonction de l'histoire de la structure et des compétences spécifiques de son personnel (alcool versus drogues illicites). Lorsqu'une spécialisation est retenue par un CSAPA, il se doit cependant de prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients (les polyconsommations sont fréquentes).

Deux types de CSAPA peuvent être distingués :

- les centres de soins sans hébergement ;
- les centres thérapeutiques résidentiels.



Les consultations jeunes consommateurs sont généralement rattachées aux centres de soins sans hébergement.

Les CSAPA ont comme mission :

- l'accueil, qui s'adresse aux consommateurs comme aux membres de leur entourage, et l'information sur les droits et les modalités de prise en charge, dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité ;
- l'évaluation médicale, psychologique et sociale, afin de proposer un accompagnement adapté aux besoins ;
- la prise en charge médicale (notamment par la prescription de traitements de substitution lorsque cela est nécessaire), psychologique, sociale et éducative ;
- la mise en œuvre de mesures de réduction des risques à destination du public pris en charge.

C] CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES USAGERS DE DROGUES (CAARUD)

Créés en 2005, les CAARUD ont une mission d'accueil collectif et individuel destinée aux usagers de substances psychoactives qui ne sont pas encore en mesure ou n'ont pas le souhait de cesser leur conduite de consommation.

Ils ont pour objectif principal :

- de réduire, autant que possible, les séquelles qui peuvent être engendrées par l'usage de substances psychoactives, en développant les moyens nécessaires pour éviter la dégradation immédiate de l'état de santé des usagers actifs ;
- de lutter contre les processus d'exclusion, grâce à la délivrance d'information et le conseil personnalisé, le soutien dans l'accès aux droits et aux soins, ainsi que l'accompagnement pour accéder à un logement et entreprendre un processus d'insertion ou de réinsertion professionnelle ;

- de mettre à disposition du matériel de prévention des infections virales et bactériennes (en particulier celles liées au partage du matériel d'injection) ;
- d'assurer une intervention de proximité à l'extérieur du centre par l'exercice du travail de rue pour engager des premiers contacts et débiter une action socio-éducative et de médiation sociale.

Du fait de leurs missions, les CAARUD peuvent aussi être investis dans les actions de réduction des risques en milieux festifs, ce qui permet de construire un lien entre ces espaces spécifiques et le dispositif de prise en charge spécialisé.

7 – QUI SONT LES PRINCIPAUX ACTEURS DE LA PRÉVENTION ?

Les structures spécialisées, décrites dans la partie précédente, sont les interlocuteurs légitimes en matière d'intervention en addictologie, mais aussi pour conduire des actions de prévention auprès des consommateurs avérés, dans le cadre d'une prévention ciblée, principalement axée sur la réduction des risques et des dommages (CAARUD), ou sur le renforcement de l'intervention précoce auprès des plus jeunes expérimentateurs ou des jeunes qui disposent de facteurs de risques importants (CJC/CSAPA). Les structures spécialisées qui proposent des interventions de prévention universelle existent, mais sont encore rares.

En dehors des structures spécialisées, il existe en France une variété d'opérateurs qui proposent des interventions de prévention. Ces acteurs spécialisés dans la prévention des conduites addictives regroupent des acteurs institutionnels, des acteurs associatifs, et des acteurs mutualistes.

- Les acteurs associatifs ou mutualistes (acteurs de l'économie sociale) sont nombreux et variés selon les lieux, et sont généralement des structures locales ou nationales financées pour ces actions par des institutions légitimes (agences régionales de santé, mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, conseils régionaux,...). Ces opérateurs proposent des actions destinées aux jeunes en milieu scolaire ou hors milieu scolaire, qui utilisent différentes méthodes et différents supports (débat, jeux de rôles,...). La Mutualité Française, fédération des mutuelles santé, est un acteur important dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé : organisée en réseau, les équipes régionales de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française développent leurs actions sur le terrain en privilégiant une approche globale de la santé, la participation du public et le travail en partenariat. La prévention des conduites addictives s'inscrit dans l'éventail des actions que peuvent proposer les unions régionales de la Mutualité Française.
- Les brigades de prévention de la délinquance juvénile (BPDJ), appartenant au corps de la gendarmerie, ainsi que les équipes académiques de sécurité, rattachées à l'Inspection académique, constituent les principaux opérateurs institutionnels.

Lorsqu'on appréhende les opérateurs de prévention de façon globale, force est de constater que les interventions proposées sont de qualité très variable localement, y compris au sein d'un même type d'opérateurs. L'ensemble des informations regroupées dans ce guide doit permettre de faire des choix éclairés pour déterminer la qualité des interventions proposées.

D'autres ressources peuvent permettre de conforter le choix : en plus des informations que peuvent fournir les structures spécialisées en addictologie qui connaissent le plus souvent les opérateurs de prévention qui interviennent sur leur territoire, il est bienvenu pour obtenir des renseignements fiables de se rapprocher des CODES (comités départementaux d'éducation pour la santé) et des CRES (comités régionaux d'éducation pour la santé), ou bien des ARS (agences régionales de santé).



UNE POLITIQUE D'ÉVALUATION SYSTÉMATIQUE DES ACTIONS DE PRÉVENTION EN FRANCE : LA MISSION DE LA CIPCA

Les programmes de prévention mis en œuvre dans les pays anglo-saxons ou scandinaves bénéficient le plus souvent d'un protocole d'évaluation répondant à des critères scientifiques internationaux, permettant de stopper les actions inutiles et de poursuivre et soutenir les actions qui ont démontré leur efficacité. En France, les actions de prévention ne sont encore que trop rarement évaluées. Certains opérateurs réalisent cependant des « enquêtes de satisfaction », mais la satisfaction des auditeurs ou des participants ne dit rien de l'efficacité réelle de ces actions.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 a permis la création d'une commission interministérielle pour la prévention des conduites addictives ou CIPCA, qui a vu le jour en 2014. Sa mission est de faciliter l'évaluation des programmes de prévention conduits en France.

A terme, elle permettra de déterminer une liste d'actions de prévention fondées sur des preuves. Elle a aussi pour mission de favoriser l'implantation et l'adaptation de programmes étrangers dont l'efficacité a d'ores et déjà été démontrée.

8 – QUELLES SOURCES DE FINANCEMENT PEUT-ON SOLLICITER ?

Au vu des facteurs économiques et sociaux qui augmentent le risque pour les jeunes de développer des conduites addictives, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 met l'accent sur l'importance d'intensifier les actions de prévention en direction des jeunes des quartiers de la politique de la ville, notamment les décrocheurs scolaires et les jeunes sans emploi et sans qualification, mais aussi la formation de l'ensemble des professionnels du réseau politique de la ville.

De ce fait, il sera plus aisé de dégager des financements pour des actions qui concernent des territoires qui comprennent au moins un quartier prioritaire pour la direction de la politique de la ville.

Toutefois, le fait de comprendre un quartier prioritaire n'est pas une condition indispensable pour obtenir des financements publics. Par exemple, les agences régionales de santé financent des actions de prévention qui ne se limitent pas aux quartiers prioritaires de la politique de la ville ; cependant, l'indice de désavantage social associé aux territoires de proximité par les ARS constitue aussi une priorité dans leur politique d'attribution des fonds dédiés à la prévention.



Quelles que soient les sources de financement sollicitées, la personne en charge de la structure de coordination sur le territoire soucieux de mettre en œuvre une stratégie de prévention des conduites addictives et d'intervention précoce en addictologie sera plus efficace si elle dispose de la capacité à structurer et argumenter une réponse à un appel d'offres, en termes de besoins identifiés chez les jeunes et de faiblesse de l'offre préventive au regard de ces besoins.

Il faut rappeler également que le partenariat entre les acteurs du territoire et les structures spécialisées en addictologie (CSAPA, CAARUD) met à disposition des habitants du territoire les crédits pérennes de l'assurance-maladie attribués au dispositif médico-social spécifique de l'addictologie, puisque ces structures sont financées par ce biais et incitées à proposer des consultations avancées proches des lieux de vie des habitants.

Enfin, lorsqu'une commune, ou une communauté d'agglomération, souhaite développer une stratégie territoriale de prévention des conduites addictives et d'intervention précoce en addictologie, il est bienvenu, lorsque cela lui est possible, qu'elle investisse d'elle-même une part de ses ressources dans cette mission qu'elle s'est fixée, car cette politique contribuera à améliorer les conditions d'existence des habitants et la qualité de vie sur son territoire. Cet investissement peut de plus contribuer à mettre au jour des besoins, qui renforceront ensuite l'argumentaire dans le cadre de la réponse à des appels d'offres.

A] LES CRÉDITS DÉCONCENTRÉS DE LA MISSION INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES

La MILDECA élabore les plans gouvernementaux de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Elle s'appuie au niveau local sur un réseau de chefs de projet en préfecture de département. Une circulaire nationale fixe les orientations pour l'année civile en cours, sur lesquelles les chefs de projet départementaux s'appuient pour présélectionner des projets de prévention éligibles au financement. Les attributions de financement sont ensuite décidées par les préfectures de région (le plus souvent il s'agit des préfectures de région, mais il existe des régions où la préfecture de police peut assurer ce rôle). Le contact est le secrétariat du directeur du cabinet de M. le Préfet.

B] LES FINANCEMENTS DE PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Les agences régionales de santé (ARS) financent des actions de prévention et de promotion de la santé, prioritairement destinées aux territoires et aux publics les plus vulnérables en termes d'inégalités sociales de santé, conformément aux orientations définies dans le plan régional de santé publique (PRSP). Les plans régionaux de santé publique sont établis en fonction des besoins spécifiques de chaque région, mais ils s'inscrivent également dans la stratégie nationale de santé, qui met l'accent sur la prévention et l'action sur les déterminants de santé. La délégation territoriale de l'ARS positionnée dans chaque département informe sur la parution des appels d'offre thématiques.

C] LES FINANCEMENTS DANS LE CADRE DES POLITIQUES DE LA VILLE

La politique de la ville recouvre une grande diversité d'interventions qui complètent les autres politiques publiques : son champ d'action couvre, entre autres, les domaines de l'insertion professionnelle, de l'éducation, de l'action sociale, de la santé, de la prévention de la délinquance, de la sécurité et de la promotion de la citoyenneté. Cette politique interministérielle est assurée par les collectivités territoriales, et particulièrement les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). Au sein de chaque département, le Préfet est le délégué territorial de l'Etat et reçoit les demandes de subventions émises par les collectivités territoriales dans le cadre de la politique de la ville.

D] LE FONDS INTERMINISTÉRIEL DE PRÉVENTION DE LA DÉLINQUANCE

Le fonds interministériel de prévention de la délinquance est destiné à financer la réalisation d'actions qui s'inscrivent dans le cadre des plans départementaux de prévention de la délinquance, dans le cadre d'une contractualisation entre l'Etat et les collectivités territoriales en matière de politique de la ville. Le Préfet est informé des actions prioritaires par le comité interministériel de prévention de la délinquance et reçoit les demandes de subventions émises à ce titre par les collectivités territoriales.

E] LES FINANCEMENTS DES RÉSEAUX D'ÉCOUTE ET D'APPUI À LA PARENTALITÉ

Les réseaux d'écoute et d'appui à la parentalité (REAAP) financent des actions de soutien à la parentalité dans chaque département. Leur objectif principal est de promouvoir la prévention précoce au niveau de l'unité familiale. Ils mobilisent les mouvements familiaux et les grands mouvements associatifs, aux côtés de représentants des organismes de sécurité sociale et des départements ministériels (Education nationale, Justice, Action sociale, Ville...), structurés au niveau national dans un comité national de pilotage présidé par le délégué interministériel à la Famille.

Dans de nombreux départements, la caisse d'allocations familiales pilote le REAAP. Toutefois, d'autres opérateurs peuvent piloter ou co-piloter ces réseaux, comme les unions départementales des associations familiales (UDAF) par exemple, car le fonctionnement de chaque réseau est avant tout le reflet de la dynamique départementale existante autour du soutien à la parentalité.

F] LES FINANCEMENTS ISSUS DES CONSEILS RÉGIONAUX ET GÉNÉRAUX

Dans certaines régions, le conseil régional développe un programme de prévention ou d'éducation à la santé et peut financer des actions de prévention visant un public jeune (étudiants, apprentis, lycéens, jeunes en insertion).

Certains conseils généraux sont engagés dans la prévention des addictions, au titre de leur compétence sur la protection de l'enfance et la protection maternelle et infantile. Certains d'entre eux peuvent financer des actions de prévention destinées aux collégiens.

G] LES FINANCEMENTS DE LA FONDATION DE FRANCE

La Fondation de France propose régulièrement des appels d'offre dont le but est de soutenir des projets concrets et innovants destinés à aider les personnes vulnérables. Elle agit dans tous les domaines de l'intérêt général, dont la santé, la solidarité, et l'enfance.



LES SOURCES DE FINANCEMENT PRIVÉES : DES FONDS À MANIER AVEC PRÉCAUTION

Des sources de financement privées sont toujours possibles : de grandes entreprises proposent régulièrement des appels d'offre qui s'inscrivent dans le champ de la promotion de la santé et de l'éducation, ou dans le champ de la prévention de la délinquance. Ces entreprises peuvent également accepter de faire des dons à des associations porteuses d'actions innovantes ou d'intérêt général.

Il s'agit toutefois dans ce cas de se montrer très prudent sur leur volonté d'implication dans les choix stratégiques qui peuvent être faits : certains financements privés sont proposés par des entreprises qui ont des intérêts financiers liés à la consommation. D'autres qui ne se trouvent pas dans cette configuration peuvent cependant utiliser les actions conduites pour faire de la publicité déguisée, par exemple en apposant leurs logos sur des documents destinés aux jeunes et/ou à leurs parents.

Il s'agit donc de veiller à ne pas être contraint en matière de choix stratégiques ni à constituer malgré soi un vecteur de publicité.

Processus d'implantation d'un dispositif à composantes multiples dédié à la prévention et la prise en charge précoce des addictions sur un territoire de proximité

Le portage politique, l'action de proximité et le soutien financier constituent trois leviers indispensables pour structurer et développer un dispositif de prévention à l'attention des jeunes.

Le portage politique du futur dispositif, puis du dispositif en action, apparaît comme une condition essentielle de la réussite. Il permet de dynamiser les acteurs locaux qui se sentent soutenus dans leur investissement auprès des jeunes par leurs élus : il constitue ainsi un levier capital pour favoriser l'implication des institutions exerçant sur le territoire (Education nationale, centre hospitalier, mission locale,...., mais également financeurs potentiels).

Le portage politique permet aussi de poser des arbitrages neutres, si nécessaire, entre des structures investies dans l'action qui peuvent avoir des objectifs différents ou concurrents. L'arbitrage des élus est ainsi particulièrement important pour qu'aucun acteur institutionnel ne prenne le pas sur l'autre et que chacun se sente sur un pied d'égalité.

Le fait que le territoire délimité pour l'action se rattache à une « échelle humaine » constitue la clé de la réussite pour le travail en réseau. Il est important que les acteurs investis, qu'il s'agisse de professionnels ou d'habitants, puissent se connaître et se reconnaître.

De plus, l'insertion personnelle (en tant qu'habitants) des acteurs professionnels dans la communauté territoriale, même si elle ne peut pas être posée comme une condition indispensable, favorise la qualité du travail de réseau et le fait qu'il puisse perdurer dans le temps.

Le soutien financier semble enfin incontournable pour permettre au dispositif de se structurer et de se développer. Dans les premiers pas de la structuration, un soutien financier, parfois même peu important, permet de poursuivre les actions engagées et de maintenir l'investissement des parties prenantes, malgré les aléas induits par les financements non pérennes obtenus pour la réalisation d'actions ponctuelles.

Le soutien financier de la collectivité territoriale permet aussi de faciliter la mobilisation d'experts, qui apportent de la crédibilité à l'action entreprise et concourent ainsi à l'investissement des acteurs professionnels et des habitants.

1 – LE TERRITOIRE DE « PROXIMITÉ » : COMMENT DÉLIMITER LE PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION ?

A] ENVISAGER UNE DISTINCTION ENTRE LE PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION ET LE PORTAGE POLITIQUE

La réflexion conduisant à déterminer le périmètre d'intervention doit s'affranchir volontairement d'une collusion *a priori* avec le portage politique.

La première condition à respecter est de délimiter un territoire qui conserve l'action de « proximité » : ainsi, le portage politique communal dans une grande agglomération n'implique pas de mettre en œuvre un dispositif unique dont l'action s'étendrait à l'ensemble du territoire, car cela risquerait d'impliquer une trop grande variété d'acteurs et nuirait au travail de réseau et de proximité avec les jeunes.

Un dispositif multi-interventionnel a pour objectif d'intervenir à plusieurs moments de la vie des jeunes, idéalement depuis l'enfance jusqu'au début de l'âge adulte. Ainsi, un territoire sur lequel il n'existe pas de collège ou de lycée verrait l'action de son dispositif tronquée au moment de l'entrée des jeunes dans l'adolescence, du fait d'une absence de partenariat avec les acteurs de l'enseignement secondaire.

Inversement, un territoire comprenant un ou plusieurs établissements d'enseignement secondaire accueille souvent des jeunes venant de communes limitrophes : l'efficacité de son action se trouverait limitée si seulement une partie des jeunes scolarisés dans l'enseignement secondaire, c'est-à-dire ceux qui habitent sur le territoire communal, avaient bénéficié d'actions de prévention avant l'entrée au collège ou au lycée.



Dans ce cas, raisonner le périmètre d'intervention sur la zone de l'intercommunalité peut être plus intéressant, afin de respecter le principe d'un « *continuum* préventif ».

B] QU'EST-CE QU'UN CONTINUUM PRÉVENTIF ?

Le *continuum* préventif est un principe qui considère que la prévention doit s'organiser pour accompagner le parcours de vie des jeunes dans le temps, dans l'espace, et dans l'évolution de leurs pratiques, tout en tenant compte de leur vulnérabilité sociale et psychoaffective particulière. Il s'agit ainsi d'assurer une démarche préventive (messages préventifs, développement des habiletés psychosociales, mais aussi appui à la famille et aux parents) :

- à plusieurs moments de la vie, avec des messages adaptés à l'âge des enfants et des adolescents ;
- dans les différents lieux de vie des jeunes, c'est-à-dire dans les institutions scolaires, dans les structures qui prennent en charge les jeunes en insertion (par exemple les missions locales, les chantiers d'insertion, les centres de formation,...), mais également par l'intermédiaire des lieux de loisirs (comme les clubs sportifs, les centres de loisirs ou les maisons de la jeunesse) ;
- adaptée au parcours de consommation, par l'exercice d'une prévention dite universelle en amont des premières consommations, associée à une prévention ciblée auprès des consommateurs avérés ou des jeunes repérés comme étant à haut risque pour la survenue des conduites addictives ;
- renforcée en fonction des facteurs de risques, auprès des jeunes repérés comme étant à haut risque pour la survenue des conduites addictives.

Le *continuum* préventif est d'autre part consolidé par la possibilité d'un **accès plus précoce au diagnostic et aux soins**.

- ➔ L'ensemble des acteurs qui seront mobilisés pour la mise en œuvre du dispositif, et notamment ceux qui seront investis dans les actions auprès des jeunes, doivent avoir des liens étroits avec les structures spécialisées en addictologie.
- ➔ La mise à disposition d'une consultation jeunes consommateurs (CJC) par la structure en addictologie la plus proche et le renforcement des liens avec les professionnels qui l'animent constituent ainsi un atout majeur pour le repérage précoce et l'orientation, ces consultations dédiées à la jeunesse ayant pour vocation de se situer comme une charnière entre la prévention et le soin.

CJ LA POSSIBILITÉ DE DÉTERMINER LE PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION EN FONCTION DES BÂTIMENTS STRUCTURANTS DE LA CARTE SCOLAIRE

Le périmètre d'intervention peut être délimité à partir de la population d'un lycée : la carte scolaire conduira à prendre en compte l'ensemble du territoire comprenant les collèges et les écoles dont les élèves de ce lycée sont issus.

- ➔ Selon les lieux, il s'agira d'un regroupement de quartiers ou d'un regroupement de communes, ou bien d'une partie d'une grande agglomération associée aux petites communes limitrophes qui alimentent le lycée, pris comme point de départ pour la délimitation du territoire cible.
- ➔ Il faut toutefois toujours s'adapter aux spécificités du territoire : s'il existe deux lycées dans un petit périmètre, la délimitation du périmètre peut prendre en compte la population scolaire qui alimente ces deux lycées.

La définition de l'unité de proximité idéale par le biais des bâtiments scolaires structurants permettra de mieux prendre en compte la mobilité des jeunes habitants dans la mise en œuvre d'une politique cohérente de prévention.

- ➔ Cela permettra de prendre en compte l'interconnexion effective de territoires de proximité limitrophes, mais également de positionner les acteurs de l'Education nationale au centre du processus de mise en œuvre au moment de l'engagement dans les partenariats.
- ➔ Ce positionnement central des acteurs de l'Education nationale est primordial pour recueillir les données nécessaires au diagnostic initial, pour programmer les actions, mais aussi pour pouvoir disposer d'une lisibilité parfaite sur les actions déjà conduites auprès des élèves, afin d'assurer la couverture territoriale, et éviter les actions redondantes. Il est évident, en effet, que la mise en œuvre d'actions conduites auprès des élèves nécessite l'adhésion de l'ensemble des partenaires éducatifs.

Avant d'aller plus loin dans le processus d'implantation d'un dispositif à composantes multiples de prévention et d'intervention précoce en addictologie dédié aux jeunes, le porteur de projet issu d'une collectivité territoriale doit donc s'interroger, au vu de la mobilité scolaire des jeunes habitants de son territoire, sur **l'intérêt d'engager des partenariats avec des collectivités territoriales limitrophes, et de les impliquer dans son projet.**

- ➔ **Au vu de la carte scolaire, quel est le périmètre d'intervention ?**
- ➔ **Au vu du périmètre d'intervention, le portage politique doit-il être intercommunal ?**

2 – LA CONSULTATION STRATÉGIQUE AVEC LES ACTEURS PIVOTS DU FUTUR DISPOSITIF ET LA CRÉATION DU COMITÉ DE PILOTAGE

De façon générale, chaque réunion, qu'il s'agisse d'un temps d'information, de concertation, ou d'une formation, implique l'établissement d'une fiche de présence permettant de conserver une trace écrite de l'identité des participants et de leur structure de rattachement.

Identifier les partenaires et construire le partenariat constitue la première étape de l'action et sa réussite constitue en soi un résultat majeur. La construction du partenariat permettra à tous les acteurs réunis de mieux comprendre les prérogatives et les contraintes de chacun, et de s'accorder sur une analyse commune de la situation, ce qui contribuera directement à la fluidité de l'encadrement des jeunes et permettra d'éviter de nombreux dysfonctionnements dans la mise en œuvre future des actions.

Avant de s'engager dans la mobilisation des acteurs-clés du territoire de proximité, qui formeront la « coalition addictions », destinée à mettre en œuvre le dispositif de prévention et d'intervention précoce en addictologie d'un point de vue opérationnel, il faut mettre en place le comité technique et le comité de pilotage du futur dispositif addictions.

A] CRÉER L'ALLIANCE ENTRE LES EXPERTS DU TERRITOIRE ET LES EXPERTS EN ADDICTOLOGIE : LE COMITÉ TECHNIQUE DU FUTUR DISPOSITIF ADDICTIONS

L'alliance initiale entre les experts du territoire et les experts en addictologie va constituer le **pivot organisationnel du futur dispositif**. Ce comité technique coordonnera et dynamisera la future coalition addictions, composée des acteurs clés exerçant auprès des jeunes sur le territoire de proximité, et apportera de la crédibilité à sa démarche. Les participants sont sollicités par le responsable de la structure de coordination territoriale, qui va tenir le rôle de **coordinateur du dispositif addictions**.

COMPOSITION DU COMITÉ TECHNIQUE OU PIVOT ORGANISATIONNEL

- **LES EXPERTS DU TERRITOIRE** comprennent le coordinateur du futur dispositif addictions, qui sera la cheville ouvrière du montage de projet sur le territoire de proximité, ainsi que ses éventuels collaborateurs. Selon les lieux, il pourra s'agir d'un atelier santé ville, d'un réseau jeunesse, ou d'un comité local ou intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance (cf. partie I. *La nécessité de disposer d'une structure de coordination inscrite dans le territoire de proximité*). A défaut d'une structure de ce type, les élus du territoire peuvent désigner un coordinateur exerçant dans un domaine proche et connaissant bien le territoire ainsi que les acteurs locaux (par exemple, un responsable communal ou intercommunal d'un service jeunesse ou le responsable territorial de la politique de la ville).
 - Le coordinateur du dispositif addictions est en charge des comptes-rendus écrits de chaque comité technique et de chaque comité de pilotage. Il est chargé de mettre en application les décisions prises par le comité de pilotage, d'organiser les réunions, d'effectuer les invitations et relancer les participants, de diffuser l'information,.... Il sera également en charge des comptes-rendus écrits des futurs conseils de coalition addictions.
 - Il sera chargé de constituer tous les dossiers de demande de co-financements.
 - Il est primordial qu'il s'attache à veiller à la bonne circulation de l'information, au sein du comité technique, du comité de pilotage, mais aussi envers les acteurs-clés de la mobilisation communautaire qui constitueront le conseil de coalition addictions.

- **LES EXPERTS EN ADDICTOLOGIE** sont le plus souvent issus d'un CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) exerçant sur le territoire ou à proximité, disposant d'une CJC (consultation jeunes consommateurs) ou désireux d'en créer une. Selon les lieux, ils peuvent être associés à une structure locale proposant des actions de prévention des addictions destinées aux jeunes.
 - En plus de leur investissement en termes d'expertise thématique auprès des acteurs du territoire par le biais de leur participation au comité de pilotage et au conseil de coalition, le premier travail des experts en addictologie sera d'animer une formation concernant le socle commun des connaissances en addictologie, qui sera proposée à l'ensemble des professionnels de proximité ou acteurs-clés en contact avec les jeunes du territoire (cf. point 3. *Impulser la mobilisation communautaire autour de la prévention des addictions*).
 - Les experts en addictologie nomment un « **réfèrent addictions** » pour le territoire, qui sera présent à toutes les réunions du dispositif addictions (comités techniques, comités de pilotage, conseils de coalition, et toutes autres réunions dans lesquelles les experts en addictologie doivent être représentés). Si plusieurs structures spécialisées en addictologie ou en prévention des conduites addictives sont associées au comité technique, chaque structure nomme un réfèrent addictions chargé de la représenter.

B] CONSTITUER LE COMITÉ DE PILOTAGE DU FUTUR DISPOSITIF ADDICTIONS

Le comité de pilotage est l'**organe décisionnaire du futur dispositif**. Il validera les choix stratégiques et examinera notamment les propositions du conseil de coalition au regard des contraintes financières et des directives de l'Etat. Il posera également des arbitrages sur les priorités ou les méthodes de travail si un consensus peine à se dégager sur des points particuliers au sein du conseil de coalition.

COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE OU ORGANE DÉCISIONNAIRE

- **LES ÉLUS LOCAUX** : en particulier les élus responsables de la jeunesse, de la santé et de la sécurité sur le territoire de proximité.
- **LES PRINCIPAUX FINANCEURS POTENTIELS** : logiquement le représentant de l'agence régionale de santé en charge du territoire, ainsi que le représentant de la délégation départementale de la MILDECA. D'autres financeurs peuvent être associés selon la dynamique existant sur le territoire, comme par exemple le représentant du réseau d'écoute, d'accompagnement et d'appui à la parentalité (REAAP).
- **LES MEMBRES DU COMITÉ TECHNIQUE** : le coordinateur du dispositif addictions - structure de coordination territoriale - et le(s) réfèrent(s) addictions - structure(s) spécialisée(s) en addictologie et prévention des conduites addictives -.

C] DÉTERMINER LES ACTEURS-CLÉS DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Le premier travail du comité de pilotage est de se concerter pour déterminer la liste des personnes pressenties pour constituer le conseil de coalition addictions.

Les membres du comité de pilotage sont bien évidemment inclus dans ce conseil : élus, financeurs, experts du territoire, experts en addictologie.



CONSEIL DE COALITION

Le « conseil de coalition » est une expression empruntée à la méthodologie de projet destinée à mettre en œuvre le programme « Community that Care* », qui a pour objectif d'impulser une stratégie communautaire et territoriale de promotion de la santé et de renforcement des facteurs de protection chez les jeunes. Ce programme a été mis en œuvre aux Etats-Unis et en Australie, et plus récemment en Europe, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Allemagne et en Croatie.

Le terme de « coalition » (du latin *coalescere* : « s'unir ») est bien adapté aux objectifs de cette assemblée : il s'agit d'une alliance de personnes ou d'institutions qui se réunissent dans le but de poursuivre un objectif commun.

* Cahir S, Davies L, Deany P, Tange C, Toumbourou J, Williams J, Rosicka R, Introducing Communities That Care. Helping communities build better futures for children and young people, Community That Care® LTD., Center for Adolescent Health, 2003, 20 pages http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ctc/CTC_introduction.pdf

* Communities That Care Ltd. Australia, A Guide to Australian Prevention Strategies, Royal Children's Hospital Melbourne, 2012, 54 pages. <http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ctc/CTC%20Report%20March%202012.pdf>

LISTE INDICATIVE DES PROFESSIONNELS ET DES REPRÉSENTANTS DES HABITANTS À SOLLICITER POUR CONSTITUER LE CONSEIL DE COALITION AUTOUR DU COMITÉ DE PILOTAGE

- **Les représentants de l'Éducation nationale** des établissements scolaires présents sur le territoire de proximité : le(s) proviseur(s) du/des lycée(s) et les responsables des équipes éducatives (conseillers principaux d'éducation) ; le ou les principaux du ou des collège(s) et les responsables des équipes éducatives (conseillers d'éducation) ; ainsi que les directeurs des écoles.
- **Les infirmières scolaires** du service de promotion de la santé de l'Inspection académique exerçant dans les établissements scolaires du territoire de proximité (lycée, collèges, écoles).
- **Les assistantes sociales scolaires** du service social de l'Inspection académique exerçant dans les établissements scolaires d'enseignement secondaire du territoire de proximité (lycée, collèges).
- **Un responsable ou un représentant du SUMPPS**, service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, si le territoire de proximité comprend un campus universitaire.
- **Les responsables ou représentants des établissements scolaires privés** s'il en existe sur le territoire.
- **Les acteurs « jeunesse » exerçant sur le territoire de proximité** : responsables ou représentants de service jeunesse communal ou intercommunal, de dispositif de réussite éducative, de service d'éducation spécialisée, de service d'action éducative en milieu ouvert (AEMO), de l'aide sociale à l'enfance (ASE), de point accueil écoute jeunes (PAEJ), de maison des adolescents, de maison des jeunes et de la culture (MJC).

- **Les acteurs « jeunes en insertion » exerçant sur le territoire de proximité** : responsables ou représentants des missions locales, des chantiers d'insertion, des foyers de jeunes travailleurs, des espaces territoriaux d'accès aux premiers savoirs (ETAPS) et des centres de formation équivalents destinés aux jeunes en insertion.
- **Des représentants de la jeunesse** : le plus souvent, il s'agit de représentants d'associations étudiantes, et des délégués des lycées. Les conseils consultatifs des jeunes organisés dans les communes peuvent aussi être mobilisés, ou les instances représentant la jeunesse au sein des maisons des jeunes et de la culture (MJC). Dans tous les cas, il faut s'adapter aux spécificités du territoire : y'a t-il d'autres représentants des jeunes que ceux qui viennent d'être cités qui pourraient être associés ? Ce peut être des représentants d'associations culturelles, notamment investies dans l'organisation de manifestations festives, mais aussi n'importe quelle association représentant des jeunes.
- **Les représentants des habitants** : principalement les fédérations de parents d'élèves et les comités de quartiers, mais selon les lieux, toutes autres associations de représentations des habitants.
- **Les responsables ou représentants des structures sociales ou médico-sociales intervenant auprès des jeunes en grande précarité**, si le territoire est concerné par la présence de jeunes en grande précarité : c'est le cas des CAARUD en matière de prévention et d'accueil des jeunes usagers de drogues (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues), mais aussi de structures associatives locales qui peuvent intervenir spécifiquement auprès des jeunes en grande précarité.
- **Un responsable ou un représentant des services sociaux de la MSD**, maison des solidarités départementales.
- **Les responsables de la politique de la ville pour le territoire de proximité**, si le territoire comprend un quartier prioritaire. Il y a les techniciens dédiés dans les collectivités territoriales, mais également les délégués du Préfet.
- **Les acteurs locaux de la prévention des addictions qui ne feraient pas déjà partis du comité de pilotage** : structures associatives ou mutualistes qui proposent des actions de prévention dans les établissements scolaires ou à destination des jeunes en insertion, ou intervenant en milieu festif (notamment des interventions de réduction des risques destinées aux soirées techno/électro, aux festivals ou aux soirées étudiantes).
- **Un responsable ou un représentant de chaque structure socio-sanitaire exerçant sur le territoire de proximité en lien avec la famille ou la jeunesse**, par exemple la protection maternelle et infantile, les centres médico-psychologique infantile (CMPI) ou les maisons de santé pluridisciplinaires.
- **Des représentants de la médecine de ville** qui seraient investis dans la prise en charge des addictions ou souhaiteraient l'être.
- **Des représentants des pharmaciens d'officine** qui seraient investis dans la prise en charge des addictions ou souhaiteraient l'être.
- **Les représentants du secours d'urgence** : sapeurs-pompiers exerçant sur le secteur, représentant du service hospitalier d'urgence le plus proche.
- **Les représentants des forces de l'ordre** : brigade de prévention de la délinquance juvénile (BPDJ), gendarmerie ou police nationale exerçant sur le secteur, police municipale.
- **Les acteurs de la justice de proximité** : protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), antenne de justice, service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP).
- **Des chefs d'entreprises**, notamment ceux liés au milieu festif (gérants de boîtes de nuit ou de pubs) et à la distribution de substances psychoactives réglementées (tabac, alcool).

Le conseil de coalition n'est pas en échec si une partie des personnes sollicitées ne répondent pas à l'appel. De plus, il est possible que certains d'entre eux ne répondent pas présents en première intention, mais rejoindront le conseil de coalition en cours de route, en constatant la dynamique autour de la prévention des addictions qu'il aura su impulser.

Le choix des personnes à solliciter dépend avant tout de la connaissance dont dispose le comité de pilotage quant à la dynamique multipartenariale déjà existante sur le territoire. **Le nombre de personnes réunies dans chaque conseil de coalition dépend des ressources existantes sur le territoire, mais aussi d'un choix éclairé qui peut être celui des représentants politiques.**

- ➔ Un conseil comprenant plus d'une quarantaine de personnes prend le risque de voir une partie d'entre eux se désinvestir, ou d'un fonctionnement trop formel.
- ➔ Il revient alors aux élus et au coordinateur du dispositif de pouvoir éventuellement faire des choix en fonction de la connaissance dont ils disposent concernant le tissu partenarial : selon les lieux, peut-être ne faudra-t-il pas mettre en présence des acteurs en situation de conflit.
- ➔ Il faut cependant que les choix effectués parviennent à produire une liste d'acteurs équilibrée, constituée à partir d'une logique d'efficacité et de couverture territoriale et sectorielle, et non pas à partir d'enjeux partisans.
- ➔ Ainsi il est important que la décision finale, quant à la liste des personnes qui seront sollicitées pour être partie prenante de l'ensemble du processus, fasse l'objet d'une concertation au sein du comité de pilotage.

→ Qui sont les membres du comité technique ?
→ Qui sont les membres du comité de pilotage ?
→ Quelle est la liste des personnes pressenties pour constituer le conseil de coalition addictions ?

3 – IMPULSER LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE AUTOUR DE LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS : RÉUNIR LE PREMIER CONSEIL DE COALITION ADDICTIONS ET ORGANISER LA FORMATION DES ACTEURS DE PROXIMITÉ

A] ORGANISER LE PREMIER CONSEIL DE COALITION ADDICTIONS

1) L'INVITATION ET L'ORDRE DU JOUR

La première invitation au conseil de coalition addictions adressée aux acteurs proches des jeunes ne doit pas forcément mettre ce terme de « conseil de coalition » en avant, car sans information préalable, cela ne sera pas forcément parlant pour les futurs participants.

- ➔ Il est ainsi préférable de nommer cette première invitation « Réunion de concertation des acteurs du territoire X sur la prévention des addictions chez les jeunes ».
- ➔ Il est nécessaire de donner un cadre officiel à cette réunion en montrant l'engagement des élus locaux, par leur signature de l'invitation et la mention de leur présence à cette occasion. **Il est donc important que les personnes sollicitées perçoivent bien que l'invitation émane de la collectivité territoriale.**

L'ordre du jour de la réunion mentionné sur l'invitation devrait comprendre les points suivants.

- Présentation des experts en addictologie investis dans la prévention et l'intervention précoce en addictologie auprès des jeunes pour le territoire X.
- Présentation de tous les acteurs du territoire investis auprès des jeunes.
- Bref état des lieux de la consommation des substances psychoactives chez les jeunes.
- Concertation sur la mise en œuvre d'une stratégie pluriprofessionnelle de prévention des conduites addictives et d'intervention précoce en addictologie à l'attention des jeunes du territoire.
- Présentation du projet de formation au socle commun des connaissances en addictologie.
- Concertation sur le projet de diagnostic des besoins du territoire en matière de prévention des conduites addictives chez les jeunes.

2) LE DÉROULÉ DE LA RÉUNION

Le caractère rigoureux de la première réunion est primordial pour amorcer la mobilisation de l'ensemble des partenaires et apporter de la crédibilité à la démarche entreprise.

Chacun des aspects abordés doit toujours être suivi d'un **temps de discussion** permettant aux participants d'exprimer leur opinion ou de demander des compléments d'information.

Un élu accueille les participants par un discours d'ouverture insistant sur le souhait de mettre en œuvre une politique volontariste de prévention des addictions, qui soit attentive aux besoins particuliers des jeunes du territoire et nécessitant l'implication de tous les acteurs de la communauté territoriale.

Le coordinateur du dispositif a la charge d'animer la réunion, puis d'établir un compte-rendu de réunion.

■ Présentation des parties prenantes

L'introduction doit permettre de présenter toutes les personnes présentes lors de la réunion ainsi que les missions de leur structure, avec un focus particulier sur les personnes se trouvant à l'initiative de la réunion : les élus, la structure de coordination territoriale et les experts en addictologie.

■ Bref état des lieux de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes

Débuter la réunion par la présentation des principaux taux de prévalence de la consommation de substances psychoactives chez les jeunes justifie l'importance de vouloir mettre en œuvre une stratégie de prévention concertée et coordonnée : les principaux résultats de l'enquête ESCAPAD de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies peuvent utilement être mis à profit dans ce but.

Depuis 2000, l'OFDT interroge régulièrement, avec le soutien de la Direction du service national, les jeunes Français lors de la Journée défense et citoyenneté (ex JAPD : journée d'appel de préparation à la défense). Le questionnaire de cette « enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense » (ESCAPAD) porte sur la santé de ces jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs.

<http://www.ofdt.fr/enquetes/escapad/>

■ Concertation sur la mise en œuvre d'une stratégie pluriprofessionnelle de prévention des conduites addictives et d'intervention précoce en addictologie à l'attention des jeunes du territoire

- ➔ Recueillir les attentes de toutes les personnes présentes en matière de prévention des conduites addictives chez les jeunes, leur perception des besoins du territoire ainsi que leurs interrogations.
- ➔ Expliquer le principe du « *continuum* préventif » (*élaborer et mettre en œuvre une démarche préventive qui intervient à plusieurs moments de la vie des jeunes, dans plusieurs espaces qu'ils*

fréquentent, ainsi que des messages adaptés aux parcours de consommation et une approche renforcée à destination des jeunes présentant des facteurs de risques importants), et comment, si tel est le cas, ce principe a conduit à déterminer le périmètre d'intervention sur lequel une stratégie de prévention des conduites addictives pourrait être mise en œuvre.

- Expliquer le principe d'un « dispositif multi-interventionnel » (*agir sur plusieurs facteurs à la fois par l'entremise d'acteurs différents ; associer la prévention, la réduction des risques et des dommages ainsi que le repérage et l'intervention précoce ; associer les actions socio-éducatives et la prévention environnementale*) et la nécessité de l'implication de tous les acteurs exerçant en proximité avec les jeunes pour mettre en œuvre des actions de prévention, mais aussi améliorer le repérage et l'orientation.
- Expliquer la volonté commune des élus locaux et des experts en addictologie de s'appuyer sur une concertation continue avec tous les acteurs exerçant en proximité avec les jeunes, afin de co-construire une stratégie de prévention adaptée aux besoins locaux. Insister notamment sur l'intérêt de leur expertise pour rester continûment en adéquation avec l'évolution de la situation des jeunes du territoire.
- Proposer de se réunir régulièrement pour constituer un conseil de coalition permettant de construire collectivement un dispositif de prévention multi-interventionnel adapté aux besoins de la communauté et aux enjeux auxquels le territoire fait face. Rappeler le principe d'un « conseil de coalition » : réunir des personnes qui poursuivent un objectif commun, pour co-construire et mettre en œuvre collectivement une stratégie permettant de répondre à cet objectif.
- Temps d'échange sur cette première partie de réunion : certaines personnes ont-elles des questions ou des remarques ?

■ Présentation du projet de formation au socle commun des connaissances en addictologie

- Cette formation a pour objectif de transmettre une information de base permettant de mieux appréhender la problématique des addictions, car les professionnels et les représentants des habitants peuvent y être confrontés dans une situation de travail ou dans leur vie quotidienne. Elle a pour but de mieux comprendre les conduites addictives et les situations à risques pour le développement des conduites addictives chez les adolescents, mais aussi d'informer sur les moyens à disposition pour pouvoir se retourner vers des professionnels qualifiés, que ce soit pour les jeunes, ou pour leurs parents et entourage. Elle doit permettre à tous les acteurs du territoire d'affiner leur appréhension des problématiques addictives, pour que celle-ci s'appuie avant tout sur une connaissance scientifique et technique, plutôt que sur leurs représentations personnelles.
- Argumenter l'intérêt de développer un référentiel commun sur l'action préventive destinée aux jeunes, pour que tous les membres du conseil de coalition puissent penser leurs objectifs et leurs missions en interaction avec celles des autres membres intervenant dans des domaines différents, et porteurs d'une culture professionnelle différente.
- Argumenter l'intérêt de développer une culture commune en addictologie, pour que tous les acteurs en contact avec les jeunes puissent avoir un discours cohérent, gage de crédibilité.
- Préciser que cette formation est gratuite et sera animée par les experts en addictologie.
- Consulter les participants pour déterminer les meilleures dates et les meilleurs horaires. Réunir l'ensemble du conseil de coalition pour la formation peut être intéressant pour renforcer l'interconnaissance entre les membres, mais cela dépend de leur nombre. Effectivement, réunir plus d'une quinzaine de personnes rend difficile les temps d'échanges et l'expression de tous. Mieux vaut ainsi proposer plusieurs sessions dont le format sera adapté au dialogue. De plus, il est pertinent de proposer des sessions permettant de s'adapter aux horaires de chacun : par exemple, une session en cours de journée pour les professionnels qui vont inclure leur participation au conseil de coalition dans leur activité professionnelle, et une session en fin

de journée ou un samedi matin pour faciliter l'accès à ceux qui vont participer au conseil de coalition en dehors de leur activité habituelle (par exemple, les représentants des fédérations de parents d'élèves, des comités de quartiers, ou les représentants des jeunes).

- Temps d'échange sur cette deuxième partie de réunion : certaines personnes ont-elles des questions ou des remarques ?

■ Concertation sur le projet de diagnostic des besoins du territoire en matière de prévention des conduites addictives chez les jeunes

- Expliquer l'intérêt de réaliser un diagnostic préalable partagé, permettant de décrire les besoins du territoire et de ses jeunes habitants, et argumenter l'intérêt de pouvoir les rencontrer individuellement ou en petit groupe, pour pouvoir recueillir leur expertise dans le cadre de ce diagnostic.
- Expliquer que le diagnostic de territoire a pour objectif de déterminer des priorités pour l'action, et qu'en fonction des priorités qui seront déterminées à l'issue du diagnostic, des groupes de travail thématiques seront organisés pour mettre en œuvre les actions sur chaque axe.
- Détailler les différentes possibilités permettant de réaliser un diagnostic de territoire concernant les addictions chez les jeunes (conférer point suivant : 4. Réaliser un diagnostic partagé sur les besoins du territoire) et tenir compte de la concertation dans les choix qui seront faits en termes de méthode privilégiée et de maître d'œuvre investi.
- Temps d'échange sur cette troisième partie de réunion : certaines personnes ont-elles des questions ou des remarques ?

■ Clôture de la réunion

- Demander aux participants s'il y a, selon eux, des personnes qui n'ont pas été sollicitées pour cette première réunion, qu'il serait bienvenu d'associer.
- Demander aux participants qui connaîtraient des personnes qui ont été sollicitées, et ne sont pas venues, s'ils peuvent participer à les mobiliser pour le prochain conseil de coalition ou pour la formation.
- Créer une liste de contact pour informer simultanément tous les participants de l'avancée des travaux, communiquer les nouveaux documents, avertir des réunions.
- Acter la création du conseil de coalition. Expliquer que le rythme des conseils de coalition sera sans doute plus dense au cours de cette première phase de structuration : la première année, le conseil de coalition se réunit généralement une fois par trimestre. Les événements peuvent conduire à organiser plus de réunions, notamment selon le déroulement du diagnostic. Toutefois, une fois que les axes prioritaires pour l'action auront été décidés et que les groupes de travail thématiques auront été créés, le travail continu s'effectuera au sein de ces sous-groupes et le conseil de coalition se réunira alors au rythme d'une fois par an (sauf situation exceptionnelle, qui pourrait éventuellement nécessiter une rencontre extraordinaire).
- S'assurer qu'aucun participant n'ait de question restée sans réponse au sujet des échanges qui ont précédé.
- Remercier chacun pour sa présence et son investissement actuel et futur dans la réalisation du projet.

B] ORGANISER LA PREMIÈRE FORMATION DES MEMBRES DU CONSEIL DE COALITION SUR LE SOCLE COMMUN DES CONNAISSANCES EN ADDICTOLOGIE

Les experts en addictologie participant au comité de pilotage et au conseil de coalition sont les principaux animateurs de cette formation. Dans certaines régions, certains opérateurs de prévention disposent de formateurs spécialisés qui dispensent le socle commun des connaissances en addictologie. Selon les ressources locales à disposition, des partenaires peuvent venir renforcer l'équipe en charge de l'animation de la formation, soit de façon concomitante, soit successivement. Ce peut être le cas d'opérateurs de prévention qui mènent des actions spécifiques, ou de la brigade de prévention de la délinquance juvénile : ils interviennent alors de façon privilégiée sur des aspects spécifiques dont ils sont spécialistes.

➔ **La formation est un vecteur majeur de mobilisation.**

➔ Il ne faut pas oublier de convier à la formation toutes personnes dont la participation au conseil de coalition semble importante et qui ne seraient pas venues à la première réunion. La formation doit aussi être proposée à tous les acteurs en contact avec les jeunes et qui n'auraient pas, pour des raisons diverses, été sollicités pour participer au conseil de coalition.

La formation doit être gratuite.

1) OBJECTIFS DE LA FORMATION

Les formations réalisées auprès des professionnels du territoire et des représentants des habitants (adultes et jeunes) ont pour but de **passer d'un consensus d'objectifs à une unité conceptuelle** :

- ➔ mieux comprendre l'adolescence, mieux communiquer avec les adolescents ;
- ➔ déconstruire les représentations subjectives qui peuvent parfois biaiser la compréhension des problématiques addictives chez les jeunes (mauvaises interprétations, surinterprétations,...) ;
- ➔ construire un référentiel commun des intervenants pour bâtir une stratégie concertée et tenant compte des objectifs et des contraintes de chacun ;
- ➔ construire une culture commune pour tenir un discours cohérent en direction des jeunes, quels que soient le rôle et le statut de l'adulte, ou des pairs dans le cas de l'investissement de représentants des jeunes ;
- ➔ développement des connaissances pour mieux repérer et orienter ;
- ➔ développement des connaissances pour ne pas banaliser, ni dramatiser, ni culpabiliser, ni juger.

2) CONTENU DE LA FORMATION

Les experts en addictologie sont maîtres du déroulé de la formation et des thématiques qu'ils souhaitent détailler plus que d'autres. Souvent, les animateurs de ces formations adaptent le contenu au public qui leur fait face et, pour ce faire, débute chaque séance en leur demandant de décrire leurs attentes vis-à-vis de la formation.

De façon générale, la formation au socle commun des connaissances en addictologie destinée aux professionnels de proximité en contact avec les jeunes comprend trois modules (généralement animés en trois sessions distinctes, pour faciliter leur assimilation).

Module 1 | LES SAVOIRS EN ADDICTOLOGIE : CONSTRUCTION DE L'OBJET ADDICTION ET ÉLABORATION D'UN LANGAGE COMMUN

- **Définir les termes caractérisant les consommations** (usage à risque avec possible mise en danger, usage nocif, dépendance) **et les pratiques** (avec ou sans substance psychoactive).
- **Identifier les facteurs de vulnérabilité et les facteurs de protection**, ainsi que les risques de comorbidité liés aux addictions.
- **Décrire la diffusion et l'ampleur des usages et des addictions** dans la société et dans les différentes tranches d'âge.
- **Connaître les dommages individuels et sociaux** liés à l'usage problématique des principales substances psychoactives et aux addictions comportementales.

Module 2 | LES SAVOIR-FAIRE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES : ACQUISITION DE COMPÉTENCES

- **Maîtriser les techniques de prévention des conduites addictives scientifiquement validées** (démarche préventive destinée aux jeunes, mais intégrant également l'importance des parents dans l'accompagnement des jeunes et l'appui à la parentalité).
- **Développer des compétences** en matière de repérage précoce, d'intervention brève et d'entretien motivationnel.
- **Identifier les professionnels qualifiés** sur le secteur géographique pour le conseil, l'aide et la prise en charge pluridisciplinaire en addictologie, ainsi que les procédures d'orientation.

Module 3 | CONDUITES ADDICTIVES ET PSYCHOLOGIE DE L'ADOLESCENT

- **Qu'est-ce que l'adolescence ?** Les bouleversements physiques et psychologiques, ainsi que leurs implications (quelles attitudes sont inhérentes à l'adolescence ? qu'est-ce qui relève d'une attitude problématique chez un adolescent ?).
- **La communication avec les adolescents** : mieux gérer les conflits, favoriser l'esprit critique.
- **La relation parents/adolescents** : poser un cadre et des limites en favorisant l'autonomie.
- **Les conduites à risques chez les adolescents** : motivations et significations.

3) ESTIMATION DE LA SATISFACTION DES AUDITEURS

Il est bienvenu de proposer un questionnaire de satisfaction à l'issue de chaque session de formation.

- Les résultats recueillis permettent d'améliorer les prochaines sessions et de mieux s'adapter aux spécificités du public, mais aussi de favoriser la démarche participative chez les membres du conseil de coalition addictions, qui perçoivent d'autant mieux l'intérêt des experts pour leurs opinions et leurs analyses.
- Un questionnaire relativement court suffit à recueillir l'avis des participants et est plus simple en termes de traitement.
- Le comité de pilotage s'accorde sur la personne chargée de traiter les réponses et de produire un compte-rendu synthétique des résultats.

EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Document de la Mutualité Française PACA

- Service prévention promotion de la santé -

Formation au socle commun des connaissances en addictologie

Date de la formation |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Vous assistez à cette formation en tant que :

- Représentant des habitants
- Professionnel du champ social ou éducatif
- Professionnel de la sécurité
- Autre professionnel : merci de préciser votre champ d'activité

Q1. Globalement, avez-vous été satisfait(e) de cette formation ?

(de 1 pas du tout à 10 tout à fait)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q2. Cette formation vous permet-elle de mieux connaître et comprendre les conduites addictives et plus particulièrement chez les jeunes ?

(de 1 pas du tout à 10 tout à fait)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q3. Pensez vous que cette formation va vous permettre de mieux accompagner les personnes dont vous avez la charge ou avec lesquelles vous êtes en lien ?

(de 1 pas du tout à 10 tout à fait)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q4. Au cours de cette formation, vous avez particulièrement apprécié, retenu :

.....
.....
.....

Q5. Vous regrettez :

.....
.....
.....

Q6. Avez vous des attentes particulières si de nouvelles sessions de formation vous étaient proposées ?

.....
.....
.....

CJ DES FICELLES POUR SUSCITER ET MAINTENIR LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Les porteurs de projet qui doivent s'appuyer sur une dynamique partenariale importante pour mener à bien leur action s'inquiètent généralement de leur capacité à porter la mobilisation communautaire. Bien entendu, les qualités personnelles et professionnelles des membres du comité de pilotage sont des clés essentielles pour impulser et maintenir cette mobilisation : dynamisme, réactivité, investissement majeur dans la coordination de l'action sont primordiaux pour emmener avec soi les acteurs du territoire dans un projet commun.

Le processus de mise en œuvre d'un dispositif multi-interventionnel, tel que celui qui est exposé dans ce guide, participe directement à la mobilisation des acteurs sur le territoire.

Plusieurs aspects inhérents au processus d'implantation constituent effectivement des clés de mobilisation, notamment l'action de proximité et la position centrale de la structure de coordination territoriale, qui favorisent l'interconnaissance des acteurs, ainsi que l'investissement des experts, qui favorise la crédibilité de la démarche.

L'implication des élus de la collectivité territoriale est capitale pour les acteurs investis dans le projet, car ils se sentent soutenus dans leur démarche et cela renforce leur sentiment d'utilité et de reconnaissance. La dynamique de groupe au sein du conseil de coalition valorise leur engagement pour le bien-être et la santé des jeunes.

La dimension territoriale leur donne, de plus, une lisibilité sur la cohérence des actions qui sont conçues pour les jeunes de leur territoire, ce qui leur permet de mieux percevoir l'intérêt de leur démarche partenariale.

La démarche de concertation continue, qui constitue une des lignes de force de l'organisation du dispositif, facilite aussi le maintien de cette mobilisation partenariale, car elle est alimentée par l'analyse des besoins issus de l'expertise des acteurs de terrain eux-mêmes et elle prend en compte leurs attentes.

Il faut noter également qu'il est primordial, pour les membres du comité de pilotage, d'entretenir la convivialité dans la tenue des conseils de coalition puis des groupes de travail, car c'est une dimension humaine qui favorise nettement le maintien de l'activité dans le temps. Ecouter les participants et valoriser leur engagement sont aussi des savoir-être et des savoir-faire qu'il faut s'attacher à poser en principe de fonctionnement dans la gestion de la dynamique de groupe.

D'autre part, s'adapter aux contraintes professionnelles des partenaires, mais aussi aux contraintes personnelles des habitants (parents, représentants de comités de quartiers ou d'associations communautaires, jeunes) est une condition technique également indispensable pour assurer la mobilisation des parties prenantes sur la durée.

La participation au conseil de coalition ou aux groupes de travail doit être toujours ouverte aux nouveaux venus qui souhaiteraient intégrer la démarche, même si elle est déjà engagée et structurée. Inversement, il faut toujours laisser la porte ouverte aux personnes qui auraient décidé de stopper leur investissement et reviendraient finalement sur leur décision.

Les rencontres, qu'il s'agisse des conseils de coalition ou des groupes de travail, doivent se dérouler à intervalles réguliers, dans des lieux accessibles, à des horaires qui conviennent au plus grand nombre.

Chaque rencontre doit être précédée d'une invitation transmise au moins une quinzaine de jours à l'avance et un rappel doit être adressé aux participants dans les trois jours qui précèdent.

La liste de contacts établie à la fin du premier conseil de coalition est primordiale pour diffuser de l'information à tous, car il faut s'assurer que chacun ait accès à toutes les informations concernant l'action.

Il faut souligner que le caractère pluriprofessionnel du conseil de coalition et la présence de représentants des habitants (dont les jeunes) vont conduire à la formation d'un groupe constitué de personnes caractérisées par différents points de vue et différentes représentations. La gestion de cette diversité dans le respect de chacun va constituer un enjeu pour le comité de pilotage. La diffusion d'un référentiel commun, d'abord par le biais de la formation au socle commun des connaissances en addictologie, puis par les retours d'experts lors des discussions, va permettre de donner plus de cohérence à l'action collective, mais aussi de renforcer la fédération des parties prenantes autour de l'objectif commun.

Enfin, il est important de préciser que la mise en œuvre de cette dynamique partenariale ne doit pas être perçue comme une phase préalable à l'action extrêmement lourde, mais bien déjà comme un résultat d'une politique territoriale susceptible d'améliorer la santé des jeunes et, plus largement, le mieux-être de tous les habitants.

D] PREMIER BILAN DU COMITE DE PILOTAGE

Le comité de pilotage se réunit après cette première étape pour estimer si la mobilisation lors du premier conseil de coalition était conforme à celle qui était attendue et statuer sur les pistes de travail qui ont été envisagées concernant la mise en œuvre du diagnostic de territoire.

Le compte-rendu du comité de pilotage est transmis à l'ensemble des participants au conseil de coalition.

- **Quelle est la date du premier conseil de coalition ? Comment s'est déroulée cette première réunion au regard de ce qui était attendu ? Le compte-rendu de réunion a-t-il bien été diffusé à l'ensemble des participants ?**
- **Quelles sont les dates des formations au socle commun des connaissances en addictologie ? Comment se sont déroulées ces séances de sensibilisation ? Quel est le bilan de l'enquête de satisfaction ?**

4 – RÉALISER UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ SUR LES BESOINS DU TERRITOIRE

A] LES OBJECTIFS DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL « ADDICTIONS CHEZ LES JEUNES »

Le diagnostic territorial local constitue un préalable incontournable pour la mise en œuvre d'actions efficaces de prévention des conduites addictives et d'intervention précoce en addictologie : en effet, les questions qui se posent aux autorités locales sont généralement semblables d'une ville à l'autre, mais elles renvoient à des réalités locales qui peuvent être très différentes⁽³¹⁾.

(31) Coppel A (sous la direction de), Usages de drogues, services de première ligne et politique locale : guide pour les élus locaux, Forum européen pour la sécurité urbaine, 2008, 87 pages, p.34. <http://efus.eu/files/2013/04/drug-use-FRENCH-COMLETE.pdf>

Les objectifs principaux du diagnostic sont de :

- rassembler les données existantes permettant d'avoir une **lisibilité sur les spécificités du territoire**,
- produire un **diagnostic partagé sur les besoins des jeunes et les attentes des professionnels de première ligne et des habitants** en termes de prévention et de prise en charge des conduites addictives,
- **mettre en perspective** ces besoins et ces attentes **avec les ressources** existantes.

Le diagnostic territorial addictions a également comme objectif secondaire de **dynamiser la mobilisation des acteurs locaux** autour de cette problématique : d'une part, parce que leur expertise, leurs opinions et leurs attentes vont être prises en compte pour réaliser le diagnostic, et d'autre part, parce que le résultat final leur permettra d'avoir une meilleure lisibilité sur les spécificités du territoire et les besoins des jeunes habitants.

Les résultats attendus du diagnostic visent :

- l'identification des groupes de population concernés et leurs pratiques à risques, leur accès différentiel au dispositif de prise en charge spécialisée et aux outils de réduction des risques, ainsi que leurs relations avec l'environnement (famille, voisins, communauté éducative) ;
- l'identification des groupes de jeunes qui ne sont pas encore concernés par l'usage de produits psychoactifs, mais pourtant caractérisés par des facteurs de risque importants, qui augmentent leur probabilité de développer des conduites addictives dans le futur ;
- la compréhension des problèmes que l'usage de produits psychoactifs pose pour le territoire et la cohésion sociale, ainsi que des difficultés auxquelles sont confrontés les professionnels de l'action sociale et éducative et les professionnels de la sécurité, du fait des conduites addictives chez les jeunes ;
- l'identification des ressources locales susceptibles de s'investir dans la programmation et la réalisation d'actions de prévention, de repérage précoce et d'orientation vers les structures spécialisées ;
- la clarification de leur marge de manœuvre et de leur volonté d'investissement ;
- l'identification des manques en termes de support institutionnel et de moyens humains.

Rassembler les informations pour répondre à ces questions constitue une **démarche permettant des prises de décisions fondées sur les spécificités du territoire et les enjeux auxquels il doit faire face**.

Pour prendre les décisions nécessaires à l'élaboration du diagnostic et à sa réalisation en fonction des éléments détaillés dans les paragraphes qui suivent, il faut garder à l'esprit que le diagnostic doit être rapide, afin que l'effort de mobilisation qui a été initié ne se délite pas pendant la période d'investigation sur le terrain. En même temps, il faut avoir conscience qu'une analyse fine de la situation ne peut pas être conduite en quelques semaines, mais prend généralement plusieurs mois.

Deux procédés peuvent être utilisés pour que le temps réservé au diagnostic ne nuise pas à la mobilisation partenariale :



d'une part, mobiliser des moyens adéquats pour sa réalisation (au moins une personne à temps plein pour suivre son déroulement de la conception à la rédaction, à laquelle seront associées une ou plusieurs personnes dédiées à l'enquête sur le terrain) ;



et d'autre part, débiter le diagnostic simultanément à la phase de formation au socle commun des connaissances en addictologie. Cela impliquera une durée moins longue entre la première phase de l'action et les réalisations concrètes auprès des jeunes. Cela permettra aussi aux acteurs de proximité d'avoir peut-être un regard plus acéré sur les enjeux du territoire et l'analyse des ressources existantes, lorsqu'ils seront mobilisés pour contribuer à l'expertise collective. Ce procédé s'inscrit ainsi dans une démarche de **recherche-action**, dans laquelle recherche et action s'alimentent l'une l'autre pour atteindre une analyse plus fine et une mobilisation durable.

B] QUI PEUT RÉALISER LE DIAGNOSTIC ?

Il y a trois solutions qui peuvent être privilégiées pour effectuer le diagnostic.

La première solution consiste à mobiliser un partenaire extérieur, qui va réaliser l'entièreté du travail. Les ressources en termes de maîtres d'ouvrage sont variables selon les régions. Dans toutes les régions, les observatoires régionaux de santé (ORS) peuvent être prestataires pour conduire ce type de travail. Au sein des facultés de médecine, les départements de médecine générale ou de santé publique peuvent aussi être intéressés par la conduite d'un diagnostic de ce type, dans le cadre d'une thèse de fin d'études.

Dans certaines régions, les départements universitaires de sciences humaines peuvent également assurer la conduite d'un diagnostic territorial, dans le cadre d'une thèse ou d'un mémoire de fin d'études.

Enfin, il existe des structures de recherche indépendantes qui assurent des prestations de ce type, structures qui regroupent le plus souvent des chercheurs en sciences sociales et/ou des géographes de la santé.



Si un maître d'ouvrage extérieur est choisi pour assurer le diagnostic, il est indispensable que le coordinateur du dispositif se positionne comme référent pour faciliter son accès au terrain (identifier et rencontrer les personnes), faciliter les questions logistiques (mettre à disposition un lieu adapté à la confidentialité pour conduire les entretiens) et contrôler la continuité du travail.



Le comité de pilotage du dispositif addictions joue le rôle de comité de pilotage pour la réalisation du diagnostic territorial (le maître d'ouvrage est associé au comité de pilotage durant le temps de réalisation du diagnostic).

La deuxième solution consiste à mobiliser les ressources internes pour réaliser le diagnostic. Le coordinateur du dispositif peut effectivement avoir les compétences nécessaires pour conduire le travail. C'est parfois, selon le type de formation dont ils disposent, le cas des coordinateurs d'ateliers santé ville. Cependant, il est alors hautement souhaitable de solliciter des spécialistes (observatoires régionaux de santé, départements universitaires, structures indépendantes d'études et recherche) pour assurer un soutien méthodologique.



Dans ce cas également, un comité de pilotage dédié au diagnostic est constitué, comprenant les membres du comité de pilotage du dispositif addictions, associé au superviseur choisi pour assurer le soutien méthodologique.

La troisième solution est hybride, et consiste à mobiliser une structure experte pour réaliser directement une partie du travail et assurer la supervision de la part qui sera réalisée par les ressources internes.

Quelle que soit la solution privilégiée, il faut établir un cahier des charges qui servira de référence pour la réalisation du diagnostic. Celui-ci doit au moins comporter :

- les objectifs du diagnostic et la délimitation du territoire,
- les méthodes de travail mises en œuvre et les champs de l'investigation,
- les résultats attendus, soit principalement les préconisations en termes d'axes prioritaires pour l'action,
- le calendrier de réalisation,
- la communication autour du diagnostic,
- ainsi que la répartition des tâches entre le commanditaire, le prestataire et le comité de pilotage.

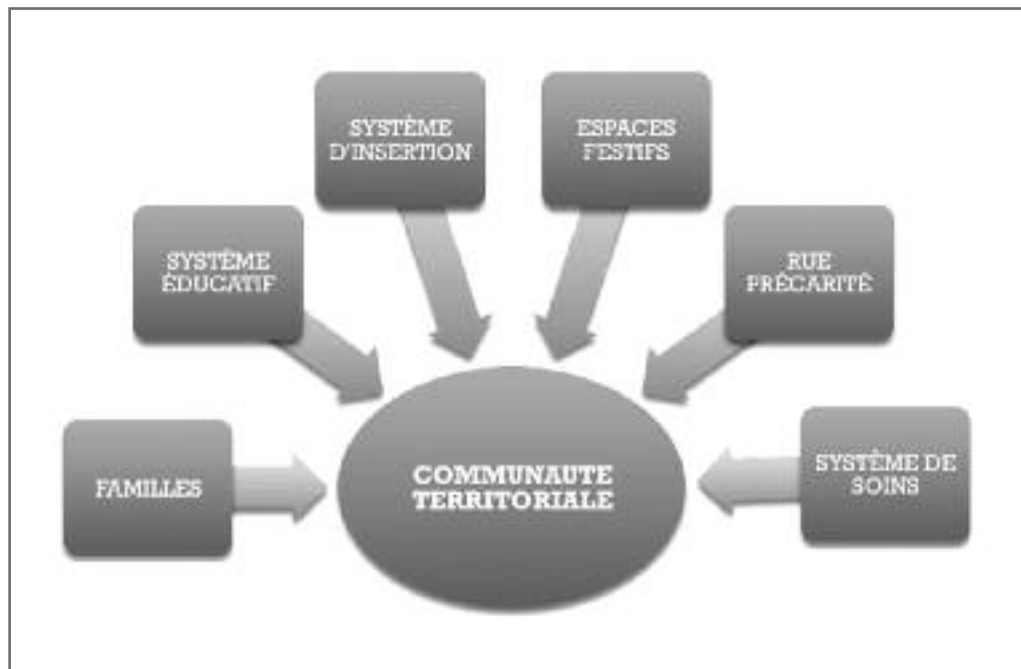
La réalisation du diagnostic, du fait de la sollicitation presque toujours indispensable d'un maître d'ouvrage ou d'un superviseur, implique un coût pour la collectivité territoriale. Des co-financements peuvent être sollicités auprès d'organismes comme les délégations départementales de la MILDECA ou les agences régionales de santé.

C] LES CHAMPS DE L'INVESTIGATION ET LES PERSONNES RESSOURCES

Il n'est pas possible de définir ici strictement les champs de l'investigation, car ils dépendent des caractéristiques du territoire et des spécificités des différents groupes de jeunes habitants.

Selon les lieux, des adaptations peuvent donc être effectuées : certains champs d'investigation, ou certains professionnels de ces champs, peuvent être privilégiés plus que d'autres.

Figure 1 | Principaux champs d'investigation du diagnostic territorial addictions chez les jeunes



Le tableau suivant détaille les types de personnes qui peuvent être mobilisées selon chaque champ d'investigation.

Tableau 1 | Types de personnes ressources par champ d'investigation

Champs d'investigation	JEUNES	PROFESSIONNELS	HABITANTS
Familles	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes concernés par l'ensemble des champs ci-dessous 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la politique de la ville • Assistantes sociales MSD • animateurs socio-éducatifs des centres de loisirs et des MJC • animateurs sportifs • Educateurs spécialisés de prévention • Educateurs spécialisés AEMO • Educateurs de l'Aide sociale à l'enfance • Point écoute accueil jeunes/Espace santé jeunes • Protection judiciaire de la jeunesse • Médecins généralistes libéraux • Pharmaciens • Professionnels spécialisés PMI • Dispositifs d'aide alimentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Elus locaux • Comités de quartiers • Fédérations de parents d'élèves
Système éducatif	<ul style="list-style-type: none"> • Collégiens • Lycéens • Etudiants • Associations lycéennes et étudiantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Direction des écoles • Direction collèges et lycées • Equipes éducatives collèges et lycées • Infirmières scolaires • Assistantes sociales scolaires • Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté • Responsable de la politique de la ville • Dispositif de réussite éducative • Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé • animateurs de prévention en milieu scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Elus locaux • Fédérations de parents d'élèves
Système d'insertion	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes en insertion 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la politique de la ville • Conseillers d'insertion missions locales • Assistantes sociales CCAS • animateurs socio-éducatifs FJT / MJC • Conseillers d'insertion chantiers d'insertion • Enseignants ETAPS • Educateurs spécialisés de prévention • Educateurs spécialisés AEMO • Educateurs de l'aide sociale à l'enfance • Point écoute accueil jeunes/Espace santé jeunes • Protection judiciaire de la jeunesse 	<ul style="list-style-type: none"> • Elus locaux • Comités de quartiers
Espaces festifs Environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes concernés par les autres champs • Associations culturelles 	<ul style="list-style-type: none"> • animateurs de prévention en milieu festif • Gérants de lieux festifs • Organisateur de soirées événements • Police et gendarmerie • Responsable de la politique de la ville • animateurs socio-éducatifs des centres de loisirs et des MJC 	<ul style="list-style-type: none"> • Elus locaux • Comités de quartiers • Fédérations de parents d'élèves
Rue et précarité Espaces publics Environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes errants • Jeunes se regroupant dans l'espace public 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la politique de la ville • Professionnels spécialisés CAARUD • Dispositifs d'aide alimentaire • Professionnels spécialisés dans l'aide à la grande précarité • Pharmaciens • Police et gendarmerie 	<ul style="list-style-type: none"> • Elus locaux • Comités de quartiers
Système de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Professionnels spécialisés CSAPA • Professionnels spécialisés ELSA • Professionnels spécialisés centres médico psychologiques (pour adultes et pour enfants) • Médecins généralistes libéraux • Pharmaciens • Professionnels du secours d'urgence 	

Ce tableau n'implique pas d'interroger des personnes appartenant à chaque catégorie, mais d'interroger les problématiques spécifiques de chacune des catégories : par exemple, les professionnels qui suivent les jeunes en situation de grande précarité peuvent apporter les informations utiles concernant ces jeunes, sans que ceux-ci soient forcément mis directement à contribution.

D'autre part, la liste est indicative : elle n'implique donc pas d'être respectée dans sa totalité, mais elle n'est pas non plus exhaustive. C'est avant tout la connaissance du territoire et de ses acteurs qui permet de déterminer les interlocuteurs susceptibles de fournir la meilleure information.

Notamment, les personnes impliquées sur le territoire depuis de nombreuses années méritent d'être privilégiées au regard de nouveaux venus qui auront une analyse moins éclairée par les réalités locales et un discours plus convenu. De même, il est préférable d'interroger les acteurs qui travaillent au quotidien avec les habitants, plutôt que des représentants institutionnels qui n'ont pas forcément une connaissance fine et actuelle des pratiques et des représentations qui caractérisent les jeunes du territoire, et de la diversité des groupes qui les composent.

Il s'agit enfin de bien choisir les techniques adaptées à l'investigation en fonction du temps, des ressources humaines et du budget mis à disposition de l'enquête, mais aussi en fonction des spécificités du territoire et de l'état préalable des connaissances.

DJ LE CHOIX DES MÉTHODES D'INVESTIGATION

Le diagnostic territorial « addictions chez les jeunes » s'assimile à un **diagnostic local de santé (DLS) ciblé sur la problématique des addictions chez les jeunes**. De ce fait, il doit respecter les procédures méthodologiques classiques relatives à la réalisation d'un DLS.



Le maître d'ouvrage du diagnostic territorial « addictions chez les jeunes » peut donc utilement se référer au Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé réalisé par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS)⁽³²⁾.

Pour effectuer ce diagnostic, il faut d'une part recenser les informations déjà disponibles et d'autre part conduire une enquête auprès des professionnels et des habitants.

1) LES SOURCES DOCUMENTAIRES

Les sources documentaires permettent de bâtir une photographie de la situation du territoire par rapport à la problématique des addictions chez les jeunes. Les documents existants sont généralement hétérogènes : il va falloir choisir les données les plus explicites, et construire à partir d'elle une synthèse cohérente, alors que ces données ne concernent pas toutes les mêmes niveaux d'analyse. Par exemple, certains éléments pourront concerner le territoire lui-même, tandis que d'autres ne pourront pas être à disposition en dessous de l'échelle départementale. De ce fait, il faudra *a posteriori* confronter ces éléments avec les données de l'enquête conduite auprès des professionnels et des habitants du territoire.

Il est aussi important de distinguer les données rassemblées en fonction de leur intérêt pour le diagnostic, en portant particulièrement l'attention sur deux points spécifiques :

- Quelle est la période à laquelle les données ont été produites ? Plus les données sont anciennes, plus elles risquent de n'avoir que peu d'intérêt pour le diagnostic actuel.

(32) FNORS, *Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé. Pour un diagnostic partagé inscrit dans une démarche de projet*, 2012, 114 pages.
http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/Guide_DLS_Operateurs_Final_Signature.pdf

- Quel est le statut des données ? Est-ce qu'il s'agit de données descriptives et factuelles ? Ou au contraire des analyses rendant compte d'interprétations ou d'opinions ? Dans ce deuxième cas, il faut veiller à ne pas présenter ces analyses comme des faits, *a fortiori* si elles émanent d'une seule personne ou d'une seule structure. Il faut donc distinguer dans le compte-rendu ces éléments interprétatifs des données factuelles, avec des expressions claires du type : « tel organisme pense que... »

a) Les informations utiles à rassembler

Deux sortes d'informations sont particulièrement intéressantes à rechercher dans les sources documentaires.

i) Les indicateurs permettant de décrire les caractéristiques des jeunes habitants

- Les principaux indicateurs socio-économiques du territoire, comparés aux moyennes départementales et/ou régionales, comme la pyramide des âges, la répartition par catégorie socioprofessionnelle, le pourcentage d'habitants bénéficiant des allocations de pôle emploi, le pourcentage de bénéficiaires de revenus issus des minima sociaux (RSA) et de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). En effet, en termes d'indicateurs socio-économiques, il ne s'agit pas de se concentrer seulement sur les indicateurs concernant directement les jeunes, mais de dresser le portrait socio-économique de l'ensemble des habitants, puisque les jeunes vivent le plus souvent au sein de leur famille, dont les conditions d'existence constituent pour eux des facteurs de risque ou des facteurs de protection.
- Les principaux indicateurs de facteurs de risque pour les conduites addictives, comme le pourcentage de familles monoparentales ayant à charge des enfants de moins de 25 ans et le pourcentage de jeunes sortant du système scolaire sans diplôme.
- Les indicateurs connus sur l'expérimentation et l'usage régulier des produits psychoactifs dans la région et dans le département.

ii) Les données permettant de mieux cerner la dynamique déjà existante sur le territoire

- Les analyses déjà réalisées permettant de mieux comprendre la situation locale et les spécificités du territoire par rapport à l'usage des substances psychoactives chez les jeunes.
- Les données sur les actions de prévention déjà conduites sur le territoire, afin d'avoir une lisibilité sur la couverture territoriale déjà existante et les manques, car ces actions ne sont *a priori* pas coordonnées entre elles, tant qu'une structure à vocation territoriale ne s'implique pas dans leur programmation.

b) Différents types de sources documentaires

Deux sources documentaires principales peuvent être examinées pour rassembler les données déjà disponibles.

i) Les sources d'informations statistiques

- L'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques) propose une base de données locales, issues du recensement, territoire par territoire, proposées à différentes échelles, du quartier à la région.
<http://insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=statistiques-locales.htm>
- Les ORS (observatoires régionaux de santé) peuvent être sollicités pour fournir des indicateurs socio-économiques et socio-sanitaires issus des systèmes d'information régionaux en santé (SIRSE).
- L'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) propose une base de données nommée « ODICER », relative aux usages de substances psychoactives, par région et par département : elle comprend les résultats de l'enquête « ESCAPAD » sur les consommations des jeunes Français âgés de 17 ans, les résultats du volet drogues

de l'enquête « Baromètre santé » sur les consommations des Français de 15 à 75 ans, ainsi qu'une série d'indicateurs dans le domaine des addictions et des dépendances : statistiques de ventes, de prises en charge sanitaire et sociale, d'interpellations d'usagers, et de décès. Pour chaque indicateur, les données nationales sont indiquées pour permettre la comparaison.

<http://www.ofdt.fr/regions-et-territoires/cartographie-odicer/>

ii) L'ensemble des données locales

- Les centres régionaux ou départementaux d'éducation à la santé (CRES/CODES) peuvent être sollicités pour effectuer le bilan des actions de prévention conduites sur le territoire.
- Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté des établissements d'enseignement secondaire et les directions des écoles peuvent être sollicités pour connaître les actions de prévention conduites auprès des élèves.
- Les rapports d'activité des structures d'addictologie du territoire ou proches du territoire, mais aussi l'ensemble des rapports d'activité des structures du champ socio-éducatif intervenant sur le territoire, permettent généralement de faire le point sur les besoins des jeunes, mais aussi sur les actions conduites auprès d'eux. Les sites internet des structures exerçant sur le territoire peuvent permettre de renseigner des informations utiles.
- Les articles de presse, les comptes-rendus politiques ou militants, peuvent permettre de mieux comprendre l'histoire locale vis-à-vis des addictions chez les jeunes.

c) Les spécificités des diagnostics intercommunaux ou portant sur plusieurs quartiers

Selon les limites territoriales qui ont été fixées pour conduire le travail, il est possible que le territoire soit constitué de quartiers hétérogènes, ou de plusieurs communes, qui disposent de caractéristiques dont il n'est pas souhaitable de rendre compte de manière uniforme.



Les sources documentaires doivent justement être mises à profit pour mettre en exergue les spécificités des quartiers ou des communes au regard les unes des autres, mais aussi pour déterminer les ensembles communs.

2) L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS ET DES HABITANTS

L'enquête auprès des professionnels et des habitants doit être qualitative, ou combiner une approche qualitative et une approche quantitative. Elles doivent toutes deux respecter une procédure méthodologique rigoureuse pour garantir leur valeur. Les deux approches nécessitent un savoir-faire et une expérience dans le domaine des sciences sociales (et/ou en statistiques/épidémiologie en ce qui concerne l'approche quantitative seulement).

L'enquête menée auprès des professionnels et des habitants doit forcément comporter une approche qualitative, car les objectifs impliquant de recueillir l'expertise des acteurs, de confronter leurs analyses et leurs points de vue, sont largement facilités par l'exercice de cette méthode. Elle implique de rencontrer ces personnes en face-à-face, et d'animer la discussion pour les conduire à développer leurs argumentaires.

L'objectif d'une enquête quantitative est de quantifier les éléments interrogés, par exemple pour connaître la prévalence de tel ou tel comportement. Conduire une enquête de ce type est un choix qui dépend de plusieurs paramètres : il s'agit de réfléchir à l'opportunité de la mettre en place en fonction des avantages que les résultats vont effectivement apporter, mais aussi des contraintes que cette méthode d'investigation implique.

a) L'enquête qualitative

L'approche qualitative s'appuie le plus souvent sur l'analyse du discours des personnes rencontrées pour l'enquête, recueillis lors d'entretiens en face-à-face, ou de groupes focaux (entretiens de groupe). Elle peut également s'appuyer sur l'observation dans un lieu donné. Contrairement à l'enquête quantitative qui cherche à quantifier les indicateurs renseignés, **elle a plutôt pour but de mettre au jour la diversité des positions ou des opinions et de comprendre ce qui fait consensus ou débat entre les personnes, professionnels et habitants.**



L'expérience et l'expertise des professionnels de terrain, des représentants des habitants, ainsi que des jeunes eux-mêmes, sont considérées comme une source d'information hautement fiable, à partir du moment où :

- les données recueillies sont confrontées entre elles pour être mises à l'épreuve (principe de triangulation des données),
- les données recueillies sont contextualisées, pour bien cerner leur logique, leur portée et leurs limites (par exemple, resituer un fait dans l'environnement dans lequel il est survenu, ou resituer un point de vue dans l'histoire qui a conduit à son élaboration).



L'enquête qualitative permet ainsi de se faire le porte-parole d'une analyse « de l'intérieur », qui amène des informations factuelles, des points de vue, mais aussi des éléments de compréhension, notamment en termes de représentations sociales sur les dynamiques collectives autour des addictions sur le territoire.

La plus-value de cette méthode est de cerner au plus près les besoins et les préoccupations des habitants du territoire.

« On peut penser, *a priori*, que pour sortir du fantasme et atteindre la réalité objective, il faut tenir à distance le jugement des hommes : il n'en est rien. C'est au contraire en confrontant les points de vue des acteurs qu'on peut espérer appréhender les différentes facettes du problème. Il n'est pas de vérité de l'usage de drogues. Tous les points de vue ne sont pas équivalents : le médecin spécialisé, le policier, l'usager de drogue ont chacun une expérience qui est indispensable au diagnostic, mais il faut aussi prendre en compte les familles, les habitants, la communauté éducative, les professionnels non spécialisés. Chacun a une approche du problème qui participe au diagnostic. Tous contribuent à ce que les sociologues appellent « la construction du problème », c'est-à-dire la façon dont la collectivité interprète le phénomène et dont elle en ressent les conséquences »⁽³³⁾.

Les techniques, les outils et les principes de l'analyse qualitative sont détaillés dans l'annexe 2.

b) Choisir ou non de conduire une enquête quantitative

Le recueil de l'expertise des acteurs investis sur le territoire étant essentiellement abordé par la voie de la méthode qualitative, l'exercice de la méthode quantitative porte généralement sur la réalisation d'une enquête concernant directement les jeunes eux-mêmes et leurs pratiques. Cette enquête est réalisée grâce à l'administration d'un questionnaire, qui fera ensuite l'objet d'une analyse statistique.

La version minimale rassemble des informations sur l'expérimentation des substances psychoactives, les usages réguliers et l'existence d'addictions comportementales, tandis que la version étoffée interroge également une série d'indicateurs permettant de mieux comprendre les facteurs liés à ces conduites (description de la situation sociale et familiale, indicateurs de l'état psychologique,...).

(33) Coppel A (sous la direction de), *Usages de drogues, services de première ligne et politique locale : guide pour les élus locaux*, Forum européen pour la sécurité urbaine, 2008, 87 pages, p.37-38. <http://efus.eu/files/2013/04/drug-use-FRENCH-COMplete.pdf>



PRÉSERVER L'ANONYMAT ET NE PAS RISQUER DE LE ROMPRE MALGRÉ SOI

L'éthique de l'enquête garantit l'anonymat des répondants. Lorsque l'enquête est conduite dans les établissements scolaires d'enseignement secondaire, il est d'usage de présenter les résultats aux équipes de direction, aux équipes éducatives, aux enseignants investis dans les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, ainsi qu'au personnel de l'Inspection académique (infirmières et assistantes sociales). Il faut garder à l'esprit que ces professionnels connaissent bien les élèves qu'ils côtoient tous les jours. Lorsqu'un produit dont la consommation est rare est utilisé par quelques élèves, le croisement de cette variable par établissement peut revenir à désigner les jeunes qui en font usage. Pour les mêmes raisons, le croisement des niveaux de consommation par classe est à proscrire. Dans un lycée d'enseignement professionnel qui comprend peu de filles au vu des spécialités enseignées, une simple répartition par sexe des niveaux de consommation peut également induire la désignation des consommatrices.

Au delà de ces exemples, il faut savoir s'adapter aux caractéristiques de la population sur laquelle on travaille pour anticiper les risques de rompre l'anonymat malgré soi.

En plus des contraintes importantes que sa réalisation impose, capitales à prendre en compte (cf. annexe 3 : *les contraintes méthodologiques de l'enquête quantitative*), il est probable qu'une enquête quantitative soit superflue dans le cadre d'un diagnostic territorial addictions, c'est-à-dire en termes d'analyse de situation (qui consomme quoi et à quel rythme ?). Elle peut toutefois présenter un intérêt en termes de mobilisation des acteurs locaux, mais également en termes de comparaison « avant/après », au moment de l'évaluation.

ARGUMENTS EN DÉFAVEUR d'une enquête quantitative auprès des jeunes

- L'enquête quantitative a un intérêt si elle est construite de manière à être **représentative de la population dont elle cherche à rendre compte**. La difficulté des méthodes d'échantillonnage conduira le plus souvent à limiter l'enquête à la population des élèves des établissements d'enseignement secondaire, et occultera de ce fait les spécificités des jeunes en insertion ou en situation de précarité, qui subissent pourtant les facteurs de risque les plus importants en matière de conduites addictives. Il faudra avoir alors bien conscience des limites de l'échantillon, et contrebalancer cette option par un examen qualitatif approfondi de la situation et des pratiques des jeunes non scolarisés.
- L'expérience des diagnostics territoriaux addictions déjà conduits atteste que les résultats montrent quasiment toujours **des niveaux de consommation similaires à ceux qui sont déjà décrits par les exploitations départementales et régionales des enquêtes nationales** (cf. point précédent sur la base de données ODICER de l'OFDT). De plus, les variables explicatives de ces comportements (sexe, âge, conditions d'existence, état psychologique) sont aussi similaires à celles qui ont été identifiées par la revue de la littérature nationale et internationale (cf. Partie I. *Socle de connaissances préalable à la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prévention et d'intervention précoce en addictologie* et notamment le lien vers l'expertise collective de l'INSERM).
A notre connaissance, aucun diagnostic addictions réalisé à petite échelle n'a déjà montré de résultats significativement inférieurs aux enquêtes nationales, et conduisant à remettre en cause la volonté de mettre en œuvre une politique de prévention.
- Du fait des compétences nécessaires pour réaliser une enquête quantitative respectant les critères de qualité, l'ajout d'un volet quantitatif va significativement augmenter le budget dévolu au diagnostic.

ARGUMENTS EN FAVEUR d'une enquête quantitative auprès des jeunes

- Pour certains acteurs de proximité, les statistiques issus des réponses de « leurs jeunes » peuvent avoir un impact sur leur volonté d'investissement bien supérieur à l'énoncé de statistiques issues de bases de données officielles, qu'ils perçoivent comme étant désincarnées. Si les acteurs locaux sont difficiles à mobiliser, la réalisation d'une enquête quantitative, administrée à la population de jeunes qu'ils côtoient tous les jours, peut susciter une prise de conscience qui peut largement participer à leur mobilisation. Quand il n'y a pas de consensus sur l'importance de s'investir collectivement dans la mise en œuvre d'une stratégie territoriale et globale, les données qualitatives peuvent ne pas suffire à susciter la mobilisation, les données quantitatives étant subjectivement considérées comme plus fiables.
- Si l'évaluation après quelques années de fonctionnement (cf. point 6. *La démarche d'évaluation*) prévoit une évaluation quantitative de l'impact, il est nécessaire de disposer de données qui permettront la comparaison, avant et après la mise en œuvre de la stratégie de prévention des addictions. Il s'agit donc ici de ne pas se limiter aux besoins de l'analyse de situation, mais d'**anticiper la future évaluation de l'action**.

Toutefois, il faut avoir conscience que **cette comparaison « avant/après » permettra de poser une « hypothèse forte »**, mais ne permettra pas d'affirmer avec certitude ce qu'aura été l'impact du dispositif. En effet, si l'enquête conduite auprès des jeunes, après X années de mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prévention des addictions, montre, par exemple, un recul de l'expérimentation et un recul des usages réguliers, il reste possible que ce recul soit dû en partie, voire en totalité, à d'autres facteurs : ce peut être, entre autres possibilités, l'évolution d'une stratégie nationale (comme la modification de l'âge à partir duquel l'achat d'alcool est autorisé, ou l'abaissement du seuil d'alcool autorisé pour la conduite automobile), ou l'évolution du marché clandestin des substances illégales (des saisies importantes réalisées par les douanes dans des lieux éloignés du territoire, ou le démantèlement d'un réseau d'approvisionnement de grande envergure).

Ainsi, si des scientifiques spécialistes de l'évaluation souhaitent réaliser l'évaluation d'une stratégie territoriale de ce type, ils devront disposer d'une enquête quantitative « avant / après » conduite sur le territoire, mais également d'un « groupe contrôle » : soit une enquête identique, menée auprès de jeunes aux caractéristiques comparables, conduite sur un territoire aux caractéristiques similaires, qui n'aura, quant à lui, pas bénéficié de la stratégie de prévention au cours de la période examinée. C'est alors le constat d'un recul des pratiques sur le territoire bénéficiaire, comparativement à une absence de recul des pratiques sur le territoire servant de contrôle, qui permettrait d'affirmer, avec une marge d'erreur extrêmement réduite, que la stratégie mise en place peut effectivement s'attribuer les bénéfices observés.

Le choix de l'enquête quantitative peut donc se justifier pour plusieurs raisons : un financement conséquent attribué au diagnostic permet d'envisager la combinaison de méthodes quantitative et qualitative ; un professionnel (ou plusieurs) dont les compétences vont lui permettre de réaliser une enquête quantitative de qualité est à disposition ; la connaissance du terrain conduit à douter que les pratiques des jeunes soient effectivement similaires aux données régionales et nationales ; la connaissance du terrain conduit à douter que les acteurs de proximité vont se mobiliser, *a fortiori* dans la durée ; il semble indispensable aux acteurs locaux de prévoir dès à présent la mise en œuvre d'une évaluation quantitative de l'impact (sachant les limites qui viennent d'être décrites).

E] ÉTABLIR DES PRÉCONISATIONS POUR L'ACTION EN FONCTION DES RÉSULTATS DU DIAGNOSTIC

La dernière partie du diagnostic, qui concerne les préconisations pour choisir les axes prioritaires pour l'action, consiste en une analyse croisée des données qui précèdent : état des lieux à partir des sources documentaires, et enquête auprès des professionnels et des habitants. Son but est de fournir des pistes pour l'élaboration de la stratégie territoriale de prévention des conduites addictives, ce qui est le principal résultat attendu de la conduite du diagnostic.



Il est bienvenu que les préconisations répondent à la fois aux besoins locaux et aux directives nationales (plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, orientations de la politique de la ville) et régionales (plan régional de santé). Non seulement les directives nationales et régionales s'appuient sur des données scientifiques et la connaissance des besoins des populations, mais de plus, cela augmente les chances d'obtenir des financements pour l'action.

En fonction des résultats du diagnostic, les préconisations peuvent s'inscrire dans différents champs, et concerner différents niveaux d'intervention. Elles peuvent aussi bien concerner les jeunes que les professionnels ou les habitants. L'art de l'analyse consiste à prioriser les champs, les niveaux d'intervention et les groupes de population en fonction des résultats du diagnostic, avec l'objectif transversal de réduire les facteurs de risque et les conséquences négatives de l'usage, mais aussi de renforcer les facteurs de protection et les appuis techniques nécessaires pour l'action.

L'examen de nombreux diagnostics de territoire fait apparaître **certaines constantes**, qui se retrouvent fréquemment dans des diagnostics concernant des lieux ayant pourtant des enjeux et des besoins différenciés :

- l'absence de liaison entre les services médicaux et sociaux,
- l'absence de concertation avec les habitants,
- l'absence de réponses ou des réponses partielles pour des populations particulières (jeunes usagers de drogues, jeunes en errance,...),
- la survenue d'événements qui modifient ponctuellement l'offre et la demande de drogues (événements culturels ou modification saisonnière de la population liée au tourisme)⁽³⁴⁾.
- La prévention des addictions bien en amont des premières consommations, c'est-à-dire auprès des jeunes enfants, grâce à un travail de développement des compétences psychosociales inscrit dans la durée, est rarement déjà mis en œuvre.

Il importe également de **mettre la cohésion sociale au centre de la décision**, pour que la stratégie définie pour le territoire prenne en compte le mieux-être de tous les habitants, ainsi qu'un accès égal aux ressources disponibles.

Enfin, l'amélioration de l'offre de services doit veiller à **ne pas se substituer aux services de droit commun** : il est souvent préférable de la réfléchir en termes de facilitation de l'accès aux offres déjà existantes, de promotion et de visibilité de ces ressources.

(34) Coppel A (sous la direction de), *Usages de drogues, services de première ligne et politique locale : guide pour les élus locaux*, Forum européen pour la sécurité urbaine, 2008, 87 pages, p.46-47. <http://efus.eu/files/2013/04/drug-use-FRENCH-COMLETE.pdf>

Tableau 2 | Axes prioritaires pour l'action

Champs possibles pour l'action	Niveaux d'intervention	Populations
Individus / pairs	Actions collectives ou individuelles	Jeunes scolarisés Jeunes en insertion
Familles / parents	Actions de prévention universelle ou sélective	Jeunes errants Jeunes travailleurs
Système éducatif	Actions de réduction des risques sanitaires et sociaux	Familles et parents
Système d'insertion	Formation au repérage précoce des professionnels de première ligne	Professionnels de l'action sociale et éducative
Centres de loisirs et clubs sportifs	Mise en place de consultations avancées à l'intérieur ou proches des lieux de vie	Professionnels du champ sanitaire
Lieux de travail	Cellules de concertation sur des cas problématiques	Professionnels de l'application de la loi et de la protection judiciaire de la jeunesse
Espaces festifs		Professionnels des lieux festifs Professionnels de la distribution de tabac et d'alcool
Espaces publics		
Système de soins et secours d'urgence		
Justice de proximité		

F] LA RÉDACTION DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL ADDICTIONS

La rédaction du diagnostic territorial addictions s'appuie sur la confrontation de l'ensemble des éléments recueillis dans les sources documentaires et au cours de l'enquête conduite auprès des professionnels et des habitants.



Selon les cibles prioritaires de chaque partie du document final, le texte peut s'appuyer plus volontiers sur les documents déjà existants ou sur l'enquête de terrain.

Il est bienvenu que les membres du comité de pilotage soient mobilisés pour une relecture critique du document avant sa diffusion, y compris si le choix a été fait de mobiliser un prestataire externe pour sa réalisation.

Le plan du diagnostic peut suivre le modèle suivant. Il s'agit seulement d'une proposition générale, se limitant aux en-têtes de chapitre : le plan détaillé est avant tout déterminé par les questions qui se posent en amont du diagnostic et les éléments d'analyse qu'il semble le plus pertinent de mettre en valeur.

SUGGESTION DE PLAN POUR LE COMPTE-RENDU FINAL DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL ADDICTIONS CHEZ LES JEUNES

INTRODUCTION

- **Exposer le sujet** : le diagnostic territorial addictions chez les jeunes et la volonté de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prévention des addictions fondée sur la concertation et adaptée aux besoins et aux enjeux du territoire.
- **Exposer la genèse du projet** : la délimitation du territoire de proximité et la phase de concertation préalable avec les acteurs-clés du territoire.
- **Décrire la situation géographique du territoire**, et son découpage si le territoire comprend plusieurs quartiers ou plusieurs communes.
- **Mentionner les principaux éléments historiques et sociologiques** qui permettent de mieux comprendre les spécificités du territoire.

MÉTHODE

- **Décrire la méthode choisie pour réaliser le diagnostic** : documents existants utilisés, techniques privilégiées pour l'enquête.
- **Décrire les modalités de l'enquête de terrain** : date du recueil de données, détail des données recueillies, nombre et qualité des personnes rencontrées.
- **Expliquer les modalités de l'analyse**.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

- **Partie 1**. Indicateurs socio-économiques généraux.
- **Partie 2**. Etat des lieux des conduites addictives chez les jeunes et analyse des besoins.
- **Partie 3**. Mise en perspective des besoins et des ressources existantes.

PRÉCONISATIONS

- Propositions d'axes prioritaires pour l'action.

SYNTHÈSE

- Deux pages présentant le diagnostic et sa méthode (1/2 page), les principaux résultats (1 page) et les préconisations (1/2 page).

- **Qui se charge du diagnostic ?**
- **Le choix des méthodes d'investigation et les personnes ressources à rencontrer pour l'enquête ont-ils été déterminés en concertation avec le comité de pilotage ?**
- **Quel est le calendrier prévisionnel permettant d'estimer la date à laquelle les préconisations pour l'action seront disponibles ?**
- **Le cahier des charges du diagnostic territorial addictions a-t-il été rédigé et validé collectivement par le comité de pilotage ?**

5 – DÉFINIR LES AXES PRIORITAIRES POUR L'ACTION ET CONSTITUER DES GROUPES DE TRAVAIL THÉMATIQUES

A] RÉUNIR LE COMITÉ DE PILOTAGE ET STATUER SUR LES AXES PRIORITAIRES POUR L'ACTION

Le diagnostic fait d'abord l'objet d'une présentation au comité de pilotage en groupe restreint. La priorisation des actions relève avant tout d'un choix politique : les préconisations issues du diagnostic sont débattues au sein du comité de pilotage et les choix stratégiques en termes d'axes prioritaires pour l'action sont fixés.

- ➔ Les choix stratégiques sont effectués en mobilisant le socle des connaissances sur la qualité des actions de prévention et de repérage précoce, pour faire des choix éclairés (cf. partie I : *quelles sont les mesures les plus efficaces en matière de prévention des addictions ?*), et la connaissance des directives de l'Etat (plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives, plan régional de santé, orientations privilégiées par la politique de la ville).
- ➔ Le choix des axes prioritaires doit être réfléchi en fonction des financements mobilisables pour la réalisation des actions, mais aussi en fonction des opérateurs locaux susceptibles d'être investis dans la réalisation.

B] RÉUNIR LE CONSEIL DE COALITION ET CONSTITUER DES GROUPES DE TRAVAIL THÉMATIQUES

1) L'INVITATION ET L'ORDRE DU JOUR

Cette réunion du conseil de coalition a trois objectifs principaux mentionnés sur l'invitation comme ordre du jour :

- rendre compte des principaux résultats du diagnostic territorial addictions,
- informer sur les axes prioritaires pour l'action qui ont été déterminés par les autorités locales sur la base des résultats du diagnostic,
- constituer des groupes de travail thématiques qui seront chargés de la programmation opérationnelle.

2) LE DÉROULÉ DE LA RÉUNION

i) La présentation des résultats du diagnostic et des axes prioritaires pour l'action

La présentation des résultats du diagnostic doit privilégier les aspects essentiels, en prenant 30 à 40 minutes de temps au maximum, pour ne pas épuiser l'auditoire. Un diaporama aide au déroulement d'une présentation didactique et dynamique.

Il est important de recueillir l'avis des personnes présentes sur le diagnostic et ses résultats, de vérifier si le produit final correspond à leurs attentes, d'argumenter les points qui soulèveraient de la surprise ou du désaccord.

Généralement, la restitution du diagnostic ne soulève pas de désaccord majeur, puisqu'il s'agit d'un diagnostic partagé qui s'appuie en grande partie sur l'expertise des membres du conseil de coalition, recueillie au cours de l'enquête. Ils perçoivent plutôt le produit final, avec raison, comme le fruit de la mutualisation de leur connaissance collective du territoire.

Le document écrit comprenant le diagnostic complet, ainsi qu'une synthèse, doit être remis aux membres du conseil de coalition. Il peut s'agir d'un document édité remis lors de la réunion, ou d'une promesse de l'envoi d'une version électronique dès la fin de la réunion.

Un *focus* doit ensuite être effectué sur les choix stratégiques effectués par le comité de pilotage, en détaillant l'argumentaire qui les justifie : résultats du diagnostic sur les spécificités locales, directives de l'Etat, financements mobilisables, opérateurs à disposition.

ii) Constituer des groupes de travail thématiques

Les groupes de travail thématiques ont pour mission de **mettre en œuvre la phase opérationnelle** qui succède à la définition des axes prioritaires pour l'action.

Chaque axe thématique conduit à la création d'un groupe de travail spécifique, qui réunit les personnes investies dans le champ afférent, réunies autour du coordinateur du dispositif : celui-ci est en effet présent dans chaque groupe de travail et assure le lien entre chaque groupe en dehors des temps de réunion du conseil de coalition. Il veillera à la production de comptes-rendus pour chaque rencontre, élaborés par lui-même ou par un responsable désigné dans chaque groupe.



Par exemple, un groupe de travail dédié à l'action auprès des jeunes en insertion pourra réunir, en plus du coordinateur du dispositif, le représentant de la mission locale, les représentants des structures de prévention spécialisée intervenant sur le territoire, ainsi que les représentants de toutes les structures professionnelles investies dans l'action auprès des jeunes en insertion. Le choix des axes prioritaires pour l'action auprès de ces jeunes peut aussi impliquer la présence d'autres partenaires dans ce groupe de travail : par exemple, le représentant d'une structure de soins spécialisée. En fonction des actions mises en œuvre auprès des jeunes, d'autres professionnels peuvent être invités ponctuellement au groupe de travail.

Les groupes de travail ont pour objectifs :

- d'impulser des actions de prévention dans le champ des addictions conformes aux axes prioritaires définis dans le cahier des charges du dispositif ;
- de choisir les opérateurs ;
- de dégager éventuellement des financements spécifiques pour ces actions ;
- de participer à leur programmation ;
- de s'assurer de leur cohérence ;
- de veiller à la couverture du territoire.

Ils ont aussi pour objectif de participer à une **analyse continue de l'évolution des besoins**, destinée à ne pas figer les priorités du dispositif addictions sur la photographie issue du diagnostic, en prenant en compte les remontées du terrain relatives à l'évolution de la situation.



En fonction de cette analyse continue des besoins, les événements qui surviennent peuvent conduire le coordinateur du dispositif à proposer une réunion exceptionnelle avec les experts de la thématique addictions, ou une réunion de l'ensemble du conseil de coalition.

Les groupes de travail thématiques ont également pour mission de **définir des indicateurs d'évaluation**, et de veiller au recueil des données nécessaires à l'évaluation des actions.

iii) La clôture de la réunion

La réunion est clôturée en informant les membres du conseil de coalition que le coordinateur du dispositif va rédiger **un cahier des charges, qui constituera la feuille de route pour l'action du dispositif**, pour la période à venir.

Il est bienvenu de pouvoir transmettre, dès la clôture de cette réunion, la date de l'accès au cahier des charges du dispositif, ainsi que des propositions de dates pour la première rencontre de chaque groupe thématique.

Il faut enfin informer les membres du conseil de coalition du rythme des rencontres une fois que le groupe sera entré dans la phase opérationnelle : à partir du moment où les groupes de travail thématiques sont entrés en action, le conseil de coalition se réunit généralement une fois par an, pour faire le point sur l'avancement des actions mises en œuvre dans le cadre du dispositif, et favoriser l'interconnaissance des acteurs et les échanges entre eux. Il peut toutefois se réunir en assemblée exceptionnelle, à la demande d'un groupe de travail soucieux de rendre compte d'une évolution particulière de la situation, qui pourrait nécessiter des amendements au cahier des charges.

C] RÉDIGER UN CAHIER DES CHARGES

Le coordinateur du dispositif se charge de la rédaction du cahier des charges du dispositif : le plan de programmation opérationnel de ce cahier des charges peut être éventuellement finalisé à l'issue d'une rencontre spécifique avec chaque groupe thématique.

Le cahier des charges doit comprendre également le calendrier des actions. Ce calendrier doit être établi en concertation avec les acteurs investis sur le terrain, mais il doit également être validé par le comité de pilotage. Plusieurs éléments peuvent conduire à moduler la durée de la période : souvent, le calendrier électoral est pris en compte. De façon générale, la période doit couvrir plusieurs années.

Ce calendrier constitue la période de référence à l'issue de laquelle un investissement particulier sera mis en œuvre pour l'exploitation des données recueillies pour l'évaluation.

Le cahier des charges constitue le référentiel pour l'action, mais aussi pour la démarche d'évaluation. Il sera bien entendu diffusé à l'ensemble du conseil de coalition et tout nouvel acteur, qu'il s'intègre au conseil de coalition ou qu'il soit investi ponctuellement dans une action, devra avoir accès à ce cahier des charges.

- **Quelles priorités pour l'action ont été définies par le comité de pilotage ?**
- **Quels groupes de travail thématiques ont été constitués et comment se répartissent-ils les priorités pour l'action ?**
- **Le cahier des charges du dispositif territorial addictions a-t-il été rédigé et diffusé à l'ensemble du conseil de coalition ?**
- **Le travail de programmation et de sollicitation des opérateurs a-t-il été engagé par les groupes de travail thématiques ?**
- **Les indicateurs d'évaluation des actions ont-ils fait l'objet d'une concertation dans chaque groupe thématique ?**

6 – LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION

La démarche d'évaluation est essentielle pour redéfinir des objectifs pour l'avenir, à l'issue de la première période déterminée pour le cahier des charges du dispositif territorial addictions. Ces objectifs seront redéfinis en fonction des obstacles qui auront pu entraver la mise en œuvre des actions, mais aussi des évolutions constatées sur le terrain au fil du temps.

Le cahier des charges du dispositif établi au moment du plan de programmation opérationnel constitue le référentiel à partir duquel les résultats attendus sont examinés et analysés. Le comité de pilotage du dispositif peut assurer le rôle de pilote de l'évaluation s'il s'agit d'une évaluation menée en interne, ou bien il constitue un comité de pilotage dédié à l'évaluation en partenariat avec la personne chargée de celle-ci, si le choix se porte sur un audit externe.

L'objectif de l'évaluation est de recueillir des données permettant de **porter une appréciation sur le déroulement du programme et de ses effets, et de contribuer à son amélioration.**

On distingue ainsi :

- ▶ **L'évaluation de processus** : le déroulement du programme a-t-il été conforme à ce qui était prévu dans le cahier des charges ?
- ▶ **L'évaluation des résultats** : le programme a-t-il produit les effets escomptés ?

A ces deux aspects constitutifs de la démarche d'évaluation peut éventuellement être ajoutée une **évaluation de satisfaction**, qu'il s'agisse de l'évaluation de la satisfaction des parties prenantes, ou de la satisfaction du public cible.



Elle peut être intéressante pour estimer si la programmation mise en œuvre répond bien aux attentes des professionnels et des habitants, mais il est important d'avoir conscience qu'**une évaluation de satisfaction ne dit rien de l'efficacité** : certaines actions, comme par exemple, des manifestations publiques ponctuelles, peuvent générer beaucoup de satisfaction, et n'avoir pourtant aucun impact en termes de renforcement des facteurs de protection ou de modifications des comportements.

La détermination des indicateurs nécessaires à l'évaluation doit être réfléchie en fonction de la nature des actions et de leurs objectifs spécifiques, mais **les méthodes employées sont similaires à celles qui ont été mises en œuvre dans le cadre du diagnostic territorial initial** : synthèse des documents existants, qui comprennent ici les données d'activité ; recueil de données quantitatives et de données qualitatives.



De ce fait, l'exposé se restreint ici à la description du cadre conceptuel de l'évaluation et de ses objectifs.

Les groupes de travail en charge du suivi des actions doivent dès le départ positionner le recueil d'indicateurs d'évaluation comme l'une de leurs préoccupations centrales. En effet, la nature des indicateurs recueillis et les moyens mis en œuvre pour leur recueil doivent être réfléchis et décidés dès le début du plan de programmation. Ces indicateurs peuvent être quantitatifs et/ou qualitatifs, selon le type d'actions entreprises.



La qualité de l'action du dispositif pourra être estimée en mettant l'ensemble de ces indicateurs en perspective, permettant d'avoir une vision d'ensemble.

Le guide pour l'évaluation des actions santé et social, *L'évaluation en neuf étapes*, réalisé par l'Espace régional de santé publique Rhône-Alpes en 2008, qui constitue une première approche globale et généraliste, peut être utilement consulté pour faciliter la démarche à mettre en œuvre.

http://www.ersp.org/evaluation/pdf/eval_9_etapes_08.pdf

A] LES PRINCIPAUX CRITÈRES DE QUALITÉ

Le document de référence qu'est le *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques* ⁽³⁵⁾ liste les critères de qualité qu'il faut examiner pour produire un jugement sur la mise en œuvre et les effets du programme qui doit être évalué. Les critères de qualité suivants s'en inspirent, tout en étant modulés en fonction des spécificités inhérentes à la mise en œuvre d'une stratégie territoriale à composantes multiples de prévention des conduites addictives. Notamment, la question de la pertinence semble superflue à traiter, puisque la mise en œuvre du dispositif s'appuie sur un diagnostic territorial partagé et s'inscrit dans les directives de l'Etat et des autorités sanitaires.

- **L'atteinte des objectifs** : dans quelle mesure les objectifs fixés par le cahier des charges ont-ils été atteints ?
- **La cohérence** (dans la conception et dans la mise en œuvre) : les différents objectifs sont-ils cohérents entre eux ? Les moyens juridiques, humains et financiers mis en place sont-ils adaptés à ces objectifs ?
- **L'efficience** : les ressources financières mobilisées par le programme ont-elle été bien utilisées ? Les résultats du programme sont-ils à la mesure des sommes dépensées ?
- **L'efficacité** : dans quelle mesure les effets propres du programme sont-ils conformes à ses objectifs initiaux ? En d'autres termes, la situation aurait-elle été différente si le programme n'avait pas existé ?

B] L'ÉVALUATION DE PROCESSUS

L'évaluation de processus concerne le dispositif dans sa globalité, les actions étant constitutives de l'ensemble à évaluer.

1) LA CONFORMITÉ AU CAHIER DES CHARGES

L'évaluation de processus interroge d'abord le processus d'implantation du dispositif sur le territoire.

- La méthode et les stratégies mises en œuvre ont-elles été conformes à ce qui était initialement prévu ?
- Le financement attribué à la coordination territoriale a-t-il permis un investissement adapté ?
- Les étapes ont-elles été respectées ?
- La mobilisation des personnes-ressources dans le cadre des stratégies partenariales et de la consultation citoyenne a-t-elle pu être maintenue au fil du temps ?

L'évaluation de processus porte aussi son attention sur **chacune des actions initiées dans le cadre du plan de programmation**.

- Les actions mises en œuvre répondent-elles strictement aux attentes du plan de programmation ?
- Les actions prévues ont-elles toutes pu être organisées ?
- Des opérateurs adaptés ont-ils pu être mobilisés ?
- Des financements adéquats ont-ils pu être engagés ?

(35) Conseil scientifique de l'Évaluation, *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*, La Documentation française, 1996, 123 pages, p. 13.

L'évaluation de processus s'attache également à examiner **la couverture territoriale** (quartiers d'habitation, lieux de scolarisation...) et **le respect du continuum préventif du point de vue des tranches d'âge et du milieu social**.

- L'ensemble des jeunes du territoire sont-ils concernés par cette action ?
- Tous les établissements scolaires sont-ils investis ?
- Tous les premiers arrivants de la mission locale en ont-ils bénéficié ?

Lorsqu'une action visait un ensemble de population et qu'elle n'est pas parvenue à remplir son objectif, il faut s'attacher à vérifier si les jeunes qui ont échappé à l'action ont des particularités communes qui permettraient d'expliquer le caractère partiel de la réalisation.

Une attention particulière peut être portée envers **la création de ressources**, si celles-ci étaient prévues dans le plan de programmation : par exemple, cela peut être le cas pour l'ouverture d'une consultation avancée d'un CSAPA dans un lieu fréquenté par les jeunes, ou au sein d'un quartier.

- Cette consultation a-t-elle bien été ouverte ?
- A-t-elle trouvé son public ?
- Le lieu semble-t-il adapté ?

2) L'IDENTIFICATION DES LEVIERS ET DES FREINS

L'identification des leviers qui ont permis de développer les actions, et des principaux freins qui ont entravé leur réalisation et amoindrissent la cohérence globale, est primordiale pour redéfinir des objectifs pour le futur en adéquation avec les spécificités du territoire.

- Quels sont les leviers et les freins en matière de dynamique territoriale et de mobilisation des partenaires ?
- Quels sont les leviers et les freins en matière de ressources humaines ?
- Quels sont les leviers et les freins en matière de support logistique ?
- Quels sont les leviers et les freins en matière de financement ?

C] L'ÉVALUATION DES RÉSULTATS

1) L'ANALYSE DES DONNÉES DE L'ACTIVITÉ

L'analyse des données de l'activité met en perspective les objectifs initiaux avec le déroulement effectif des actions. Elle s'appuie essentiellement sur les indicateurs définis en amont par les groupes de travail thématiques.

- Combien de jeunes ont été concernés par telle action ? Quelles sont leurs caractéristiques ?
- Combien de professionnels ont suivi telle formation ? Quelles sont leurs caractéristiques ?
- Combien de jeunes et de parents ont-ils été orientés par les professionnels investis dans le dispositif vers la CJC ? Quelles sont leurs caractéristiques ?
-

Elle peut aussi mettre à profit les enquêtes de satisfaction qui ont été menées lors d'actions spécifiques, par exemple à l'issue des formations au socle commun des connaissances en addictologie, ou d'actions conduites auprès des parents ou des jeunes.

L'analyse des données de l'activité se centre donc sur l'activité des actions conduites directement dans le cadre de la stratégie territoriale de prévention. Elle peut aussi aller plus loin en examinant

l'évolution d'une partie des données d'activité des structures investies auprès des jeunes qui bénéficient des actions :

- Le climat scolaire et la tranquillité publique se sont-ils améliorés ?
- La délinquance liée à l'usage des produits illicites est-elle en diminution ?
- Le nombre d'interventions des secours d'urgence liées aux consommations de produits psychoactifs se sont-ils réduits ?
- Le nombre d'interventions de la police et de la gendarmerie relatives à des problèmes liés aux consommations de produits psychoactifs se sont-ils réduits ?
- ...

Comme détaillé ci-après (cf. *La difficulté d'évaluer l'impact*), ces éléments ne sont pas des preuves directes de l'efficacité du dispositif, mais la conjonction de tendances à la baisse permet de poser l'hypothèse forte que l'action du dispositif a pu contribuer à cette amélioration.

2) L'IMPORTANCE DE LA CONTEXTUALISATION DES DONNÉES

Comme dans le cadre du diagnostic, il est essentiel de contextualiser les données et de réfléchir à ce qu'elles peuvent effectivement démontrer. Un exemple peut être éclairant pour illustrer ce propos.

Imaginons que dans le cadre de la prévention environnementale, les acteurs investis dans le dispositif aient décidé de renforcer les contrôles routiers en matière d'ébriété au volant. Pour ce faire, le groupe thématique dédié à la prévention environnementale va se concerter et convenir, en fonction de la connaissance des parcours festifs, de lieux et d'horaires appropriés à la mise en place de ces contrôles. Au fil du temps, l'analyse continue de la situation du terrain peut amener à modifier ces lieux et ces horaires, en fonction du changement des parcours (modification saisonnière, ouverture de nouveaux lieux de prédilection pour les jeunes,...).

L'examen de l'évolution des données d'activité de la police ou de la gendarmerie va peut-être montrer une augmentation des infractions entre le début de l'action et le moment de l'évaluation. Cette augmentation n'est pourtant pas forcément le signe d'une augmentation des situations d'ébriété au volant, mais peut simplement être le reflet d'une meilleure performance policière.

3) LA DIFFICULTÉ D'ÉVALUER L'IMPACT

Comme déjà mentionné, l'observation de résultats attendus permet de poser l'hypothèse forte que le dispositif a contribué à l'amélioration de la situation sur le territoire. Pour autant, il est difficile de démontrer strictement que cette amélioration est directement liée à l'action du dispositif. L'amélioration peut être due à d'autres facteurs, extérieurs au dispositif territorial, par exemple un changement de politique nationale ou une perturbation de l'offre en substances psychoactives illicites sur le marché clandestin. Ce sera le cas si on observe une évolution favorable des données d'activité des structures exerçant auprès des jeunes ; ce sera également le cas si le diagnostic initial a comporté une enquête quantitative portant sur la prévalence des consommations chez les jeunes du territoire, et que la réédition de cette enquête au moment de l'évaluation montre une régression de l'expérimentation et des usages réguliers.

La littérature scientifique internationale permet d'attester de l'efficacité réelle des dispositifs à composantes multiples sur la prévention des conduites addictives, en s'appuyant sur l'analyse croisée des évaluations d'une vingtaine de dispositifs⁽³⁶⁾. L'évaluation répondant aux critères scientifiques internationaux de ce type de dispositifs est complexe. Elle implique de mettre en

(36) INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, 504 pages, p. 271. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

place des cohortes comparatives entre des communautés qui bénéficient du programme et des communautés, comparables sur le plan statistique, qui n'en bénéficient pas. C'est l'observation de l'évolution dans le temps de groupes comparables, pour lesquels la seule différence significative est, *a priori*, le fait de bénéficier ou non du programme, qui permet d'estimer strictement la présence ou l'absence de bénéfices⁽³⁷⁾.

Au vu des données scientifiques déjà existantes portant sur l'efficacité des dispositifs à composantes multiples, l'évaluation de l'impact du dispositif sur le territoire peut sembler superflue. **L'efficacité pour le territoire est donc avant tout conditionnée par la qualité des actions choisies pour être mises en œuvre, plutôt que par le fonctionnement et l'organisation du dispositif en lui-même, dans la mesure où le processus d'implantation a été correctement respecté.**

En effet, aux Etats-Unis, au Canada, ou en Australie, les dispositifs à composantes multiples intégrant un volet communautaire ont fait la preuve de leur efficacité, mais ils conduisent toujours à la mise en œuvre d'actions de prévention fondées sur des données probantes. En France, les actions de prévention accessibles s'appuient généralement sur des théories psychologiques et sociales pertinentes, mais ne sont jusqu'ici que rarement évaluées en termes d'efficacité (cf. Partie I. *Socle de connaissances préalable à la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prévention des conduites addictives et d'intervention précoce en addictologie*).

4) L'ÉVALUATION QUALITATIVE DE L'IMPACT DU DISPOSITIF ET DES ACTIONS

Tous les objectifs ne sont donc pas forcément traduisibles en effets directement observables. L'évaluation qualitative (effectuée en respectant les méthodes de l'approche qualitative telle que pratiquée dans le cadre du diagnostic initial), en sollicitant l'expertise des parties prenantes, **contribue à élaborer un jugement de valeur sur l'impact du dispositif et des actions**, et plus globalement sur la stratégie territoriale de prévention des addictions, au regard des spécificités du territoire que sont les caractéristiques de la population et les ressources à disposition. C'est bien la confrontation des expertises qui va permettre d'élaborer une évaluation qualitative.

- Quelles sont les plus-values du dispositif selon les parties prenantes ?
- Quels atouts et quels services a-t-il mis à la disposition des jeunes, des professionnels et des parents ?
- Quelle est l'opinion des professionnels sur le bénéfice des actions pour les jeunes et leurs parents ?
- Ont-ils relevé des dysfonctionnements, des limites, des obstacles ?
- Ont-ils identifiés des besoins ou de nouveaux besoins non couverts ?
- Dans quelle mesure les pratiques professionnelles autour des jeunes se sont-elles modifiées du fait de l'existence du dispositif et des services qu'il met à disposition pour les professionnels, les jeunes et leurs parents ?
- Les parties en présence peuvent-elles citer des indicateurs indirects de l'impact du dispositif et des actions ?
- Que pensent les jeunes des actions dont ils ont bénéficié ?
- Ont-ils des idées pour améliorer l'action ?

(37) European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *North American Drug Prevention programmes : are they feasible in European cultures and contexts ?*, Publication de l'Union Européenne, 2013, 52 pages, p. 29-32.

D] REDÉFINITION D'OBJECTIFS

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

L'évaluation permet aussi de porter un **regard projectif sur la soutenabilité**, c'est-à-dire la capacité à maintenir les ressources nécessaires au développement des actions.

- **Qui se charge de l'évaluation ?**
- **Le choix des méthodes d'investigation et les personnes ressources à rencontrer pour l'enquête ont-ils été déterminés en concertation avec le comité de pilotage ?**
- **Quel est le calendrier prévisionnel permettant d'estimer la date à laquelle les préconisations pour la redéfinition d'objectifs seront disponibles ?**
- **Le cahier des charges de l'évaluation a-t-il été rédigé et validé collectivement par le comité de pilotage ?**

L'ambition principale de ce guide méthodologique est de donner des clés aux acteurs des collectivités territoriales pour favoriser la mobilisation communautaire autour de la prévention des conduites addictives chez les professionnels qui travaillent au quotidien avec les jeunes et les adultes qui vivent auprès d'eux. Il a aussi pour but de faciliter l'intervention précoce en addictologie, en mettant en lien ces ressources de proximité avec les professionnels du champ spécialisé.

Le principe d'un dispositif transdisciplinaire permet d'agir sur plusieurs facteurs à la fois par différents moyens et différents acteurs, ce qui augmente l'efficacité.

La délimitation réfléchie du territoire de l'action, basée sur l'instauration d'un *continuum* préventif pour les jeunes, ainsi que la méthodologie de projet, qui s'appuie sur une analyse fine de la situation du territoire et des enjeux auxquels il doit faire face, ont pour but de mettre en œuvre une politique globale et cohérente. Cela contribue au développement de réponses adaptées aux spécificités locales, et cela favorise la coopération et la responsabilisation des acteurs en présence.

La mise en œuvre d'une stratégie de ce type, à la fois territoriale et transdisciplinaire, a vocation à assurer la continuité et la stabilité de l'action préventive auprès des jeunes, en matière de réduction des problématiques addictives, mais aussi en termes de prévention des conduites délinquantes. Notamment, les actions de développement des compétences psychosociales chez les enfants, promues par les acteurs de la prévention des addictions, ont des répercussions bénéfiques sur la prévention de la délinquance et de la rupture des liens sociaux.

En effet, la dynamique locale que ce processus impulse constitue un levier pertinent pour tous les domaines touchant à l'amélioration de la situation des jeunes, en se répercutant sur l'ensemble des domaines transversaux que touche la prévention des conduites addictives : réussite éducative, insertion socio-professionnelle, et développement de comportements pro-sociaux.

A Valbonne Sophia Antipolis, ville qui a constitué le site expérimental à partir duquel le processus d'implantation de cette stratégie a pu être modélisé, l'évaluation qualitative du dispositif transdisciplinaire de prévention et de prise en charge des addictions a montré la plus-value de cette stratégie, en termes de qualité des pratiques professionnelles et de qualité de l'action socio-éducative. Elle a montré également une plus-value significative en termes de repérage précoce et d'accès aux soins. Cette amélioration inclut l'action envers les jeunes en grande difficulté sociale et porteurs de problématiques multifformes. La mobilisation des acteurs locaux autour des conduites addictives a d'ailleurs impulsé l'ouverture de consultations avancées en addictologie du CSAPA du centre hospitalier d'Antibes. C'est notamment le cas d'une consultation jeunes consommateurs directement accessible au sein des établissements scolaires d'enseignement secondaire, ainsi qu'au cœur d'un quartier prioritaire pour la politique de la ville (devenu territoire de veille active depuis le 1^{er} janvier 2015).

Les acteurs investis sur le territoire de Valbonne Sophia Antipolis ont souligné l'atout que constitue la démarche de concertation continue, qui permet d'être réactif face aux nouveaux besoins. Ils ont reconnu que la mise en œuvre de cette stratégie leur avait permis de mieux comprendre l'importance de travailler de concert sur les objectifs de santé publique et de prévention de la délinquance. Ils ont souligné que leur investissement dans ce processus les a conduit à mieux percevoir l'intérêt de développer la prévention dès l'enfance, bien en amont des premières consommations, en portant une attention soutenue envers les enfants qui connaissent des conditions d'existence difficiles.

Ils ont également insisté sur le fait que leur mobilisation a pu être maintenue grâce à la crédibilité conférée à la démarche par le pivot initial de l'organisation, constitué de l'association entre un expert du territoire (l'atelier santé ville communal) et les experts thématiques (CSAPA du centre hospitalier d'Antibes et service de prévention et promotion de la santé de la Mutualité Française PACA).

Par contre, l'évolution continue de la dynamique des acteurs en présence les ont aussi amenés à mettre en garde les collectivités territoriales, qui souhaiteraient mettre en œuvre une stratégie de prévention similaire, sur l'importance d'anticiper les changements de personnes-clés, dont le départ non préparé peut constituer un point d'achoppement majeur dans la continuité et la fluidité des actions entreprises.

- Bailly D, *Alcool, drogues chez les jeunes : agissons*, Odile Jacob, 2009, 285 pages.
- Becker HS, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, La Découverte, col. Repères, 2002, 354 pages.
- Benec'h G, *Aide-mémoire. Les jeunes et l'alcool*, Dunod, 2013, 160 pages.
- Blanchet A, Gotman A, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Armand Colin, col. 128, 2014, 126 pages.
- Cahir S, Davies L, Deany P, Tange C, Toumbourou J, Williams J, Rosicka R, *Introducing Communities That Care. Helping communities build better futures for children and young people*, Community That Care® LTD., Center for Adolescent Health, 2003, 20 pages.
http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ctc/CTC_introduction.pdf
- Comité interministériel de prévention de la délinquance, *Les stratégies territoriales de sécurité et de prévention de la délinquance. Approche méthodologique*, 2012, 18 pages. http://www.prevention-delinquance.interieur.gouv.fr/fileadmin/user_upload/00-Page_d_accueil/strategies_VEedit.pdf
- Communities That Care Ltd. Australia, *A Guide to Australian Prevention Strategies*, Royal Children's Hospital Melbourne, 2012, 54 pages.
<http://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/ctc/CTC%20Report%20March%202012.pdf>
- Conseil scientifique de l'Evaluation, *Petit guide de l'évaluation des politiques publiques*, La Documentation française, 1996, 123 pages.
- Coppel A (sous la direction de), *Usages de drogues, services de première ligne et politique locale : guide pour les élus locaux*, Forum européen pour la sécurité urbaine, 2008, 87 pages.
<http://efus.eu/files/2013/04/drug-use-FRENCH-COMPLETE.pdf>
- Couteron JP, Santucci JJ, « L'intervention précoce : pourquoi et comment ? », *Actualités et dossier en santé publique*, 60, 2007, 49-54.
- Délégation interministérielle à la Ville, *Ateliers Santé Ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*, Paris, Editions de la DIV, coll. Repères, 2007, 286 pages.
http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/atelier-sante-ville-reperes_cle25cbf4.pdf
- Dossier thématique : « Quelle place pour les collectivités dans l'offre de soins ? » *Réseaux, Santé & Territoire*, n° 36, Janvier/Février 2011.
- Dossier thématique : « Jeunes et addictions : Evolution des comportements et des pratiques professionnelles », *La Santé en Action*, n° 429, Septembre 2014. <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-429.pdf>
- Duchesne S, Haegel F, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif*, Armand Colin, col. 128, 2014, 126 pages.
- Espace régional de santé publique Rhône-Alpes (ERSP RA), *L'évaluation en neuf étapes. Document pratique pour l'évaluation des actions santé et social*, 2008, 35 pages.
http://www.ersp.org/evaluation/pdf/eval_9_etapes_08.pdf
- European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), *North American Drug Prevention programmes : are they feasible in European cultures and contexts ?*, Publication de l'Union Européenne, 2013, 52 pages.
- Fédération Addiction, *CJC : pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs*, 2012, 72 pages. <http://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2012/04/guidefinalCJWeb.pdf>
- Fédération Addiction, *Addictions. Familles & entourage. Prévenir, éduquer, accompagner*, 2012, 72 pages.
<http://www.federationaddiction.fr/un-guide-addictions-famille-et-entourage-prevenir-eduquer-accompagner/>

Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS), *Guide à destination des opérateurs d'un Diagnostic Local de Santé. Pour un diagnostic partagé inscrit dans une démarche de projet*, 2012, 114 pages. http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/Guide_DLS_Operateurs_Final_Signature.pdf

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*, Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014, 504 pages. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Pays de la Loire (IREPS Pays de la Loire), *Le cartable des compétences psychosociales*, <http://www.cartablecps.org>

Mission interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT), *Plan gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017*, La Documentation Française, 2013, 121 pages. http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_DF.pdf

Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT), *Les collectivités territoriales face aux conduites addictives*, La Documentation française, 2011, 101 pages, p. 9-10. http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=10912

Morel A, « L'intervention précoce », *Actal*, 8, 2010, p. 24-27.

<http://www.federationaddiction.fr/actal-n8-septembre-2010-la-prevention-un-investissement-pour-demain/>

Paillé P, Mucchielli A, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, col. U, 2010, 315 pages.

Reynaud-Maurupt C, *Evaluation du Dispositif territorial transdisciplinaire de prévention et de prise en charge des addictions de la Ville de Valbonne Sophia Antipolis 2006-2013*, Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale, 2014, 176 pages. <http://www.grvs06.org/doc/EVAL.VSA.03.09.14.pdf>

World Health Organization (WHO/OMS), *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools*, Division of Mental Health, 1993, 59 pages.

Drogues Info Services

www.drogues-info-service.fr

Fédération Addiction

www.federationaddiction.fr

Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé

www.fnors.org

Forum français pour la sécurité urbaine

www.ffsu.org

Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale

www.grvs06.org

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

www.inpes.sante.fr

Institut national de la statistique et des études économiques

www.insee.fr

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

www.drogues.gouv.fr

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

www.ofdt.fr

Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions

www.respadd.org

Site de l'IREPS Pays de la Loire consacré aux outils de développement des compétences psychosociales

www.cartablecps.org

Ville de Valbonne Sophia Antipolis

www.ville-valbonne.fr

L'organisation du dispositif territorial transdisciplinaire de prévention et de prise en charge des addictions de Valbonne Sophia Antipolis

1 – BREF HISTORIQUE

A] LA CRÉATION

Le dispositif addictions de la ville de Valbonne Sophia Antipolis a été créé puis développé à partir de 2008, à la suite d'un diagnostic territorial addictions que la commune avait commandé au GRVS en 2006, via son service jeunesse. Les élus avaient en effet pris la décision de financer ce diagnostic, pour mieux répondre aux préoccupations des acteurs de terrain, qui se trouvaient régulièrement confrontés à des problèmes de conduites addictives chez les jeunes, et se sentaient démunis face à cette situation.

La construction du dispositif s'est réalisée pas à pas, sans projection sur le moyen et long terme, de la part des parties prenantes, du dispositif à composantes multiples qui peut être décrit à ce jour. C'est l'exercice d'une démarche de concertation continue qui a conduit les acteurs à élaborer cette stratégie transdisciplinaire et multipolaire, en raisonnant étape par étape. Ceci explique notamment que la phase de création a été plus longue qu'elle ne l'aurait été si le processus d'implantation d'une stratégie territoriale de prévention des conduites addictives avait été envisagé d'entrée de jeu. En effet, c'est l'atelier santé ville valbonnais, créé en décembre 2007 par délibération du conseil municipal, qui va se positionner comme la structure de coordination territoriale, pour développer les axes de travail préconisés dans le diagnostic territorial addictions qui avait été réalisé l'année précédente.

L'atelier santé ville, qui dispose d'une expertise fine du territoire et connaît les acteurs en présence, crée une alliance opérationnelle avec des experts en addictologie : le service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA, puis le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) du centre hospitalier d'Antibes. Il impulse et maintient la mobilisation du réseau des acteurs qui travaillent auprès des jeunes, professionnels et parents, par l'exercice d'une démarche de concertation continue, mais aussi grâce à la crédibilité que lui confère son alliance avec les experts thématiques.

La politique de formation de tous les acteurs investis auprès des jeunes a débuté dès les prémices de l'implantation du dispositif, puis s'est poursuivie chaque année afin de renforcer les compétences des professionnels déjà formés, ou de former les nouveaux arrivants. Elle a contribué également à la mobilisation communautaire, de même que les conférences d'information destinées aux parents et familles.

B] LA STRUCTURATION

A partir de 2008, trois groupes de travail thématiques sont mis en place.

Le groupe « Education nationale » rassemble l'atelier santé ville et le service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA, les conseillers d'éducation ou les adjoints des principaux et proviseurs des établissements d'enseignement secondaire, les infirmières scolaires et l'assistante sociale scolaire du bassin. Ils s'investissent dans la mise en place d'une politique de prévention systématisée dans les établissements scolaires, et dans la mesure des moyens disponibles, tentent de ne pas réduire les interventions auprès des jeunes à des actions ponctuelles : les classes de 4^e des collèges bénéficient alors du programme P3 (prévention pérenne pluridisciplinaire), mis en œuvre par la Mutualité Française PACA, par le biais du bus santé jeunes financé par le conseil général des Alpes-Maritimes (renommé programme « Kéfa » par le conseil général des jeunes⁽³⁸⁾). Ce programme permet aux élèves de bénéficier de plusieurs sessions de prévention thématiques qui se succèdent au fil de l'année et sont animées par différents spécialistes. Selon l'animation requise pour les sessions proposées aux élèves, différents acteurs ont pu être ponctuellement associés au groupe de travail, entre autres les enseignants de sciences et vie de la Terre (SVT).

Le groupe de travail « parentalité » réunit l'atelier santé ville et le service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA, les fédérations de parents d'élèves et le réseau d'écoute et d'appui à la parentalité (REAAP/CAF06). Il s'investit dans l'organisation de conférences destinées aux parents et d'ateliers d'appui à la parentalité, dont certains sont associés à des mesures incitatives, pour favoriser la participation des personnes désavantagées sur le plan social (garderie pour les enfants, bus pour le transport).

Le groupe de travail « jeunes en insertion » rassemble l'atelier santé ville et le service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA, la mission locale Antipolis, le foyer des jeunes travailleurs, et le service de prévention jeunesse de la communauté d'agglomération de Sophia Antipolis. Ponctuellement, selon les objets de réunion, d'autres professionnels sont associés : CSAPA, chantier d'insertion, police municipale,... Le groupe s'investit principalement dans l'organisation d'actions de prévention collective auprès des premiers arrivants de la mission locale et du foyer de jeunes travailleurs.

Dès le début de la phase de structuration du dispositif en 2008, la commune impulse la création d'une « consultation jeunes de diagnostic et d'orientation ». Le travail de la psychologue clinicienne, en association avec le groupe de travail Education nationale, permet de développer des permanences directement dans les établissements scolaires, en plus de la permanence installée dans les locaux du Point écoute santé communal.

C] LE DÉVELOPPEMENT

A partir de 2011, la mise en évidence des besoins facilite l'implication du CSAPA du centre hospitalier d'Antibes sur le territoire valbonnais : la « consultation jeunes de diagnostic et d'orientation » dispose effectivement d'une file active bien constituée de lycéens, de collégiens, et de jeunes en insertion ; elle prodigue régulièrement des conseils à des parents et les soutient dans leur action éducative. La consultation est rattachée administrativement au CSAPA en 2011 et acquière ainsi le statut de consultation jeunes consommateurs. Elle continue cependant de fonctionner sur des crédits annuels. Le CSAPA d'Antibes complète l'offre de soins sur le territoire de proximité en ouvrant une consultation d'addictologie au Point écoute santé.

En 2013, le CSAPA d'Antibes obtient la pérennisation financière de la CJC auprès de l'ARS PACA et détache également un temps d'éducateur spécialisé pour le territoire.

(38) Le conseil général des jeunes des Alpes-Maritimes a rebaptisé le Bus Santé Jeunes « Bus Kéfa », et le programme P3 « programme Kéfa », « Kéfa » étant une expression niçoise utilisée par la jeunesse qui signifie à peu près : « est ce que tu sais ce que tu fais là ? »

Le groupe « jeunes en insertion » crée une cellule de concertation ciblée sur les situations problématiques de jeunes éloignés du soin, dans laquelle le CSAPA tient le rôle d'expert. La cellule est destinée à faciliter les orientations et permet au CSAPA de dialoguer avec les professionnels du champ socio-éducatif sur les conduites à tenir, à partir de cas concrets. Des parcours de soins peuvent être amorcés pour des jeunes en situation de grande difficulté sociale et porteurs de problématiques addictives complexes.

Le groupe « Education nationale » s'ouvre aux écoles primaires et commence son action auprès des enfants par le biais d'actions collectives sur le thème « sommeil et écrans », conduites auprès des élèves de CM2.

Cette phase de développement est aussi caractérisée par l'ouverture vers le monde étudiant, grâce à la création d'un quatrième groupe de travail thématique, en association avec les professionnels du service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) du campus de Sophia Antipolis. Ces derniers se positionnent comme des relais pour l'orientation vers la consultation jeunes consommateurs. Quelques actions ponctuelles de sensibilisation aux conduites addictives sont conduites auprès du public étudiant, mais c'est surtout la prévention au cours des soirées étudiantes qui retient l'attention : le service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA installe des stands d'information et de réduction des risques à l'occasion de certaines soirées.

D] L'ÉVALUATION

L'évaluation de processus du dispositif addictions conduite en 2014 a permis de reconstituer, *a posteriori*, la démarche qui a été mise en œuvre pour élaborer cette stratégie territoriale, et sa modélisation, associée à une revue de la littérature scientifique, a constitué la base de travail pour la réalisation de ce guide.

L'évaluation de l'activité et l'évaluation qualitative de l'impact, conduites simultanément, ont permis de redéfinir une série d'objectifs pour l'avenir, parmi lesquels figure le rapprochement avec le CISPD, afin de développer la prévention environnementale (sensibilisation des débitants de tabac et d'alcool, dont la vente d'alcool nocturne à domicile ; tranquillité des lieux publics) et de mieux coordonner la prévention de la délinquance et la prévention des addictions. Les objectifs pour l'avenir mettent aussi l'accent sur le renforcement des actions déjà entreprises auprès des enfants de l'école primaire, en termes de renforcement des compétences psychosociales et d'actions inscrites dans la durée.

L'évaluation a également mis en valeur l'intérêt de développer des partenariats avec les communes limitrophes, dans le cadre de la communauté d'agglomération.

En effet, la volonté politique communale étant à la source de la structuration du dispositif addictions, les limites territoriales sur lesquelles il produit ses actions ont, *de facto*, été constituées par les limites communales. Pourtant, dès les débuts de l'action, une entorse avait volontairement été faite à ce périmètre, car les jeunes vivant dans le quartier de Garbejaire, prioritaire pour la politique de la ville jusqu'en décembre 2014 (désormais territoire de veille active à compter du 1^{er} janvier 2015), sont scolarisés, au cours des années collège, au sein du collège de l'Eganaude, qui se situe à la lisière de Valbonne Sophia Antipolis, sur le territoire de Biot. Depuis 2008, le collège de l'Eganaude a ainsi été associé à l'action du dispositif, à l'égal des autres établissements d'enseignement secondaire situés sur le territoire communal.

Après plusieurs années d'exercice, l'expérience sur le terrain a conduit à élaborer la notion de « *continuum* préventif », qui guide les acteurs dans la mise en œuvre d'une stratégie à la fois globale et cohérente. Du fait de cette perspective, la prise de conscience de l'intérêt de développer la prévention chez les enfants, bien en amont des premières consommations, ainsi que l'appui à la parentalité, conduit à un *hiatus* : les actions conduites auprès des enfants de l'école primaire génère une inégalité entre les jeunes à leur arrivée dans les collèges valbonnais, car nombreux sont ceux qui vivent dans les communes limitrophes et se déplacent vers Valbonne Sophia Antipolis pour poursuivre leur scolarité. C'est donc le constat d'un affaiblissement du *continuum* préventif, du fait des limites territoriales, qui a amené à vouloir renforcer les partenariats sur le territoire intercommunal. C'est le même constat qui conduit à proposer, dans ce guide, de distinguer le portage politique et le périmètre d'intervention, en privilégiant un raisonnement à partir des bâtiments structurants de la carte scolaire pour délimiter le périmètre de l'action.

2 – LES MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE (2008-2013)

A Valbonne Sophia Antipolis, le comité de pilotage est constitué de l'élue à la Solidarité, au Logement, à la Santé et au Handicap, de l'élue à la Jeunesse et à l'Education, de la coordinatrice de l'atelier santé ville, du médecin addictologue directeur du CSAPA du centre hospitalier d'Antibes, du coordinateur de santé publique du service de prévention et de promotion de la santé de la Mutualité Française PACA, de la représentante du délégué territorial de l'agence régionale de santé PACA et de la coordinatrice du réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité.

3 – LES STRUCTURES INVESTIES DANS LA DYNAMIQUE PARTENARIALE ENTRE 2008 ET 2013

► Services communaux : Valbonne Sophia Antipolis

- Conseil municipal (sénateur-maire, élus à la solidarité et à la santé, à la jeunesse et à l'éducation, à la réussite éducative et la politique de la ville)
- Atelier santé ville
- Point écoute santé
- Service loisirs jeunesse et sports
- Service scolaire
- Dispositif de réussite éducative de la ferme Bermond
- Club omnisport (COV)
- Services sociaux communaux (CCAS)
- Police municipale
- Cyber-kiosque et médiathèque

► Services intercommunaux : communauté d'agglomération de Sophia Antipolis

- Service de prévention jeunesse 16-25 ans
- Antenne de justice
- Conseil intercommunal de sécurité et de prévention de la délinquance (CISPD)

► Partenaires hospitaliers, mutualistes ou associatifs spécialisés dans la prévention ou la prise en charge des addictions

- CSAPA du centre hospitalier d'Antibes
- ELSA du centre hospitalier d'Antibes
- Mutualité Française PACA, service de prévention et de promotion de la santé
- Mutualité Française PACA, équipe bus santé jeunes Kéfa (conseil général des Alpes-Maritimes)
- Brigade de prévention et de la délinquance juvénile des Alpes-Maritimes (BPDJ)
- Compagnie théâtrale CT3I
- Association Alcool Assistance
- Consultation spécialisée en addictions comportementales (Service d'addictologie, l'Archet II, CHU Nice)

► **Partenaires de l'Education nationale, de l'Inspection académique et de l'Enseignement supérieur**

- Ecoles primaires : Garbejaire, Campouns, Ile Verte et Haut Sartoux
- Centre international de Valbonne Sophia Antipolis (CIV : collège, lycée, classes préparatoires)
- Lycée régional Simone Veil
- Collège Niki Saint Phalle
- Collège de l'Eganaude (Biot - Valbonne)
- Service social de l'Inspection académique sur le bassin de Valbonne Sophia Antipolis
- Service de promotion de la santé de l'Inspection académique sur le bassin de Valbonne Sophia Antipolis
- Equipe académique de sécurité de l'Académie de Nice
- Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) de l'Université de Nice Sophia Antipolis

► **Partenaires associatifs**

- Mission locale Antipolis
- Espace culture et citoyenneté : foyer des jeunes travailleurs et maison des jeunes et de la culture
- Chantier d'insertion CMieu
- Centre de formation ITEC
- Association Montjoye, service PASSAJ
- ADSEA 06
- Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active (CEMEA)
- Association des parents d'élèves indépendants (API)
- Fédération PEEP
- Fédération FCPE
- Association des parents d'élèves (APE)
- Comité de quartier de Garbejaire
- Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale

► **Autres partenaires institutionnels**

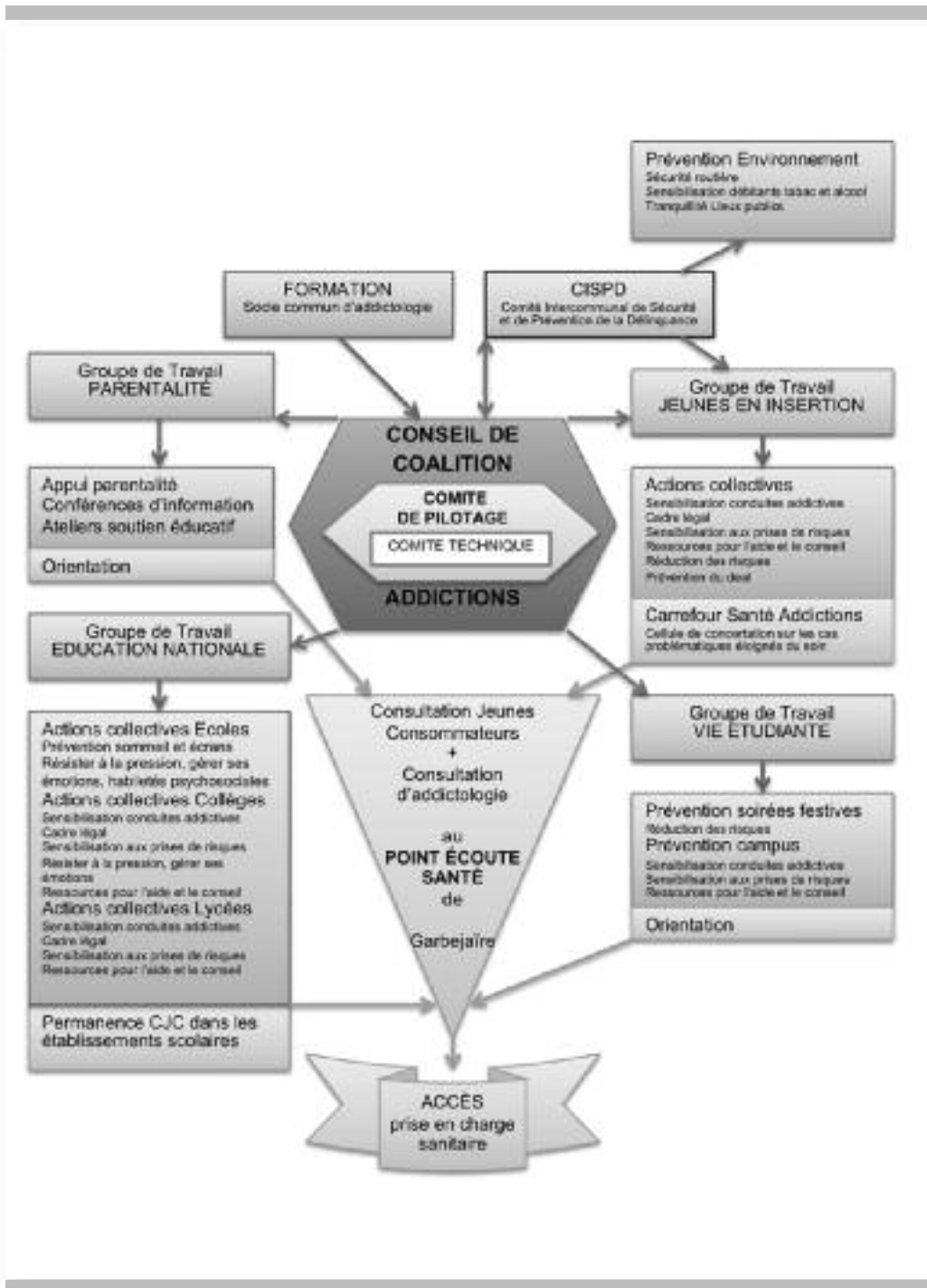
- Gendarmerie nationale
- Centre médico-psychologique pour adultes de Valbonne Sophia Antipolis (CH Antibes)
- Centre médico-psychologique infantile d'Antibes (CH Antibes)
- Maison des solidarités départementales (MSD)
- Caisse d'allocations familiales des Alpes-Maritimes
- Service départemental d'incendie et de secours
- Service pénitentiaire d'insertion et de probation
- Protection judiciaire de la jeunesse

► **Financeurs**

- Commune de Valbonne Sophia Antipolis
- Agence régionale de santé PACA
- Réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité (REAAP)
- Délégation Alpes-Maritimes de la MILDECA
- Direction générale de la santé, ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

4 – L'ORGANISATION DU DISPOSITIF ADDICTIONS

Figure 2 | Organisation du dispositif addictions sur le territoire de Valbonne Sophia Antipolis



5 – TRANSFERT DE COMPETENCES

Ce guide méthodologique destiné aux acteurs des collectivités territoriales a été diffusé lors d'une journée de transfert de compétences organisée le 27 mars 2015 à Valbonne Sophia Antipolis.

Cette journée d'échange professionnel « Prévention des conduites addictives chez les jeunes et territoires de proximité » s'est adressée à tous les acteurs qui interviennent auprès des jeunes : acteurs des collectivités territoriales, professionnels du champ spécialisé en addictologie, professionnels du champ social et éducatif, réseaux jeunesse, réseau des ateliers santé ville, réseau des comités locaux de sécurité et de prévention de la délinquance, acteurs de la prévention,...

Elle avait pour but de diffuser des connaissances scientifiques récentes grâce à des interventions de chercheurs issus d'organismes nationaux (INPES, OFDT,...), mais aussi de présenter des actions innovantes et expérimentales mises en œuvre dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le caractère transposable de ces actions peut ainsi contribuer à faciliter le travail des acteurs investis dans la prévention des addictions sur leur territoire de proximité, en mettant à leur disposition des pistes de réflexion et des outils destinés à structurer et développer une stratégie locale de prévention et d'intervention précoce en addictologie.

Les Actes de cette Journée sont disponibles en ligne à partir de juin 2015 sur les sites du Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, de la ville de Valbonne Sophia Antipolis, et du RESPADD.

www.grvs06.org – www.ville-valbonne.fr – www.respadd.org

La Journée d'échange professionnel « Prévention des conduites addictives chez les jeunes et territoires de proximité » a été organisée par le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale, l'atelier santé ville de Valbonne Sophia Antipolis et le RESPADD (réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions). Elle a bénéficié du soutien financier et organisationnel de la Direction générale de la santé (ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes), de la délégation départementale de la MILDECA Alpes-Maritimes, de la ville de Valbonne Sophia Antipolis, de la Mutualité Française PACA et de la Communauté d'agglomération de Sophia Antipolis.

La méthode qualitative dans l'enquête de terrain

1 – LES PRINCIPALES TECHNIQUES DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE

A] LES ENTRETIENS INDIVIDUELS

Il existe différents formats d'entretiens individuels, dont deux sont intéressants dans le cadre d'un diagnostic territorial addictions : l'entretien exploratoire et l'entretien semi-directif. Le choix entre ces formats s'effectue en fonction de l'état des connaissances déjà acquises sur les spécificités du territoire en matière de conduites addictives chez les jeunes, mais également de la connaissance des ressources existantes, de leurs prérogatives, et de leurs façons d'exercer leurs missions. Il faut généralement compter entre trois quarts d'heure et une heure et demie pour réaliser un entretien.

- **Les entretiens exploratoires** ont pour objectif de mettre en lumière des aspects que la préparation de l'enquête n'aurait pas permis de mettre au jour. Ils sont particulièrement indiqués au début de l'enquête, quand la liste des thèmes à aborder semble incomplète.
- **Les entretiens semi-directifs** sont bien adaptés, dans le cadre d'un diagnostic territorial, au recueil principal des données qualitatives. Ils permettent d'orienter et de recentrer l'entretien en fonction des thèmes qui intéressent le diagnostic et sont déterminés en amont de l'enquête, tout en laissant l'interlocuteur procéder par associations libres. Cette technique permet ainsi d'approfondir le point de vue et l'expertise de l'interlocuteur, en lien avec sa position et son rôle dans la dynamique territoriale, tout en facilitant la mise au jour d'éléments non attendus, qui n'auraient pas pu apparaître dans le cadre d'un recueil de données plus formel, comme un recueil par questionnaire.

B] LES GROUPES FOCALUX

Les groupes focaux, ou « discussions collectives », durent généralement deux à trois heures. Ils ont plusieurs champs d'application, mais trois d'entre eux sont particulièrement adaptés au recueil de données dans le cadre d'un diagnostic territorial.

- Ils constituent un **moyen pratique** pour recueillir les points de vue et l'expertise de plusieurs personnes simultanément, et ainsi obtenir rapidement un premier panorama de la problématique sur le territoire, ainsi que des éléments de contextualisation.
- Ils constituent aussi le moyen le plus adapté pour observer les représentations qui font **consensus ou débat** dans un groupe donné, à la condition cependant que l'animation soit adaptée et que la constitution du groupe soit bien équilibrée. Les groupes focaux constituent effectivement un bon moyen d'observer ce que les normes sociales rendent parfois difficilement accessible au cours d'un entretien en face-à-face, à savoir l'expression du désaccord⁽³⁹⁾.

(39) Duchesne S, Haegel F, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif*, Armand Colin, col. 128, 2014, 126 pages, p. 37.

- Enfin, les groupes focaux sont efficaces en termes de **production d'idées collectives**, notamment dans le cadre de l'analyse des besoins et de la mise au jour des manques en termes de support institutionnel et technique.

Dans l'approche qualitative, l'utilisation de groupes focaux est intéressante parce que la présence de plusieurs personnes évoquant un même sujet **pousse à l'argumentation**. L'idée selon laquelle les personnes auraient plus de difficulté à parler de sujets intimes ou sensibles en groupe, plutôt que dans une relation de face-à-face, peut sembler *a priori* convaincante, mais de nombreux chercheurs défendent la position inverse : dans la mesure où ces discussions collectives sont menées auprès de personnes caractérisées par une même expérience, un espace commun est créé, qui facilite l'échange des points de vue et contribue, par entraînement, à la divulgation des pratiques ou d'opinions généralement tenues sous silence⁽⁴⁰⁾.

De plus, le fait d'être en groupe permet aux interlocuteurs de disposer d'une influence sur la définition des questions pertinentes et la logique de la discussion, qui leur est malaisé d'acquérir dans le cadre d'un entretien en face-à-face, qui a tendance à rester plus calqué sur le guide d'entretien proposé par l'enquêteur⁽⁴¹⁾.

Les spécialistes estiment que les groupes focaux doivent être réalisés *a minima* par deux, pour modérer les effets d'un recrutement des participants éventuellement biaisé, ou l'impact de participants à la personnalité forte : cela ne signifie pas qu'il faut se limiter à deux groupes focaux dans le cadre d'un diagnostic, mais bien qu'il est préférable, dans la mesure des moyens dévolus à l'enquête de terrain, de réaliser deux groupes par champ d'investigation. Par exemple, si le protocole de l'enquête pose l'utilisation des groupes focaux pour enquêter auprès des professionnels du champ socio-éducatif et auprès des jeunes, il est conseillé de conduire quatre groupes de discussion, deux avec des professionnels socio-éducatifs et deux avec des jeunes.

C] L'OBSERVATION DE TERRAIN

L'observation de terrain est appréciée des anthropologues, mais elle est mal adaptée au recueil de données d'un diagnostic territorial addictions, car elle est extrêmement chronophage pour permettre de recueillir des données exploitables. Selon les lieux et l'état des connaissances, elle peut néanmoins être intéressante à utiliser sur des aspects particuliers, pour confirmer ou infirmer des éléments qui ressortent du diagnostic et pourraient sembler surprenants *a priori*, ou pour mettre au jour des données intéressantes qu'aucun acteur local ne penserait à mentionner, tant cela tient pour eux de l'évidence. Il s'agit alors de bien réfléchir aux aspects du diagnostic que l'on souhaite confronter à l'observation de terrain.

Il existe deux façons de réaliser de l'observation de terrain dans le cadre d'un diagnostic territorial.

- « **L'observation participante** » consiste traditionnellement à s'immerger dans la population étudiée, sur une période de longue durée, en adoptant ses façons de faire, ses coutumes, ses activités. Dans le cadre d'un diagnostic territorial, elle consistera plutôt à s'inclure dans un groupe professionnel ou bénévole qui mène une action envers la population : par exemple, participer à une action conduite en milieu festif ou au travail de rue des éducateurs de prévention. L'observateur est alors assimilé aux professionnels qui conduisent l'action. Cela a l'avantage de ne pas donner aux personnes le sentiment d'être « observées », et donc de ne pas (trop) modifier leur attitude du fait de la présence de l'observateur, mais cela implique d'avoir l'esprit attentif à l'observation tout en travaillant comme les professionnels que l'on accompagne.

(40) Duchesne S, Haegel F, 2014, p. 32.

(41) Duchesne S, Haegel F, 2014, p. 33.

- « **L'observation désengagée** » consiste à affirmer sa position d'observateur, en restant en retrait d'une action, ou bien en déambulant dans un quartier. Le « diagnostic en marchant »⁽⁴²⁾ peut ainsi amener des éléments de compréhension sur le vivre-ensemble, ou sur l'impact de l'usage de produits psychoactifs dans l'espace public. Il peut être idéal pour mettre au jour certaines problématiques, et les soulever ensuite lors des entretiens ou des groupes focaux. Il semble cependant peu efficace de se limiter à cette seule technique, qui pose généralement plus de questions qu'elle n'amène de réponses, et ne permet pas, à elle seule, de procéder à la triangulation des données (confrontation de plusieurs sources pour éprouver la fiabilité des informations).

2 – CONSTITUER LE *CORPUS* DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE

Le *corpus* est constitué des entretiens individuels et collectifs conduits dans le cadre de l'enquête qualitative (on ne parle d'échantillon que lorsque la population interrogée est représentative de la population de référence, au sens statistique du terme).

A] LE CHOIX DES PERSONNES À RENCONTRER DANS LE CADRE DES ENTRETIENS INDIVIDUELS OU COLLECTIFS

La constitution d'un *corpus* de convenance est la plus souvent pratiquée dans le cadre d'un diagnostic territorial. La sélection des personnes se base sur la connaissance sensible des professionnels exerçant sur le territoire, et des représentants des habitants ou des jeunes, qui peuvent fournir les meilleures informations.

- Les personnalités investies d'autorité ne sont pas toujours les mieux placées pour renseigner ce qui se passe effectivement sur le terrain. Parfois, les personnes les moins en vue, les « chevilles ouvrières », qui sont en constante proximité avec le terrain, peuvent s'avérer d'une extrême utilité.
- Il faut s'efforcer de penser à toutes les personnes qui pourraient avoir une certaine connaissance de la problématique des conduites addictives chez les jeunes, ou une influence sur les moyens qui pourront être mobilisés pour mettre en œuvre une stratégie de prévention qui s'appuie sur les ressources déjà existantes.

Dans le cas d'un recueil de données qualitatives auprès des habitants, dont les jeunes, la constitution d'un *corpus* de convenance peut éventuellement être complétée, ou remplacée, par un *corpus* constitué par la **méthode de la « boule de neige »**, qui permet d'avoir accès à des personnes inconnues au départ. Cette façon de faire est particulièrement adaptée quand on a une vision partielle ou un accès difficile dans un groupe donné, en élargissant l'environnement dans lequel le diagnostic est pratiqué. Il s'agit simplement de demander à une personne rencontrée dans le cadre du diagnostic si elle accepte de servir de *medium* pour rentrer en contact avec une personne qu'elle connaît, et qui correspond aux caractéristiques recherchées.

(42) FNORS, *Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé. Pour un diagnostic partagé inscrit dans une démarche de projet*, 2012, 114 pages, p. 36.
http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/Guide_DLS_Operateurs_Final_Signature.pdf

B] LE RECRUTEMENT DES PERSONNES POUR UN GROUPE FOCAL

Il est préconisé de réunir des groupes qui rassemblent de cinq à dix personnes pour pouvoir atteindre les objectifs de discussion. De façon générale, il faut **privilégier les groupes homogènes**, c'est-à-dire que les différences entre les participants doivent être stimulantes, et non pas les conduire à restreindre leur parole.

- Le dénominateur commun des participants est de disposer d'une expérience partagée, susceptible de leur permettre d'élaborer une expertise collective.

Il faut éviter les réunions qui rassemblent des personnes dont les idées sont franchement opposées, notamment sur les sujets idéologiques ou à forte émotivité. Il est également préférable de réunir des personnes de qualification similaire, pour que toutes se sentent en droit de s'exprimer et de livrer leur opinion sur les sujets abordés. Les spécialistes estiment d'ailleurs que l'homogénéité des groupes (du point de vue de leur expérience partagée, mais aussi de leur statut social) constitue une « règle d'or »⁽⁴³⁾.

C] LA TAILLE DU *CORPUS*

Il n'existe pas de taille de *corpus* idéal en approche qualitative, car celle-ci dépend avant tout des champs d'investigation qui doivent être explorés pour obtenir un diagnostic complet. D'un territoire à l'autre pourtant de dimension similaire, il faudra plus ou moins rencontrer de personnes pour atteindre une information complète. Toutefois, la dimension du territoire joue évidemment sur la taille du *corpus*. Théoriquement, le recueil de données peut être stoppé lorsque les informations recueillies et les points de vue se répètent, signe qu'il est probable que le tour de la question a été fait. Dans la pratique, c'est souvent le budget et le temps alloué au diagnostic qui détermine la taille du *corpus*.

- Il faut avant tout veiller à **diversifier la qualité des interlocuteurs** (statuts et champs d'intervention), pour obtenir un éventail de positions et de rôles parmi eux qui reflètent les spécificités du terrain.

3 – LES OUTILS DE L'ENQUÊTE QUALITATIVE

A] LES ASPECTS COMMUNS DU GUIDE DE L'ENTRETIEN INDIVIDUEL ET DU GUIDE D'ANIMATION DES GROUPES FOCaux

Le guide constitue la base de la discussion. Il permet d'effectuer aisément des relances et de recentrer la conversation sur l'objet du diagnostic. Il constitue juste un support, qui ne doit pas forcément être suivi de manière rigide : la personne qui conduit l'entretien, ou l'animateur de la discussion collective, doit s'adapter aux réponses obtenues et réagir en fonction d'elles.

Le guide débute par une introduction qui comprend :

- la présentation du projet et les objectifs de la discussion ;
- le cadre dans lequel l'interlocuteur pourra avoir accès aux résultats : lors d'une réunion du conseil de coalition s'il en fait partie, ou sinon dans le cadre d'une présentation publique, ou d'un accès public au document final ;

(43) Duchesne S, Haegel F, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif*, Armand Colin, col. 128, 2014, 126 pages, p. 47.

- la garantie de l’anonymat, si tel est le cas : de façon habituelle, la recherche en sciences sociales garantit l’anonymat des personnes qui participent au recueil de données d’une étude.
 - Dans le cadre d’un diagnostic territorial de ce type, l’anonymat est toujours garanti lors d’entretiens avec des jeunes.
 - Concernant les professionnels ou des représentants des habitants, la question est ouverte en fonction des thèmes abordés et de la préférence de l’interlocuteur : il est fréquent que l’intérêt des données recueillies soit conditionné par le statut et le rôle de l’interlocuteur, ce qui revient le plus souvent à l’identifier. Dans ce cas, il faut que le contrat de son identification soit clairement posé avec la personne participant à l’enquête.
 - Pour les groupes focaux, il peut exister une solution intermédiaire, qui permet de situer la source des données recueillies, tout en préservant l’anonymat des participants, ce qui facilite souvent la fluidité et la spontanéité des débats : les statuts et les rôles des personnes participant à la discussion sont identifiés, mais les *verbatim* sont seulement attribués au groupe, sans distinction permettant de savoir qui dans le groupe a évoqué tel ou tel aspect.
- Les entretiens individuels ou collectifs sont enregistrés pour faciliter le travail d’analyse ultérieur. Il faut l’expliquer au moment de l’introduction. L’enregistrement est une condition indépassable en cas de discussions collectives, et son acceptation conditionne la participation. Pour les entretiens individuels, le défaut d’un accord d’enregistrement peut être remplacé par une prise de note, mais cela nuira à la fluidité de la conversation et conduira peut-être à perdre des données importantes.

Le guide est un canevas des grands thèmes du diagnostic : il est caractérisé par des enchaînements logiques et par un approfondissement en entonnoir (du général au particulier).

- Le plan comprend généralement une phase exploratoire (par exemple des questions d’ordre général sur le territoire et les conduites addictives des jeunes habitants).
- Il aborde ensuite les thèmes particuliers en fonction des objectifs du diagnostic (par exemple des questions relatives à des groupes de population particuliers, des questions sur les ressources mobilisables et les ressources qui font défaut pour conduire une stratégie efficace de prévention des conduites addictives et de repérage précoce des conduites problématiques, des idées sur les actions utiles à mener, ...).
- Le plan du guide s’achève en mentionnant une dernière partie consacrée à une discussion libre, sur des points que les interlocuteurs pourraient considérer comme importants pour le diagnostic, et que la conversation n’aurait pas abordé.

La formulation des questions est importante : les questions doivent être claires et éviter les formulations à tiroir, qui conduisent souvent à une réponse qui occulte une partie du sujet. Il faut privilégier les questions larges, qui permettent d’engager la conversation sur un thème, et éviter les questions auxquelles on peut répondre par oui ou par non.

Il est aussi conseillé de demander « comment » plutôt que « pourquoi »⁽⁴⁴⁾. Ce principe n’est pas rigide, car selon les thèmes, il peut être important de demander « pourquoi ». Toutefois, de façon générale, il s’agit d’une bonne ficelle dont se souvenir pour formuler les questions (comme pour les interactions spontanées au fil de la discussion). La question « pourquoi » peut induire des blocages, parce qu’elle peut donner l’idée qu’il devrait y avoir une réponse logique, ou une réponse « vraie » : dans ce cas, les interlocuteurs peuvent être amenés à faire des réponses toutes faites, ou qui leur semblent raisonnables. Cela peut aussi les rendre méfiants et les pousser à privilégier une réponse « socialement acceptable », alors que la question « comment », plus narrative, conduit souvent à détailler le processus qui a contribué à la survenue d’une situation ou à l’élaboration d’un point de vue.

(44) Becker HS, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, La Découverte, col. Repères, 2002, 354 pages, p. 105-106.

Enfin, il faut penser au nombre de questions qui doivent être traitées dans le temps imparti, pour éviter que chaque question ne soit traitée que superficiellement.

Des tactiques peuvent être utilisées pour favoriser l'expression : par exemple, « sur ce thème, pourriez-vous me donner deux points positifs et deux points négatifs ? ». Dans le cadre d'un entretien individuel, cette tactique conduit l'interlocuteur à la réflexion ; dans le cadre des entretiens de groupe, elle a de plus l'avantage d'inciter les participants à argumenter leur position lorsque leurs réponses sont différentes.

B] SPÉCIFICITÉ DU GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL

Le guide d'entretien individuel comprend généralement :

- une partie commune à tous les interlocuteurs,
- une seconde partie spécifique à l'interlocuteur peut être ajoutée, ou spécifique à un sous-groupe parmi les personnes interrogées. Cette seconde partie est construite en fonction du rôle de l'interlocuteur vis-à-vis des jeunes, et de sa position au sein de la dynamique du territoire (un professionnel du champ social, du champ éducatif ou du champ sanitaire, un policier, un habitant, un élu, un pair...).

Le guide d'entretien a une importance différentielle selon que l'entretien est exploratoire ou semi-directif.

- Dans le cas de l'entretien exploratoire, l'enquêteur peut être conduit à se détacher de la trame qu'il a déterminée à l'avance, pour se laisser porter par le dialogue avec son interlocuteur. L'utilisation des phrases de relance reste utile, mais l'entretien exploratoire réussi implique par lui-même l'ouverture vers des thèmes qui n'ont pas été envisagés au moment de la préparation de l'enquête, et ne peuvent donc pas figurer dans le guide d'entretien.
- Dans le cas de l'entretien semi-directif, l'enquêteur doit s'attacher à aborder l'ensemble des thèmes prévus par le guide, tout en laissant à son interlocuteur la possibilité d'aborder d'autres thématiques, si elles ont un intérêt pour le diagnostic.

Les phases prédéterminées de l'enquête que sont la conception des outils, suivie du recueil de données, ne sont pas aussi détachées l'une de l'autre dans la pratique de l'enquête de terrain. **L'enquête se déroule comme un processus**, qui se construit dans le temps et s'affine au fur et à mesure du contact avec le terrain. De ce fait, il est courant que les guides d'entretien soient complétés et améliorés au fil de l'enquête, pour les entretiens suivants, au vu des données recueillies au cours des entretiens précédents.

C] SPÉCIFICITÉ DU GUIDE D'ANIMATION DES GROUPES FOCaux

En plus de la présentation du projet et des objectifs de la rencontre, de la garantie de l'anonymat ou du contrat d'identification, ainsi que de l'objectif de l'enregistrement pour le travail ultérieur, l'introduction du guide d'animation comprend **l'énoncé des règles de la discussion**. Il faut commencer en donnant :

- la durée approximative de la réunion,
- rappeler le respect des tours de parole, en signifiant l'importance de ne pas parler simultanément. L'animateur peut préciser que pour la qualité de l'enregistrement, il se permettra de faire taire les discussions en aparté ou les discours simultanés.
- Il est bienvenu de mentionner qu'il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses, et que toutes les opinions sont intéressantes.
- Il faut préciser enfin que l'animateur conduit le débat, mais que les personnes présentes ont pour objectif de discuter des thèmes abordés entre elles : elles peuvent donc se répondre mutuellement de façon spontanée.

D] LES COMPTES-RENDUS ETHNOGRAPHIQUES DES SESSIONS D'OBSERVATION

Il faut toujours se méfier de sa mémoire et rédiger un compte-rendu dès le retour d'une session d'observation. Plus de temps passe entre le moment de l'observation et le moment de l'écriture, plus le risque de perte significative des données est important. Le compte-rendu ethnographique doit être synthétique, décrire le déroulement des événements et veiller à distinguer le factuel des interprétations.

4 – LA CONDUITE DES ENTRETIENS ET DES GROUPES FOCaux

A] LES ASPECTS COMMUNS DE LA CONDUITE DES ENTRETIENS INDIVIDUELS ET DES GROUPES FOCaux

Les entretiens individuels ou collectifs doivent se dérouler **dans un local adapté à la confidentialité**.

Comme déjà précisé, l'entretien individuel ou collectif débute par une introduction qui précise les objectifs du diagnostic et les objectifs de la rencontre, la garantie d'anonymat ou le contrat d'identification, la présence d'un enregistreur pour faciliter l'analyse ultérieure et, dans le cas d'un groupe focal, les règles de la discussion (*cf.* point précédent sur la construction du guide d'entretien et du guide d'animation).

La personne qui conduit l'entretien, ou l'animateur du groupe focal, doit faire preuve de chaleur humaine sans exagérer et s'interdire les jugements ou appréciations personnelles (posture dite de « neutralité bienveillante »).

- Il est en effet primordial de n'émettre aucun jugement de valeur sur ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas.
- Il faut être dans une position d'écoute (un enquêteur ou un animateur parle souvent trop) : selon les circonstances, le silence peut être la meilleure des relances.
- Pour être à l'aise dans l'animation de la discussion, il faut connaître suffisamment d'informations et de références sur le sujet des conduites addictives et sur les spécificités du territoire, afin de bien comprendre les réponses et de pouvoir réagir « sur le vif ». Mais là encore, il faut toujours garder à l'esprit que l'enquêteur ou l'animateur est là pour faire s'exprimer ses interlocuteurs, et non pour s'attribuer la parole et « donner un cours » sur la problématique addictive ou les caractéristiques du territoire.

L'enquêteur, ou l'animateur du groupe focal, doit s'attacher à créer une relation avec ses interlocuteurs qui s'apparente à une relation d'égalité. Toutefois, il faudra avoir le tact de s'adapter à son interlocuteur, car toute interaction en situation d'entretien reste malgré tout un rapport social⁽⁴⁵⁾ : par exemple, ne pas se montrer paternaliste avec un adolescent, ou savoir affirmer ses compétences devant un dirigeant.

Il est important de stimuler la discussion pour aider son/ses interlocuteur(s) à formuler des réponses complètes et développer des argumentaires. L'incitation peut prendre la forme de relances simples : « pourriez-vous m'en dire un peu plus sur ce sujet ? », « Pouvez-vous donner un exemple qui illustre ce que vous venez de dire ? »

(45) Blanchet A, Gotman A, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Armand Colin, col. 128, 2014, 126 pages, p. 65-66.

B] SPÉCIFICITÉS DE L'ANIMATION DES GROUPES FOCaux

L'animateur introduit les thèmes à débattre et aide le groupe à développer une discussion animée et naturelle. Il doit encourager l'expression de tous et veiller à ce que tous s'expriment. Il doit en permanence répéter, reformuler, pour bien vérifier les accords ou les désaccords de chacun.

L'animateur peut être soutenu par un observateur, qui reste en retrait et n'intervient pas dans l'animation. Il permettra d'avoir un retour sur la réunion, car l'animateur « dans le feu de l'action » aura des difficultés à produire une analyse sur le déroulement effectif et le positionnement des membres du groupe. L'observateur est aussi dans une position plus favorable pour remarquer les messages non verbaux (expression faciale, position du corps). Enfin, il peut aider l'animateur à améliorer sa pratique en vue de prochaines animations.

5 – L'ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES

A] L'ANALYSE THÉMATIQUE DE CONTENU

L'analyse des données qualitatives consiste en une analyse thématique du contenu, grâce à un **classement systématique** des *verbatim* de chaque texte (les textes sont constitués par la retranscription des entretiens et des groupes focaux). La grille d'analyse thématique est conçue à partir des objectifs de la recherche, mais elle peut être enrichie des thèmes spontanément abordés par les personnes rencontrées pour l'enquête.

- Tous les éléments retranscrits ne doivent pas forcément figurer dans le classement thématique : il s'agit d'extraire et de sélectionner les données susceptibles de répondre aux objectifs du diagnostic.

Cette analyse s'effectue sur l'ensemble des entretiens pris comme autant d'unités de comparaison⁽⁴⁶⁾. L'analyse thématique ne se préoccupe pas de la singularité de chaque discours, mais elle découpe transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème, car elle cherche avant tout une cohérence thématique inter-entretiens⁽⁴⁷⁾, et s'attache à confronter les données entre elles, pour éprouver leur fiabilité (principe de la triangulation).

- De manière générale, une analyse de contenu doit pouvoir rendre compte de la totalité du corpus, être fidèle, et auto-suffisante (sans retour nécessaire au *corpus*)⁽⁴⁸⁾.

L'analyse doit distinguer les éléments factuels des points de vue et des représentations. Points de vue et représentations doivent aussi être discriminés selon qu'ils font consensus ou débat entre les personnes rencontrées.

B] APPROCHE COMPRÉHENSIVE ET CONTEXTUALISATION

L'approche compréhensive constitue le soubassement conceptuel de l'analyse à la fois sociologique et qualitative. Elle s'appuie sur différents postulats, dont deux sont importants pour procéder à l'analyse :

- en premier lieu, il faut garder à l'esprit que les faits humains qui composent la vie sociale sont toujours porteurs de significations, qui sont véhiculées par les personnes, les groupes ou les institutions. Ainsi, le sens est considéré par l'approche compréhensive comme étant constitutif de l'action.

(46) Blanchet A, Gotman A, 2014, p. 89.

(47) Blanchet A, Gotman A, 2014, p. 96.

(48) Blanchet A, Gotman A, 2014, p. 93.

- L'approche compréhensive postule également la possibilité qu'à toute personne de « pénétrer le vécu et le ressenti » d'une autre personne (c'est le principe de l'intercompréhension humaine) : l'approche compréhensive comporte toujours un ou plusieurs moments de saisie intuitive, à partir d'un effort d'empathie, des significations dont tous les faits humains et sociaux sont porteurs ⁽⁴⁹⁾.

L'intérêt de l'analyse qualitative réside notamment dans la contextualisation des données recueillies et des éléments d'interprétation qui y sont associés : les sciences sociales ont toujours attiré l'attention sur le fait qu'une activité, une pratique, une opinion, entretiennent une relation circulaire avec le contexte dans lequel elles prennent leur sens. Le processus de contextualisation est avant tout un travail de mise en relation d'un phénomène avec des éléments sélectionnés de son environnement global ⁽⁵⁰⁾.

- Contextualiser une pratique ou une opinion permet de comprendre sa logique pour l'acteur et la rationalité qu'il lui attribue.

C] L'INTÉRÊT POUR LES CAS ET LES POINTS DE VUE DÉVIANTS ET/OU MARGINAUX

Les données recueillies qui font consensus ne posent généralement pas de difficultés pour être synthétisées et exposées. Plus d'attention doit être portée, dans le compte-rendu d'analyse, sur les sujets qui font débat, ou sur les cas qui ne correspondent pas à l'analyse globale que le diagnostic tend à mettre en valeur, c'est-à-dire qui remettent en cause la grille de lecture que le diagnostic a permis de construire.

L'analyse qualitative doit effectivement s'attacher à ne pas balayer le « cas négatif », c'est-à-dire l'exemple qui contredit l'hypothèse qui semble pourtant jusqu'ici bien étayée : « *Le point fondamental est que le fait de découvrir que vos idées sont fausses est la meilleure manière d'apprendre quelque chose de neuf (...)* Lorsque vous tombez sur un cas négatif, c'est-à-dire sur un cas que votre théorie échoue à expliquer, vous modifiez votre explication en y incorporant tous les éléments nouveaux que ce cas embarrassant vous suggère, ou bien vous modifiez la définition de ce que vous voulez expliquer, de manière à exclure ce cas récalcitrant de l'univers des choses à expliquer » ⁽⁵¹⁾.

D] LA PRÉSENTATION DU COMPTE-RENDU D'ANALYSE

La présentation des résultats peut être illustrée avec des extraits d'entretien ou de groupe focal, auquel cas le contrat d'anonymat ou d'identification doit être scrupuleusement respecté. Parfois, le changement de nom d'un interlocuteur ne suffit pas à préserver son anonymat : il peut être nécessaire de modifier ou de supprimer le nom d'un lieu pour éviter l'identification.

(49) Paillé P, Mucchielli A, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, col. U, 2010, 315 pages, p. 29.

(50) Paillé P, Mucchielli A, 2010, p. 27.

(51) Becker HS, *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, La Découverte, col. Repères, 2002, 354 pages, p. 302-303.

Les contraintes méthodologiques de l'enquête quantitative

Pour que l'enquête quantitative conduite auprès des jeunes ait une valeur, il s'agit de respecter la procédure scientifique en matière de conception du questionnaire, d'échantillonnage de la population et de traitement des données.

EN CE QUI CONCERNE LA CONCEPTION DU QUESTIONNAIRE, la façon de libeller les questions est primordiale pour obtenir des réponses objectives, *a fortiori* auprès d'une population adolescente. Les questions doivent être claires, compréhensibles, ne pas utiliser de langage technique. Elles doivent avoir une formulation neutre pour ne pas induire les réponses. Les questions qui abordent les niveaux de consommation doivent rester strictement factuelles : par exemple, demander : « est-ce que vous consommez du tabac régulièrement ? » n'est pas une question exploitable car la temporalité associée à l'adverbe « régulièrement » est variable d'une personne à l'autre. Il faudra plutôt proposer une liste de temporalités prédéfinies à cocher (par exemple : moins d'une fois par semaine, une ou plusieurs fois par semaine, au moins une fois par jour). S'inspirer des formulations utilisées par les enquêtes nationales constitue une bonne solution, qui permettra de plus de comparer les données de l'enquête (*cf.* Partie 2. Point 4. *Réaliser un diagnostic partagé sur les besoins du territoire*, paragraphe concernant la base de données ODICER de l'OFDT).

LE CHOIX DE LA MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE dépend de l'existence d'une liste exhaustive de la population globale : si cette liste est à disposition, on peut privilégier un sondage probabiliste, pour que chaque individu ait une chance identique d'être tiré au sort. A défaut, on peut utiliser la méthode des quotas, qui implique néanmoins de connaître certaines caractéristiques de la population entière pour appliquer des quotas adéquats en constituant l'échantillon.

EN TERMES DE MODALITÉS DE RECUEIL DE DONNÉES, le sujet sensible des conduites addictives (qui interrogent des conduites qui peuvent être illicites) conduit à préconiser une auto-administration des questionnaires. Avec des adolescents, l'auto-administration rend d'autant plus sensible la question de la formulation des questions au moment de la conception de l'outil. Il est possible aussi d'utiliser l'auto-administration dirigée, c'est-à-dire des questionnaires que les adolescents remplissent eux-mêmes, pendant qu'un enquêteur (toujours extérieur au personnel de l'établissement scolaire) lit et explique les questions au fur et à mesure du remplissage. Une boîte destinée à recueillir les questionnaires, dans laquelle le jeune

le dépose lui-même, rassure sur l'anonymat des répondants. En effet, dans un cadre scolaire, les élèves peuvent douter du respect de l'anonymat, même s'il est garanti par la procédure de l'enquête. Quelle que soit la population enquêtée, il est essentiel de garantir l'anonymat et d'indiquer que la sincérité des réponses permettra de mettre en œuvre une politique dont ils pourront constater les bénéfices, pour eux ou pour leur entourage.

LA CODIFICATION ET LA SAISIE DES DONNÉES doivent être précédées d'un contrôle de la cohérence des réponses sur chaque questionnaire. Codification et saisie en vue de l'analyse statistique méritent d'être effectuées sur un logiciel de statistique adapté pour faciliter l'exploitation de l'enquête, plutôt que sur un simple tableur. Il existe des logiciels d'enquête et d'analyse simplifiés, plus aisés à manier que les logiciels spécialisés destinés aux statisticiens (notamment, le logiciel Sphinx[®] est souvent utilisé par les non statisticiens).

LE TRAITEMENT DES DONNÉES peut impliquer un redressement de l'échantillon si la procédure d'échantillonnage n'a pas pu être parfaitement respectée. L'analyse statistique peut se limiter à la présentation de pourcentages (tris à plat, ou tris croisés entre deux variables), ou être plus élaborée selon la capacité de la personne en charge de la mission, et/ou le temps dont elle dispose pour effectuer le travail (analyses factorielles, régressions logistiques, typologies...).

.....

Le guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé réalisé par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) en 2012 propose une explication détaillée des procédures scientifiques de l'enquête quantitative et des points de vigilance, ainsi qu'une sélection bibliographique des ouvrages de référence (pages 21 à 28). En effet, les éléments qui précèdent ont pour objectif d'alerter sur les difficultés et les contraintes inhérentes à la mise en œuvre d'une enquête quantitative, mais ne suffisent pas pour aider à sa réalisation.

http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/Guide_DLS_Operateurs_Final_Signature.pdf

.....

Ce guide méthodologique est principalement destiné aux acteurs des collectivités territoriales souhaitant s'investir dans la mise en œuvre d'un dispositif multiprofessionnel de prévention des conduites addictives destiné aux jeunes. Il constitue également un outil pour les acteurs du champ spécialisé en addictologie ou pour les acteurs exerçant auprès des jeunes qui souhaitent impulser une stratégie territoriale de prévention des conduites addictives portée par les élus locaux.

Conçu par le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale à partir de l'expérience de l'atelier santé ville de Valbonne Sophia Antipolis et d'une revue de la littérature scientifique, ce guide détaille la méthodologie de projet spécifique au processus d'implantation d'un dispositif à composantes multiples dédié à la prévention des conduites addictives et à l'intervention précoce en addictologie, structuré sur la base d'une approche territoriale et transdisciplinaire.

Ce travail a bénéficié du soutien de la Direction générale de la santé (ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes), de la délégation départementale de la MILDECA des Alpes-Maritimes et de la ville de Valbonne Sophia Antipolis.



ISBN 978-2-7466-7898-9

